
**NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR
GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
DOKTORI ISKOLA**

***A DTC (DIRECT-TO-CONSUMER) KOMMUNIKÁCIÓ
AZ ETIKUS KÉSZÍTMÉNYEK PIACÁN***

***A DEPRESSZIÓS BETEGEK KÖZVETLEN ELÉRÉSÉNEK
KOMMUNIKÁCIÓS MODELLJE***

Doktori (Ph.D.) értekezés

Készítette:

Csépe Andrea

Témavezető:

Dr. habil Józsa László CSc.

Sopron

2007.

TARTALOMJEGYZÉK

I. ELMÉLETI RÉSZ	1
BEVEZETÉS	1
I. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ BEMUTATÁSA.....	3
1. A DTC KIALAKULÁSÁNAK TÉNYEZŐI A GYÓGYSZERIPARBAN	3
1.1. A gyógyszeripari versenykörnyezet átalakulása	5
1.2. A beteg fogyasztói jellemzőinek és magatartásának átalakulása	11
1.3. Paradigmaváltás a gyógyszermarketing terén	15
2. A DTC FOGALMA ÉS HELYE A MARKETING KOMMUNIKÁCIÓBAN.....	17
2.1. A DTC fogalma.....	17
2.2. A DTC helye a marketingkommunikáció rendszerében	20
2.3. A DTC kommunikációs folyamata	21
2.4. A válaszhierarchia-modellek	23
3. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ TÁRSADALMI ÉS ÜZLETI SZEREPE ...	30
3.1. A DTC kommunikáció társadalmi szerepe	30
3.2. A DTC kommunikáció üzleti céljai és alkalmazása	31
4. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ MARKETING ESZKÖZEI	35
5. A DTC KIADÁSOK AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN	38
6. A DTC JOGI SZABÁLYOZÁSA	42
6.1. A DTC jogi szabályozása az Egyesült Államokban	42
6.2. A DTC jogi szabályozása hazánkban	45
7. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ DILEMMÁI	48
7.1. A DTC kommunikációt támogató fő érvek	48
7.2. A DTC-t ellenző fő érvek	51

II. A DEPRESSZIÓ BEMUTATÁSA	56
BEVEZETÉS	56
1. A DEPRESSZIÓ FOGALMA ÉS TÜNETEI	58
1.1. A depresszió fogalma	58
1.2. A depresszió tünetei és csoportosítása	59
2. A DEPRESSZIÓ TÁRSADALMI JELENTŐSÉGE	61
3. A DEPRESSZIÓ EPIDEMIOLÓGIÁJA	62
4. A DEPRESSZIÓ ETIOLÓGIÁJA ÉS KIALAKULÁSÁNAK TÉNYEZŐI ..	64
4.1. A depresszió etiológiája	64
4.1.1. Genetikai faktorok	64
4.1.2. Pszichoszociális faktorok	64
4.2. A depresszió rizikó faktorai	65
4.3. A depresszió patogenezisének teóriái	66
4.3.1. Pszichológiai szemlélet	66
4.3.1.1. Pszichoanalitikus teória	66
4.3.1.2. Magatartásteória	66
4.3.1.3. Vulnerabilitás-teória	67
4.3.1.4. Kognitív-teória	67
4.3.2. Neurobiokémiai elméletek	67
5. A DEPRESSZIÓ KOMORBIDITÁSA	68
6. A DEPRESSZIÓ KEZELÉSE ÉS ELLÁTÁSA	70
6.1. A depresszió ellátása	70
6.2. A depresszió kezelése	71
6.3. A depresszió kezelésének problematikája	73
7. A DEPRESSZIÓ TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI TERHE	79
7.1. Az életminőség romlása	79
7.2. A munkaképtelenség, rokkantság	80
7.3. Magas öngyilkossági ráta	81
7.4. A depresszió gazdasági terhe	85
8. A KÖZPONTI IDEGRENSZER PIACA	88
8.1. A külföldi piacok	88
8.2. A hazai piacok	89

II. A KUTATÁS EMPÍRIKUS EREDMÉNYEI	92
1. A KUTATÁS MÓDSZERTANA	92
1.1. A kutatás célkitűzése	92
1.2. A kutatás hipotézisei	92
1.3. Az adatgyűjtés és a mintavétel módja	93
1.3.1. A kvalitatív kutatás	93
1.3.2. A kvantitatív kutatás	93
1.4. A kérdőív felépítése	95
1.4.1. A kvalitatív kutatás kérdőíve	95
1.4.2. A kvantitatív kutatás kérdőíve	96
1.5. Ellenőrzés, adattisztítás és elemzés.....	96
1.6. A minták jellemzői, összetételük	97
1.6.1. A kvalitatív kutatás mintái	97
1.6.2. A kvantitatív kutatás betegeknek mintája	98
1.6.3. A kvantitatív kutatás szakorvosi mintája	100
1.6.4. A kvantitatív kutatás háziorvosi mintája	101
2. A KUTATÁS EREDMÉNYEI	103
2.1. A kvalitatív kutatás eredményei	103
2.1.1. A depresszió betegség ismertsége.....	103
2.1.2. Betegelégedettség	107
2.1.3. Az orvos-beteg kapcsolat	109
2.1.4. A gyógyszerválasztás szempontjai	110
2.1.5. Attitűdvizsgálat a depresszió betegségkampányról	113
2.1.6. A kvalitatív kutatás összegzése	117
2.2. A kvantitatív kutatás eredményei	118
2.2.1. A depressziós betegek útja	118
2.2.2. Orvos-beteg kommunikáció a depresszióról	123
2.2.3. Az antidepresszánsok szedésével kapcsolatos attitűdök	127
2.2.4. A depresszió betegségkampányokkal kapcsolatos attitűdök	129
2.2.5. Vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűdök	134
2.2.5.1. A depressziós betegek attitűdje	135
2.2.5.2. A szakorvosok attitűdje	135
2.2.5.3. A háziorvosok attitűdje	135
2.2.5.4. Klaszter elemzése és jellemzése a vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűd alapján.....	136
3. A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE, FŐ KUTATÁSI EREDMÉNYEK..	139

3. ÖSSZEFOGLALÁS	144
4. SUMMARY.....	151
5. JAVASOLT KOMMUNIKÁCIÓS MODELL A DEPRESSZIÓ ISMERTSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁRA	154
6. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK	159
7. TOVÁBBI KUTATÁSI TERÜLETEK	161
8. FELHASZNÁLT IRODALOM	
9. MELLÉKLETEK	
10. ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	
11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	
12. PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	

„Ép testben legyen ép lélek! - Kérd ezt az imádban!

Orandum est ut sit mens sana in corpore sano.”

Juvenalis, 10. szatíra 356. sor

I. ELMÉLETI RÉSZ

BEVEZETÉS

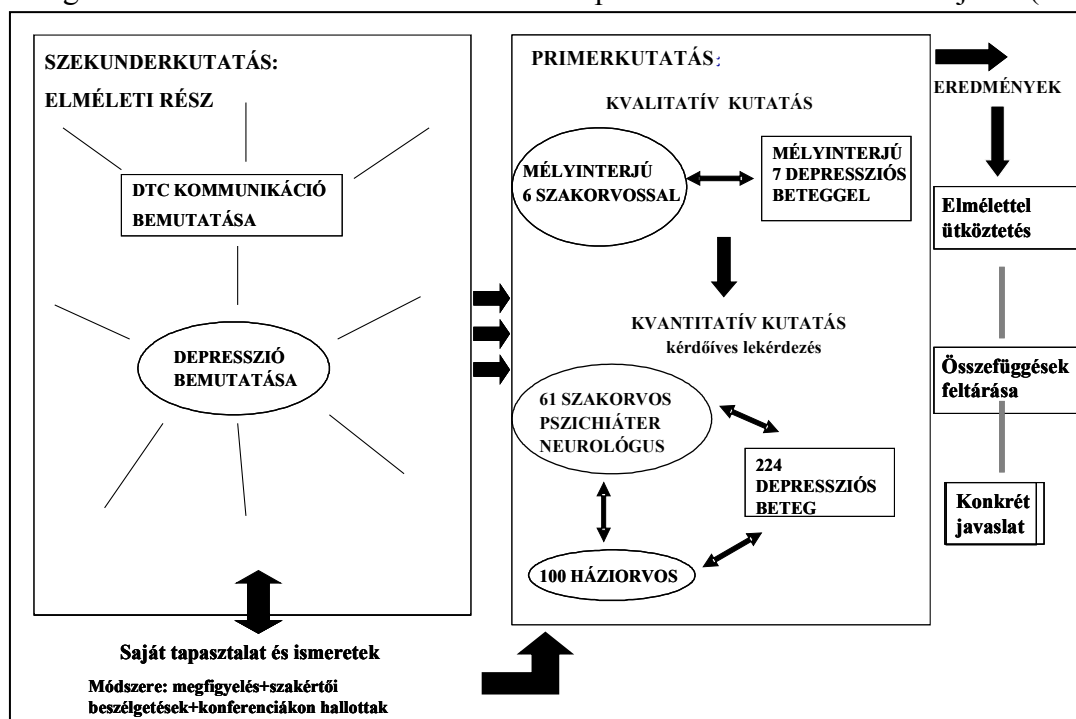
Az értekezés a világ egyik jelentős iparágában, az etikus készítmények, azaz a vényköteles gyógyszerek piacán tapasztalható paradigmaváltás eredményének, az ún. Direct-To-Consumer (továbbiakban: DTC), a betegekhez közvetlenül szóló kommunikáció kérdésével foglalkozik. A primer kutatás e kérdéskört, a betegek információval való felruházásának dilemmáját és mélységét vizsgálja a betegek, a házi orvosok, és a szakorvosok szempontjából a hangulatzavarok körébe sorolt pszichiátriai betegséggel (DSM IV. 1997), a depresszióval kapcsolatosan. Fő célkitűzésem a depressziós betegek, a házi orvosok és a szakorvosok DTC iránti, azaz a betegségkampányok és az antidepresszánsok esetleges reklámozásával kapcsolatos attitűdjének megismerése és a betegek információs igényének feltárása azért, hogy a páciensek mielőbb adekvát terápiához jussanak. Az elemzett kérdés a közgazdaságtan, azon belül a marketing, a szociológia és az orvostudomány oldaláról aktuális és fontos téma. A kutatás újszerűségét az adja, hogy

1. a közgazdaságtan és az orvostudomány szeleteit, a gyógyszermarketing és a pszichiátrián belül a depresszió témakörét kapcsolja össze.
2. a marketing szakemberek által kevésbé vizsgált területtel foglalkozik. A gyógyszermarketing témáján belül Európában is kevésbé elterjedt módszert, a magyar marketing szakértők által ez idáig nem tanulmányozott témát, a DTC-t elemzi.
3. a világon és hazánkban az egyik legnagyobb társadalmi és gazdasági terhet jelentő betegséget, a depressziót és betegcsoportját vizsgálja. Jelentőségét jól mutatja, hogy a WHO és az Európai Unió által kiemelten fejlesztendő terület (Kopp 2001).
4. a téma gyógyszeripari súlya sem elhanyagolható. Egyfelől a betegek hatékony elérése alapvető stratégiai kérdéssé vált az iparban. Másfelől a központi idegrendszer szegmens a gyógyszerpiac második legjelentősebb szegmense (IMS 2006b).

A DTC témával kapcsolatban szinte kizárólag külföldi szakirodalomra támaszkodtam, mert hazánkban ezt a területet ez idáig nem vizsgálták. A depresszió bemutatásához a pszichiátria hazai és külföldi szaktekintélyeinek jelentékeny klinikai vizsgálatait, tanulmányait és szakcikkeit tanulmányoztam. E társadalmi és gazdasági vonatkozásaiban szemlélt áttekintéssel a pszichiátria egy szakterületén, a depresszió terén közgazdászként szerzett jártasságomat kívántam bemutatni.

Az értekezés elméleti része két tematika köré csoportosul. „A DTC bemutatása” részben elemeztem azon gyógyszeripari és fogyasztói magatartási tényezőket, melyek az iparág

paradigmaváltásához vezettek és életre hívták a DTC kommunikációt. Megfogalmaztam a DTC típusainak fogalmát és elhelyeztem a marketingkommunikáció rendszerében. Taglaltam társadalmi és üzleti szerepét, jogi szabályozását és e speciális kommunikációs mód legfőbb dilemmáit. Az elméleti rész második blokkjában, „A depresszió bemutatása” részben a depresszió betegség és a hozzá szorosan kapcsolódó területeket tekintettem át, melyek az értekezés eredményeinek értelmezéséhez elengedhetetlenek. Bemutattam a betegség fogalmát, tüneteit, epidemiológiáját, etiológiájának tényezőit, teóriáit, rizikó faktorait, kezelését, ellátását és annak problematikáját. A témakör fontosságának kihangsúlyozása végett kifejtettem társadalmi jelentőségét, nagyfokú kapcsolatát más betegségekkel, valamint társadalmi és gazdasági terhet. E két témakör közös vetületei a primer kutatásban válnak teljessé (1. ábra).



1. ábra

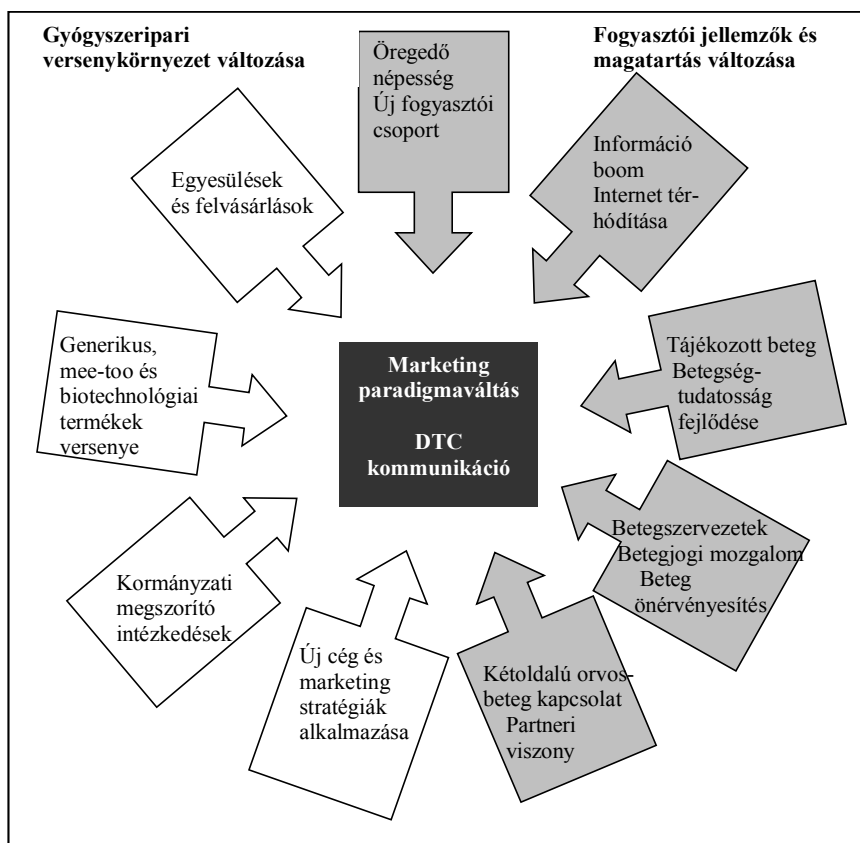
Többdimenziós kutatási modell (Tomcsányi után 2000 saját szerkesztés)

Az értekezés második felében a kétféle kutatás eredményeit mutattam be. A kvalitatív kutatásban a feltételezett két szélsőséges véleményalkotóval, 7 depressziós beteggel és 6 szakorvossal, összesen 13 személlyel készítettem mélyinterjút, mely megalapozta a kvantitatív kérdőívem kérdéseit. A kvantitatív kérdőívben párhuzamos kérdéseket tettem fel, 224 betegnek, 100 háziorvosnak, és 61 szakorvosnak, összesen 385 főnek, hogy meglátásaikat összevehessem. Legvégül ütköztettem az elmélet és a kvalitatív kutatás alapján felállított hipotéziseket a kvantitatív kutatás empirikus eredményeivel.

I. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ BEMUTATÁSA

1. A DTC KIALAKULÁSÁNAK TÉNYEZŐI A GYÓGYSZERIPARBAN

Hazánkban, a gyógyszeriparban a 90-es évek óta nagyfokú struktúraváltás ment végbe. A gyógyszerimport liberalizáció következtében a legnevesebb külföldi gyógyszergyártók képviseltetik magukat, és a törzskönyvezett vényköteles gyógyszerek száma többszörösére nőtt. A hazai etikus gyógyszerpiac értékben 457,1 milliárd Ft-ra duzzadt 2006-ban (IMS 2006a). A verseny azonban kiéleződött a világ legnagyobb gyógyszerpiacain tapasztalható trendek begyűrűzésének hatására, így a **gyógyszeripari versenykörnyezet változásának** lehetünk szemtanúi (2. ábra).



2. ábra

A gyógyszeripari versenykörnyezet és a fogyasztói magatartás átalakulása (saját szerkesztés)

A generikus szerek térnyerésével az originális gyártók árai csökkennek, a törzskönyvezett készítmények számának emelkedésével a verseny szorosabb, a kutatás-fejlesztés, a marketing és eladás költségei emelkedtek, azonban áttörő termékek un. „blockbuster-ek” bevezetése elmarad, az iparág növekedési üteme lelassult, az eladások a

várakozástól elmaradtak, a gyógyszeripar imázsa romlik, a megszorító intézkedések nehezítik az eredményességet. Mindezek kompenzálására a vállalatok egyesüléssel és felvásárlással, erőforrás kihelyezéssel, új cégstratégiák és marketingstratégiák alkalmazásával próbálják növelni hatékonyságukat és eladásait.

Másfelől a betegek **fogyasztói jellemzőinek és magatartásának átalakulása** tapasztalható. A generációkra visszavezethető intim orvos-beteg viszony felbomlott. Az egyoldalú kommunikáció kétoldalú partneri viszonyra alakult. Az információs boom korában az internet térhódításával és a média közbenjárásával a betegekhez több információ jut el. Az egészségmegőrzés előtérbe került, az egészségtudatosság fejlődött, betegszervezetek, betegjogi mozgalmak alakultak, a bébi-boom korosztály öregedésével új fogyasztói kör született, az (ön)tudatos beteg.

1.1. A gyógyszeripari versenykörnyezet átalakulása

A gyógyszeripari versenykörnyezet jelentős változásának vagyunk szemtanúi, mely a számottevő gyógyszeripari régiók legnagyobbikáról, az 54%-ot adó amerikai piacról gyűrűzik be Európába és hazánkba (IMS Health 2006b). 2006. júliusáig egy éves periódust elemezve értékben 377,4 milliárd USD-t (IMS 2006a) képviselő gyógyszerpiacon a cégeknek az alábbi kihívásokkal kell megbirkózniuk:

a./ 1988. óta több **egyesülési és felvásárlási hullám** ment végbe (1. táblázat). Egyesüléskor a fő célkitűzés a közös érdekek kiaknázása, az érdekszinergiák (Glaxo Wellcome, Novartis) létrehozása, a vertikális egyesüléskor (Merck/Medco, Lilly/PCS) diverzifikálás a gyorsabban növekvő szegmensekbe, a technológiai felvásárláskor (Roche/Genentech, Ciba/Chiron, Astra/Fisons) pedig exkluzív technológiák és termékek megszerzése (Crooks és Boehringer 1998). E folyamat során országhatárokon túli, multinacionális gyógyszeróriások jöttek létre jelentős lobbierővel, nagy eladási csapattal, hatékonyabb szervezettel és versenyképes portfólióval.

1. táblázat

Egyesülések és felvásárlások példái a gyógyszeriparban
(Crooks és Boehringer 1998, Marketingpirula 2006 után saját szerkesztés)

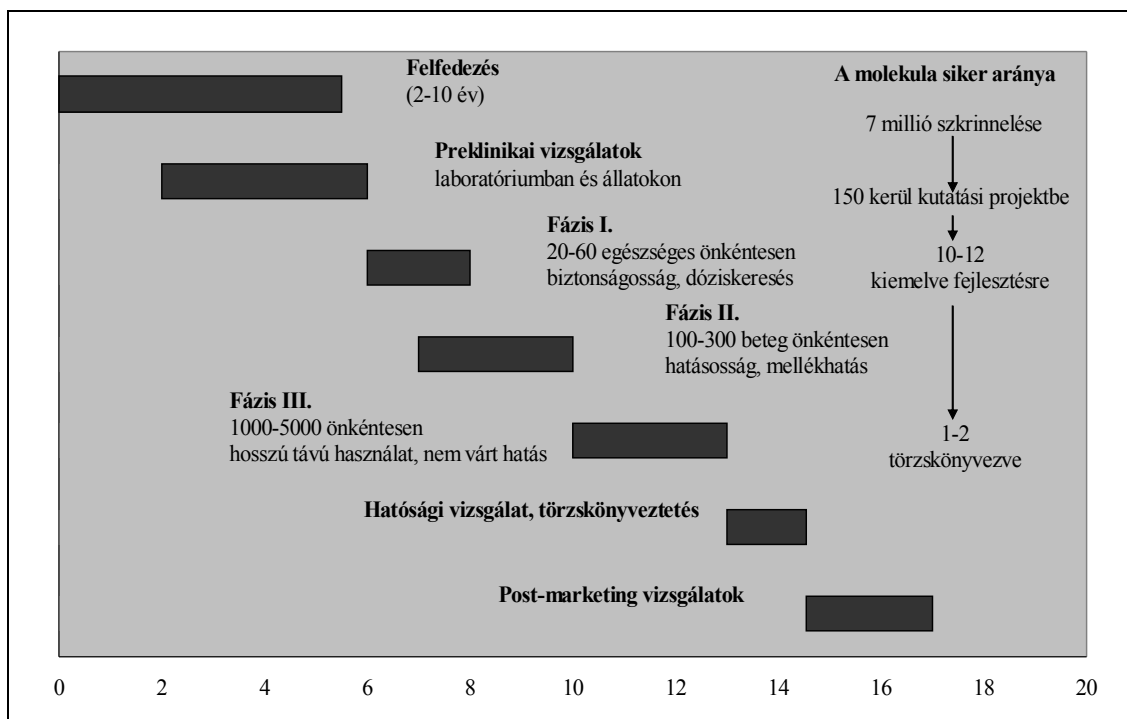
1. egyesülési hullám 1988-1991	2. egyesülési hullám 1994-1998	3. egyesülési hullám 1998-tól
SmithKline + Beecham	AHP + Cyanamid	Glaxo Wellcome + SmithKline Beecham
Rhone-Poulenc + Rorer	Glaxo + Wellcome	Pfizer + Pharmacia + Upjohn
Bristol Myers + Squibb	Hoechst + MMD	Sanofi + Aventis
Dow Chemical + Marion	Pharmacia + Upjohn	Merck + Serono
	RPR + Fisons	Altana + Nycomed
	Sandoz + Ciba	UCB + Schwarz Pharma
	Roche + Boehringer	Amgen + Avidia
	Astra + Zeneca	GlaxoSmithKline + CNS Consumer Healthcare
	Hoechst + RPR	Lilly + ICOS
	Sanofi + Synthelabo	Barr + Pliva

Az egyesülés és felvásárlás további célkitűzései igen sokrétűek.

1. A kutatás-fejlesztés (K+F), a termelés és a cégen belüli folyamatok racionalizálásával jelentős költségmegtakarítás elérése.
2. A kutatás-fejlesztés erőforrásainak egyesítésével a legmodernebb technológia alkalmazása és versenyképes pórtfólió kialakítása. Globális megabrandek kikísérletezése és piaci bevezetése egy időben a világon. A szabadalom lejártával a legmagasabb szintű megtérülést hozó stratégiák alkalmazása.
3. Az eladási és marketing erők integrálásának segítségével gyors penetráció elérése a széles pórtfólióval a fő terápiás területeken. A jelenlegi pórtfólió racionalizálása, azaz a befektetések növelése egyes területeken, más piacon kivonásuk. Hatékonyabb vevőorientált szervezetek létrehozása. Felduzzasztott eladási csapatokkal magasabb zajsint (share of voice) elérése az orvosi célcsoportnál.
4. Az erős piaci pozíciót kihasználva előnyre szert tenni a hatóságokkal és a szakmával történő lobbizásban, árképzés és ártámogatás terén.

A piacok további átrendeződését, az egyesülések és felvásárlások folytatását prognosztizálják. 2011-re a jelenlegi 15 tekintélyes gyógyszeróriásból kevesebb, mint 10 lesz versenyben (Marketingpirula 2006).

b./ A gyógyszercégek legnagyobbjai kutatás-fejlesztési tevékenységet végeznek, mely sikeressége nagyban függ a ráfordítások mértékétől. E gyógyszeripari óriások nemzetközi szinten a **profit egyre növekvő hányadát fordítják kutatás-fejlesztésre**. A gyógyszerek kutatás-fejlesztési (K+F) **folyamata hosszú távú és költséges** (3. ábra). A gyógyszer alapját egy molekula képezi, mely kifejlesztéséhez 5000-10 000 kísérleti molekula vizsgálata szükséges (PhRMA 1995). A fejlesztési folyamat általában 10-15 évet vesz igénybe (Dimasi 2001) és átlagos költsége 802 mUSD (Dimasi et al. 2003). Amerikában 82 000 kutató dolgozik a gyógyszerek kutatás-fejlesztésén és a gyógyszeripar 2003-ig 51,3 milliárd USD-t költött új gyógyszerek kifejlesztésére (PhRMA 2006a). Az 5-10 000 vegyületből 10-12 várható, hogy emberi kipróbálásig eljut és ezek közül mindössze egy-kettő kerül törzskönyvezésre. Ezt a magas befektetést kell kompenzálni a termék sikeres eladásával. Azonban 10 bevezetett molekulából mindössze 3 képes behozni a kutatására fordított befektetést (Grabowski et al. 2002). 2000-ben a világ gyógyszerpiacára mindössze 18 új molekulát sikerült piacra vinni szemben 42 molekulával 1999-ben, melyek leginkább a magas betegszámú piacokra - daganatos betegségek, csontritkulás, artritisz - lettek bevezetve fájdalommenedzsment céljából.

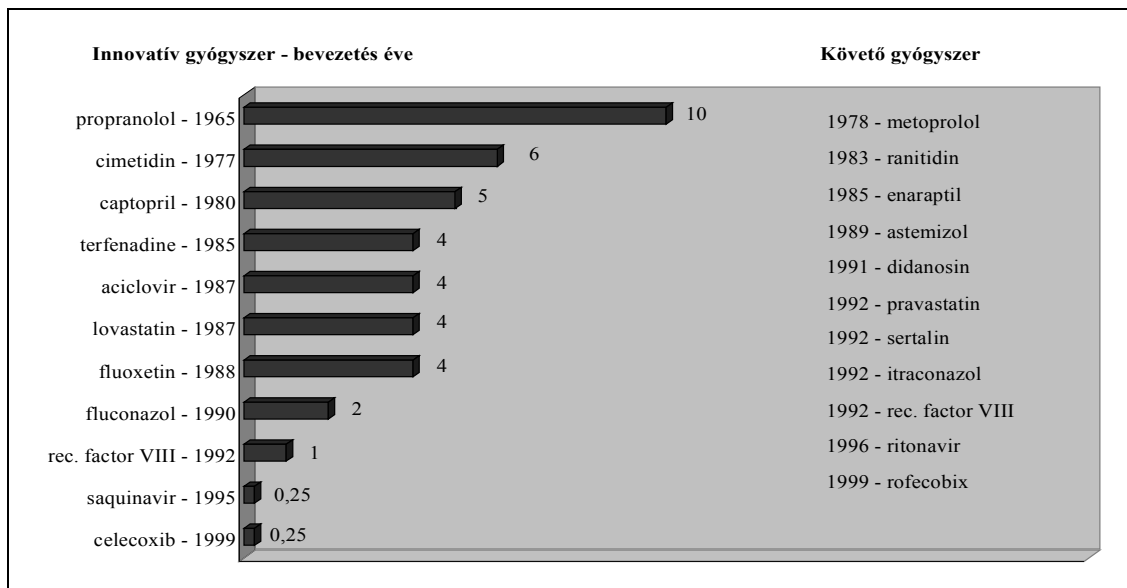


3. ábra

A kutatás-fejlesztés folyamata (év) a gyógyszeriparban (IGYE 2006a)

c./ **A törzskönyvezett készítmények száma rohamosan megnőtt** külföldön és hazánkban egyaránt (Borvendég 2005). A verseny úgy kiéleződött, hogy Amerikában 402 rákellenes szer, 137 antiinfektív és 122 kardiovaszkuláris készítmény van fázis vizsgálatok alatt (IGYE 2006a). Ez azt is jelentheti, hogy nagy valószínűséggel igazi **sikertermék (blockbuster) piacra dobásának esélye fokozatosan csökken**. Ilyen blockbustereknek nevezik például a Lipitor-t (atorvastatin), Losec/Prilosec-et (omeprazol), Nexium-ot (esomeprazol), Pulmicort-ot (budesonid), melyek a gyártónak évi 1 milliárd USD bevételt hoznak (Wikipedia 2006). A hatóanyagok közötti klinikai különbség, a termékdifferenciálás egyre kisebb, mely széles választási lehetőséget nyújt az orvosok terápiás döntésénél. Ez a „tumultus” egyes piacokon a termékek blockbuster-ré válását nehezítik (Bate és Rickwood 2003).

d./ A bevezetett gyógyszerek **kizárólagos piaci jelenléte** jelentősen **lerövidült** a versenytársak megjelenésével (4. ábra). Míg 1965-ben egy molekula 10 évig uralta kizárólagosan az elért pozíciót, 1985-re ez a periódus 4 évre csökkent, 1995-ben pedig 1/4 évre zsugorodott (IGYE 2006a.).



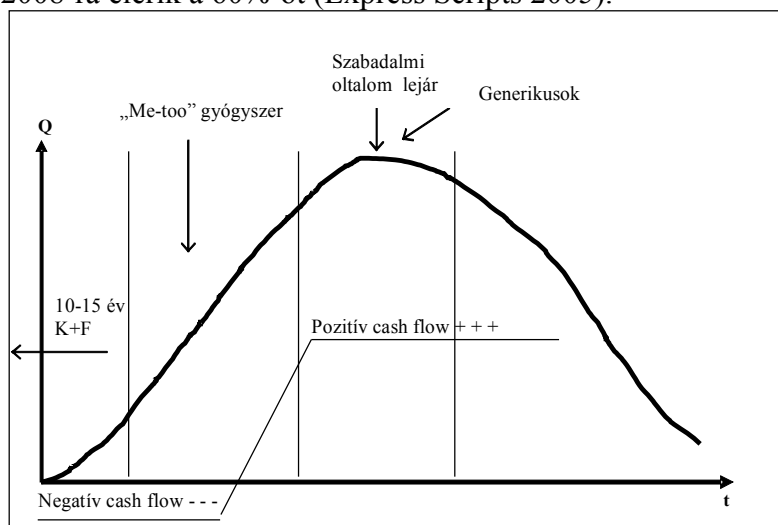
4. ábra

Rövidül a kizárólagos piaci jelenlét (év) (IGYE 2006a)

e./ A gyógyszer **szabadalmi oltalma** kiemelten fontos a hatalmas kutatási-fejlesztési befektetések megtérülésének érdekében. Az originális gyógyszergyártók készítményeit átlagosan 10-12 évnnyi szabadalmi oltalom védi a generikusok támadásától (Grabowski és Vernon 1996). 2007-ig 32,3 milliárd USD értékű originális márka veszíti el szabadalmi oltalmát, melyek az amerikai piac 16,8 %-át tették ki 2002-ben (Express Scripts 2002) (1. melléklet). A gyógyszercegek már a klinikai vizsgálat korai fázisában kénytelenek a hatóanyagra és a gyártási eljárásra szabadalmi oltalmat kérni, így a piacra kerülés utáni védettség ideje jelentősen lerövidül. 1994-től Magyarországon is termékszabadalmi oltalom van érvényben (IGYE 2006b).

f./ Az originális szerek eladását a szabadalmi oltalom lejártá előtt az ún. „**mee-too**” **termékek**, utána az alacsonyabb árfekvésű **generikumok** bevezetése **veszélyezteti** (5. ábra). A „mee-too” termékek az eredeti termék fejlesztési tapasztalatait kihasználó kissé módosított új termékek, melyek korai követőként jelennek meg. A generikusoknak, másolt vagy hasonmás gyógyszereknek nevezzük az originális gyógyszerrel azonos hatóanyagú készítményeket. Törzskönyvezésükhöz az eredeti szerrel biológiailag egyenértékűségüket és kisszámú betegen végzett vizsgálatokat kell igazolniuk (IGYE 2006b). A generikumok leszorítják az originális

gyártók árait, erodálják árbevételüket és csökkentik a kutatás-fejlesztésre visszaforgatható összeget. 2004-ben a generikumok 52,7%-os piacrészesedést szereztek meg maguknak, de becslések szerint 2008-ra elérik a 60%-ot (Express Scripts 2005).



5. ábra

A gyógyszer életciklusa (saját szerkesztés)

g./ **A gyógyszeripar stabil imázsa megingott**, amikor a biztonságosnak hitt, betegek milliói által használt világmárkák - Rezulin (troglitazon), Vioxx (rofecoxib) - súlyos mellékhatásai publikálásra kerültek (Rezulin Newsletter s.a.). 2004. szeptemberében például a Merck kivonni kényszerült a világ piacairól a Vioxx (rofecoxib) készítményét és 3000 keresetet adott be ellene (Scripnews 2005a). Az SSRI (szerotonin visszavétel gátló) csoportba tartozó antidepresszáns gyártók pedig kiemelt figyelmeztetést kötelesek alkalmazni a beteg tájékoztatón, miszerint a szer öngyilkossági gondolatokat és készletét idézhet elő gyerekeknél és tinédzsereknél (Express Scripts 2005, Paroxat alk. előírat).

h./ **A biotechnológia és a biotechnológiai cégek robbanásszerű fejlődése** több helyütt elavulttá tesz egyes vegyipari technológiát, mely továbbélezi a versenyt (2. melléklet). 2002-ben 76 engedélyezett biotechnológiai szer volt, napjainkban 360 készítmény van vizsgálati fázisban 200 betegséget célozva meg olyan eljárásokkal, mint génprofil alapú egészség megőrzés, egyéni kezelések génszűrővel, szabályozott kibocsátású microchipek, implantátumok, távoli diagnosztika (telemonitoring) (Coles et al. 2002). A biotechnológiai cégek gyökereiben változtatják majd meg az ipart és a hangsúlyt a betegség kezeléséről a preventív eszközökre és a diagnózisra helyezik át (Coles et al. 2002).

i./ **A gyógyszer kereslet és kínálat kontrollja.** Az egészségügyi rendszer kiadásai fokozatosan emelkednek. Köszönhető ez az öregedő társadalom krónikus betegsége miatt emelkedő gyógyszerhasználatnak, a gyógyszerek áremelésének, a régi olcsóbb szerek felváltásának új és drágább készítményekre (GAO 2002). Hazánkban a gyógyszer-támogatási rendszer reformja több terápiás területen megnyirbálta a támogatásokat (ESzCsM rendelet 2003), és a fixesítés, a referencia-árazás, a támogatásvolumen (árvolumen) megállapodás intézményén át befolyásolja az orvosok felírási gyakorlatát. A cégek jövedelmezőségét veszélyezteti az egészségügyi rendszer reformjának részeként 2006. novemberétől bevezetett gyógyszer-gazdaságossági törvény. A törvényi szigorítást eszközöl a gyógyszer promóció terén (rendezvény támogatás mértéke, bejelentési kötelezettsége, orvosok részvétele pályáztatással stb.), és további terheket ró a cégekre, nevezetesen az éves 5 millió Ft. regisztrációs díj fizetése az orvoslátogatók után, a 12%-os befizetés minden támogatott termék termelői árra eső támogatásának, sávós gyártói befizetés a társadalombiztosítási kassza túlköltése esetén (2006. évi XCVIII. tv.). Becslések szerint 2006-ban a gyártói visszafizetés összege elérte a 22,5 milliárd Ft-ot, azonban az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének számításai szerint 70 milliárd Ft-ra ugorhat 2007-ben (IGYE Hírlevél 2007).

j./ A túlszűfolt piacokon egyre **rövidebb az orvos-képviselő találkozás ideje.** 1995-2000 időszak alatt 12 percről 7 percre csökkent az orvos-képviselő találkozás ideje (iAnywhere Solutions 2003). A Capgemini (2001) felmérése még rosszabb eredményre jutott, átlagosan 2-4 perc jut egy képviselőre, mely sokkal alacsonyabb az ideális 15 percnél, ami egy termék üzenetének teljes átadásához kellene (Coles et al. 2002). Logikus, hogy a gyógyszercégek az eladási csapatukat kezdték növelni, azonban hiába duplázódott meg az iparágban dolgozó képviselők száma, a gyógyszerismertetések (detail) száma mindössze 15%-kal növekedett (iAnywhere Solutions 2003).

E gazdasági trendek és a verseny fokozódása kikényszerítették az addig alkalmazott stratégiák átgondolását és a gyógyszeripar felismerte, hogy üzleti sikereihez nem nélkülözheti a kommunikációt a végfelhasználóval, a beteggel.

1.2. A beteg fogyasztói jellemzőinek és magatartásának átalakulása

A gyógyszeripari versenykörnyezet változása mellett az amerikai és európai betegek attitűdje is átforgalmódott.

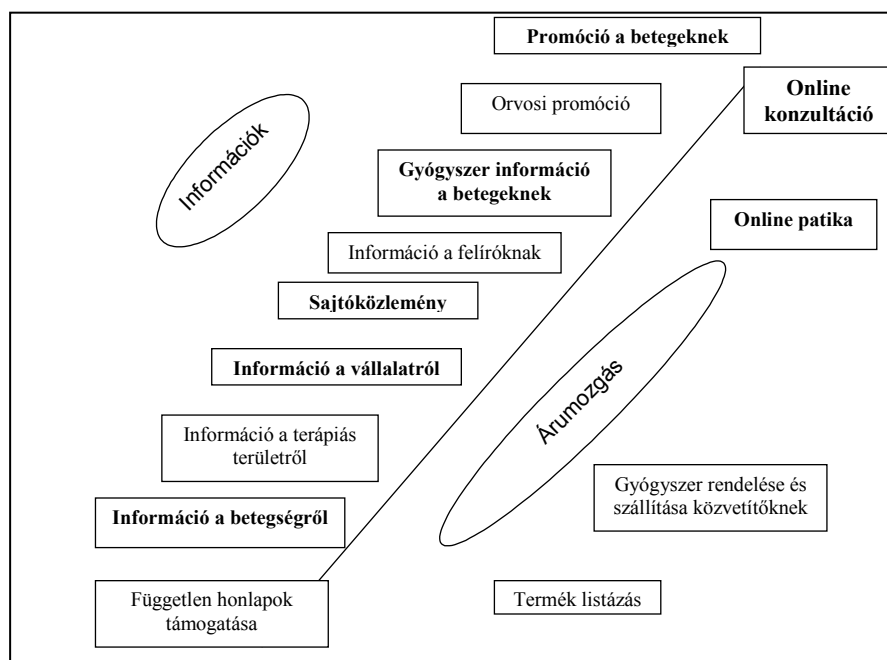
a./ Míg a 70-es években a beteg fő információforrása a családorvos volt, a kommunikációs paletta mára kitágult. A háziiorvosi körzetesítése, a betegkártyák számának növekedésével a **háziiorvos és betegek közötti több generációra visszavezethető intim viszony felbomlott**. Forgács (2000) megfogalmazásában, az orvos-beteg intim kapcsolatán alapuló orvoslás egy négy-szereplős fogyasztási sémává bővült, amelynek tagja a szolgáltatást igénybe vevő beteg, az orvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató, az ellátást a beteg számára megvásároló finanszírozó és az állampolgárok egészségének felelősségét viselő állam. Az orvos-beteg egyoldalú kommunikációja is átalakult, **az egyénre szabott betegközpontú kapcsolati háló vette át szerepét** (Pfizer 2001). Luban-Plozza és Dickhaut (1986) szerint az orvosok felé történő csodálat, hódolat és idealizálás is megtörni látszik a média hatására. A 80-as években végzett tanulmányokból már kiderült, a betegek 20-30%-a az orvossal szemben ambivalens, határozatlan és szkeptikus magatartást tanúsít. A Prevention Magazine (2002) felméréséből is kiderült, hogy bár a fogyasztók orvosukkal jó viszonyt ápolnak, mégis 1/3-uk kételkedik orvosok képességeiben a kezelés és diagnosztizálás terén és helyteleníti döntéseit.

b./ A **népesség elöregedésének** lehetünk szemtanúi (Vizi 1998), ami egy **új fogyasztó megteremtését** jelenti. 1996-ban az amerikai népesség 1/3-a elérte az 50 éves korosztályt és 2011-re betölti a 65 éves kort. A bébi boom korosztálya jelenleg még egészséges és fitt, de kezdenek jelentkezni a krónikus betegségek jelei, mely **2011-re ezt a korosztályt az egészségügyi rendszer elsősorú vevőjévé teszi**. Ezt a generációt úgy jellemzik, mint vevőorientált, különösen mobilis, bizalmatlan, önközpontú és információ-addiktív vevő (Coile és Trusko 1999). Ez az óriási beteganyag a diagnosztikai és terápiás módszerek kiszélesedésével más elvárásokkal lép fel az egészségügyi ellátás felé, annak még racionálisabb és gazdaságosabb szükségét és a piaci résztvevők közti kapcsolat módosulását hívja életre.

c./ Az 1980-as évek óta a fitness, a diéta, az alternatív gyógymódok és a természetgyógyászat elterjedésével, **az egészségtudatosság fejlődése és az egészségmegőrzés terén növekvő proaktivitás** tapasztalható. 1999-ben az Élelmiszer- és Gyógyszerengedélyezési Hivatal (továbbiakban: FDA) (2006) is kijelentette tanulmányában, hogy az amerikai lakosok

részvétele egészségügyi döntésekben növekvő trendet mutat (Calfee s.a.).

d./ A fogyasztói igények változását az egészségüggyel széles körben foglalkozó média érdeklődése lekövette. A média fokozott szerepvállalása, és az **internet térhódítása információs boomhoz** vezetett, mely a lakosság egészségtudatosságának fejlődését támogatta. Az Internet Society (2002) adatai alapján 1992-ben 1 millió számítógépről volt tudomásuk, 2002-ben már 200 millió gép és 840 millió felhasználó volt ismeretes. A fogyasztók az internetet napjainkban az **egészséggel kapcsolatos információk fő forrásaként** használják (Moore és Newton 1998, Schervish 2000). 2000-ben 30 000 egészségüggyel kapcsolatos site létezett (PriceWaterhouseCoopers 2000) és **az internet 25%-a egészségügyi információkat tartalmazott**. Az online egészségügyi és orvosi hirdetések 12,3 mUSD bevételt generáltak 1997-ben, de az RMI (2000) prognózisa szerint 2013-ra 265 mUSD bevétel felét a betegeket megcélzó kommunikáció adja majd. A Harris Interactive felmérésében az internetezők 3/4-e, az amerikai felnőttek kb. fele online kutat egészségügyi információk iránt (Express Scripts 2005) és az internetet a betegségről, a készítményről, a gyártóról való tájékozódáson túl, a gyógyszerrendelésre és orvosi konzultációra is használják (6. ábra) (Woods 2000). E trendet látva a marketing guru, Kotler (2006) is az internet további előretörését prognosztizálja.



6. ábra

Az internet és a vényköteles gyógyszerek kapcsolódása (Woods 2000)

Az internet, mint médium szabályozásának kérdése sem várthat magára, mert

kontrollálatlan információáradatot zúdít a tájékozódóra, pedig a betegek igénye az információk közötti választási lehetőség, szabadság a neten és a kontrollált információhoz jutás (Moore és Newton 1998). A Boston Consulting Group 2001-ben (Brown és Barette 2001) végzett felmérésében az internetre felrakott egészségügyi információk hatását mérte. Arra a következtetésre jutott, hogy az orvos-beteg párbeszédre ösztönzőleg hatnak, mivel a válaszadók 74%-át az orvostól több kérdés feltevésére sarkallta, 36%-uk egy specifikus betegségről, 45%-uk egy specifikus szerről érdeklődött.

e./ Az információs boom mellett az emberi jogok, a civil szervezetek, a feminista szervezetek és a **betegjogok mozgalmi** tovább segítették az egészségtudatos beteg létrejöttét. Hazánkban az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről kilenc pontban szentesítette a beteg jogokat, mely egyik pontja a tájékoztatáshoz való jog. A betegjogok intézmény létrehozása legitimé tette a tényt, hogy a beteg nem passzív elfogadó, hanem **jogokkal rendelkező aktív fogyasztó**.

f./ „Általánosan elterjedt a nagyobb választási lehetőség, a személyre szabott ellátás és a szélesebb körű orvosi kezelés elérhetősége iránti igény” (Gidai 2005). Létrejött az (ön)tudatos, **betegségtudatos páciens a világban és hazánkban** (Szabóné Pataky 2002). A Mintel (2005) az amerikai lakosság egészségével és a gyógyszeriparral foglalkozó tanulmánya szerint az amerikaiak egészségi állapota rendkívüli módon javult 1980 óta. Az öt legtöbb halált okozó betegség rátája csökkent, különösen a szívbetegségek terén a kormányzat intézkedései, a kutatás-fejlesztés fejlődése, az újabb kezelési módok mellett a lakosság edukálásának köszönhetően. A tájékoztatás felhívja a figyelmet a potenciális veszélyekre, és egészségtudatosabbá tesz. Az amerikai fiatalok tájékozottabbak és képzetebbek, a biztosítóval szemben és orvos-beteg kapcsolatban egyenrangú partnernek tekintik magukat és saját egészségükkel kapcsolatos döntések aktív részesévé lettek. Hazánkban a GfK Hungária (2004) felmérésében az ezres minta 45%-a szeretne tájékoztatást kapni a rendelkezésre álló terápiairól, mely információs igény nő a végzettség szintjének emelkedésével.

g./ Bár a betegek tájékozottabbak, egészségtudatosak, **tudásszintjük még mindig relatív alacsonynak** tekinthető olyan országokban is, ahol megengedett a betegek felé történő közvetlen kommunikáció. A Pfizer Australia (2006) egészségügyi riportjában leközölte, hogy a rendszeres gyógyszerszedő ausztrálok 20%-a nem tud semmit, 39% pedig keveset tud olyan

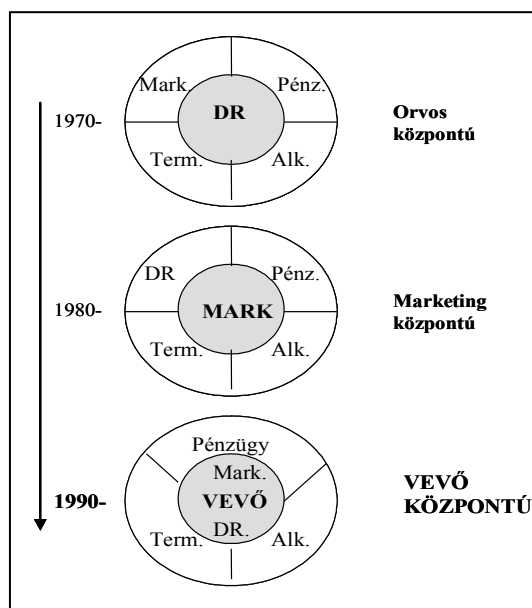
alapvető adatról, hogy a gyógyszer és alkohol együttes szedése nem megengedett.

Az alacsony informáltság szintjéről tanúskodik az a tény is, hogy általánosságban nagyon rossz a beteg-együtműködés. A **nem megfelelő beteg-együtműködés (compliance) vagy gyógyszerbeszedés (adherence)** azt jelenti, hogy a beteg terápiás magatartása (gyógyszerbevétel, diéta betartása vagy életmódbeli változások) milyen mértékben követi az orvosi vagy egészségügyi tanácsokat (Bogner 2003). Papp (1991) kialakulását azzal magyarázza, hogy a krónikus betegeknél a kognitív disszonancia csökkentése és a függő helyzet megszüntetése végett a páciens elhagyja a betegség szimbólumát, a gyógyszert. A nem megfelelő compliance a gyógyszeriparnak és a betegnek is kárt okoz. A beteg kára életkilátásainak romlása. Vizsgálatok igazolják például a koleszterincsökkentőt rendszeresen szedők 10-20%-kal tovább élnek, mint azt helytelenül vagy egyáltalán nem szedő betegek (Lantos 2004b). Szakértők állítják, hogy a felírt receptek 50%-t nem váltják ki, melyből a Datamonitor számításai szerint a gyógyszeriparnak 30 milliárd USD elveszett haszna származik (Roner 2006). A gyógyszerbevétel kis mértékű javulása jelentős bevételt eredményezhet a cégeknek. Egy 1 mUSD forgalmú készítménynél a gyógyszerbevétel 5%-os javulása 30-40 mUSD bevételt hoz (Roner 2006). A GfK Hungária (2004) ezres mintán elvégzett reprezentatív egészségfelmérés és gyógyszerhasználat kutatásában meglepően kiváló hazai beteg-együtműködést talált. A válaszadók átlagban az esetek 92%-ban, a szorongó és depressziós betegek 79%-ban fordultak orvoshoz betegségükkel. Az esetek 97%-ában az orvos gyógyszert írt fel, melyet a betegek 97%-a kiváltott. A Harris Interactive 2005-ben végzett online felmérésében, 2507 fős mintán elemezte a **nem megfelelő gyógyszerbevétel fő okait**: első helyen a készítmény bevitelének elfelejtését (65%), majd a gyógyszerrel kapcsolatos aggodást (45%) és a szer szükségletességét (43%) találta (Roner 2005), mely elkerülhető lenne hatékony, kétoldalú orvos-beteg kommunikációval.

Összefoglalóan megfigyelhető a versenykörnyezet átrendeződésével párhuzamban a betegek fogyasztói jellemzőinek és magatartásának változása. Az információalapú társadalomban az egészségmegőrzés előtérbe került, fejlődött az egészségtudatosság, betegjogi szervezetek alakultak. A bébi-boom korosztály öregedésével egészségtudatos, bizalmatlan, információéhes, új fogyasztói kör született, akik aktív részesei az ellátással kapcsolatos döntéseknek. E trendek a gyógyszeripari döntéshozókat új üzleti modellek megalkotására inspirálták és a paradigmaváltásnak köszönhetően megszületett a Direct-To-Consumer (DTC) kommunikáció.

1.3. Paradigmaváltás a gyógyszermarketing terén

A gyógyszerpiacon 1.1. pontban felsorolt trendek éles versenyhelyzetet teremtettek az iparban. A változások a gyógyszercegéket az eddig alkalmazott stratégiák átgondolására, és **új cégstratégia alkalmazására** sarkallták pórtfólió szinten, mint globális piaci jelenlét, újabb egyesülések, felvásárlások, stratégiai szövetség és erőforrás kihelyezése (outsourcing). Azonban a **marketing stratégiában** is gyökeres változtatásokra kényszerültek: gyorsabb és ütőképesebb termékbevezetés, az eladási csapatok méretének és hatékonyságának növelése, saját generikumok bevezetése (2nd brand), behatolás niche szegmensekre, márkaépítés, a hagyományos marketing technikák magasabb szintű és eredményesebb alkalmazása, alternatív marketing eszközök fókuszba helyezése (direkt-marketing, e-detailing, banner hirdetés, e-selling technikák és a DTC kommunikáció) (Corstjens és Carpenter 2000). Corstjens-t és Carpenter-t (2000) idézve **a gyógyszeriparban a marketing ugyanolyan fontos lett, mint a tudomány maga.** E nehéz időkben a gyógyszercegeknek létkérdés lett hatékony marketingkommunikáció alkalmazása. A megfelelő üzenetet a megfelelő időben közvetlen módon eljuttatni a megfelelő döntési tagoknak. A hagyományos kommunikációs modellben az orvosokat tekintették a **fő célcsoportnak**, azonban a gyártók felismerték a döntési folyamat jelentős szereplőjévé vált a végfelhasználó, az **információval felruházott beteg** (7. ábra).



7. ábra

A gyógyszeripari szervezetek fejlődése (Woods 2000)
(DR=orvos, Term=termelés, Alk=alkalmazottak, Mark=marketing, Pénz=pénzügy)

A **betegszervezetek száma növekedett** és az ipar szövetségbe próbált lépni e szervezetekkel. Crooks és Boehringer (1998) ennek ékes példáját mutatja be, amikor az amerikai gyógyszeripar a 90-es években eszmecserét kezdeményezett 50 betegszervezettel a brüsszeli konferencián. Hamarosan az ipar egy igen hatékony eszköznek találta a betegszervezetek támogatását. Tagjaikkal közvetlen kapcsolatba lépett hírlevélben, nyomtatott anyagokon keresztül és így bírt befolyást a végső felhasználóra, a betegre. Krueger et al (2004) kidolgozta a gyógyszeripar és a betegszervezetek lehetséges kapcsolódási pontját. Az ipar a páciens a gyógyszer helyes használatára okítva növeli termékének ismertségét. Tájékoztatást adva számára a diagnózisról és preventív lehetőségről terápiás keresletet teremt. Bevonva őt a pre-marketing, a klinikai vizsgálatok folyamatába igényeik legszélesebb kielégítésével vevői „intimitás-t” („customer intimacy”, Jan Lechley szóhasználata, SmithKline Beecham), vevői bizalmat épít ki.

Az amerikai gyógyszeriparban a piacrészesedés megtartása és növelése céljából a paradigmaváltás tehát megtörtént, mely gyümölcse a közvetlenül a fogyasztóhoz szóló DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció, mely az orvosok igényeinek kielégítése mellett a beteg szükségleteinek elemzésére és kielégítésére fókuszál.

2. A DTC FOGALMA ÉS HELYE A MARKETINGKOMMUNIKÁCIÓBAN

2.1. A DTC fogalma

A **Direct-To-Consumer** Európában a társadalmi célú kommunikáció (TCK), míg Amerikában és Ausztráliában a társadalmi célú kommunikáció és a társadalmi célú hirdetés (TCH-TCR), reklám körébe tartozik.

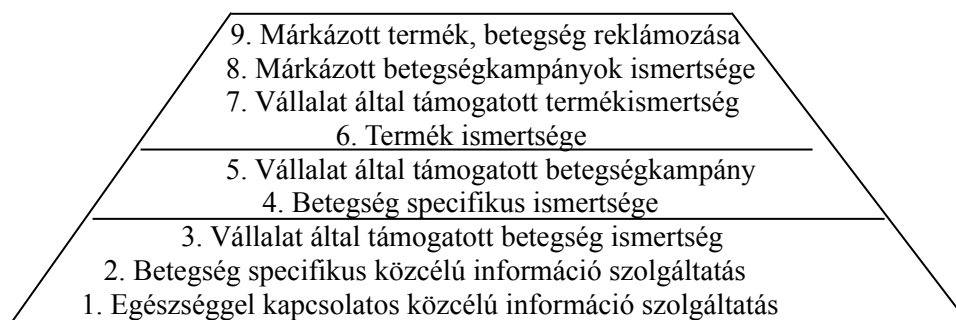
A Magyar Újságírók Országos Szövetsége (MÚOSZ 2005) hazánkban javaslatot tett e két fogalom definiálására: „**A társadalmi célú kommunikáció (TCK)** a társadalom egésze, illetve csoportjai által, a társadalom egésze, vagy valamely részterülete számára a társadalomban megjelenő információk cseréje. A társadalmi célú kommunikáció, mint tevékenység, tervszerű és tartós erőfeszítés azért, hogy a közösség és annak csoportjai között a vélemény és a viselkedés befolyásolásával kölcsönös megértést, jóakaratot és együttműködést építsen és tartson fenn. A társadalom tagjaival folytatott kommunikáció feladata, hogy a társadalom egészében, illetve annak csoportjaiban felmerülő döntési alternatívákat vagy várható attitűdváltozásokat előkészítse, elősegítse, előmozdítsa, befolyásolja, a közvélekedést formálja az üzenetet kibocsátó szervezet és a társadalom egésze, vagy része érdekében.” A társadalmi célú kommunikáció a társadalom különböző területein jelenik meg, mint társadalmi közeg, egészség, társadalmi biztonság, környezet. Az egészség terén legfőképp az egészséges életmód, a megelőzés és egészségvédelem terén jelentkezik. A szakirodalom használja a **Direct-To-Patient** (továbbiakban: **DTP**) (Starnes 2005) és a **Quasi-DTC** (továbbiakban: **kvázi DTC**) (Pryce-Jones 2000) fogalmát, mely az Európában ismeretes társadalmi célú kommunikációval egyenértékű fogalmak és leginkább a betegek információval való felruházásának folyamatát jelenti betegtájékoztatókon, szolgáltatásokon és betegségkampányon keresztül.

„**A társadalmi célú reklám (TCR)** vagy **társadalmi célú hirdetés (TCH)** a társadalom informálása, befolyásolása, cselekvésre késztetése a reklám, a propaganda eszközrendszerével, módszereivel. Minden olyan közlés, üzenet, információ eljuttatása a társadalom tagjaihoz, csoportjaihoz, a társadalom érdekében, amely a társadalom tagjait tájékoztatja, a társadalom értékeiről, valamint meggyőzi a társadalomban felmerült problémákról, azok megoldásáról, kitűzött céljairól, illetve a társadalom mozgósítása, cselekvésre késztetése, a reklám, a hirdetés, a propaganda eszközrendszerével, módszereivel.” A vényköteles gyógyszerek reklámozását a **Direct-To-Consumer Advertisement**

(továbbiakban: **DTCA**) fogalom takarja.

A **Direct-To-Consumer** az 1980-as években az amerikai gyógyszeriparban született **gyűjtőfogalom** (Mertens 1998), mely mindazon tevékenységek sorozatát jelenti, melyen keresztül a gyógyszeripar a betegeket közvetlen módon éri el, feljük közvetlenül üzen acélból, hogy tájékoztassa betegségéről és edukálja a kezelési módokról (PhRMA 2002), ösztönözze a kezelés igénybevételére, formálja attitűdjét és társadalmi felelősséget alakítson ki. Magába foglalja tehát a DTP, a kvázi DTC, és a DTCA fogalmait. E fogalmat eredeti angol formájában használják, fordítására ez idáig nem tettek kísérletet.

A **DTC kommunikáció platformjai** az egészséggel kapcsolatos közcélú információ szolgáltatástól 9 szinten át terjed a márkázott vényköteles termékek reklámozásáig, mely utóbbi jelenti a legszélesebb körű marketing eszközök felhasználását (Blackett és Robins 2001) (8. ábra).

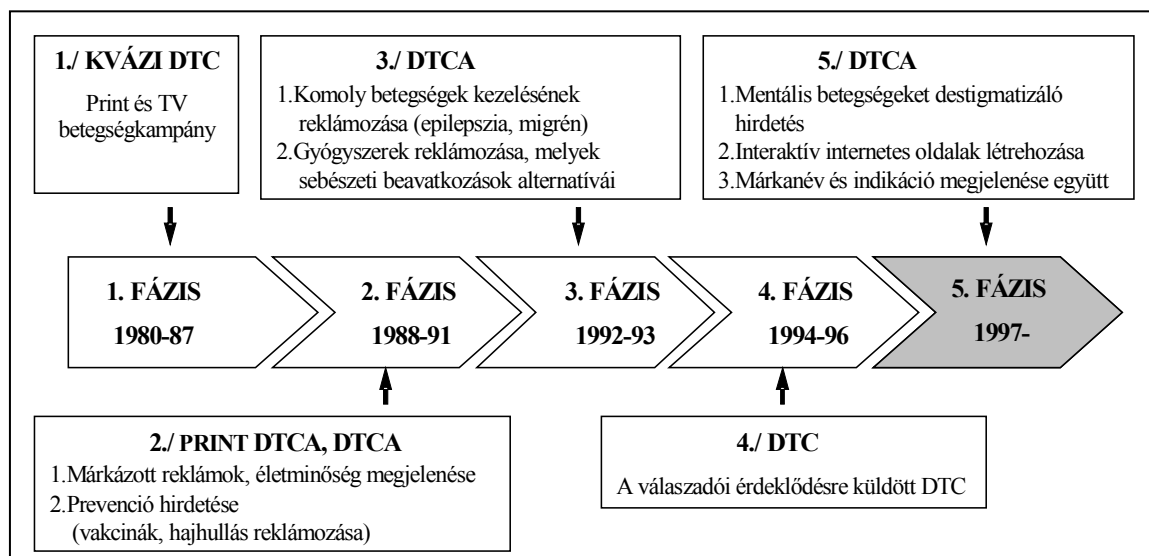


8. ábra

A DTC kommunikációs platformjai (Blackett és Robins 2001)

Amerikában a DTC fejlődése több fázisban történt (Mertens 1998) (9. ábra). A 80-as évek elején leginkább kvázi DTC-t, azaz betegségkampányokat láthattunk a nyomtatott sajtóban és a TV-ben. A 80-as évek végén az életminőséget és a prevenciót hangsúlyozandó főként nyomtatott márkázott hirdetések jelentek meg. A 3. melléklet időrendben bemutatja mely gyógyszereknél alkalmaztak először DTCA hirdetéseket a 80-as években. 1992-től megkezdődött a komoly betegségek (epilepszia, migrén) és olyan szerek reklámozása, melyek sebészeti eljárások alternatívái lettek. A 4. fázisban azon DTC kommunikációról beszélhetünk, melyet a fogyasztói érdeklődés hívott életre. 1997-től létrejött az integrált DTC kommunikáció, interaktív weboldallal. Megszülettek a mentális betegségeket destigmatizáló DTCA hirdetések, melyen a márkanév és gyógyszer indikáció együttesen alkalmazható.

1999-ben az FDA pontot rakott a DTC szabályozásának kérdésére, amikor megerősítette az 1997-ben kiadott irányelveket.



9. ábra

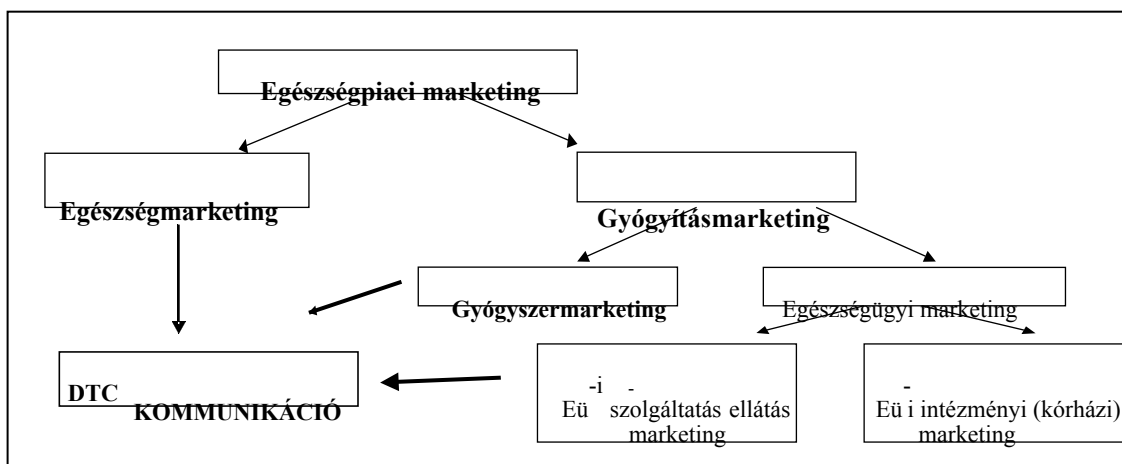
A DTC kommunikáció fejlődése (Mertens 1998 után saját szerkesztés)

Azonban **Európában és hazánkban** a vényköteles szerek reklámozása (DTCA) laikusok felé nem megengedett. A tiltás oka az, hogy a vényköteles szerek ellentétben a patikai OTC (Over-The-Counter) szerekkel, súlyosabb betegségeket kezelnek, toxicitásuk nagyobb, és a kockázatok és előnyök kevésbé érthetőek. Hazánkban a **gyógyszer fogalmán** azon anyagot vagy keveréket értjük, melyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazható (2005. évi XCV. tv.). A szabályozás az egészség védelmében restrikción alkalmaz a marketing és reklámozás terén (HAI-Europe 2001). Európában a 8. ábra első öt pontjáig beszélhetünk **DTC kommunikációról** (Blackett és Robins 2001), pontosabban **DTP kommunikációról**: 1. Egészséggel kapcsolatos közcélú információszolgáltatás (sportolás jótékony hatásai az egészségre) 2. Betegség specifikus közcélú információszolgáltatás (sportolás haszna depresszió ellen) 3. Vállalat által támogatott betegség ismertség (PR cikk a depresszió tüneteiről) 4. Betegség specifikus ismertsége (PR kampány nőknek a depresszió felismeréséről és kezeléséről) 5. Vállalat által támogatott betegségkampány (integrált depresszió kampány). **Integrált marketing kommunikáció** során a tervezés a lehetőségek teljes tárházából indul ki, az üzenetek egységesek és egymást erősítők, a célok világosan megfogalmazottak, a végrehajtáskor az összes kommunikációs eszköz megvalósul és az optimális eredmények elérése áll a középpontban (Józsa 2000, 2003).

2.2. A DTC helye a marketingkommunikáció rendszerében

Szántó (2004) az **egészségpiaci marketing** fogalomrendszerének definiálására tett kísérletében az egészségpiaci marketinget azon marketing aktivitások összességének veszi, melyek az egészségpiac potenciális fogyasztóira irányulnak, melynek része az egészségmarketing, és a gyógyításmarketing (11. ábra). **Egészségmarketingen** pedig azon műveletek összességét érti, melyek támogatják, hogy a fogyasztók megismerjék, elfogadják és alkalmazzák az egészséges életmódot és az egészség megővését szolgáló termékeket, szolgáltatásokat és tevékenységeket. **Gyógyításmarketing** azon műveletek összessége, melyek segítik, hogy a fogyasztók megismerjék, elfogadják és igénybe vegyék az egészségük helyreállítását szolgáló termékeket, szolgáltatásokat és tevékenységeket.

A gyógyításmarketing két részből áll. Egyfelől a **gyógyszermarketingből** (pharmaceutical marketing), mely azon műveletek végrehajtását érti, melyek irányítják a gyógyszeripari termékek áramlását a termelőtől a fogyasztóig. Másfelől áll az **egészségügyi marketingből** (health rebuilding-service marketing), azon műveletek összességéből, melyek segítik, hogy a fogyasztók megismerjék, elfogadják és igénybe vegyék az egészségügyi intézmények által nyújtott, az egészségük helyreállítását szolgáló szolgáltatásokat.

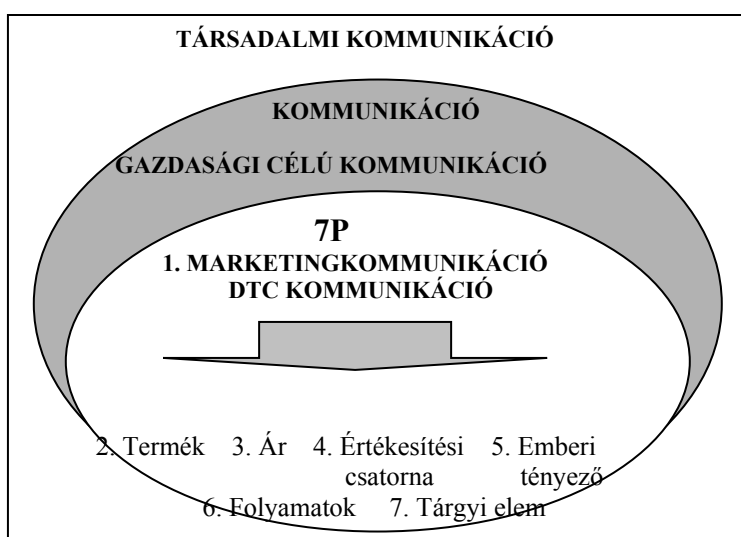


11. ábra

Az egészségpiaci marketing fogalomrendszere (Szántó 2004)

Elfogadva Szántó (2004) által alkalmazott rendszert, a DTC kommunikáció egy olyan eljárás, mely az egészségmarketing, a gyógyszermarketing, és az egészségügyi marketingen területén alkalmazható.

Sándor (1997) a **marketingkommunikációt** a társadalmi, ezen belül a gazdasági célú kommunikációs alrendszer részének tekinti, ahogyan a 10. ábrán szemléltettem. Mint a gazdasági befolyásoló szféra komponense, a gazdálkodás végső céljához, a szükségletek kielégítéséhez kapcsolódik, s kereslettel köti össze az árutermelést. Másfelől a marketingkommunikáció önálló eleme a vállalat marketingrendszerének, egyike a hagyományos 4P vagy 7P marketing eszközöknek (12 Manage 2006). A cég marketing tevékenységének van egy jól megkülönböztethető kommunikációs síkja, melyben a marketingkommunikáció egyrészt önálló piacbefolyásoló eszköz, másrészt minden marketingeszköz kísérő jelensége. A DTC kommunikációt e rendszer részének tekintjük.

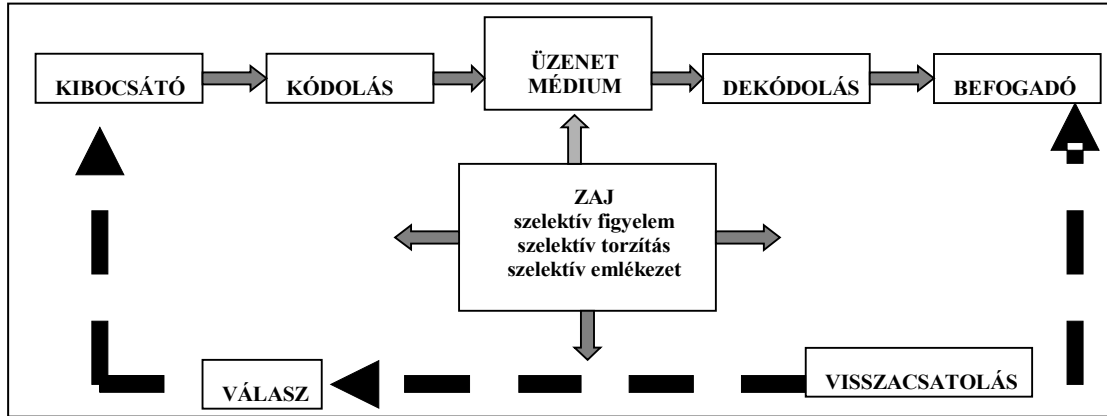


10. ábra

A kommunikáció alrendszerei (Sándor 1997 után saját szerkesztés)

2.3. A DTC kommunikációs folyamata

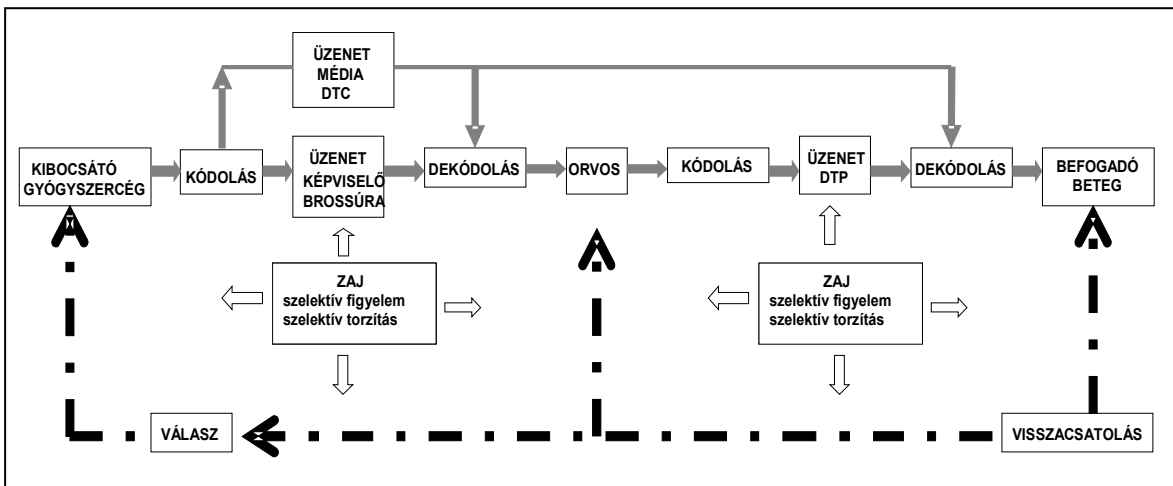
A 12. ábrán a **hagyományos kommunikációs folyamat modellje** a hatékony kommunikáció kulcsfontosságú tényezőit emeli ki. A kibocsátó feladata az üzenet eljuttatása a befogadóhoz a leghatékonyabb formában és módon. E cél eléréséhez ismernie kell a célközönséget és annak dekódolási szokásait. Az üzenetet a leghatékonyabb médiumon keresztül kell közvetítse a befogadónak számolva a szelektív figyelem, a szelektív torzítás és a szelektív emlékezet zajhatásaival. Visszacsatoláskor bizonyosodik meg a kibocsátó arról, hogy üzenete elérte célját, a befogadó megértette a mondanivalót.



12. ábra

A kommunikációs folyamat elemei (Kotler 2002)

A DTC kommunikációban a kommunikációs folyamat különbözik a hagyományos modelltől. Egyfelől a gyógyszercégtől kibocsátott üzenet, például a DTP esetében az orvos szűrőjén keresztül indirekt módon jut el a beteghez (13. ábra). Itt a kibocsátó üzenete máris csorbul és a zajhatás duplán érvényesül, az orvos szűrőjén át egyszer és a beteg szűrőjén újfent. Illetve jelentkezik egy extra zajhatás, az orvos és a laikus által használt nyelvezet közötti szakadék. Buda (1994) boncolgatta az orvos-beteg kommunikációt. A két szereplő találkozáját bonyolultnak találta, hiszen az orvos szaktudásánál fogva sajátos fölényben van, az un. szakértői hatalom van a kezében. Ha a hatalmi tényezők és a szerepviszonyokból eredő erők nem érnék el célt például a beteg-együttműködés terén, az orvos kommunikatív befolyásolási képességére és fokozott empátiás képességre kell támaszkodjon.



13. ábra

A kommunikációs folyamat elemei a gyógyszermarketingben (saját szerkesztés) Lantos (2004a) saját felmérésében az orvos-beteg kommunikáció hiányosságaira hívja

fel a figyelmet. 49 kiértékelt vizit után az orvost és a beteget megkérdezve mindössze két diagnózis esetében szedte a beteg ugyanarra a szert, mint amire az orvos felírta. A betegek edukálása, a közös szókincs kialakítása azért is fontos, mert ami az orvosnak megfázás a betegnek influenza, a krónikus bronchitist pedig asztmának hiszik. Az orvosokon nem jut túl a gyógyszer haszna a sok értékes információ mellett (Lantos 2004a). E kutatást erősíti az is, hogy 50 fős mintán a páciensek számára a gyógyszeres kezelés a mellékhatásokról és az azoktól való félelemről szól (Horváth 2004), mely hátráltatja a beteg terápiás együttműködését és gyógyulását. A **DTC kommunikáció menedzsment** a gyógyszercégek azon marketing eszköze, mely képes a célcsoport felé történő kommunikáció hatékonyságát fejleszteni és egy integrált kommunikációs kampány végrehajtása során a vállalatokat a széles célcsoportú termék marketingtől a targetált szegmens marketingig vezeti.

2.4. A válaszhierarchia-modellek

A marketingkommunikációs folyamat feladata tehát az üzenet célba juttatása, az, hogy a befogadó megértse a mondanivalót. A kibocsátónak azonban tudnia kell a befogadótól milyen optimális válaszreakciót vár el, mint cselekvés (AIDA-modell), vásárlás (Hatáshierarchia-modell), elfogadás (Innovációelfogadási modell), magatartás (Kommunikációs modell), beteg-együttműködés vagy terápiahűség (Prachaska transzteoretikus modell, Datamonitor, Optas). Az egyes modellek következőképpen különböző fogyasztói válaszreakciót feltételeznek.

a./ **A legismertebb válaszhierarchia modellek**, az AIDA modell, a hatáshierarchia modell, az innováció-elfogadási modell, és a kommunikációs modell mind azt feltételezik, hogy mielőtt a vásárló eléri az optimális cselekvést, vásárlást, elfogadást vagy magatartást, a fogyasztó a kognitív, az affektív és a magatartási szakaszokon át a vásárlási készség egyre magasabb szintjére kerül (Kotler 2002) (14. ábra). Doyle (1998) megfogalmazásában a fogyasztó a kognitív, tudati szakaszon (ismertség, megértés) átjutva az affektív, érzelmi fázison (attitűd, preferenciák) keresztül jut el a magatartási, cselekvési szakaszig (próbavásárlás, újravásárlás). A vásárló termékhez való kötődésétől függően a „tanul-érez-cselekszik” folyamat felcserélődhet „cselekszik-érez-tanul” vagy „tanul-cselekszik-érez” folyamatra. A kibocsátó kommunikációjára a befogadó optimális válaszai a cselekvés, a vásárlás, az elfogadás és az elégedettség.

A **DTC kommunikáció** képes befolyásolni a beteget mind kognitív, mind affektív, mind magatartási szakaszában. A 14. ábrán a válaszhierarchia modellek mindegyikének kiinduló pontja a kognitív, a tanulási szakasz, úgy a beteg is képtelen a felsőbb szakaszokba lépni a megfelelő számú információ nélkül jelezve a betegedukáció fontosságát.

Szakaszok	AIDA modell	Hatáshierarchia modell	Innováció-elfogadási modell	Kommunikációs modell
KOGNITIV szakasz	Figyelem ↓	Tájékozottság ↓ Tudás	Tájékozottság ↓	Expozíció ↓ Befogadás ↓ Kognitív válasz ↓
AFFEKTIV szakasz	Érdeklődés ↓ Vágy ↓	Kedvelés ↓ Preferencia ↓ Meggyőződés ↓	Érdeklődés ↓ Mérlegelés-értékelés ↓	Attitűd ↓ Szándék ↓
MAGATARTÁSI szakasz	Cselekvés	Vásárlás	Kipróbálás ↓ Elfogadás	Magatartás

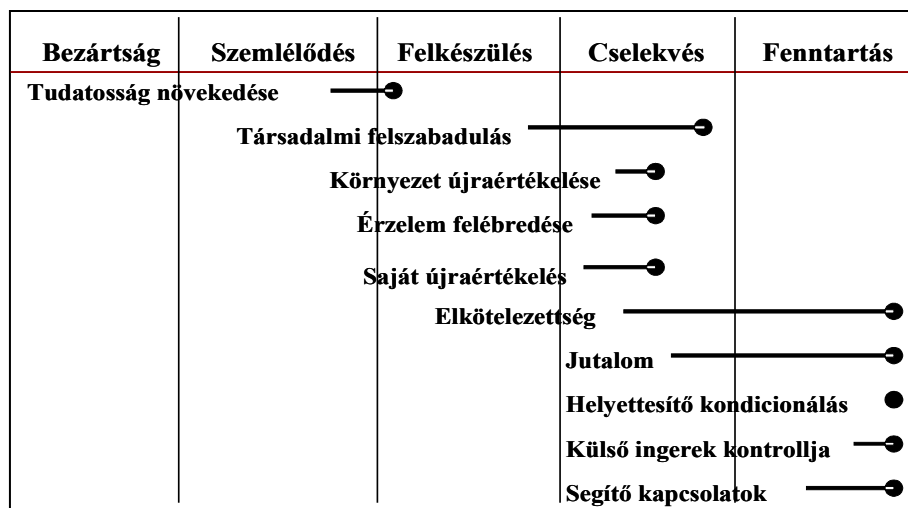
14. ábra

A válaszhierarchia-modellek (Kotler 2002)

Meg kell jegyezni, hogy a betegek esetében Ágoston (2004) szerint a többféle elméleti modell közül az önszabályozó modell a legkorszerűbb, melynek értelmében a betegek terápiás együttműködése akkor a legjobb, ha a beteg rendelkezésére állnak mindazon információk, ismeretek, minták, melyek elsajátításával az ő egészsége érdekében a legjobb viselkedést képes követni.

b./ **Prochaska** et al. (1998) által kidolgozott ún. **transzteoretikus modell** többféle kognitív és viselkedésmodell összegzése, mely a beteg oldaláról vizsgálja a kognitív, affektív és magatartási szakaszokat. A modell a szándékolt viselkedésváltozást írja le 5 szinten (15. ábra). A páciens a bezártság, a szemlélődés, a felkészülés, a cselekvés és fenntartás szakaszán keresztül jut el a pozitív viselkedésig, a beteg-együttműködésig és terápiahűségig,

ahol számára érzékelhető a kezelés haszna.



15. ábra

Prochaska transzteoretikus modellje a magatartás változásáról (Nauman 2004)

Nauman (2004) állítja, hogy az emberek 70%-a amikor szembesül a változás szükségességével, nem cselekszik. Ezért először javasolja megállapítani, hogy a beteg a transzteoretikus modell mely szakaszában van. A beteg egyik szintről a másikra történő útját az orvos vagy a DTC kommunikáció képes ösztönözni, azonban bármely demotiváló faktor visszavetheti a beteget az előző szintek egyikére (Rieder 2005).

Lantos (2005a) egy valós hipertóniás beteg példáján mutatja be a modell lényegét. A páciens magas vérnyomás értéket mér otthon, de ismeretek és panaszok hiányában ez a vérnyomás érték nem bír számára információval. Ekkor a beteghez érkező információ süket fülekre talál (Lantos 2005b). A környezetből érkező folyamatos információ során egyes üzenetek eléri a beteget, érdeklődése kitágul, több tudati és érzelmi folyamat indul meg benne. Egyre elkötelezettebb saját döntése mellett és cselekszik, orvoshoz fordul. Orvosa ellátja némi információval a betegségről és öt gyógyszert ír fel számára. A beteg szedni kezdi a gyógyszereket, de vérnyomása nem normalizálódik. Egy idő múlva a csalódottság állapotába kerül és felhagy a szedésükkel. Visszalép tehát egy előző szintre. Két évig nem szed semmit változatlanul magas vérnyomására. Hirtelen kellemetlen tünetei jelentkeznek, megijed, és másik orvoshoz fordul, aki részletesen elmagyarázza a betegségét, a gyógyszereszedés jelentőségét és gondosan felír öt gyógyszert. A beteg szedni kezdi a szereket és vérnyomása hamarosan normalizálódik. A beteg továbbra is szedi a készítményeket,

kialakul a beteg-együtműködés és terápiahűség. A kezelés tehát akkor tekinthető eredményesnek, ha a beteg eljut a cselekvésig, majd a fenntartás szakaszába lép.

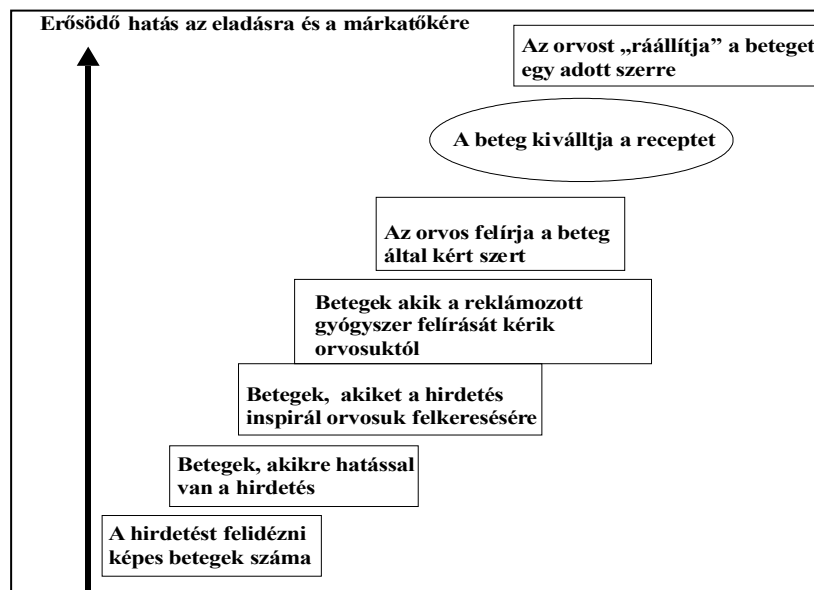
A betegeket tehát lépésről lépésre kell átsegíteni a bezártság szakaszából a szemlélődés, a felkészülés és a cselekvés szakaszain át a beteg-együtműködésig és terápiahűségig. Mélyebben elemezve a **fogyasztói magatartás komplex folyamatával** állunk szemben, hiszen a betegnek cselekvések sorozatát kell megtennie a gyógyszer beszedéséig.

- a./ A beteg felismeri, hogy egészsége nem a régi.
- b./ Tudatosul a páciensben, hogy tünetei betegségre utalnak.
- c./ Bővebb információt keres, tájékozódni kezd a betegségről, a kezelési módokról.
- d./ Öndiagnózist végez.
- e./ Leküzdi a hárítás, a kételkedés gátjait és utána néz, hol kaphat problémájára orvosi segítséget.
- f./ Időpontot egyeztet az orvossal vagy spontán elmegy a rendelésre.
- g./ A beteg a megbeszélte időpontban a rendelésen megjelenik.
- h./ Átlépve a zárkózottság, intimitás gátjait az orvossal őszintén megosztja problémáját.
- i./ Közös konszenzusra jut az orvossal a terápiát illetően.
- j./ Elmegy a patikába és kiváltja a készítményt.
- k./ Követi az orvosa utasításait és naponta háromszor adott időben beveszi a szert.
- l./ Kontrollra visszamegy az orvoshoz a megbeszélte időpontban.

Tehát a DTC kommunikáció komplex üzenetet kell eljuttasson a beteghez. Az egyes fázisokon átsegíti a beteget, ösztönözni egy újabb cselekvés elvégzésére. A pontosan megtervezett és végrehajtott DTC során alapos kutatást szükséges végezni és a betegek viselkedését, motivációját, attitűdjét fel kell térképezni. Az adott szakaszban lévő célközönségre specifikus kommunikációs tervet kívánatos kidolgozni. A kommunikációs terv megfogalmazza a kommunikáció célját, meghatározza a páciens a modell mely szintjén áll. Majd célba veszi a beteg adott szinten lévő specifikus igényeit, megfogalmazza a beteg hasznát abból a célból, hogy az eredményes terápiás intervenció alkalmazásához segítse és ezt a leghatékonyabb kommunikációs mix segítségével tudatosítja a páciensben. A programot folyamatosan szükséges monitorozni és értékelni standardizált kérdőívvel és teszttel, melyek a program eredményeit képesek számszerűsíteni (Buda 2002).

c./ A **vényköteles gyógyszerek iránti kereslet összetett folyamat eredménye**, mely a beteg és az orvos interakciójának eredménye. Elméletileg a folyamat azzal indul, hogy a beteg orvosi segítséget keres. A racionális beteg akkor veszi igénybe az orvosi segítséget, ha annak várható egészség haszna nagyobb a befektetett költségeinél (anyagiak, időbefektetés, kényelmi szempontok (Buttá 2002)). Ugyanakkor elvárásokkal rendelkezik a kezelés irányába, mely függvénye információinak a saját állapotáról, betegségéről és a rendelkezésre álló gyógyszerekről. Az orvos optimális döntéskor maximalizálni kívánja a beteg egészség haszna és az orvos felírási költsége közötti különbséget. Buttá (2002) megállapítása, hogy a beteg minél több ismerettel bír a betegségről és a szer potenciális hasznáról, annál pontosabban képes értékelni, mikor kérjen orvosi segítséget, egyben fejlettebb orvos-beteg interakcióhoz vezet. Buttá modelljében az optimális felírás tehát az interakciós hatás, az orvosi felírás költsége és a beteg-együttműködés függvénye.

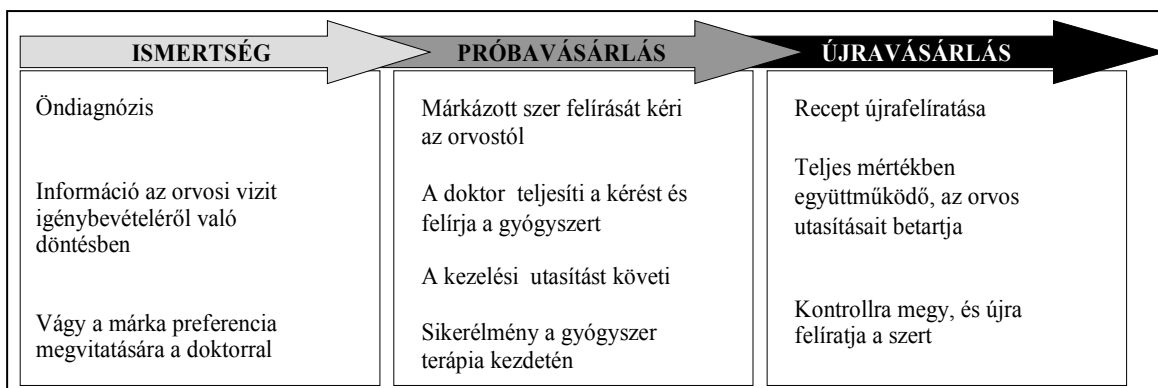
d./ A Datamonitor (1998) megalkotta a **társadalmi célú reklám (DTCA) kívánatos hatásmechanizmusát** (16. ábra). Az a kiinduló pontja, hogy a hirdetéssel találkozó betegek egy része képes felidézni a hirdetés egy részét vagy annak üzenetét. Egy részükre hatással vannak a látottak és hallottak és felkeresik orvosukat. Az orvosi vizit során a hirdetett gyógyszer felírását kérik orvosuktól. Az orvos felírja a szert, ami „top of mind” a fejében van, amivel jók a tapasztalatai, véleményformáló kollégái is azt használják. Ezen a szinten az orvoslátogatás minősége meghozza a gyümölcsöt, mert a kampány által „becsalogatott” betegnek az orvos ideálisan a hatékonyan promócionált terméket írja fel. A beteg a receptet kiváltja a patikában és rendeltetésszerű módon használja. A szer hatékonynak bizonyul. A beteg állapota javul, nincsenek jelentős mellékhatások, ami miatt felhagyna a terápiával. Így az orvos a legközelebbi vizitkor is ugyanezt a terápiát javasolja és ráállítja a beteget a szerre. A páciens érzékeli a terápia hasznát és személyes hasznát, mely elvezeti a terápiahűségig.



16. ábra

A DTC kampány kívánatos hatásmechanizmusa (Datamonitor 1998)

Az Optas (s.a.) e folyamatot az ismertség, a próbavásárlás és az újravásárlás szintjein szemlélteti (17. ábra). Az orvos-beteg között zajló kommunikáció elemeit mutatja be a beteg öndiagnózisától a terápiahűségig.



17. ábra

Az orvos-beteg kommunikáció elemei (Optas s.a.)

Erősen vitatott, hogy a DTCA során a komplex orvosi szakértelmet igénylő **gyógyszerválasztásban mennyire játszik fő szerepet a beteg**. Ohliger (1999) úgy véli, beteg oldalról akármilyen erős a nyomás az orvoson egy adott szer felírására, az orvos kötelessége etikusan dönteni a megfelelő terápia felől. McCarthy (1999) két felmérésre hivatkozik. Az AgeWaves felmérésében 1000 fogyasztót kérdeztek meg a 18 legnagyobb forgalmú és DTC-vel reklámozott készítmény hirdetésével kapcsolatban. A betegek 35 %-a

kérte orvosától a reklámozott szer felírását, melyet az orvosok 33%-ka fel is írt. Market Measures piackutató cég azonban más eredményre jutott. A fogyasztók mindössze 13%-a kérte adott szer felírását az orvostól és 4%-uknak írták fel. A GAO (2002) 1997-2003 között készült, 11 felmérést analizált a DTCA reklámokkal kapcsolatosan (4. melléklet). A tanulmányokban a fogyasztók 65-85%-a (átlag 76%) emlékszik a látott DTCA hirdetésre. A hirdetés a nézők 23-44%-át (átlag 30%) inspirálta arra, hogy orvosával beszéljen. 7-29%-uk (átlag 21%) kérte orvosától egy specifikus szer felírását, ezen mintán az orvosok 21-84%-a (átlag 61%), a teljes mintán 2-7%-a (átlag 5%) írta fel a kért szert, mely 8,5 millió amerikai vevőt jelent.

Az NPD Reports (2001) elemzést végzett 12 000 vényköteles gyógyszer felhasználóval, mely eredményei érdekesek:

- a./ A betegek 51%-a folyamatosan informálódik a kezelési módokról.
- b./ Mindössze 11%-uk állította, hogy a TV hirdetésben látott hirdetés miatt kért időpontot orvosától.
- c./ A válaszadók 25%-a a DTCA reklámban látott gyógyszerről kérdezte orvosát.
- d./ 38%-ukat idegesíti a vényköteles termék reklám a TV-ben.
- e./ 33% számára túlságosan zavaróak a gyógyszerreklámok és nem szeretnék találkozni hasonló reklámokkal a jövőben.

A felíró orvosok között is megoszlanak a vélemények a DTCA-val szemben. Egy részük szerint előnyösen hat a beteg edukációra, másokra azonban nyomást gyakorol a gyógyszer felírásoknál (Barclay 2003). Az FDA (2003) 500 orvossal történő felmérés eredményeiről tájékoztatott:

- a./ 40% szerint a DTCA némileg pozitív hatással volt a praxisukra és a betegeikre, 42%-nál pedig némileg negatívan hatott.
- b./ 51% úgy vélte, a DTCA az egészséggel kapcsolatos beszélgetést ösztönözte.
- c./ 65% állítja a DTCA összekeveri a relatív kockázatot az előnyökkel.
- d./ 57% véleménye, hogy szükségtelen gyógyszer felírásra sarkall.
- e./ 40% szerint a betegek 40%-a pontosan érti a reklámozott szer lehetséges kockázatait és mellékhatásait kizárólag a DTCA-nak köszönhetően.
- f./ 75% úgy tartja, hogy a DTCA elhiteti a beteggel, hogy a szer hatékonyabb, mint azt a klinikai vizsgálatok igazolják.
- g./ 8% érez nagyon erős nyomást, 20% pedig némi nyomást a betegek felől egy specifikus szer felírására.
- h./ 59%-tól kéri egy szer felírását és 57%-uk teljesíti a paciens kérését.

A Prevention Magazine (2002) 1350 fős mintán készített felmérése szerint a megkérdezettek 2/3-a a DTCA hirdetést felelősségteljes médiumnak tartja.

3. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ TÁRSADALMI ÉS ÜZLETI SZEREPE

A DTC kommunikáció módot ad szereplőinek érdekeik érvényesítésére, hanguk hallatására, üzeneteik eljuttatására célközönségükhöz. Optimális esetben a **szereplők érdekhálót képeznek**, ahol az össztársadalmi érdekszint kapcsolódik a társadalmi csoportosítások érdekeivel, a politikai, gazdasági és szociális részérdekekkel és az egyének személyes érdekeivel:

- a./ Beteg: célcsoportként megfelelő információhoz jutva döntésképesé válik, egészségtudatossága nő az egészségmegőrzés és prevenció terén.
- b./ Állam és állami szervek, szervezetei: az egészségnevelés finanszírozását helyette átvállalják és a prevenció költségmegtakarításhoz vezet.
- c./ Gyógyszergyár: finanszírozóként hosszú távon célcsoportját szélesíti és a gyógyszer eladását növeli.
- d./ Civil szervezet, alapítvány: az üzenet kibocsátójaként kapcsolatokat, publicitást szerez és finansiális forráshoz jut.
- e./ Reklám és médiaügynökség: a kampány végrehajtójaként e speciális területen tapasztalatot nyer, piacát növeli, imázsát pozitívan formálja.
- f./ Médiatulajdonos: a médium image-e nő a társadalmat érintő szerepvállalással.

A DTC kommunikáció célrendszere kettős, egyfelől társadalmi célok megvalósítását, másfelől a gyógyszercégek céljainak elérését szolgálják.

3.1. A DTC kommunikáció társadalmi szerepe

Ideálisan a társadalmi célok előtérbe kerülnek, és azokra illeszkednek az üzleti célok.

A paciens hasznát nézve a társadalmat és beteget érintő DTC szerepe a következő:

a./ A társadalom egészének vagy egy részének egészségnevelését végzi. A betegség ismertségét (awareness) növeli, tájékoztat az adott betegség létezéséről, megtanít a tünetek felismerésére, ismerteti a terápiás lehetőségeket. A beteg edukálásával szűkül a beteg és az orvos nyelvezete közötti szakadék. A közös szókincs használata a félreértések elkerülését és időt takarít meg mindkettő szereplőnek (Segítség – A dohányfüstmentes életért kampány!).

b./ Segít a betegség elfogadtatásában (Gács 2004) (depresszió kampány).

c./ A laikusokat információval látja el, mely hozzáféréséhez sokszor a DTC kampányon keresztül van mód (kék vagy zöld szám, internetes oldal).

d./ A betegség elleni prevencióra hívja fel a figyelmet, szűrővizsgálatokon való részvételre sarkall (emlőrák kampány).

e./ Az orvos felkeresésére ösztönöz (Segítségért forduljon szakorvosához! szlogen).

f./ A beteget a gyógyulásra buzdítja, többször támaszként szolgál (Megelőzhető! Van segítség! szlogenek).

g./ A beteg-együttműködést javítja. A helyes gyógyszerhasználat kevesebb tünetet, így jobb életminőséget és aktív életet eredményez (Gács 2004) (asztma kampány).

h./ Beidegződött attitűdök, a megszokott magatartás megváltoztatására motivál (dohányzás elleni kampányok).

i./ A beteg környezetéhez szólva felelősségérzetet alakít ki a társadalom egy részében (vakok) és a beteg és környezete kiszolgáltatottságát csökkenti (hiperaktív gyerekek szülei).

j./ Egészséges életmódra ösztönöz (szívbarát program).

k./ Destigmatizálja a betegséget (Veled is megtörténhet! szlogen, depresszió kampány).

3.2. A DTC kommunikáció üzleti céljai és alkalmazása

A gyógyszercégeknél a **DTC alkalmazását megelőző** piaci elemzéskor és a marketing erőfeszítésekről való döntést megelőzően érdemes kiértékelni az alábbi kritériumokat:

- a./ Piac mérete: a piac nagysága, zsúfoltsága, piaci rés, a vevői elégedettség foka.
- b./ Orvosok elfogadása: Mekkora a felírók bizalma a gyártó és terméke iránt? Mik az orvosok gyógyszerpreferenciái?
- c./ Versenyhelyzet: A termék mennyire megkülönböztethető a versenytársaktól? Milyen egyedi az ajánlása? Mennyit kell költeni, hogy elérje a versenytársaknál nagyobb zajsztintet és célcsoportját?
- d./ Érték: A gyógyszer által nyújtott előnyök jelentősek-e a beteg számára? Mennyire értékes számára a terápia?
- e./ Targetálás: Mennyire könnyen érhető el a beteganyag? Mekkora befektetés szükséges ehhez? Milyen a célcsoport ismerete a betegségről? Van-e kielégítetlen szükséglet?
- f./ Beteg-együttműködés foka: Milyen fokú a betegek és a környezetük motiváltsága? Betartja-e a beteg az orvosi utasításokat? Milyen a beteg terápiahűsége?
- g./ A betegség természete, gyakorisága, epidemiológiája.
- h./ A szabályozók kérdése.

A DTC egy adott **márka eladásának támogató eszköze** is egyben, mely kedvezően hat a vállalat tőzsdei árfolyamaira. E marketing eszköz alkalmazásával több üzleti cél valósítható meg:

a./ **Piacvezető pozíció** elérése és megtartása: Növeli a keresletet és gyorsítja az orvosok körében a márkaelfogadást (Viagra – erektilis diszfunkció).

b./ Az eladások egy másik **márkára történő áthelyezése (shifting)**: 1997-ben a Hoechst Marion Roussel 35 mUSD értékű DTC kampányba fogott azért, hogy a Seldane (terfenadin) készítmény beteganyagának 50-75%-t az Allegra (fexofenadin) szerre átmozdítsa. Az amerikai

piacon a Seldane top antihisztamin készítménynek számított, amíg szedésénél halálos kardiológiai mellékhatásokat nem tapasztaltak. Ezzel a lépéssel a cég nem veszítette el a Seldane teljes eladását és összes betegét (Advertising Age 1997), hanem egy részét saját márkára, az Allegra-ra átvitte.

c./ **Piacfejlesztés:** A márka jelenlegi piacának növelésével az eddigi fogyasztói kör kiszélesedik. A vevő ismereteit növeli az adott betegséggel, terápiával szemben és tudatosítja, hogy van rá megoldás. A penetráció növelésével a nagy volumenű, de régebbi készítmények számára további eladásokat lehet elérni akkor, amikor az orvosi promóció nem képes további növekedést biztosítani (Lamisil - Ásóka körömgombásodás kampány).

d./ **Új piac teremtése:** Egy adott márka új célcsoportjának megcélzásával új piac teremtése. Az amerikai piacon a fiatalok elérése mellett új célcsoportot, a homoszexuálisokat célozták meg az Engerix B (hepatitis B ellen) vakcinával.

e./ A vényköteles szer **átminősítése OTC terméké:** A vényköteles szer vény nélküli készítménnyé (OTC) történő átminősítésekor az eddigi promóciós restriktiók feloldásával a célcsoport jelentős mértékben kiszélesedik. A DTC feladata ilyenkor az átminősítés előtt a vényköteles szer felminősítése, a szakértői márka image kialakítása és kommunikálása, azaz a piac előkészítése (Zantac 75, Zovirax, Claritin, Tagamet).

f./ **Új termék vagy új indikáció bevezetése:** Új termék vagy egy régi termék új felhasználási formájának, új indikációban való bevezetésekor az ismertség gyors növelése a cél (Augmentin Duo, Augmentin Extra, Seretide, Avandamet).

g./ **Márkaépítés, branding:** Bármely a versenytárral szembeni előny hirdetése. A szer versenyelőnyének kommunikálásával egyfelől megkülönböztet a versenytársaktól, másrészt fogyasztói igényeket támaszt. Különösen nagy a jelentősége zsúfolt piacokon (Claritin, Valtrex).

h./ A **beteg-együtműködés** (compliance) és **gyógyszerszedés** (adherence) javítása céljából, mely jelentős eladásnövekményhez vezet (Zocor, Paxil).

A DTC a gyógyszerceg részéről befektetés, mely az azonos terápiás területen versenyző ellenfelek eladásait növelheti. Az FDA (GAO 2002) ismertette, hogy a DTC költségek minden 10%-os emelése, a terápiás csoport 1%-os növekedését eredményezi.

A DTC megtérülése bizonyos piacokon és termékekkel valószínűbb:

a./ Potenciálisan nagy beteganyaggal rendelkező **fejletlen piacon**, aluldiagnosztizált betegségeknel. Például a migrén piacon Kobak et al. (2005) felmérésében a vizsgált migrének 52%-a nem volt diagnosztizálva (Imitrex, sumatriptan).

b./ **Krónikus betegségek piacán.** Itt a DTC biztos megtérülést biztosít, mert a páciens egy adott szerre történő egyszeri ráállítása folyamatos gyógyszerhasználatot biztosít (asztma piac, kardiológiai, antidepresszáns piacok).

c./ Az elsőként bevezetett **új generációs készítmények** hirdetése a terápiás csoportban vagy szegmensben. Legtöbbször ugyanolyan hatékonyak, mint elődeik, de mellékhatás profiljuk kedvezőbb („Seldane, az első nem szedáló anti-hisztamin!”).

d./ **Új vényköteles szer,** mely OTC termékekkel versenyez. 1993-94-ben erre volt példa az Imitrex (sumatriptan) migrén elleni tablettá betegségkampánya, mely felhívta a migrénesek figyelmét a legújabb terápiára az OTC szerekkel szemben.

e./ **Jelentős eladással rendelkező gyógyszerek,** melyek szabadalmi oltalma hamarosan lejár és generikus támadásoknak vannak kitéve. A márkavédelem meghosszabbítása céljából alkalmazható új indikáció (Premarin), új betegelőny (ACE gátlók), új terápia (kortikoszteroidok), árelőny (Adalet), új termék vonalak, formák (Zantac) reklámozására.

f./ **Magas prevalenciájú betegségekre megoldást nyújtó szerek,** melyek ismertsége még alacsony a lakosság körében. A menopauza DTC kampány Amerikában 40 millió nőt célt meg, akik ismerete minimális volt a problémáról (Mertens 1998).

g./ **Készítmények,** melyeknek jelentős **rejtőzködő beteganyaga** van, de szégyenérzet miatt nem fordulnak orvoshoz (jóindulatú prosztata megnagyobbodás, BPH)

h./ **Életmód termékek**nél, melyek nagy beteganyagot érintenek és célcsoportjuk információra éhes, nyitott és a közegészség előny számukra felismerhető (fogyókúra készítmények: Xenical, Reductil, dohányzás elleni szer: Zyban).

Kemper és Mettler (2002) szerint a **DTC három termékkategóriához illeszkedik legjobban** különböző döntési faktorokkal és vevő előnyökkel.

- a./ **Életmód termékek:** Olyan vényköteles szerek, melyek életmód vagy kozmetikai előnyöket nyújtanak a vevőnek, de komoly betegség hosszú távú kialakulásáról nincs szó (Viagra - impotencia, Claritin – antiallergén). A vásárlási döntés különböző faktorok egyensúlyából születik meg, mint a szer ára, a tünet zavaró mértéke és a rövid távú kockázatok.
- b./ **Preventív készítmények:** Egy betegség lehetséges komplikációinak csökkentését szolgálják (koleszterincsökkentők, koronáriás szívbetegség). A fő döntési faktorok a betegség komplikációjának rizikója, a hosszú távú kezelés kockázata az életmód faktor (megfelelő ellátás) mellett.
- c./ **Krónikus betegség gyógyszerei:** A betegek (diabéteszes, depressziós, asztmás, szorongásos) inkább a kezelés egészére fókuszálnak, mintsem a gyógyszerre magára.

Általánosságban szólva a DTC kommunikációt a jelenlegi vagy jövőbeli nagy betegszámú

piacoknál alkalmazzák, melyek megtérülése valószínűsíthető, hiszen a DTC a gyógyszeriparban relatív nagy promóciós befektetésnek számít. Sajnálatosan az üzleti célok nagyban rontják a kis betegszámú piacokra való befektetést (pl. autoimmun betegségek). Illetve nem alkalmazzák azon piacon, ahol nincs terápiás választék, életet veszélyeztető állapotok terén, és monitorozott betegcsoportok esetében.

Ideális esetben az üzleti célok és a társadalmi célok egybeesnek, és mind a beteg, mind a gyógyszercég kölcsönös előnyökre tesz szert (2. táblázat)

2. táblázat

A beteg és a gyógyszervállalat kölcsönös előnyei (Blackett és Robins 2001)

Beteg előnyei	Gyártó előnyei
Korábbi diagnózis	Piac növelése
Gyorsabb beavatkozás	Gyorsabb penetráció
A legmegfelelőbb kezelési opció	Erős piacrészesedés
Növekvő beteg-együttműködés	Márka lojalitás
Eredményesebb betegség kimenetel	Vállalat és márka reputáció növelése

A kölcsönös előnyök akkor érhetőek el, ha a gyógyszercégek kellő anyagi ráfordítást szánnak a piackutatásra és mélyen megértik a végfogyasztóikat, bepillantanak legbensőbb motivációikba, vágyaikba, indítékaikba, a betegek un. insight-jába. A pirulák eladása helyett a páciens számára fontos megoldásokat ajánlanak és számukra megmutatják a gyógyszer által nyújtott személyes terápiás hasznot (Lantos 2006b).

4. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ MARKETING ESZKÖZEI

Amerikában a gyógyszermarketing igen fontos része a DTC kommunikáció. Erről tanúskodik az is, hogy évente megrendezik a DTC Nemzeti Konferenciát, ahol a legsikeresebb DTC kampányok díjban részesülnek az alábbi kategóriákban: a legkiválóbb márkázott integrált kampányok, mail kampányok, sajtó kampányok, TV kampányok, web kampányok, rádió kampányok, web oldalak, multikulturális kampányok, betegségkampányok és a legkiválóbb 25 marketinges szakembert is megválasztják (DTC National Conference 2006).

A **betegségkampányok (kvázi DTC)** témája értelemszerűen valamilyen betegség. Hazánkban többek között az alábbi betegségkampányokat láthattuk: mellrák, AIDS, hepatitis A, hepatitis B, kullancs, szívbarát program, dohányzás elleni program, depresszió, méhnyakrák, körömgombásodás stb. (Czirok 2004). A betegségkampányt azonban nem lehet egyszerűen a reklámmal azonos kategóriába sorolni, hiszen sok tekintetben különbözik a kettő (3. táblázat). A termék márkanévének és/vagy a gyártó nevének reklámozása a lakosság felé nem megengedett. A kvázi-DTC megrendelőjét hosszú távon gazdasági célok vezérik, de egyben közérdeket szolgál, egészségnevelést végez, a laikusokat tájékoztatja. A beteget, annak környezetét, az orvost, a társadalom egy részét vagy egészét befolyásolja és érdekét szolgálja. E terület a reklámtörvény által még nem részletesen szabályozott, azonban a kommunikáció módjának racionálisnak, igaznak, hitelesnek, a beteg számára érthetőnek kell lennie. Relatív alacsony költségvetésű kampányok ezek, melyek az orvosi promócióval és egyéb BTL eszközökkel együtt tudnak eredményt elérni. Előkészítése igen hosszadalmas és relatív bonyolult a hatósággal és az orvosszakmával való sorozatos egyeztetések miatt. Vannak a társadalom egészét érintő témák, melyhez szívesen és érdemleges segítőkészséggel állnak a médiatulajdonosok és politikájától függően 50-90 % kedvezményben is részesítik a hirdetőt.

3. táblázat

A betegségkampány és a reklám összehasonlítása (Csépe 2003)

	KVÁZI DTC BETEGSÉGGAMPÁNY	REKLÁM FOGYASZTÁSI CIKK
Termék, gyártó reklámozása a lakosság felé	Tilos	Engedélyezett
Reklámozás célja	Adott betegségről tájékoztatás, köznevelés, a figyelemfelkeltés, prevencióra ösztönzés (gyógyszer eladás)	Adott termék eladásának növelése
Célcsoport	Beteg, a páciens környezete, orvosszakma, társadalom egy része vagy egésze	Fogyasztó
Gazdasági célokat szolgál	Közvetve szolgál	Közvetlenül szolgál
Befektetés megtérülése	Hosszú távon	Rövid távon és hosszú távon
Költségvetés	Relatív alacsony	Magas
Kinek az érdekét szolgálja	Betegek, állam, társadalom	Cég, fogyasztó
A médiavásárlás után járó kedvezmény mértéke	50-90 % a médiavásárló cég piaci pozíciójától függően	20-30 %, a média-vásárló cég piaci pozíciótól függően
Reklámozás	Szabályozatlan terület	Szabályozott
Leginkább használatos marketing eszközök	ATL és BTL eszközök Orvosi promóció	ATL hangsúlyos, BTL eszközök
A kampány előkészítés	Hosszadalmas, a szakma és a hatóságok beleegyezése szükséges	Nem igényel plusz előkészületeket
Kommunikáció módja	Racionális, igaz, hiteles, a beteg számára érthető	Sokféle, lehet irracionális, nem valós, emóciókra építő

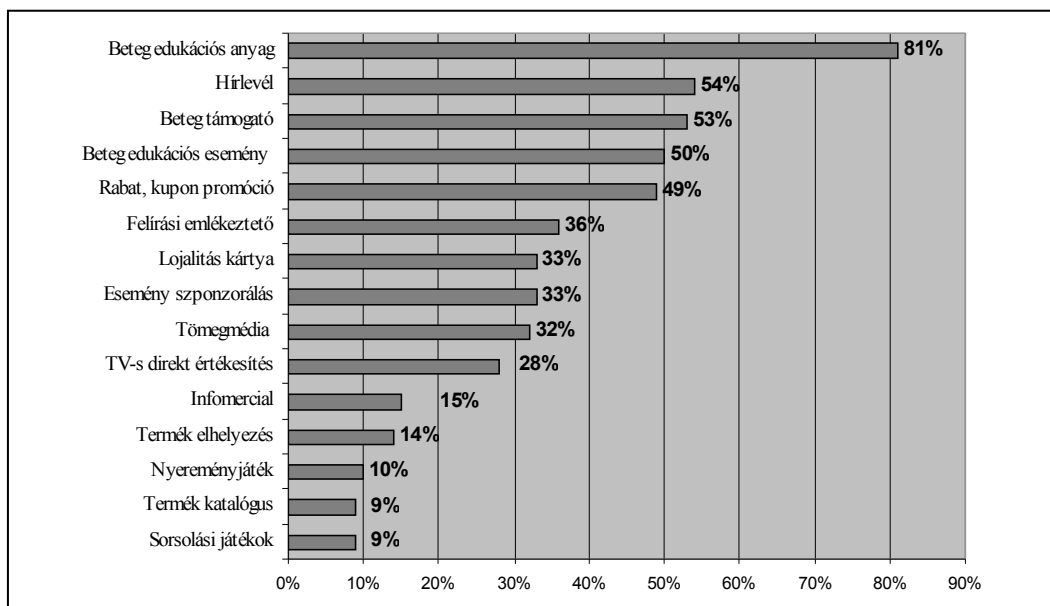
Integrált betegségkampánynál az alábbi **kampányelemeket** használják leginkább a betegek széleskörű tájékoztatása és meggyőzése céljából:

- a./ TV hirdetés, sajtóhirdetés, rádióhirdetés
- b./ Információs telefonszám, melyen szakember válaszol az érdeklődők kérdésére, vagy hazánkban az orvosi rendelők listájáról tájékoztatnak
- c./ Segélykérő vonal, főleg lelki támogatásra szorulóknak
- d./ Betegsegítő szervezetek elérhetősége
- e./ Internetes oldal a betegségről, kezelési módokról, terápiás szerekről stb. (www.depresszio.hu, www.Xenicare.com, www.weightloss.com)
- f./ PR film, cikk, szakértői interjúk, hírességek testimonial jellegű megjelenései bővebb információ átadás és meggyőzés céljából
- g./ Önkitöltő kérdőív a beteg szűrésére a rendelőben, interneten, hirdetésben
- h./ Betegtájékoztató szórólap, plakát a rendelőben vagy patikában
- i./ Betegcsomag, hírlevél, magazin a betegségről, melyet az orvos ad át a betegnek (pl. ingyenes Diabetes magazin és Cukorbeteg élet újság)
- j./ Direct-Mail
- k./ Előadások, konferenciák, szemináriumok, kerekasztal beszélgetések

- l./ Egyéb alternatív eszköz: vírusmarketing, patika TV, infopontok (www.patientmedia.hu)
m./ Támogatói kör létrehozása: szakmai egyesület, alapítvány, szakmai kollégium, mindazok bevonásával, akik elkötelezettek a probléma megoldásában és azonosulni tudnak a szándékkal. E támogatók neve alatti média megjelenés.

Azonban a Cyber Dialogue becslése alapján a gyógyszeriparban a célcsoport interneten való elérése háromszor hatékonyabb a TV hirdetésnél és hatszor eredményesebb a sajtóhirdetésnél (Eyeforpharma 2003). A Datamonitor 2001 éves kutatásában az amerikai orvosok elfogadják és használnák a web alapú beteg információkat, amennyiben azok evidenciákon alapulnak, időszerűek, könnyen kezelhetőek és pontos a hivatkozásuk (Brown és Barette 2001). A betegek 67%-a úgy gondolja az orvosa által javasolt internetes oldalak hihetőbbek és megbízhatóbbak (Coles et al. 2002).

Szakértők az **amerikai betegek elérésének eszközeit** 2006 év végére úgy ítélték meg, hogy 81%-ban a legelterjedtebbek az edukációs anyagok lesznek, 54%-ban a hírlevelek, 53%-ban egyéb támogató eszközök, 50%-ban a betegedukációs események, 49%-ban a rabatt és kupon promóciók (18. ábra).



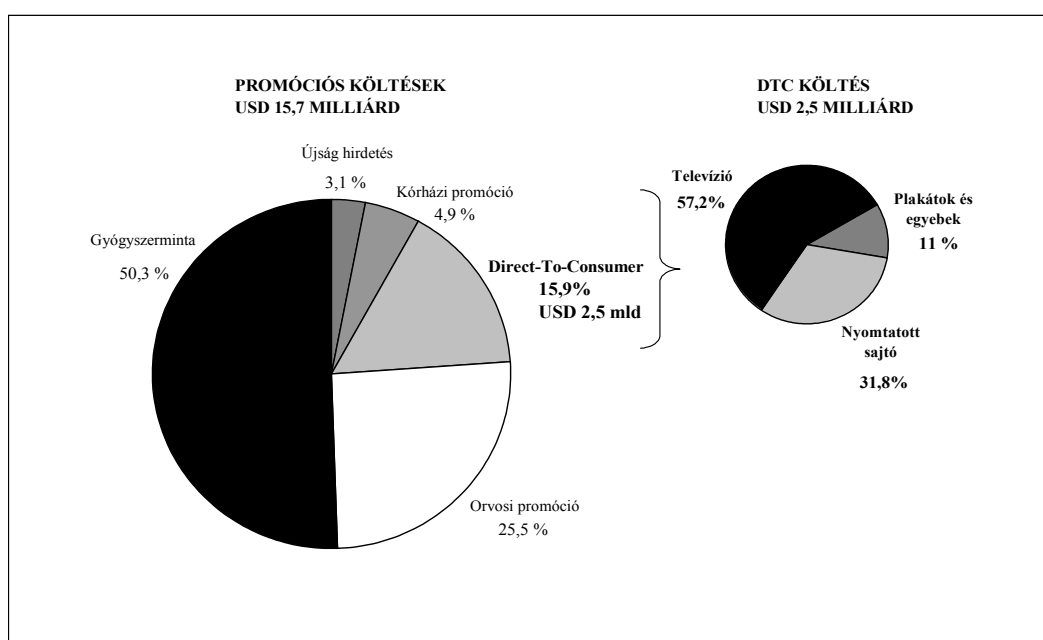
18. ábra

A kommunikációs eszközök használata 2006-ban (Buta 2006)

Buta (2006) 118 fős mintán, a gyógyszeripari marketing szakemberrel végzett kutatása szerint a **DTC kommunikáció a jövőben leginkább fejlesztendő területei**: a beteg és orvosi marketing integrációja, a kapcsolati marketing, a betegek analízise, és a márkázás.

5. A DTC KIADÁSOK AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN

A NIHCM (2001) alapítvány kutatási beszámolója szerint 2000-ben az amerikai cégek 15,7 milliárd USD-t költöttek gyógyszer promócióra. A teljes promóciós büdzsájuk felét (50,3%) a gyógyszer mintázás tette ki, 25,5%-át az orvoslátogatás, 15,9%-át a DTC kommunikáció, 4,9%-ot a kórházlátogatás, 3,1%-ot pedig a sajtóhirdetés. A DTC költségek 2,5 milliárd USD megoszlásánál 57,2%-ban a TV kampány dominál, 31,8%-ban a sajtó, 11%-ban az egyéb kommunikációs eszközök. A DTC-re fordított költségek nem érik tehát el a hagyományos orvosi promóció és a mintázás költség szintjét (19. ábra).

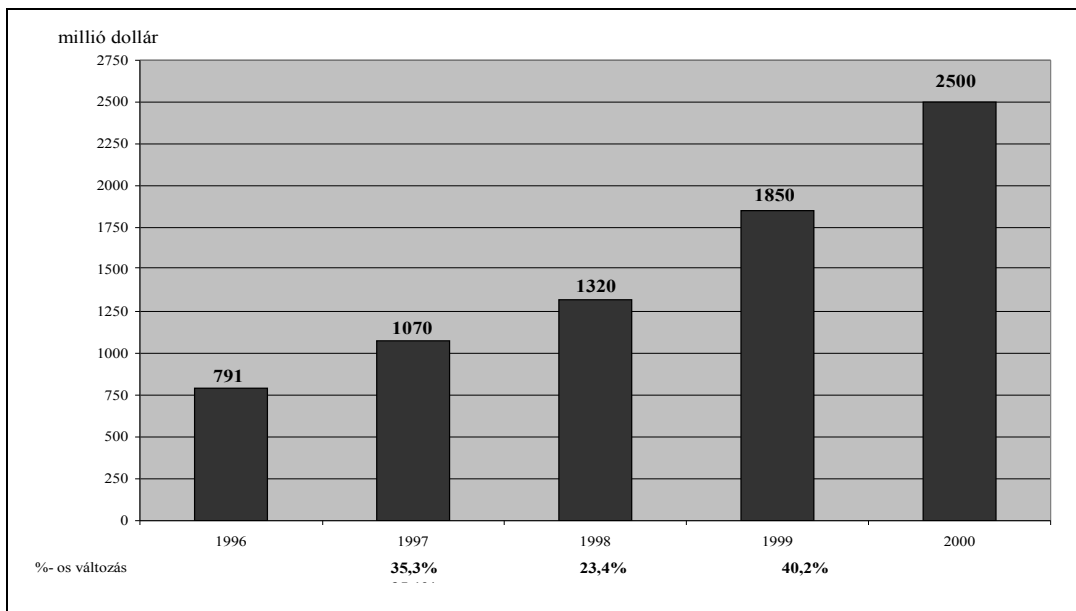


19. ábra

Promóciós kiadások a gyógyszeriparban 2000 (NIHCM 2001)

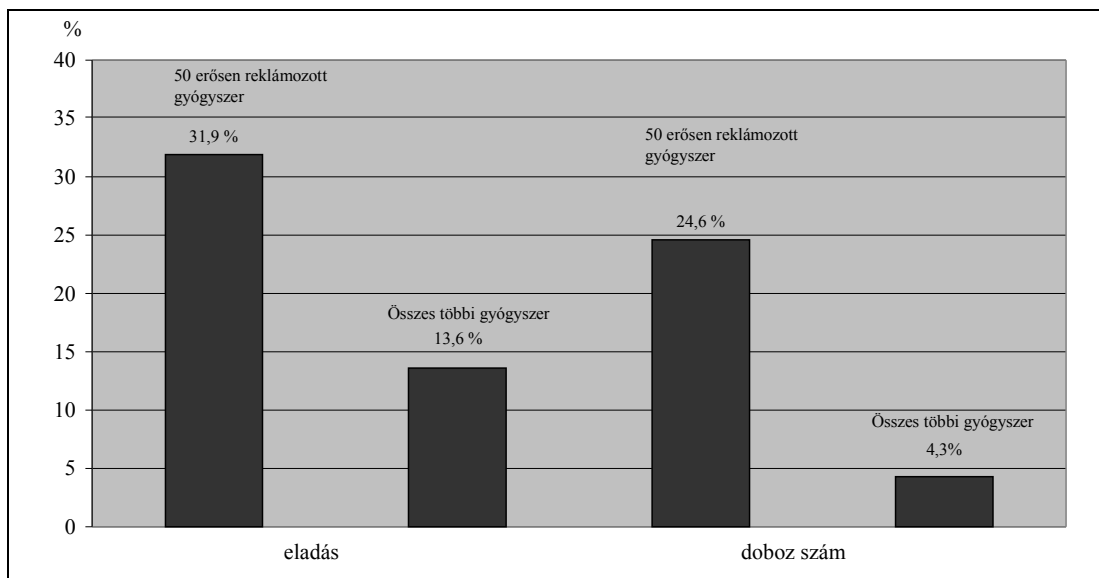
Vannak azonban kivételek. A Schering-Plough gyógyszercég 1999-ben többet költött a Claritin (loratadin) amerikai DTCA hirdetésére, mint orvoslátogatásra (First 2000).

A 20. ábra adataiból látszik, hogy 1997-2000 között a DTC-re fordított kiadások évente 23-40%-kal exponenciálisan növekedtek és valószínűleg túllépik a 2000-es 2,5 milliárd USD kiadást. (NIHCM 2001).



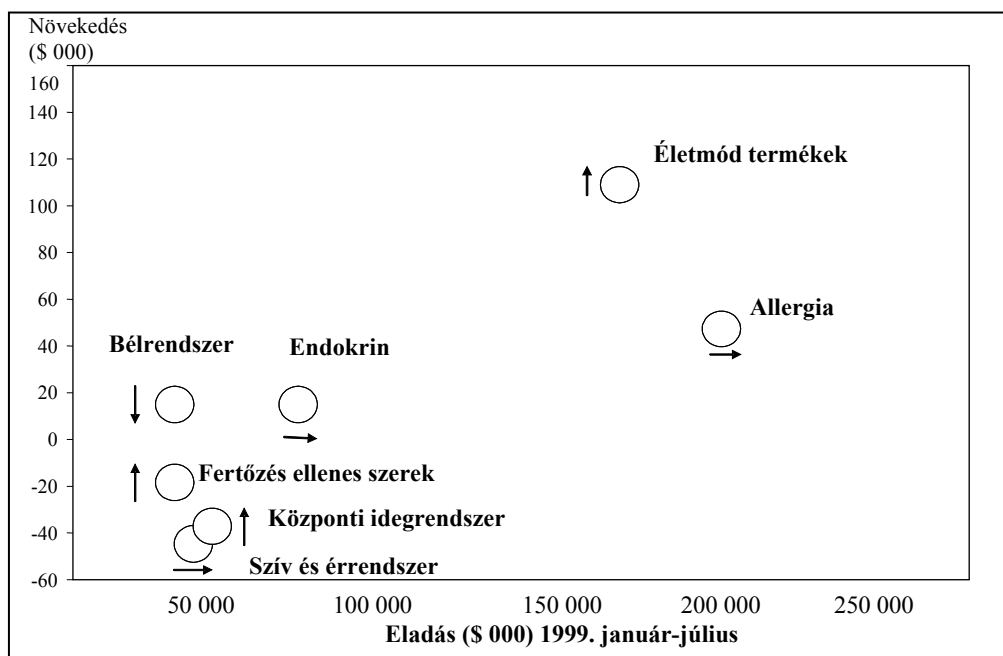
20. ábra
DTC kiadások 1996-2000 között (mUSD) (NIHCM 2001)

2000-ben az amerikai gyógyszerpiac 131,9 milliárd USD-t tett ki. A **top 50 készítmény** a piac 31,3%-át adta, mely értékben 41,3 milliárd USD. A piacon a teljes DTC költségek 2258 mUSD-t érték el, mely **94,8%-át** a top 50 termék költötte, mely számukra 31,9%-os értéknövekedést, dobozszámban 24,6%-os eladás növekményhez vezetett, ellentétben az összes többi termék értékben 13,6%-os és dobozban 4,3%-os emelkedésével (21. ábra).



21. ábra
Gyógyszereladás növekedése 1999-2000, USA, (érték és doboz) (NIHCM 2001)

Terápiás csoportok DTC költségeit vizsgálva látható, hogy 1999-ben sorrendben a gyógyszercégek a legtöbbet 200 mUSD felett az életmód termékekre és az allergia készítményekre költöttek, 74 mUSD-t a belső elválasztású mirigyekre, 50 mUSD-t a központi idegrendszer csoportra, majd a szív és érrendszer, a fertőzés ellenes szerekre és a gyomor és bélrendszer csoportjára (5. melléklet). Néhány terápiás területen, az életmód termékek, a fertőzés elleni szerek és a központi idegrendszer piacán a DTC költségek elmozdulását láthatjuk, míg az allergia, a szív és érrendszeri és endokrin szerek piacain eladás növekedés volt tapasztalható (22. ábra)



22. ábra

A terápiás területek DTC költségei 1999 (Reuters 2000)

A top 50 készítmény **többsége krónikus betegségek** és mindennapi állapotok kezelésére szolgál, melyekkel betegek millióit kezelik: 5 asztma elleni szer, 3 arthritisz elleni szer, 3 diabétesz szer, 3 allergia, 3 koleszterincsökkentő, 2 antidepresszáns, 2 szedatív szer, 2 influenza elleni szer, 2 inkontinencia elleni, és 2 gombásodás elleni szer (NIHCM 2001). A csontritkulás (osteoporozis) piacán például olyan éles volt a verseny a Wyeth-Ayerst Premarin (konjugált ösztrogén) és a Lilly Evista (raloxifen) készítmények között, hogy a Lilly DTC kampányba investált mielőtt az FDA törzskönyvezte a készítményt (Scrip 1998).

A 6. melléklet bemutatja az **50 legmagasabb DTC költségű termék listáját**. A NIHCM (2001) elemzésében a Vioxx (rofecoxib) 2000-ben a legtöbbet reklámozott

készítmény volt, mely sok gyorsan forgó fogyasztási cikk (FMCG) költségét is megelőzte. A Merck gyógyszercég 160,8 mUSD-t költött tömegmédiára, mely a Dell Computer költségeivel megegyezett, de felülszárnyalta a Pepsi 125 mUSD-s költségét, és a Budweiser sör 146 mUSD-s kiadását. Ezzel a befektetéssel egyben megnégyszerezte eladásait (329,5 mUSD vs 1,5 milliárd USD) egy év alatt 2000-ben. Az első 7 legreklámozott szer (Vioxx, Prilosec, Claritin, Paxil, Zocor, Viagra, Celebrex) DTC költségeinek mindegyike felülszárnyalta a Nike 78,2 mUSD kiadásait, az első 15 szer pedig a híres Campbell levesek 58 mUSD ráfordítást. A top 50-es listában két antidepresszáns képviselteti magát összesen 4375,1 mUSD-s értékben. Az előkelő 4. helyen a Paxil (paroxetin) áll, a 36. helyen a Prozac (fluoxetin) szerepel.

2000-ben a **gyógyszercégek** közül 9 cég 110 mUSD felett **investált DTC-be**. A GlaxoSmithKline költött legtöbbet, 417,2 mUSD-t. Majd követte a Merck&Co. 331,8 mUSD-s befektetéssel, a 3. helyen meglehetősen lemaradva a Pfizer 249,9 mUSD-val áll (7. melléklet).

Az amerikai cégek jó befektetésnek tartják a DTC-t, mely megtérülése relatív magas. A PERQ/CHI 1999-ben a sajtó és TV hirdetés befektetések megtérülését elemezte. Kimutatta, hogy a DTC-be fektetett minden egyes dollár 1,69 USD hasznot hoz a TV hirdetések esetén, 2,51 USD-t a sajtóhirdetéseknél és 2,11 USD-t a vegyes médiumok (sajtó és TV) alkalmazásakor (HAI-Europe 2001).

Gács (2005) pulmonológus szerint köztudott tény az is, hogy az asztmás gyermekek oktatásába fektetett minden egyes dollár 11,25 USD hasznot hoz.

6. A DTC JOGI SZABÁLYOZÁSA

6.1. A DTC jogi szabályozása az Egyesült Államokban

1982-ben találkozhatott az amerikai lakosság többek között az Eli Lilly cég Opren (benoxaprofen) izületi gyulladás elleni készítményének DTCA hirdetésével (Gilbert 2000), melyet az év augusztusában halálos mellékhatások miatt először felfüggesztettek, majd kivontak (The New York Times 1982). 1983-85 között az FDA felülvizsgálat céljából felfüggesztette a DTCA reklámozást. A moratóriumot azonban feloldották, mivel az FDA elegendő biztosítékot látott a társadalom biztonságának védelmében. 1997-ben az FDA irányelveket adott ki a DTC kommunikációra vonatkozóan, melyet 1999. augusztusában megerősítettek és néhol szigorított (Calfee s.a.).

A **legfontosabb FDA szabályok** értelmében az FDA három DTCA kommunikációs módot különböztet meg (NIHCM 2001):

1. Segítségkereső hirdetés: A fogyasztó figyelmét felhívja a betegségre vagy állapotra, annak tüneteire és tájékoztatja arról, hogy a kezelés rendelkezésre áll. Gyógyszermárka megjelenítése tilos, azonban a szponzor cég neve feltüntethető. Nem kötelező azonban egyéb forrást megadni a fogyasztók bővebb tájékoztatása végett. Tilos alkalmazása, ha a betegségre vagy állapotra egyetlen készítmény áll rendelkezésre. Hazánkban ezt a típusú reklámozást nevezhetnénk társadalmi célú betegség reklámnak.

2. Emlékeztető hirdetés: A gyógyszermárka neve, formája (tabletta, szirup, por, filmtabletta stb.) vagy ára megjeleníthető, azonban a betegség vagy állapot és a felhasználási célja nem, illetve mentes a kockázatok megjelenítésétől. A márkanév megismertetésére, a termék ismertségének növelésére szolgál és felírását ösztönzi.

3. Termék kereslettámasztó hirdetés: A márkanév a betegséggel együttesen bemutatható és a szer előnyeit és kockázatát megjeleníti. A beteget arra ösztönzi, hogy egy specifikus betegséggel vagy állapottal orvosát felkeresse és a gyógyszerről tájékozódjon. Erre a reklámozási módra specifikus szabályokat alkotott a jogalkotó (4. táblázat).

- a./ A tisztességes egyensúly elve: A klinikai adatok közlésénél kötelező az előnyök és kockázatok megfelelő egyensúlyának betartása.
- b./ Sajtóhirdetésben vagy a vele szomszédos oldalon szerepeltetni kell a készítmény hivatalos alkalmazási előíratának rövidített változatát a mellékhatásokkal, indikációval, hatékonysági adatokkal, figyelmeztetésekkel és ellenjavallattal.
- c./ Elektronikus hirdetésben meg kell említeni a szer fő mellékhatását és kontraindikációkat. Kötelező szerepeltetni egy ingyenesen hívható telefonszámot,

internetes címet, írásos anyagot a publikum és orvosok számára, melyen az érdeklődő kérdéseit felteheti vagy bővebb információhoz juthat.

4. táblázat

A termék kereslettámasztó hirdetésére vonatkozó FDA követelmények (GAO 2002)

MÉDIUM TÍPUSA	SZABÁLYOZÓ KÖVETELMÉNYE	MAGYARÁZAT
Nyomtatott sajtó	Köteles a kockázatokat megjeleníteni	Az alkalmazási előíratban szereplő kockázatokat megjeleníti
Elektronikus	Köteles a kockázatokat megjeleníteni Köteles a beteget megfelelő információval ellátni és elirányítani a kockázatokat leíró alkalmazási előíratához	Köteles bemutatni a fő mellékhatásokat és kontraindikációt audio vagy audiovizuális módon Köteles olyan addicionális információforrást nyújtani, mint ingyenesen hívható szám, internetes oldal, sajtóhirdetés, orvoshoz irányítani a beteget, melyen át komplett információhoz juthat. Máskülönben köteles a kockázatokat megjeleníteni.
Nyomtatott és elektronikus	Nem lehet hamis vagy félrevezető A tisztességes egyensúly elvét követi Tényszerű anyagot mutat be	Az alkalmazási előírral megegyező információt tartalmazhat Köteles bemutatni a gyógyszer kockázatait és előnyeit. Köteles releváns információt nyújtani és a következményeket leírni.

Az FDA általános szabályokat is alkalmaz:

- Tilos az FDA által nem törzskönyvezett szer reklámozása.
- Tilos a reklámban hamis és félrevezető tudományos adatok közlése és kizárólag tudományosan publikált adatra lehet hivatkozni.
- FDA kérésére a gyógyszercégnek tanácsos beadni számára a gyógyszerrel kapcsolatos, a laikusokat megcélzó elektronikus és nyomtatott anyagot az első megjelenés előtt (GAO 2002).
- Javasolt azonban előzetes önkéntes ellenőrzést végezni elkerülendő a kampány visszavonását vagy az utólagos korrekcióját.

A DTC kommunikációval szemben vannak **egyéb követelmények**.

- Minden a betegnek szóló írásos információnak pontosnak, számukra hasznosnak, tömörnek, könnyen érthetőnek kell lennie, melyek a magas minőségi sztenderdeknek megfelelnek. Forrása a bizonyítékokon alapuló orvoslás és a beteg mély megértéséről kell adjon bizonyosságot.
- A betegség bemutatásának specifikusnak, pontosan megfogalmazottnak, konzisztensnek, promóciós jellegtől mentesnek, átfogónak, széleskörűnek, minden részletre kiterjedőnek és a beteg edukációját segítőnek kell lennie.
- A betegség, a rendellenesség vagy állapot prevenciójáról, kezeléséről szóló üzeneteket egyértelműen, világosan, beteg edukáló módon kell megjelentetni.
- Ösztönöznie kell az öndiagnózist, az önkezelést, és a kockázati betegcsoportok azonosítását kell elősegítenie.
- A figyelmeztetést, az ellenjavallatot és a mellékhatásokat egyértelműen kell kifejeznie, hogy facilitálja az orvos-beteg kapcsolatot.
- A DTC egyéb megjelenési formája pl. brosúra, videó a beteg számára könnyen hozzáférhető és kezelhető kell legyen.

Az FDA a szabályozás eszközeként él a **figyelmeztető levél** intézményével. A fenti szabályok bármelyikének megszegése jogi következményeket vagy a kampány betiltását vonhatja maga után (GAO 2002). Elég dőcögösen működött a jogi szankció, hiszen 1997-2002 között az FDA mindössze 88 szabályozó levelet küldött ki a reklámozóknak. Azóta hat kábel csatornán és négy országos TV csatornán ellenőrizteti, mely kampányanyagokat nem adtak be az FDA-hez engedélyeztetésre. 2004-ben pedig felmerült a szankciók további szigorítása pénzbírság formájában (Pink-sheet 2004). 2005-ben William First szenátor szólította fel a gyógyszercégeket, hogy önkéntesen korlátozzák DTC törekvésüket az új termék bevezetésétől számított két évig (Scripnews 2005b).

Az **FDA szabályozására a gyógyszeripar is reagált**. 2005-ben a PhRMA, az Amerikai Gyógyszergyártók Szövetsége válaszul a támadásokra 15 pontból álló DTCA irányelveket dolgozott ki (PhRMA 2005) és vizsgálati szervnek önmagát javasolta. A gyártók körében többek között az alábbiakban volt egyetértés:

- A DTC anyagok előzetes benyújtása az FDA-hez.
- Együttműködés egy független tanáccsal a DTC tervezetek felülvizsgálatára.
- Az emlékeztető kampányok esetében oktató jelleget és az egyensúly elvét követő, pontos, humort kerülő és átfogó, integrált kampányok létrehozása.
- A DTC kampány elindítása előtt az új szerről a szakemberek edukálása.
- Új klinikai adat publikálásakor a hirdetések módosítása az FDA-val együtt.
- A felnőtteket érintő hirdetések vetítési idejét a késői órákra teszik.

Az AstraZeneca gyógyszercég 2300 fogyasztóval végzett felmérésben felhívta a figyelmet a megfelelő szabályok, az előnyök és a rizikók balanszának megfelelő betartására a hatékony orvos-beteg interakció céljából. Hozzátette azonban, a laikusok számára érthető kockázatok száma három-öt között mozog (Apruzzese 2006). Ennél több megterhelő számukra és nem emlékeznek a legfontosabbra.

Ausztráliában a Medicine Regulations és az iparág önszabályozó kontrollja biztosítja a DTC társadalmi felelősségvállalását és az alapelvek egyensúlyát (HealthVine 2004).

6.2. A DTC jogi szabályozása hazánkban

Közvetlenül a fogyasztóhoz szóló reklám vitatott téma Európában és hazánkban. Európa ugyanis nem híve az amerikai típusú DTCA-nak, a gyógyszerreklámozás felé való elmozdulásnak. Ugyanakkor a betegek tájékoztatását helyesbítik a páciensek egészségnevelését végző betegségkampányokon keresztül. Európában a szabályozással kapcsolatban számtalan kérdés merül fel és időnként újabb javaslatok kerülnek napvilágra. A Health Action International (HAI-Europe 2001) felveti kizárólag a nem támogatott termékek reklámozásának kérdését, majd elveti, mert ezáltal egyes gyártók előnyös helyzetbe kerülnének és a legkevésbé költséghatékony szer széleskörű használatát ösztönöznék. Így az európai beteg kétszer károsulna, egyszer olyan szerért fizet, melyet jobbnak hisz, másodszor adójukból fizetik a több orvosi vizitet, diagnosztikai tesztek és orvosi ellátást az esetlegesen jelentkező mellékhatások miatt.

A **törvényi szabályozások, megkötések, restrikciónok** átszövik az európai és a hazai piac működését. Magyarországon a vényköteles gyógyszerek reklámozását a gazdasági reklámtevékenységről szóló 1997. évi LVIII. törvény illetve az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények reklámozásáról és ismertetéséről szóló jelenleg hatályos 64/2003. (X.31.) ESZCSM rendelet szabályozza, melyet több ponton módosított a 9/2006. (III.7.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények reklámozásáról és ismertetéséről. 2004. május 1-én Magyarország felvételt nyert az Európai Unióba. Fenti törvények és rendeletek összhangban vannak a Európai Parlament és Tanács 2001/83/EK az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexével és irányelvekkel.

A fenti rendeletek és a törvény az alábbiak szerint szabályozzák a vényköteles gyógyszerek reklámozását hazánkban. Tilos a gyógyszerértékesítéssel kizárólag orvosi rendelvényre kiadható **gyógyszerek reklámozása**, kivéve a gyógyszerek rendelésére jogosult, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek részére. **Gyógyszerreklámozásnak minősül** minden olyan információátadás és tevékenység, amely a gyógyszerrendelés, - forgalmazás vagy - fogyasztás befolyásolását célozza, illetve arra alkalmas, különösen a gyógyszerek a lakosságnak szóló reklámja. Reklámnak számít az egészségnevelési, illetve tudományos ismeretterjesztő célból a sajtótermékben, illetve szabadtéri vagy egyéb reklámhordozón közzétett tájékoztatás, ha az a gyógyszer nevét vagy azonosító utalást (pl. nemzetközi

szabadvény vagy hatóanyag és a gyártó együttes megjelölése, illetve egyéb utalás) tartalmazza kivéve a gyógyszer csomagolásában lévő betegájékoztató, használati utasítás egy adott gyógyszert érintő konkrét kérdéseket megválaszolójó tájékoztató, informatív bejelentések (pl. kedvezőtlen mellékhatások) és tájékoztató jellegű anyagok összeállítása. A lakosság részére készült reklámban a tuberkolózisra, a szexuálisan terjedő betegségekre, egyéb súlyos betegségekre (beleértve AIDS), daganatos betegségekre, krónikus álmatlanságra, cukorbetegségekre és más anyagcsere-betegségekre utaló terápiás javallatok nem említhetők. A tilalom nem vonatkozik - az egészségnevelési célú - az egészségügyi államigazgatási szerv által - egyedileg engedélyezett védőoltási programokat népszerűsítő tájékoztatóra.

A **törvény és rendelet megsértése** esetén reklám-felügyeleti eljárás keretében az OGYI (Országos Gyógyszerészeti Intézet) hatóságként jár el, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség által lefolytatott reklám-felügyeleti eljárásban pedig szakhatóságként működik közre. Ha a reklámozó, reklámszolgáltató, illetve a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja az előírásokat megsértette, az illetékes hatóság etikai eljárást kezdeményezhet az illetékes etikai bizottságnál, 500 000-25 000 000 Ft-ig terjedő pénzbírságot szabhat ki, ismételt jogszabálysértés esetén a forgalomba hozatali engedély jogosultját eltilthatja a gyógyszer ismertetésétől meghatározott időtartamra, legfeljebb két évre és a jogerős határozat rendelkező részét az Eü. Minisztérium hivatalos lapjában, szakmai folyóiratokban és országos napilapokban közzéteszi.

A Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége (MAGYOSZ) és az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (IGYE) megalkotta az ipar önszabályozó elveit, a **gyógyszerkommunikáció etikai kódexét** (IGYE 2006c), melynek szövegét 2005. márciusában módosította és fogadta el. A kódex előírásainak betartása kötelező érvényű a fenti szervezetek tagvállalataira nézve, alkalmazását pedig javasolják a gyógyszergyártás és -kereskedelem, valamint a gyógyszer-kommunikáció területén működő minden természetes és jogi személy részére. A kódex 8. §-a „A laikusoknak szóló hirdetések” alatt meghatározza, hogy a laikus közönség egyes tagjaitól személyes egészségükre vonatkozó kérdésben az illető egészségügyi szakemberhez kell irányítani. Illetve a vényköteles gyógyszerről szóló betegájékoztató kizárólag annak a betegnek adható, akinek az orvos a gyógyszert felírta. A tájékoztató nem lehet reklám jellegű, annak tartalma a gyógyszer hivatalos betegájékoztatójával legnagyobb összhangban kell legyen és célja a betegségről szóló

ismeretek és gyógyszereszedési tanácsok átadása kell legyen. A jelen Kódex megfelel az European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA) European Code of Practice minimális követelményeinek.

A gyógyszer promóciója során semmiféle **tárgyi ajándék** betegeknek történő közvetlen vagy közvetett juttatását a Kommunikációs Etikai Bizottság nem tartja kívánatos gyakorlatnak (KEB 2006) hivatkozva a 64/2003. ESzCsM rendeletre: „Tilos a betegnek, fogyasztónak olyan ajándék közvetlenül vagy az orvos, illetve gyógyszerész által történő adása, felajánlása, amely a) egy adott, gyógyszerertárból kizárólag orvosi rendelvényre kiadható gyógyszer, vagy b) egy adott gyógyszergyár gyógyszerertárból kizárólag orvosi rendelvényre kiadható termékeinek felhasználására ösztönöz, vagy azt feltételül szabja.”

Ugyanakkor az 1997. évi CLIV. az egészségügyről szóló törvény kilenc pontban foglalta a beteg jogait, mely egyik pontja a **tájékoztatáshoz való jog**. A beteg jogosult orvosától teljes körű tájékoztatást kapni állapotáról, a javasolt vizsgálatokról és beavatkozásokról, azok előnyeiről és kockázatairól, a tervezett időpontjáról, elvégzésének várható kimeneteléről, döntési jogáról, alternatív eljárásokról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a javasolt életmódról. A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre. Az orvosnak érthető módon kell tájékoztatni a beteget, figyelembe véve a beteg életkorára, ismereteire, iskolázottságára, lelkiállapotára és kívánságaira. A beteg le is mondhat a tájékoztatásról, és kijelölheti azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell.

A 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szabályozza a beteg-tájékoztatást. A **beteg-tájékoztató** a gyógyszerhez mellékelte, a felhasználónak (betegnek) szóló, közérthető tájékoztatás, melyet úgy kell megírni, hogy a beteg megfelelően tudja alkalmazni a gyógyszert, szükség esetén egészségügyi szakember segítségével. Szövegének jól olvashatóan, magyar nyelven kell tartalmaznia a külön jogszabályban meghatározott adatokat.

Hazánkban e kommunikációs forma részletes és mindenre kiterjedő szabályozása az amerikai joggyakorlathoz hasonlatosan még várat magára.

7. A DTC KOMMUNIKÁCIÓ DILEMMÁI

A DTC elterjedt kommunikációs eszköznek számít a tengeren túlon, azonban a témával kapcsolatban számtalan kérdés és dilemma merült fel és sokszor ellentétes vélemény ütköznek egymással.

7.1. A DTC kommunikációt támogató fő érvek

Több igen neves intézmény támogatólag szól a DTC kommunikációról.

Az egészségügyi szervezetek feje, az FDA kijelentette, a DTC negatívumainak bizonyítéka híján támogatja a DTC kommunikációt (FDA 2003).

A PhRMA, az Amerikai Gógyszergyártók Szövetsége nagy jelentőséget tulajdonít a DTCA reklámozásnak abban a szerepében, hogy a betegeket és orvosokat új és életmentő szerekről tájékoztatja és a beteget az orvos felkeresésére ösztönzi (PhRMA 2002).

Weissman et al. (2003), Harvard Medical School professzorai úgy vélik a vényköteles szerek reklámozása egy potenciálisan hathatós forrása a fogyasztók egészségügyi információhoz jutásának, ahogyan a reklámozott szer promótálásának is.

A Harvard/Harris tanulmány úgy találta, hogy a felnőtt betegek 25%-a kapott új diagnózist miután látta a DTCA hirdetést és elment orvosához (Express Scripts 2005). A páciensek 43%-a magas prioritású egészségügyi problémákkal lett diagnosztizálva artritisszel, magas koleszterinnel, diabétesszel. Ezért a betegek informálása felülmúlja a gyógyszer promótálásának előnyeit.

A Mintel (2005) piackutató cég tanulmányában pozitívan szól a betegségkampányokról, melyek a betegség ismertségét növelik, és prevencióra ösztönöznek.

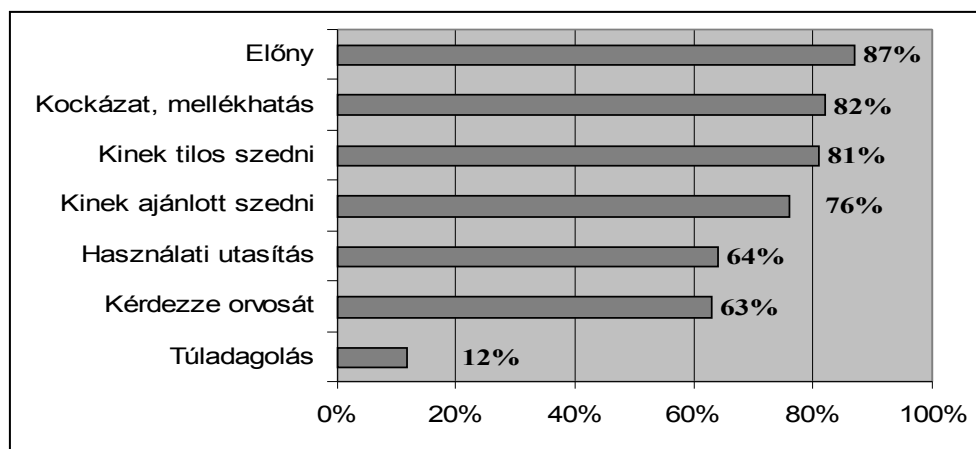
A DTC értéke leginkább abban rejlik, hogy a kormányzat helyett egészségnevelést végez, a beteg tájékozottá válik betegségéről, a terápiáról és a gyógyszerek előnyeiről és kockázatáról, erősíti az orvos-beteg kapcsolatot, jobb beteg-együttműködéshez és közegészséghez vezet. A DTC mellett szóló támogató fő érvek az alábbiak.

a./ Egy betegség ismertségét növeli, a tünetekről, a kezelési módokról tájékoztat és segíti felismerését. A beteget olyan információval látja el, ami máskülönben nem lenne számára elérhető vagy csak nehezen. A SmithKline Beecham 1998-ban támogatta a hepatitis B betegségkampányt hazánkban (8. melléklet). A kampány eredményeként az anyák körében a hepatitis B betegség ismertsége 72%-ról 98%-ra nőtt. Az Engerix-B védőoltás ismertsége,

mint a hepatitis B elleni preventív mód 93%-ra emelkedett (Hoffmann Research International Budapest 1998).

b./ A DTC megbízható és kontrollált módon kielégíti a betegek növekvő információs igényét.

Az FDA 2002-es kutatása szerint a DTC kampányok elérik a betegeket, mert a páciensek 87%-a emlékezett a gyógyszer előnyeire, 82%-uk a kockázatára és mellékhatásaira. 81%-uk tudta kinek tilos a szert bevenni, 76% ismerte kinek javasolt alkalmazása, 64% járatos volt az alkalmazási előírás terén és 12% a túladagolásról is tájékozott volt (Pfizer 2001) (23. ábra).



23. ábra

FDA tanulmány, DTCA recall teszt, 2002 (Pfizer 2001)

c./ A DTC segít a betegség destigmatizálásában.

Hazánkban 2001-ben a gyógyszercégek összefogásban a depresszió destigmatizálását tűzte ki célul társadalmi célú betegségkampányban (9. melléklet). E kampányoknak és a média ismeretterjesztő munkájának köszönhetően a társadalom lassan elfogadja, hogy a depresszió betegség. Amerikában a Viagra integrált DTC kampány az erektilis diszfunkció stigmáját megszüntette és a férfiaknak segítséget nyújtott a helyzetük racionális feldolgozásában (RMI 2000).

d./ A DTC jobbítja az orvos-beteg kapcsolatot.

Az FDA (2003) felmérése arra a következtetésre jutott, hogy sok orvos szerint a DTCA hirdetés pozitív szerepet játszik az orvos-beteg interakcióban. A páciensek több elgondolkodtató kérdést tettek fel a vizit során, megismerték a lehetséges kezelési módokat, és aktív személyként bekapcsolódtak egészségügyi ellátásukba.

e./ A DTC javítja a beteg-együttműködést.

Megfelelő tájékoztatás hiányában a betegek 30-50%-a nem követi az orvosi utasításokat, a szert egyáltalán nem szedi be, vagy nem a felírtaknak megfelelően szedi. A Prevention Magazine (2002) tanulmánya szerint a DTC a betegek 12%-kát a felírt gyógyszer kiváltására, 17%-át a gyógyszer rendszeres szedésére ösztönözte. Express Scripts (2001) a betegek két-évig tartó monitorozása során úgy találta, hogy a DTCA egyes kardiológiai krónikus betegeknél 50%-ról 76-85%-ra növelte a beteg-együttműködést. Az RMI (2000) a Xenical (orlistat) elhízás elleni szer bevezetését egy „átfogó súly menedzsment programmal támogatta 1998-ban, mert az új-zélandi felnőtt lakosság 54%-át túlsúlyosnak vélték. A 15 000 jelentkező 80%-a együttműködő volt a napi háromszori kezelés terén és a betegek 65%-a 4-6 hónapig részt vett a programban és életmódot váltott. A PhRMA (2002) kimutatta, hogy különböző betegcsoportok mindegyikénél 6 hónap után a gyógyszerterápián szignifikánsan nagyobb százalékban maradtak azon betegek, akik a DTCA hatására saját elhatározásukra kértek egy adott szert az orvostól. Ellentétben azon páciensekkel, akik orvosi utasítás alapján szedik a készítményt:

	beteg döntése	vs.	orvosi utasítás
→ Allergia:	44%	vs.	21%
→ Arthritis:	56%	vs.	32%
→ Depresszió:	59%	vs.	43%
→ Cukorbetegség:	75%	vs.	68%
→ Magas koleszterin:	72%	vs.	62%

f./ A DTC a beteget az orvos felkeresésére ösztönzi.

A GAO (2002) által összegyűjtött 11 felmérés adatai alapján a gyógyszerhirdetéssel találkozók átlagosan 30%-át az orvos felkeresésére ösztönözte, mely az orvos-beteg kommunikáció első lépése (4. melléklet). 1998-ban a CM Research 400 fős felmérésében a Flixotid, asztma elleni szer DTCA reklám hatására a válaszadók 37%-a felkereste orvosát a kampányban látott légszomj tünetet felismerve önmagán. A Flixotide DTC kampány eredményeképp 24 000 telefonos hívás történt, mely telefonálók 90%-a kezeletlen asztmában szenvedett (RMI 2000).

7.2. A DTC-t ellenző fő érvek

Másfelől a DTC a betegszám növekedésével egyes vényköteles szerek használatát növelheti és indokolatlanul drága terápiák igénybevételére ösztönözhet, mely ellentétes a kormányzatok gyógyszerkiadást kontrolláló törekvésével.

Fogyasztói körök, aktivisták, a Frist szenátor által képviselt politikai erők egy csoportja a jelenlegi szabályozást helytelenítik, mert a DTCA félrevezető, őszintétlen, egyoldalú, az alapvetően egészséges embereket túlzott gyógyszererezésre és hipochondriára sarkallja (Scripnews 2005b). Elfogadhatatlanul nagy pénzügyi terhet ró az egészségügyi rendszerre, melyből kizárólag a gyógyszeripar profitál (Scripnews 2005b).

Egyes szervezetek, mint a Women and Health Protection (Mintzes 2003) úgy véli, a DTCA nagyon erős üzenete az, hogy akármekkora is a probléma, a beteg mindig bekaphat egy gyógyszert. A hirdetések a termék eladásáról szólnak ellentétben azzal, hogy a betegnek naprakész, pontos, a lehetséges kezelési módokat és szereket összehasonlító, a pénzügyi érdekektől mentes tájékoztatásra van szüksége. A DTCA felszínes információkat nyújt, ezért félrevezető, helytelen és nem valós elvárásokat támaszt egy termék hatékonyságával szemben. Ösztönözheti olyan gyógyszerek kipróbálását, melyekre a betegnek nincs szüksége. Ezért az orvosnak több idő kell alátámasztani választását, mely az orvos-beteg viszonyt ronthatja. A nem szabályozott DTC azt sejteti, hogy minden betegségre a gyógyszer a megoldás, amely szükségtelen és felesleges felírásokhoz vezethet, és helytelen életmódváltást kíván a krónikus betegektől.

a./ A Nemzeti Mentális Egészség Intézet (NIHCM 2001) álláspontja, hogy **a DTC és DTCA reklámok nem képesek megfelelően széleskörű információt nyújtani, ezért félreinformálják a beteget.** Azt a látszatot keltik, hogy a gyógyszer olyan, mint egy fogyasztási cikk és helytelen használatra ösztönöznek.

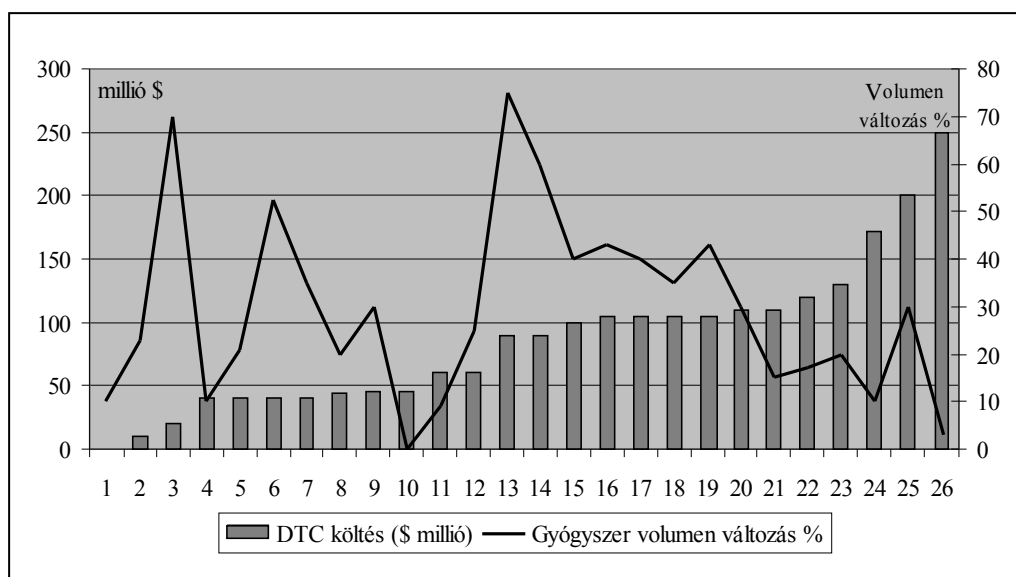
b./ **A DTC nyomást gyakorol az orvos gyógyszer felírási döntésére.**

Az orvos számára frusztrációt okozhat, hogy a beteg nyomást gyakorol szakmai választására és megkérdőjeleződik döntéshozó szerepe. Valóban a gyógyszeripar számára a DTCA kívánatos végpontja a beteg gyógyszerre történő ráállítása (16. ábra). A DTC beteg oldalról, a gyógyszerceg az orvoslátogatón át együttesen próbál hatni az orvos felírási szokásaira. A GAO (2002) által összegyűjtött 11 felmérés adatai alapján a vizsgált alminta 61%-ának, a teljes

mintán átlagosan 5%-nak teljesítette kérését orvosa és írta fel a kért készítményt (4. melléklet). Mégis az FDA (2003) felmérésében az orvosok 8%-a nagyon erős nyomást, 20% némi nyomást érez specifikus szer felírására a betegek részéről. Az orvosok percepciója alapján a páciensek 59%-uktól kéri egy specifikus szer felírását és 57%-uk eleget tesz a kívánságnak.

c./ A DTC a gyógyszer volumen növekedését eredményezi és egyes szerek indokolatlanul magas használatát ösztönzi.

Valóban a 20. ábrából látható, hogy az erősen reklámozott készítmények eladása nagyobb mértékben nő mennyiségben és értékben, mint a többi szeré. 2000-ben a DTC költsékek 94,8%-át 50 gyógyszerre költötték el és e gyógyszerek forgalma értékben 31,9%, dobozszámban 24,6% növekedést ért el ellentétben az összes többi termék értékben 13,6%-os, dobozszámban 4,3%-os emelkedésével. Azonban a Pfizer (2001) gyógyszer cég tanulmányában az 1999 előtt bevezetett 26 legmagasabb eladással rendelkező szer - jelentős DTC költsékekkel – volumen növekedése és a DTC költsékek között nem talált kapcsolatot (24. ábra).



24. ábra

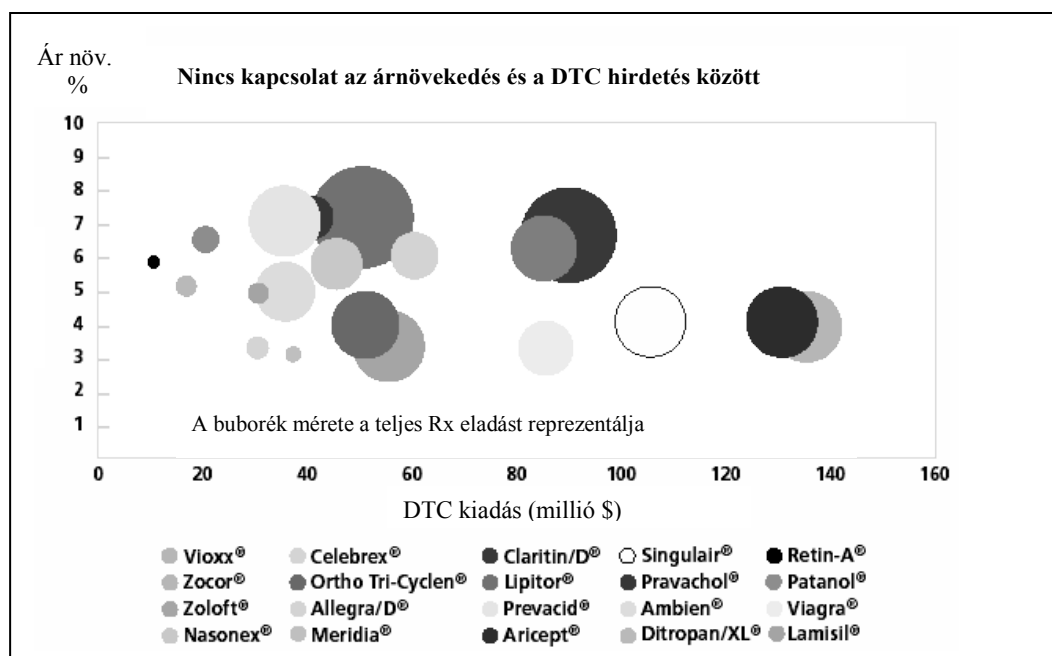
A DTC hatása a gyógyszerek volumenváltozására (Manning és Masia 2001)

d./ A DTC növeli az etikus szerekre fordított egészségügyi kiadásokat.

Amerikában a totál egészségügyi büdzsé mindössze 9%-t fordítják a vényköteles szerek finanszírozására (PhRMA (2002). Smith et al. (2006) pontosítják az állítást. Az amerikai egészségügyre fordított minden egyes dollár 10 centjét költik vényköteles szerekre, mely a gyógyszeripar magas értékteremtéséhez képest alacsony összeg. Az ipar által kikísérletezett új gyógyszerek hatására a rákos betegek túlélési aránya 50-60%-kal emelkedett (Lichtenberg 2004), az AIDS halálozási rátája 1995 óta 70%-kal csökkent (U.S. Department of Health and Human Services 2005). 2003-ban jelentékeny befektetéseinek köszönhetően 395 daganat elleni gyógyszer volt a piacon, 123 kardiológiai szer, 83 HIV/AIDS elleni készítmény, 176 neurológiai gyógyszer (Insight 2003). Emellett 250 olyan szert engedélyezett a hatóság, ami kis, mindössze 200000-es beteganyagot érintő ritka betegség gyógyszere (FDA 2006).

e./ A DTCA hirdetés a gyógyszerek árnövekedését eredményezi

Manning és Masia (2001) továbbá az FDA (GAO 2002) is rámutat, hogy a kiadások növekedése nem a gyógyszercégek áremelésének eredménye, annál inkább a gyógyszer volumen növekedéséből, az idősödő korosztály okozta növekvő gyógyszerkeresletből, új generációs termékek bevezetéséből, a terápiás protokollok és a klinikai gyakorlat sztenderdjének változásából adódnak. A GlaxoSmithKline (2003) és a Pfizer (2001) adatokkal igazolta, hogy nincs kapcsolat a gyógyszerek árnövekedése és a DTC költségek között (25. ábra). Kimutatták a gyógyszerkiadások növekedése a magasabb prevalencia, a betegenkénti tetemesebb gyógyszer dozírozás és a terápiás hossz megnyúlásának következményei.



25. ábra

A DTCA hatása a gyógyszerek áremelkedésére 2002 (GlaxoSmithKline 2003)

A Nielsen kutatása szerint a DTCA-val reklámozott top gyógyszerek ára nem növekedett, épp ellenkezőleg csökkent a generikumoknak köszönhetően, hiszen a generikus gyártók célpontja a magas eladással rendelkező készítmények (Mintel report 2005). Ezt az álláspontot a Federal Trade Commission is megerősítette, minthogy a DTC versenyhelyzetet teremt, mely lefelé nyomást gyakorol a vényköteles szerek árára az OTC szerekkel és a generikumokkal való kompetícióban (Pfizer 2001). Manning és Masia (2001) állítja, hogy néhány termék DTC nélkül is erős eladást ért el és ennek ellenkezőjére is van példa, néhány erősen reklámozott szer nem adott hozzá a totál DTC kiadásokhoz.

f./ A DTC nem létező szükségletet teremt.

Grey Healthcare Group tanulmánya (Scrip 2004) vitába száll azzal a DTC ellenérvvel, mely szerint a DTC kommunikáció nem létező szükséglet kielégítésére ösztönözne. A kutatás kimutatta, hogy igenis létező szükségletről van szó, hiszen a DTC-re reagálók a populáció más tagjainál:

- a./ fizikailag és mentálisan kevésbé egészségesek.
- b./ 16 dollárral többet költenek gyógyszerekre havonta (72 USD vs. 56 USD).
- c./ 21%-kal gyakrabban fordulnak orvoshoz.

Az elmúlt hat hónapban a DTC kampánnyal találkozóak 12%-át valamilyen cselekvésre, interneten vagy ingyenes telefonszámon tájékozódásra és családtaggal vagy barátal konzultálásra bátorította.

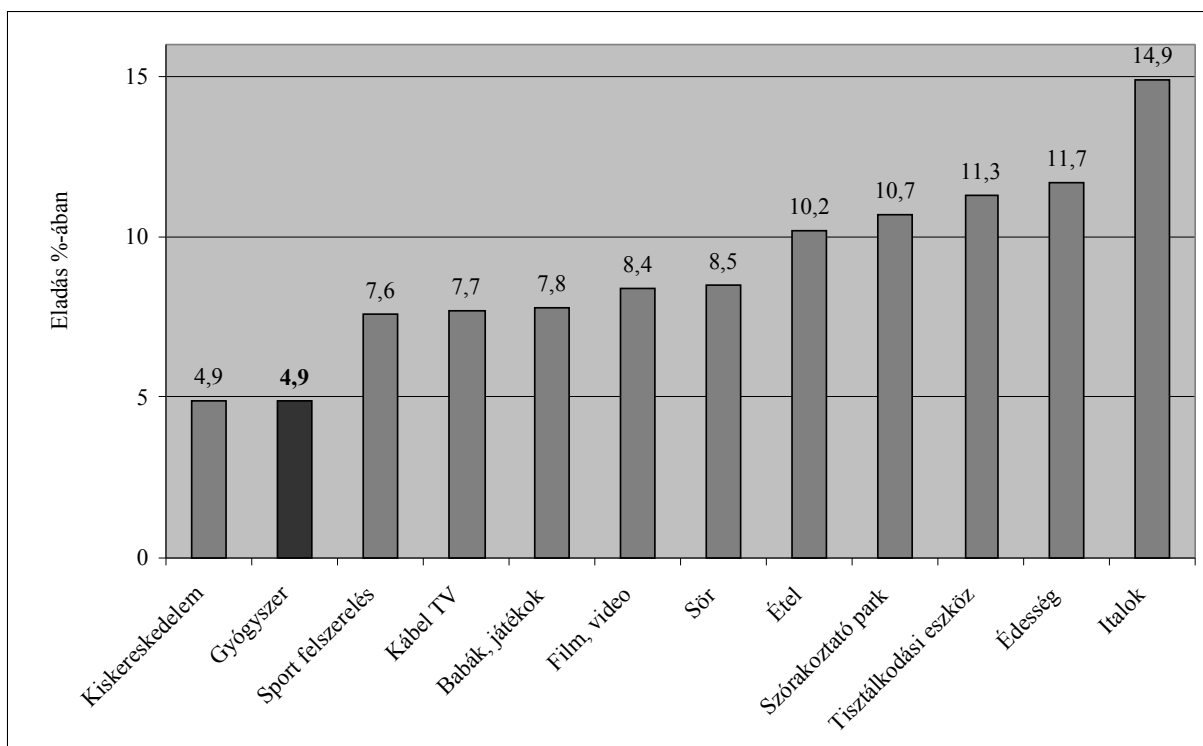
g./ A gyógyszerek esetében nem helyénvaló a reklámozás mértéke.

A gyógyszeripar saját védelmében összehasonlította magát egyéb iparágakkal.

A 10. melléklet adataiból látható, hogy az amerikai lakosság gyógyszerre kevesebbet költ, mint ételre, ruházatra, alkoholra és lakás fenntartására. A gyógyszeripar meglátása az, hogy az ipar nagy értéket teremt a társadalom számára, mert kutatás-fejlesztésre tízszer többet költött, mint a DTC kommunikációra (11. melléklet). Ráadásul a 14. mellékletben bemutatott vállalatok közül mindössze két gyógyszercég, a Pfizer és az Eli Lilly rendelkezik 25% feletti

nettó profittal a nettó eladások százalékában.

A hirdetésre fordított eladások tekintetében a felsorolt kategóriák közül – likőrök, cukorka, tisztálkodási eszközök, mosószer, szórakoztató park, étel, sör stb. - a gyógyszeripar az eladások legkisebb százalékát, 4,9%-ot költi reklámozásra (26.ábra)



26. ábra

Reklámkiadások az eladás százalékában (GlaxoSmithKline 2004)

Nagy valószínűséggel az igazság a két tábor, a DTC kommunikációt ellenzők és támogatók véleménye között van. Ajánlatos lenne egyes adatokat kiemelése helyett komplex gazdaságossági számításokat végezni annak elemzéséhez, hogy az egészségnevelés haszna hosszú távon magasabb-e a rövid távú kiadásokénál. Az nem kétséges, hogy a gyógyszeripar hosszú távon gazdasági célokat remél, amikor DTC kampányba investál. Ugyanakkor kívánatos lenne, ha a beteg érdekei kerülnének e kommunikáció középpontjába, és az ipar belátná a betegek érdekeit és igényeit szem előtt tartva is elérheti üzleti kitézött céljait.

II. A DEPRESSZIÓ BEMUTATÁSA

BEVEZETÉS

1990-es években az amerikai kormány által elindított az „**Agy évtizede**” program világméretű mozgalommá nőtte ki magát és szele hazánkat is megérintette. Bánki (2000) pszichiáter így vall ezekről az évekről: „Bár a mindennapi orvosi munkában nem mindig érezhető, de az elmúlt tíz év alatt rendkívüli fejlődés következett be az agytudományokban.” Az orvos-szakmai sikerek mellett, mint alapkutatások, képalkotó eljárások, molekuláris genetika, új típusú antidepresszív szerek megjelenése stb. terén jelentős előrelépés történt és a szakma szemlélete is átformálódott. A fejlődés érezhető volt a magyar pszichiátriában. A hazai szakma a nemzetközi pszichiátria élvonalával közvetlenül érintkezett, a pszichiátriai szakorvosképzés korszerűsödött, a pszichoterápiás képzés nemzetközileg is elismert lett, a pszichiátria egyes területei (gyermekpszichiátria, addiktológia) fejlődtek, a modern pszichiátriai szerek elterjedtek (Füredi et al. 1998) szakmai könyvek sorozata jelent meg és megkezdődött a háziorvosokkal történő párbeszéd (Arató és Túry 1995). Arató és Túry (1995) a pszichiáter szakma nevében szól az akkor újszerű szemléletbeli változásról: „...Az agy évtizedében azt próbáltuk kitalálni, hogyan is lehetne a **pszichés betegségek** modern agybiológiai, kémiai, élettani **ismereteit** a laboratóriumokon és a szakfolyóiratokon túl a mindennapi gyógyításhoz, sőt **közvetlenül az érdeklődő, laikus emberekhez eljuttatni**.”. A szakma szinte az elsők között nyitott a publikum felé és kommunikálni kezdett a betegekkel és környezetükkel. E nyitás gyümölcse az 1998-ban a Magyar Pszichiátriai Társaság szakmai támogatásával és a SmithKline Beecham gyógyszercég mecenatúrájával elkészült, akkor forradalminak számító első integrált depresszió társadalmi célú betegségkampány „A hetedik ne magad légy!” szlogennel (12. melléklet). E kampányt az antidepresszáns gyártók soha nem látott összefogása követte 2001-ben, amikor a GlaxoSmithKline, a Lundbeck és a Pfizer támogatta a „Nem nevet. Ön is észrevette?” társadalmi célú depresszió kampányt (9. melléklet).

Nemzetközi szinten a mentális egészség és a mentális egészségi problémák prioritást élveznek. A WHO és Világbank jelentésében (Kopp 2001) az Európai Bizottság új Egészségügyi Programjában kiemelte a depresszió elleni küzdelem fontosságát, a mentális zavarokban szenvedők stigmatizációjának és diszkriminációjának megoldását.

Az Európai Uniónak az Amszterdami Egyezmény 152. cikkelye értelmében a legfontosabb európai közösségi irányelvek és akciók meghatározása és bevezetése során az egészségvédelem magas szintjére kell törekedni, melyek a mentális egészség szempontjából az oktatással, a környezettel, a munkaüggyel és a kommunikációval kapcsolatos kérdések (Kopp 2001).

Napjainkban a depresszió betegség széleskörű ismeretterjesztése és ennek fontossága elfogadott tény, azonban az ismeretterjesztés módja és mélysége máig megosztja a szakmát.

1. A DEPRESSZIÓ FOGALMA ÉS TÜNETEI

1.1. A depresszió fogalma

A XX. század második feléig a depresszív tünetek melankólia néven voltak ismereteseek, míg Kraepelin a depresszió szóval helyettesítette (Gilliam et al 2006).

A DSM-IV diagnosztikai rendszer (1997) a depressziót az affektív zavarok, azaz hangulatzavarok körébe sorolja. A **hangulatzavarok** a pszichiátriai betegségek azon csoportja, melyeknél a hangulatváltozás, érzelmi kifejezés kontrollja elvész, a hangulat valamely szélső irányba tolódik, és ezt a környezet történései nem vagy alig befolyásolják. Az **affektív zavarok** két szélsősége, a nagyon emelkedett állapot, a mánia vagy a boldogtalanság, a depresszió. A major depressziós epizódokból álló depressziót, unipoláris depressziónak vagy rövidítve depressziónak nevezik. A két állapot közötti ingadozást pedig bipoláris (mániás-depressziós) állapotnak hívják. A depresszióknak különböző klinikai formái vannak tehát: major depresszió, minor depresszió, disztímia és bipoláris betegség (Rihmer 2005a). A hangulat, vagyis az általános (testi-lelki) közérzet, megváltozása együtt jár a magatartás, az érzelmi reakciók, a kognitív és vegetatív funkciók változásával (Szádóczy 1998).

A **depresszió fogalmát** orvos-szakmai és szocio-társadalmi oldalról egyaránt megfogalmazták, bár leginkább a betegség tüneteinek a leírása nyújt vezetőt.

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2005) a depressziót a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegségnek tekinti, amelynek klinikai képét a pszichológiai, kognitív, vegetatív ill. szomatikus (testi) tünetek esetenként igen változatos kombinációja alkotja. „A depresszió orvosi értelemben vett betegség és nem azonos a nemkívánatos külső környezeti tényezők által okozott rossz egyéni és társadalmi közérzettel.”

A Pszichiátriai Útmutató (Abonyi et al. 2004) leírásában a depresszió gyakori, destruktív, potenciálisan halálos betegség, ami mindkét nemet bármely életkorban fenyegeti.

Szádóczy (1998) értelmezésében a hangulatzavarok klinikai megjelenése alapvetően két mintát követhet, melyek egyike a depresszió, a másik a mánia tünetegyüttese. A depressziót nagy általánosságban a mindenre kiterjedő gátoltságként jellemzi.

Rihmer (Havas 2004) a depressziót kedélybetegségnek tartja, melyben szorongásos állapotokkal, belső nyugtalansággal, gondolkodás- és alvászavarral járó szomorú hangulat figyelhető meg.

Faludi (2003) a major depressziót rekurrens (visszatérő), krónicizálódásra hajlamos, hosszú távon zajló betegségnek minősíti, mely sokszor antidepresszáns kezelést igényel.

Santos et al. (2006) a depresszív rendellenességet olyan tünetegyüttesnek nevezik, melyre jellemző a szomorúság minőségileg és mennyiségileg, azonban intenzitása és hossza különbözik a hagyományos szomorúságtól vagy a gyásztól.

Riemann (1998) képben szemlélteti a betegséget. „A depressziós személyek az életben újra meg újra mintegy Tantalosz helyzetébe kerülnek: maguk előtt látják a gyümölcsöket, a vizet, ezek azonban elhúzódnak előlük, mert ezek az emberek nem tanulták meg, hogyan lehet elérni őket, vagy egyszerűen nem is engedik ezt meg maguknak.”

Albert (2005) betegként saját élményéről számol be: „Ha leereszkedik a depresszió függőnye, az ember könnyűszerrel átjut az élet és halál közötti határon.”

A köznyelv általánosabban használja a depresszió kifejezést. Beleérti a szomorúságot, a bánatot, a bűt, a rosszkedvet, a rossz hangulatot, az elkeseredést, a csalódást, a veszteségérzést (Dura 2006). Ez szintén az alultájékozottságot és a betegség bagatellizálását tükrözi.

1.2. A depresszió tünetei és csoportosítása

A depresszió alaptüneteit az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) által elkészített DSM-IV diagnosztikai rendszer (1997) és a hazánkban használatos BNO-10 diagnosztikus besorolás (2004) határozza meg (5. táblázat).

5. táblázat

A depresszió tüneteinek összefoglalója (DSM-IV 1997)

DSM-IV Depresszív epizód tünetei	
1.	Tartós levert hangulat (pl. szomorúság, üresség érzése)
2.	Érdeklődés, öröm jelentős csökkenése
3.	Jelentős súlycsökkenés vagy súlygyarapodás
4.	Insomnia vagy hypersomnia
5.	Motoros agitáció vagy gátoltság
6.	Fáradtság vagy anergia
7.	Értéktelenség érzete, inadekvát önvádolás, büntudat
8.	Csökkentett gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség
9.	Gyakori foglalkozás a halál gondolatával, visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv

A diagnózishoz minimum öt vagy több tünet fennállása szükséges egy kéthetes

periódus alatt és ezen tünetek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Az első két tünetből - tartós levert hangulat, az érdeklődés, öröm jelentős csökkenése - legalább egy szükséges a diagnózishoz. Stein (2003) a depresszió tüneteit kognitív és szomatikus csoportba rendezi. Hivatkozik Beck (1967) kognitív tünetek összefoglalására, mely a beteg negatív gondolatait jelenti önmagáról, a világról és a jövőről. A szomatikus tüneteken a testi szinten érzékelt szimptomákat érti úgymint étvágy, energiaszint, környezet iránti érdeklődés változása, ingerlékenység, barátságtalanság és csökkent libidó.

BNO-10 diagnosztikus besorolás (2004) a depressziót a tünetek szerint **enyhe, közepes és súlyos epizódba** kategorizálja. Enyhe depressziós epizódban az 5. táblázatban közölt tünetek közül 2-3 jelentkezik, de a beteg legtöbb aktivitását folytatja. Közepes depressziós epizódban 4 vagy több tünet észlelhető és a megszokott aktivitás folytatása a beteg számára nagy nehézséget okoz. A súlyos depressziós epizódban több kifejezett tünet tapasztalható, melyek nagy szenvedést okoznak és gyakoriak az öngyilkossági gondolatok és kísérletek.

Kopp és Skrabski (1995) felmérésében úgy találta, hogy 1988-ban a magyar lakosság 24%-a panaszkodott depressziós tünetekre, közülük 16,8% enyhe, 4,6% közepesen súlyos és 2,9% súlyos depressziós volt. A depressziós tünetek előfordulása az életkorral jelentősen emelkedik, főként a súlyos depressziós szimptomák előfordulása (Kopp és Skrabski 1995, Kopp et al. 1997, Kopp 2006, Csoboth 2006).

2. A DEPRESSZIÓ TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI JELENTŐSÉGE

A **depresszió** a civilizált társadalmakat, így hazánkat is foglalkoztató **aktuális téma**, mely fontosságát társadalmi és orvosi jelentősége adja. Társadalmi oldalról érinti makro- és mikrokörnyezetünket, társadalmunkat, szociális, interperszonális kapcsolatainkat, munkahelyi teljesítményünket, családi, munkahelyi életünket, azaz mindennapjainkat. A világ viszonylatában a depresszió **társadalmi jelentősége igen sokrétű**.

- a./ Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2001a) adatai szerint világszerte **121 millió ember** küzd a depresszióval. Becslések szerint a férfiak 5,8%-a, a nők 9,5%-a szenved depresszív epizódban évente. **Hazánkban** élete során a népesség **15,1%-a** küzd a betegséggel (Szádócky 2000).
- b./ A betegség **erősen stigmatizált** (WHO 2001b), mely a társadalom tájékozatlanságából és az alacsony pszichológiai kultúrából eredeztethető.
- c./ A világon a **társadalmat és a beteget legnagyobb mértékben érintő betegségek** közül az unipoláris major depresszió 1999-ben a 4. helyen állt, és **2020-ra** szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött a **2. helyet foglalja majd el** (Szádóczy 2000, Murray és Lopez 1996).
- d./ A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2005) szakmai protokollja állítja, hogy depresszió a világon mindenütt **aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség**. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett populációs vizsgálatok szerint a major depresszióban szenvedő betegek kb. **egyharmad-fele áll kezelés alatt** (Rihmer és Angst 2004). A fejlett országok lakosságának 15%-át teszi ki a 60-65 évnél idősebb korosztály (Pető 2004), de 2020-ra a fejlett országok lakosságának 25%-át prognosztizálják. Az **előregedő társadalom** aluldiagnosztizáltsága és alulkezeltése **komoly közegészségügyi problémát** és gazdasági terhet jelent majd (Mulchahey et al. 1999, Pető 2004, Vizi 1998).
- e./ A depresszió **együttes előfordulása** (komorbiditása) szorongásos kórképekkel (Kessler et al. 1996), neurológiai betegségekkel (Varga 2000), testi betegségekkel **gyakori**, mely betegcsoportok önmagukban is nagy számot tesznek ki (Montano 1994, Goodnick és Hernandez 2000). A gyógyszeres kezelés alatt álló betegek között a depressziósok aránya 40-65% (Nemessuri et al 2007).
- f./ A pszichiátriai megbetegedés és az öngyilkossági magatartás között szoros kapcsolat áll fenn (Kasper et al. 1996, Müller et al. 1999). Az öngyilkosságot elkövetők 65-75%-a többnyire nem kezelt major depresszióban szenved halála idején (Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2005). A **depressziósok körében tízszer nagyobb az öngyilkossági arány** az átlagpopulációhoz képest (Katona 2000). A depressziós beteg adekvát terápia híján 15-30%-os valószínűséggel öngyilkosság következtében hal meg (Abonyi et al. 2004). **Hazánk** különösen érintett ország, 2005-ben európai országok közül a **2. helyen állt az öngyilkossági statisztikai rangsorán** (EAAD 2006).

3. A DEPRESSZIÓ EPIDEMIOLÓGIÁJA

Az Amerikai Egyesült Államokban, Európában és Magyarországon történt epidemiológiai felmérések meghatározták a depresszió 1-éves és élettartam prevalenciáját. **Prevalencián**, a depresszióban szenvedő összes betegek számát értjük egy meghatározott népességben egy adott időpontban pl. egy adott év alatt (Gray 2003). **Élettartam prevalencia** azon páciensek aránya a népesség vizsgálatokban, akiknél a vizsgálat időpontjáig életük során valamikor bekövetkezett az adott betegség (Gray 2003). A globális adatokból közelítve hazánk felé, hasonló adatok állnak rendelkezésre az élettartam prevalencia terén az Amerikai Egyesült Államokra, Európára és hazánkra. Ahogyan az 1. fejezetben rámutattam az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2006) adatai szerint világszerte 121 millió ember szenved depresszióban. Becslések szerint a férfiak 5,8%-a, a nők 9,5%-a szenved évente depresszív epizódban. Kessler et al. (1994) által végzett amerikai NCS (National Comorbidity Survey) felmérésben a depressziót a leggyakoribb pszichiátriai kórképnek minősítette 17,1% élettartam prevalenciával és 10,3% 1-éves prevalenciával az Egyesült Államokban (6. táblázat).

6. táblázat

Major depresszió prevalencia adatai az USA-ban, Európában és Magyarországon (Kessler et al. 1994, Szádóczky 2000, 2004)

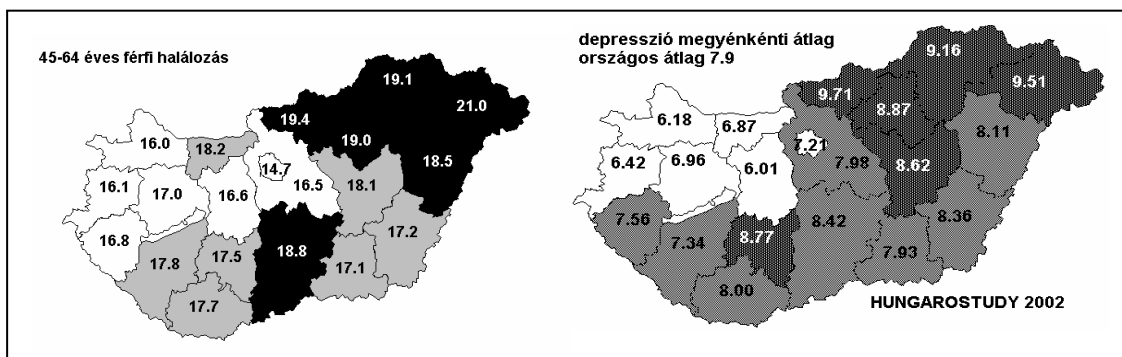
MAJOR DEPRESSZIÓ	PREVALENCIA %	
	Országok	1-éves
Amerikai Egyesült Államok (National Comorbidity Survey)	10,3	17,1
ESEMed (Pán-európai epidemiológiai vizsgálat)	3,9	12,8
Magyarország	7,1	15,1

Az ESEMeD (The European Study of Epidemiology of Mental Disorders) egyedülálló páneurópai epidemiológiai vizsgálat, amely az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európai Unió égisze alatt, a GlaxoSmithKline gyógyszercég társszponzorálásával készült. Az ESEMeD **hat európai ország** (Belgium, Franciaország, Hollandia, Németország, Olaszország, Spanyolország) felnőtt lakossága körében végzett felmérést 2000-ben (Alonso et al. 2004a). A felmérésben 21 425 interjú adatai kerültek feldolgozásra. A major **depresszió 12,8% élettartam prevalenciát ill. 3,9% 1-éves prevalenciát** mutatott Európa hat

országában (Szádóczy 2004).

Hazánkban 1995-1996-ban Szádóczy (2000) munkatársaival az ország öt területén, 15 centrumban, 2953 személy adatait elemezték. Felmérésükben 7,1%-os 1-éves prevalenciát állapították meg, míg a hazai **15,1%-os élettartam prevalencia** az európai és az amerikai adat közé tehető (6. táblázat).

2000-ben a **Hungarostudy felmérések** a magyar népeiséget életkor, nem, régiók és településnagyság szerint képviselték. 120 kérdéscsoportban kutatták a szociális-gazdasági jellemzőket, demográfiai, életmód, szociológiai, pszichológiai életminőség mutatókat, szükségletek, elégedettség, életesemények és az egészséggel kapcsolatos életminőség kérdéseit. A Hungarostudy a depresszió megyénkénti **országos átlagát 7,9%-ban** határozta meg. A betegség legmagasabb előfordulása (9,16%-9,71%) az észak-keleti megyékben volt található, míg a legalacsonyabb előfordulás (6,01%-6,96%) az észak-nyugati megyékben (Kopp és Skrabski 2006) (27. ábra) követve a középkorú férfi halálozás tendenciáját.



27. ábra

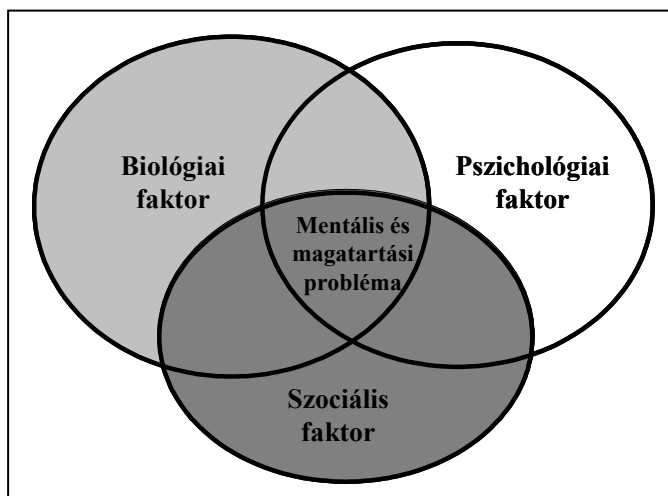
A férfi halálozás és a depressziós tünetegyüttes megyei átlag értékei (Kopp és Skrabski 2006)

Az **idős korosztálynál** a betegség előfordulása 3-5%, de az otthonokban élőkénél akár elérheti a **15-25%-ot** (Schöne és Ludwig 1993). A geriátriai osztályokra történő betegfelvétel kb. 60%-át a depresszió miatti felvétel teszi ki (Spar és Rue 2003). A betegség magas gyakorisága az időseknél egyfelől a testi betegségek számának növekedésével, másfelől a szociális támogatás és életcélok hiányával, a magára hagyottság, a kiszolgáltatottság érzésével magyarázható szociális, anyagi és lelki oldalon. Mindez pszichoszociális funkciókárosodáshoz és életminőség romláshoz vezet (Kovács et al. 2003). Gyakran az ő esetükben a depresszió diagnosztizálása és kezelése komplikáltabb, mint a fiatalabb korosztálynál. Ez az arány magasabb a testi betegségben szenvedő klinikai populációkban (kb. 50%), és a szociális otthonban élő időseknél (30-40%) (EAAD 2006).

4. A DEPRESSZIÓ ETIOLÓGIÁJA ÉS KIALAKULÁSÁNAK TÉNYEZŐI

4.1. A depresszió etiológiája

A depresszió etiológiája - kialakító tényezői - feltehetően, genetikai, organikus, pszichológiai, és szociális faktorokra vezethető vissza és azok változó kombinációira (28. ábra).



28. ábra

A biológiai, a pszichológiai és szociális tényezők interakciója (WHO 2001b)

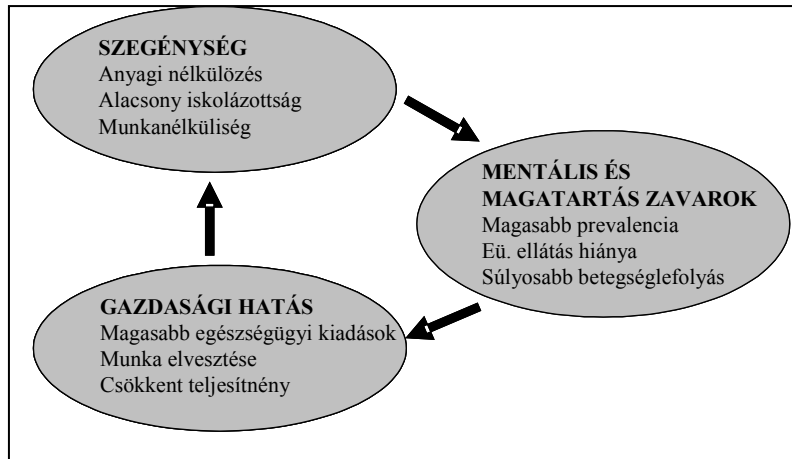
A Pszichiátria Magyar kézikönyve (Szádóczy 1998) az alábbi tényezőket említi.

4.1.1. Genetikai faktorok

Családkutatások adatai szerint a hangulatzavarok családi szabályszerűséget mutatnak. Az unipoláris depresszióban szenvedő betegek első fokú hozzátartozóinak rizikója depresszióra 2-3-szor nagyobb, mint az egészséges egyénéké.

4.1.2. Pszichoszociális faktorok

Életesemények, korai életévek tapasztalatai, a családi légkör, a nevelési módszerek hozzájárulnak a hangulatzavarra hajlamos személyiség kialakulásához. Másrészt megfigyelték, hogy a depressziós epizód gyakran stresszt okozó életesemény után alakul ki. Ilyen súlyos életesemény után 6 hónapon belül hatszor nagyobb a valószínűsége a depressziós epizód kialakulásának. A szociális támasz, az énerősítő tényezők hiánya, vagy gyenge volta, az intim kapcsolatok és a szociális integráció hiánya szintén növelik a depresszió kialakulásának valószínűségét. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2001b) jelentése kiemeli a szegénység faktort a szociális tényezők közül, melyek mentális és magatartás zavarokat okoznak (29. ábra).



29. ábra

A szegénység és a mentális zavarok ördögi köre (WHO 2001b)

Az egyén a rossz szociális helyzete miatt fogékonyvá válik a mentális zavarokra. E zavarok rosszulleteket okoznak, és az egészségügyi ellátás hiányában a betegség lefolyása súlyosabb és előfordulása is gyakoribb. A csökkent teljesítmény a munkából való kieséshez és további nélkülözéshez vezet, mely az alacsonyabb oktatási szintben, munkanélküliségben és extrém esetben, hajléktalanságban nyilvánul meg.

4.2. A depresszió rizikó faktorai

a./ A depressziós betegek körében a **nők és férfiak aránya 2:1-hez**, azaz kétszer több nő szenved a betegségtől, mint férfi (Montgomery és Boer 2001, Alonso et al. 2004a). Weissman és Klerman (1985) állítja, hogy a nőknél a magasabb prevalencia adat nem magyarázható azzal, hogy a nők szívesebben számolnak be tüneteikről, és kezelési megoldást keresnek. Weissman bizonyos abban, hogy a nők szociális elnyomottságából eredeztethető a magasabb előfordulás (Bánki 2006).

b./ Reiger et al. (1993) az ECA (Epidemiological Catchment Area) felmérésében a **családi állapotot** vizsgálták, és beszámoltak, hogy az **elváltak** rendelkeznek a legmagasabb, a házasok pedig a legalacsonyabb 1-éves depresszió prevalenciával.

c./ Egyes korcsoportok szintén rizikó faktornak tekinthetők (Alonso et al. 2004b). A **betegség megjelenésének** ideje átlagosan **17-27 éves kor** közé tehető (Montgomery és Boer 2001). Életkor tekintetében a DEPRES (Depression Research in European Society) kutatás úgy találta, hogy a depressziós tünetek a leggyakrabban a 45-54 éves korosztályban fordulnak elő (Szádóczky 2000).

d./ Egyes vizsgálatok rizikó faktornak veszik a **városban élők**et a vidékiek javára. Azonban társadalmi osztályok szerint nem találtak eltérést (Montgomery és Boer 2001).

e./ Az ECA (Epidemiological Catchment Area) vizsgálat a foglalkoztatottság terén úgy találta, hogy háromszoros a major depresszió előfordulása a minimum 6 hónapja fennálló **munkanélküliek** körében a foglalkoztatottakkal szemben (Montgomery és Boer 2001).

4.3. A depresszió patogenezisének teóriái

A depresszió patogenezisének (kialakulásának) megértésére számos elmélet született. Két alapszemlélet létezik: a pszichológiai és a neurobiokémiai, melyeket a Pszichiátria Magyar Kézikönyve a lentiek szerint értelmez (Szádóczy 1998).

4.3.1. Pszichológiai szemlélet (Szádóczy 1998)

4.3.1.1. Pszichoanalitikus teória

Abraham majd Freud meglátása, hogy „a pszichoszexuális fejlődés orális fázisában jelentkező problémák - elsősorban az anyai szeretettől és támasztól való megfosztás - az érzelmi fejlődés elakadását okozzák (Szádóczy 1998).” A korai feldolgozatlan veszteség megnehezíti a későbbi veszteségek feldolgozását. „A felnőttkori depresszió akkor jelentkezik; amikor az egyénnek szembe kell néznie valamely valós, fenyegető vagy vélt veszteséggel. A melankóliás beteg aktuális vesztesége kapcsán - amely lehet szimbolikus is - nem tudatosan újraéli a korai veszteséget.” „Bibring szerint a depresszió lényege az önértékelés részleges vagy teljes összeomlása,” amelyre a személyiségfejlődés különböző szakaszaiban átélt kudarcok hatása hajlamosít. Később Hirschfeld a depresszióra hajlamos személyiség jellemzői közül az emberi kapcsolatoktól való függőség jelentőségét hangsúlyozzák. „A depresszióra hajlamos személynek állandó megerősítésre, támaszra van szüksége önértékelése fenntartásához. A folyamatos megerősítés megszűnése depresszióhoz vezet.”

4.3.1.2. Magatartásteória

Lewinson szerint a probléma az embertársi kapcsolatokban van, amely a depressziós egyén társasági jártasságának hiányából fakad. Ez a hiány megelőzi a betegséget. „Jellemző a társas szituációkban érzett díszkomfort, a társas viselkedés repertoárja szűk, az egyén fokozottan érzékeny mások kritikai megnyilvánulásai iránt.”

4.3.1.3. Vulnerabilitás-teória

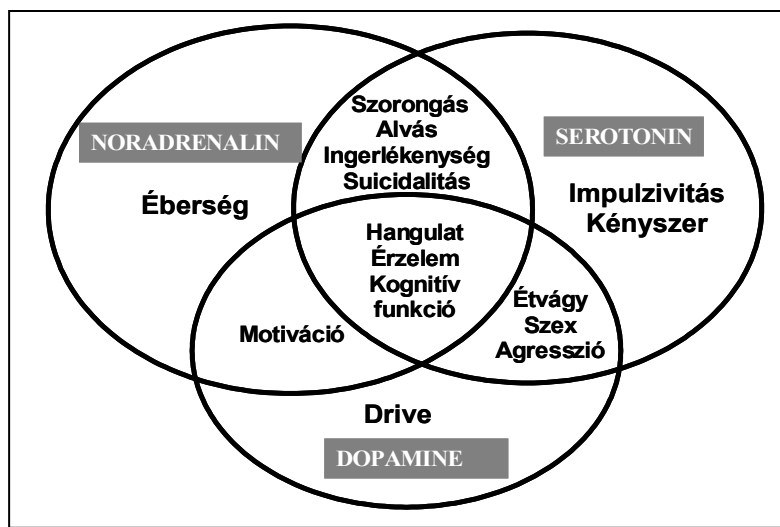
Abramson, Brown és Harris észrevétele, hogy a depresszió az egyén és környezete kölcsönhatásában jön létre. A depresszió kialakulásához az élet-stresszor és hajlam együttes jelenléte szükséges, valójában a lényeg az egyén-stresszor interakció. „A hajlamban a személyiségjellemzők (önértékelés, társadalmi készség, kognitív stílus, a konfliktusmegoldás módja), az életmód és a szociális feltételek játszanak szerepet.”

4.3.1.4. Kognitív-teória

Beck szerint a depressziós tünetegyüttes lényeges összetevői a zavart hozzáállás és a kognitív (tudati) torzulás. „Klinikai alcsoporttól független minden depressziós egyénre jellemző egy automatikus, visszatérő, nehezen kontrollálható ún. kognitív triád - negatív szemlélet önmagáról, a világról és a jövőről.” Clark és Teasdale úgy vélte, hogy „a depresszióban az információfeldolgozás negatív irányba torzul, a depressziós egyén szelektíven a kellemetlen emlékeket idézi fel.” Gondolkodásában szisztematikus logikai hibákat követ el, önkényes következtetés, szelektív leszűkítése, a saját hibák felnagyítása, túláltalánosítás.

4.3.2. Neurobiokémiai elméletek (Szádóczky 1998)

Schildkraut, Bunney és Dauis, valamint Koppen felfedezték, hogy a neurotranszmitterek (ingerületátvivő anyagok) koncentrációváltozása (hiánya vagy egyensúlyzavara) együtt jár a hangulati epizóddal. Az utóbbi években egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a szerotonin és a noradrenalin a pszichés működés és magatartás széles skálájában játszik fontos szerepet (hangulat, készenlét, alvás, táplálkozás, fájdalom percepció, agresszió) (30. ábra).



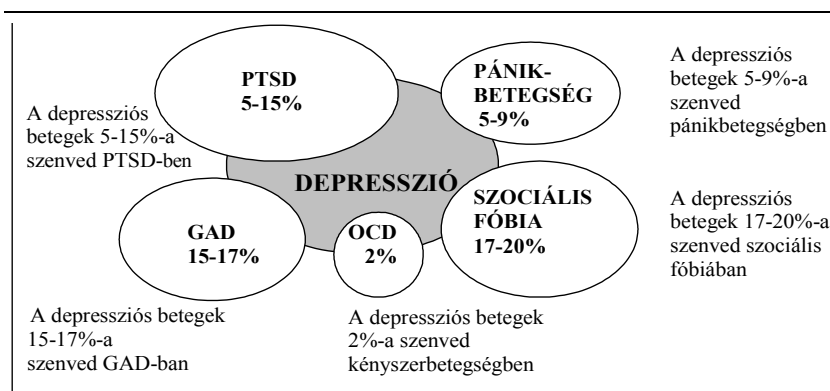
30. ábra

Az ingerületátvivő anyagok szerepe a pszichés működésre (Rihmer 2005b)

5. A DEPRESSZIÓ KOMORBIDITÁSA

Bitter (2004) megfogalmazásában a **komorbiditás**, a társbetegségek felhalmozódása azon a feltételezésen alapul, hogy az együtt előforduló két vagy több állapot önálló klinikai betegséget képvisel. Ugyanakkor lehetséges, hogy ugyanaz a zavar okoz együtt előforduló szindrómákat, tehát nem kellene ezeket külön diagnosztizálni.

Tollefson et al. (1993) úgy találták, hogy a depresszióban szenvedő betegek **76%-ánál a szorongás tünetei** is jelentkeznek, míg Gorman (1996/1997) 90% komorbiditást tapasztalt. Hazánkban Szádóczky (2000) felmérésében a major depresszió 52,4%-os élettartam-komorbiditását mérték szorongással. A szorongásos kórképek és depresszió komorbiditását az 31. ábra szemlélteti.

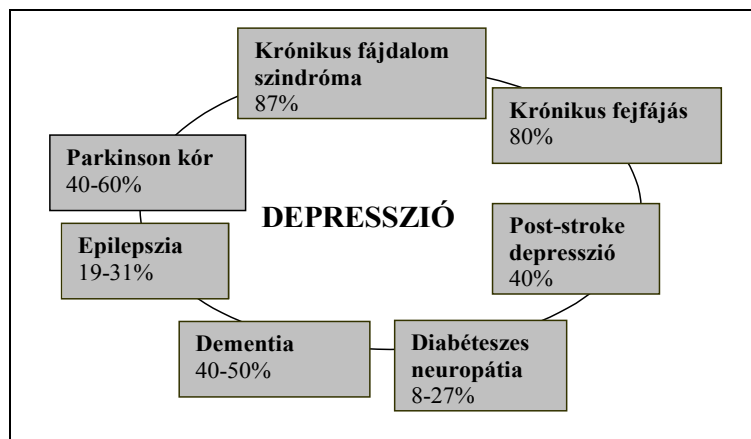


31. ábra

A depresszió és a szorongásos kórképek komorbiditása (saját szerkesztés)

A depressziós betegek leginkább, 17-20%-ban szociális fóbiában, 15-17%-ban pedig generalizált szorongásban (GAD) szenvednek (Kessler et al. 1996, Wittchen 1999). 5-15% között mozog a poszt-traumás stressz (PTSD) szindrómával küzdők száma, 5-9% pedig a pánikbetegeké (Kessler et al. 1996, Wittchen 1999). A depresszió legkevésbé, 2%-ban a kényszerbetegséggel (OCD) komorbid. A szorongásos kórképek és depresszió halmozódása az idős betegeknél ugyanolyan gyakori, mint a fiataloknál (Lenze et al. 2002). Montgomery és Boer (2001) állítják, hogy a major depressziós esetek 58 %-a szorongásos zavar minimum egyikével társul. Az amerikai NCS (American National Comorbidity Study) felmérés adatai alapján a major depresszió 74%-ban társul minimum egy, 31,9%-ban három vagy több mentális zavarral (Tollefson et al. 1993, Kessler 1994). Mivel a depresszió és a szorongásos zavarok is krónikus, visszatérő betegségek, a kezelésnek hatékonynak és a visszaesést (relapszust) megelőzőnek kell lennie és minimum 6 hónapig javasolt tartania (Nutt 2000).

A **depresszió** jelentős **komorbiditást** mutat **neurológiai betegségekkel** (32. ábra). Ezen esetekben a depresszió szekunder betegségként, súlyos szervi betegségekkel jelentkezik.



32. ábra

A depresszió komorbiditása neurológiai betegségekkel (Varga 2000)

Krónikus fejfájás miatt fordulnak a betegek leginkább orvoshoz és a fejfájás leggyakrabban, 80%-ban depresszióval társul (Varga 2000). A felnőttek 70%-a észlel hátfájdalmat élete során (Salerno et al. 2002), és krónikus fájdalom szindrómával küzdők 87%-ánál a depresszió tünetei jelentkeznek (Satterthwaite et al. 1990, Hal 2003). Ennél alacsonyabb mértékben, de jelentős komorbiditást mutat a depresszió a parkinson kórral 40-60%-ban, a dementiával 40-50%-ban (Katona et al. 1998, Goodnick és Hernandez 2000), a post-stroke depresszióval 40%-ban (Rush 2001), az epilepsziával 19-31%-ban (Varga, 2000) és a diabéteszes neuropátiával 8-27%-ban (Goodnick 2001). Tariska (2003) érdekes tényre hívja fel a figyelmet. Az idős Alzheimer betegek 72%-ánál több mint 2 évvel a diagnózis felállítása előtt hangulati változás, depresszió, vagy szociális visszahúzódás volt utólag felderíthető.

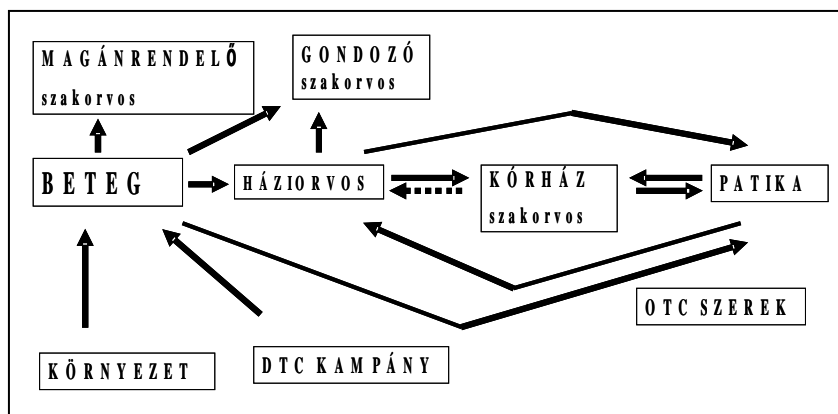
Katona (1990) megállapítása, hogy a depresszió **gyakran társul szomatikus, testi betegségekkel**, mely betegcsoportok önmagukban is nagy számot tesznek ki. A depresszió 17-25%-ban a daganatos betegségekkel társul (Montano 1994, Goodnick és Hernandez 2000), 15-36%-ban a kardiovaszkuláris kórképekkel pl. iszkémiás szívbetegséggel (Nelson et al. 1999, Goodnick és Hernandez 2000), 15-30%-ban a rheumatoid arthritissel (Bird és Brogini 2000), és légzőszervi megbetegedésekkel (Robertson és Katona 1997). A kardiológiai betegek esetében a depresszió 5-6-szorosára emeli a halálozás kockázatát az infarktust követő 6 hónapban (Wulsin et al. 1999, Bump et al. 2001). Bartkó (2005) hivatkozik a tényre, hogy a depressziós betegek **67%-a kizárólag testi tünetek miatt kereste fel orvosát.**

6. A DEPRESSZIÓ KEZELÉSE ÉS ELLÁTÁSA

6.1. A depresszió ellátása

A **páciens fogalmát** a Magyar Pszichiátriai Társaság Etikai Kódexe (2001) definiálja. A páciens (kliens, pszichiátriai beteg) a pszichiátriai szakellátást, szervezeti modelltől, tulajdonviszonyoktól függetlenül, mint szolgáltatást közvetlenül igénybevevő személy.

Közismert tény, hogy a **családorvosi rendelőkben megforduló betegek 30-40%-ának depressziós és/vagy szorongásos tünete**, illetve betegsége is van (Motika 2000). A depressziós páciens saját motivációból, a környezet (család, barátok, munkahelyi kapcsolatok) vagy éppen a depresszió DTC kampány hatására fordul háziorvoshoz vagy közvetlenül keresi fel a pszichiátriai szakrendelőt, gondozót vagy magánrendelőt. A háziorvos a testi tünetek mellett mentális betegségre gyanakodva beutalhatja a beteget a kórházi szakorvoshoz, pszichiáterhez, pszichiátriai gondozóba vagy pszichiátriai szakrendelőbe. Meg kell jegyezni, hogy a fejlett országokban a depressziós betegek zömét a háziorvos kezeli és a komplikált, terápiarezisztens vagy az önmagát veszélyeztető beteg kerül szakorvoshoz (Faludi 2003). A szakorvos által felírt antidepresszánt a beteg a patikában váltja ki (33. ábra).



33. ábra

A depressziós beteg útja (saját szerkesztés)

A betegek egy része járóbetegként kezelhető. Az ambuláns ellátás történhet kórházi szakambulancián, pszichiátriai gondozóban vagy magánpraxisban, a fekvőbeteg ellátás pedig általános kórház pszichiátriai osztályán vagy szakkórházban (Pharminindex 2003).

A diagnózis felállítását általában a pszichiáter szakorvosok végzik. **Pszichiáter** az orvos – beleértve a nyugdíjban lévőköt is -, aki pszichiátriából szakvizsgával rendelkező szakemberként (terapeutaként), mindenkor minősítésére figyelemmel vesz részt (önállóan

vagy munkacsoport tagjaként) kezelési, kutatási és oktatási programokban (MPT Etikai Kódex 2001). 2007. január 16-ig pszichiátriai megbetegedésben a pszichiáter, neurológiai betegségekben a neurológus vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapon át – a házi orvos írhatta fel **emelt eü. 90%-os támogatással** antidepresszánsokat (OEP 2007a). Azonban 2007. január 16-tól a neurológusok emelt támogatásának felírási körét megvonták (OEP 2007b). Közvetlenül a házi orvos a támogatott készítményeket normatív 50%-os támogatással írhatja fel. A szakorvosnak a depresszió diagnózisának felállításában az **anamnézis felvételét** követő **fizikális vizsgálatok**, kiegészítő **laboratóriumi vizsgálatok**, **célt pszichológiai vizsgálat** és többféle **kérdőív** nyújtanak segítséget. A legelterjedtebb a Beck depresszió kérdőív, Zung depresszió kérdőív, Montgomery-Åsberg depresszió pontozó skála (MADRS) és többféle szorongás-skála, mint Hamilton szorongás skála (HAMD), Taylor-Triner szorongás skála, Spielberger-Trait szorongás skála stb. (Pék et al. 2003).

6.2. A depresszió kezelése

A hazai klinikumban a depressziós betegek kezelésére gyógyszeres kezelés (**farmakoterápia**), **pszichoterápia** és **szocioterápiák** illetve ezek kombinációi állnak rendelkezésre (Abonyi et al. 2004):

a./ A **nem gyógyszeres kezelés** pszichoterápiából és/vagy szocioterápiából, fizikai aktivitásból, alvásmegvonásból, fényterápiából, elektrokonvulzív kezelésből (ECT) áll.

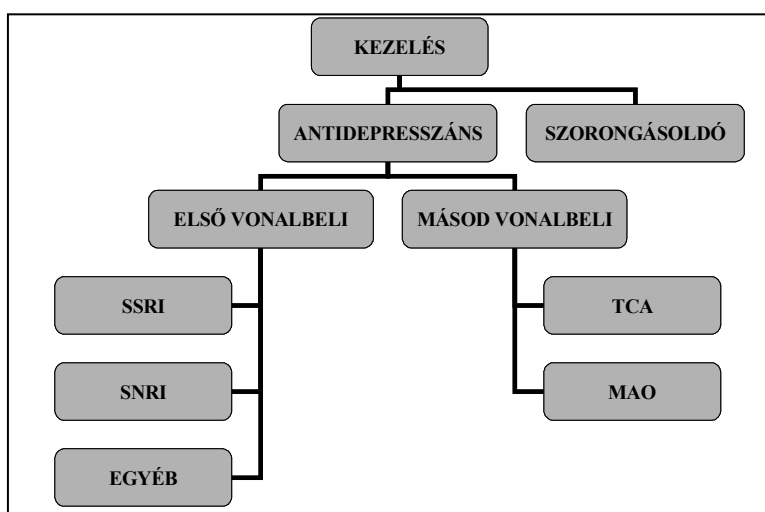
A **pszichoterápia** lélektani eszközökkel végzett kezeléssorozat során a beteggel megállapodás történik, és ez a terápia képezi a fő kezelési eljárást. A Magyar Pszichiátriai Szakmai Kollégium alap pszichoterápiát (pszichoterápiás krízisintervenció, pszichoterápiás konzultáció, szupportív terápia, autogén tréning) és szakpszichoterápiákat (analitikus terápia, viselkedés- és kognitív terápia, humanisztikus pszichoterápiák, egyéb mélylélektani pszichoterápiák, egyéb terápia, gyermekterápia, csoportpszichoterápiák, család- és párpszichoterápia) határoz meg.

A **szocioterápia** a rehabilitáció legfőbb eszköze, mely az első orvos-beteg találkozással kezdődik. Lényege a humán tevékenységek teljes spektrumát felölelve, a mindennapi társas kapcsolatok dinamikájára építve a szociális tanulás és kreatív önmegvalósítás elősegítése. A szocioterápiák legfőbb formái: a munkaterápia, foglalkozásterápia, szociális készségek tréningje, közösségi terápia.

Illetve Strohecker (2003) az **alternatív terápia** főbb szakterületét fűzte könyvbe és

természetes gyógymódokat kínál a tünetek enyhítésére, mint pl. homeopátiás szerek, egészséges táplálkozással bizonyos vitaminok (B6, B12, C-vitamin) bevitele, gyógynövények alkalmazása (orbáncfű, ajurvédikus gyógynövények), keleti stresszcsökkentő technikák alkalmazása (jóga, csi kung) és így tovább. Több szerző (Hibbeln 1998, Logan 2004, Gordon et al. 2006, Sontrop és Campbell 2006) neves orvosi szaklapokba leközölte, hogy az Omega 3 zsírsav hiánya és a depresszió között kapcsolatot vélnek felfedezni. Újabb vizsgálati eredményekig a hagyományos terápia kiegészítéseként, adjuváns terápiaként javasolt alkalmazása.

b./ A **gyógyszeres kezeléshez** (farmakoterápia) az antidepresszánsok széles választéka áll rendelkezésre napjainkban (34. ábra). Az antidepresszánsok az agyban felbomlott kémiai egyensúlyt különböző ingerületátvivő anyagokra un. neurotranszmitterekre (szerotonin, noradrenalin, dopamin, GABA, glutsacetilkolin, acetilkolin) (Németh 2003) vagy egyszerre többre hatva normalizálják. Az elsővonalbeli antidepresszánsok hatékonyak, jól tolerálhatóak, azaz kevesebb mellékhatással rendelkeznek, mint másodvonalbeli társaik és többnyire önmagukban is szorongásoldó hatásúak. **Az elsővonalbeli csoportba** tartoznak, a szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI) és a szelektív szerotonin noradrenalin visszavétel gátlók (SNRI). **Másodvonalbeli „rég típusú” készítmények** a triciklikus (TCA) antidepresszívumok és a monoamin oxidáns gátlók (MAO), melyek lassúbb hatáskezdetűek és jelentős mellékhatásokkal rendelkeznek. Főleg szorongással társult depresszió kezelésére szorongásoldókat (anxiolitikum) írnak fel az antidepresszáns mellé.



34. ábra

A depresszió kezelése (Kent 2003)

Az utóbbi évtizedben a másodvonalbeli terápia, a TCA szerepét az SSRI, mint elsővonalbeli terápia vette át hatékonysága és jól tolerálhatósága miatt (Mulsant et al. 1999), mely az idős betegeknek különösen fontos (Hutchinson et al. 1991, Burke et al. 1997). Nemrégiben az **antidepresszánsok hatékonyságának felülvizsgálatára** több neves szerző hívta fel a figyelmet (Moncrieff és Kirsch 2005), mivel az antidepresszáns terápiaiban a páciensek mindössze **30-40%-a gyógyul meg teljesen (remisszió), 30-40%-uk a terápiára nonreszponder, 20%-uk pedig részlegesen reagál rá** (Faludi 2003).

A depresszió kezelésének akut szakasza 1-3 hónapot vesz igénybe, mely célja a depressziós tünetek csökkentése, az öngyilkosság prevenció, a szociális funkciók, munkaképesség helyreállítása (munkaképesség), és a visszaesés (relapszus) megelőzése (Németh 2005). A folyamatos **farmakoterápia tartama** általában **4-6 hónap**, de egy hosszú távú kezelés évekig is tarthat. A folyamatos terápia célja a depressziós tünetek megszüntetése, a relapszus (visszaesés) megelőzése, és az optimális életminőség elérése (Németh 2005). A Magyar Neuropszichofarmakológiai Egyesület kimondta (1999), hogy 4-6 hónapnál rövidebb antidepresszív kezelést végezni szakszerűtlen. Időskorban két vagy több depressziós epizód után élethosszig javasolt a gyógyszeres kezelés a gyakori 80%-os visszaesések (relapszus) elkerülése végett (Breen és McCormac 2003).

Túry (2004) hangsúlyozza, hogy a pszichoterápia akkor az első választás, ha a tünetek enyhék. Farmakoterápia pedig akkor, amikor a tünetek akutak, intenzívek és ha pénzügyi és időkorlátok vannak. Kombinált terápiára akkor van szükség, ha a két terápia külön részlegesen hatékony vagy sok mellékhatással jár.

6.3. A depresszió kezelésének problematikája

a./ A beteg nem fordul orvoshoz

Ellenére, hogy a pszichiátriai zavarok súlyosan károsítják a betegek munkateljesítményét és életminőségét, a **betegek többsége, 60%-a nem fordul orvoshoz** panaszai miatt, és nem kap megfelelő kezelést. A depressziós epizód alatt a páciensek 35,6%-a beszélt a betegségről, 14,6% részesült kórházi kezelésben és mindössze 13,5% szedett gyógyszert panaszaira (Szádóczky 2004). Szádóczky (2000) állítja, hogy a statisztikák a mentális betegségek előfordulását alábecsülik, mert a közösségekben, az alapellátásban, a nem pszichiátriai szakorvosi gyakorlatban a mentális zavarokat az **elégtelen információ miatt** nem vagy

ritkábban ismerik fel. Illetve a fizikális betegségekhez társuló pszichés zavarokat mind a beteg, mind az orvos figyelmen kívül hagyja.

b./ A beteg nem kap adekvát kezelést

A depresszió a világon mindenütt **aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség**. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett populációs vizsgálatok szerint a major depresszióban szenvedő **betegek kb. egyharmad-fele áll kezelés alatt** (Rihmer és Angst 2004). Krecz vizsgálata felhívja a figyelmet, hogy a háziorvosnál jelentkező betegek felének depressziós vagy szorongásos panaszai vannak (Krecz 1996). 1977-ben a felnőtt betegek 23%-át diagnosztizálták és kezelték. **Az amerikai kormányzat célkitűzése 2010-re a kezelték számát 50%-ra emelni 23%-ról (1997)** (US Department of Health and Human Services 2000).

Az ESEMeD (Szádóczy 2004) pán-európai felmérésben a hangulatzavar esetében diagnózist kapott 100 személy közül 14 fő a családorvosához fordult pszichés panaszaival, 21 keresett fel pszichiátert és 4 beteg más szakembert. Az orvoshoz forduló betegek 15%-a nem kapott semmiféle kezelést (7. táblázat).

7. táblázat

Az egészségügyi ellátás igénybevétele (Szádóczy 2004)

ESEMeD	Betegszám	%
Major depressziós beteg	100	100%
Nem fordul orvoshoz	60	60%
Orvoshoz fordul	40	40%
Családorvoshoz fordul	14	14%
Pszichiáterhez fordul	21	21%
Más szakorvoshoz fordul	5	5%
Nem kapott kezelést az orvostól	15	15%

Motika (2000) ennél pesszimistábban vélekedik a hazai helyzetről. A pszichés tünetekkel küzdő betegcsoport alacsony hányada kerül csak a pszichiátriai szakellátás valamely szintjén (mentálhigiénés gondozó, pszichiátriai szakambulancia, osztály) megfelelő ellátásra, **legfeljebb minden huszadik beteg kap helyes diagnózist és adekvát kezelést.**

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2006) azt állítja, hogy a gyógyszeres kezelés és rövid, strukturált formájú pszichoterápia a depressziós betegek 60-80%-nak hatékony és

megvalósítható terápia a háziiorvosi ellátás keretein belül. Mégis kevesebb, mint 25% kap ilyen kezelést. A **hatékony ellátás korlátai** a forráshiány, képzett ellátók, a társadalmi stigma a mentális betegségekkel, így a depresszióval szemben.

Lépine et al. (1997) kritikát fogalmaznak meg az alapellátással szemben a betegség diagnosztizálásával kapcsolatban. A betegek nagy százalékban nem keresnek segítséget, amikor azonban felkeresik háziiorvosukat, legtöbbször **nem kap adekvát kezelést**. Gilbody et al. (2003) tovább pontosítják a nem adekvát kezelés fogalmát. Sokszor az alapellátásban nem követik a terápiás protokollokat. Mégha a depressziót diagnosztizálják is, az antidepresszáns terápia hossza és dozírozása nem megfelelő, a betegeknek szóló tanácsadás vagy a pszichoterápiás ellátás hiányzik. Spar és Rue (2003) osztja Krecz (1996), Ballenger et al. (1999) és Young et al. (2001) véleményét, hogy az alapellátásban dolgozók gyakran elsiklanak a mentális problémák felett, így a depresszió és a szorongás felett, és igen többször alulkezelik.

c./ A depresszió stigmatizációja

Priest et al. (1996) 2000 fős mintán végzett felmérésükben azt találták, hogy a depresszióhoz szorosan kötődik a stigma fogalma. Rihmer (Havas 2004) úgy véli, a páciensek nehezítik helyzetüket a testi kórhoz való ragaszkodásukkal, mert gyengeségnek, vagy szégyennek tartják lelki betegségüket. Sokszor hipochondernek, vagy hisztérikusnak vélik őket. A beteg eltitkolja pszichés panaszait a stigmatizációtól való félelme miatt (Szádóczy 2000). Albert (2005) betegként megerősíti, hogy a depresszió **stigmatizált** betegség és a páciens rejtőzködő tagja a társadalomnak: „A magyar társadalom egy része igencsak erősíti a depressziósok büntudatát. Önsajnáltnak, nyavalygásnak, urambocsá’, lustaságnak tekinti „az úri betegséget” „Az emberek többsége amúgy is a depressziókat magát tartja felelősnek az állapotáért, sokszor elfordulnak tőle: bolond, nem normális, kiszámíthatatlan, labilis. Elmebeteg. Így hát – ebben az országban, ebben a kultúrában – jobb hazudni.”

A betegek által érzett **stigmatizáció** olyan általános probléma, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2001b) meghatározta a stigma definícióját. A stigma a szégyen, a rosszallás jele, mely a társadalom különböző területein az egyén elutasításához, diszkriminációjához vezet. A stigma elveszi a bizakodást attól, hogy a mentális betegségek kezelhetőek. Ahhoz vezet, hogy a társadalom tagjai nem szocializálódnak a beteggel, elkerülik őket, nem alkalmazzák őket, nem szívesen dolgoznak velük, vagy élnek közelükben. A stigma

tragikus módon aláássa az emberi méltóságot és megakadályozza, hogy az egyén teljes részese lehessen a társadalomnak.

A betegség **destigmatizációját** segíti, hogy híres és ismert emberek mentális állapotára fény derült. Mára ismertté vált a tény, hogy királyok, művészek – írók, költők, zeneszerzők - hosszabb-rövidebb ideig depresszióban szenvedtek, sőt pszichiátriai intézet diagnosztizálta vagy kezelte őket, és sajnálatosan voltak, akiket állapotuk következtében vesztettünk el (Rihmer 2002, Németh 2003). A teljesség igénye nélkül depresszióval küzdő személyek közül néhány: Szókratész, Herakleitosz, Luszandrosz, V. Károly, II. Fülöp, Abraham Lincoln, Robert Schumann, Pjotr Csajkovszkij, Albrecht Dürer, Santo Raffaelo, Francesco Petrarca, Paul Verlain, Honore de Balzac, Robert Burns, Mark Twain, Victor Hugo, Lev Tolsztoj, Emile Zola, Henrik Ibsen, Maxim Gorkij, Latiovits Zoltán, Paul Celan, Ernest Hemingway, Virginia Wolf, Platón, Romy Schneider, Vincent van Gogh, Michelangelo Buonarotti, Csontváry Kosztka Tivadar, Charles Baudelaire, Hector Berlioz, William Blake, Joseph Conrad, George Track, Sylvia Plath, Gustav Mahler és a többi.

Ceizel (2001) kutatómunkájának eredménye, hogy több magyar költőnkéről kiderült a depressziós vagy mániás depressziós állapot: Balassi Bálint, Csokonai Vitéz Mihály, Berzsenyi Dániel, Kölcsey Ferenc, Vörösmarthy Mihály, Arany János, Madách Imre, Ady Endre, Babits Mihály, Juhász Gyula, Kosztolányi Dezső, Kassák Lajos, Fürst Milán, Szabó Lőrinc, Illyés Gyula, József Attila, Radnóti Miklós, Weöres Sándor, Pilinszky János, Nagy László és a többi.

d./ A társadalom tájékoztatlansága

A betegség stigmatizációja a **publikum nagyfokú tájékoztatlanságával** illetve félretájékoztatlanságával társul. Az ausztráliai nemzeti felmérésben 1200 személyt kérdeztek meg 695 háztartásban (Pfizer Australia 2006). Az ausztrálok 33%-a a fiatalok esetében a súlyos kedvtelenséget és ingerlékenységet normálisnak hiszi. 32% úgy véli ez a felnőtté válás természetes velejárója és 26 % egyetért azzal, hogy a fiatalok a depressziót és szorongást egyszerűen majd kinövik.

Arató (1996) a pszichés betegségek stigmájáért a nem megfelelő ismeretterjesztést és az **alacsony pszichológiai kultúrát** okolja, mely nehezíti a betegségek nagyobb arányú felismerését. A betegek gyakran titokban szenvednek, vagy a jobban akceptálható testi betegségekbe próbálnak menekülni, és ők maguk is elutasítják az idegalapon megmagyarázott

testi-lelki tüneteket. Szolnoki (2005) szinte fontosabb orvosi feladatnak tartja a receptírásnál a szülők és hozzátartozók megnyerését és pszichoedukációját.

e./ Az orvos-beteg kommunikáció hiányossága

A pszichoszociális hatások, az orvos-beteg viszony rendkívül meghatározóak a gyógyszerhatás szempontjából, melyet számos kísérlet bizonyít (Szendi 2004). Szendi (2004) idézi az egyik kísérletet, ahol két betegcsoport összehasonlításánál, az optimista, lelkes, kedves, odafigyelő, pozitív konzultációs stílusú orvosok csoportjában a gyógyszerek hatékonyabbnak bizonyultak, mint a kontrollcsoportban (Fisher et al. 1964, Wheatley 1967, Thomas 1987). Tringer (2003) utal Bálint híres szóhasználatára, az **orvos-gyógyszerre**, aki az orvos személyét magát gyógyszernek tekintette. Az orvosnak megvan a saját gyógyszerertana, alkalmazását át kell gondolni, vigyázni kell a hatás kialakulásának körülményeire, a mellékhatásokra és a szavatosságra. Ferenczi (2005) úgy véli, hogy az orvos sokszor mélyebben hat a betegre egyéniségével, mint a rendelt gyógyszerrel. A gyógyítás sikeréért nem kis részben tehát a betegnek az orvosba és az orvosságra vetett hite a felelős (Boros 2006). Ez még inkább hangsúlyozza a beteg-orvos közötti hatékony párbeszédet és az orvos meggyőző kommunikációjának fontosságát, hiszen egy orvos pályája során 2-300 000 orvos-beteg találkozás részese (Túry 2006).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association 2003) hírlevelében közölte le, hogy az alapellátásban kezelték beteg-együttműködése igen alacsony. 28%-uk a terápia első négy hetén abbahagyja az antidepresszáns szedését, ez a szám 51%-ra nő 16 hetes kezelésnél, mely legfőbb oka a korai mellékhatások jelentkezése. A beteg-együttműködést **segítő taktikák** közül első helyen említik a **beteg edukációt**, amikor az orvos a gyógyszer mellékhatásairól, a terápiás haszonról és várható terápiás hosszról tájékoztatja betegét. Túry (2005) hangsúlyozza, hogy a beteg-együttműködés az orvos-beteg kapcsolat alapeleme és ha nem törődünk vele elveszítjük a beteget. Az orvosnak korrekt felvilágosítást kell nyújtania, az őszinte hang az orvos hitelességét növeli és a terápiás szövetséget javítja. McDonald et al. (2002) szisztematikusan áttekintették az intervencióra tett kísérleteket vizsgálva, mely intervenció segíti legjobban a páciensek kezelését. Úgy találták, hogy a pszichiátriai betegségeknel a gyógyszerelés betartása négy paraméter függvénye: 1. a családterápia, 2. az orvosi tanácsadás, 3. a beteg edukáció és 4. ezek különböző arányú kombinációi. A **leghatékonyabb intervenciónak az orvosi tanácsadást**, majd a családterápiát

találták. A betegedukáció önmagában nem, de tanácsadással kombinálva hatékonynak bizonyult. Csabai (2001) úgy vélekedik, hogy az **orvosok és betegek a konzultációt** egyre inkább **párbeszédnek** tekintik, ami valójában „szakértők találkozájaként” jellemezhető, ahol az orvos a medicina ismeretének szakértője, a páciens pedig saját testével kapcsolatos érzések szakértője. A konzultáció legfontosabb tényezője tehát az odafigyelő orvos. Orosz (1993) rávilágít az orvos és beteg között lévő információ asszimetriára, mely során az orvos szaktudásánál fogva a megfelelő információ birtokában a páciens „képviselőjévé” válik. Gidai (1997, 1998) ezt az orvos információs monopóliumának tulajdonítja, mely következtében az orvosi ajánlások határozzák meg a beteg döntését. A pszichiáter esetében szakmai okok miatt a szolgáltatás igénybevevője, a beteg a szolgáltatás színvonalát nehezen tudja felmérni a szolgáltatás bizalmi jellemzői miatt (Józsa et al. 2005).

A beteg-együttműködési készsége, hogy mennyire követi a terápiás előírásokat és gyógyulását alapvetően meghatározza mennyire elégedett a kezelés pszichológiai és kommunikációs tényezőivel, az orvossal való kapcsolatával, mennyire értette meg a diagnózist, a terápiás előírásokat, azokat elfogadta, és egyetértett velük. A terápiás terv kidolgozása során, ha az orvos betegét bevonja a döntéshozatalba a beteg preferenciáinak szintjéig, számíthat a beteg aktív részvételére.

7. A DEPRESSZIÓ TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI TERHE

Lepine et al. (1997) szerint az a tény, hogy a depresszió gyakran nem kerül felismerésre és alulkezelik, súlyos szocio-ökonomiai terhet jelent a társadalomra. A fel nem ismert, vagy nem kezelt depresszió komoly egészségkárosodást, továbbá szociális, életviteli és egzisztenciális gondot okoz a beteg és környezete számára (Havas 2003), ahogyan a 28. ábra is szemléltette (WHO 2001b). Arató, Túry (1995) és Motika (2000) egyaránt szólnak a depresszió következményeiről: kiesés a munkából, csökkent munkateljesítmény és hatékonyság (leszázalékolás), az egészségügyi biztosítás és ellátás megnövekedett költségei, öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet maradandó szövődményei és következményei (rokkantság), csökkent önbizalom, önértékelési zavarok, kapcsolatteremtési és tartási nehézségek, családi élet diszharmóniája, alkohol és drog függőség veszélye és következményei.

7.1. Az életminőség romlása

Gidai (2005) az egészségi állapotot meghatározó tényezők közül a lakosság életminőségét emeli ki, mely az egészségtudatossággal és egészségneveléssel párosul.

Andorka (2002) az élet minőségének 3 dimenzióját különböztette meg: 1. jólét birtoklási dimenziója, mely az anyagi javak megfelelő színvonalát jelenti, 2. jólét szeretet dimenziója: jó emberi kapcsolatokat 3. létezés dimenzió: az élet célja, értelme, meggyőződés saját hasznosságunkról, önmegvalósítás. A jólét birtoklási dimenzióját életszínvonalnak, a szeretet és a létezés dimenziókat életminőségnek nevezte.

Tringer (2003) találóan definiálja az **életminőség fogalmát**. Az egészséget, illetve ennek modernebb testvérét, az életminőséget negatív kritériumként, **nem-depresszióként** határozza meg. Az életminőség 6 dimenzióban mérhető:

- a./ egészség vonatkozású életminőség
- b./ vitalitás (pihentető alvás, jó közérzet, aktivitás)
- c./ pszichoszociális életminőség
- d./ anyagi, pénzügyi életminőség
- e./ érzelmi életminőség
- f./ szabadidővel kapcsolatos életminőség.

A szubjektív életminőség és a depresszió között tehát magas szintű negatív korreláció mutatható ki. A depressziós betegek teljesítménye és életminősége rosszabb, mint egyes

krónikus szomatikus betegségben - hipertónia, diabétesz, koronária-betegség, artritisz, pulmonológiai és gasztrointesztinális - szenvedőké (Weihs et al. 2000, Szádóczky et al. 2001, Alonso et al. 2004c).

7.2. A munkaképtelenség, rokkantság

A depresszióval küzdő személy életminősége romlik, mely kihat munkahelyi teljesítményére és munkaképtelenséghez, rokkantsághoz vezethet. A világon a tartós aktivitás csökkenést okozó tizenkét vezető kór 701 millió embert érint. Ebből **a depresszió** áll az első helyen (Kessler et al. 1994, Murray és Lopez 1996, Stein 2003), önmagában az **esetszám 21%-ért, vagyis 209 millió rokkantságért felelős** (Vizi 1999).

Andlin-Sobockia és Wittchen (2005) idézi Ustun et al. (2004) adatát, miszerint a depresszió a **4. vezető betegségteher**, mely világszerte felelős a teljes életévek 12%-ának munkaképtelenné tételéért.

A Magyar Neuropszichofarmakológiai Egyesület (1999) **elsősorban a nem kezelt depresszió gyakori komplikációinak tekinti a tartós munkaképtelenséget és a korai rokkantságot**, a másodlagos alkohol/drog túlkapást és függőséget, a fokozott testi megbetegedést, a kardiovaszkuláris elhalálozást, és emelkedett öngyilkossági rizikót.

Az ESEMeD páneurópai felmérésben a **munkateljesítmény** a szorongásos és/vagy hangulatzavarokban kifejezettebben károsodik, mint a krónikus betegségek esetében. A depressziós epizód következménye, hogy **a betegek 46,5%-a nem tudta ellátni a munkáját és 76,6%-uk mindennapi életére jelentős hatással van** (Szádóczky 2004). Stewart et al. (2003) a munkahelyi depressziót láthatatlannak vélik, mely magyarázat a csökkent irodai teljesítményre. A depresszió a családi krízis és a stressz után a harmadik legfőbb munkahelyi probléma, mely a munkaképes korosztályt sújtja. A munkavállalók sokszor nem kezeltetik magukat, mert féltik az állásukat, vagy félnek biztosítóik nem finanszírozza a kezelést (National Mental Health Association 2006b).

A betegség következtében tehát a munkaképtelenné vált személy munkanélkülivé válik, de ennek fordítottja is igaz, a tartós **munkanélküliség** mentális egészségromláshoz, passzív lelkiállapothoz, az értékrend megváltozásához és az öngyilkossági kockázat növekedéséhez vezethet (Bukodi 2004). A háttérben a kognitív disszonanciával találkozhatunk, mely fogalomnál Festinger (2000) rámutat az ember ellentmondásokkal teli,

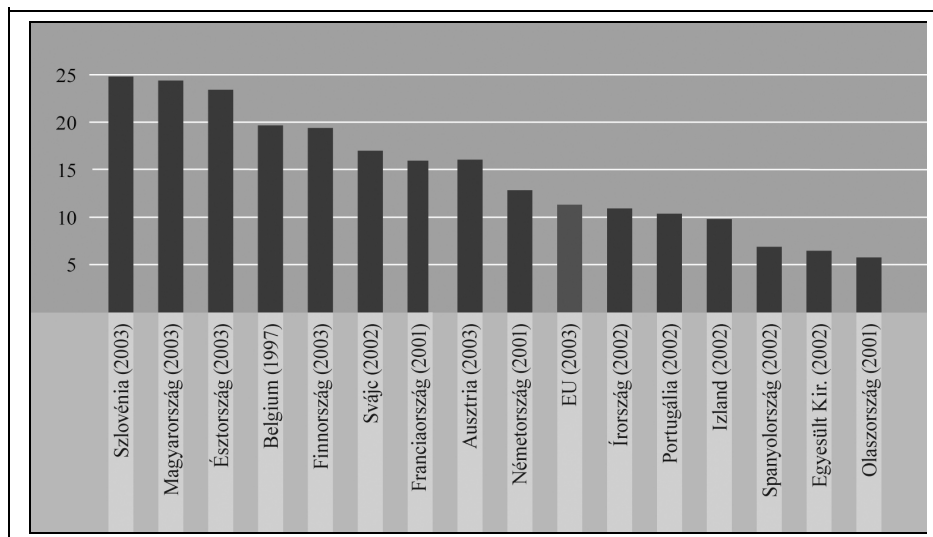
ambivalens természetére. Menyhay (2002) hangsúlyozza a feszültségcsökkentés sokszor nem tudatos folyamat, ezért balanszmodelljében a kognitív, tudatos (kognitív disszonancia) ellentmondások mellett a nem tudatos, küszöb alatti észlelést is beleérti. A zavaró disszonancia feloldása érdekében az egyén énvédekezésként a racionalizálást, új ismeretek keresésével a hitrendszer megerősítését, a személyiség, viselkedésmód, beállítódás megváltoztatását vagy a feszültség tárgyát képező gondolatok csökkentését, bagatellizálását vagy felejtését választja (Festinger 2000). A 15. mellékletben Menyhay (2002, 2004) találóan szemlélteti a kognitív disszonancia, a munkanélküliség és társadalmi folyamatok összefüggését. Értelmezésében a munkanélküliség esetén a folyamat két alapellentmondásból indul ki. Egyfelől a társadalom negatív beállítódása a munkanélkülivel szemben, másfelől a munkanélkülié a társadalmi beállítódással szemben. Az egyén negatív sztereotípiája erősebb a munkanélküli pozitív önképigényénél. A kognitív disszonancia ereje pedig feszültségcsökkentésre ösztönöz, és az önellenesség vagy társadalomellenesség elkerülhetetlen. A munkanélküliséggel járó következmények például a munkakerülés, a társadalomellenesség, a kábítószerelés, az alkoholizmus és az öngyilkosság.

Ha a jelenlegi demográfiai és epidemiológiai trendek folytatódnak, a depresszió okozta terhek **2020-ra a betegségterhek 5,7%-ára emelkednek, és a rokkantság miatt korlátozott életévek második vezető okává lépnek elő.** A fejlett régiókban a depresszió válik a betegségterhek vezető okává (Kopp 2001).

7.3. Magas öngyilkossági ráta

Az Európai Unióban több mint 45 000 ember hal meg öngyilkosságban évente. Minden órában öten követnek el öngyilkosságot, míg az öngyilkossági kísérletek számát nyolcszor annyira teszik (EAAD 2006).

Rihmer (1998) publikálta, hogy hazánk különösen érintett ország **az öngyilkosságok terén**, hiszen 1980-1986 között a világon **Magyarország az 1. helyen állt** 45,3 százezer főre eső éves szuicid mortalitással. A gyógyszerterápia elterjedésének, a prevenciók szolgáltatásának és felvilágosító tevékenységeknek köszönhetően 2005-re a WHO adatai alapján jelentősen csökkent az öngyilkossági arány, így a második helyre léptünk vissza (35. ábra).



35. ábra

Európai öngyilkossági arányok (100 000 főre vetítve) (EAAD 2006)

Motika (2000) hazánkban végzett depresszió szűrési programjában úgy találta, hogy a depresszió különösen veszélyes következménye az öngyilkosság, mely a kilátástalanság, az abszolút pesszimizmus és a reménytelenség érzéséből ered.

Az **idős korosztálynál magasabb az öngyilkosság elkövetésének rizikója**, mint más korosztályoknál. A legtöbb országban az öngyilkosság kockázata az idős férfiak közt, míg az öngyilkossági kísérletek gyakorisága a fiatal nők közt a legnagyobb (EAAD 2006). A fel nem ismert depresszió a felelős a 75 éves vagy afeletti korosztály 75%-ának öngyilkosságáért (Kumar et al. 2001).

Az öngyilkosság sajnálatosan **a fiatalokat is sújtja**, akik haláluk előtt pszichiátriai betegségben szenvedtek. Az idősebb serdülő, 15-19 éves korosztályba tartozók körében a 3., a fiatalabb, 10-14 éves serdülőknél a 4. vezető halálok (Anderson 2002, Shaffer et al. 1996).

Szádóczky et al. (2000) úgy találták, az öngyilkoságnál a **depresszió** betegség az esetek **35-79%-ban fordul elő**, és ha szorongásos zavarral társult az öngyilkossági kísérlet valószínűsége majdnem négyszeresére (2,9% vs. 11,4%) emelkedett. A befejezett öngyilkosságot elkövetők több mint **50%-a kezeletlen vagy elégtelenül kezelt** depresszióban szenved, és a depressziós beteg **adekvát terápia híján 30-35%-os** valószínűséggel **szuicidium miatt hal meg** (Rihmer 1996).

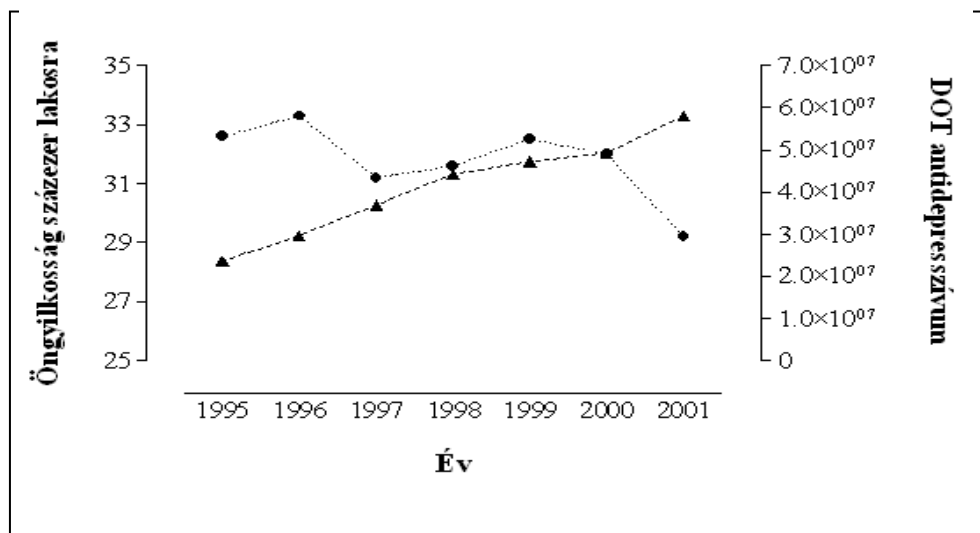
Rihmer et al. (1994) összefüggést lát az egy főre jutó orvosok növekvő száma és a javuló öngyilkossági statisztikák között. A szakmában abban egyetértés van, hogy a

depresszió korai felismerése és hatékony kezelése, valamint a betegek tartós utógondozása szignifikánsan csökkenti az adott populáció öngyilkossági gyakoriságát (Szendi 2004, Rihmer et al. 1994, 1996, 1997, 1998).

Az utóbbi években **orvos-szakmai vita** alakult ki azzal kapcsolatban, hogy van-e szignifikáns összefüggés az antidepresszívumok használata és az öngyilkossági halálozás között. Rutz et al. (1990) az elhíresült un. **Gotland vizsgálatban** depresszió továbbképző tanfolyamot szerveztek 70 családorvos számára Gotland-szigetén. Az edukációs program következtében az öngyilkosságok gyakoriságának csökkenését észlelték, mialatt az antidepresszívumok forgalma 65%-kal nőtt.

Több szerző (Rihmer 1997, Rihmer et al. 2001a, 2001b, Carlsten 2001) megerősítette a Gotland vizsgálat eredményeit, azaz az öngyilkossági ráta és az antidepresszáns forgalom közötti kapcsolatot. Rihmer publikációjában (1997) a depresszióban szenvedők számát elemzi 1980-1995 időszak alatt hazánkban, mely kb. megduplázódott (12 648 vs 29 042). 1990-1995 között az antidepresszívumok növekedési üteme gyorsabb volt, mely a depressziós betegek öngyilkosságának csökkenésével járt együtt.

Azonban **páran vitába szálltak a Gotland vizsgálat eredményeivel** és e vita napjainkig tart (Wilkinson 1994, Zonda és Singer 1999, Kendrick 2000, Szendi 2004). Hazánkban Berecz et al. (2003) elemezték az antidepresszívumok forgalmát terápiás napok számában (DOT - Days Of Treatment) és az öngyilkossági ráta változását 1994-2001 között. A 36. ábrán az antidepresszívumok felhasználása folyamatosan növekszik, az öngyilkossági ráta pedig ellenkező irányban mozog. A nemek szerinti bontásban azonban meglepő az eredmény. A két paraméter változása szignifikánsan negatív korrelációjú a nőkben, a férfiakban azonban ez nem igazolódott.



36. ábra

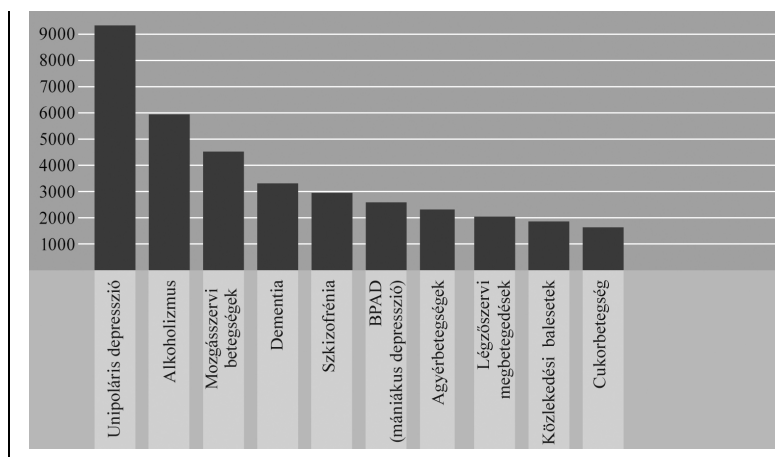
Százezer lakosra jutó befejezett öngyilkosságok rátája és az antidepresszívumok felhasználása Magyarországon 1994-2001 között (Berecz et al. 2003)

Vizsgált kérdés az is, hogy az **egyes antidepresszánsok fokozzák-e az öngyilkossági gondolatok és kísérletek kockázatát** főleg fiatalkori depresszióban (Healy és Whitaker 2003, Szendi 2004). Az FDA 2004-ben a tinédzser korúaknál, majd egy évvel később a felnőttekre vonatkozóan (FDA 2004, 2005) a gyártókat arra kötelezte, hogy a forgalomban lévő SSRI antidepresszívumok betegtájékoztatójában vastag **fekete keretbe tegyék azt a figyelmeztetést, hogy a szerek fokozzák a szuicid kockázatot**. Olfson et al. (2004) tanulmányukban az antidepresszívum használat és az öngyilkosság közötti fordított arányú kapcsolat véltek felfedezni, mely szerint az antidepresszív kezelés szerepet kaphat a fiatalok öngyilkosságának megelőzését célzó erőfeszítésekben. Olfson et al. 2006. éves vizsgálatukban már arra a következtetésre jutottak, hogy a 6-18 év közötti súlyos depresszióban szenvedő gyerekeknél és serdülőknél az antidepresszáns terápia szignifikáns kapcsolatban van az öngyilkossági kísérletekkel és halálózással.

A National Mental Health Association (2006a) állítja, hogy az öngyilkosságot **elkövetők 80%-a ad jelt előre szándékáról**. 30%-kal nagyobb valószínűséggel követnek el öngyilkosságot azok, akik beszélnek róla, vagy felhívják a krízis központot. Laidlaw (2003) megerősíti az állítást, miszerint az idős depressziós betegek 40%-a felkeresi a háziorvosát a halála előtti héten. **A depresszió korai felismerése, hatékony kezelése (Berecz et al. 2003) és az elsődleges szintű intervenció tehát jelentősen csökkentheti az öngyilkossági halálozást.**

7.4. A depresszió gazdasági terhe

Andlin-Sobocki et al. (2005) állítják a **mentális betegségek közül** is a depressziónak a **legmagasabb a költsége**. Berto et al. (2000) és Druss et al. (2000) megállapították, hogy a **depresszió gazdasági és társadalmi terhei** - egy betegre jutó költségei, orvosi ellátás költségei, kiesett napok száma, rokkantság költsége - **magasabbak egyes krónikus betegségeknél**, mint szívbetegség, cukorbetegség, magas vérnyomás és krónikus hátfájdalom. A 37. ábrán az ipari országokban a betegségek közül a depresszió okozza a legnagyobb betegségterhet (EAAD 2006).



37. ábra

Globalis betegség-teher, WHO tanulmány (betegségben eltöltött évek száma) (EAAD 2006)

A magas költségek okát Szádóczky (1996) nem a pszichiátriai betegségek kezelésének nagyobb költségigényében látja, hanem a gyakoribb orvosi vizitben, a nagy mennyiségű, inadekvát gyógyszerelésben, az indokolatlan műszeres beavatkozásokban és a gyakoribb hospitalizációban. Wang et al. (2003) széleskörű szakirodalomra hivatkozva állítják, hogy a depresszió gazdasági terheiért a betegség tüneteinek fel nem ismerése, alulkezelése, a hatékony és biztonságos antidepresszívumok alulhasználata tehető felelőssé.

Rihmer (1996) az amerikai és angol vizsgálatokat idézi, ahol a kezelt depressziós betegek fordított kiadások (kórházi ellátás, munkabér, gyógyszer, vizsgálatok stb.) 10-20%-t teszik ki a nem kezelt depresszió okozta társadalmi károknak, mint öngyilkosság, munkából való kiesés vagy alkoholizmus.

Greenberg et al. (1993) és Munoz (2003) meglátása, hogy a **klinikai depresszió Amerika legköltségesebb betegségévé vált**. Kezeletlenül hagyva kb. 200 millió elveszett munkanapot okoz évente. Az Amerikai Egyesült Államokban 2000-ben a depresszió teljes

költsége 83,08 milliárd USD-t tett ki és 7,4%-kal emelkedett 1990-hez képest. A depresszió teljes költsége három költség kategóriából tevődött össze: a depresszió direkt kezelési költségéből, a depresszió munkahelyi és az öngyilkosság költségéből (8. táblázat) (Munoz 2003).

8. táblázat

A depresszió gazdasági terhe az Amerikai Egyesült Államokban 2000-ben (Munoz 2003)

Költség kategóriák 2000 (USA)	USD (mrd)	Változás (%) vs 1990
Direkt kezelési költségek totál	26,09	31,2
Kórházi ápolás	8,89	-33,6
Járóbeteg ellátás	6,80	46,9
Gyógyszeres kezelés	10,40	452,5
Munkahelyi költségek totál	51,56	-0,7
Hiányzás	36,24	-8,1
Csökkent munkaképesség	15,32	23,0
Öngyilkosságból eredő költségek totál	5,43	-2,4
Depresszió totál költsége	83,08	7,4

A direkt kezelési költség kategóriában a kórházi ápolás -33,6%-kal csökkentek, míg a járóbeteg ellátás +46,9%-kal nőtt, mely a kórházi ápolásról a járóbeteg ellátásra való átállásnak tulajdonítható. Megjegyzendő, hogy Kovács és Szüts (1998) helyes egészségügyi politikának nevezi ezt a fajta szemléletet, amikor a költségeket átcsoportosítják a kórházi ápolásról a költséghatékonyabb ambuláns ellátásra. A **munkahelyi költségek a totál költségek 62%-át adták**, és alig mutattak változást 1990-hez képest. E költségek stagnálása felveti annak lehetőségét, hogy a **betegek félig kezeltek** (Greenberg et al. 2003). Munoz (2003) úgy véli, hogy a fenti költségek felett létezik a depresszió helytelen kezelésének is ára, a **dolgozó „kvázi jelenléte”**. A munkavállaló ugyan jelen van munkahelyén, de nem képes hatékonyan dolgozni egészségi állapota miatt, mely további rejtett költségeket jelent. Greenberg et al. (2003) cikkében levonja a konklúziót: 1990 és 2000 viszonylatában a depresszió gazdasági terhe relatív stabil maradt (+7,4% növekedés) a gyógyszeres kezelés dramatikus növekedéséhez (+452,5%) képest. A jövőbeli elemzésnek az addicionális költségeket is magába kell foglalnia elemezve egyszerre a pszichiátriai és más orvosi ellátás alatt állók többlet költségeit.

Katon et al. (2003) tanulmányában az **idős betegek kezelésének költségeit vizsgálták**. A depresszió ambuláns és fekvőbeteg költségét vetették össze a nem depressziós betegek

krónikus orvosi kezelésének ráfordításával. A totál ambulanter költségek a depressziós betegek csoportjában 763-979 USD-val volt magasabb, míg a totál járóbeteg és fekvőbeteg költségeket 1045-1700 USD összeggel emelték meg.

Brundtland (2001), a WHO főtitkára beszámolójában állítja, hogy **Európában** az egészségügyi kiadások kevesebb, mint 3%-át költik a mentális egészséggondozásra, pedig azok következményei könnyen elérik az egészségügyi kiadások egyharmadát, felét.

Az Egyesült Királyságban 2000-ben a depresszió teljes költségét 9 milliárd fontra becsülték, melyből a direkt kezelési költségek 370 millió fontot tettek ki. A betegség következményei sokrétűek: 109,7 millió elveszett munkanap és 2615 haláleset (9. táblázat).

9. táblázat

A depresszió gazdasági terhe az Egyesült Királyságban 2000

A depresszió veszteségei (Egyesült Királyság, 2000)	
Depresszió totál költsége (GBP)	9 milliárd
Direkt kezelési költség (GBP)	370 millió
Munkából kiesett napok száma	109,7 millió
Haláleset szám	2615 fő

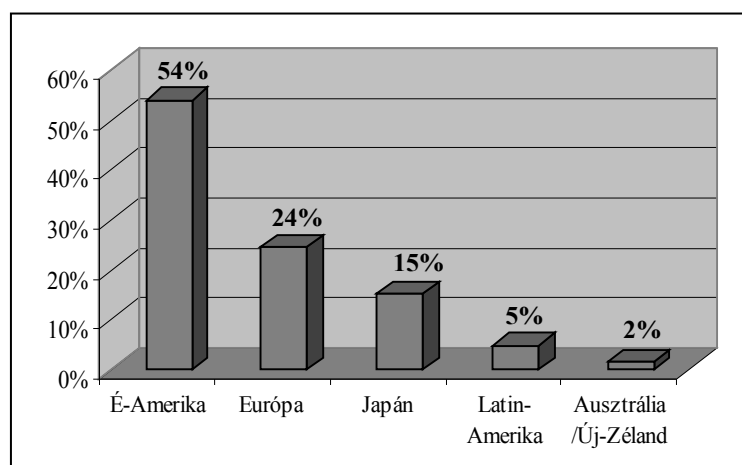
A depresszió betegségkampányok és a rendelkezésre álló hatékony kezelések ellenére a depresszió jelentős teher maradt a társadalom és az egyén számára (Thomas és Morris 2003). Simon et al. (2001) a **depresszió menedzsment program és a hagyományos ellátás költségeit hasonlították össze**. E program magába foglalta a betegedukációt, az antidepresszáns terápiát, a pszichiátriai konzultációt, a gyógyszer bevitelének és a kezelés eredményének telefonos monitorozását. Bár ez utóbbi szignifikáns és tartós javulást eredményezett, jelentősen megnövelte az egészségügyi kiadásokat is.

Hazánkban kizárólag a depresszióval foglalkozó farmakoökonomiai, költséghatékonysági tanulmányok nem készültek vagy nem elérhetőek külső fél részére. Azonban a Magyar Neuropszichofarmakológiai Egyesület (1999) konszenzus konferencián elfogadott dokumentumban foglalkoznak a közvetett és rejtett költségével, mint a produktivitás, az életminőség, a társadalmi hasznosság, az önállóság veszteségeire. Megállapítják, hogy az új, szelektív antidepresszív szerek piaci ára magasabb ugyan a régi típusúakénál, a közvetlen gyógyszerköltség azonban a kezelés teljes költségéhez (kórházi beutalás, kontrollvizsgálatok, a javulás-gyógyulás időtartama, visszaesések, mellékhatások kezelése, gyógyszerváltás és így tovább) viszonyítva csekély, a teljes költség viszont a korszerű gyógyszerek mellett szignifikánsan kisebb.

8. A KÖZPONTI IDEGRENSZER PIACA

8.1. A külföldi piacok

Az IMS (2006b) a világ 13 legnagyobb gyógyszeripari országát vizsgálva a gyógyszeripar értékét 377,4 milliárd USD-ban határozta meg 2005. augusztustól 2006. júliusáig terjedő egy éves időszakban. A gyógyszeripar 54%-át Észak-Amerika, 24%-át Európa 5 legnagyobb gyógyszeripari országa (Németország, Franciaország, Olaszország, Egyesült Királyság, Spanyolország), 15%-át Japán, 5%-át Latin-Amerika 3 legnagyobb gyógyszeripari országa (Mexiko, Brazília, Argentína), és 2%-át Ausztrália/Új-Zéland adta (38. ábra).

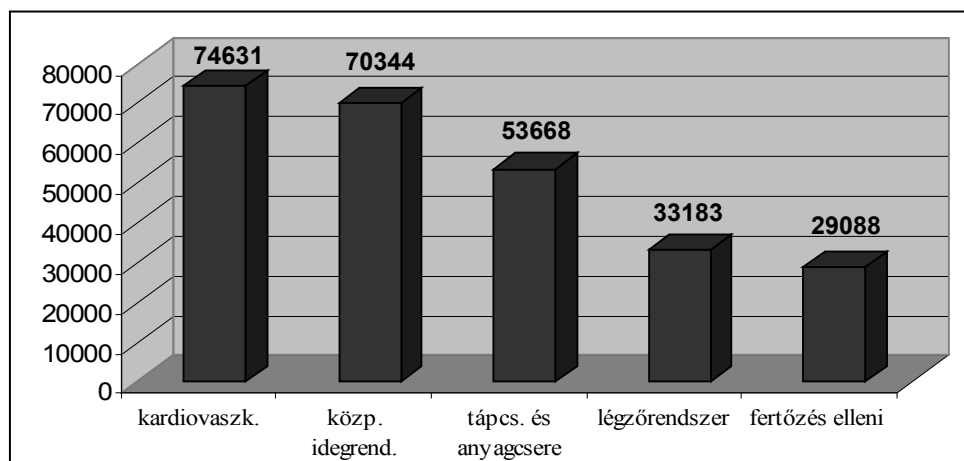


38. ábra

A világ jelentős gyógyszeripari régióinak részesedése (%) (IMS 2006b)

A vizsgált időszakban e piacon a legmagasabb eladást 1. Lipitor 2. Nexium 3. Plavix 4. Seretide 5. Zocor érte el. A legnagyobb eladást a 1. Pfizer 2. GlaxoSmithKline 3. Novartis 4. AstraZeneca 5. Merck&Co. vállalatok tudhatják magukénak (IMS 2006b).

A fő terápiás területeket vizsgálva a **központi idegrendszerre ható szerek piaca** a világ gyógyszerpiacának 2. legnagyobb szegmense a kardiovaszkuláris piac után, mely értékben 70,3 milliárd USD-t képvisel (39. ábra). 2003-ban ez a piac Észak-Amerika legdinamikusabban növekvő terápiás területe volt (IMS Health 2003), azonban a vizsgált időszakban előző év azonos időszakához viszonyítva mindössze 6 %-ot nöött (IMS 2006b).



39. ábra

A jelentős terápiás főcsoportok megoszlása (2005 aug.- 2006 júl.) (mUSD) (IMS 2006b)

NIHCM (2001) adatai alapján az amerikai piacon az **antidepresszáns szegmens** már 1999-ben elérte a 8,6 milliárd USD-t, mely a teljes patikai eladások 7,7%-át adta. Többet, mint bármely más termékcsoporthoz. A 6. mellékletben a Prozac (fluoxetin - Lilly) antidepresszáns a 4. legnagyobb eladást érte el 2567,1 mUSD eladással és mindössze 23,3 mUSD DTC költséssel. A 8. legtöbb eladást pedig a Paxil (paroxetin - GlaxoSmithKline) depresszió elleni gyógyszer szerezte meg 1808 mUSD eladással és 91,8 mUSD DTC kiadással.

A verseny egyre erősödik. 2004-ben az antidepresszáns piac 10%-át a generikumok szereztek meg. Azóta 2005. augusztusában lejárt a Paxil (paroxetin, Seroxat) szabadalmi oltalma, 2006-ban a Zoloft (sertralin) és Wellbutrin (bupropion) szabadalma, az Effexor-é (venlafaxin, Effectin) pedig 2008-ban várható. A piac további átrendeződéseinek leszünk szemtanúi 2007-2008-ban, amikor további 6 generikum piaci bevezetése várható.

8.2. A hazai piacok

2006-ban a **magyarországi vényköteles gyógyszerpiac** értékben 457,1 milliárd Ft-t tett ki és értékben 12,4%-kal, dobozszámban 3,2%-kal bővült 2005 évhez képest (IMS 2006a).

A **központi idegrendszerre ható szerek csoportja (N)** - a kardiológiai készítmények után - a második legnagyobb terápiás főcsoport 13,3%-os részesedéssel. Értéke elérte a 60,7 milliárd Ft-ot és a teljes gyógyszerpiaccal szinte megegyező ütemben 12,1%-kal emelkedett, volumenben azonban attól kissé elmaradt, 1,7%-kal nőtt (IMS 2006a) (10. táblázat).

10. táblázat

A hazai gyógyszerpiac terápiás főcsoportjai (IMS 2006a)

	Millió Ft.		
	2005.	2006	Növ. %
A tápcsatorna és anyagcsere	42 329	50 975	20,4%
B vér és vércépzőszervek	35 622	40 222	12,9%
C kardiovaszkuláris rendszer	105 099	117 291	11,6%
D bőrgyógyászati készítmények	7 029	7 082	0,7%
G urogenitalis rendszer és nemi hormonok	18 245	19 789	8,5%
H szisztémás hormonkészítmények	7 478	7 217	-3,5%
J szisztémás fertőzéscellenes szerek	35 323	34 698	-1,8%
L daganatellenes és immunmodulans szerek	44 700	55 774	24,8%
M váz- és izomrendszer	24 644	26 183	6,2%
N központi idegrendszer	54 153	60 714	12,1%
P parazitaellenes készítmények, feregűzők és repellensek	304	312	2,6%
R légzőrendszer	18 152	21 821	20,2%
S érzékszervek	4 879	5 318	9,0%
V egyéb	8 720	9 676	11,0%
X egyéb készítmények	44	47	5,2%
Összesen	406 724	457 119	12,4%

Az **antidepresszánsok** a központi idegrendszer piacon (N) belül az N06, a pszichoanaleptikumok szegmensébe tartoznak. A teljes központi idegrendszer piacán (N) belül az antidepresszánsok értékben az antipszichotikumok után a második legnagyobb piac 17 %-os piacrészesedéssel, és 10347 millió Ft-os eladással (IMS 2006a).

11. táblázat

A központi idegrendszerre ható szerek piaca (IMS 2006a)

ATC N	Millió Ft.			Ezer Doboz		
	2005.	2006.	Növ. %	2005.	2006.	Növ. %
Központi idegrendszerre ható szerek (ATC N)	54 153	60 714	12,1%	39 161	39 551	1,0%
N01 érzéstelenítők	2 155	2 265	5,1%	657	673	2,5%
N01A általános érzéstelenítők	1 392	1 454	4,4%	184	191	3,6%
N01B helyi érzéstelenítők	763	812	6,4%	473	483	2,1%
N02 fájdalomcsillapítók	4 573	4 913	7,4%	3 580	3 578	-0,1%
N02A opioidok	3 570	3 895	9,1%	2 176	2 322	6,7%
N02B egyéb fájdalomcsillapítók és lázcsökkentők	580	574	-1,1%	1 034	898	-13,2%
N02C migrén-ellenes szerek	422	445	5,2%	370	358	-3,3%
N03 antiepileptikumok	4 613	5 476	18,7%	3 897	4 134	6,1%
N04 antiparkinson szerek	2 040	2 505	22,8%	876	902	3,0%
N04A antikolinerg anyagok	181	176	-2,4%	218	202	-7,4%
N04B dopaminerg anyagok	1 860	2 328	25,2%	658	700	6,4%
N05 pszicholeptikumok	21 525	25 510	18,5%	18 716	18 611	-0,6%
N05A antipszichotikumok	13 144	16 318	24,1%	2 227	2 267	1,8%
N05B anxiolitikumok	5 303	5 856	10,4%	11 939	11 862	-0,6%
N05C altatók és nyugtatók	3 078	3 335	8,4%	4 549	4 482	-1,5%
N06 pszichoanaleptikumok	16 946	17 451	3,0%	10 134	10 314	1,8%
N06A antidepresszánsok	10 190	10 347	1,5%	3 454	3 663	6,1%
N06B pszichostimulánsok és nootropikumok	6 339	6 572	3,7%	6 652	6 615	-0,5%
N06D anti-dementia szerek	417	533	27,8%	29	35	20,8%
N07 az idegrendszer egyéb gyógyszerei	2 301	2 594	12,7%	1 300	1 340	3,1%
N07A paraszimpathomimetikumok	199	221	10,9%	165	124	-24,7%
N07B dohányzásellenes szerek	117	96	-17,9%	87	71	-18,5%
N07C szédülés elleni készítmények	1 833	2 125	15,9%	1 047	1 144	9,3%
N07X az idegrendszerre ható egyéb gyógyszerek	152	151	-0,1%	2	2	-0,1%

Az antidepresszáns piac (N06) esetében a volumen növekedése magasabb az érték növekedésnél (6,1% vs 1,5%). Az SSRI (34. ábra) az antidepresszáns piac 62%-át tette ki (IMS 2006a).

A verseny nagyon éles a piacon, több mint 50 antidepresszáns márka van törzskönyvezve és szinte mind rendelkezik eladással (13. melléklet). A piaci szereplők piacrészesedései között minimális különbség van. A vizsgált időszakban a Rexetin (Richter), a paroxetin generikum uralja a piacvezető pozíciót 9,8% részesedéssel. A második helyen a Remeron (mirtazapin - Organon) követi 9,2% részesedéssel, 3. helyen az évekig piacvezető Seropram (citalopram - Lundbeck) áll 8,6% részesedéssel. 4. helyen a Paroxat (paroxetin – GlaxoSmithKline), a Seroxat saját generikuma áll megosztva a helyet az Efectin (venlafaxin – Whytt) márkával 7,9 %-os részesedéssel (13. melléklet).

A nagyobb részesedésű hatóanyagokat generikumok támadják. A piacon például a citalopram hatóanyaggal 11 márka, a paroxetinnel 7 márka, a sertralinnal 10 márka versenyez (IMS 2006a, OEP 2007c).

Összefoglalásként kijelenthető, hogy a gyógyszeriparban a DTC kommunikáció eszközén keresztül a betegek hatékony elérése aktuális és sürgető kérdéssé vált. Különösen így van ez a társadalom és a gazdaság számára az egyik legnagyobb terhet jelentő betegséggel, a depresszióval küzdő betegek és környezetük megszólításával kapcsolatosan. Mindazonáltal érdekes megvizsgálni milyen hazánkban a betegek valós információéhsége és a kontrollált egészségügyi információk iránti igénye és a házi orvosok, szakorvosok, depressziós betegek attitűdje a betegségkampányokkal és a depresszió kezelésére szolgáló vényköteles gyógyszerek reklámozásával kapcsolatban.

II. A KUTATÁS EMPÍRIKUS EREDMÉNYEI

1. A KUTATÁS MÓDSZERTANA

1.1. A kutatás célkitűzése

A kutatás célkitűzése felmérni a házi orvosok, a szakorvosok (pszichiáterek, neurológusok) és az enyhe és közepes depresszióban szenvedő betegek DTC kommunikáció iránti attitűdjét, a betegségkampányok és a depresszió kezelésére szolgáló antidepresszáns gyógyszerek reklámozásával kapcsolatban. Ezzel szoros összefüggésben szándékom feltárni azt, hogy milyen információkkal rendelkeznek a betegek magáról a depresszió betegségről, milyen információs igényeik vannak, milyen az orvos-beteg információ csere mélysége és milyen hosszú idő alatt jutnak a páciensek adekvát terápiához.

A betegek körében elégedettségi és igényfelmérő kutatást, az orvosok esetében szakorvosi és házi orvosi attitűdvizsgálatot végeztem.

1.2. A kutatás hipotézisei

A hipotézisek felállításakor alapvetően két forrásból merítettem: egyrészt az elméleti szakirodalom feldolgozásából, másrészt a más országokban elvégzett, hasonló jellegű kutatásokra támaszkodtam.

- H 1. A szakorvosok és a házi orvosok egyaránt érzékelik, hogy a betegek információs igénye növekedett az elmúlt időszakban.**
- H 2. A DTC kommunikáció keretében valamennyi érintett csoport 40%-nál nagyobb arányban támogatja a depresszióval foglalkozó betegségkampányokat.**
- H 3. A depressziós betegek mielőbbi orvoshoz jutását elősegíti, ha rendelkeznek bármely ismerettel a betegségről.**
- H 4. Az orvos-beteg kommunikációt segíti, ha a betegek ismerettel rendelkeznek a depresszió betegségről.**
- H 5. Az orvosok tudatában vannak, hogy elsősorban az elektronikus és a nyomtatott média közvetítésével jutnak ismeretekhez a betegek a depresszióról.**
- H6. A szakorvosok többsége egyetért azzal, hogy a depresszióval kapcsolatos betegségkampányokat elsősorban az Egészségügyi Minisztériumnak kellene finanszíroznia.**

H 7. A betegségkampányok hatását a szakorvosok többsége a növekvő betegszámban látja, mely nehezíti mindennapi munkáját.

H 8. A receptköteles gyógyszermarkák betegeknek szóló reklámját egyelőre az orvosok egy szűk köre kész elfogadni, lényegében egyetértenek a jelenlegi szabályozással.

H 9. A receptköteles gyógyszermarkák betegeknek szóló reklámját a depressziós betegek kisebbik része igényli. Elfogadják a jelenlegi helyzetet, hogy az orvos leginkább egyedül dönt a gyógyszerválasztásról.

1.3. Az adatgyűjtés és a mintavétel módja

1.3.1. A kvalitatív kutatás

A kvalitatív kutatást feltáró jellegű kutatásnak szántam. Azt kívántam megtudni: e speciális közgazdasági és kommunikációs terület mennyire ismert és érthető a betegek és orvosok részére, e kérdések foglalkoztatják-e őket és van-e mélyebb véleményük a témával kapcsolatosan.

A kutatást **mélyinterjú technikával** végeztem. A két feltételezett szélsőséges véleményalkotók, a depressziós betegek és a szakorvosok köréből vettem mintát. A lekérdezés interjúalanyonként kb.1-1.30 órát vett igénybe és összesen 13 személyt kérdeztem le az alábbiak szerint:

a./ 7 fő depressziós beteg.

b./ 6 fő szakorvos: 4 pszichiáter, 2 neurológus, akik 2007. január 16-ig eü. 90% emelt támogatással írtak fel antidepresszánt (OEP 2007a).

A mélyinterjú technika alkalmazását az indokolta, hogy a betegek esetében a betegségüket érintő személyes, bizalmas és kényes téma megosztásáról volt szó. Az orvosok esetében pedig a szakértői interjú során az őszinte válaszokra voltam kíváncsi, nem pedig a szociális normák által elvárt feleletekre.

1.3.2. A kvantitatív kutatás

A kvantitatív kutatás fázisában a kvalitatív kutatásba bevont két csoporton, a szakorvosokon és a depressziós betegeken felül a házi orvosok köréből is mintát vettem, így a **valós mintanagyság** a három célcsoportban az alábbi lett:

-
- a./ 224 fő gyógyszerrel kezelt enyhe és közepesen depressziós beteg. A teljes kezelt depressziós sokaság 1-éves prevalencia adattal számolva (7,1%, Szádóczky 2000) és az európai országok adatát figyelembe véve (a betegek 25% áll kezelés alatt, ESEMeD, Szádóczky 2004) 177 500 fő 10 milliós magyar népesség adatán.
- b./ 61 fő szakorvos, pszichiáter és neurológus, akik 2007. január 16-ig eü90% emelt támogatással írtak fel antidepresszánt (OEP 2007a). A teljes pszichiáter sokaság 680 főt, míg a neurológus sokaság 588 elemet számlált 2004-ben (KSH 2005).
- c./ 100 fő háziorvos. A teljes sokaság 5046 személyt tett ki 2004-ben (KSH 2005).

A **minták tervezett nagysága** a depressziós betegek körében 300 fő, a szakorvosok és háziorvosok köréből egyaránt 100-100 fő volt. A háziorvosok körében a megkérdezés pontosan 100 kérdőívvel zárult. Azonban a minták elemszáma a depressziós betegek és a szakorvosok almintájában némileg elmaradt a tervezettől, így a depressziós betegek mintájában 224 érvényes kérdőív született, míg a szakorvosok körében 61 darab. A depressziós betegek mintájánál a 76 kérdőív egy jelentős része kitöltetlenek maradt, ezért azokat kivettem a teljes mintából. Ennek oka az alábbi lehetett:

- A téma nehézségi foka.
- A kérdőív hossza és komolysága megterhelő volt némely betegnek.
- Ismereteik hiánya a betegségükkel kapcsolatban, járatlanságuk a téma iránt.
- A járóbeteg rendelésen beleeshettek a kérdezésbe olyanok, akik a betegség még azon fázisában voltak, amikor képtelenek érdemben mással foglalkozni.

Az **önkitöltő orvosi kérdőíveket** a szakorvosokkal az éves Tihanyi Neuropszichofarmakológiai Konferencián, a háziorvosi kérdőívet segítséggel sikerült kitöltetnem. A betegek esetében az enyhe és a közepes depresszióban szenvedő járóbetegeket céloztam meg a főváros három nagy forgalmú Pszichiátriai Gondozójában, a Szent Rókus Kórházban, a Szent Imre Kórházban és a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálatnál. Az orvos asszisztensek kérték fel a várakozó **betegeket az önkitöltő kérdőív** kitöltésére a váróban, melyet a betegek a szakorvosuknak a vizitkor adtak le. Az orvosok asszisztensének bevonására azért volt szükség, mert:

- ők rendelkeztek ismerettel a betegekről. A napi 50-70 beteg közül ők tudták kiválasztani, mely betegek felelnek meg a kutatás kritériumának, mint enyhe és közepes depresszióban szenvedők.
- a kérdőív hossza és súlyossági foka miatt, a bizalmi kapcsolatnak köszönhetően tudták kitöltésre ösztönözni a betegeket.

Pszichiáterekkel és pszichológusokkal egyeztetve a szakorvosok által súlyos depressziósnak diagnosztizált betegek bevonását a kutatásba több ok miatt nem tartottuk szerencsésnek:

- A súlyos depressziós beteg állapota miatt nem érdeklődik a külvilág történései iránt olyan mértékben, mint az enyhe vagy a közepes depresszióban szenvedők. Nehéz lett volna értékelhető válaszokra szert tenni e betegkörből.
- A DTC kommunikáció célcsoportját is elsősorban az enyhe és közepes típusú depressziós betegek jelentik.
- A súlyos depressziós betegek leginkább fekvőbeteg ellátásban részesülnek, mely szervezési nehézségeket vetett volna fel a lekérdezés szempontjából.

A felmérés **nem tekinthető reprezentatívnak** a kérdezés helyszínei és a kiválasztás módja miatt.

1.4. A kérdőív felépítése

1.4.1. A kvalitatív kutatás kérdőíve

A mélyinterjú vezérfonalát tudatosan úgy szerkesztettem, hogy a kérdésekre kapott válasz összehasonlítható legyen az orvosokkal és a betegekkel készült interjúkban, néhány kérdés azonban specifikusan az egyes csoportokra vonatkozzon. A mélyinterjú mindkét csoport esetében azonos blokkokat érintett:

- Depresszió betegség ismertsége
- Betegelégedettség, betegigények feltérképezése
- Orvos-beteg kapcsolat
- Gyógyszerválasztás szempontjai
- Attitűdvizsgálat a betegségkampányról és a vényköteles szerek reklámozásáról.

A kérdéseket többségében **nyitott kérdések** formájában tettem fel, miután célom volt feltárni a válaszadók ismereteit, nézeteit, érzéseit, attitűdjét a vizsgált témakörben. Az értékelő skálák közül néhány kérdésnél az **5 fokú Likert-skálát** alkalmaztam.

A kutatás feltáró jelleggel készült, mely a későbbi kérdőíves lekérdezés alapját szolgálta. Ezért a félig strukturált kérdésekre kapott válaszokból messzemenő statisztikai következtetéseket nem vonhatunk le, csak a problémakörök feltérképezésére alkalmasak. Az eredmények ismertetését blokkonként teszem meg a 2. pontban.

1.4.2. A kvantitatív kutatás kérdőíve

A kvantitatív kutatás három kérdőíve – a betegé, szakorvosé és házi orvosé - a 16. mellékletben található. A kérdőívek mindhárom almintán esetén a következő **témaköröket** ölelik fel:

- Demográfiai adatokra vonatkozó kérdések.
- A depressziós betegek útja: a tünetek felismerése a beteg és környezete részéről, a depressziós betegek útja a szakszerű ellátásig a betegek és az orvosok szemszögéből.
- Orvos-beteg kommunikáció: a kezeléssel és a betegséggel kapcsolatos információk megosztása a kezeltek és az orvosok nézőpontjából.
- Depresszió betegségkampányok ismertsége, értékelése, attitűdök, javaslatok.
- Antidepresszánsokkal kapcsolatos attitűdök: a gyógyszerrel szembeni elvárások az orvosok és betegek részéről, a gyógyszerdobozban található tájékoztató értékelése, a beteg-együttműködés mértéke, ösztönzési lehetőségek.
- A vényköteles gyógyszerek reklámozásával kapcsolatos orvosi és beteg attitűdök.

A lekérdezett három csoport számára elkészített kérdőívek - néhány speciális kérdést kivéve - **ugyanazokra a kérdésekre keresték a választ az adott csoport szemszögéből**, így az elemzés során nemcsak az egyes csoportok véleményének megismerésére nyílt lehetőség, hanem az álláspontok összevetésére, a depressziós betegek attitűdjének összehasonlítására azzal, amit a házi orvosok ill. szakorvosok gondolnak.

A kérdéseket többségében **zárt kérdések** formájában tettem fel. A **nyitott kérdés** viszont lehetőséget adott a válaszadóknak, hogy véleményüket szabadon kifejtessék. Az értékelő skálák közül elsősorban az **5 fokú Likert-skálát** alkalmaztam.

1.5. Ellenőrzés, adattisztítás és elemzés

A **kérdőívekhez kódutasítást** készítettem, és a kérdőívek adatait ez alapján rögzítettem. Az adatokat a mindhárom almintát magában foglaló egységes adatbázisba rendeztem. Az egyes interjú alanyoknál előfordult, hogy a kérdőív bizonyos kérdéseire nem adtak választ, nem jelöltek meg egyetlen válaszlehetőséget sem. A hiányzó értékek száma az egyes minták és változók esetén összességében alacsony szinten maradt, ezért az eredményeket nem befolyásolják. A hiányzó értékeket a pár szerinti kizárás módszerével kezeltem, azaz minden számításnál azokat a válaszadókat vettem figyelembe bázisként, akik érvényes választ adtak. Az adatok elemzése az **SPSS 9.0** programcsomaggal készült.

A kutatásban **5%-os (0.05) szignifikancia** szintet választottam az elemzéshez. Először **egy- és kétváltozós elemzést** végeztem, melynek célja a kutatásba bevont változók eloszlásának, szerkezetének feltárása volt, majd a többváltozós elemzések közül

klaszteranalízist végeztem. Mint már korábban is említettem, a választott kutatási design lehetőséget teremtett az adatok elemzése során az egyes csoportok véleményei és attitűdjei közötti különbségek vizsgálatára is. A csoportok (nominális változó) közötti szignifikáns különbségek feltárására az alábbi módszereket alkalmaztam. Azon változók esetén, amelyeknél az elemzésbe bevont változó metrikus volt **varianciaanalízissel (ANOVA)** vizsgáltam, hogy van-e szignifikáns eltérés a csoportok között. Mivel három csoport között vizsgáltam a különbségeket, ezért **post hoc tesztek** elvégzésére is szükség volt, amelynél az egyik legkonzervatívabbnak számító **Scheffé-próbát** választottam, amely F-eloszlást használ. Azokban az esetekben, amikor a vizsgálatba bevont másik változó is nominális volt, **keresztábra elemzést** alkalmaztam, hogy megállapíthassam fennáll-e a két változó között az összefüggés. **Pearson-féle Chi-négyzet próba**, valamint a **standardizált korrigált reziduumok** értékeit vettem figyelembe az eredmények értelmezésekor.

1.6. A minták jellemzői, összetételük

1.6.1. A kvalitatív kutatás mintái

A megkérdezett **7 beteg** életkora 23-55 év között szóródott, az átlagéletkoruk 36 év. A mintában mindössze egy érettségivel rendelkező művész férfi szerepel, a többiek felsőfokú végzettségű nők, akik szellemi munkát végeznek. A gyógyszerterápia hossza 3 hónaptól 8 évig terjed, átlagosan 2 évig tart. A válaszadók egyike sem tagja betegszervezetnek. A megkérdezettek közül négynek már több depressziós periódusa is volt, miközben három most találkozott először a betegséggel (12. táblázat).

12. táblázat

A megkérdezett depressziós betegek főbb ismérvei

életkor	nem	végzettség	terápia hossza	depresszió típusa
55	nő	főiskola	8 év	súlyos
29	nő	egyetem	2 év	szorongásos
38	férfi	érettségi	3 hó	enyhe, pánikbetegség
34	nő	főiskola	1 év	enyhe
36	nő	főiskola	1 év	enyhe
23	nő	egyetem	3 hó	enyhe
40	nő	egyetem	1,5 év	mániás

A megkérdezett **6 szakorvosok** életkora 36-53 év között mozog, életkori átlaga 43 év. A férfiak és nők aránya egyformán oszlik meg a mintában. A válaszadók mindegyike egyetemi

oklevéllel rendelkezik, 4 pszichiáter és 2 neurológus adott választ. Közülük egy személy tudományos fokozattal, PhD-val rendelkezik, 4 fő két szakvizsgával, egy fő 3 szakvizsgával bír. A praxisban eltöltött évek 7-21 év között van, átlaga 15 év. A megkérdezettek felének van nemzetközi tapasztalata. A napi depressziós betegszám 4-35 főig terjed (átlag=15 fő), a legalacsonyabbat a két magánpraxisban, a legmagasabbat a két gondozóban tapasztaltak.

1.6.2. A kvantitatív kutatás betegeinek mintája

A kérdőív demográfiai részében a depressziós betegek esetében nemük, koruk és legmagasabb iskolai végzettségük mellett a betegségekre vonatkozó információra is rákérdeztem.

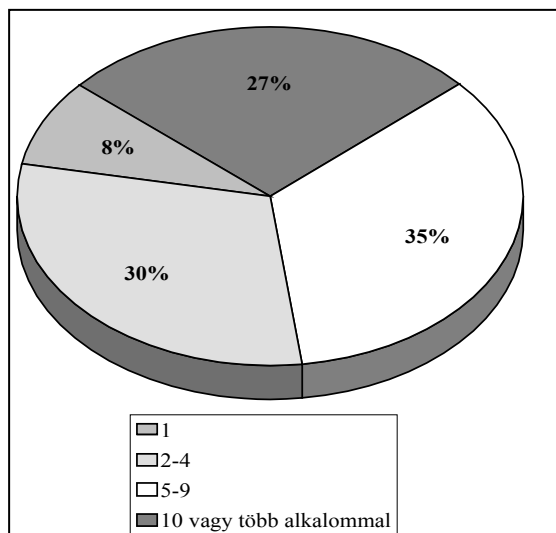
A megkérdezett depressziós betegek életkora 18 és 77 év között mozgott, az **életkori átlaguk 46 év** (szórás=12). A válaszadók **78% nő**, 22%-uk férfi. Ez az arány hozzávetőleg megfelel a depressziós beteg alapsokaság nemi megoszlásának, ugyanis a depresszió a nőkre jellemzőbb megbetegedés. Iskolai végzettség tekintetében 16% 8 általános iskolát vagy kevesebbet végzett, 11% szakmunkásképzővel, **51% érettségivel** rendelkezik, 21% pedig felsőfokú végzettségű. Többségük, **73% aktív**, az inaktívak aránya 21%, közülük 5 % munkanélküli, 1% tanuló. A betegek **90% nem tagja betegszervezetnek**. A 13. táblázat a depressziós betegek almintájának - nem, korcsoport, legmagasabb iskolai végzettség, aktivitás és betegszervezeti tagság szerinti - megoszlását mutatja.

13. táblázat

A depressziós betegek almintá megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás
Nem	n	%
Férfi	50	22
Nő	174	78
Életkori csoportok	n	%
40 év alatti	74	33
41-60 éves	124	56
61 év feletti	24	11
Legmagasabb iskolai végzettség	n	%
8 általános vagy kevesebb	36	16
Szakmunkásképző	25	11
Érettségi	112	51
Diploma	46	21
Foglalkoztatottsági besorolás	n	%
Aktív	152	73
Inaktív	44	21
Munkanélküli	10	5
Tanuló	2	1
Betegszervezeti tagság	n	%
Igen	22	10
N	202	90

A betegek többsége saját percepciója szerint, mind az első alkalommal (**56%**), mind a későbbiekben (**60%**) **közepes típusú depresszióban** szenvedett. Súlyos depresszióról 16-14% százalék, enyhe típusról 28-25% számolt be. Ez az eredmény nem feltétlenül azonos az orvosai által diagnosztizált betegség fokával. Mindössze a betegek saját percepciójukról ad képet, arról, hogy a betegek hogyan élik meg állapotukat. A megkérdezett depressziós betegek túlnyomó többsége (**91,6%**) már **több alkalommal átesett depressziós perióduson**, 29,9%-a 2-4, 34,6%-a 5-9 alkalommal, 27,1%-a pedig már 10 vagy több alkalommal. A mintában 8,4% azok aránya, akik eddig csak egy alkalommal éltek át ilyen fázist. Így következtethetünk arra, hogy **a betegek nagy része időről-időre visszaesik.**



40. ábra

A depressziós betegek megoszlása (%) a depressziós periódusok száma alapján

A betegek jelentős része (90 fő) sajnos nem adott választ arra a kérdésre, hogy mióta szed gyógyszert depressziójára. Feltételezésem szerint:

- a megkérdezettek nem tudták a választ.
- nem akartak válaszolni.
- jelenleg nem állnak gyógyszeres kezelés alatt.

A 124 embertől kapott érvényes válaszok azt mutatták, hogy a **gyógyszeres terápia átlagos hossza 5 év** a körükben. A legrövidebb idő 1 hónap, a leghosszabb ideje szedő válaszadó saját bevallása szerint közel 20 éve szed gyógyszert.

1.6.3. A kvantitatív kutatás szakorvosi mintája

A szakorvosok mintájában a nők és férfiak aránya 56-44%. **Átlagéletkoruk 46,5 év**, közülük a legfiatalabb 29 éves, a legidősebb 69 éves (szórás=8,53). Tudományos fokozata a többségüknek (93%) nincs (14. táblázat). A szakorvosok **91%-a** rendelkezik **pszichiátriai szakvizsgával**, 25%-uk klinikai szakpszichológusi vizsgával. 23%-nak van neurológiai szakvizsgája, és 12%-nak addiktológia szakvizsgája (15. táblázat). A megkérdezett orvosok átlagban **19,7 évet** töltöttek el eddig **praxisban**, a legkevesebb praxisban eltöltött idő 3 év, míg a leghosszabb 44 év (szórás=9,15). A kutatásba bevont szakorvosok saját elmondásuk szerint átlagban **napi 16 depressziós beteggel** találkoznak, a legkevesebb napi depressziós betegszám 3, míg a legnagyobb betegszámú orvos naponta 40 beteget lát el (szórás=9,07).

14. táblázat

Szakorvosok mintájának megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás
Nem	n	%
férfi	27	44
nő	34	56
Életkori csoportok	n	%
40 év alatti	18	30
41-60 éves	40	67
61 év feletti	2	3
Tudományos fokozat	n	%
van	4	7
nincs	57	93

15. táblázat

Szakorvosok mintájának szakvizsga szerinti megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás
Szakvizsga (több is lehetséges)	n	%
Pszichiátria	52	91
Klinikai szakpszichológia	14	25
Neurológia	13	23
Addiktológia	7	12
Belgyógyászat	2	4
Fül-orr-gégészet	1	2
Családorvostan/családterápia	1	2

1.6.4. A kvantitatív kutatás háziiorvosi mintája

A háziiorvosok mintájában - a szakorvosokhoz hasonlóan - **56% a nők** és 44% a férfiak aránya. **Átlagéletkoruk 51 év**, a legfiatalabb mintában szereplő háziiorvos 32 éves, a legidősebb pedig 69 éves (szórás=9,55) (16. táblázat). A háziiorvosok **81%-a rendelkezik háziiorvosi szakvizsgával**, emellett a belgyógyász szakvizsga mondható jellemzőnek (48%) (17. táblázat). A **praxisban** átlagosan eltöltött évek száma körükben **20,8 év** (szórás=10,54). A háziiorvosok **körzete átlagosan 1802 páciensből** áll, a legkevesebb beteget ellátó háziiorvosnál 600 kártya van, míg a legnagyobb kártyaszámú praxis 3500 főt számlál. A demográfiai adatok között arra is választ kerestünk, hogy mekkora arányt képviselnek a depressziós betegek a háziiorvosi praxisokban. Saját becslésük alapján átlagosan **127 depressziós betegük van**,

legkevesebb beteget „bevalló” orvos 3 főt adott meg, míg a legnagyobbat az adta meg, aki 526 főt jelölt meg praxisában. Átlagosan az egyes praxisokban a betegek **7%-a depressziós**, mely megegyezik a hazai 1-éves epidemiológiai adattal (Szádóczy 2000). A maximális depressziós arány 30% (szórás=7). Az egyes házi orvosok erősen eltérő gyakorlatot folytatnak abban a tekintetben, hogy depressziós betegek hány százalékának írják fel maguk antidepresszánt (minimum=1%, maximum=100%, átlag=59,3%, módusz=50). Meg kell jegyezni, hogy az eltérő betegarányok hátterében az is állhat, hogy a beteg közvetlenül a pszichiátriai gondozóval tart kapcsolatot, és erről nem, vagy csak korlátozottan tájékoztatja a házi orvost, aki így becsléskor ezeket a betegeket nem veszi számításba. Akik nem írják fel maguk depresszió elleni szert, valószínűleg szakorvoshoz küldik betegeiket.

16. táblázat

Házi orvosok mintájának nem és életkori csoport szerinti megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás
Nem	n	%
férfi	44	44
nő	56	56
Életkori csoportok	n	%
40 év alatti	18	18
41-60 éves	67	67
61 év feletti	15	15

17. táblázat

Házi orvosok mintája szakvizsgák szerint lebontva

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás
Szakvizsga (több is lehetséges)	n	%
Házi orvostan	81	81
Belgyógyászat	48	48
Üzemorvostan	12	12
Általános orvostan	11	11
Sebészet	6	6
Pulmonológia	2	2
Pszichiátria	2	2
Klinikai szakpszichológia	2	2
Családorvostan/családterápia	2	2
Reumatológia	2	2
Fül-orr-gégészeti	1	1
Szemorvostan	1	1
Aneszteziológia	1	1
Kórbonctan	1	1
Sportorvostan	1	1
Immunológia és allergológia	1	1
Kardiológia	1	1
Neurológia	1	1
Urológia	1	1
Gyermekgyógyászat	1	1
Mentőorvos	1	1
Szülészet-nőgyógyászat	1	1

2. A KUTATÁS EREDMÉNYEI

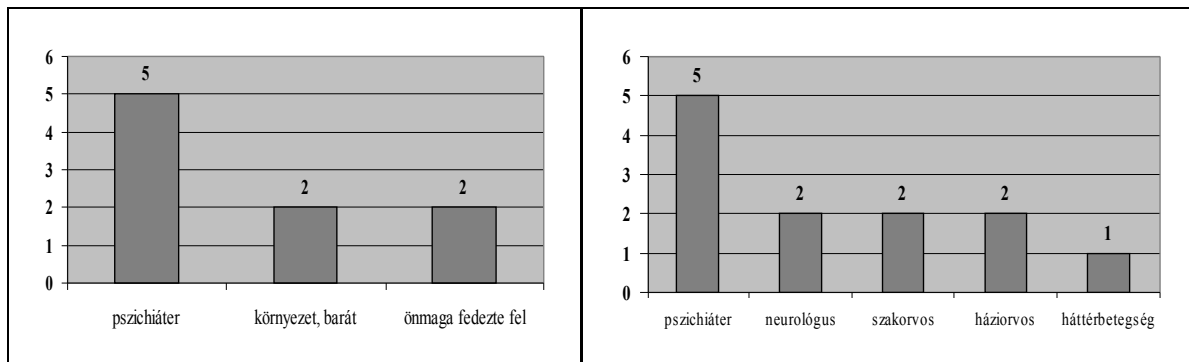
2.1. A kvalitatív kutatás eredményei

A vizsgálat feltáró jelleggel készült és a későbbi kérdőíves lekérdezés alapját adta. Ezért a félig strukturált kérdésekre kapott válaszokból messzemenő statisztikai következtetéseket nem vonhatunk le, azonban a problémaköröket feltérképezhetjük. Szerző az eredmények ismertetését blokkonként teszi meg összevetve az orvosok és betegek meglátásait.

2.1.1. A depresszió betegség ismertsége

Elsőként azt vizsgálta, hogy a depresszió mit jelent az orvosok és a betegek számára, mennyi információval rendelkeznek a páciensek a betegségről, és milyen okokra vezethető vissza, hogy a tünetek jelentkezését követően jóval később kerülnek diagnosztizálásra.

A **diagnózis felállítása** minden esetben **az orvos feladata**. 6 orvosból 5 említette, hogy elsőként a pszichiáter ismeri fel a betegséget. A beteg környezete a depressziós tüneteket csak hónapokkal később észleli, mint ahogy a betegség kialakul, mely leginkább a beteg viselkedésének megváltozásából látszik. A **betegek** a pszichiáter szerepét emelték ki. Néhányuknak a környezete hívta fel figyelmét a tünetekre, két fő önmaga azonosította a betegségét (41. ábra)

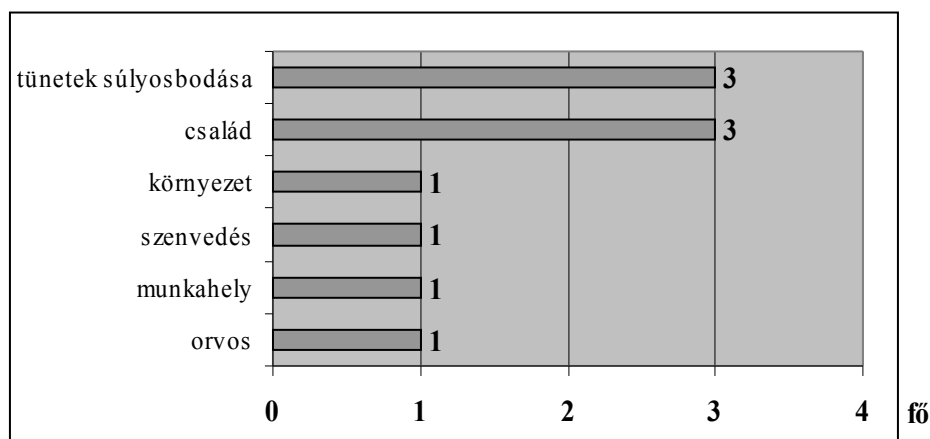


41. ábra

Ki állítja fel a diagnózist?
(betegek vs. szakorvosok véleménye)

A betegek és az orvosok véleménye megegyezett abban, hogy a betegséget csak **hónapokkal később észleli a környezet**. Az orvosok szerint átlagosan 4 hónap telik el aközött, hogy a beteg felismeri betegségét, és felkeresi a szakorvost. Ezt az időszakot a betegek átlagosan mindegy két hónappal hosszabbra (6 hó) becsülik, mint az orvosok.

Arra a kérdésre, hogy **mi az oka** annak, hogy **a tünetek jelentkezését követően hónapoknak kell eltelnie** az orvoshoz fordulásig, az **orvosok** úgy vélték: a beteg szégyelli, átmeneti állapotnak tekinti a betegséget, nem meri felvállalni azt, várja idővel magától elmúlik. Az orvoshoz fordulás leggyakoribb oka a tünetek súlyosbodása, és a család nyomása (42. ábra). A fő motiváció a szakorvos felkeresésére elsősorban az, hogy romlik a beteg életminősége, és korábbi feladatait kevésbé tudja ellátni. A páciensek különféle tünetekkel jelennek meg a szakrendelésen, mint alvászavarok (4 fő említése), kedvtelenség (3 fő), rossz közérzet (2 fő), testi tünetek, testsúlyváltozás, motivációhiány, szorongás, és fejfájás.



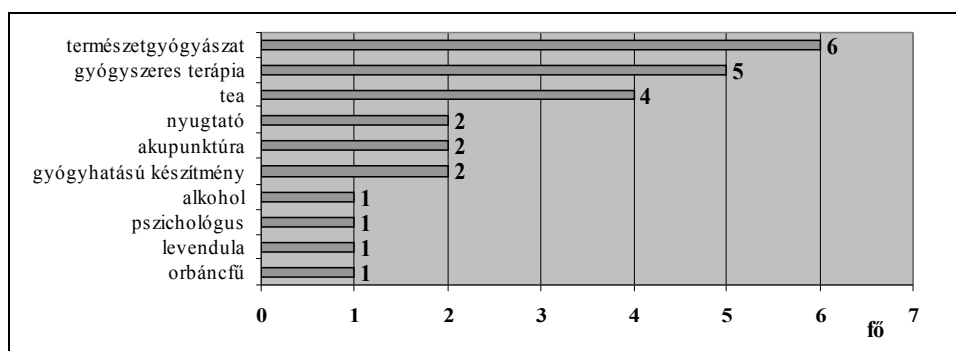
42. ábra

Az orvoshoz fordulás fő okai
(szakorvosok válaszai)

Ugyanerre a kérdésre a **betegektől** kevésbé kapunk árnyalt képet. Az okok többsége visszavezethető arra, hogy a betegek féltek bevallani másoknak, és sokszor önmaguknak a problémát. A tájékozatlanságra utal hogy, volt aki nem tudta kihez forduljon panaszával. 7 betegből 5 említette, hogy a panaszok súlyosbodása miatt kereste fel orvosát, 2 fő maga ment el a rendelésre, 1 fő belátta segítségére volt szüksége. A probléma felismerése és az orvoshoz fordulás között a betegek többségének romlott az állapota, de ezt próbálta leplezni családjá valamint munkatársai előtt. Amikor az orvos felállította a depresszió diagnózisát, 7 személyből 6 főt negatív érzések fogták el, mint hasztalanság, félelem. Helyzetüket úgy értékelték, hogy „rémesen nagy baj” van velük. Mindössze 1 fő érzett megkönnyebbülést, amikor kiderült a baja. Ezt az 1 főt leszámítva mindenki szégyellte állapotát. Érdekes, hogy mindazon 6 egyén, aki negatívan ítélte meg állapotát, már hallott korábban a depresszióról, a megkönnyebbült beteg azonban nem hallott a betegségről azelőtt.

Az orvosok szerint, **a diagnózis felállítása előtt** közel 60% próbált már valamilyen

egyéb gyógymódot. Az **orvosok** meglátása, hogy sokan nyúlnak alternatív gyógymódokhoz, próbálnak ki gyógyhatású készítményeket, teát és fordulnak természetgyógyászhoz. 2 orvos szerint a betegek különféle nyugtatókat használnak rossz kedvük, nyugtalanságuk csillapítására. A 6 orvos közül 5 említette, hogy paciensei különféle patikai készítményekkel próbálkoztak, mielőtt szakszerű ellátást kaptak (43. ábra). A **betegek** egyszerre több terápiát is igénybe vettek gyógyulásuk érdekében, a gyógyszeres kezelésen túl legtöbbször pszichológust.

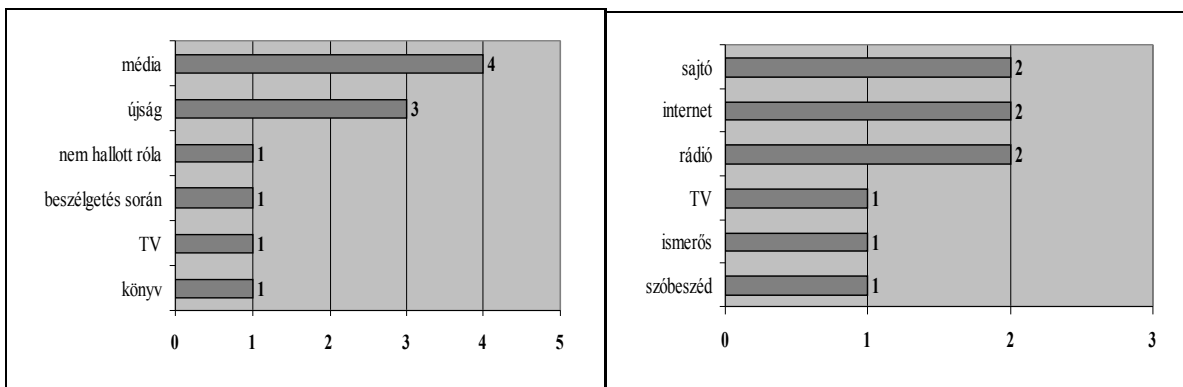


43. ábra

A szakorvoshoz fordulás előtt a betegek mely terápiát próbálták? (szakorvosok válaszai)

Az **orvosok** szerint a betegeknek mindegy **75%-a hallott korábban a depresszióról**, ami magas aránynak mondható. Mégis a **betegek információi a betegségről nagyon szegényesek**, sokan még a főbb tüneteket sem ismerik. 6 orvostól 1 állította, hogy betegei alig rendelkeznek információval a betegségről, miközben egy orvos véleménye szerint semmit nem tudnak róla a diagnózis felállításának időpontjában. Szerző a **betegeket** megkérte fogalmazzák meg mit jelent számukra a depresszió. Különböző definíciókat kapott, melyek összefoglalása az alábbi: A depresszió olyan idegrendszeri testi-lelki betegség, mely szélsőségeket mutat és kilátástalan helyzetbe sodorja az embert. “Minden kiúttalan”, “üresen lebeg a lelked test nélkül”, “burokban érzed magad” fogalmakkal illették. Ilyen állapotban nehéz tevékenységet végezni, olyan érzés, mintha állandóan figyelnék a beteget.

Arra a kérdésre, hogy a betegek **honnán hallottak a depresszióról**, az orvosok véleménye szerint a média szerepe a legmeghatározóbb (44. ábra).



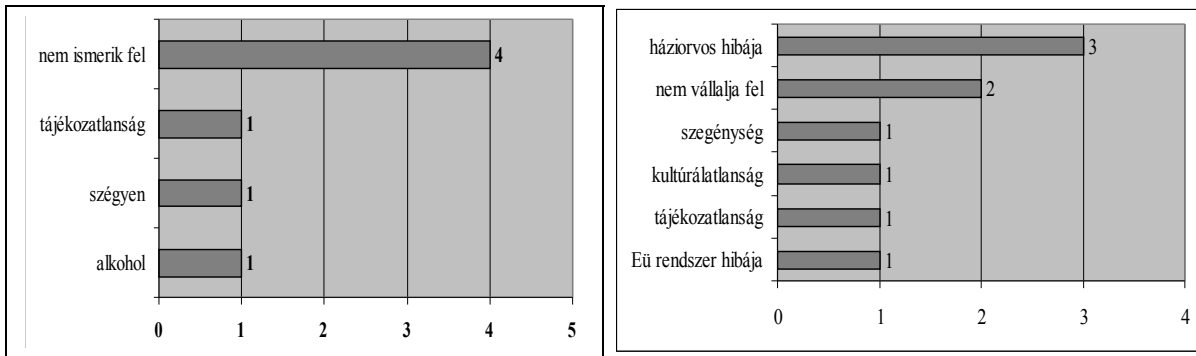
44. ábra

Honnan hallottak a betegek a depresszióról?
(betegek vs. szakorvosok válaszai)

Az **orvosok** elmondása szerint a betegek többnyire nagyon negatívan állnak a betegséghez. „Megbélyegzettnek, hisztisnek” tartják a depressziósokat, másrészt egyfajta gyengeségnek, „nyűgnek”, a társadalom számára tehernek értékelik. Van, aki sorsszerűnek tartja, van aki szerint vele nem fordulhat elő, külső tényezőket okol. 2 fő kivételével a **betegek** állapotuk előtt mind negatívan ítélték meg a depressziósokat, egy fő a többi betegséghez hasonlóknak tartotta. A negatív jelzők összhangban álltak az orvosok által említett jelzőkkel.

Az **orvosok** egyet értettek abban, hogy a betegek stigmatizált betegségnek tartják a depressziót, és szégyellik azt. 6 orvosból 5 a stigma csökkentésének lehetőségét az ismeretek bővítésében látja. 1 orvos véleménye szerint a fő feladat az elfogadtatás kivívása, ami önsegítő csoportok révén valósítható meg. A mintában minden orvos egyetért azzal, hogy segíti a depresszió destigmatizálását, ha hírességek felvállalják betegségüket. A válaszadó **betegek** szerint Magyarországon szégyen a depresszió, ami elsősorban a társadalom értékrendszere miatt alakult ki.

Az **orvosok** véleménye szerint a depressziósok közel 50%-a kezeletlen. A kezeletlenség okaira kapott válaszoknál az orvosokkal összhangban magas azok aránya, akik szerint betegségüket nem ismeri fel a háziorvos, vagy a környezet, de a felvállalás hiánya és a tájékozatlanság is felmerült (45. ábra).



45. ábra

A depressziósok nagy része miért kezeletlen?
(betegek vs. szakorvosok válaszai)

A morális változást javaslatuk alapján több eszközzel lehetne segíteni:

- Tudatosítani kell a társadalomban, hogy mindenkit utolérhet a betegség.
- Ismert személyek vállalják fel, hogy ők is küzdenek, küzdöttek a betegséggel.
- Házi orvosokat kellene bővebb információkkal ellátni a betegséget illetően.
- El kell érni, hogy többet beszéljenek a betegségről.

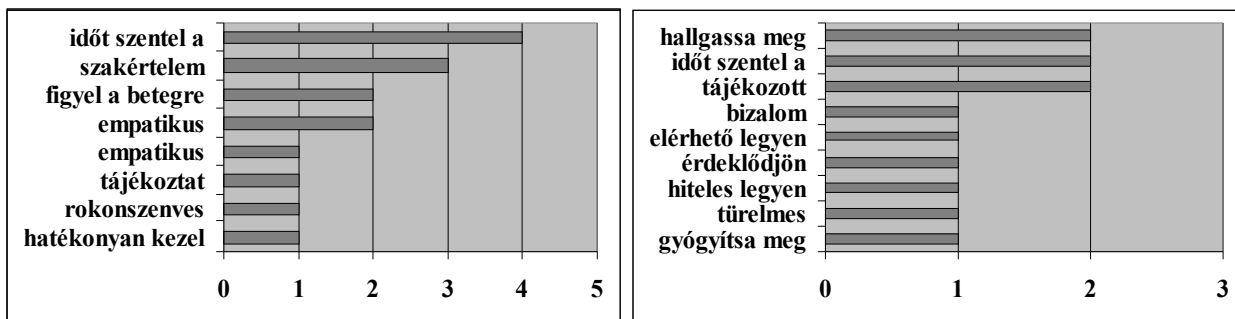
A válaszadók szerint nagyon fontos lenne, ha a hírességek felvállalnák a betegséget, biztosítandó ezzel a többi beteget arról, hogy nincsenek egyedül.

2.1.2. Betegelégedettség

Ebben a blokkban a kutatás arra kereste a választ, hogy mi alapján választ a beteg orvost, és milyen a betegek és orvosok elképzeléseiben élő „ideális orvoskép”, és az „ideális terápia”.

Az **orvosok** szerint a betegek többsége ajánlás útján választja ki kezelőorvosát, avagy a hagyományos szolgálati utat követi. A **betegek** közül 5 ajánlás alapján, kettő beutalás útján jutott el a kezelőorvoshoz.

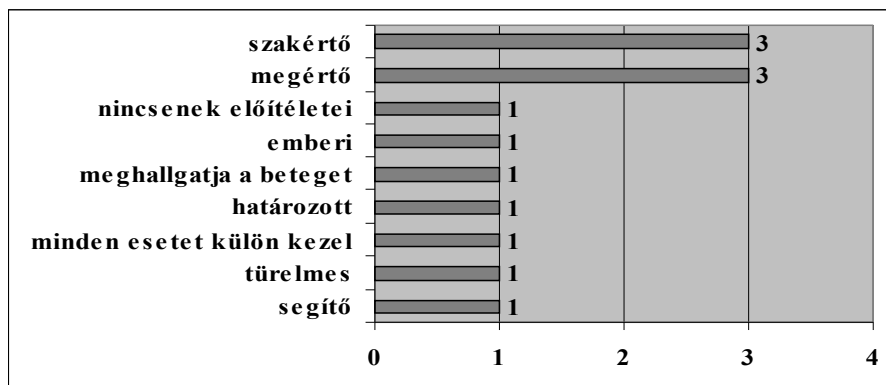
Érdeemes összevetni mi egy **jó kezelőorvos ismérve**, mik a betegek igényei, elvárásai az orvos és a beteg szerint. A **szakorvosok** a jó kezelőorvos legfontosabb ismérvét abban látják, hogy elég időt tud szentelni a betegekre és megfelelő szakértelemmel rendelkezik, emellett empátikus és figyel rá. Szerintük a betegek legfontosabb igénye, hogy meghallgassák őket, elegendő időt szenteljenek rájuk és az orvos szakmailag tájékozott legyen (46. ábra).



46. ábra

A jó kezelőorvos ismérve vs. a betegek igényei?
(szakorvosok válaszai)

A **beteg** elsődleges **igénye** a szakorvossal szemben, hogy segítse a gyógyulásban, legyen empatikus, megértő és magas szakértelemmel bírjon. A megkérdezett betegek közül 5 elégedett volt a kezelőorvossal, 2 viszont nem. Utóbbiak az elégedetlenségük okának elsősorban a gyógyulás hiányát említették (47. ábra).



47. ábra

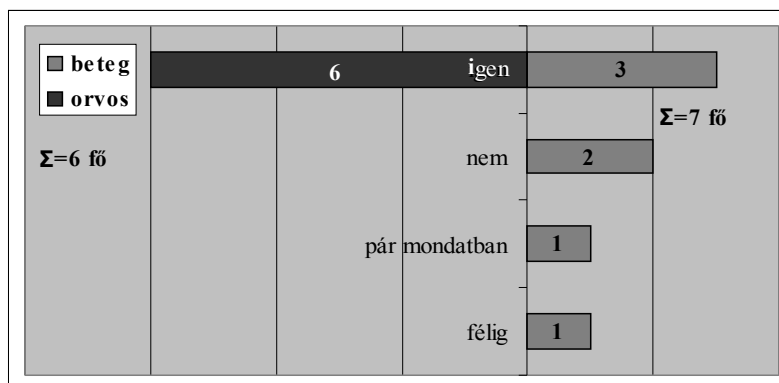
Mitől jó egy kezelőorvos? (betegek válaszai)

A beteggel való első találkozás alkalmával 6 **orvosból** mindössze 3 **adott tájékoztatást a depresszióról** és a kezelésről. Ennek elsődleges oka az időhiányban keresendő, az orvosok egyetértettek abban, hogy nincs elég idejük a paciens teljes körű tájékoztatására. A vizitkor két orvos ismertette a kórképet, kettő beszélt az antidepresszánsról, viszont csak egy fő ismertette a mellékhatásokat. Mindössze egy orvos vázolt fel a betegnek egy komplett kezelési stratégiát. Az orvosok elmondása szerint a szükséges információk kb. 25%-át tudják ismertetni időhiány miatt. Az ideális kezelési idő átlagosan másfél óra lenne az orvosok elmondása szerint. Azonban mindössze 20 percet tudnak a beteg tájékoztatására fordítani. **A betegek** az első vizitkor többnyire kielégítő információt kaptak a kezelőorvostól. 2

beteg említette, hogy az orvos beszélt a mellékhatásokról. 1 fő úgy emlékszik, hogy részletesen felvilágosították a betegségről. 2 fő tájékoztató anyagot kapott. Mindössze 1 válaszadó említette, hogy semmit nem tudott meg a betegségről az első vizit alkalmával, ő egyedül olvasott utána a témának. A megkérdezettek közül négyen úgy érezték, hogy kielégítő mennyiségű információhoz jutottak. A betegek bár kaptak információt a betegségről, ők maguk is tovább tájékozódtak, ketten a betegségről az interneten olvastak.

2.1.3. Az orvos-beteg kapcsolat

Az **orvosok** úgy tapasztalták, hogy az utóbbi időben nőtt a betegek **információigénye**. A betegek a más forrásból szerzett információt egyeztetik az orvos álláspontjával. Az orvosok ezt pozitívnak értékelték, mert javul a beteg-együtműködés, és ez segíti a betegség könnyebb elfogadását. Elismerték, hogy a betegek tájékoztatására fordítandó idő az információigény növekedésével párhuzamosan nő. Az orvosok elmondásuk szerint mind elmagyarázzák a betegséget a pácienseknek. Azonban fele annyi idejük van a tájékoztatásra, mint az ideális lenne. Érdekes összehasonlítani a betegek és orvosok almintáját a **tájékoztatás fokát** illetően. Az orvosok úgy érzik, hogy tájékoztatják a betegeket, miközben a **betegek** közül 3 érzi úgy, hogy megfelelő szintű, 2 páciens pedig némi tájékoztatást kapott a betegségről (48. ábra).



48. ábra

Az orvos tájékoztatása a betegségről
(szakorvosok vs. betegek válaszai)

A betegek szerint az orvos a kezelés 30%-át fordította a tájékoztatásra. A páciensek szerint az ideális kezelés személyesen folyik, melyet egy válaszadó kiegészítene telefonos kapcsolattartással is.

Az **orvosok** szerint az **ideális orvos-beteg kapcsolatban** a heti, havi találkozás az

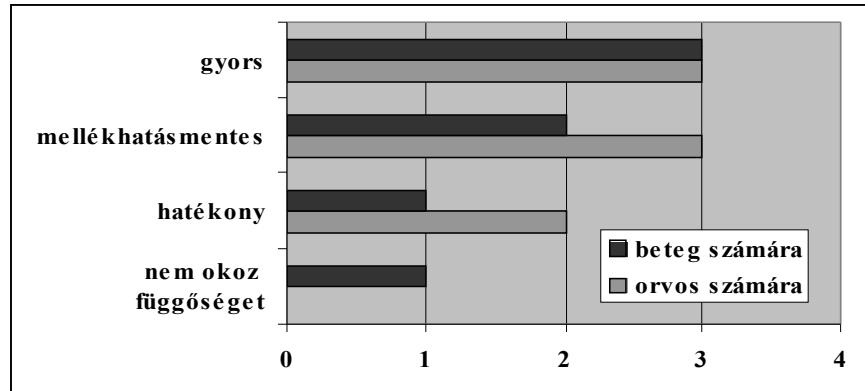
optimális. A személyes kontaktust néha telefonos kapcsolattartással kell kiegészíteni. 2 orvos azonban a túl szoros kapcsolat kialakulását elkerülné.

Betegek nagy részben betartják a gyógyszerhasználatra vonatkozó orvosi utasítást. Arra a kérdésre, hogy szerintük a patikus felülírja-e az orvos gyógyszerválasztását, négyen nemmel feleltek, ketten igennel a generikusokra célozva. Az orvosok szerint átlagosan a betegek több mint 85%-a kiváltja az általa felírt gyógyszert. Aki nem váltja ki, később teszi meg tünetei rosszabbodásakor. Az orvosok mindegyike állítja, betegek nagy részben követik az orvosi utasításokat. A **betegek** közül 2 érzi úgy, hogy teljes mértékben betartja az előírtakat, 4 nagy részben, 1 pedig részben követi azokat. A leggyengébb beteg-együttműködéssel bíró beteg 3 hónap után felhagyott a gyógyszerrel, mert helyzete nem javult. 2 beteg kapcsolatát átlagosnak ítélte a kezelőorvossal, 3 semmilyennek minősítette, inkább "futószalagszerű" kezelésnek érezték. A betegek tapasztalata szerint a patikusok nem bírálják felül az orvos által felírt gyógyszereket, bár csak 4 fő tudott erre a kérdésre érdemben válaszolni. Az interjúk eredményei szerint minden megkérdezett beteg kiváltotta a gyógyszert.

2.1.4. A gyógyszerválasztás szempontjai

Ebben a blokkban a kutatás arra kereste a választ, hogy mi befolyásolja a gyógyszerválasztást, valamint, hogy a betegek mennyire fogadják el az orvos által választott gyógyszert, olvassák-e, és értik-e a gyógyszerdobozban található tájékoztatót.

Az orvosok szerint a **gyógyszerekkel szembeni legfontosabb követelmény** a gyorsaság, és a mellékhatásmentesség. Véleményük szerint a betegek hasonló elvárásokat támasztanak a gyógyszerek irányába. A betegek valóban a gyors hatást helyezték az első helyre, majd a mellékhatásmentességet és a hatékonyságot (49. ábra). Illetve 1 fő igénye, hogy a szer ne okozzon függőséget.



49. ábra

A gyógyszerrel szembeni igények
(szakorvosok vs. betegek válaszai)

A **gyógyszerek közötti választást az orvosok** közül ketten felajánlják, ketten nem, 1 fő pedig a betegtől függően ritkán ajánlja fel. Az az orvos, aki lehetőséget biztosít a gyógyszerek közötti választásra, elsősorban a készítmény ára miatt ajánlja fel a választás lehetőségét (originális vs. generikus készítmény). Akik nem biztosítanak lehetőséget a betegnek a választásra, azért teszik, hogy ne bizonytalanítsák el őt. 6 orvusból 5 szerint a páciensek nem igénylik a választás lehetőségét. 6 orvusból 5 fő el szokta magyarázni a betegnek, hogy miért döntött egy adott gyógyszer mellett. 1 orvos viszont úgy vélekedik, hogy a pácienst nem elég tájékozott ahhoz, hogy a gyógyszerválasztást meg kelljen indokolni. A betegek általában elfogadják az orvos által felírt gyógyszert, azonban mindegyik orvos említette, előfordul, hogy a pácienst olcsóbb szer iránt érdeklődnek. A **betegek** közül mindenki részesült már korábban gyógyszeres terápiában, és többségük a megkérdezés időpontjában is kezelés alatt állt. Az antidepresszánsok spontán ismertsége relatív alacsony volt a betegek körében. 7 beteg 9 féle antidepresszánst tudott megnevezni a kb. 50 gyógyszer közül, és közülük hatot a megkérdezettek használtak. Az orvos 5 betegnek nem ajánlotta fel a gyógyszerek közötti választást. A gyógyszer kiválasztását követően az orvos döntését 3 esetben indokolta meg, 3 esetben nem. Ez azért érdekes eredmény, mert az orvosi almintában mindössze egy ember említette, hogy nem szokta tájékoztatni a beteget a választásról.

A 18. táblázatban az orvosok és a betegek 5 fokozatú Likert-skálán értékelték a **gyógyszerválasztás szempontjainak fontosságát**. Bár a minta mérete és a kutatás jellege miatt a részlatlakokra vonatkozólag általános megállapításokat nem vonhatunk le, néhány szembevetendő tanulság mégis elmondható. Megállapítható, hogy mindkét csoportnál a

legfontosabb szempont a hatékonyság, majd a biztonságosság, minél több információ a szerről és kevés mellékhatás. Legkevésbé fontos szempont számukra a gyártó ismerete.

18. táblázat

Mennyire fontosak az alábbi szempontok a gyógyszerválasztásban?
5 fokozatú Likert-skála (1: egyáltalán nem, 5: teljes mértékben)
(szakorvosok és betegek körében vett minta részátlagai)

	Orvosok	Betegek
Hatékonyság	5,0	5,0
Biztonságosság	4,8	4,7
Minél több információ a szerről	4,8	4,7
Kevés mellékhatás	4,5	4,7
Kényelmes használat	3,6	3,2
Ár	3,6	3,0
Előnyös kisserelés	3,4	2,7
Gyártó ismerete	2,8	2,2

Egy beteg kivételével minden beteg feltétel nélkül elfogadja az orvos által kiválasztott gyógyszert. Elmondásuk szerint nem szoktak olcsóbb szer felől érdeklődni ellentétben az orvosok által állítottal. A betegek közül mindössze hárman igényelnék, ha az orvos feljárná a több szer közötti választást. Akik nem szeretnék ez ügyben dönteni, azok általában azért válaszoltak így, mert nem merik a döntés felelősségét felvállalni. A 19. táblázat mutatja, hogy a **betegek mennyiben szeretnék részt venni a kezelésben** az orvosok és a betegek véleménye alapján. A feltáró kutatás eredményei azt mutatják, hogy az orvosok szerint a betegek kevésbé szeretnék részesei lenni a döntési folyamatoknak, mint ahogy azt a betegek valójában érzik.

19. táblázat

Milyen szintig szeretne részt venni a kezelésben való döntésben?

5 fokozatú Likert-skála (1: legkevésbé, 5: leginkább)

(orvosi és betegek körében vett minta részátlagai)

	Orvosok	Betegek
Az orvos részletesen elmagyarázza a depresszió jelentését	4,2	5
Az orvos a betegségről ismertetőt ad át	3,5	4,5
Az orvos részletesen bevonja a gyógyszerválasztásba	2,3	3,5
Én kérem egy adott szer felírását a kezelőorvostól	2,0	2,5

A **betegtájékoztatóra** irányuló kérdéseimre kapott válaszokból kitűnik, hogy a betegek mindegyike elolvasta az ismertetőt. 4 beteg szerint a tájékoztató elég információt tartalmazott, 1 válaszadó szerint túl sok volt a leírt ismeret. Emellett 2 beteg említette, hogy a tájékoztató túl sok szakmai vonatkozást tartalmaz, ami nehezíti a megértést.

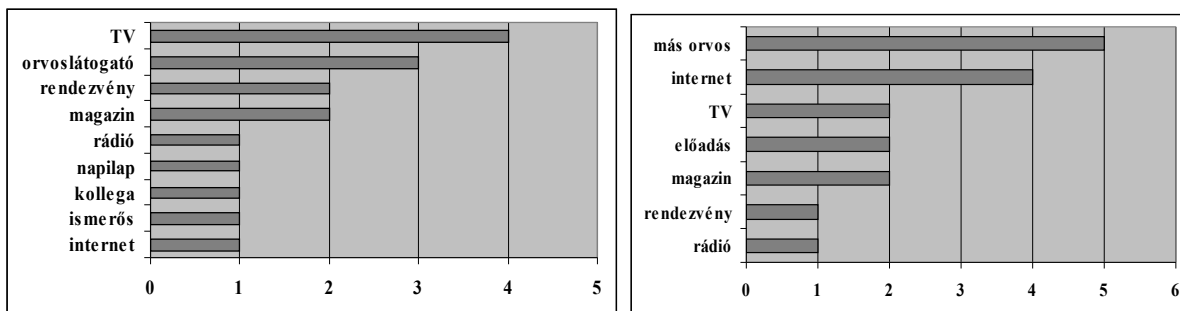
2.1.5. Attitűdvizsgálat a depresszió betegségkampányról

A kvalitatív kutatás korábbi fejezeteiből is kitűnik, hogy a tájékoztatás segíti a depressziós pácienseket a betegségük felvállalásában. Arra is fény derült, hogyan valósítanának meg a betegek és az orvosok egy betegségkampányt, és hogyan viszonyulnak a betegségkampányokhoz és a vényköteles szerek reklámozásához.

Az **orvosok** szerint úgy lehetne **javítani a betegek orvoshoz jutását**, ha megvalósulna az eredményes információáramlás. Mindenképpen fontosnak tartják, hogy megváltozzon a társadalom hozzáállása a betegséghez, és megszűnjön a stigmatizált jellege. Az orvoshoz jutás felgyorsításában nagy szerepet szánnak a médiának. A **betegek** is a tömegmédiá közbemjárásában látják a megoldást (3 fő), emellett kiemelt szerepet tulajdonítanak a környezetnek is (2 fő).

A megkérdezett **orvosok** közül 3 találkozott már konkrét betegségkampánnyal, mindössze egy fő mondta, hogy még nem hallott depresszió ellenes kampányról. Az orvosok a médiából és a kampányt finanszírozó gyógyszer cég orvoslátogatójától értesültek a kampányról. A **betegek** közül 3 fő találkozott korábban depresszió elleni kampánnyal, 3 fő még nem, 1 bizonytalan volt. Azok, akik korábban nem találkoztak még kampánnyal

jellemzően azon páciensek, akik nem régóta szenvednek a betegségben. A válaszadók elsősorban orvosoktól értesültek a kampányról, de az internetet és más médiumot is említették (50. ábra).



50. ábra

Honnan hallott korábban a depresszió betegségkampányról?
(szakorvosok vs. betegek válaszai)

Az **orvosok** szerint a kampány **elsődleges célja** a figyelemfelkeltés volt, annak tudatosítása, hogy „a depresszió nem kedv kérdése”, és a tünetek felmerülését követően orvoshoz kell fordulni. A **betegek** úgy vélik a kampány fő üzenete abban állt, hogy orvoshoz javasolt fordulni, és nem kell szégyellni az állapotot (2 fő). A kampány ismertette a betegség tüneteit, és felhívta a figyelmet arra, hogy a „depresszió korunk népbetegsége és sokan szenvednek benne”. A betegek többsége (5 fő) örült a hirdetést látva, érezte nincs egyedül a problémával. Egy hatékony kampány arra ösztönzi őket, hogy minél több információt gyűjtsenek, elgondolkodjanak saját helyzetükön. A jó kampány egyik legfontosabb ismérve, hogy tettekre készíti a beteget annak érdekében, hogy javítson helyzetén.

Az **orvosok** többsége támogató a betegségkampányok iránt. 4 orvos hitelesnek tartotta az elhangzó információkat. A **hitelesség ismérve** szerintük a korrekt tartalom, a pártatlanság, a túlzások kerülése és a betegek megfelelő megszólítása. A **betegek** közül öten általában hitelesnek tartják a depresszióról a médiában elhangzott információkat. 1 válaszadó azt sérelmezte, hogy azért nem volt számára az, mert nem szerepelt beteg a hirdetésben. A páciensek számára a kampányt az teszi hitelessé, ha a tájékoztatás pontos, szakszerű, és nem mellékes számukra, mely csatornán találkoznak vele.

Az **anyagi segítséget** elsősorban az Egészségügyi Minisztérium oldaláról várják ezért, hogy a gyorsabb orvoshoz jutás megoldódjék. Annak ellenére, hogy a kampány **várható hatása** a növekvő betegforgalom (4 orvos), minden orvos támogatja a betegség

népszerűsítését a médiában. Az ismeretterjesztés hatására, az öngyilkosság száma csökkenne hazánkban, egészségtudatosabb magatartás alakulhatna ki, a betegek tudnák hová forduljanak segítségért, az orvosoknak pedig könnyebb lenne diagnosztizálniuk a betegeket. A **betegek** szerint a kampány mielőbbi orvoshoz fordulásra ösztönöznék a betegeket. Teljes volt az egyetértés abban, hogy a betegség ismertségének növelése azért is hasznos, mert segít a tévhitek eloszlatásában.

A szakorvosok azt gondolják, **leghitelesebben** a pszichiáter tudna szólni a depresszióról a beteghez egy betegségkampányban. Mindazonáltal az attitűdváltoztatás elérésében nagy szerepe lehet az ismert személyeknek is. A kampány sikerének záloga a szoros szakmai kontroll biztosítása (3 fő). A **betegek** meglátása, hogy a betegség népszerűsítésében mindenképpen célszerű a művészek és az orvosok bevonása (51. ábra).

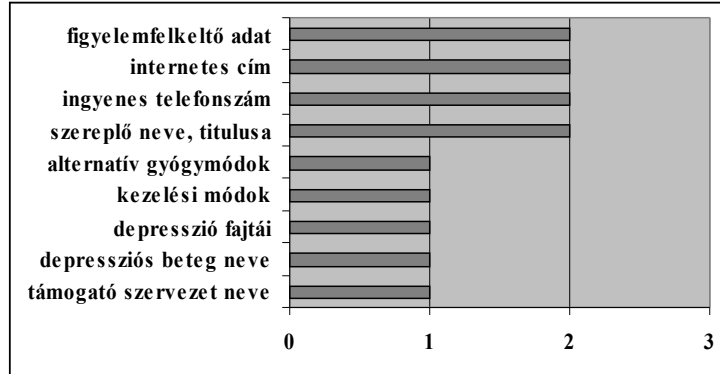


51. ábra

Ki szóljon a beteghez egy betegségkampányban?
(szakorvosok vs. betegek válaszai)

Az **orvosok** közül 3 fő csak közepes mértékű informálást tekint indokoltnak, 2 fő maximálisan tájékoztatná a betegeket, míg egy fő a személyre szabott tájékoztatás pártján áll. Ezek alapján tehát elmondható, hogy a **tájékoztatás fokát** illetően nincs egyetértés az orvosok között. A **betegek** közül 4 úgy érzi, hogy kész teljeskörű információ befogadására. Mindössze egy válaszadó mondta, hogy nem igényel teljes tájékoztatást.

A kérdésre, hogy milyen **információkat preferálnának a betegek** egy egyoldalas sajtóhirdetésen, a páciensek elmondása alapján a hirdetésben elsősorban olyan információnak kell elhangoznia, hogy milyen méreteket ölt a betegség, és hányan szenvednek benne. Ezt olyan információforrással (internetes cím, ingyenes telefonszám) kell kiegészíteni, mely segít a további információgyűjtésben (52. ábra).



52. ábra

Milyen információkat preferál a beteg egy egyoldalas sajtóhirdetésen? (betegek válaszai)

Nem mellékes a személy sem, aki a beteghez szól. Előzetes feltételezés szerint, a hirdetésnek a továbbtájékozódásban kell segíteni, azonban annak súlya, hogy ezen tényezők milyen fontosak lehetnek a hirdetés során elsősorban kvantitatív szakasz eredményeiből lesz majd egyértelmű.

A **vényköteles antidepresszánsok hirdetését** illetően is megoszlanak a vélemények az **orvosok** körében. 3 fő adna a gyógyszerekről információt a betegeknek, 2 fő azonban ezt nem támogatja. Az antidepresszánsok hirdetésének pozitív és negatív oldalait is látni vélik. A mélyebb információ segítené a betegeket a gyógyszerek közötti eligazodásban, értesülne olyan információkról, amelyet az orvos idő hiányában nem tud megosztani a beteggel egy-egy kezelés alkalmával és javítana az orvos-beteg kapcsolaton. De hátránya lehet, hogy az ismertség növekedésével a betegek kérnék egy-egy szer felírását (5 fő). Az orvosok emellett azt érzik, hogy a megnövekedett betegforgalmat nem tudnák szakszerűen ellátni, hisz már jelenleg is túlterheltek. 5 orvos mégis úgy véli, a reklámozás javítana a beteg-együttműködésen. A kérdés a **betegeket** is megosztotta, 4 fő támogatná, míg kettő ellenezné az etikus szerek reklámozásának bevezetését. Pozitív hatásként említették, hogy előrelépés lenne a depresszió felismerése, de féltik, hogy ezzel párhuzamosan divatszerek alakulnának ki, és a betegek ellenőrizetlenül szednék a gyógyszereket. A többség bizonyos abban, hogy a kezelőorvosuk támogatná a vényköteles antidepresszánsok hirdetését.

Az **orvosok** gazdasági, és szakmai okokban látják a vényköteles szerek hirdetésének **európai és hazai tilalmát**. 2 fő szerint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár „hatalma” miatt tilos a reklámozás, 4 fő viszont úgy érzi, szakmai indokok állnak a háttérben. Elmondásuk szerint az Egyesült Államokban azért más a szabályozás, mert ott a betegek

máshogy állnak a betegséghez. Azt érettebb kultúrának tartják (3 fő), ahol liberálisabb a gazdaság és nagy a gyógyszeripar lobbi ereje. A megkérdezett **betegek** szerint a tilalom politikai okokra vezethető vissza (2 fő). De nagy szerepe lehet annak, hogy a betegeket ne befolyásolják reklámokkal, hiszen laikusként nem értenek ezekhez a szerekhez, nincsenek tisztában azok mellékhatásaival.

3 orvos úgy gondolja **nem etikus információt elzárni a betegektől**, míg egy fő szerint csak korlátozott mennyiségű információt kellene megosztani a páciensekkel. Egyetértés volt a tekintetben, ha a betegek több információhoz jutnak a depresszióról, átlagosan 2-3 hónappal hamarabb fordulnak orvoshoz tüneteikkel. A kampány tehát segítené a betegek mielőbbi orvoshoz jutását. Abban is teljes volt az egyetértés, hogy a gyógyszercégeket be kellene vonni a finanszírozásba. Elsődleges finanszírozónak azonban négyen is az illetékes minisztériumot javasolták. A **betegek** egyetértének abban, hogy nem etikus a páciensek elől információt elzárni, hiszen mindannyiuk hamarabb fordult volna orvoshoz, ha több információval rendelkezik.

2.1.6. A kvalitatív kutatás összegzése

A kvalitatív eredményekből látszik, hogy a betegek és az orvosok véleménye szerint a tájékoztatás fokának növelése segítené a betegeket abban, hogy hamarabb orvoshoz forduljanak. Ennek azonban van egy olyan oldala is, hogy a növekvő tájékoztatás hatására nőne a betegforgalom. Az orvosok már jelenleg is úgy érzik, hogy túlterheltek, a megnövekedett betegforgalmat nem tudnák eredményesen kezelni. Természetesen nem szabad figyelmen kívül hagyni azt, hogyha nőne a tájékoztatás foka, kevesebb időt kellene szálni a beteg tájékoztatására a rendelés keretein belül.

A kvalitatív szakaszból látszik, hogy az enyhe és középsúlyos depressziós periódusban levő betegek motiváltak az információk befogadására, amely szintén segítené a mihamarabbi felismerést és a hatékonyabb kezelést. Fontos lenne a betegség stigmatizált jellegének megváltoztatása is, mert ez szintén segítené a korábbi orvoshoz fordulást.

Mivel a kvalitatív szakasz eredményei számos érdekes felvetést adtak, a kutatás jellegéből adódóan több hipotézis megfogalmazódott. A kvantitatív szakaszban a kvalitatív eredményekre támaszkodva szerző megvizsgálja, hogy ezen felvetések valóban beigazolódnak-e.

2.2. A kvantitatív kutatás eredményei

2.2.1. A depressziós betegek útja

A kutatás fő témájához fontos annak feltárása, hogy a depressziós beteg milyen utat jár be a tünetek észlelésétől, azok felismerésétől a szakszerű ellátásig. A betegek közel **fele** (46%) saját bevallása szerint **családjával**, valamelyik családtagjával **osztotta meg először problémáját**, tüneteit, és csak később fordult orvoshoz.

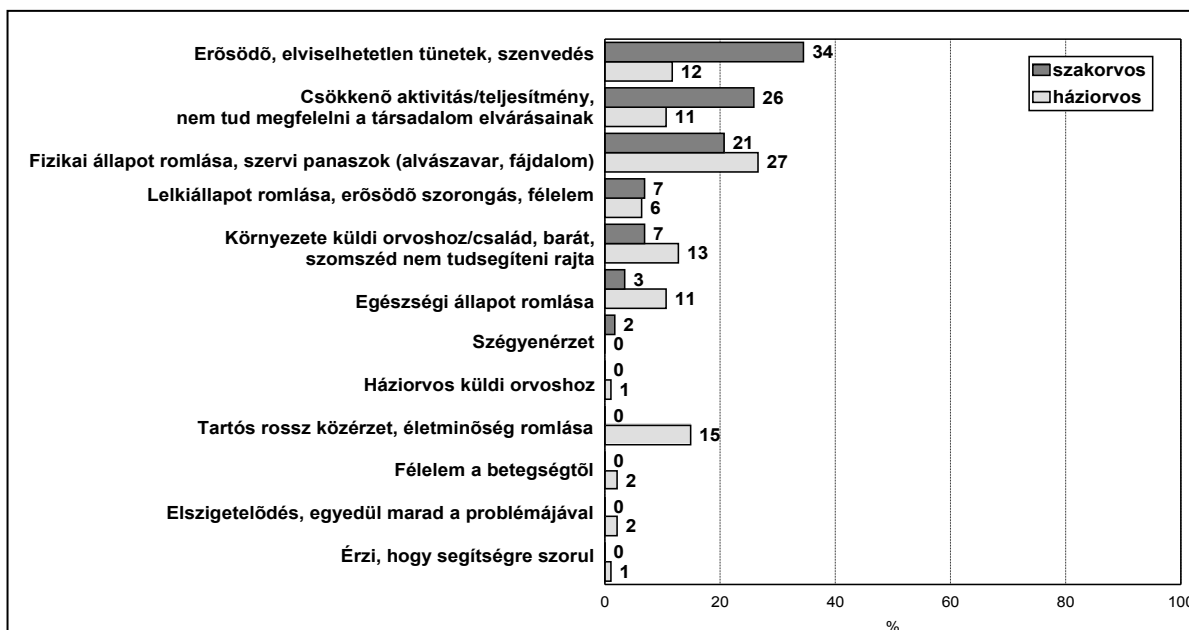
A **tünetek első jelentkezése és az orvosi segítség között eltelt idő a betegek saját percepciója** szerint átlagosan közel **2 év** (1 év 10 hónap). A házi orvosok percepciója szerint ez az idő átlagosan mindössze 6 hónap, a szakorvosok pedig átlag 9 hónapra becsülik. A kapott érték mindkét orvosi minta esetén szignifikánsan alacsonyabb, mint a depressziós betegek esetében kapott érték (depressziós betegek vs. házi orvosok $p=0,04$, betegek vs. szakorvosok $p=0,00$). A szakorvosok és házi orvosok becslése között nem tapasztalható szignifikáns különbség.

Mindez arra utal, hogy a betegek családjuk, valamelyik családtagjuk felé már korábban meg merik fogalmazni korai depressziós tüneteiket, mint ahogy orvoshoz fordulnak. Ez aláhúzza a depresszióval kapcsolatos laikus tájékoztatás fontosságát, mivel a tájékozott családtag biztatása, segítsége gyorsíthatná az orvos bevonását a kezelésbe.

Abban a tekintetben, hogy az első **orvosi segítség és a szakorvosi segítség között** mennyi **idő** telik el, a csoportok között nincs szignifikáns különbség: a **betegek átlagosan 11** hónapra, a házi orvosok 4 hónapra, a szakorvosok pedig 8 hónapra becslik ezt az időszakot.

Az **orvosok** körében a felmérés rákérdezett, hogy véleményük szerint mely ponton fordulnak a depressziós betegek orvoshoz. A **szakorvosok** 34%-a szerint a betegeket az egyre erősödő elviselhetetlen tünetek, a szenvedés készíteti arra, hogy segítséghez forduljanak. 26%-uk szerint a csökkenő aktivitás és a teljesítmény, mely következtében nem tudnak megfelelni a környezet elvárásainak, játsszák az elsődleges szerepet. A **házi orvosok** a fizikai állapot leromlását (szervi panaszok, alvászavar) nevezték meg legnagyobb arányban, mint motiváló tényezőt. A nyitott kérdésre adott válaszok mindkét orvoscsoport esetén arra utalnak, hogy **a betegek csak végső kétségbeesésükben, akkor fordulnak orvoshoz**, amikor már nem tudják elviselni azokat az erősödő testi és lelki tüneteket, amik mindennapi életüket felborítják, és amikor végképp elvesztik azt a reményt, hogy állapotuk magától javul.

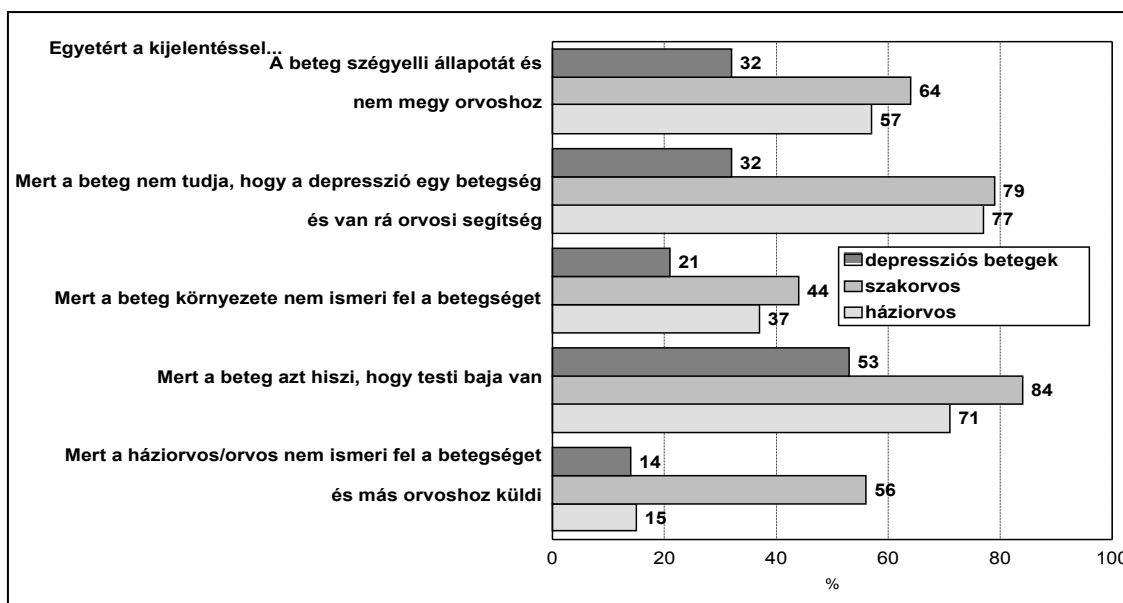
Az, hogy a környezet (család, barátok) küldik orvoshoz a beteget, csak 7-13%-os említettséget ért el, pedig - mint láttuk - a betegek többsége megosztja problémáját a körülötte élőkkel. Azonban a laikusok a megfelelő tájékozottság, vagy az előítéletek miatt nem segíthetik kellő hatékonysággal a beteg orvoshoz jutását (53. ábra).



53. ábra

Mi készíti a beteget arra, hogy orvosi segítséget kérjen?
(szakorvosok vs. házi orvosok percepciója)

A kutatás választ keresett arra, hogy **milyen okokra vezethető vissza, hogy a betegek nem kérnek hamarabb**, a tünetek megjelenése után azonnal szakszerű segítséget. Az eredményeket az 54. ábra foglalja össze. Szerző a kérdésben használt állításlistát a betegekkel és a szakorvossal készített mélyinterjú alapján dolgozta ki, majd arra kérte pacienseket, a házi orvosokat, és a szakorvosokat, hogy mondják meg egyetértene-e az adott állítással. A betegeket saját esetükre, míg az orvosokat általános percepciójukra vonatkozóan kérdezte.



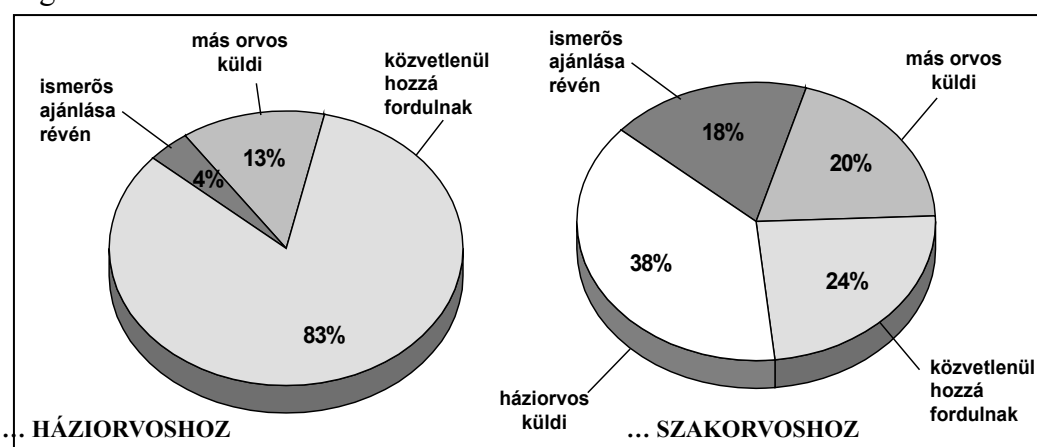
54. ábra

Miért nem kap a beteg hamarabb orvosi segítséget?
(betegek vs. orvosok percepciója)

Az eredmények szerint a **betegek** minden állítással szignifikánsan kevésbé értenek egyet, mint a szakorvosok ill. az első négy állítás esetén, mint a házi orvosok. Talán a meghatározó ok, az egyéb említések spontán megfogalmazásában szerepel, miszerint „nem vette komolyan a betegséget”, „úgy gondolta magától meg fog oldódni”. Ezek az állítások azt sejtetik, hogy **az is késlelteti a szakszerű segítség kérését, hogy a beteg bagatellizálja a tüneteit**, nem tudja, vagy nem akarja a szimptomákat betegséggként azonosítani, nem kíván a problémával szembesülni, elkerülésben van és ebben környezete sem tudja megfelelően segíteni. Megfogalmazódott továbbá, hogy „nem volt ideje, lehetősége táppénzre menni” ami arra utal, hogy általában a betegség a munkából való elmaradást eredményezi, mely hátrányos helyzetbe hozhatja a foglalkoztatottakat.

Az, hogy az **orvosok** sokkal nagyobb arányban azonosulnak az egyes állításokkal, mint a betegek, több dologgal is magyarázható. A válaszokból úgy tűnik, hogy az orvosok - házi orvosok és szakorvosok egyaránt - sokkal **súlyosabbnak látják a betegek alulinformáltságát, a betegség stigmatizáló hatását, mint maguk az érintettek**. A **szakorvosok** válaszaiból az is kiolvasható, hogy még abban sem bíznak, hogy a házi orvosok felismerik a depressziós betegeket, hiszen 56%-uk egyetértett azzal az állítással, hogy azért kapnak csak később szakszerű segítséget a betegek, mert a házi orvos nem ismeri fel a betegséget, és más orvoshoz küldi őket, elsősorban a testi tünetek kezelésére koncentrál.

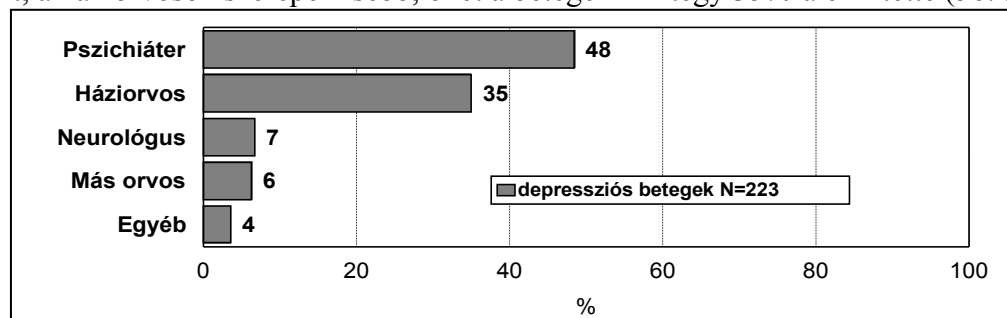
Az 55. ábra mutatja, hogy a háziorvosok és szakorvosok betegei között milyen arányban vannak olyan betegek, akik közvetlenül hozzájuk fordultak ill. más orvos, ismerős ajánlása révén jutottak segítséghez. Ez alapján nyomon követhető, hogy milyen utat járnak be a betegek, amíg szakorvosi segítséghez jutnak. Jól látható, hogy a betegek többsége, **83%-a közvetlenül a háziorvoshoz** fordult, míg a **szakorvosoknál** ez az arány csak átlagban **24%-ot** tesz ki. A szakorvosoknál 38% azok aránya, akiket a háziorvos küldött hozzájuk. Valamint átlagosan 20%-ot képviselnek azok, akiket valamilyen más szakterületű orvos - vélhetőleg a testi tünetek kezelése végett a beteg gyógyításába bevont szakorvos - irányított pszichiáterhez, neurológushoz.



55. ábra

A depressziós betegek orvoshoz való eljutásának módja (megoszlás (%) a háziorvosok és a szakorvosok bázisán)

A **depressziót** végeredményben az esetek többségében a **pszichiáter (48%) diagnosztizálja** elsőként, a háziorvosok szerepe kisebb, őket a betegek mintegy 35%-a említette (56. ábra).

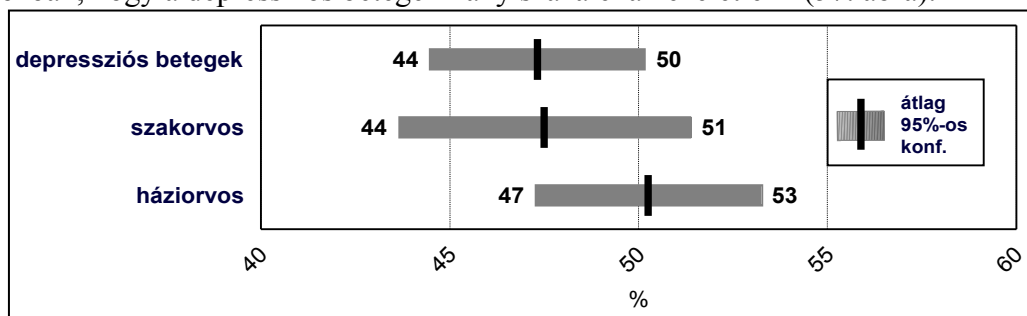


56. ábra

Az első diagnosztika megoszlása (%) a megkérdezett betegek körében

Vannak azonban olyan depressziós betegek is, akik az ellátó rendszer számára láthatatlanok - nem kérnek orvosi segítséget, betegségük nem kerül diagnosztizálásra, kezeletlenek.

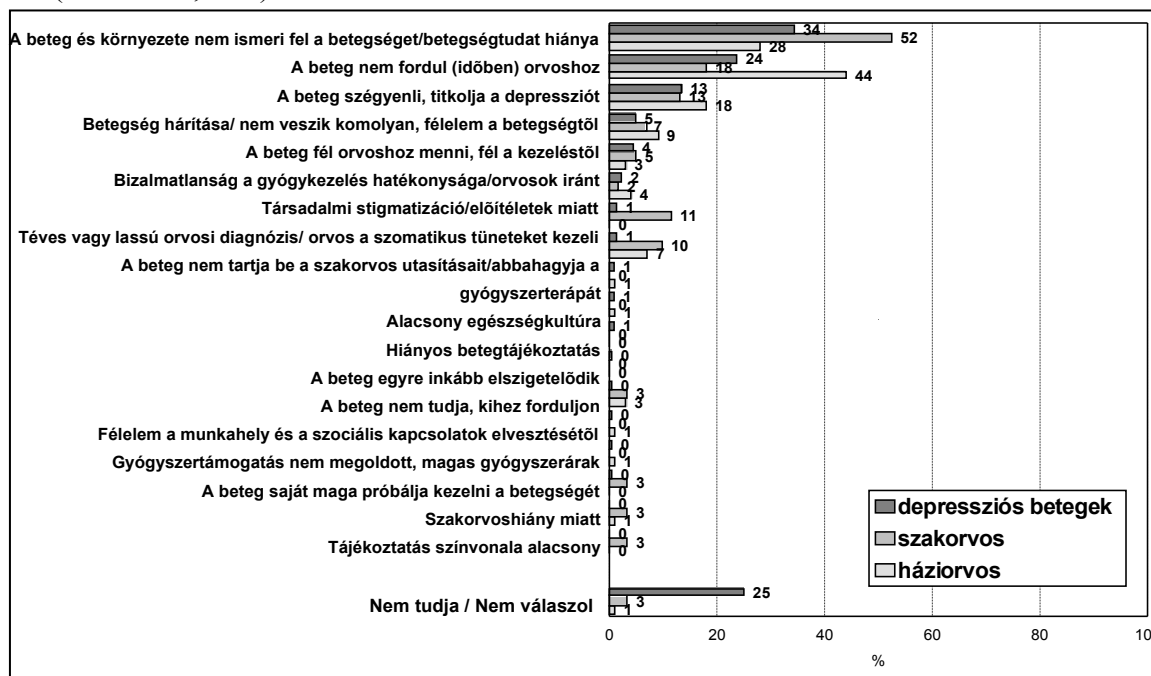
A válaszadók úgy vélték, az érintettek 44-53%-a nem jut kezeléshez. A megkérdezett depressziós betegek, szakorvosok és háziorvosok a következő becsléseket adták arra vonatkozóan, hogy a depressziós betegek hány százaléka kezeletlen (57. ábra).



57. ábra

Betegek és orvosok becslése a kezeletlen depressziósok arányára (%)

A különböző alminták által adott becslés nem tér el szignifikánsan, a betegek által adott becslés átlaga 47% (szórás=18,18%), a szakorvosoké 47,5% (szórás=14,97%), a háziorvosoké 50% (szórás=14,93%).



58. ábra

A depressziós betegek kezeletlenségének okai (%)
(betegek vs. orvosok percepciói)

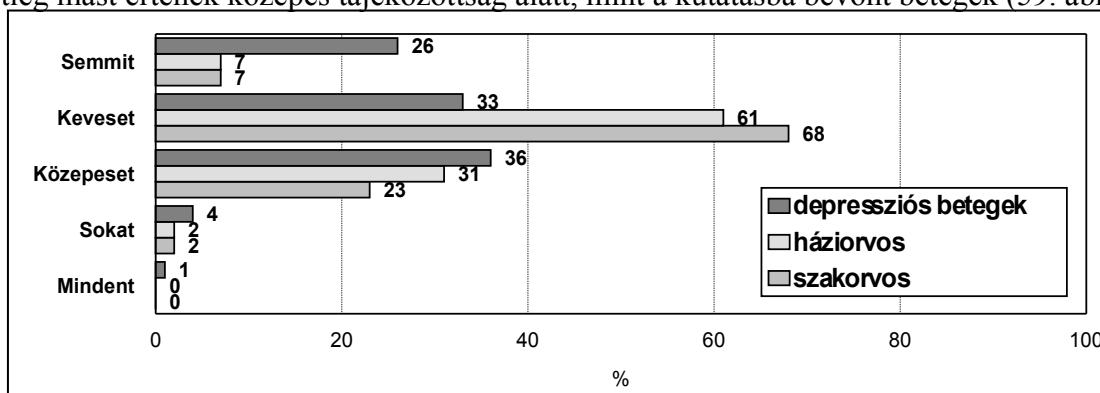
A kezeletlenség legfőbb okát a betegek és orvosok egyaránt abban látják, hogy a páciens és környezete nem ismeri fel a betegséget, emiatt pedig nem fordul időben orvoshoz. A megfelelően kontrollált és szabályozott DTC betegségi kommunikáció megoldást nyújthat a betegség ismertségének növelésében (58. ábra).

2.2.2. Orvos-beteg kommunikáció a depresszióról

Az orvos-beteg kommunikáció kiindulópontja a depressziós beteg ismeretanyaga a betegségről, amikor először fordul tüneteivel orvoshoz. A kutatás vizsgálta a betegek és orvosok percepcióját az első vizit hosszáról, a tájékoztatással eltöltött idő hosszáról és tartalmáról, a paciensek információs igényének tendenciájáról.

A mintába bekerült depressziós betegek **26%-a** úgy nyilatkozott, hogy **semmit sem tudott a depresszió betegségéről, amikor először orvoshoz fordult**. A többség azonban már hallott róla egy keveset (33%) illetve közepes mennyiségű információval (36%) rendelkezett, amikor orvoshoz került.

Az **orvosok** (szakorvosok és házi orvosok) véleménye két irányban is különbözik a betegek önképétől. Egyrészt jobbnak ítélik a helyzetet, mivel csak elenyésző részük (**7%**) gondolja azt, hogy a **beteg előtte még semmit sem hallott a depresszióról**, semmit sem tud a betegségről. Másrészt valamivel kisebb tudást feltételeznek általánosságban a betegekről, esetleg mást értenek közepes tájékozottság alatt, mint a kutatásba bevont betegek (59. ábra).



59. ábra

A beteg ismerete a depresszióról első vizitkor (%)
(betegek vs. orvosok percepciói)

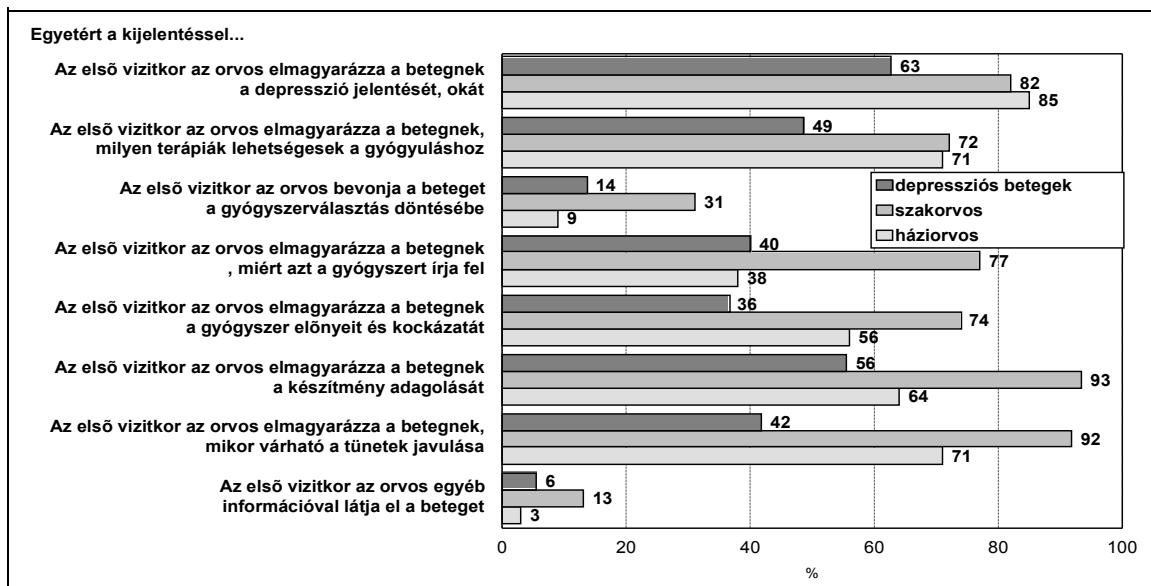
A felmérés elemezte **mutat-e összefüggést, hogy a beteg a tünetek megjelenése után mennyi idő elteltével fordult orvoshoz** illetve, hogy hallott-e bármit korábban a depresszióról. Azok orvosi segítségig eltelt idejét - akik saját bevallásuk szerint semmit nem tudtak a depresszióról - összehasonlította **varianciaanalízissal** azokéval, akik legalább kevés ismerettel rendelkeztek, amikor orvoshoz mentek.

A vizsgálat igazolta korábbi feltevésemet, hogy a depresszió betegségéről való

tájékozottság, ismeret segíti az orvoshoz fordulást. A betegségről semmit sem tudók körében átlagosan 3 év és 1 hónap telt el, mire ellátáshoz jutottak, mely szintén a depresszió ismeretterjesztésének fontosságát igazolja (az értékek nagy szóródást mutatnak, szórás=71,60). Ennél szignifikánsan alacsonyabb **a depresszióról legalább némi információval rendelkezők körében kapott átlagérték (1 év 2 hónap).**

A betegek és az orvosok percepciója nagyon különböző arról, hogy **a beteg az első vizit alkalmával milyen tájékoztatást kap.** Általánosságban elmondható, hogy az **orvosok** - különösen a szakorvosok - többsége úgy gondolja, hogy az első vizit alkalmával elmagyarázza a betegnek a depresszió jelentését, okát, felvilágosítja a lehetséges terápiaíkról, elmagyarázza a gyógyszerekkel kapcsolatos tudnivalókat (60. ábra). Ezzel szemben a **betegek jóval kisebb hányada emlékszik úgy, hogy hozzájutott ezekhez az információkhoz**, amikor első alkalommal felkereste a pszichiátert és neurológust. Félő, hogy a valósághoz a betegek válaszaik állnak közelebb, mivel ők nem általánosságban, hanem egy konkrét helyzetről beszélnek. Az orvosok válaszaik - mint az ilyen jellegű megkérdezések esetében megfigyelhető - sok esetben normatívak. Ez azt fejezi ki, hogy tudatában vannak ugyan az általuk is helyesnek tekintett elveknek, és törekszenek is eszerint eljárni, de erre vélhetőleg nem minden esetben kerül sor. Az is előfordulhat, hogy sor kerül rá, de nem olyan szinten megfogalmazva, hogy a beteg valóban megértene a számára releváns információkat, ezért esetleg később nem is emlékszik arra, hogy volt a beszélgetésnek egy ilyen szakasza.

A szakorvosok és az orvosok saját percepciójukra vonatkozó adatok alapján a depresszióról adott általános információk megadása tekintetében szignifikánsan nem térnek el egymástól. De a gyógyszerről való felvilágosítás tekintetében kevesebb házi orvos említette azt, hogy erről is beszélnek a beteggel (60. ábra). Ez természetesen könnyen magyarázható azzal, hogy nem a házi orvos felel a gyógyszer kiválasztásáért, hanem sok esetben szakorvoshoz irányítja tovább a beteget. A szakorvosok megközelítőleg egyharmada vallotta azt, hogy bevonja pácienseit a gyógyszer kiválasztásába.



60. ábra

A beteg ismerettel való ellátása első vizitkor (%)
(betegek vs. orvosok percepciói)

Az **első vizit érzékelt időtartama** is **szignifikánsan eltér** az egyes csoportokban. Itt a depressziós betegek és a szakorvosok becslését volt lehetőség összehasonlítani, mert a beteget az első szakorvosi látogatásról kérdezte a kérdőív. Ezen felül a háziorvosok és a szakorvosok vizitidejét lett összevetve. A 61. ábrán az első vizit megbecsült hosszának az átlaga látható (95%-os konfidencia intervallummal) csoportokra lebontva.

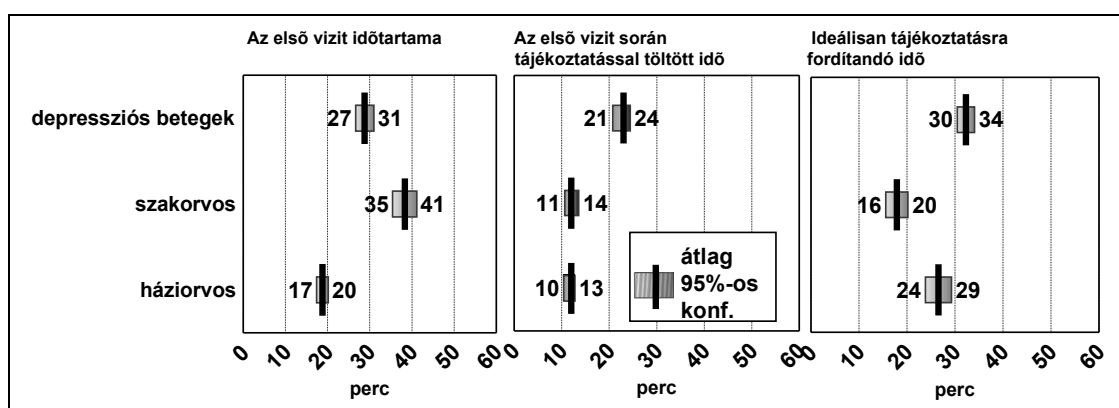
A **varianciaanalízis** a csoportok között szignifikáns eltérést mutatott ($p=0,000$), ezért **Scheffé próbát** végeztünk, amely azt az eredményt hozta, hogy a depressziós betegek időtartamra vonatkozó becslése szignifikánsan alacsonyabb, mint a szakorvosoké. A **szakorvosok** becsték leghosszabbra az első beszélgetés időtartamát (**átlag=38 perc**), míg a **betegek** szerint átlagban **29 percig**, vagyis 9 perccel kevesebb ideig tart a beszélgetés. A **háziorvosok** azok, akik saját bevallásuk szerint is a legkevesebb időt töltik az első beszélgetéssel (**átlag=19 perc**), érthető módon szignifikánsan kevesebb időt fordítanak erre, mint a szakorvosok.

A megkérdezett **betegek** percepciója szerint az **első vizit során a betegségről és terápiáról való tájékoztatással töltött idő** a legmagasabb (**átlag=23 perc**, szórás=13,15), átlagosan az első vizit 82%-át teszi ki. A **szakorvosok** és **háziorvosok** ezzel szemben átlagosan **12 percről** számoltak be (szórás=5,67: 5,93). A betegek és orvosok percepciója között szignifikáns az eltérés. A különbség hátterében az állhat, hogy a beteg az orvos által a

diagnózis felállítása érdekében feltett kérdéseket is a tájékoztatás részének tekintheti, mivel azok számára informatív értékűek.

Az **ideálisan tájékoztatásra fordítandó idő** átlaga minden csoportban meghaladja a jelenlegi vagy a korábbi tapasztalatok alapján becsült időtartamot. A megkérdezett betegek szerint az orvosnak átlagban 32 percet kellene ezzel töltenie.

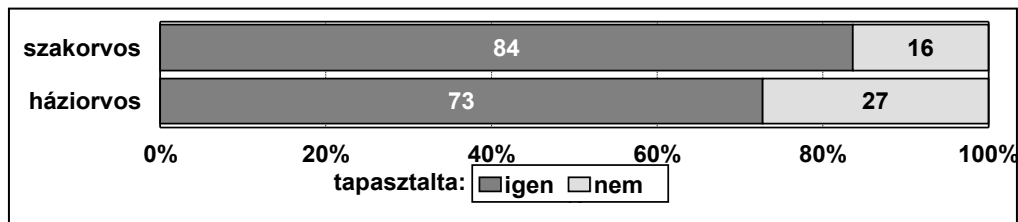
A jelenlegi egészségügyi gyakorlatban az orvosok nem tudnak elegendő időt fordítani – amennyit szeretnének, vagy a beteg szeretne – a beteg tájékoztatására. A rendelkezésre álló idő tartalmasabb felhasználását segítené, ha a beteg legalább a számára könnyen érthető információt ismerné. Ezt a szerepet képes betölteni a DTC ismeretterjesztés.



61. ábra

Az első vizit időtartama, a tájékoztatással töltött idő és az ideális idő (perc)
(betegek vs. orvosok percepciói)

A 62. ábra azt vizsgálja, hogy a szakorvosok és a házi orvosok véleménye szerint **nőtt-e a depresszióra vonatkozó tájékoztatási igény** a betegek részéről az elmúlt időszakban. Jól látható, hogy mind a szakorvosok, mind a házi orvosok **többsége (84% vs. 73%) igenlő választ** adott erre a kérdésre. A két csoport közötti szignifikáns eltérést **keresztábra elemzéssel** vizsgáltuk, amely nem igazolt szignifikáns különbséget, a standardizált korrigált reziduum minden cellában - 2 feletti értéket vett fel.



62. ábra

A betegek információs igényének növekedése (%)
(szakorvosok vs. házi orvosok válaszai)

Ennek alapján általánosnak tekinthetjük azt az orvosi percepciót, hogy a betegek a korábbiaknál jobban igénylik tájékoztatásukat betegségükről, helyzetükről, lehetőségeikről, a terápiás megoldásokról. Az orvosok hosszabb időt tartanak ideálisnak a tájékoztatásra, mint amennyit ténylegesen arra fordítanak. Az orvosok készek kielégíteni ezt a betegigényt, a napi munka során azonban erre gyakran nincs lehetőség.

2.2.3. Az antidepresszánsok szedésével kapcsolatos attitűdök

Ebben a fejezetben a vizsgálat azt járta körül, hogy milyen a betegek és az orvosok attitűdje az antidepresszánsokkal szemben, milyen elvárásokat támasztanak a gyógyszerrel és a dobozában található betegtájékoztatóval kapcsolatban.

A 20. táblázat azt foglalja össze, hogy az adott tulajdonság az antidepresszánsokkal szemben mennyire elvárás a beteg részéről, ill. a szakorvosok és házi orvosok milyen elvárásokat feltételeznek betegeikről. Jól látható, hogy **a legfontosabb elvárás minden csoportban a hatékonyság**, vagyis a tünetek megszüntetése, ezzel közel azonos átlagértéket kapott, hogy a szernek **kevés mellékhatása** legyen. Érdekes, hogy a szignifikancia vizsgálatok szerint a házi orvosok és a szakorvosok egyaránt nagyobb elvárásokat feltételeznek a páciensekről, mint amit azok valójában támasztanak a gyógyszer hatékonyságával szemben, azonban alulbecsülik a betegek részletes gyógyszer tájékoztatásra való nyitottságát.

20. táblázat

A betegek elvárása az antidepresszánsnal szemben (értékelés 5 fokú Likert-skálán)
(betegek vs. orvosok válaszai)

	depressziós betegek	szakorvos	házi orvos
hatékonyság	4,61	4,87	4,87
gyors hangulatjavítás	4,21	4,57	4,59
kevés mellékhatás	4,59	4,44	4,54
kedvező ár	4,15	3,88	4,39
kényelmes használat (napi 1x adagolás)	3,82	3,48	4,24
minél több információ a szerről	4,38	3,48	3,77

↔ a nyíl szignifikáns különbséget jelöl az egyes csoportok között
(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

A 21. táblázatban részletesen bemutatásra kerül, hogy a depressziós betegek és az orvosok **hogyan értékelik** általában a **gyógyszer dobozában található betegtájékoztatót**, hiányolnak-e belőle információkat.

21. táblázat

A gyógyszerdobozban található betegtájékoztató értékelése (értékelés 5 fokú Likert-skálán)
(betegek vs. orvosok válaszai)

	depressziós betegek	szakorvos	házi orvos
(A beteg) minden esetben elolvassa/elolvasom a gyógyszerdobozban található betegtájékoztatót	4,38	3,48	3,69
A tájékoztató túl hosszú (a betegnek)	3,42	3,77	3,97
A tájékoztató tartalma teljesen érthető (a betegnek)	3,95	2,95	2,80
A tájékoztató nyelvezete érthető (a betegnek)	3,94	3,10	2,88
A leírás sok idegen szót tartalmaz	3,44	3,05	3,25
A tájékoztató sok lényegtelen információt tartalmaz (a beteg számára)	3,28	3,59	3,46
A mellékhatások listája riasztó a beteg számára/számomra	3,91	4,64	4,59
Hiányolok belőle (a beteg számára) fontos információkat	3,11	2,98	3,30
Hiányolom, hogy a tájékoztató nem magyarázza el a betegséget	3,30	2,88	3,12
Hiányolom más szerrel, étellekkel való kölcsönhatást	3,45	2,77	3,29

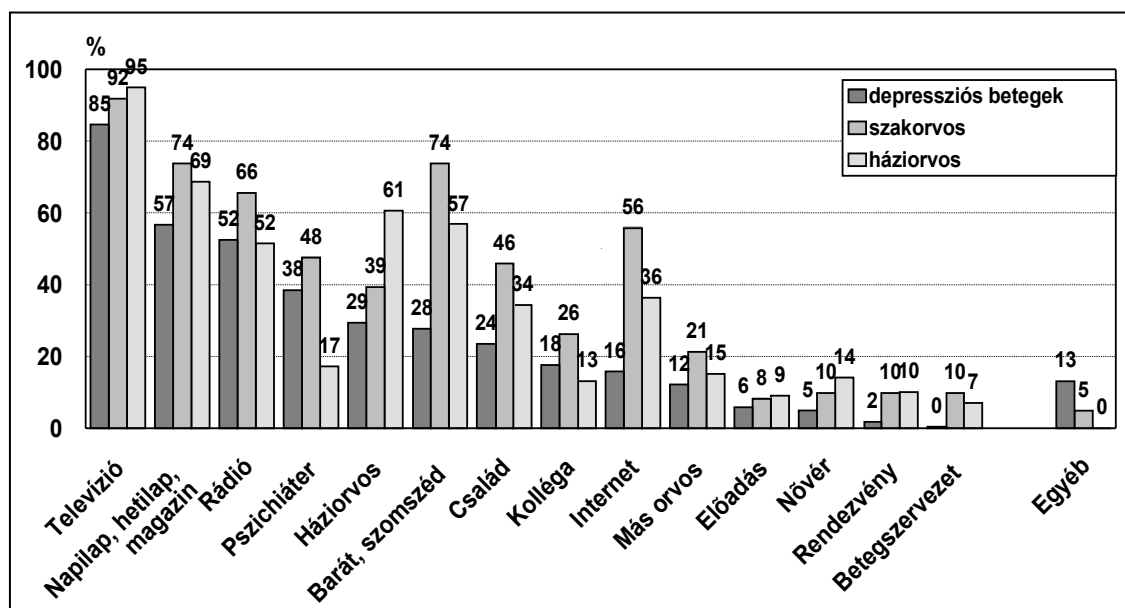
↔ a nyíl szignifikáns különbséget jelöl az egyes csoportok között
(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Itt is nyomon követhető az a tendencia, hogy az **orvosok kevesebb érdeklődést feltételeznek a betegről**, mint az valójában. Az 5 fokú Likert-skálán való egyetértés átlaga szignifikánsan alacsonyabb a szakorvosok és háziorvosok mintáján „a beteg minden esetben elolvassa a gyógyszer dobozában található betegtájékoztatót”, „a tájékoztató nyelvezete érthető a betegnek” állítások esetén, valamint szignifikánsan magasabb a „tájékoztató túl hosszú” és „a tájékoztató teljesen érthető a betegnek”.

Vagyis kevésbé feltételezik az orvosok a betegekről, hogy elolvassák és meg is értik a tájékoztatót, mint ahogy azt a betegek percepciója mutatja. A betegek érdeklődve olvassák a betegtájékoztatót, mert igénylik az információkat és sokszor az orvosnak nincs ideje minden gyógyszerrel kapcsolatos kérdésre kielégítő magyarázatot adni, illetve a beteg alultájékozottságában nem tudja mit kérdezzen. A betegek egy része a vényköteles szerek reklámozásának támogatásától reméli ennek az úrnek a betöltését.

2.2.4. A depresszió betegskampányokkal kapcsolatos attitűdök

Rendkívül fontos kérdés az is, hogy a depressziós betegek honnan szereznek információkat a betegséggel kapcsolatban. Emellett az is érdekes, hogy a szakorvosok, háziorvosok hogyan látják az információ hogyan jut el betegekhez. A depresszióval kapcsolatos információforrásokra vonatkozó eredményeket a 63. ábrán foglalja össze.



63. ábra

A betegek információ szerzésének forrásai (%)
(betegek vs. orvosok válaszai)

A betegek **85%-a találkozott betegséggel kapcsolatos információkkal a televízióban**, ennél lényegesen alacsonyabb részük említette (57-59%), hogy más tömegmédiában (sajtó, rádió) foglalkoztak ezzel a témával. Összességében a megkérdezett betegek **93%-a találkozott már a tömegmédiában a depresszióval kapcsolatos műsorral, cikkel.**

Az eredmények azt jelzik, hogy az **orvosok alábecsülik a média szerepét** a betegek tájékozódásában, és **túlbecsülik a beteg környezetében élők szerepét.** Az orvosok - a kutatási eredmények szerint - azt feltételezik, hogy a betegek többsége (80%, 72%) családjától, barátaitól, kollégáitól hall a depresszióra vonatkozó információkat, ezzel szemben **a betegeknek csak valamivel kevesebb, mint a fele jelölte meg környezetének valamilyen tagját, mint információforrást.** Ez jól jelzi, hogy annak ellenére, hogy a betegség előfordulása nem ritka a magyar társadalomban, egyrészt a hétköznapokban az emberek nem szívesen beszélnek erről, másrésztől nem is biztos, hogy van a beteg környezetében olyan személy, aki releváns tudással rendelkezik a depresszióról. **Érdemes azt is megfontolni, hogy ráadásul az ismeretségi körből származó információ sem feltétlenül az elbeszélő saját tapasztalataiból származik, lehetséges, hogy ezen a csatornán is a médiából szerzett ismeretek terjednek tovább.**

A betegeket és orvosokat a felmérés arról is megkérdezte, hogy **milyen információkat várnak el egy depresszióról szóló betegségkampánytól.** Véleményüket úgy fejezhették ki, hogy értékelték mennyire értenek egyet azzal, hogy az adott információ a kampány részét képezze. Az egyes alminták átlagait a 22. táblázat foglalja össze a szignifikáns különbségek feltüntetésével. A legnagyobb egyetértés abban van - a legmagasabb átlagot a betegek körében az érte el - hogy legyen része a kampánynak a **depresszió leírása, fajtái** valamint a **kezelés módjának bemutatása.** Ezen felül minden csoportban nagy igény mutatkozik **ingyenes depresszió információs telefonszám** közzétételére, megismertetésére: a betegek 65,2%-a, a szakorvosok 54,1%-a, a házi orvosok 70%-a értett ezzel egyet teljes mértékben.


Az egyes csoportokban kapott átlagok közötti eltérések vizsgálatát itt is **varianciaanalízissel**, valamint **Scheffé-próba** elvégzésével vizsgálta. Kiderült, hogy a betegekhez képest a szakorvosok és házi orvosok kevésbé értenek egyet azzal, hogy a depresszió leírását és kezelését feltétlenül be kell mutatnia a kampánynak. Különösen érdekes, hogy míg a betegek igényelnék, hogy a betegségkampányban - nevét felvállalva - **szerepeljen**

egy depresszióval küzdő egyén, addig az orvosok ezt kevésbé támogatják, a szakorvosok 49,2%-a, a háziorvosok 59,6%-a egyáltalán nem ért ezzel egyet. Valószínűleg nem gondolnak bele, hogy a paciens számára ez a betegség elfogadását könnyítheti meg és a depresszió **stigmatizáló erejét gyengítené**, ha **ismert és elismert emberekről** válik köztudottá, hogy hasonló problémával küzdenek.

22. táblázat

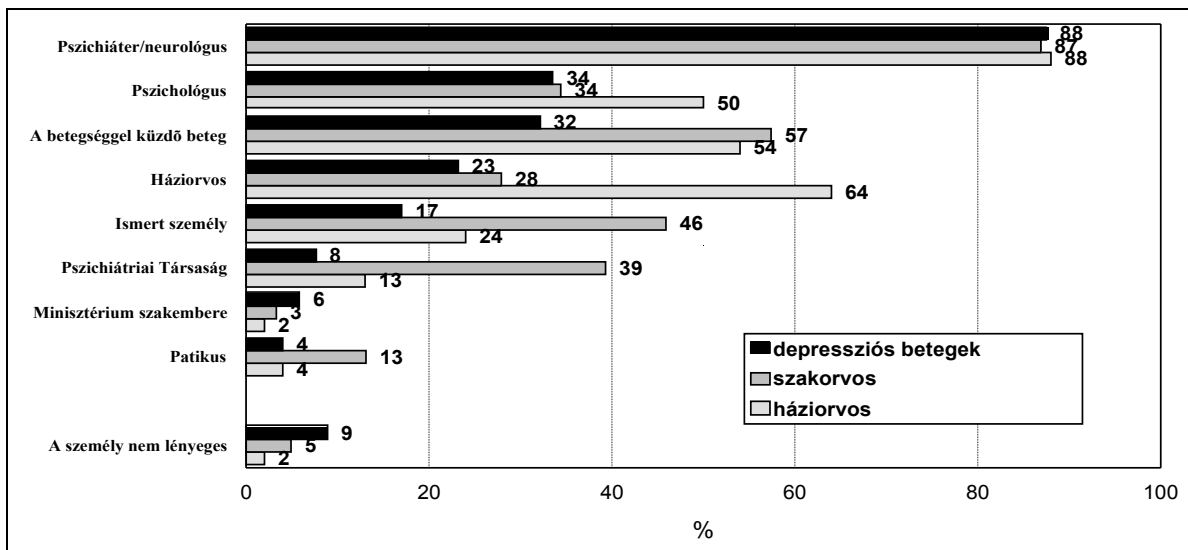
A betegségkampánytól elvárt tartalom (5 fokú Likert-skálán való értékelés átlaga)

	depressziós betegek	szakorvos	házi orvos
A kampányt támogató szervezet neve (pl. minisztérium)	3,18	2,64	2,62
Ingyenes depresszió-információs telefonszám	4,51	4,31	4,45
Internetes cím a depresszióról	4,18	4,38	3,93
Figyelemfelkeltő adat (pl. 1 millió beteg hazánkban)	3,91	3,91	3,82
A betegséggel küzdő személy és neve	3,79	2,03	1,90
A depresszió leírása és fajtái	4,54	4,03	3,89
A depresszió kezelésének módja	4,51	3,98	4,19
A kezelés átlagos ára	3,72	2,89	3,65
Alternatív gyógymódok	3,95	3,05	3,63

 a nyíl szignifikáns különbséget jelöl az egyes csoportok között
 (1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Az adatok alapján az is egyértelmű, hogy a betegségkampány keretében a betegek szükségesnek tartanak az **alternatív gyógymódokra** vonatkozó információk szerepeltetését is. Nagyon kis részük (3,3%) az, aki egyáltalán nem vagy nem ért egyet azzal, hogy ilyen információ kerüljön a hirdetésbe. Ezzel szemben a szakorvosok többségében nem tartják indokoltnak az alternatív gyógymódok bemutatását egy ilyen kampányban.

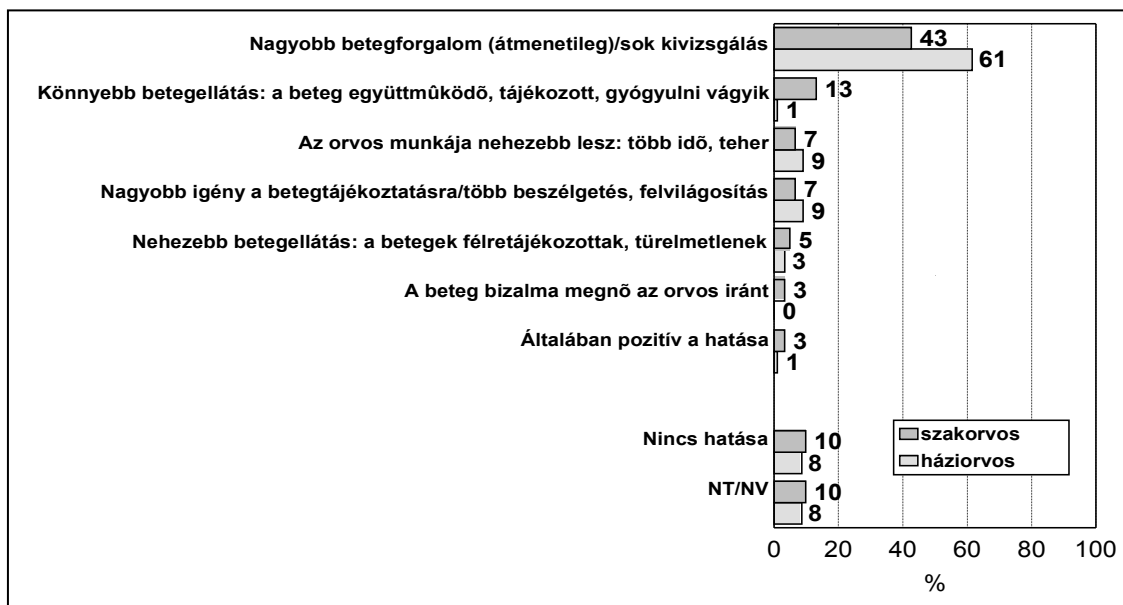
Mindhárom alminta szerint egyöntetűen a betegségkampány keretében a **szakorvosok** (pszichiáter és neurológus) azok, akik a **leghitelesebben tudnának szólni a betegekhez** általában, és konkrétan ebben a kérdéskörben (64. ábra). A háziorvosok a pszichiáterek után, másodsorban magukat tartják hitelesnek, azonban mind a betegek, mind a szakorvosok szignifikánsan alacsonyabb százalékban tartják őket elfogadhatónak.



64. ábra

Ki szóljon a beteghez egy betegségkampányban?
(betegek vs. orvosok válaszai)

A szakorvosokat és házi orvosokat a kérdőív arról kérdezte, hogy a depresszióról szóló **betegségkampány** megítélésük szerint **milyen következményekkel jár az orvosokra nézve**, illetve mindennapi munkájukra vonatkozóan (65. ábra). A nyitott kérdésekre az orvosok szabadon kifejtették véleményüket, melyet elemzéskor strukturáltunk és lenti állításokba összevontunk.

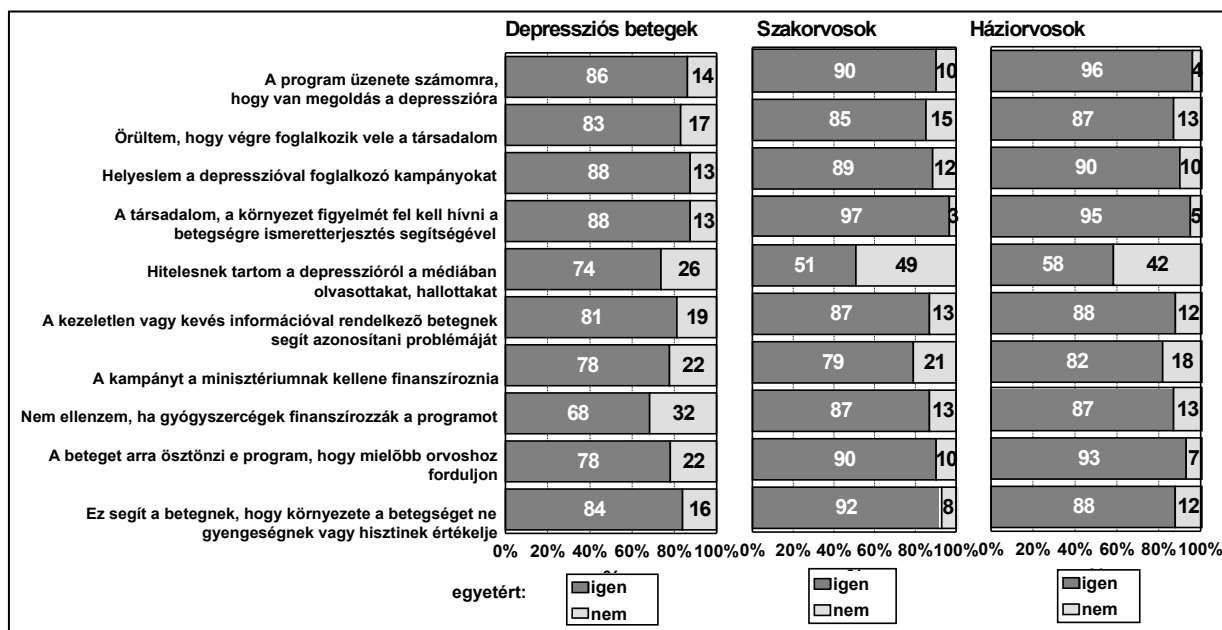


65. ábra

A betegségkampányok következménye az orvosok számára (emlékek %-os megoszlása)
(szakorvosok vs. házi orvosok válaszai)

A fenti ábra jól tükrözi, hogy az orvosok (szakorvos 43%, háziorvos 61%) legnagyobb százalékban azt említették, hogy a **depresszió szélesebb körű kommunikációja** a társadalomban **nagyobb betegforgalomhoz vezetne** a rendelőkben. Kisebbségben vannak azok, akik a kampányok pozitív vonzatait is - könnyebb betegellátás, együttműködő betegek, orvos iránti bizalom növekedése - említették spontán módon. A háziorvosok válaszaikkal konzervatív álláspontot képviselnek a szakorvosokkal szemben.

Bár az orvosok a betegségkampányok közvetlen hatását a betegszám növekedésében látják, összességében pozitívan, támogatólag viszonyulnak hozzá. Minden csoportban 90% közeli az aránya, akik helyeslik a depresszióval foglalkozó kampányokat. Úgy gondolják az ismeretterjesztés segítségével fel kell hívni a társadalom és a környezet figyelmét a betegségre (66. ábra).



66. ábra
 Depresszió betegségkampánnyal kapcsolatos attitűdök
 (betegek vs. orvosok válaszai)

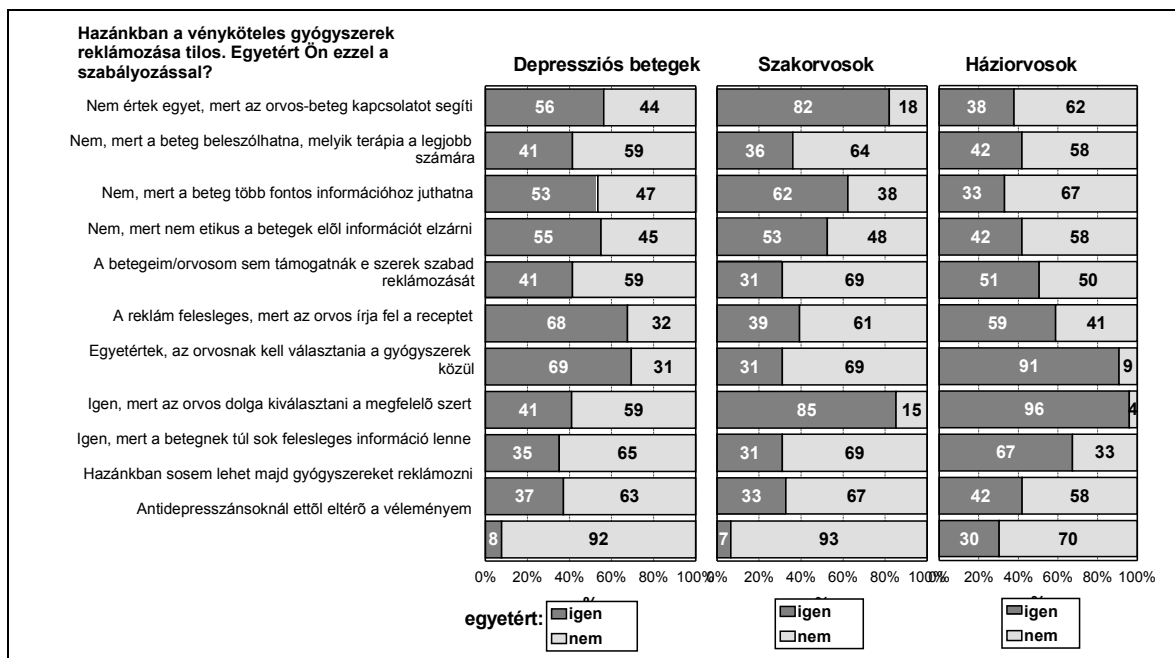
Arra vonatkozóan, hogy a kutatás egyes csoportjai **mennyire tartják hitelesnek a depresszióról a médiában olvasottakat, hallottakat**, érdekes észrevételt tehetünk. Keresztábra elemzéssel a szignifikáns eltéréseket feltárva kiderül, hogy a depressziós betegekhez képest mind a szakorvosok, mind a háziorvosok között szignifikánsan kisebb arányban vannak azok, akik hitelesnek tartják a média információit. Ez azt jelenti, hogy míg a **depressziós betegek többsége (74%) megbízhatónak tartja a médiában elhangzó**

tényeket, addig a szakorvosoknak és háziorvosoknak csaknem fele (49% vs. 42%) kételkedve fogadja azokat, feltehetőleg a szakmai ellenőrzés feltételezett hiánya miatt.

A kampányok Egészségügyi Minisztériumi finanszírozását tekintve az alminták között nincs különbség, a csoportok közel 80%-a egyetértett azzal, hogy a kampányhoz az illetékes minisztériumnak kellene pénz biztosítania. Nagyobb a különbség a megkérdezettek véleményében arról, hogy a gyógyszercégek bevonhatók-e a betegségkampányba. A depressziós betegek közül csak 68% nem ellenzi, hogy gyógyszercégek finanszírozzák a programot, míg a szakorvosok és háziorvosok elfogadóbbak - közöttük ez az arány szignifikánsan magasabb, 87%-ot tesz ki.

2.2.5. Vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűdök

Ebben a fejezetben a kutatás alaposan körüljárja, hogy a felmérés milyen eredményeket hozott a DTC kommunikációval kapcsolatban. Elsősorban a betegek, a szakorvosok és a háziorvosok DTC kommunikációval szembeni attitűdjeinek feltárására volt törekvés. Először az értekezés bemutatja, hogy az adatok egyszerű statisztikai módszerekkel való elemzése milyen eredményt hozott (67. ábra), majd az attitűdállítások alapján végzett klaszteranalízist ismerteti.



67. ábra

Vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűdök (%)
(betegek vs. orvosok válaszai)

2.2.5.1. A depressziós betegek attitűdje

A depressziós betegek körében kapott eredmények azt mutatják, hogy a megkérdezett betegek véleménye megosztott a vényköteles gyógyszerek reklámozását illetően. Sok válasz tekintetében közel fele-fele azok aránya, akik igennel vagy nemmel válaszoltak, vagyis tulajdonképpen el sem utasítják, de nem is támogatják egyöntetűen. 56% értett egyet azzal, hogy a reklámozás segítené az orvos beteg kapcsolatot, 41% szerint a beteg beleszólhatna, hogy melyik terápia a legjobb számára, ezért nem jó a reklámozást tiltó jelenlegi szabályozás. A betegek kb. fele értett egyet a DTCA kommunikációból nyerhető információkra vonatkozóan azzal, hogy azért lenne jó, ha engedélyezett lenne a vényköteles gyógyszerek reklámozása, mert a **betegek több információhoz juthatnának hozzá**. Nem tartják etikusnak a jelenlegi módon az információt elzárni. Kisebbségben (35%) vannak azok, akik szerint ez túl sok információval terhelné meg a betegeket. A **betegek 68%-a feleslegesnek tartja a gyógyszerek márkázott reklámozását, mivel a receptet az orvos írja fel**.

2.2.5.2. A szakorvosok attitűdje

A szakorvosok válaszainak elemzése kapcsán az a következtetés vonható le, hogy nem utasítják el a DTCA kommunikációt. Többségük (82%) úgy gondolja, hogy ez segítené az orvos-beteg kapcsolatot, valamint a beteg ezáltal több fontos információhoz juthatna. Azonban emellett úgy vélik, hogy az orvos dolga kiválasztani a megfelelő szert.

2.2.5.3. A házi orvosok attitűdje

A három almintá közül összességében a házi orvosok azok, akik a **legkevésbé támogatnák**, hogy a vényköteles gyógyszereket reklámozni lehessen. Ennek kettős oka van: egyrészt egyértelműen az orvos hatáskörébe tartozónak tartják a gyógyszerválasztást, másrészt úgy érzékelik, hogy a betegek részéről nincs se igény, se szükség ezekre az információkra, emiatt felesleges.

2.2.5.4. Klaszter elemzése és jellemzése a vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűd alapján

Az elvégzett klaszterelemzés abból a célból készült, hogy a megkérdezetteket a DTC kommunikációval kapcsolatos attitűdjük alapján homogén csoportokba sorolhassuk. Az elemzés elsősorban feltáró szándékkal készült, mivel a minta nem reprezentatív. Az elemzésbe a teljes mintát, vagyis a betegeket, a szakorvosokat és a háziorvosokat egyaránt bevontuk azért, hogy megtudjuk:

- az egyes almintába tartozó megkérdezettek összekeverednek-e? Ha igen, milyen mértékben és mely csoportok lesznek jelen az egyes klaszterekben?
- milyen arányban kerülnek az egyes almintákból a klaszterekbe?
- milyen attitűddel rendelkező csoportok különülnek el egymástól?
- beazonosítható-e olyan csoport, amelyik elfogadó a DTC kommunikáció iránt?

Az elemzés során hierarchikus, összevonáson alapuló klasztermódszert választottunk és a **Ward-féle eljárást** alkalmaztuk, amely minden lépésnél azokat a klasztereket vonja össze, amelyek a klaszteren belüli szórásnégyzetet a legkevésbé növelik. Az alkalmazásba bevont változók mindegyike bináris volt, hiszen a megkérdezett vagy igennel, vagy nemmel válaszolhatott, így a változó 1 vagy 0 értéket vett fel, ezért előzetes standardizálásra nem volt szükség. Távolságmértékként négyzetes euklideszi távolságot használtunk.

A klaszterek számáról az összevonási séma koefficiens értékeit megvizsgálva döntöttünk, amely azt mutatta, hogy a legcélszerűbb **két klasztert** létrehozni, mivel az utolsó összevonásnál észlelhető a legnagyobb növekedés a koefficiens értékében. E döntés értelmében az elemzés végeredményeként két, nagyjából megegyező méretű klaszter jött létre az esetek csoportosításából.

A klaszterek jellemzéseiként az előzetes várakozásaimnak megfelelően **az egyik klaszterbe olyan válaszadók kerültek, akik összességében elfogadólag, pozitívan viszonyulnak a DTCA reklámozáshoz**, míg a másik klaszterbe túlnyomórészt olyan kérdezettek találhatók, akik negatívak és elutasító hozzáállással állnak a témához. A részletes eredményeket a 23. táblázat foglalja össze.

23. táblázat

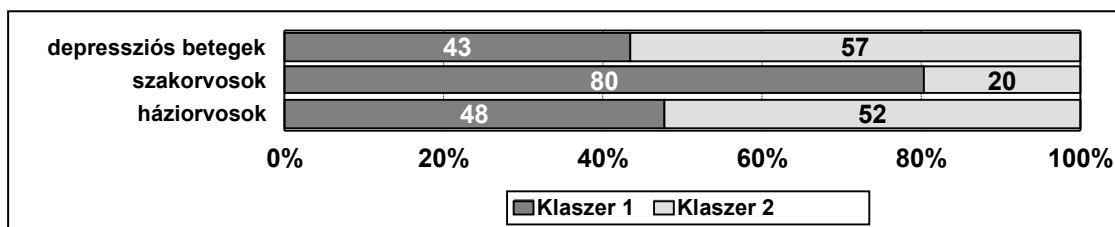
A DTCA reklámozást elfogadók és elutasítók aránya (%)

	Klaszter 1	Klaszter 2
	DTC kommunikációt elfogadók	DTC kommunikáció elutasítók
Hazánkban a vényköteles gyógyszerek reklámozása tilos. Egyetért Ön ezzel a szabályozással?	(igen) %	(igen) %
Nem értek egyet, mert az orvos-beteg kapcsolatot segíti	81	31
Nem, mert a beteg beleszólhatna, melyik terápia a legjobb számára	65	16
Nem, mert a beteg több fontos információhoz juthatna	77	23
Nem, mert nem etikus a betegek elől információt elzárni	55	50
A betegeim/orvosom sem támogatnák e szerek szabad reklámozását	52	32
A reklám felesleges, mert az orvos írja fel a receptet	42	78
Egyetértek, mert az orvosnak kell választania a gyógyszerek közül	46	90
Igen, mert a betegek túl sok felesleges információ lenne	48	36
Hazánkban sosem lehet majd gyógyszereket reklámozni	36	40
A depresszió elleni készítményeknél ettől eltérő a véleményem	16	11
N=	187	183

Az első klaszterbe sorolt, a fogyasztónak szóló közvetlen kommunikáció mellett állást foglalo válaszadók azért nem értenek egyet a jelenlegi szabályozással, mert túlnyomó részük (81%) úgy véli, hogy a DTCA reklámozás segítené, magasabb szintre emelhetné az orvos-beteg kapcsolatot. 77%-uk értett egyet azzal az állítással, hogy így a betegek több információhoz juthatnának. Többségük (65%) helyeselné, hogy a beteg beleszólhasson, hogy melyik terápia a legjobb számára, és ezt a szabad reklámozás elősegítené. Ebbe a klaszterbe került a depressziós betegek 43,4%-a, a szakorvosok 80,3%-a, a házi orvosok 47,7%-a (67. ábra) (20. melléklet). A számokból tehát kitűnik, hogy a vényköteles gyógyszerek reklámozása erősen megosztja a betegeket is, és a házi orvosokat is. A szakorvosok esetén viszont elmondható, hogy többségük ebbe a klaszterbe került: azaz elfogadják, támogatják a gyógyszerek DTCA reklámozását.

A második klaszterbe azok a megkérdezettek sorolódtak, akik elutasítják a gyógyszerek DTCA reklámozását. Az elutasítás elsődleges oka, hogy véleményük szerint az orvos feladata az, hogy válasszon a gyógyszerek közül, ezért 90%-uk egyetért a jelenlegi szabályozással. Mivel az orvos írja fel a receptet, többségük feleslegesnek ítéli meg a fogyasztók, betegek felé történő reklámozást. Ez a csoport nem látja a DTCA reklámozás

esetleges pozitív hatásait a beteg edukáció tekintetében sem, mert szerintük a reklámok által nem jutna több fontos információ a betegekhez. Ebbe a klaszterbe a depressziós betegek 56,6%-a, a szakorvosok 19,7%-a, a házi orvosok 52,3%-a került (68. ábra).



68. ábra

Az egyes alminták százalékos megoszlása klaszter szerint

A klaszterek között nem találunk szignifikáns különbséget a következő állítások tekintetében: „nem, mert nem etikus a betegek elől információt elzárni”, hazánkban sosem lehet majd vényköteles gyógyszereket reklámozni”, valamint „a depresszió elleni készítmények esetén ettől eltérő a véleményem” (vagyis a depresszió elleni készítmények esetén nem értek egyet a jelenlegi szabályozással). Ez azt jelenti, hogy ezek az állítások nem játszottak szerepet az egyes mintaelemek klaszterbe történő besorolása során. **A két klaszterben közel megegyezik azok aránya (40% vs. 36%), akik szerint Magyarországon soha nem lesz engedélyezett a vényköteles gyógyszerek reklámozása.**

3. A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE, FŐ KUTATÁSI EREDMÉNYEK

H 1. A szakorvosok és házi orvosok egyaránt érzékelik, hogy a betegek információs igénye növekedett az elmúlt időszakban.

Szerző feltételezte, hogy a nemzetközi trendekkel összhangban hazánkban is növekedett a betegek információs igénye, amelyet a szakorvosok és házi orvosok többsége érzékel a munkája során. **A szakorvosok 83,6%-a, a házi orvosok 72,7%-a nyilatkozott úgy, hogy észlelt ilyen irányú változást, vagyis véleménye szerint növekedett a páciensek információs igénye.** A kérdésre adott válaszokat oly módon lettek átkódolva, hogy az igen 100, míg a nem válasz 0 értéket vegyen fel. Az igen válaszok aránya ily módon megegyezik a változó átlagával az egyes almintákon. Az átlagokra 95%-os konfidencia-intervallumot számolva a szakorvosok esetén az alsó határa 74,05, felső határa 93,17. A házi orvosok esetén az alsó határ 63,8, felső határ 81,66. Az adatokból kitűnik, hogy az alsó korlát is meghaladja az 50%-os értéket. Ezen felül t-próbát alkalmaztunk, amelyben az 50%-os értéket teszteltük. Az eredmény szakorvosok ($t=7,031$ $p=0,000$) és a házi orvosok ($t=5,052$ $p=0,000$) esetén is alátámasztotta az eddigieket (17. melléklet).

Ebből következően ezt a hipotézist elfogadhatjuk.

H 2. A DTC kommunikáció keretében valamennyi érintett csoport 40%-nál nagyobb arányban támogatja a depresszióval foglalkozó betegségek kampányokat.

Szerző feltételezte, hogyha az FDA (2003) adatai alapján az amerikai orvosok 40%-a szerint a DTCA pozitív hatással volt a praxisukra és a betegeikre, akkor valószínűleg hazánkban is az alminták minimum 40%-a helyeselni fogja a betegségek kampányokat. Azokat tekintette a DTC kommunikáció támogatóinak, akik **helyeselték a depresszióval foglalkozó betegségek kampányokat.** Arányuk a betegek csoportjában **87,5%**, a szakorvosokéban **88,5%**, a házi orvosokéban pedig **90%**. Bár nyilvánvaló, hogy ez az arány minden csoportban lényegesen magasabb 40%-nál, hogy statisztikai módszerrel is igazoltuk a hipotézist, t-próbát alkalmaztunk. A próba minden csoportban igazolta a hipotézist (depressziós betegek $t=16,933$, $p=0,00$, szakorvosok $t=9,363$ $p=0,000$, házi orvosok $t=13,266$ $p=0,000$) (18. melléklet).

Ebből következően ezt a hipotézist elfogadhatjuk.

H 3. A depressziós betegek mielőbbi orvoshoz jutását elősegíti, ha rendelkeznek bizonyos ismerettel a betegségről.

Ennek a hipotézisnek a vizsgálatával szerző megerősítést kívánt nyerni, hogy **van kapcsolat a depresszióról való ismeretek megléte és a tünetek megjelenésétől az orvoshoz való fordulásig eltelt idő között**. Azt volt a feltételezés, hogy azok a depressziós betegek, akik rendelkeztek információval a depresszióról, korábban fordultak orvoshoz, mint az ismeretekkel nem felvértezett társaik. A depressziós betegeket két csoportba lettek osztva. Az egyik csoportba azok kerültek, akik - amikor orvoshoz fordultak - semmit sem tudtak a depresszióról. A másik csoportba a betegségről a legalább keveset (keveset, közepeset, sokat vagy mindent) tudók kerültek. A két csoportot varianciánálizissel (ANOVA) hasonlítottuk az orvoshoz fordulásig eltelt időt tekintve. Az analízis szignifikáns eltérést tárt fel ($p=0,000$). **A betegségről semmit sem tudók körében átlagosan 3 év és 1 hónap telt el, mire ellátáshoz jutottak (az értékek nagy szóródást mutatnak, szórás=71,60). A depresszióról legalább némi információval rendelkezők körében kapott átlagérték (1 év 2 hónap).**

Az adatok alapján a hipotézis elfogadhatjuk.

H 4. Az orvos-beteg kommunikációt segíti, ha a betegek ismerettel rendelkeznek a depresszió betegségről.

Az előző hipotézis vizsgálatához hasonlóan a különbséget a depressziós betegek azon két csoportja között lett vizsgálva, amelyek eltértek az orvoshoz fordulás előtti depresszióval kapcsolatos ismeretek megléte szempontjából. A feltételezés szerint azok, akik rendelkeztek valamilyen információval a depresszióról, magasabb szintűnek érzékelték az orvos-beteg kommunikációt, jobban megértették az orvos által elmondottakat. Akik pedig semmilyen információval nem rendelkeztek, szignifikánsan kisebb arányban említik, hogy a pszichiáter/neurológus ellátta őket a következő információkkal:

- taglalta a depresszió jelentését, okát.
- kifejtette milyen terápiás módszerek lehetségesek a gyógyuláshoz.
- bevonta a gyógyszerválasztás döntésébe.
- felvilágosította miért azt a gyógyszert írta fel.
- elmondta a gyógyszer előnyeit és hátrányait.
- elmagyarázta a készítmény adagolását.
- közölte mikorra várható a tünetek javulása.

Keresztábra elemzéssel azt eredményezte, hogy nincs összefüggés az informáltság és annak említése között, hogy az orvos:

- taglalta a depresszió jelentését, okát ($\chi^2=1,428$, $p=0,232$)
- kifejtette, milyen terápiás módszerek lehetségesek a gyógyuláshoz ($\chi^2=3,104$, $p=0,078$)
- bevonta a gyógyszerválasztás döntésébe ($\chi^2=2,862$, $p=0,091$)
- felvilágosította, miért azt a gyógyszert írta fel ($\chi^2=1,425$, $p=0,233$)
- elmondta a gyógyszer előnyeit és hátrányait ($\chi^2=1,422$, $p=0,233$)
- közölte, mikorra várható a tünetek javulása ($\chi^2=0,456$, $p=0,500$)

Összefüggés egyetlen egy állítás esetén volt. A keresztábra elemzés szignifikáns összefüggést igazolt ($\chi^2=5,550$, $p=0,018$) a beteg informáltsága és aközött, hogy az orvos elmagyarázta a készítmény adagolását. A standardizált korrigált reziduumok értéke -2 és $+2$ fölötti értéket vett fel, ami szintén alátámasztja az összefüggést. Az adatok azt mutatják, hogy akik rendelkeztek már valamilyen információval, szignifikánsan nagyobb arányban említették, hogy az orvos elmagyarázta a készítmény adagolását (42,6% vs. 60,1%).

Összességében azonban a hipotézis nem fogadható el, mert csak egyetlen egy állítás esetén igazolódott, hogy van összefüggés az előzetes informáltság és az orvos-beteg kommunikáció szintje között.

H 5. Az orvosok tudatában vannak, hogy elsősorban az elektronikus és a nyomtatott média közvetítésével jutnak ismeretekhez a betegek a depresszióról.

A kutatásból kiderült a depressziós betegek elsődleges információs forrása az elektronikus és a nyomtatott média. 93,3%-uk említette, hogy innen jutott információhoz, míg a környezetet (család, barátok) mindössze 46%, az orvosokat pedig 53,6%-uk nevezte meg. A szakorvosok és háziorvosok körében egyaránt azt teszteltük, hogy szignifikánsan nagyobb arányban említették-e a médiát a környezetnél és az orvosoknál. A létrehozott változóknál a 100 jelölte az említést, 0 a nem említést. Páros t-teszt szignifikáns eltérést tárt fel. Az eredmények alapján a szakorvosok körében a média említése (96,7%) szignifikánsan magasabb a környezet (80,3%) említésénél ($t=3,081$, $p=0,003$), mely igaz a háziorvosok esetén is (99% vs. 72%) ($t=6,051$, $p=0,000$). Az orvosi információs forrás szintén szignifikánsan alacsonyabb a médiánál mindkét orvosi almintán (szakorvosok: 96,7% vs. 60,7%, $t=5,444$, $p=0,000$) (háziorvosok: 99% vs. 63%, $t=7,462$, $p=0,000$) (19. melléklet)

Az eredmények alapján a hipotézist elfogadhatjuk.

H6. A szakorvosok többsége egyetért azzal, hogy a depresszióval kapcsolatos betegség-

kampányokat elsősorban az Egészségügyi Minisztériumnak kellene finanszíroznia.

Azoknak a szakorvosoknak az aránya, akik egyetértettek azzal az állítással, hogy a depresszióval kapcsolatos betegségkampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia 78,8%. Ellenőriztük t-próbával, hogy ez az érték szignifikánsan meghaladja-e az 50%-ot, azaz igaz-e, hogy a szakorvosok többsége szerint az Egészségügyi Minisztérium feladata a kampány finanszírozása (20. melléklet).

Az eredmény igazolta a hipotézist ($t=5,427$, $p=0,000$), így azt elfogadhatjuk.

H 7. A betegségkampányok hatását a szakorvosok többsége a növekvő betegszámban látja, mely nehezíti mindennapi munkáját.

Azon szakorvosok lettek idesorolva, akik: a./ a betegségkampányok elsődleges hatását a növekvő betegszámban látják b./ az adott kérdésre válaszként a nagyobb betegforgalmat, több kivizsgálást említették c./ úgy vélik az orvos munkája nehezebb lesz (több idő, több teher). Ezen szakorvosok aránya összesen 49,2%. A hipotézist binomiális próba nem erősítette meg, hogy ez az arány szignifikánsan eltérne az 50%-tól.

Tehát nem jelenthető ki, hogy az orvosok többsége a növekvő betegszámban látja a betegségkampány elsődleges hatását, ezért ezt a hipotézist elvetettük.

H 8. A receptköteles gyógyszermarkák betegeknek szóló reklámját egyelőre az orvosok egy szűk köre kész elfogadni, lényegében egyetértenek a jelenlegi szabályozással.

E hipotézis kapcsán vissza kell utalni a vényköteles gyógyszerek DTCA reklámjával kapcsolatos attitűd alapján történő két klaszter bontásra. Az első klaszterbe azok kerültek, akik elfogadóan viszonyulnak a vényköteles gyógyszerek DTCA reklámjához, a másodikba az azt elutasítókat. Az adatbázisban a klaszter változója 2 értéket vehetett fel, 1-est vagy 2-est. A szakorvosok 80%-a került az 1. klaszterbe, 20%-a a 2. klaszterbe. A házi orvosok 48%-a tartozik az 1. klaszterbe, 52% a 2. klaszterbe (17. ábra). Ezt a nem paraméteres próbák közül a binomiális próba alkalmazásával igazoltuk.

A szakorvosok esetén a hipotézist el kell vessük, hiszen többségük támogatja a márkázott DTCA reklámozást.

A házi orvosok esetén szintén elvetettük a hipotézist, mert itt sem volt igazolható, hogy a

48%, aki támogatja az etikus szerek DTCA reklámját, szignifikánsan a kisebbséget képviseli

H 9. A receptköteles gyógyszer márkák betegeknek szóló reklámját a depressziós betegek kisebbik része igényli. Elfogadják tehát a jelenlegi helyzetet, hogy az orvos leginkább egyedül dönt a gyógyszerválasztásról.

Szintén a klaszterbe való tartozás alapján lett definiálva, hogy az adott depressziós beteg elutasító vagy támogató a vényköteles gyógyszerek DTCA reklámozásával kapcsolatban. Az 1. klaszterbe a betegek 43%-a került, ők elfogadónak tekinthetők. A nem paraméteres próbák közül a binomiális próbát alkalmaztuk annak meghatározására, hogy a depressziós betegek között az elfogadók aránya szignifikánsan kisebb-e mint 49%, azaz valóban a kisebbik része igényelné a DTCA reklámozást. A próba eredménye ezt mutatta ($p=0.056$), hogy nem jelenthető ki, hogy a betegek kevesebb, mint 49%-a tartozik az elfogadók közé (21. melléklet).

Ennek fényében a hipotézist elvetettük.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás bebizonyította, hogy mind a depressziós betegek, mind az orvosok almintái nyitottak a DTC kommunikáció irányába. Nagyarányú nyitottság elsősorban a betegségkommunikáció terén jellemző. Az alminták mindegyikében **90% közeli azok aránya, akik helyeslik a depresszió felvilágosító kampányokat** és úgy gondolják az ismeretterjesztés segítségével fel kell hívni a társadalom, a páciens és környezete figyelmét a betegségre.

A vényköteles gyógyszerek fogyasztói reklámozása kapcsán már árnyaltabb képet kapunk. Közelítőleg fele-fele arányt teszik ki azon betegek, akik pozitívan viszonyulnak a vényköteles gyógyszerek DTCA reklámozásához, és azok, akik elutasítják ezt. **Ennek hasznát leginkább a több információhoz való jutásban és az orvos-beteg kapcsolat ösztönzésében látják.** A háziorvosok felemásan állnak a kérdéshez. A szakorvosok bizonyultak a legnyitottabbnak a DTCA reklámozás felé, akik 82%-a szerint az orvos-beteg kapcsolatot segítené és a beteg több információhoz juthatna. E kommunikációt elutasítás háttérében jellemzően az áll, hogy szerintük az orvos dolga a gyógyszerválasztás és a csoporton belül az orvosok gyógyszerválasztási jogának csorbulásától tartanak. Ez a csoport nem látja a reklámozás pozitív hatásait a beteg edukáció tekintetében, mert ez úton a beteg több fontos információhoz úgysem jutna. Az elfogadók és az elutasítók csoportjában közel megegyezik azok aránya (40% vs. 36%), akik szerint **Magyarországon soha nem lesz engedélyezett a vényköteles szerek reklámozása.**

A vizsgálat feltárta, hogy a különböző alminták becslései megegyeznek abban, hogy a kezeletlen páciensek aránya megközelítőleg 50%. A kezeletlenség oka az, hogy a beteg és a környezete nem ismeri fel a betegséget. A következő eredmények igazolták ezt az adatot. A betegek bevallása szerint átlagosan 2 év telik el a tünetek jelentkezése és az orvosi segítség között. A háziorvosok és szakorvosok percepciója ennél sokkal optimistább (6 hónap vs. 9 hónap). Az első vizitkor a betegek percepciója szerint 59%-uk keveset vagy semmit sem tudott a depresszióról, az orvosok percepciója ennél magasabb, a háziorvosoké 68%, a szakorvosoké a legpesszimistább 75%. **A felmérés igazolta, hogy a betegségről semmit sem tudók körében az orvoshoz jutás ideje hosszabb, 3 év 1 hónap telik el mire ellátáshoz jutottak.** A kutatás bebizonyította, hogy a betegségről valamelyest tájékozott betegek hamarabb fordultak orvoshoz, amely egyértelmű indikáció arra nézve, hogy egy

depresszióval foglalkozó betegségkampány segíti a kezeletlen betegek orvosi segítséghez való jutását és egyértelműen pozitív hozadékkal jár a társadalom számára.

Azonban arra is fény derült, hogy a páciensek 46%-a először családtagjaival osztja meg a problémáját. Szeretteiknek az első szimptóma után már megfogalmazzák depressziós tüneteiket, mely megerősíti a betegek mellett a **családtagjaik, környezetük megszólításának fontosságát egy betegségkampányban. Tájékoztatásuk, biztatásuk gyorsíthatná a beteg orvoshoz jutását és az orvos bevonását a kezelésbe még a tünetek elhatalmasodása és elviselhetetlenné fajulása előtt.** A szakorvosok 56%-a a házi orvosok hiányos ismereteit okolja a depresszió betegség terén abban, hogy a betegek nem kapnak adekvát kezelést. **E helyzetet a családorvosok intenzív továbbképzése és az un. konzultációs-kapcsolati pszichiátria - szakellátás és alapellátás szoros együttműködése - országos kiszélesítése orvosolhatná.** A betegség felismerése házi orvosi szinten azért is kiemelten fontos, mert a házi orvosok szerint a betegek 83%-a közvetlenül hozzájuk fordul és megvalósulhatna más országok gyakorlata, miszerint a depressziós betegek kezelőorvosa elsősorban a házi orvos, a komplikált, terápia rezisztens vagy az önmagát veszélyeztető beteg kerül szakorvoshoz (Faludi 2003), amivel jelentős kapacitás szabadulna fel új betegek fogadására.

A kutatásban beigazolódott az a nemzetközi trend, hogy **hazánkban is nőtt a páciensek betegségre vonatkozó tájékoztatási igénye** az orvosok percepciója alapján (84% vs. 73%). A felmérés tanulmányozta az orvos-beteg kapcsolat milyenségét a kommunikáció oldaláról. A betegek és az orvosok percepciója jelentősen különbözött abban a kérdésben, hogy az orvos milyen információval látja el a páciens első vizitkor. Általánosságban a betegek jóval kisebb hányada emlékezett arra, hogy hozzájutott a vizsgált információkhoz. Az is lehetséges, hogy az orvos tájékoztatta ugyan a betegeket, de azt a páciens számára nem érthető módon tette, mely felveti a beteg és orvos által használt nyelvezet közötti információs szakadékot. **E tény az orvos-beteg kommunikáció fejlesztésének szükségét indokolja két oldalról, egyfelől az orvosok kommunikációs tréningeken való továbbképzését, másfelől a betegek széleskörű edukálását a szakma, és a média bevonásával.**

A kutatás foglalkozik az orvos által tájékoztatásra fordított valós és ideális idővel. A páciensek az első vizit időtartamára vonatkozó becslése alacsonyabb a szakorvosokénál, ahol elsősorban a betegségről és a terápiáról esik szó. Mindhárom csoport keveselte a tájékoztatásra fordított időt. Holott az orvosok belátták, hogy a betegek jobban igénylik

tájékoztatásukat, mégis a napi munkában erre gyakran nincs lehetőségük. **Az egészségügyi gyakorlatban az orvos-beteg limitált találkozásának idejét tartalmasabban lehetne felhasználni, ha a laikus már bizonyos mértékig tájékozottan, felkészülve menne a vizitre.**

A tanulmány az antidepresszánsokkal kapcsolatos attitűdöket is elemzi. Az alminták mindegyikében a legfontosabb elvárás a gyógyszer hatékonysága, majd a kevés mellékhatás. Az orvosok általában nagyobb elvárásokat feltételeztek a betegektől a szerek tekintetében, azonban alábecsülték a részletes gyógyszertájékoztatásra való nyitottságukat. **A készítmény dobozában elhelyezett betegtájékoztatót a betegek érdeklődve olvassák, azonban az orvosnak nincs ideje kielégítő magyarázatot adni kérdéseikre, mely igényt egy hatékony depresszió kampány kielégíthetné.**

A betegségkampánnyal kapcsolatos attitűdöket tanulmányozva a **betegek többsége, 93%-a találkozott a tömegmédiában a depresszióval kapcsolatos információval**, műsorral, cikkel. Ezzel szemben az orvosok alábecsülik a média szerepét, többségük azt feltételezi, hogy a depresszióról szóló információt a beteg a környezetétől hallja. A páciensek többsége (74%) megbízhatónak tartja a médiában elhangzottakat az orvosokkal szemben (42%-49%). **A tömegmédián keresztül érhetjük el leginkább a célcsoportot, azonban az orvosszakma számára biztosítani kell a szakmai ellenőrzés lehetőségét azért, hogy a páciens számára kizárólag szakmailag kontrollált, valós információ juthasson el.**

Egy elkövetkező betegségkampány megtervezéséhez is hasznos információkat szolgáltatott a kutatás. A kampánynak a betegeken kívül meg kell szólítani a páciens környezetét. **Elsősorban a szakorvosok azok, akik egy kampány keretében hitelesen közvetíthetnék az emberek felé a depresszióval kapcsolatos információkat.** Bevonásuk a kampányba azért is különösen fontos, mert ők azok, akik a média által közvetített ismereteket legkevésbé fogadják el, amely utalás arra nézve, hogy szívesen betöltenék a felügyeleti szerepet. **A betegek igénylik a kampányban egy depressziós személy megszólalását és számukra a betegség destigmatizációját segítené, ha ismert emberek megosztanák problémájukat a laikusokkal.**

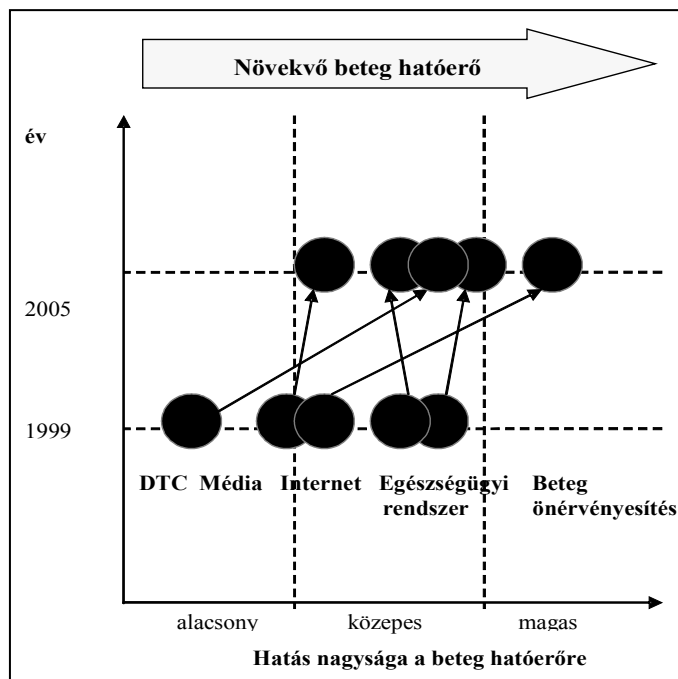
A betegségkampány keretében elsősorban olyan a depresszióra vonatkozó alapvető információk megismertetésére van szükség és igény, mint a betegség tüneteinek, okának leírása és esetleg a kezelés módjainak, alternatív gyógymódok bemutatása. Egyértelmű igény

mutatkozott az ingyenes információs telefonszám üzemeltetésére is. A megkérdezettek körében általános, hogy a betegségkampány finanszírozása és végrehajtása elsősorban állami feladatnak tekinthető. A válaszadók közel 80%-a gondolja úgy, hogy az Egészségügyi Minisztériumnak kellene erre a forrást biztosítani. Az orvosok azonban attól sem zárkoznának el, hogy gyógyszercégek is részt vállaljanak a finanszírozásban. A betegek 68%-a, az orvosok szignifikánsan magasabb aránya, 87%-a megengedő ebben a kérdésben.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a kutatás elérte kitűzött céljait. Beigazolódott, hogy a DTC kommunikáció, elsősorban a betegségismertető kampány növeli a depresszió ismertségét, a pácienseket támogatja a tünetek felismerésében, tájékoztatja a lehetséges gyógymódokról, átsegíti a kommunikációs nehézségen az orvos-beteg kapcsolat során, segíti a stigmák és a szégyenérzet leküzdését és mindezzel a társadalom számára pozitív hozadéka van.

A jövőről egy idealisztikus, de összefogással lehetséges képet szeretnék felfesteni az értekezés témájával kapcsolatosan. A jövőre nézve a **beteg növekvő hatóerejét** prognosztizálhatjuk önérvényesítő erején és az egészségügyi rendszerben történő reformokon keresztül (69. ábra). A **betegjogi képviseleti rendszer** fejlődése nagy valószínűséggel az egészségügyi törvény módosítását hozza magával, mely a valóságban is lehetővé teszi a betegek tájékoztatására fordított idő bekerülését az ellátás idejébe. E szabályozás támogatja azt, hogy az orvosok elfogadják a betegek tájékoztatási igényének szükségességét és a betegek tájékoztatási jogának pontos betartását.

Az **interneten és a médiában** informálódó beteg az orvosánál továbbtájékozik, a orvos a kezelési módokat megosztja betegével, komplett kezelési stratégiát ismertet, azonban a beteg önrendelkezési joga alapján az orvosával közösen eldönti, melyik ellátást veszi igénybe. A gyógyulásba bevont páciens immáron aktív résztvevője egészsége fenntartásában és megőrzésében, önbizalma épül, kiszolgáltatottsága csökken, az orvos-beteg bizalmi, kétoldalú és egyenrangú viszonya visszaáll, mitöbb tovább szélesedik az orvos-beteg-gyógyszerész kapcsolati hálóval. E folyamatot segíti az internet további térhódítása és a média bekapcsolódása. A Malajziai betegtájékoztató modellhez hasonló rendszert adaptálják hazánkban, ahol interneten a páciens az összes vizsgálati eredményéhez, orvosi véleményéhez, és diagnózishoz hozzáférhet, megbízható módon, személyes adatainak védelmében (Nagy 2006).



69. ábra

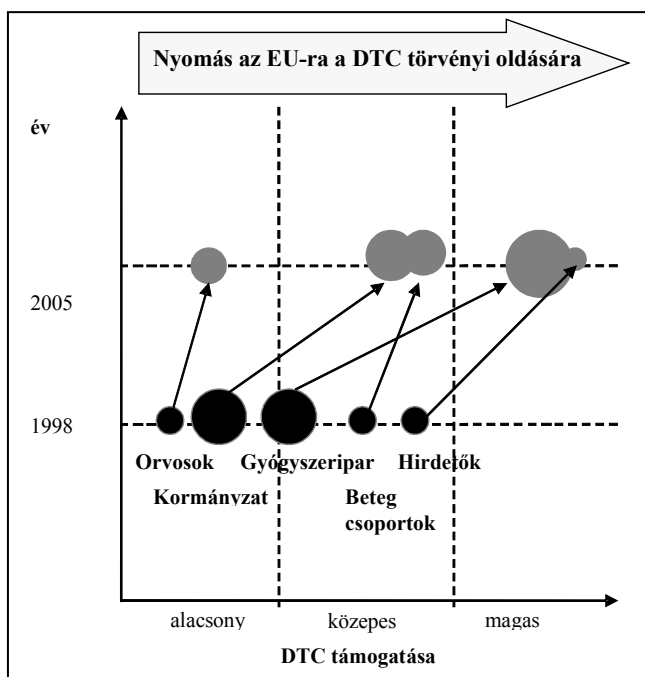
A beteg hatóerőt erősítő tényezők (Reuters 2000)

Napi 500 000 patikus-fogyasztó (beteg) kontaktus lévén az eddigi orvos-beteg kétoldalú kapcsolat háromoldalúvá, **orvos-beteg-gyógyszerész együttműködéssé** módosul (Potz 2005). A patikák az eladói szerepből szolgáltatóvá alakulnak át. Közegészségügyi szerepüket betöltve létrejön széles spektrumban a **gyógyszerészi gondozás**. A beteg életminőségének javulása céljából egy követő szakértői rendszerben a beteg érdekét szemmel tartva megvalósítják az alábbiakat (Potz 2005):

- Ismeretek megosztása a fogyasztóval a gyógyszerválasztásra, az előnyökre és kockázatokra vonatkozóan.
- Beteg edukálása a helyes gyógyszeralkalmazásról, öngyógyításról, gyógyszerkölcsönhatásokról stb.
- Az egészséges életmód promótálása.
- A beteg-együttműködés javítása tájékoztatás útján.
- Ellenőrzése, hogy a beteg hasznélvezője-e a gyógyszerkezelésnek.
- A gyógyszerhasználat végeredményének értékelése a beteg számára.

A **patikák** versenyhelyzete kikényszeríti, hogy a patikusok személyes és telefonos tanácsadókká és a beteg menedzsment részesévé váljanak. Kibővített gyógyszerészi szolgáltatások alkalmazásával komputerezált beteg profilokat hoznak létre a betegek gyógyszereszedési szokásainak megismeréséhez és egészségi állapotuk monitorozásához.

A gyógyszeripar nagyfokú lobbijereje, az erősödő beteg hatóerő, a betegcsoportok, a média és a hirdetőik érdekei a DTC törvényi oldását hozzák napvilágra (70. ábra).



A DTC kommunikációt támogató kör alakulása (Reuters 2000)

A DTC kommunikáció lehetséges formáinak (DTCA, DTP, kvázi DTC) pontos szabályozása és kontrollja megszületik, melyben az egészségnevelés értéke felülemelkedik a promóciós értékén. A DTC kommunikáció a gyógyszeripari marketing integrált részévé válik és a végfelhasználó, a beteg fő célcsoportként bekerül a mindennapi üzleti döntéshozásba. Szerző optimistábban vélekedik Szántó (2001) meglátásánál, miszerint a szabályozók kényszerítik ki majd, hogy a gyógyszeripar szem előtt tartsa a beteg érdekeit. Bízunk abban, hogy a gyógyszeripari döntéshozók meglátják az ipar felelősségét és végre ráébrednek a tényre, hogy a betegek igényeit és érdekeit szem előtt tartva, számukra korrekt széleskörű egészségnevelést végezve is elérhetik üzleti céljaikat.

A **kormányzat** felismeri, hogy a depresszió a fejlett társadalmakat és gazdaságokat jelentősen érintő betegség. Még idejében elkezd szakmailag és anyagilag támogatni a közösségi alapú intervenciót és az integrált depresszió ismeretterjesztő kampányokat. Széles körben megkezd a betegegyüttműködési, beépíti az **egészségügyi műveltség** megszerzését az iskolarendszerbe és az egészségügyet óvodás kortól oktatják. Tudván, hogy a prevenció

önmagában nem elégséges a depresszió felszámolásához a társadalmi folyamatokba beavatkozik, és intézkedéseket tesz a szociális biztonság növelésére, a környezeti hatások kiküszöbölésére, a hitrendszer megerősítésére (Kincses 1994), a munkanélküliség, szegénység csökkentésére.

A fentebb vázoltak megvalósítása szakmailag hitelesen tájékoztatott, aktív beteghez vezet, fejlődik az egészségtudatosság, a lakosság egészség-érték attitűdje formálódik, a beteg-együttműködés javul, a helyes gyógyszerhasználat kialakul, a mellékhatások és a költségek csökkennek és növekszik a bizalom az egészségügy szereplői iránt.

Hazánk betegei, de talán még Európa lakosai, sem mentálisan, sem érzelmileg nincsenek felkészülve a vényköteles gyógyszerek reklámozásra, mely bevezetését több éves és sokoldalú kormányzati edukációs munkának kellene megelőznie olyan alapinformációkról, mint vényköteles gyógyszer, helyes gyógyszerhasználat, gyógyszerkölcsönhatások, kockázatok és mellékhatások és így tovább fogalmak. A betegségkampányok, így a depresszió felvilágosító kampány a mai magyar valóságban jobban szolgálja a betegek érdekét, mint a termékekről szóló hirdetések.

5. SUMMARY

Based on research, it may be claimed that both depressed patients and the group of physicians are receptive to DTC communication. A high degree of receptiveness characterises the disease communication primarily. In each sub-sample, the ratio approximates 90% of those applauding depression awareness campaigns and believing that the attention of society, patients and environments thereof may be drawn to this illness.

The picture on consumer advertisements of ethical drugs is somewhat more varied. Approximately half the patients relate positively towards the DTCA advertising, while the other half reject it. The benefit is mainly seen in access to more information and in facilitating the physician-patient relation. General Practitioners (GPs) have a harlequin attitude to this question, specialist physicians have proven to be more receptive to DTCA advertising. 82% of them believed that it would facilitate the physician-patient relation and would allow patients to access more information. In the background of rejection it is that the physician's responsibility to select the drug and they are afraid of the physicians' right of selection of pharmaceutical being impaired. This group does not see the positive impacts of advertising in terms of patient education because patients would not access more important information in this manner. In the groups of accepters and of rejecters, the ratio of those believing DTCA would never be authorised in Hungary are nearly the same (40% vs. 36%).

The survey has revealed that the estimates of various sub-samples agree on that the ratio of untreated patients approximates 50%. The reason for lack of treatment is that the patient and their surroundings fail to recognise the illness. The following findings have evidenced this piece of data: patients admit that, on average, two years elapse between the appearance of symptoms and the assistance from a physician.

According to patients' perception, upon their first visit, 59% of them knew few or nothing about depression; physicians' perception is higher than that, 68% for GPs and 75% for specialists as the most pessimistic. The survey has evidenced that the time to reach a physician is longer among those knowing nothing about the illness; 3 years and 1 months elapse before they receive care. Research has proven that patients informed about the illness somewhat have contacted a physician sooner, which is a clear indication that disease campaigns on depression facilitate the access of untreated patients to assistance from physicians and entail

straightforward positive results to society as a whole.

It has however surfaced that 46% of patients first share their problem with their family members. They tend to utter their depression symptoms to their beloved ones, which emphasises the importance of addressing the surroundings of the patients in the campaign. Their informing and encouragement could accelerate patient's access to physicians and the engagement of physicians in treatment before the symptoms proliferate and become unbearable. 56% of specialist physicians blame the gaps in the knowledge of GPs in the field of depression whereat patients do not receive adequate treatment. This situation could be remedied by intensive training courses for GPs and by so-called consultation-relation psychiatry nationwide. Illness recognition is also a priority because GPs believe that 83% of patients turn directly to them. So thus the practices of other countries could be adopted whereby only complicated, therapy-resistant or self-threatening patients are directed to specialist physicians (Faludi 2003), that would release substantial capacities of GPs to receive new patients.

Research has demonstrated the international trend that the patient demand for information on the illness has grown in Hungary as well, according to physicians' perception (84% vs. 73%). The nature of the physician-patient relation in terms of communication has also been studied. The perception of patients and physicians diverge significantly in the issue of what type of information physicians provide with upon their first visit. In general, a much lesser patients recalled receiving any information from their doctor than practitioners can recall. It is possible that the physician had informed the patient, but not in a manner comprehensible by the patient, which raises the importance of improving physician-patient communication by communication training of physicians and by comprehensive education of patients through media.

The research deals with the actual and the ideal time devoted by a physician to informing. Estimates by patients of the duration of first visits are lower than those of specialist physicians when it mainly comes to the illness and the therapy. All three groups have found the time spent on informing too few. In health care practice, the limited time of physician-patient encounters could be used more in depth if the laymen would attend the visit better informed and prepared with the help of DTC campaigns.

This study also analyses attitudes towards antidepressants. The most important

expectation in each sub-sample is the effectiveness of the drug, then the few side effects. Physicians have generally assumed higher expectations from patients in terms of the drugs, however, underestimated their receptiveness to detailed information.

When studying attitudes towards disease awareness campaigns, the majority of patients (93%) saw information on depression in mass media. On the other hand, physicians underestimate the role of the media; their majority assumes that patients receive information on depression from their surroundings. The majority of patients (74%) find media communications to be reliable, as opposed to physicians (42%-49%). The target group should be reached through mass media, however, the specialist control should be provided for the medical profession.

The research has also provided useful information for the planning of a future DTC depression campaign, which must address the patient's surrounding in addition to the patient. Primarily the specialist physicians could communicate to people in an authentic manner. Their engagement in the campaign carries particular importance and must fulfil a supervisory role in this matter. Patients demand the utterance of a depressed patient in the campaign and celebrities sharing their problems with the laymen would mean the destigmatisation of the disease. A DTC campaign should primarily provide essential information on depression, such as a description of the symptoms and the cause of illness and possibly a presentation of treatment methods and alternative cures. A clear demand for a toll-free telephone number has also surfaced.

It is a general belief among those inquired that an illness campaign should be financed and implemented primarily by the State. Nearly 80% of respondents believe that the Ministry of Health Care should provide the funding. Nevertheless, physicians are not reluctant to accept the engagement of pharmaceuticals companies in financing. 68% of patients and a significantly higher ratio, 87% of physicians are lenient on the issue.

In summary, it may be claimed that the research has attained its objectives. It has been demonstrated that DTC communication, mainly a depression disease campaign improves awareness, supports patients in recognising its symptoms, informs on possible cures, overcomes communications difficulties in physician-patient relations, promotes the combating of stigmas and shame, and thus yields positive gains for society as a whole.

6. JAVASOLT KOMMUNIKÁCIÓS MODELL A DEPRESSZIÓ ISMERTSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁRA

Az előrejelzések szerint a depresszió 2020-ra a társadalom és a beteg számára a legnagyobb terhet jelentő betegségek listáján az 1990-es 4. helyről a 2. helyre lép (Szádóczy 2000). E prognózis elkerüléséhez sajnálatosan nem elegendő az ipar által általában alkalmazott integrált depresszió betegségkampány. Alkalmazása mellett a társadalom jelentős részének bevonásával közösségi alapú, többszintű akcióprogramra van szükség hasonlóan a „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” megnevezésű akcióprogramhoz (EAAD 2006). Az intervenciós program eredményeképpen az öngyilkossági magatartás szignifikáns mértékben – kb. 20%-kal – csökkent a nürnbergi régióban, és az öngyilkossággal és a depresszióval kapcsolatos attitűdök jelentősen változtak. E bevált gyakorlatot más országok tapasztalataival ötvözve az Európai Unió létrehozta az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression - továbbiakban: EAAD) projektet, melyhez ez idáig 16 európai ország csatlakozott. Mivel hazánkban különösen fontos a depresszió betegség megelőzése, a betegek gondozásának javítása és az öngyilkosság számának csökkentése, Magyarország 2004-ben bekapcsolódott a programba a Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézetén keresztül. Az EAAD program egy 4-szintű beavatkozási program, mely az egészségügyi rendszer több szintjén egy időben történik a szinergia elérése érdekében (71. ábra).



71. ábra
4-szintű megközelítés az EAAD programban (EAAD 2006)

Így az egészségügyi rendszer több szintje kapcsolódik egymáshoz (Csépe 2007):

1. szint: Együtműködés a házi orvosokkal

A házi orvosok edukálása oktató jellegű továbbképzések és videofilmek formájában. „Forró

dróton” állandó telefonos konzultáció specialistával az előforduló esetekről.

2. szint: Nyilvános depresszió betegségkampány

A depresszió kezeléséről információátadás, és a betegség stigmatizációjának csökkentése céljából a laikusok elérése posztterekkel, rövidfilmekkel, információs broszúrákkal, és internetes honlappal.

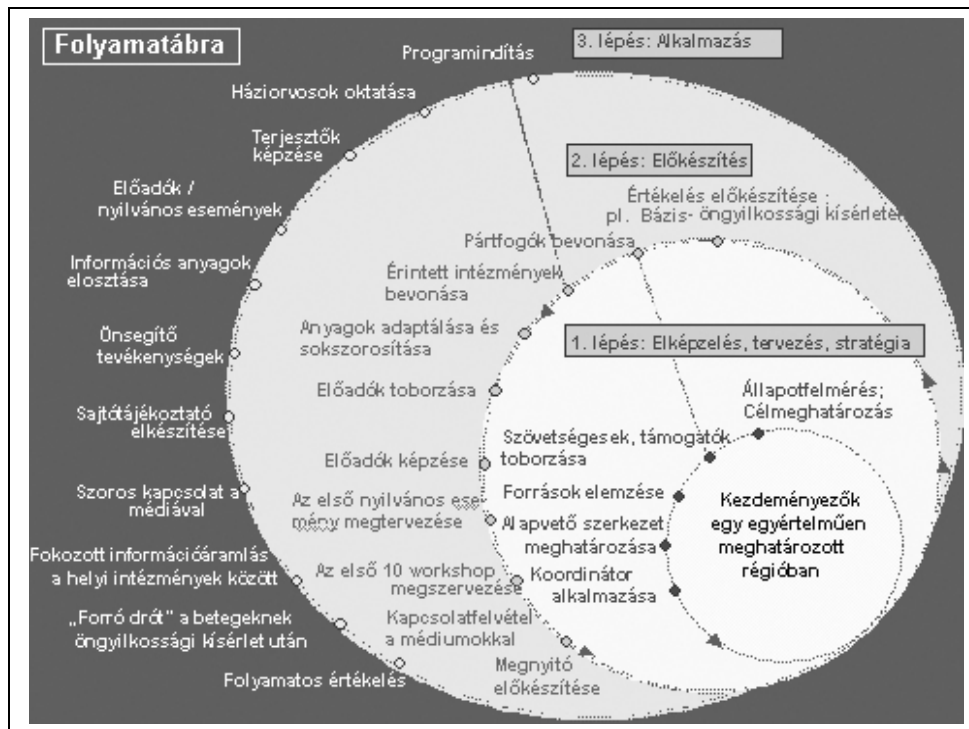
3. szint: **Segítségnyújtás az érintett betegek és hozzátartozóik számára**

Segély-kártya eljuttatása az öngyilkosságot megkísérelt személyekhez, mely professzionális segítséget nyújt öngyilkossági krízis esetén. Az önsegítő csoportok támogatása, helyi szintű létrehozása, számukra speciális összejövetelek rendezése.

4. szint: **Együttműködés helyi segítőkkel**

A közösségekben élő, az információkat továbbadó személyek - tanárok, lelkészek, rendőrök, szociális munkások és a média alkalmazottai - edukálása a depresszióról továbbképzések formájában.

A 2004-ben az EAAD Szövetség elkezdte a regionális intervenció megvalósítását, követve az egységes, általános stratégiai megközelítési alapelveket. A modell lehetővé teszi a többszintű program különböző szintjén tevékenykedő régiók bekapcsolódását (72. ábra).



72. ábra

A regionális beavatkozási program szükséges lépései (EAAD 2006)

A hazai munkacsoport adaptálta a koncepciót és több kidolgozott anyagot a hazai szükségleteknek megfelelően: videó anyagok páciensek és hozzátartozók számára, oktatási csomagok (pszichiáterek háziorvosok, pszichológusok, pedagógusok, lelkészek, védőnők, geriátriai szakemberek és más segítő foglalkozásúak számára), szűrőeszközök a depresszív

zavarokra a segítő foglalkozásúak számára, szóróanyagok, segély-kártyák, irányelvek a tömegkommunikációs eszközök számára, az öngyilkosságokról szóló tájékoztatásról, sajtótájékoztató, mozi hirdetés, www.depressziostop.hu internetes oldal létrehozása, „Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúak számára” című könyv kiadása szakembereknek és segítő csoportoknak.

Ahhoz, hogy egy ilyen komplex, többszintű program hatékonyan működhessen feltétlenül szükséges lenne az illetékes Minisztérium és szakmai intézményeinek központi bevonása és pénzügyi és vezetői támogatása.

Példaként szerző a 73. ábrán szemléltet kommunikációs modellt indítványozza alkalmazni a veszélyeztetett csoportba tartozó, 14-18 éves kamaszok megszólítására. Ugyanis nemzetközi kutatások bizonyítják, hogy a gyermek- és fiatalkorúak mintegy 30%-a veszélyeztetettnek számít a depresszió megbetegedés terén (Schmied-Schwaiger 2007). A depresszió élettartam prevalenciája pedig 18 éves korig 18-20% (Pászthy 2005). A tinédzserek kiemelten veszélyeztetett réteg, mivel serdülőkorban jellemzőbbek az intenzív fejlődés, biológiai-hormonális és pszichoszociális változások (Pikó 2005). A depressziós tünetek előfordulása 11-15 éves kor körüli időszakban megemelkedik (Pikó 2005), az elkövetett öngyilkosságok pedig 15 éves kor felett jelentős mértékben megugranak (Schmied-Schwaiger 2007), ezért ennek a korcsoportnak a depresszió- és szuicidprevenciója kiemelten fontos feladat hazánkban. A modell többszinten éri el a célcsoportot:

I. szint: A segítő csoportok és tágabb szakmai körök, így lelkészek, rendőrök, egyéb önkéntes segítők csoportok és a média bevonása és továbbképzése. Segítségükkel beteg-tájékoztatók, poszterek, segély-kártyák átadása a veszélyeztetett csoportoknak, személyeknek.

II. szint: Az alapellátás orvosainak és a szakorvosi körök bekapcsolása. Tájékoztatásuk az integrált betegségkampányról, segítségükkel az információs anyagok szakmai kontrollálásának elvégzése, felkészülés az emelkedett számú beteg fogadására, szűrésére.

III. szint: A fiatalok elérésére és meggyőzésére öt további szint javasolt:

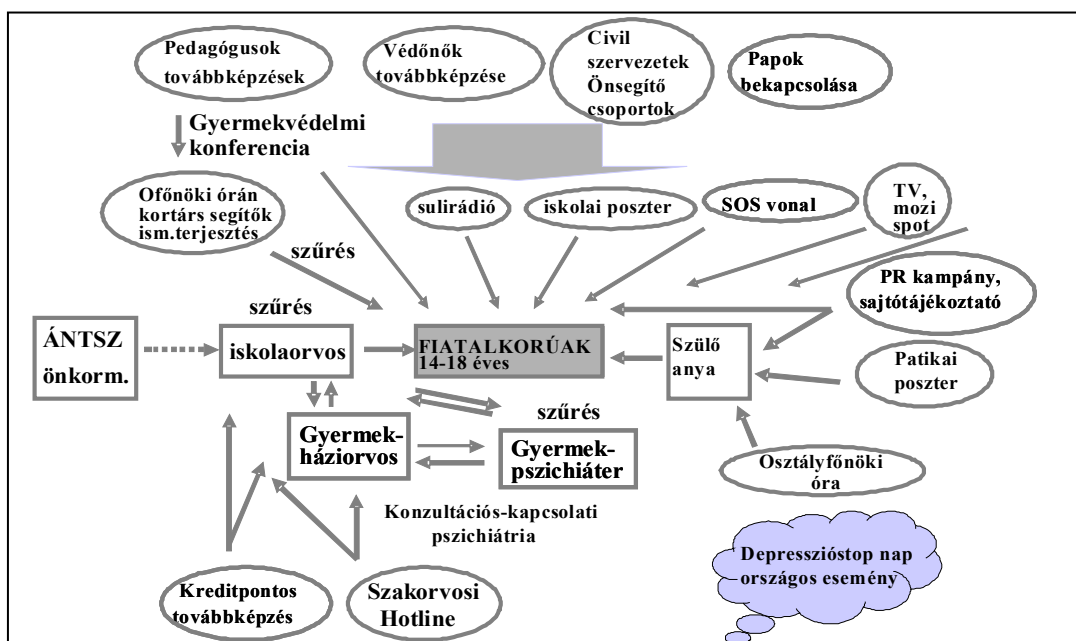
1. szint: A pedagógusok összefogásra felszólítása az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és az önkormányzatok által kiadott körlevélen, edukálása továbbképzéseken, Gyermekvédelmi konferencián.

2. szint: A szülő, elsősorban az anya edukálása szülői értekezleten, patikai szóróanyagokon és depresszió PR kampányon keresztül a média bevonásával.

3. szint: A tinédzserek elérésére komplett edukációs programban az interneten, a sulirádió, SOS segélyvonalon, TV sajtó és mozi hirdetésen, poszteren, szóróanyagon át. Meggyőzésük a pedagógusok és a hozzájuk korban és életvitelben hasonló kortárssegítők bevonásával, akik az ismeretterjesztést osztályfőnöki órán végzik.

4. szint: A helyi iskolaorvosok, és a gyermekorvosok által végzett kérdőíves szűréseken keresztül a veszélyeztetettek kiszűrése. Az orvosok kreditpontos továbbképzéseken bővítik ismereteiket és a gyermekpszichiáterekkel a konzultációs-kapcsolati pszichiátria intézményén és telefonos „forró dróton” keresztül folyamatos kapcsolatot tartanak fenn.

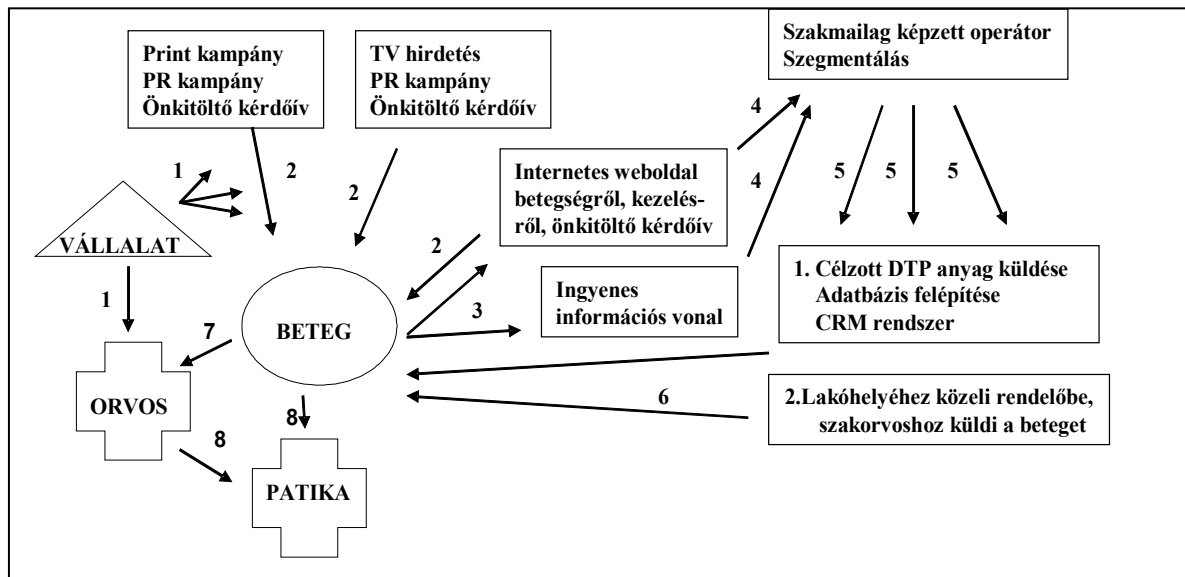
5. szint: A társadalom, a döntéshozók és az érintettek és környezetük figyelem felhívása a betegségre pl. depresszió nap országos esemény keretén belül.



73. ábra

Depresszió integrált kampány kommunikációs modellje a tinédzserek elérésére (saját szerkesztés)

A kampány hatékonyságát tovább növelhetjük bármely célcsoport szegmentációjának alkalmazásával, melyből a gyógyszercégek is profitálnak. Alapos kutatás bizonyára feltárna azonos ismérvekkel rendelkező betegcsoportokat. Ez abban lenne lényeges, hogy ennek a körnek speciálisan elkészített anyagokat és számára releváns üzenetet juttatunk el. Feltéve a kampányt egy gyógyszercég kezdeményezi és támogatja, a vállalat az üzeneteket a médián és orvoslátogatóin keresztül juttatja el célcsoportjaihoz, a beteghez és az orvoshoz (74. ábra).



74. ábra

Depresszió integrált kampány célcsoportjának szegmentálása (saját szerkesztés)

A beteg érdeklődését felkeltik a médiában olvasottak, hallottak és az interneten keresztül vagy ingyenesen hívható telefonvonalon megkeresi a vállalat által alkalmazott operátort. A szakmailag magasan képzett operátor az érdeklődőket egy rövid kérdőív alapján, a piackutatás által meghatározott szegmensekbe sorolja. Ideális esetben meghatározza, hogy a beteg a transzteoretikus modell mely szintjén áll: a bezártság, a szemlélődés, a felkészülés, a cselekvés vagy a fenntartás szakaszaiban (15. ábra). Ez alapján a beteg személyre szabott üzenetet kap betegtájékoztató vagy hírlevél formájában. Avagy a beteget a hozzá legközelebbi szakorvoshoz irányítja, többnyire a gyógyszercég lojális felíróihoz. A gyógyszercég a betelefonálók adataiból a potenciális fogyasztók adatbázisát építheti fel és a customer relationship management (CRM) tevékenységgel folyamatosan monitorozhatja a szerhasználóinak attitűdváltozását és ösztönzi a beteg-együttműködésre és terápiahűsége. A szegmentálás alkalmas a gyógyszereladások növelésére, hiszen egyfelől új gyógyszerfelírások születnek a lojális felíróknál, másrészt a gyógyszereszedés terápiás hosszát és dozírozását emelik CRM tevékenységen keresztül.

Hosszú távon hazánkban a regionális beavatkozási programot országos szintre szükséges emelni, a kormányzat által finanszírozott és szakmailag támogatott integrált betegségkampánnyal kiegészítve, a depresszió megelőzésének és a betegek adekvát terápiához való jutásának céljából.

7. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Az értekezés témaválasztásán felül a kutatás újszerű eredményeket szolgáltatott.

1. A kutatás feltárta, hogy a depressziós betegek, a szakorvosok és a házi orvosok csoportja nyitott a DTC betegségkommunikáció irányába mivel a társadalom, a páciens és környezete figyelmét felhívja a betegsége. A válaszadók egyetértenek abban, hogy a kampányt az illetékes minisztériumnak kellene finanszíroznia.
2. A felmérés bemutatta a megkérdezettek percepcióját a vényköteles gyógyszerek fogyasztói reklámozása kapcsán. E téren megoszlanak a vélemények. Támogatói a reklámozás hozadékát elsősorban a beteg több információhoz való jutásában és az orvos-beteg kapcsolat javításában látják. Ellenzői szükségtelennek ítélik a reklámozást miután az orvos feladata gyógyszerválasztás és egyetértenek a jelenlegi szabályozással.
3. A tanulmányban beigazolódott az a nemzetközi trend, hogy hazánkban is nőtt a páciensek betegségekre vonatkozó tájékoztatási igénye az orvosok percepciója alapján.
4. A kutatás rámutatott a depressziós betegek kezeletlenségének okaira. A beteg és a környezete nem ismeri fel a betegséget, a páciens bagatellizálja tüneteit ismeretek hiányában és fél a munkahelyi visszalépéstől. Illetve a szakorvosok 56%-a szerint a házi orvosok hiányos ismerete a depresszió kezelésében az oka, hogy a betegek nem kapnak adekvát kezelést. Ez azért nagyon jelentős megállapítás, mert a házi orvosok bevallása alapján a betegek 83%-a közvetlenül hozzájuk fordul először segítségért.
5. A felmérés megállapította, hogy a betegségről semmit sem tudók körében az orvoshoz jutás ideje hosszabb (3 év 1 hónap vs. 1 év 10 hónap), mint a valamelyest információval rendelkező betegek esetében. A kutatás bizonyította, hogy a betegségről valamelyest tájékozott betegek hamarabb fordulnak orvoshoz, amely egyértelmű indikáció arra nézve, hogy egy depresszióval foglalkozó betegségkampány segíti a kezeletlen betegek orvosi segítséghez való jutását.
6. Arra is fény derült, hogy a páciensek 46%-a először családtagjaival osztja meg a problémáját. Szeretteiknek az első szimptóma után már megfogalmazzák depressziós tüneteiket, mely megerősíti a betegek mellett a családtagok, a környezet megszólításának fontosságát egy betegségkampányban, hiszen tájékoztatásuk, biztatásuk gyorsíthatná a páciens orvoshoz jutását és az orvos bevonását a kezelésbe.

-
7. Az értekezés bemutatta az orvos-beteg kommunikáció problematikáját, melyet elsősorban az első vizit idején vizsgált. Általánosságban a betegek jóval kisebb hányada emlékezett arra, hogy hozzájutott a számára szükséges információkhoz, mint az orvosok válaszai mutatták. Ez kiemeli az orvos és beteg által használt nyelvezet közötti szakadékot, és felhívja a figyelmet az orvosi kommunikáció javításának fontosságára és a betegek edukációjának jelentőségére.
 8. A felmérés kimutatta, hogy a vizsgált almintán mindegyike kevesli a betegek felvilágosítására fordított időt a vizitek során. Bár az orvosok belátták, betegeik jobban igénylik tájékoztatásukat, mégis a napi munkában erre gyakran nincs lehetőségük. Az egészségügyi gyakorlatban az orvos-beteg limitált találkozásának idejét tartalmasabban lehetne felhasználni, ha a laikus már bizonyos mértékig tájékozottan, felkészülve menne a vizitre.
 9. A kutatás feltárta, hogy a betegek többsége, 93%-a találkozott a tömegmédiában a depresszióval kapcsolatos információval, műsorral, cikkel. Ezzel szemben az orvosok alábecsülik a média szerepét, többségük azt feltételezi, hogy a depresszióról szóló információt a beteg a környezetétől hallja. Bebizonyosodott tehát, hogy a betegeket a tömegmédián keresztül érhetjük el a leghatékonyabban, mialatt az orvos-szakma számára biztosítjuk a szakmai ellenőrzés lehetőségét azért, hogy a páciens számára kizárólag szakmailag kontrollált, valós információ juthasson el.
 10. A kutatás hasznos információkat szolgáltatott egy jövőbeni betegségkampány megtervezéséhez is. Elsősorban a szakorvosok azok, akik egy kampány keretében hitelesen közvetíthetnék a páciensek felé a depresszióval kapcsolatos információkat. A betegek kérik a kampányban egy depressziós személy és ismert ember megszólalását, mely számukra a betegség destigmatizációját segítené. Emellett a kampányban igénylik a betegség tüneteinek, okának leírását, a lehetséges kezelési módoknak, alternatív gyógymódok bemutatását és ingyenes információs telefonszám üzemeltetését.
 11. Az értekezés egyben modellt szolgáltat arra, hogyan lehetne hazánkban hosszú távon országosan többszintű intervenciós programot megvalósítani, a kormányzat által finanszírozott és szakmailag támogatott integrált betegségkampánnyal ötvözve a depresszió ismertségének javítása és a betegek adekvát kezeléshez jutásának elősegítése céljából.

8. TOVÁBBI KUTATÁSI TERÜLETEK

E felmérés számtalan további lehetőséget ad kutatásra.

1. A kutatás kiterjeszhető a magyar lakosságra nézve reprezentatív kutatássá.
 - 1.1. Érdekesítő lenne megismerni korcsoportonkénti válaszok adnak-e eltérést.
 - 1.2. Országos felmérés lévén az ország egyes régióiból kapott eredmények mutatnak-e eltérést, hasonlatosan a depresszió epidemiológiájához, miszerint Kelet-Magyarország egyes megyéiben negatívabb adatokat találunk, mint Nyugat-Magyarországban (Kopp és Skrabski 2006).
2. A depressziós betegek körében a kutatás mélyíthető az alábbiakkal:
 - 2.1. A fekvőbetegek és a járóbetegek meglátásainak összehasonlítása.
 - 2.2. A depresszió különböző típusaiban (BNO-10 2004) - enyhe, közepes és súlyos depresszióban - szenvedő betegek válaszainak egybevetése.
 - 2.3. A DSM IV. diagnosztikai besorolás szerint a depresszió eltérő típusaiban - szorongásos depresszió, disztímia, major depresszió, bipoláris depresszió - szenvedő betegek véleményének összevetése.
 - 2.4. A depressziós betegek és más krónikus betegségekben - pl. asztma, reuma, kardiológia - szenvedő betegcsoportok válaszainak összehasonlítása. Annak kiderítése, mely kérdésekben egységesek és különbözőek a betegigények.
 - 2.5. A depressziós betegek és az életmód termékek fogyasztói véleményeinek elemzése.
 - 2.6. A depressziós betegek és az egészséges népesség információs igényének összehasonlítása a betegséggel kapcsolatban.
 - 2.7. A depressziós betegek és szűk környezetük információs igényének analizálása, akik mindennapjait veszélyezteteti szeretteik állapota.
 - 2.8. A konkrét depresszió betegségkampány elő- és utótesztjének elvégzése a célcsoport körében.

Fenti kutatási javaslatok hatékonyabb kommunikációt mozdítanak elő a célcsoport elérésére.

9. FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Abonyi et al. (2004): Pszichiátriai Útmutató, Klinikai Irányelvek Kézikönyve, 6-12., 15-20., 33., Budapest: Medition Kiadó, 152.
2. Advertising Age via Individual (1997): Hoechst pushes for allergy switch/ads urge seldane users to take sister brand allegra, 28th January
3. Ágoston G. (2004): Mi alapján dönti el a beteg, hogy beveszi-e a gyógyszerét?, LHS Consulting Hírlevele, Versenytárs 2004, III/11.
4. Albert Gy. (2005): Miért pont én? A depresszió szorításában, 9.18.50., Budapest: Park Könyvkiadó, 222.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004a): 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (420)28-37p, abstract <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004b): Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (420):21-27p, abstract, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=15128384&dopt=medline
7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004c): Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (420):38-46p, abstract, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15128386&dopt=Abstract
8. Anderson RN (2002): Leading causes for death, National Vital Statistical Report, 50:1-85p

-
9. Andlin-Sobockia P, Wittchen HU (2005): Cost of affective disorders in Europe, Original article, In: Andlin-Sobocki et al., Costs of Disorders of the Brain in Europe, Volume 12, Supplement 1, June 2005, *European Journal of Neurology*, 12(Suppl. 1): 34–38p
 10. Andorka R. (2002): Bevezetés a szociológiába, Az élet minőségének három dimenziója, 498, Budapest: Osiris, 661p
 11. American Psychiatric Association (2004): Annual meeting, New York: Highlights Reports, 1-6 May, 12p
 12. Apruzzese (2006): Balance of risks: what consumers understand in television advertisements, *DTC Perspective Magazine*, June
 13. Arató M. (1996): A depressziók és a szorongásos betegségek aktuális kérdései, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 1: 62-63.
 14. Arató M., Túry F. (1995): Mindennapi lelki szenvedéseink, Agyunk titkai, 16. 161., Budapest: Grafit Kiadó, 173.
 15. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y et al. (1999): Consensus statement on the primary care management on depression and anxiety, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(suppl 7):54-61p
 16. Bánki M. Cs. (2000): Mérlegen - az agy (első) évtizede, *Psychiatria Hungarica*, 15(1): 9-17.
 17. Bánki M. Cs. (2006): Agyunk fogságában, Budapest: Pro Die Kiadó, 331.
 18. Barclay L (2003): Direct-To-Consumer drug ads: A newsmaker interview with Tom Abrams, Medscape Medical News, *Lancet*, 361:10-11, 27-32p
 19. Bartók Gy. (2005): Fájdalmas fizikai tünetek depresszióban: kezelési lehetőségek, VIII. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszus, előadás kivonat, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, VII. Suppl. 1. 19.
 - 20.** Bate G, Rickwood S (2003): Blockbuster ecosystems: sustainable development?, In: *The Business&Medicine Report*, May, 66p
 21. Beck AT (1967): Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects, New York: Harper&Row
 22. Berecz R., Szlivka A., Degrell I. (2003): A befejezett öngyilkosságok jellemzői Magyarországon 1994 és 2001 között., *Pszichiátria Hungarica*, 6.
 23. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F (2000): Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, March, 1;3(1):3-10p

-
24. Bird H, Brogini M (2000): Paroxetine versus amitriptyline for treatment of depression associated with rheumatoid arthritis: a randomized, double blind, parallel group study, *Journal of Rheumatology*, December, 27(12):2791-2797p
 25. Bitter I. (2004): GlaxoSmithKline szimpóziumi előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged, január 28.
 26. Blackett T, Robins R (2001): Brand Medicine, The role of branding in the pharmaceutical industry, (6)107p, Interbrand Healthcare, 308p
 27. BNO-10 Zsebkönyv (2004): Hangulat- (affektív) zavarok, 52-54., Budapest: Animula Kiadó, 192.
 28. Bogner H (2003): A beteg-együttműködés javítása, (6.4)189. In: Kovács M. (szerk.), *Időskori depresszió és szorongás*, Budapest: Springer, 208.
 29. Boros F. (2006): Öngyógyítás és placebo, Látszatorvosság – valódi gyógyulás, Mobil Tudomány, Találkozások, 52-54.
 30. Borvendég J. (2005): Ajánlása a Gyógyszer Kompendium 2005, CMPMedica
 31. Botz L. (2005): Gyógyszerészi gondozás, A Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság (MGYT) a Magyar Gyógyszerész Kamara (MGYK), a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége (MOSZ), a Gyógyszertár-tulajdonosok Egyesülete (GYTE) közös előterjesztése, Budapest, Egészségügyi Minisztérium, március 9.
 32. Breen R, McCormac RJ (2003): A depresszió korszerű kezelése, *Orvostovábbképző Szemle*, X. évf. 3. szám, március, 67-74.
 33. Brown MS, Barette J (2001): Rx White Paper, Owing the channel: pharmaceutical companies race to dominate patient-physician communication, October
 34. Brundtland Gro Harlem (2001): A mentális egészség: a világméretű cselekvés elsőbbsége beszámoló In: Kopp M.: "A stresszel való megbirkózás és a depresszióval kapcsolatos problémák Európában" címmel Brüsszelben a belga elnökség jegyében, a WHO-val együttműködésben szervezett munkaértekezlet anyagának részletei (2001. október 25-27.) 2001. november 29., *Psychiatria Hungarica*, 16 (6):695-707.
 35. Buda B. (1994): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei, Budapest: Animula, 126-127.
 36. Buda B. (2002): Egészségmarketing, *Marketing & Menedzsment*, Egészségmarketing, XXXVI. évfolyam, 5-6. szám, 3-10., ISSN 1219-03-49
 37. Bukodi E. (2004): A munkaerő-piaci kirekesztődés folyamata, 46., In: *A szegénység és a társadalmi kirekesztődés folyamata*, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 246.

-
38. Bump GM, Mulsant BM, Pollock BG, Mazumdar S, Begley AE, Dew MA, Reynolds CF (2001): Paroxetine versus nortriptyline in the continuation and maintenance treatment of depression in the elderly, *Depression and anxiety*, (13)38-44p
 39. Burke WJ, Dewan V, Wengel SP, Roccaforte WH, Nadolny GC, Folks DG (1997): The use of selective serotonin reuptake inhibitors for depression and psychosis complicating dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (12)519-525p
 40. Buta P (2006): Executive Summary: DTC industry check up, 23p, Optas, The Division of Dendrite
 41. Buttá A (2002): Advertising prescription drugs to patients, A framework for economic analysis of direct-to-consumer information about prescription medicines, Europe Economics, Staff Working Paper, March
 42. Calfee J (s.a.): What The FDA survey showed about direct-to-consumer prescription drug advertising, In: *Economic realities in health care policy*, Prescription drug advertising: Empowering consumers through information, Volume 2, Issue 1
 43. Capgemini (2001): CRM advances strongly in Europe; but companies still don't measure the returns from their CRM investments, Capgemini News, 6 September, http://www.capgemini.com/resources/news/crm_advances_strongly_in_europe_but_companies_still_dont_measure_the_returns_from_their_crm_investments
 44. Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J (2001): Antidepressant medication and suicide in Sweden, *Pharmacoepidemiology of Drug Safety*, (10) 525-530p
 45. Ceizel E. (2001): Aki költő akar lenni, pokolra kell annak menni? Magyar költő géniuszok testi és lelki betegségei, Budapest: GMR Reklámügynökség, 278.
 46. Coile RC, Trusko BE (1999): Healthcare 2020, Changes of the millenium, An overview of expectations in the healthcare environment of the new millennium, www.findarticles.com/p/articles/mi_m0DUD/is_7_20/ai_55398596 - 30k
 47. Coles S, Phillips P, Mackintosh A (2002): Life Sciences: Beyond 2005: The future of pharmaceutical marketing and sales, Special Edition, UK: Cap Gemini Ernst&Young
 48. Corstjens M, Carpenter M (2000): From managing pills to managing brands, Forethought, *Harvard Business Review*, March-April, 20-22p
 49. Crooks A, Boehringer C (1998): Pharmaceutical marketing, Approaching the millennium, *Financial Times*, Pharmaceuticals and Healthcare Publishing, Management Reports, UK, 42-43p
 50. Czírok T. (2004): A TCK szerepe a gyógyszeripari kommunikációban, *Marketingpirula*, 2004/1., január 26-27.

-
51. Csabai M. (2001): Az orvos-beteg találkozás helye és szerepe a gyógyító folyamatban, In: *Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk), Magatartástudományok*, Budapest: Medicina, (23) 509-519.
 52. Csépe A. (2003): Betegségkampány, a TCK válfaja, *Marketing & Menedzsment*, Totális Marketing, 3. szám, 37-42.
 53. Csépe Andrea (2007): EAAD – Több szintű akcióprogram a depresszió és az öngyilkossági magatartás ellen, In: *Csépe A. (Szerk): Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúak számára*, 18-25, Budapest: Semmelweis Kiadó, 283.,
 54. Csoboth Cs. (2006): A Magyar nők életminősége, (3.2):111. In: *Kopp M. Kovács M. szerk.: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Budapest: Semmelweis Kiadó, 552.
 55. Datamonitor (1998): The Direct-To-Consumer marketing revolution: What does the future hold?, Summary report, February
 56. Dimasi JA (2001): New drug development in the United States from 1963 to 1999, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 69(5)286-296p
 57. Dimasi JA, Hansen RW, Grabowski HG (2003): The price of innovation: New estimates of drug development costs, *Journal of Health Economics*, 22:151-185p
 58. Doyle P (1998): Marketing Management and Strategy, Prentice Hall Europe, 249-323p
 59. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH (2000): Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation, *American Journal of Psychiatry*, August, 157(8):1274-8p
 60. A DSM-IV Diagnosztikai kritériumai (1997): Hangulatzavarok, 135-136., s.l.: Animula Kiadó, 288.
 61. DTC National Conference (2006): National Ad Awards Finalists, 3/2/2006, <http://www.dtcnational.com/latestnews.asp?id=149>
 62. Dura M. (2006): A depresszióról, dura.hu/depresszio/depresszio.htm
 63. EAAD, European Alliance Against Depression (2006): Depresszióstop, Időskori depresszió, http://www.depressziostop.hu/idoskori_depresszio.htm
 64. ESzCsM rendelet (2003): A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló 1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet módosításának tervezete
 65. Express Scripts (2002): Drug Trend Report 2002, www.express-scripts.com
 66. Express Scripts (2005): 2004 Drug Trend Report, Featuring the pharmacy benefit guide, May

-
67. Eyeforpharma (2003): Marketing roadmap for pharmaceutical companies communication, education and validation
 68. Faludi G. (2003): Kommentár, Összefoglaló közlemény, *Orvostovábbképző Szemle*, X. évf. 3. szám, március 75-76.
 69. FDA (2003a): FDA White Paper, FDA releases preliminary results of physician survey on Direct-to-Consumer Rx drug advertisements, 13 January <http://www.fda.gov/cder/ddmac/globalsummit2003/index.htm>
 70. FDA (2004): FDA statement on recommendations of the Psychopharmacologic Drugs and Pediatric Advisory Committees 16th September, www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01116.html
 71. FDA Public Health Advisory (2005): Suicidality in adults being treated with antidepressant medications. June 30, www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI200507.htm
 72. FDA (2006): From test tube to patient, protecting America's health through human drugs, A special report from the FDA consumer magazine and the FDA Center for Drug Evaluation and Research, Fourth Edition, January
 73. Festinger L. (2000): A kognitív diszonzancia elmélete, 51-68., Budapest: Osiris, 277.
 74. Ferenczi S. (2005): A pszichoanalízis rövid ismertetése, X. A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában, Budapest : Neumann
 75. Fisher S, Cole JO, Rickels K, Uhlenhuth EH (1964): Drug-set interaction: The effect of expectations on drug response in outpatients, *Neuropsychopharmacology*, (3)149-156p
 76. First (2000): US pharma market grew 16.9% during 1999, Marketletter via *First*, 19th October
 77. Forgács I. (2000): Az egészség ára, *Magyar Medicina*, 9.
 78. Füredi J., Gerevics J., Harmatta J. (1998): A Pszichiátria Szakmai Kollégium állásfoglalása, Javaslat a pszichiátria imázsának és átfogó koncepciójának kialakítására, *Psychiatria Hungarica*, 2. szám
 79. Gács É. (2004): A betegoktatás szerepe a gyermekkori asztma kezelésében, *Gyermekorvos Továbbképzés*, Pulmonológia, III. évfolyam 3. szám, Szeptember, 173-175.
 80. GAO (2002): Prescription drugs FDA Oversight of Direct-to-Consumer Advertising Has Limitations, October, GAO-03-177 2002, www.gao.gov/new.items/d03177.pdf
 81. Gfk Hungária (2004): Lakossági egészségfelmérés és gyógyszerhasználat, április

-
82. Gidai E. (1997): A piac szerepe az egészségügyben, 3., Magyarország az ezredfordulón, Budapest, 22.
 83. Gidai E. (1998): A piac szerepe az egészségügyben, 23-36., In: *Glatz F. (Szerk): Egészségügy és piacgazdaság*, Magyarország az ezredfordulón, Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 243.
 84. Gidai E. (2005): Életminőség, jövedelemelosztás és az egészségi állapot, 215-230., In: *Szintay J. szerk., Jubileumi tanulmánykötet Czabán János professzor 70. születésnapjára*, Miskolc: Miskolci Egyetem
 85. Gilbert D (2000): A bridge too far? DTCA of prescription medicines, In: *The dynamics of DTC pharmaceutical marketing conference*, London, 14-15 February
 86. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003): Educational and organizational interventions to improve management of depression in primary care, A systematic review, *Journal of the American Medical Association*, June 18, Vol. 89, No 23, 3145-3151p
 87. Gilliam FG, Kanner AM, Sheline YI (2006): Depression and brain dysfunction, 8p, UK: Taylor and Francis, 298p
 88. GlaxoSmithKline (2003): DTC advertising does not increase prices, Policy briefing, Spring
 89. GlaxoSmithKline (2004): Answers to important questions about prescription medicines
 90. Goodnick PJ (2001): Use of antidepressants in treatment of comorbid diabetes mellitus and depression as well as in diabetic neuropathy, *Annals of Clinical Psychiatry*, Vol. 13, N. 1
 91. Goodnick PJ, Hernandez M (2000): Treatment of depression in comorbid medical illness, *Expert opinion on Pharmacotherapy*, Ashley Publications, 1367-1384p
 92. Gordon P, Gibson NA, Brotchie H, Heruc G, Rees AM, Hadzi-Pavlovic D (2006): Omega-3 Fatty Acids and Mood Disorders, *American Journal of Psychiatry*: 163:969–978p
 93. Gorman JM (1996/1997): Comorbid depression and anxiety spectrum disorders, *Depress Anxiety*, (4)160-168p
 94. Grabowski H, Vernon J (1996): Longer patents for increased generic competition: The Waxman-Hatch act after one decade, *Pharmacoeconomics*, 10, (2)110-123p
 95. Grabowski H, Vernon J, Dimasi JA (2002): Returns on Research and Development for 1990s New Drug Introductions, *Pharmacoeconomics* 20, suppl. 3, December, 11-29p
 96. Gray GE (2003): Tényeken alapuló pszichiátria, Betegség gyakorisági vizsgálatok (9)142-143., American Psychiatric Publishing, Budapest: Lélekben Otthon Könyvkiadó, 238.

-
97. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK (2003): The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000?, *Journal of Clinical Psychiatry*, Dec, (64)12p
 98. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER (1993): The economic burden of depression in 1990, *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:405-418p
 99. HAI-Europe, Health Action International (2001): Direct-to-Consumer prescription drug advertising, The European Commission's proposals for Legislative changes, December
 100. Hal V. (2003): A krónikus derékfájáshoz társuló depresszió kezelésének lehetőségei moclobemiddel, *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, V/4, 193-200.
 101. Havas H. (2004): Gaszner és Rihmer főorvos elmeosztálya, Függelék, Depresszió a változás korában 299. p., Pécs: Alexandra Kiadó, 317.
 102. HealthVine (2004): Direct to consumer advertising of prescription medicines in New Zealand, *The Script*, Volume 4, Issue 2, 11 February 9p
 103. Healy D, Whitaker C (2003): Antidepressants and suicide: risk-benefit conundrums, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28(5)
 104. Hibbeln JR (1998): Fish consumption and major depression, Correspondence, *The Lancet*, Vol 351, April 18
 105. Hoffmann Research International Budapest (1998): Védőoltás ismertség-attitűd vizsgálat, Kvantitatív vizsgálat, Budapest
 106. Horváth É. (2004): Tájékozatlanok vagy másképp gondolkodnak?, LHS Consulting Hírlevele, Verseny társ, III/11.
 107. Hutchinson DR, Tong S, Moon CAL, Vince M, Clarke A (1991): A double-blind study practice to compare the efficacy and tolerability of paroxetine and amitriptyline in the depressed elderly patients, *British Journal of Clinical Research*, (2)43-57p
 108. iAnywhere Solutions (2003): Driving Market Share With Mobile Detailing: Enhancing Physician interactions to boost sales, White paper
 109. IGYE, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (2006a), Hivatkozás: PhRMA 2001, (www.igy.hu/index.php3?sid=116591633786660293&tract=3&mod=haszn&oneid=21)
 110. IGYE, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (2006b): Hasznos Tudnivalók és linkek, <http://www.igy.hu/index.php3?sid=11674128541865592658&tract=2&mod=haszn&ms=14&pms=0>

-
- 111.IGYE, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (2006c): Új etikai kódex,
<http://www.igy.hu/index.php3?sid=1171363133471751885&tract=2&mod=etikkod>
- 112.IGYE Hírlevél, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (2007): 12.sz. Hírlevél 2007/1
- 113.IMS Health (2003): IMS Reports 8% Growth in Retail Pharmacy Drug Sales for the 12 Months to December 2003
http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6025_42485344_44829365,00.html
- 114.IMS (2006a): Health PharmMIS program adatai
- 115.IMS (2006b): IMS Retail Drug Monitor, Tracking 13 Key Global Pharma, Markets,
http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6025_42485344_44829365,00.html
- 116.Insight (2003): Prescription medicine 25 years ago and today: changing trends, enduring needs, PhRMA
- 117.Internet Society (2002): Internet growth trends, indianrailways.gov.in/cert/Security.ppt
- 118.Józsa L. (2000): Marketingstratégia, 11.2/270.,Budapest:Műszaki önyvkiadó, 360.
- 119.Józsa L. (2003): Marketingstratégia, 11.2/270., Budapest: KJK Kerszöv, 360.
- 120.Józsa L., Piskóti I., Rekettye G., Veres Z. (2005): Döntésorientált marketing, Budapest: KJK Kerszöv, 2.2./53., 413.
- 121.Kasper S, Schindler S, Neumeister A. (1996): Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment, *International Clinical Psychopharmacology*, (11) 71-9p
- 122.[Katon WJ](#), [Lin E](#), [Russo J](#), [Unutzer J](#) (2003): Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients, *Archives of General Psychiatry*, Sep,60(9):897-903p
- 123.Katona C. (2000): A depresszió és szorongás kezelése időskorban, *European Psychopharmacology*, 10, (Suppl.4), 427-432p
- 124.[Katona CLE](#), Hunter BN, Bray J (1998): Paroxetin, A double-blind comparison of the efficacy and safety of paroxetine and imipramine in the treatment of depression in dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (13) 100-108p
- 125.Katona W, Sullivan M (1990): Depression and chronic medical illness, *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(Suppl)3-11p
- 126.KEB (2006): A kommunikációs etikai bizottság állásfoglalása, Vényköteles gyógyszerek promóciója során betegeknek nyújtott ajándékok, július 26.

-
127. Kemper DW, Mettler M (2002): Direct-to-Consumer advertising of prescription drugs, *Managed Care Quarterly, Spring*, Vol. 10, No.2, 52-54p
128. Kendrick T (2000): Why can't GPs follow guidelines on depression?, Editorial, *British Medical Journal*, 320:200-201 (22 January) <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7229/200>
129. Kent JM (2003), Columbia University, SSRIs and beyonds: spectrum of efficacy of newer antidepressants, APA, The American Psychiatric Association 156th Annual Meeting, San Francisco, California, 17 May
130. Kessler RC, McGonagle KC, Zhao S et al. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, (51)8-19p
131. Kessler CB, Nelson KA, McGonagle JL, Swartz M, Blazer DG (1996): Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey, *British Journal of Psychiatry*, 168: Suppl. 30 17-30p
132. Kincses Gy. (1994): Drága egészségünk, Az egészségügy gazdasági összefüggései, Budapest: Praxis Server-Business Line, (2.4):24-25.
133. Kobak KA, Katzelnick DJ, Sands G, King M, Greist JH, Dominski M (2005): Prevalence and burden of illness of migraine in managed care patients, *Journal of Managed Care Pharmacy (JMCP)*, March, Vol. 11, No. 2, 124-136p
134. Kopp (2001): "A stresszel való megbirkózás és a depresszióval kapcsolatos problémák Európában" címmel Brüsszelben a belga elnökség jegyében, a WHO-val együttműködésben szervezett munkaértekezlet anyagának részletei (2001. október 25-27.) november 29., *Psychiatria Hungarica*, 16(6):695-707.
135. Kopp M. (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Előadás a könyv tüzenetéről, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, OTKA Tudományos Iskola, március 20.
136. Kopp M., Skrabski Á. (1995): Magyar lelkiállapot, 49., s.l: Végeken Kiadó, 304.
137. Kopp M., Skrabski Á. (2006): Testi és lelki egészségünk összefüggései, november 22., Pázmány P. Katolikus Egyetem, <http://www.magtud.sote.hu/pazmanyinf061122.ppt>
138. Kopp M., Szedmák S., Lőke J., Skrabski Á. (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében, *Leges Artis Medicinæ*, 7(3)136-144.
139. Kotler P (2002): *Marketing&Menedzsment*, Budapest: KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó, 658., 663.

-
- 140.Kotler P (2006): A versenyképesség kulcsa: Új marketing és értékesítési stratégiák és taktikák, május 24., IIR Magyarország
- 141.Kovács G., Szüts T. (1998): A gyógyszerár-támogatási rendszer új modellje, 58., In: Glatz F (Szerk): *Egészségügy és piacgazdaság*, Magyarország az ezredfordulón, Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 243.
- 142.Kovács M., Kopp M., Rózsa S. (2003): Pszichoszociális háttértényezők, (3.2.3)68., In: Kovács M. (szerk.), *Időskori depresszió és szorongás*, Budapest: Springer, 208.
- 143.Krecz É. (1996): A depresszió és a szorongásos betegségek a háziorvos szemszögéből, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 1: 74-75.
- 144.KSH, Központi Statisztikai Hivatal (2005): Egészségügyi statisztikai évkönyv, Felelős: Gáboros É., 169., 211., 366., Budapest: KSH
- 145.Krueger et al. (2004): Building effective advocacy relationships, Briefing Book, prepared for GlaxoSmithKline, 16 July
- 146.Kumar LK, Solai, Mulsant BH, Pollock BG (2001): Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression, *Drugs and Aging*, 18(5):355-368p
- 147.Laidlaw K (2003): A mentális egészség és betegségek hatása a sikeres öregedésre, (1.1.3.2.)19. In: Kovács M. (szerk.), *Időskori depresszió és szorongás*, Budapest: Springer, 208.
- 148.Lantos Z. (2004a): LHS Márkaszervíz – Mennyi jut el a páciensekhez a gyógyszerek értékéből?, *Marketingpirula*, LHS Consulting Hírlevele, Versenytárs, 16.
- 149.Lantos Z. (2004b): Patient compliance 2004 konferencia Londonban, LHS Consulting hírlevele, III./9.
- 150.Lantos (2005a): Patienta – Beszámoló a “Betegek, páciensek, fogyasztók” című rendezvényről, Versenytárs, LHS Consulting hírlevele, 17.
- 151.Lantos (2005b): Patienta – Kárba vett gyógyszeres kezelések, Versenytárs, LHS Consulting hírlevele, 2005.14.
- 152.Lantos Z. (2006b): Célcsoport 2006: a fogyasztó előadás, Marketingpirula, április 25., Hotel Novotel
- 153.Lenze EJ, Mulsant BH, Dew MA, Shear MK, Houck P, Pollock BG, Reynolds CF (2003): Good treatment in late-life depression with comorbid anxiety, *Journal of Affective Disorders*, (77)247-254p

154. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A (1997): Depression in the community: The first pan-European study, DEPRES (Depression Research in European Study), *International Clinical Psychopharmacology*, (12)19-29p

155. Lichtenberg FR (2004): The expanding pharmaceutical arsenal in the war on cancer, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 10328, Cambridge, February

156. Logan AC (2004): Omega-3 fatty acids and major depression: A primer for the mental health professional, Open Access Review, *Lipids in Health and Disease*, (3:25) 1-8p

157. Luban-Plozza B, Dickhaut HH (szerk) (1986): A Bálint-csoportok gyakorlati kérdései, Budapest: Medicina Könyvkiadó, 84-85.

158. A Magyar Neuropszichofarmakológiai Egyesület (1999): Az antidepresszív szerek alkalmazása, 1999. július 28-29-ei konszenzus konferenciáján elfogadott dokumentuma, *Psychiatria Hungarica*, 5. szám

159. Magyar Pszichiátriai Társaság Etikai Kódexe (2001): 16., *Psychiatria Hungarica*, (4)433-445.

160. Manning RL, Masia NA (2001): Economic realities in health care policy, prescription drug advertising: empowering consumers through information, Pfizer, Volume 1, Issue 1, www.pfizer.com/pfizer/policy/about_ERhealthcare.pdf

161. Marketingpirula (2006): Töretlen felvásárlási kedv a gyógyszeriparban, IV. évfolyam, 8. szám, november 6.

162. McCarthy R (1999): [Managed care matters](#), DTC advertising: The big face-off, *Drug Benefit Trends*, 11(7):26p

163. McDonald HP, Garg A, Haynes RB (2002): Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions, Scientific review, *JAMA*, December 11, Volume 288, No 22, 2868-2879p

164. Menyhay I. (2002): Gazdálkodás, vállalkozás, etika, 206-211., Budapest: Akadémiai Kiadó, 291.

165. Menyhay I. (2004): Homo oeconomicus és a befejezetlen teremtés, Az analitikus gazdaságpszichológia alapvetése és alkalmazása, 101-102., Budapest: Akadémiai Kiadó, 556.

166. Mertens G (1998): Direct to Consumer advertising, Global drug promotion, 13p, 17p, London: Financial Times, 190p

167. Mintel International Group (2005): Attitudes Towards Health & Pharmaceuticals Report, Executive Summary US, January

168. Mintzes B (2003): Direct-to-Consumer advertising of prescription drugs, Whatever the problem, you can always pop a pill, Center of excellence for women's health, Research Bulletin, Vol. 3, Num. 2, Spring 11-13p

-
169. Moncrieff J, Kirsch I (2005): Efficacy of antidepressants in adults, Education ad debate, *British Medical Journal*, Volume 331, 155-157p, 16 July
170. Montano C (1994): Recognition and treatment of depression in a primary care setting, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55:18-34p
171. Montgomery SA, Boer JAD (2001): Perspectives in psychiatry, Volume 8, 3-5p, In: *SSRIs in Depression and Anxiety*, UK: Wiley, 216p
172. Moore PA, Newton MD (1998): Prescription drug advertising on the internet: A proposal for regulation, <http://www.wvu.edu>
173. Motika D. (2000): Egy depressziószűrési program eredményei és következményei, *Psychiatria Hungarica*, 15(5):546-559.
174. Mulchahey JJ, Malik MS, Sabai M, Kasckow JW (1999): Serotonin-selective reuptake inhibitors in the treatment of geriatric depression and related disorders, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, (2)121-127p
175. Mulsant BH, Pollock BG, Nebes RD, Miller MD, Little JT, Stack J, Houck PR, Bensasi S, Mazumdar S, Reynolds CF (1999): A double-blind randomised comparison of nortriptyline and paroxetine in the treatment of late-life depression: 6-week outcome, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(suppl. 20)16-20p
176. Munoz SS (2003): Cost to treat a depression case falls, Bigger share of sufferers are now receiving help, so total expenditures rise, *Wall Street Journal*, 31 Dec, <http://www.mindfully.org/Health/2003/Depression-Cost-Bigger31dec03.htm>
177. MŰOSZ Kommunikációs és Public Relations Szakosztálya (2005): CivilKomP Konferencia, A társadalmi célú információ (TCI), tájékoztatás (TCT) kommunikáció (TCK), hirdetés (TCH) és reklám (TCR), Ajánlás a szakkifejezések értelmezésére, Kiadva: Budapest, május 25., <http://www.civilkomp.hu/szakkifejezesek/tck>
178. Murray CJL, Lopez AD (1996a): The global burden of disease, Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank, www.who.int/entity/mip/2003/other_documents/en/globalburdenofdisease.pdf
179. Murray CJL, Lopez AD (1996b): Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Vol. I. Harvard, WHO
180. Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A. (1999): Antidepressants and suicidal risk, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 2: 94-9p
181. National Mental Health Association (2006a): Suicide, <http://www.nmha.org/index.cfm?objectId=C7DF98A9-1372-4D20-C8D0DE2E993D3274>

-
182. National Mental Health Association (2006b): Depression in The Workplace <http://www.mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectid=C7DF951E-1372-4D20-C88B7DC5A2AE586D>
183. Nauman R (2004): North American Case Studies: How to plan, implement and roll-out coherent online/offline patient adherence programs, BioPharma Advisors Network, Eye For Pharma Conference, Patient Compliance for Pharmaceutical Companies February 25, London, UK
184. Nelson CJ et al. (1999): treatment of major depression with nortroptiline and paroxetine in patients with ischemic heart disease, *American Journal of Psychiatry*, July, (156)7p
185. Nemessuri J. Bodrogi A., Harangozó J. (2007): A háziorvosi konzultációs program eredményei, 120-125, In: Csépe A. (szerk): *Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúak részére*, Budapest: Semmelweis Kiadó, 235p
186. Németh A. (2003): *Pszichiátria – másképp*, (4)150-155, Budapest: Medicina Kiadó
187. Németh A. (2005): Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, A depresszió etiológiája és kezelési lehetőségei, 5-6. p., A szülés utáni depresszió megelőzési stratégiái, továbbképzési kivonat, október 5.
188. NIHCM (2001): Research Brief, Prescription drugs and mass media advertising, November, 6p, www.nihcm.org/DTCbrief2001.pdf
189. NPD Reports (2001): Consumers are in favor of advertising for Rx brand drugs; Consumers however are less likely to take action, Business Wire via NewsEdge, 21 February
190. Nutt D (2000): Treatment of depression and concomitant anxiety, *European Neuropsychopharmacology*, 10 (Suppl. 4), 433-437p
191. OEP (2007a): EÜ90 pontok gyógyszermegnevezésekkel, 12.a. pont, Hatályos: 2007. január 1-től
192. OEP (2007b): EÜ90 pontok gyógyszermegnevezésekkel (érvényes: 2007. január 16-tól), Az emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegcsoportok, indikációs területek és a felírásra jogosultak köre, 7/a1, 7/a2, 7/a3 pontok
193. OEP (2007c): OEP egyenértékűségi és helyettesíthetőségi lista, www.oep.hu
194. Ohliger PC (1999): [Legal Matters](#), DTC Advertising and the Potential Liability of Manufacturers, Drug Benefit Trends, 11(8):39-40p <http://www.medscape.com/viewarticle/416908>
195. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T (2004): Az antidepresszív gyógyszeres kezelés és a serdülőkorúak suicidum kapcsolata, Eredeti közlemények, *Archive of General Psychiatry HU*, 4. évf. 1. Sz. 19-24p

-
- 196.Olfson M, Marcus CS, Shaffer D (2006): Antidepressant Drug Therapy and Suicide in Severely Depressed Children and Adults, A Case-Control Study, *Archives of General Psychiatry*, vol 63, August, 865-872p
- 197.Optas (s.a): How to drive the metrics that matters, <http://www.optas.com/L2-Resources-Thought.html>
- 198.Orosz É. (1993): A közületi és a magánszektor szerepe az egészségügyben, *Szociológiai Szemle*, (1) 21-27.
- 199.Papp (1991): Az alapellátás korszerűsítése, 90-94., *In: A korszerű irányítás és gazdálkodás követelményei az egészségügyben*, Budapest: Szakszervezetek Gazdasági- és Társadalomkutató intézete, 197.
- 200.Paroxat alkalmazási előírás (OGYI eng szám:1085/41/2001)
- 201.Pászthy B. (2005): Depresszió gyermek- és serdülőkorban, *Fejlesztő Pedagógia*, Gyermek és fiatalkori depresszió és szuicid prevenció, 16. évfolyam, 5-6. szám, 12-15.
- 202.Pék Gy., Égerházi A., Kovács M. (2003): Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák, (5.3) 141-158., *In: Kovács M. (szerk.), Időskori depresszió és szorongás*, Budapest: Springer, 208.
- 203.Pető Z. (2004): Az időskori depressziók előfordulása, tünetei és felismerése, *Hippocrates*, VI/2, március-április, 125-134.
- 204.Pfizer (2001): Economic realities in health care policy, Prescription drug advertising: Empowering consumers through information, Volume 2, Issue 1
- 205.Pfizer Australia (2006): Health Report, Australians and Their Medicines, Review can enhance medicine use, (24) 6p, www.healthreport.com.au
- 206.Pharmindex Zsebkönyv, Pszichiátria (2003): Bevezetés, 11-12., s.l.: MediMédia Kiadó, 224.
207. PhRMA (1995): Pharmaceutical research and manufacturers of America, based on data from Tufts University, Tufts Center for the Study of Drug Development
- 208.PhRMA (2002): Direct-to-Consumer Advertising strengthens our health care system, international.phrma.org/publications/2002-11-11.616.PDF
- 209.PhRMA (2005): Guiding principles to Direct to Consumer Advertisements about prescription medicines, <http://www.phrma.org/>

-
- 210.PhRMA (2006a): Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, *Pharmaceutical Industry Profile*, Washington DC, March
- 211.PhRMA (2006b): Value of medicines, Facts and data, 46p
- 212.Pikó B. (2005): A serdülőkorú depressziós tünetegyüttes egészségpszichológiai összefüggései, *Fejlesztő Pedagógia*, Gyermek és fiatalkori depresszió és szuicid prevenció, 16. évfolyam, 5-6. szám, 16-20.
- 213.Pink-sheet (2004): DTC Ad Bill Would Impose Fines For Violations, Require "Fair Balance", Monday 24 May
- 214.Prevention Magazine (2002): DTC Annual Survey 2002
- 215.PriceWaterhouseCoopers, Pesanello P, Green D (2000): DTC advertising integrates the internet, *Product Management Today*, October
- 216.Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A (1996): General practice, Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch, *British Medical Journal*, 5 October, 313:858-859p
- 217.Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Norman GJ, Redding CA (1998): Detailed overview of the transtheoretical model, Cancer Prevention Research Center, *Homeostasis*, 38, 216-233p
- 218.Pryce-Jones S (2000): Evolving best practise in DTC marketing: The informed patient, A case study, In: *The dynamics of DTC pharmaceutical marketing*, Access Conferences International, 14-15 February, London, UK
- 219.A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2005), Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, Unipoláris depresszió, 7, érvényes 2008. december 31.
- 220.Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Kamo M, Locke BZ (1993): One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics, ECA (Epidemiological Catchment Area) study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (88) 35-47p
- 221.Reuters (2000): The evolution of DTC marketing across key pharmaceutical markets, Business insight, Summary, February
- 222.Rezulin Newsletter (s.a.): Rezulin diabetes drug label, <http://www.arezulinnewsletter.com/html/label.html>
- 223.Rieder S (2005): Lifestyle Counselling, Healthcare professionals and health behaviour, European Medical Students' Association, WorldMaPS, 09.11., <http://209.85.129.104/search?q=cache:8VNVU4S3w8UJ:www.worldmaps2005.org/p%26w/G%2520Simon%2520Rieder%2520-%2520lecture.pdf+Simon+Rieder,+Lifestyle+Counselling&hl=hu&gl=hu&ct=clnk&cd=1>

-
- 224.Riemann F. (1998): A szorongás alapformái, 80., Bánlaki V. (szerk.), Budapest: Háttér Kiadó, 272.
- 225.Rihmer Z. (1996): A depressziók diagnosztikája és terápiája, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, (1)79-82.
- 226.Rihmer Z. (1997): Az antidepresszívumok forgalom növekedésének hatása a magyarországi öngyilkossági halálózásra 1982 és 1995 között, *Psychiatria Hungarica*, (12) 276-278.
- 227.Rihmer Z. (1998): Öngyilkosság, (5.4.)637-646. In: Füredi J. (szerk), *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Budapest: Medicina Könyvkiadó, 805.
- 228.Rihmer Z. szerk. (2002), A depresszió mellékhatásai, Lundbeck, konferencia kiadvány
- 229.Rihmer Z. (2005a): Országos Gyermekegészségügyi Intézet, A depresszió fogalma és epidemiológiája, A szülés utáni depresszió megelőzési stratégiái, továbbképzési kivonat, október 5.
- 230.Rihmer Z. (2005b): A hatékony antidepresszívum, ill. kombináció kiválasztásának szempontjai depresszióban, (Monoterápia vs kombinációk), Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest: előadás, hivatkozás Kasper, *IJPCP*, 1999:3, (Suppl.2)17-20p
- 231.Rihmer Z., Barsi J., Rutz W. (1994): A dolgozó orvosok, a felismert depressziók és az öngyilkossági mortalitás regionális megoszlása Magyarországon, *Orvosi Hetilap*, 135(3):125-127.
- 232.Rihmer Z, Rutz W, Pihlgreen H, Pestality P (1998): Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population, *Psychiatry Research*, (81) 233-240p
- 233.Rihmer Z, Belso N, Kalmar S (2001a): Antidepressants and suicide prevention in Hungary, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (103)238-239p
- 234.Rihmer Z (2001b): Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review, *European Psychiatry*, 406-409p
- 235.Rihmer Z, Angst J (2004): Mood Disorders Epidemiology, In: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, USA: Lipinkott and Wilkins
- 236.RMI (2000): Researched Medicine Industry Association of New Zealand, DTC advertising can enhance public health, The case for direct-to-consumer prescription medicine advertising, June 2000, <http://www.rmianz.co.nz/html/views/briefing/extra.html>
- 237.Robertson MM, Katona CLE (editors) (1997): Depression and physical illness, Perspectives in psychiatry, Volume 6., (20) 391-405p, England: Wiley, 564p

-
238. Roner L (2006): Improving patient compliance with low-cost wireless technologies, EyeForPharma, 10 November, <http://www.eyeforpharma.com/search.asp?news=52964>
239. Rush JA (2001): Mood and Anxiety Disorders, (17)339p
240. Rutz W, Knorrning LV, Walinder J, Wistedt B (1990): Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (82) 399-403p
241. Salerno SM, Browning R, Jackson JL (2002): The effect of antidepressant treatment on chronic back pain, *Archives of Internal Medicine*, (162)19-24p
242. Sándor I. (1997): A marketing kommunikáció kézikönyve, Budapest: BKE, 37-43.
243. Santos JM, Chen L, Erausquin GA (2006): Phenomenology of depression: towards a neuroscientific perspective, 6 p. In: Gilliam FG, Kanner AM, Sheline YI ed.: *Depression and brain dysfunction*, UK: Taylor and Francis, 298p
244. Satterthwaite JR, Tollison GD, Kriegel ML (1990): The use of tricyclic antidepressants for the treatment of intractable pain, 15(4)10-15p
245. Schervish S (2000): DTC Blitz, ECRM Exposé, Pharmacy, Efficient Promotion Planning Session (EPPS) Conference, http://www.ecrm-epps.com/Expose/V3_6/The_DTC_Blitz.asp
246. Schmied-Schwaiger Zs. (2007): Az iskolai depresszió- és szuicidprevenció lehetőségei és korlátai 88-99, In: Csépe A. (szerk): *Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozások részére*, Budapest: Semmelweis Kiadó, 235p
247. Schöne W, Ludwig M (1993): A double-blind study of paroxetine compared with fluoxetine in geriatric patients with major depression, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Vol. 13. No.6, Supp.2, December, 34-39p
248. Scrip (1998): Wyeth-Ayerst and Lilly continue the marketing battle in osteoporosis prevention, 6th. January
249. Scrip (2004): Advertising agency survey shows DTC ads reach target group, 14 July 2004
250. Scrip Reports (2002): Where is pharma industry going? Insights for the new millennium, 31 May, 109-111p
251. Scripnews (2005a): First US Vioxx trial will set the tone for Merck&Co, 29 July, www.scripnews.com
252. Scripnews (2005b): Senator Frist wants voluntary ban on DTC ads for new drugs, 15th July, www.scripnews.com

-
253. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M (1996): Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide, *Archives of General Psychiatry*, 53:339-348p
254. [Simon GE](#), [Manning WG](#), [Katzelnick DJ](#), [Pearson SD](#), [Henk HJ](#), [Helstad CS](#) (2001): Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care, ACP (American College of Physicians) Journal Club, abstract, Sep-Oct; 135(2):49p, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11177120&dopt=Abstract
255. Smith C et al. (2006): National Health Spending In 2004: Recent Slowdown Led By Prescription Drug Spending, *Health Affairs*, 25(1)186-196p
256. Sontrop J, Campbell K (2006): N-3 polyunsaturated fatty acids and depression: A review of the evidence and a methodological critique, *Preventive Medicine*, (42)4-13p
257. Spar JE, Rue AL (2003): Geriátriai pszichiátria, 10., 62., American Psychiatric Publishing, Budapest: Lélekben otthon, 350.
258. Starnes L (2005): The First Step: Admitting the Problem, Patient Compliance, European Pharmaceutical Executive, Jan/Feb 2005, 44-45p
259. Stein DJ (2003): Serotonergic Neurocircuitry in Mood and Anxiety Disorders, Major depression (2)3p, UK: Martin Dunitz, Lundbeck Institute, 83p
260. [Stewart WF](#), [Ricci JA](#), [Chee E](#), [Hahn SR](#), [Morganstein D](#). (2003): Cost of lost productive work time among US workers with depression, *Journal of American Medical Association*, 18 June; 289(23):3135-44., Oct 22, 290(16):2218p
261. Strohecker J (2003): A depresszió természetes gyógymódjai, Híres gyógyítók leghatékonyabb módszerei, Budapest: Édesvíz kiadó, 384.
262. Szabóné Pataky E. (2002): Egészséggazdaság és marketing, *Marketing & Menedzsment*, Egészségmarketing, XXXVI. évfolyam, 5-6. szám, 43-49., ISSN 1219-03-49
263. Szádóczky E. (1996): A depressziók és a szorongásos betegségek epidemiológiája, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 1:67-68.
264. Szádóczky E. (1998): Hangulatzavarok, (3.4.2.2) 299-305, In: Füredi János (szerk): A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, Budapest: Medicina, 805.
265. Szádóczky E. (2000): Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon, Saját vizsgálatunk strukturált kérdőívvel, 28-29., 35., 55., Print-Tech Kiadó, 190.

-
- 266.Szádóczky E. (2004): A depresszió és a szorongás Nyugat-Európában és hazánkban, (ESEMeD kutatás), GlaxoSmithKline szimpózium, előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged, január 28.
- 267.Szádóczky E., Rihmer Z., Papp Zs., Vitrai J., Füredi J. (2000): Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív adatai alapján, *Psychiatria Hungarica*, 15 (2):127-133.
- 268.Szádóczky E., Rózsa S., Zámboi J., Füredi J. (2001): Szorongás és hangulatzavarok a háziorvosi gyakorlatban, *Psychiatria Hungarica*, 16(6) 609-620.
- 269.Szántó Á. (2001) A vényköteles gyógyszerek (DTC-Direct-To-Consumer) reklámozásának jellegzetességei, *Marketing&Menedzsment*, XXXV. Évfolyam, 4. szám, 64-6
- 270.Szántó Á. (2004): Az egészségügyi marketing keretei, Az egészségügyi marketing fogalmának meghatározása és helye a marketing szakirodalomban, *Marketing szimpózium, Konferenciakötet, Miskolc*
- 271.Szendi G. (2004): Antidepresszáns és placebo, Az antidepresszáns vitáról, Török Tivadarné (szerk.), 15-16 , 63-88. p., Budapest: Országos Addiktológiai Intézet, 317.
- 272.Szolnoki N. (2005): A gyógyszeres kezelés lélektana a gyermekpszichiátriában, VIII. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszus, előadás kivonat, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, VII. Suppl. 1. 51.
- 273.Tariska P. (2003): Az időskori mentális zavarok felismerésének és ellátásának kérdései. Az életminőség kategóriája az időskor pszichiátriájában, *Psychiatria Hungarica*, 6
- 274.The New York Times (1982): Opren drug withdrawn, 8th September, <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9905E7D81538F93BA3575AC0A964948260>
- 275.Thomas KB (1987): General practise consultations: is there any point in being positive?, *British Medical Journal*, (294)1200-1202p
- 276.[Thomas CM](#), [Morris S](#) (2003): Cost of depression among adults in England in 2000, [British Journal of Psychiatry](#), Dec,183:477-478p
- 277.Tollefson GD, Souetre E, Thomander L, Potvin JH (1993): *International Clinical Psychopharmacology*, (8)281-293p
- 278.Tomcsányi P. (2000): Általános kutatómódszertan, 217., Gödöllő: Szent István Egyetem, Országos Mezőgazdasági Minősítő Intézet, 473.
- 279.Tringer L. (2003): Egészség és életminőség, *Psychiatriai Hungarica*, 1
- 280.Túry F. (2004): A gyógyítás Janus-arca: Mi a közös a pszicho- és farmakoterápiában?, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, Összefoglaló közlemény, VI/1;30-35.

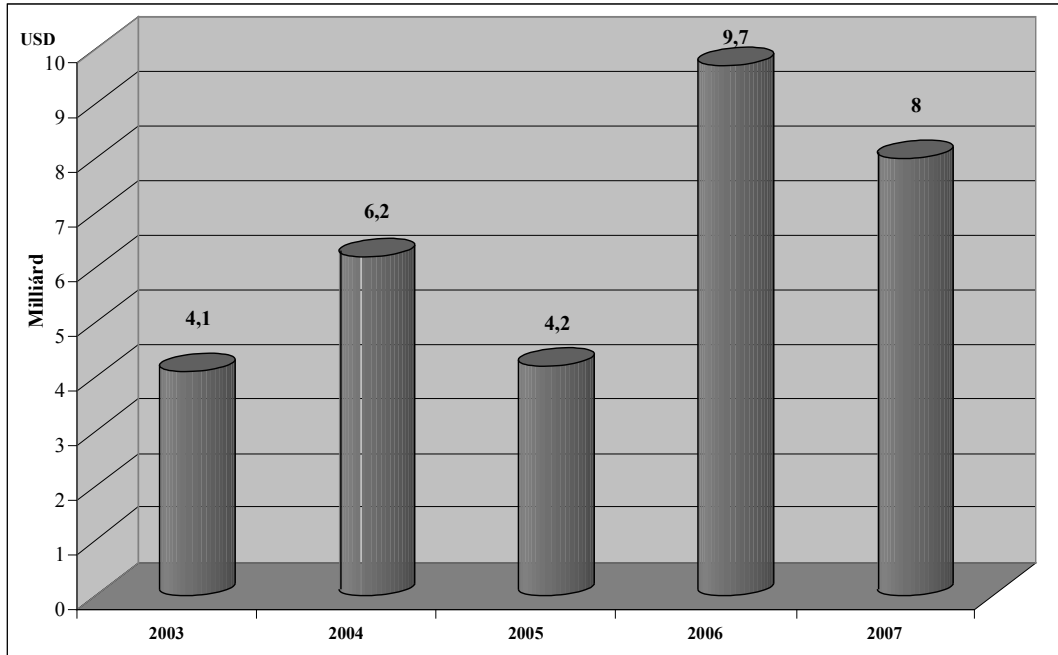
-
281. Túry F. (2005): Depresszió és szexuális diszfunkciók, Servier Hungária Kft., kongresszusi anyag , 05 COA 3LPSP3
282. Túry F. (2006): Magatartásorvoslás a hétköznapokban, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, június, XI. évfolyam, 6. szám, 583-587.
283. US Department of Health and Human Services (2000): Healthy People 2010: Understanding and improving health, Leading Health Indicators, 2nd Edition, November, <http://www.healthypeople.gov>
- 284.** U.S. Department of Health and Human Services (2005): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Health, United States, 2005 With Chartbook on Trends in the Health of Americans, 22 December, <http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs05.pdf>
285. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ (2004): Global burden of depressive disorders in the year 2000, *British Journal of Psychiatry*, 184:386–392p
286. Varga D. (2000): Depresszió a neurológiai betegségekben, OPNI, Agyérbetegségek Országos Központja, *Praxis*, 9. évf. 1. szám, 49-56.
287. Vizi E. Sz. (1998): Klinikai szempontból szükséges és pénzügyi szempontból lehetséges gyógyszerterápia, 37., In: Glatz F. (Szerk): *Egészségügy és piacgazdaság*, Magyarország az ezredfordulón, Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 243.
288. Vizi J. (1999): Elmeörkép'99-világtrendek, magyar perspektívák, *Psychiatria Hungarica*, 14(5):548-561.
289. Wang PS, Simon G, Kessler RC (2003): The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1):22-33p
290. Weihs KL, Settle EC, Batey SR, Houser TL, Donahue RMJ, Ascher JA (2000): Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly, *Journal of Clinical Psychiatry*, March, (61:3)196-201p
291. Weissman J et. al. (2003): Consumers Reports on the Health Effects of Direct-to-Consumer Drug Advertising, Health Affairs Web Exclusive, 26 February, www.healthaffairs.org.
292. Weissman MM, Klerman GL (1985): Gender and depression, *Trends Neuroscience*, (8) 416-420p
293. Wheatley D (1967): Influence of doctors' and patients' attitude in the treatment of neurotic illness, *Lancet*, 2(526):1133-1135p

-
294. WHO, World Health Organization (2001a): Mental and neurological disorders, Depression, Fact sheet N°265, December, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/index.html>]
295. WHO (2001b): The World Health Report, Mental health: New understanding, new hope, Chapter 1: A public health approach to mental health, 14, 16p, <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index2.html>]
296. Wikipedia (2006): http://en.wikipedia.org/wiki/Blockbuster_drug
297. Wilkinson G (1994): Controversies in Management: Better treatment of mental illness is more appropriate aim, *The British Medical Journal*, 1 October, (309)860-862p, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/309/6958/860>
298. Wittchen H, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P (1999): Comorbidity in primary care: presentation and consequences, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Supplement 7): 29-36.
299. Woods P (2000): How the internet may quicken the move toward full drug advertising, In: *The dynamics of DTC pharmaceutical marketing*, Access Conferences International, 14-15 February, London, UK
300. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE (1999): A Systematic Review of the Mortality of Depression, *Psychosomatic Medicine*, (61)6-17, 6-17p
301. Young AS, Klap R, Sherbourne CD et al. (2001): The quality of care for depressive group of depression and anxiety disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, (58)5561p
302. Zonda T., Singer J. (1999): Gotland, a boldogság szigete, *Szenvedélybetegségek*, 7(2):140-144.
303. 12 Manage, Rigor and relevance (2006): 7P definition, http://www.12manage.com/methods_booms_bitner_7Ps.html
304. 1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről
305. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, II. fejezet, A betegek jogai és kötelezettségei, A tájékoztatáshoz való jog
306. 2005. évi XCV.: Törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról
307. 2006. évi XCVIII. tv: A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás valamint a gyógyszerfoglalmas általános szabályai, 146. szám, november 29.

10. MELLÉKLETEK

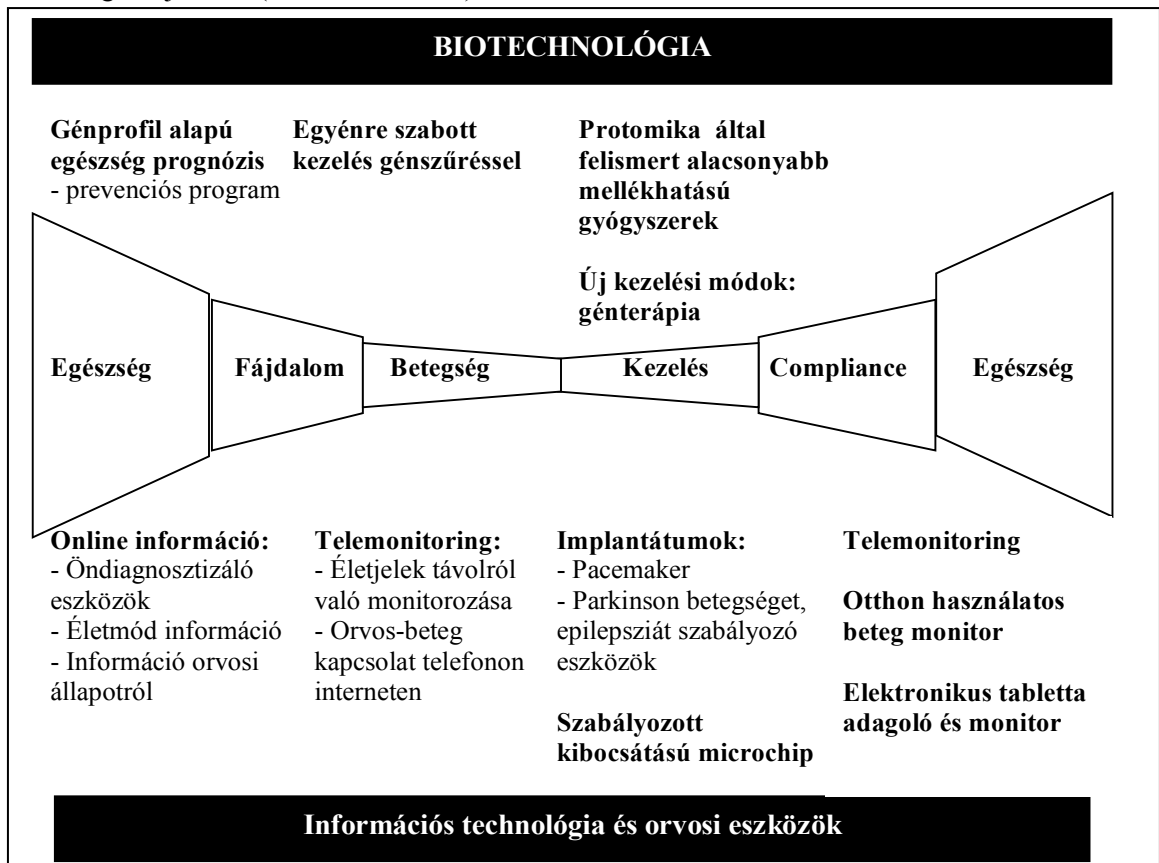
1. melléklet

Gyógyszermárkák szabadalmi oltalmának elvesztése értékben (Express Scripts 2002)



2. melléklet

A biotechnológia fejlődése (Coles et al. 2002)



3. melléklet

A DTCA hirdetések a 80-as években (Mertens 1998)

DTCA éve	Márkanév	Indikáció	Gyártó neve	Print	TV
1981	Pneumovax	Pneumonia vakcina	Merck Sharp & Dohme	X	
1982	Heptavax	Hepatitis B vakcina	Merck Sharp & Dohme	X	
1983	Rufen, Motrin	Artritisz	Pfizer	X	X
1983-85	FDA MORATÓRIUM				
1984	Naprosyn	Gyulladáscsökkentő	Syntex	X	
	Nicorette	Dohányzás leszoktató	Ladeside / Merell Dow	X	X
1985	Trental	Keringési zavarok	Hoechst-Roussel	X	X
	Capoten	Életmód	Squibb	X	X
1986	Zovirax	Genitális herpesz	Burroughs Wellcome	X	
	Seldane	Allergia	Merell Dow	X	X
1987	Glucotrol	Diabétesz	Pfizer/Roering	X	
	Feldene, Procardia	Artritisz, angina	Pfizer	X	
	Tavist	Allergia	Sandoz	X	
1988	Tagamet, Zantac	Savtúltengés	SmithKline&French, Glaxo	X	X
	Mevacor	Magas koleszterin	Merck Sharp & Dohme	X	
1989	NEE 1/35	Születés szabályozás	Lexis	X	X
	Rogaine	Hajhullás	Upjohn	X	X
	Hismanal	Allergia	Janssen	X	

4. melléklet

A DTCA fogyasztói magatartás vizsgálata 1997-2003 (GAO 2002)

Felmérést készítő	Minta nagysága fő	Felmérés paraméterei	Felmérés dátuma év	DTCA hirdetés ismertége %	Beszélt orvossal %	Kérte a szer felírását %	A szert felírta az orvos %
FDA	943	nemzeti, randomizált, az utóbbi 3 hónapban doktornál járt betegek	2002	81	23	7	69
FDA	1081	nemzeti, randomizált, 960 fő az utóbbi 3 hónapban doktornál járt	1999	72	32	13	50
Prevention Magazine	1601	nemzeti, randomizált, +18 kor, 1000 fő férfi felülreprezentált	2001	85	32	29	77
Prevention Magazine	1222	nemzeti, randomizált, +18 év	2000	80	32	26	71
Prevention Magazine	1200	nemzeti, randomizált, +18 év	1999	81	31	28	84
Prevention Magazine	1200	nemzeti, randomizált, +18 év	1998	70	33	28	80
Prevention Magazine	1202	nemzeti, randomizált, +18 év	1997	63	31	29	73
Weissman et al.	3000	nemzeti, randomizált, felnőttek	2001-2003	86	35	27	21
Kaiser Family Alapítvány	2511	nemzeti, randomizált, 872 gyógyszer reklámot néző vs. 639 nem reklám néző	2001	na	30	na	44
National Consumer League	1013	nemzeti, randomizált, +18 év	1998	80	44	na	22
AARP	1310	nemzeti, randomizált, +50 év felülreprezentált (nyomtatott sajtó)	1998	65	na	na	na
Bell et al.	329	randomizált, Sacramento-i lakosok	1998	10 hirdetésből 3,7	35	19	na
Mintzes et al.	786	38 fő orvos, 748 beteg Sacramento-ban, +18 év	2001	72	na	7	78

5. melléklet

Terápiás csoportok szerinti DTC kiadások 1997-99 (Reuters 2000)

Terápiás csoport	DTC kiadás (000 USD) január-június 1997	DTC kiadás (000 USD) január-június 1998	DTC kiadás (000 USD) január-június 1999	Növekedés (%) január-június 1997-1999
Allergia	144 994	169 366	240 197	65,7
Életmód termékek	36 588	89 068	208 351	469,5
Belső elválasztású mirigyek	42 473	59 601	73 886	74,0
Központi idegrendszer	47 001	77 949	50 329	71
Szív és érrendszer	52 002	77 727	43 472	-16,4
Fertőzés ellenes	47 290	46 861	39 577	-16,3
Gyomor és bélrendszer	16 614	28 294	35 286	112,4
Urogenitális	954	0	27 195	2,7506
Légzőrendszer	42 470	18 148	15 016	-64,6
Daganatos betegség	1 324	80	11 894	798,3
Váz- és izomrendszer	27 117	26	9 675	-64,3
Bőrgyógyászat	3 038	3 709	3 052	0,5
Egyéb	1 553	912	17 960	1056,5
Összesen	463 418	571 741	775 890	67,4

6. melléklet

A top 50 legmagasabb DTC költségű gyógyszer 2000-ben (NIHCM 2001)

Sorsz.	Név	Gyógyszer típusa	Eladás 2000 (\$ millió)	DTC kiadás 2000 (\$ millió)	Változás 1999-2000 (\$ millió)	Változás 1999-2000 (%)
1	Vioxx	Izületi gyulladás	1 518,0	160,8	1 188,5	360,7
2	Prilosec	Fekély ellenes	4 102,2	107,5	452,8	12,4
3	Claritin	Antihisztamin	2 035,2	99,7	264,2	14,9
4	Paxil	Antidepresszáns	1 808,0	91,8	355,6	24,5
5	Zocor	Koleszterin csökkentő	2 207,0	91,2	400,2	22,1
6	Viagra	Szexuális diszfunkció	809,4	89,5	192,4	31,2
7	Celebrex	Izületi gyulladás	2 015,5	78,3	739,5	58,0
8	Flonase	Nazális szteroid	618,7	73,5	129,2	26,4
9	Allegra	Antihisztamin	1 120,4	67,0	382,2	51,8
10	Meridia	Súlycsökkentő	113,2	65,0	-10,0	-8,1
11	Flovent	Légzőszervi szteroid	652,7	62,9	260,9	66,6
12	Pravachol	Koleszterin csökkentő	1 203,5	62,0	166,3	16,0
13	Zyrtec	Antihisztamin	848,9	60,2	230,5	37,3
14	Singular	Asztma kezelés	676,5	59,3	316,5	87,9
15	Lipitor	Koleszterin csökkentő	3 692,7	58,2	1 032,8	38,8
16	Nasonex	Nazális szteroid	392,0	53,2	128,0	48,5
17	Ortho Tri-Cyclen	Fogamzásgátló	617,0	47,0	185,5	43,0
18	Valtrex	Antivirális szer	311,1	39,7	77,7	33,3
19	Lamisil	Gomba elleni	498,3	39,3	32,0	6,9
20	Prempro	Hormonkészítmény	711,8	37,9	106,3	17,6
21	Sonata	Nyugtató	97,8	37,5	85,5	695,1
22	Imitrex	Fájdalomcsillapító	1 026,1	37,1	51,6	5,3
23	Xenical	Súlycsökkentő	237,0	35,5	92,3	63,8
24	Prevacid	Fekély ellenes	2 832,6	34,4	773,6	37,6
25	Avandia	Diabétesz	617,6	33,9	514,9	501,4
26	Detrol	Urológiai szer	319,2	33,8	82,0	34,6
27	Zyban	Dohányzás elleni	126,1	30,9	-9,1	-6,7
28	Diflucan	Gomba elleni	386,9	29,9	56,6	17,1
29	Remicade	Crohn-betegség	2,7	29,0	1,5	132,6
30	Buspar	Szorongszó	702,3	28,7	170,8	32,1
31	Tamiflu	Influenza	43,5	28,4	34,8	403,0
32	Synvisc	Izületi gyulladás	23,0	25,9	2,4	11,6
33	Glucophage	Diabétesz	1 630,3	25,8	472,5	40,8
34	Procrit	Vérszegénység	298,8	25,5	74,8	33,4
35	Patanol	Allergiás kötőhártyagyulladás	152,2	25,1	43,8	40,5
36	Prozac	Antidepresszáns	2 567,1	23,3	120,5	4,9
37	Relenza	Influenza	16,6	22,5	6,4	62,7
38	Aricept	Alzheimer betegség	384,1	20,6	66,5	20,9
39	Denavir	Herpesz kezelés	36,2	19,9	18,0	98,4
40	Rhinocort Aqua	Nazális szteroid	73,4	19,3	73,4	N/A
41	Propecia	Haj kezelés	122,6	18,0	8,9	7,8
42	Glucovance	Diabétesz	21,0	16,4	21,0	N/A
43	Sarafem	Premenstruációs szindróma	8,1	14,4	8,1	N/A
44	Claritin D	Meghűlés	896,5	14,2	76,6	9,3
45	Flomax	Prosztata megnagyobbodás	226,8	12,5	88,8	64,3
46	Differin	Pattanás kezelés	136,0	12,1	26,6	24,3
47	Pevnar	Pneumococcus vakcina	0,6	11,2	0,6	N/A
48	Ambien	Nyugtató	798,9	11,1	159,6	25,0
49	Ditropan XI	Urológiai szer	174,1	11,0	113,7	188,2
50	Zithromax	Széles spektrumú antibiotikum	1 364,4	9,8	107,8	8,6
Össz.	Top 50 Gyógyszer		\$41 274,8	\$ 2141	\$9 976	31,9%
	Top 50 Gyógyszer (%)		31,3%	94,8%	47,8%	
	Többi gyógyszer		\$90697	\$117	\$10891	13,6%
	Többi gyógyszer (%)		68,7%	5,2%	52,2%	
Totál	Teljes piac		\$131971,8	\$2258	\$20866	18,8%

7. melléklet

Gyógyszercégek DTC kiadásai 2000-ben (NIHCM 2001)

Rangsor	Gyógyszergyár	DTC kiadások 2000 (millió USD)	DTC kiadások 1999 (millió USD)	Változás 1999-2000 %
1	GlaxoSmithKline	417,2	296,9	40,5%
2	Merck&Co.	331,8	152,4	117,7%
3	Pfizer	249,9	125,9	98,5%
4	Schering-Plough	167,1	189,2	-11,7%
5	Bristol-Myers Squibb	140,6	44,4	216,7%
6	AstraZeneca	137,1	163,3	-16,0%
7	Pharmacia	128,1	73,7	73,8%
8	American Home Products	120,4	62,3	93,3%
9	Johnson&Johnson	118,5	100,9	17,4%
10	Hoffman-La Roche	70,7	77,9	-9,2%
11	Aventis Pharmaceuticals	67,2	72,5	-7,3%
12	Abbot Laboratoires	64,9	43,5	49,2%
13	Novartis	51,6	13,3	288,0%
14	Eli Lilly	46,5	7,1	554,9%
15	Nestle	37,9	36,6	3,6%

8. melléklet

„Érted? Mindent.” integrált hepatitis B kampány 1999 (SmithKlineBeecham 1999)

**Érted?
Mindent!**

HEPATITIS B
Megelőzhető!

Magyarországon 1999-től a 14 évesek hepatitis B (B típusú fertőző májgyulladás) elleni védelméről az állam gondoskodik. A megoldásról kérdezze háziorvosát!

Az alábbi címen bővebb írásos tájékoztatást kaphat a betegségről
Egészséges Ifjúságért Alapítvány
2601 Vác, Pf. 14

9. melléklet

„Nem nevet. Ön is észrevette?” integrált depresszió kampány 2001 (GlaxoSmithKline 2001)



Persze bizonyos esetekben ez akár természetes is lehet. Azonban egyre több olyan ember van közöttünk, akik látszólag minden ok nélkül zárkóznak magukba. Nem élnek, nem nevetnek együtt környezetükkel. Életuntak, étvágytalanok, sokszor alvászavarral küzdenek. Depressziósak. Helyzetük súlyosabbra is fordulhat, mert nem képesek saját magukon segíteni. Ezért a környezetükben élőknek fontos tudni, hogy van kiút! A depressziónak számtalan jól felismerhető tünete van, amelyek hátterében pszichológiai és biológiai zavarok állhatnak. Ezek megfelelő terápiával enyhíthetőek, megszüntethetőek. Ha valaki az Ön környezetében is hasonló problémával küzd, segítse szakemberhez jutását!

Depinfo*: 06-40-224-444

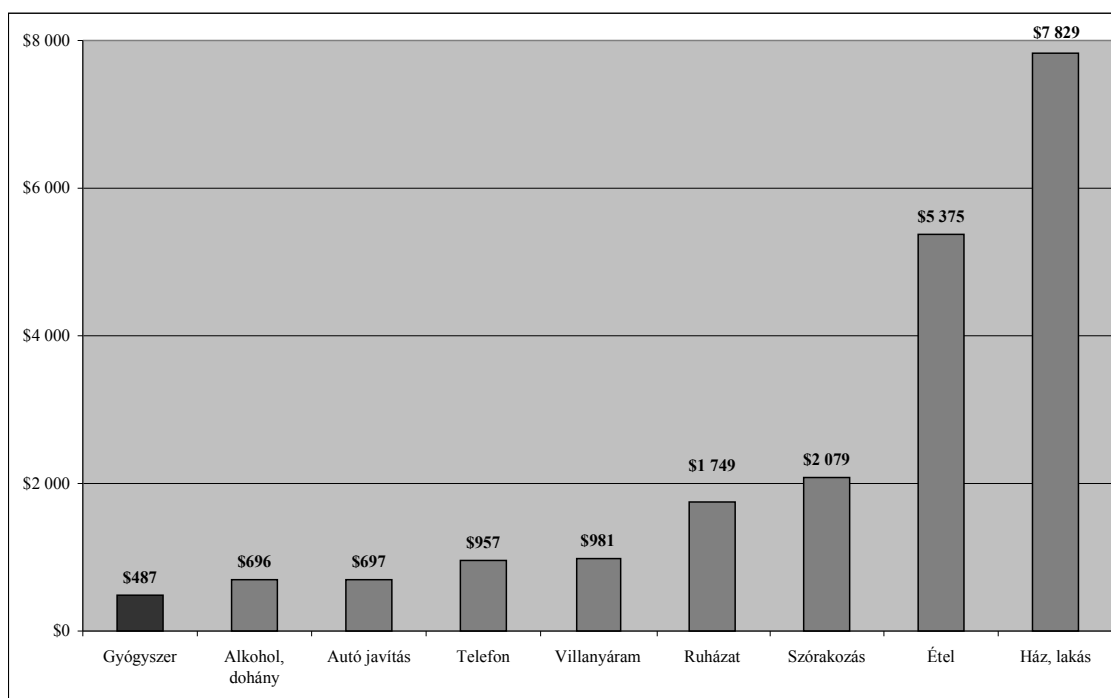
*Ez a helyi tarifával hívható információs vonal segít, hogy mihamarabb szakemberhez kerülhessen. 2001. január 29. - március 31. között munkanapokon 9 és 22 óra között állunk rendelkezésére. A Magyar Pszichológiai Társaság és a Pszichoeducatio Alapítvány szakmai támogatásával.



Depresszió. Nem kedv-kérdése.

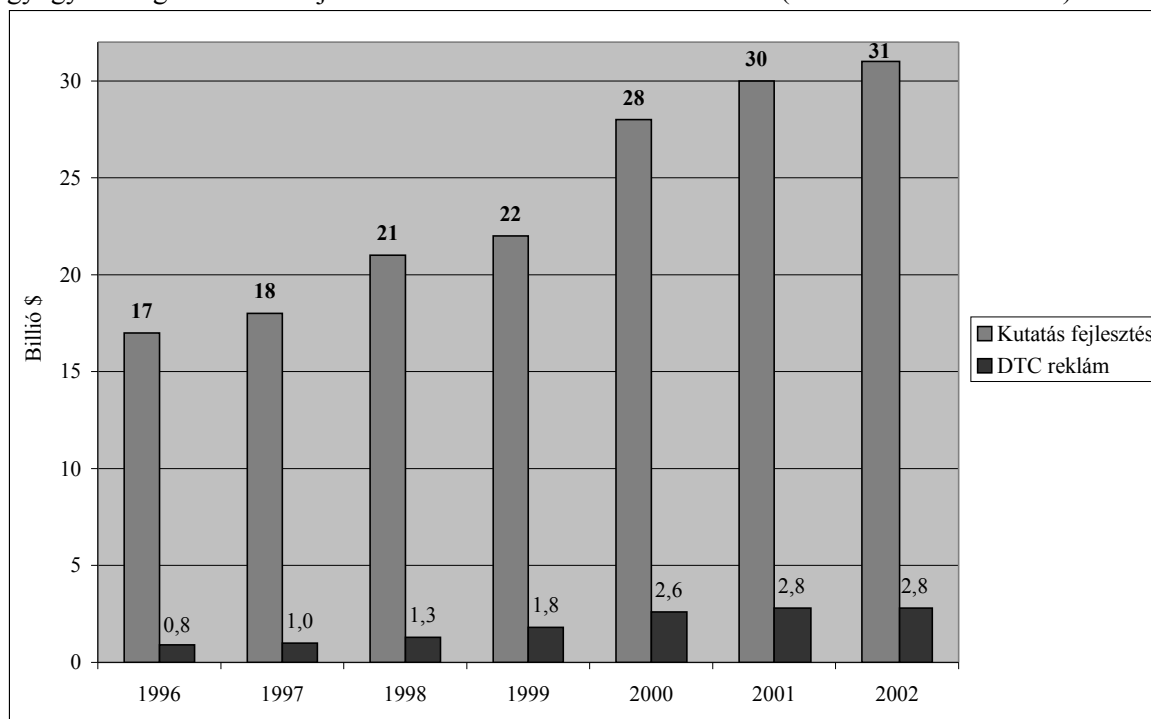
10. melléklet

Az amerikai lakosság kiadásai termékkategóriánként (GlaxoSmithKline 2004)



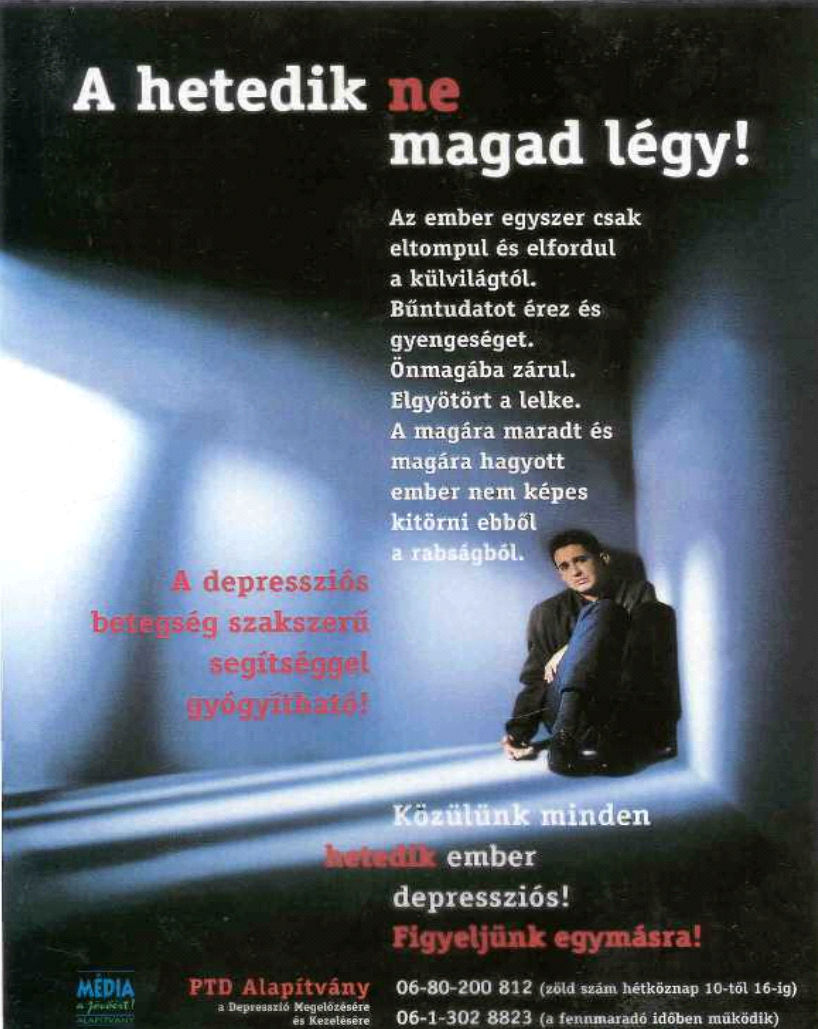
11. melléklet

A gyógyszercegek kutatás-fejlesztési kiadásai vs. DTC ráfordítások (GlaxoSmithKline 2004)



12. melléklet

„A hetedik ne magad légy!” integrált depresszió kampány 1998 (SmithKlineBeecham 1998)



A hetedik **ne magad légy!**

Az ember egyszer csak eltompul és elfordul a külvilágtól. Bűntudatot érez és gyengeséget. Önmagába zárul. Elgyötört a lelke. A magára maradt és magára hagyott ember nem képes kitörni ebből a rabságból.

A depressziós betegség szakszerű segítséggel gyógyítható!

Közülünk minden **hetedik** ember depressziós!
Figyeljünk egymásra!

MÉDIA
a **Figyeljünk egymásra!**
KAMPÁNY

PTD Alapítvány
a Depresszió Megelőzésére és Kezelésére

06-80-200 812 (zöld szám hétköznap 10-től 16-ig)
06-1-302 8823 (a fennmaradó időben működik)

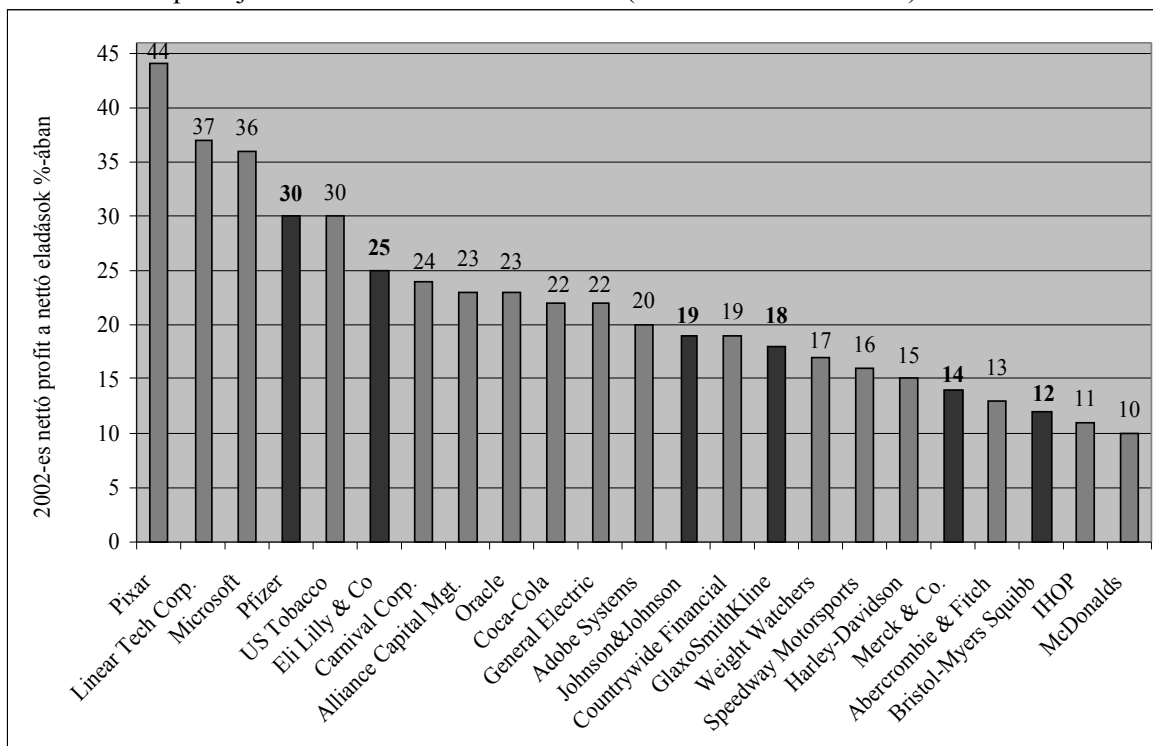
13. melléklet

Az antidepresszáns piac hazánkban (IMS 2006a)

Ft.	2005	2006	Növekedés %	Piacrészesedés %
Totál N06A piac	10 190 451 487	8 577 025 303	-15,8%	100%
Paroxat	850 677 300	689 879 715	-18,9%	7,9%
Seroxat	32 232 780	17 444 840	-45,9%	0,2%
Rexetin	974 698 690	833 876 820	-14,4%	9,8%
Paretin	24 253 070	34 767 070	43,4%	0,5%
Paroxetin-ratiopharm	13 408 144	14 595 287	8,9%	0,2%
Parogen	10 961 170	5 869 385	-46,5%	0,1%
Apodepi	60 485 300	72 877 000	20,5%	0,9%
Wellbutrin	247 208 324	261 885 866	5,9%	3,1%
Seropram	1 251 641 460	800 641 664	-36,0%	8,6%
Citapram	218 500 820	243 689 590	11,5%	3,1%
Serotor	95 898 188	55 777 686	-41,8%	0,6%
Cipralax	238 789 218	362 444 100	51,8%	4,3%
Citalopram-ratiopharm	9 684 323	15 225 579	57,2%	0,2%
Citagen	4 486 850	3 601 300	-19,7%	0,1%
Zyloram	31 131 140	32 538 600	4,5%	0,4%
Dalsan	17 199 213	42 193 227	145,3%	0,5%
Citalowin	0	333 548		0,0%
Zoloft	1 057 266 356	684 088 905	-35,3%	7,8%
Stimuloton	470 985 243	384 536 113	-18,4%	4,3%
Serlift	224 756 766	162 646 830	-27,6%	1,8%
Asentra	9 768 180	19 322 456	97,8%	0,2%
Sertralin-Hexal	30 784 950	36 540 000	18,7%	0,4%
Sertralin-ratiopharm	0	35 649 000		0,4%
Sertadepi	0	16 257 898		0,2%
Sertagen	0	364 900		0,0%
SertWin	0	5 412 360		0,1%
Gerotralin	0	0		0,0%
Prozac	103 507 596	64 580 591	-37,6%	0,7%
Flozet	222 913 519	178 490 285	-19,9%	2,1%
Apo-Fluoxetin	46 608 985	33 229 941	-28,7%	0,4%
Huma-Fluoxetin	1 438 260	0	-100,0%	0,0%
Portal	2 465 670	1 819 570	-26,2%	0,0%
Fluvinox	0	79 800		0,0%
Fevarin	253 586 575	204 020 715	-19,5%	2,4%
Aurorix	493 683 180	339 283 068	-31,3%	3,8%
Maorex	19 314 950	17 825 430	-7,7%	0,2%
Mocrim	10 790 280	8 410 404	-22,1%	0,1%
Coaxil	391 027 836	396 318 508	1,4%	4,6%
Remeron	998 478 624	781 228 768	-21,8%	9,2%
Mirzaten	46 714 373	53 724 608	15,0%	0,6%
Mizapin	29 505 363	109 827 061	272,2%	1,4%
MirtaWin	0	5 965 410		0,1%
Mirtadepi	0	35 085 395		0,4%
Efectin	998 896 056	705 161 675	-29,4%	7,9%
Velaxin	70 688 448	203 963 190	188,5%	2,7%
Tolvon	164 368 974	109 556 738	-33,3%	1,3%
Edronax	86 519 960	55 856 940	-35,4%	0,6%
Cymbalta	0	144 102 539		2,1%
Trittico AC	274 940	1 129 080	310,7%	0,0%
Anafranil	190 666 800	155 586 271	-18,4%	1,8%
Noveril	26 112 748	19 032 626	-27,1%	0,2%
Melipramin	10 793 048	8 374 282	-22,4%	0,1%
Ludiomil	67 265 382	42 937 484	-36,2%	0,5%
Teperin	17 678 715	15 856 425	-10,3%	0,2%
Others	62 333 720	53 118 760	-14,8%	0,6%

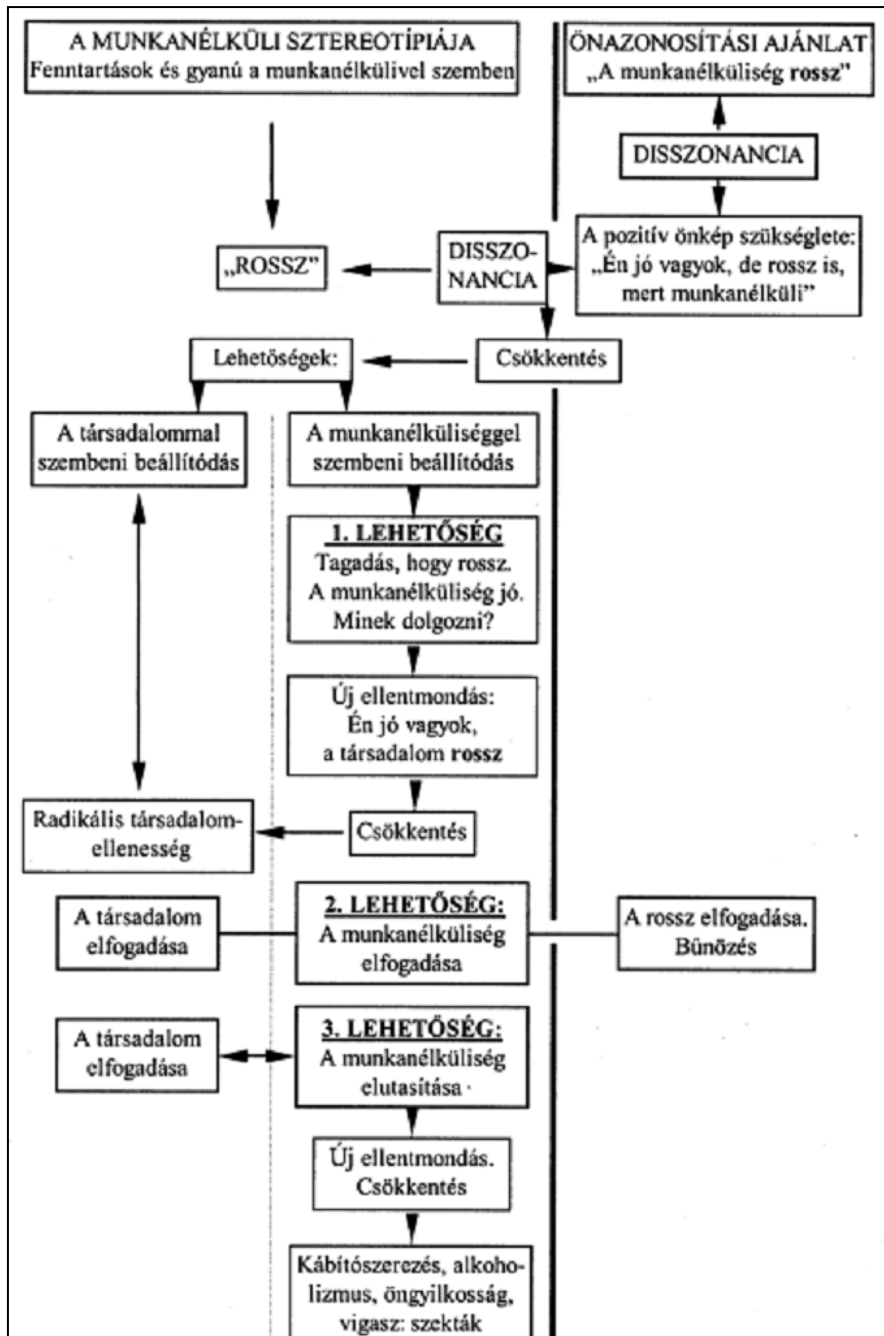
14. melléklet

Vállalatok nettó profitja a nettó eladások százalékában (GlaxoSmithKline 2004)



15. melléklet

Kognitív disszonancia, munkanélküliség és társadalmi folyamatok (Menyhay 2002)



16. melléklet

A kvantitatív kutatás beteg, szakorvosi és háziorvosi kérdőívei

Kérdőív a beteg részére

Életkora:..... év

Neme: Férfi Nő

Legmagasabb iskolai végzettsége:.....

Foglalkozása:.....

Betegszervezet tagja: Igen Nem

Gyógyszerterápia hossza: év..... hónap

1. Mikor volt az első depressziós periódusa?

..... év

2. Akkor a depresszió mely típusában szenvedett?

Enyhe Közepes Súlyos

3. Hányszor volt depressziós periódusa?

1 2-4 5-9 10-nél több

4. Leginkább a depresszió mely típusában szenvedett?

Enyhe Közepes Súlyos

5. Hallott Ön a depresszióról betegsége megjelenése előtt?

Igen Nem

6. Mit tudott Ön a depresszióról mielőtt először orvoshoz fordult?

Semmit Keveset Közepes ismeret Sokat Mindent

7. Kérem, határozza meg mi a depresszió.

.....

8. Ki diagnosztizálta betegségét?

Háziorvos Pszichiáter Neurológus Más orvos Egyéb

9. Mennyi idő telt el a tünetei jelentkezése és bármely orvosi segítség között?

..... évhónap

10. Mennyi idő telt el az első segítség és a hathatós szakorvosi segítség között?

..... évhónap

11. Miért nem kapott hamarabb szakszerű segítséget? (Több választás lehetséges!)

Mert nem tudtam, hogy ez egy betegség és van rá orvosi segítség

Mert szégyelltem az állapotomat és ezért nem mentem orvoshoz sem

Mert a környezet nem ismerte fel a betegségem

Mert azt gondoltam, hogy testi bajom van, nem gondoltam a depresszióra

Mert a háziorvos nem ismerte fel a depressziót és más orvoshoz küldött

Egyéb.....

12. Kivel osztotta meg először problémáját?

.....

13. Hová fordult először segítségért?

.....

14. Ha Ön, környezete vagy háziorvosa hamarabb felismeri a betegségét, mennyivel hamarabb jutott volna el szakorvoshoz?

..... évhónap

15. Ön betartja az orvos által javasoltakat, előírtakat?

- Teljes mértékben
- Nagy részben
- Részben
- Egyáltalán nem

16. Ha idő előtt abbahagyta a gyógyszer szedését, mennyivel hamarabb történt ez?

..... évhónap hét

17. Milyen egy depresszió elleni gyógyszerrel szembeni elvárása?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Tünetek megszüntetése	1	2	3	4	5
Gyors hangulatjavító	1	2	3	4	5
Kevés mellékhatás	1	2	3	4	5
Kedvező ár	1	2	3	4	5
Napi 1X adagolás	1	2	3	4	5
Minél több információ a szerről	1	2	3	4	5

18. Az első vizitkor pszichiátere / neurológusa milyen információval látta el Önt?

(Több választás lehetséges!)

- Elmagyarázta a depresszió jelentését, okát
- Elmondta milyen terápiás módszerek lehetségesek a gyógyuláshoz
- Bevont a gyógyszerválasztás döntésébe
- Orvosom elmagyarázta miért azt a gyógyszert írja fel számomra
- Elmondta a gyógyszer előnyeit és kockázatait
- Elmagyarázta a készítmény adagolását
- Elmondta mikor várható javulás
- Egyéb:

19. Mennyi ideig tartott az első vizit?

.....perc

20. Az első vizitkor pszichiátere / neurológusa mennyi időt töltött az Ön tájékoztatásával a betegségről és a terápiáról?

.....perc

21. Mi lenne az ideális? Az első vizitkor mennyi időt töltene pszichiátére / neurológusa az Ön tájékoztatásával a betegségről és a terápiáról?

.....perc

22. Mi az a téma, kérdés, amiről orvosától még szívesen hallott volna a vizit ideje alatt?

.....

23. Mely forrásokból hallott már a depresszió betegségről? (Több választás lehetséges!)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Televízió | <input type="checkbox"/> Rendezvény | <input type="checkbox"/> Pszichiáter |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Család | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Napi lap/Heti lap/Magazin | <input type="checkbox"/> Barát, szomszéd | <input type="checkbox"/> Más orvos |
| <input type="checkbox"/> Rádió | <input type="checkbox"/> Előadás | <input type="checkbox"/> Betegszervezet |
| <input type="checkbox"/> Egyéb | <input type="checkbox"/> Kolléga | <input type="checkbox"/> Nővér |

24. Ön szerint a depressziós betegek hány százaléka kezeletlen?

.....%

25. Miért kezeletlen a depressziós betegek nagy százaléka?

.....

26. Hogyan segíthetnénk azon, hogy a kezeletlen depressziós betegek hamarabb kapjanak szakszerű segítséget?

.....

27. Kérem osztályozza a gyógyszerdobozban található beteg tájékoztatóval kapcsolatos állításokat?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Minden esetben elolvasom a beteg tájékoztatót	1	2	3	4	5
A tájékoztató túl hosszú	1	2	3	4	5
Tartalma számomra teljesen érthető	1	2	3	4	5
A tájékoztató nyelvezete érthető számomra	1	2	3	4	5
A leírás sok idegen szót tartalmaz	1	2	3	4	5
Sok számomra lényegtelen információt tartalmaz	1	2	3	4	5
A mellékhatások listája riasztó számomra	1	2	3	4	5
Hiányolok belőle számomra fontos információkat	1	2	3	4	5
Hiányolom, hogy nem magyarázza el a betegséget	1	2	3	4	5
Hiányolom, hogy nem taglalja más szerrel, ételekkel való kölcsönhatást	1	2	3	4	5

28. Ön találkozott már a tömegmédiában a depresszióról szóló tájékoztatással pl. cikkekkel, TV műsorokkal stb.? Igen Nem

29. Ha igen, konkrétan hol találkozott ilyen tájékoztatással?

.....

30. Kit tart hitelesnek a depresszióról tájékoztató cikkben, műsorban, hirdetésben? Ki szóljon

Önhöz? (Több választás lehetséges!)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pszichiáter/Neurológus | <input type="checkbox"/> A Pszichiátriai Társaság | <input type="checkbox"/> Patikus |
| <input type="checkbox"/> Minisztériumszakembere | <input type="checkbox"/> Pszichológus | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Ismert személy | <input type="checkbox"/> A betegséggel küzdő beteg | <input type="checkbox"/> A személy nem lényeges |

31. Kérem jelölje be milyen információt tartalmazzon egy figyelemfelkeltő depresszió betegségről szóló hirdetés?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

A kampányt támogató szervezet neve (pl. Minisztérium)	1	2	3	4	5
Ingyenes depresszió információs telefonszám	1	2	3	4	5
Internetes cím a depresszióról	1	2	3	4	5
Figyelemfelkeltő adat (pl. 1 millió depressziós beteg hazánkban)	1	2	3	4	5
A betegséggel küzdő személy	1	2	3	4	5
A depresszió leírása, fajtái	1	2	3	4	5
A depresszió kezelésének módjai	1	2	3	4	5
A kezelés átlag ára	1	2	3	4	5
Alternatív gyógymódok	1	2	3	4	5

32. Kérem jelölje be egyetért-e Ön az állításokkal?

Mi volt az oka, ha hamarabb abbahagyta a gyógyszer szedését, mint ahogyan azt az orvos előírta?

Állapotom javult	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A szer hatástalansága miatt	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem szeretek gyógyszert szedni	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Kellemetlen mellékhatások jelentkeztek	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Féltem, hogy gyógyszerfüggő leszek	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Gátol a mindennapi életvitelben	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Féltem a mellékhatásoktól	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Az orvosom nem hívta fel a figyelmemet, miért nem szabad hamarabb abbahagynom a gyógyszer szedését	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Mi ösztönözné Önt leginkább arra, hogy ne hagyja abba a gyógyszer szedését az orvos által javasoltak előtt?

Ha a terápia elején orvosom tájékoztatna a kezelés várható hosszáról	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Ha orvosom tájékoztatna a gyógyszer abbahagyásának kockázatairól	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Ha tudnám, előírászerű gyógyszeres kezelés mellett a depresszió nem térne vissza	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Az a tudat, hogy a gyógyszertől állapotom javulni fog	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Az orvosom motivációja és bizalmam irányába	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Kérem jelölje be egyetért-e ezekkel az érzésekkel, amikor Ön depresszióban szenvedett?

A társadalom részéről kitaszítottnak érzem magamat	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Szégyenkeztem a betegség miatt	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem voltam ura magamnak, életemnek	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A depresszió az életemet veszélyeztető állapot	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A társadalom számára a depresszió stigma	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

A környezetem számára csak hiszti betegségem	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyedül érzem magam a problémával	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nincs értelme az életemnek	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Azt éreztem, nincs kiút a depresszióból	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Azt gondoltam, sohasem szabadulok meg a betegségtől	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Egyetért Ön az állításokkal a depresszió betegség ismeretterjesztésével kapcsolatban?

A program üzenete számomra, hogy van megoldás a depresszióra	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Látva a cikket gondoltam: "Végre foglalkozik vele a társadalom."	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Helyeslem a depresszióval foglalkozó kampányokat	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A társadalom, a környezet figyelmét fel kell hívni a betegségre ismeretterjesztés segítségével	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hitelesnek tartom a depresszióról a médiában olvasottakat, hallottakat	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kezeletlen, vagy még kevés információval rendelkező betegek segít azonosítani a problémájukat	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem ellenzem, ha gyógyszercégek finanszírozzák e programot	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Engem arra aktivizál e program, hogy mielőbb szakorvoshoz forduljak	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Ez segít a betegeknek, hogy környezetük a betegségüket ne gyengeségnek vagy hisztinek értékelje	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Mint ismeretes hazánkban a vényköteles gyógyszerek reklámozása tilos. Egyetért Ön ezzel a szabályozással?

Nem értek egyet, mert az orvos-beteg kapcsolatot segíti	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetértek, mert az orvosnak kell választania a gyógyszerek közül	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert beeshetnék nekem melyik terápia a legjobb	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert még több fontos információhoz juthatnék	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert nem etikus a betegek előtt információt elzárni.	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A reklám számomra felesleges, mert az orvos írja fel a receptet	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetértek, mert az orvos dolga kiválasztani a nekem való szert	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetértek, mert nekem az túl sok felesleges információ lenne	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hazánkban sosem lehet majd gyógyszereket reklámozni	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Az orvosom sem támogatná e szerek szabad reklámozását	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A depresszió elleni készítményeknél ettől eltérő a véleménye?	<input type="checkbox"/>	I g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

33. Ha eltérő a véleménye a depresszió elleni gyógyszerek esetében, kérem fejtsse ki miért.

.....

34. Egyéb vélemény, javaslat:

.....

NAGYON KÖSZÖNÖM ÉRTÉKES VÉLEMÉNYÉT!

Kérdőív a szakorvos részére

Életkora:.....év
Neme: Férfi Nő
Szakvizsgák:.....
Praxisban eltöltött idő:.....év
Praxis helye:.....megye.....város
Tudományos fokozat:.....
Napi depressziós betegszám:.....beteg

1. Ha a depresszióban szenvedő betegeit 100%-nak tekinti, hogyan jutnak el általában Önhöz a betegek?

.....% Háziorvos küldi% Más orvos küldi% Közvetlenül% Ismerős ajánlásával

2. Ki diagnosztizálja először általában a depressziót betegeinél?

.....% Pszichiáter% Neurológus% Háziorvos% Más orvos

3. Átlagosan a tünetek jelentkezése és bármely orvosi segítség között mennyi idő telik el?

..... évhónap

4. Ön szerint átlagosan mennyi idő telik el az első segítség és a hathatós szakorvosi segítség között?

..... évhónap

5. Miért nem kapnak a betegek hamarabb szakszerű segítséget?

(Több választás lehetséges!)

- Mert a háziorvos nem ismeri fel a depressziót és más orvoshoz küldi a beteget
- Mert a beteg nem tudja, hogy a depresszió egy betegség és van rá orvosi segítség
- Mert a beteg környezete nem ismeri fel a betegséget
- Mert a beteg azt hiszi, hogy testi baja van és nem gondol a depresszióra
- Mert a beteg szegényli állapotát és ezért nem megy orvoshoz
- Egyéb.....

6. A betegek általában kivel osztják meg először problémájukat, tüneteiket?

.....

7. Mi készíteti a beteget arra, hogy orvosi segítséget kérjen?

.....

8. Hová fordul a beteg először segítségért?

.....

9. Ha a beteg, környezete vagy háziorvosa hamarabb felismerné a betegségét, Ön szerint mennyivel

hamarabb jutna el a beteg a szakorvoshoz?

..... évhónap

10. A betegek mennyire tartják be az orvos által javasoltakat?

- Teljes mértékben
- Nagy részben
- Részben
- Egyáltalán nem

11. Ha a beteg idő előtt abbahagyja a gyógyszer szedését, átlagosan mennyivel hamarabb történik ez?

..... év hónap hét

12. Milyen egy depresszió elleni gyógyszerrel szembeni a beteg elvárása?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Hatékonyság	1	2	3	4	5
Gyors hangulatjavító	1	2	3	4	5
Kevés mellékhatás	1	2	3	4	5
Kedvező ár	1	2	3	4	5
Kényelmes használat (pl. napi 1X adagolás)	1	2	3	4	5
Minél több információ a szerőről	1	2	3	4	5

13. Milyen egy depresszió elleni gyógyszerrel szemben az Ön elvárása?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Hatékonyság	1	2	3	4	5
Gyors hangulatjavító	1	2	3	4	5
Kevés mellékhatás	1	2	3	4	5
Kedvező ár	1	2	3	4	5
Kényelmes használat (pl. napi 1X adagolás)	1	2	3	4	5
Minél több információ a szerőről	1	2	3	4	5

14. Mit tud a beteg általában a depresszióról, amikor először fordul Önhöz?

Semmit Keveset Közepes az ismerete Sokat Mindent

15. Az első vizitkor Ön milyen információval látja el betegét? (Több választás lehetséges!)

- Elmagyarázom a depresszió jelentését, okát
- Elmondom milyen terápiás módszerek lehetségesek a gyógyuláshoz
- Bevonom a gyógyszerválasztás döntésébe
- Elmagyarázom miért azt a gyógyszert írom fel számára
- Elmondom a gyógyszer előnyeit és kockázatait
- Elmagyarázom a készítmény adagolását
- Elmondom mikor várható a tünetek javulása
- Egyéb

16. Mennyi ideig tart általában az első vizit?

.....perc

17. Az első vizitkor mennyi időt tölt Ön a beteg tájékoztatásával a betegségről és a terápiáról?

.....perc

18. Mi lenne az ideális, az első vizitkor mennyi időt tölthetne Ön a betegek tájékoztatásával?

.....perc

19. Mi az, amire időhiány miatt általában nem marad idő és szívesen megosztaná betegével?

.....

20. Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?

Igen Nem

21. Mely forrásokból hallanak Ön szerint a betegek a depresszió betegségről?

(Több választás lehetséges!)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Televízió | <input type="checkbox"/> Rendezvény | <input type="checkbox"/> Pszichiáter |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Család | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Napi lap/Heti lap/Magazin | <input type="checkbox"/> Barát, szomszéd | <input type="checkbox"/> Más orvos |
| <input type="checkbox"/> Rádió | <input type="checkbox"/> Előadás | <input type="checkbox"/> Betegszervezet |
| <input type="checkbox"/> Egyéb | <input type="checkbox"/> Kolléga | <input type="checkbox"/> Nővér |

22. Milyen plusz feladatot hárít Önre a betegek információs igénye?

.....

23. Ön szerint a depressziós betegek hány százaléka kezeletlen?

.....%

24. Ön szerint a depressziós betegek nagy százaléka miért kezeletlen?

.....

25. Hogyan segíthetnénk azon, hogy a kezeletlen depressziós betegek hamarabb kapjanak szakszerű segítséget?

.....

26. Kérem osztályozza a gyógyszerdobozban található beteg tájékoztatóval kapcsolatos állításokat?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyet értek 5 Teljesen egyet értek)

A betegek minden esetben elolvassák a beteg tájékoztatót	1	2	3	4	5
A tájékoztató túl hosszú a betegeknek	1	2	3	4	5
Tartalma teljesen érthető a betegek részére	1	2	3	4	5
A tájékoztató nyelvezete érthető számukra	1	2	3	4	5
A leírás sok idegen szót tartalmaz	1	2	3	4	5
Sok lényegtelen információt tartalmaz a beteg részére	1	2	3	4	5
A mellékhatások listája riasztó számukra	1	2	3	4	5
Hiányolok belőle a beteg számára fontos információkat	1	2	3	4	5
Hiányolom, hogy nem magyarázza el a betegséget	1	2	3	4	5
Hiányolom más szerrel, étellel való kölcsönhatást	1	2	3	4	5

27. Ön találkozott már tömegmédiában a depresszióról tájékoztató sajtóhirdetéssel, TV hirdetéssel, cikkekkel?

- Igen Nem

28. Ha igen, hol találkozott ilyen tájékoztatással?

.....

29. A betegségkampányoknak mi a következménye az Ön részére?

.....

30. Kit tart hitelesnek, ki szóljon a beteghez egy ilyen betegségkampányban?

(Több választás lehetséges!)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pszichiáter/Neurológus | <input type="checkbox"/> A Pszichiátriai Társaság | <input type="checkbox"/> Patikus |
| <input type="checkbox"/> Minisztérium szakembere | <input type="checkbox"/> Pszichológus | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Ismert személy | <input type="checkbox"/> A betegséggel küzdő beteg | <input type="checkbox"/> A személy nem lényeges |

31. Kérem, jelölje be Ön szerint milyen információt tartalmazzon egy figyelemfelkeltő depresszió betegségéről szóló hirdetés?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

A kampányt támogató szervezet neve (pl. Minisztérium)	1	2	3	4	5
Ingyenes depresszió információs telefonszám	1	2	3	4	5
Internetes címa depresszióról	1	2	3	4	5
Figyelemfelkeltő adat (pl. 1 millió beteg hazánkban)	1	2	3	4	5
A betegséggel küzdő személy és neve	1	2	3	4	5
A depresszió leírása, fajtái	1	2	3	4	5
A depresszió kezelésének módjai	1	2	3	4	5
A kezelés átlag ára	1	2	3	4	5
Alternatív gyógymódok	1	2	3	4	5

32. Kérem, jelölje be egyetért-e Ön az állításokkal?

Mi volt az oka, ha a beteg hamarabb abbahagyta a gyógyszer szedését, mint ahogyan azt Ön előírta?

A beteg állapota javult	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A szer hatástalansága miatt	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A beteg nemszeret gyógyszert szedni	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Kellemetlen mellékhatások jelentkeztek	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A beteg fél, hogy gyógyszerfüggő lesz	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A beteget gátolja a mindennapi életvitelben	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Fél a beteg a mellékhatásoktól	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Az orvosok sokszor nem hívják fel a beteg figyelmét, miért nem szabad hamarabb abbahagyni a gyógyszer szedését	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem

Mi ösztönözné a beteget, hogy ne hagyja abba a gyógyszer szedését az orvos által javasoltak előtt?

Ha a terápia elején tájékoztatom a kezelés várható hosszáról	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Ha tájékoztatom a beteget a gyógyszer abbahagyásának kockázatairól	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Ha a beteg tudná, előírászerű gyógyszereszedés mellett a depresszió nem térne vissza	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Az a tudat, hogy a gyógyszertől állapota javulni fog	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Az orvosának motivációja és bizalma irányába	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem

Ön szerint mit érezhet egy depressziós beteg?

A társadalomrészéről kizártnak érzi magát	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Szegyenkezik a betegség miatt	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Úgy érzi, nem ura magának, életének	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A depresszió az életét veszélyeztető állapot	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A társadalom számára a depresszió stigma	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
A környezete számára csak hiszti betegsége	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Egyedül érzi magát a problémával	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Nincs értelme az életének	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Azt érzi, nincs kiút a depresszióból	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Azt gondolta, sohasem szabadul meg a betegségtől	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem

Egyetért Ön az állításokkal a depresszió betegség ismeretterjesztésével kapcsolatban?

A program üzenete számomra, hogy van megoldás a depresszióra	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Örültem, hogy végre foglalkozik vele a társadalom	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Helyeslema depresszióval foglalkozó kampányokat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A társadalom, a környezet figyelmét fel kell hívni a betegségre ismeretterjesztés segítségével	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hitelesnek tartom a depresszióról a médiában olvasottakat, hallottakat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kezeletlen, vagy még kevés információval rendelkező betegeknek segít azonosítani a problémájukat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem ellenzem, ha gyógyszercégek finanszírozzák e programot	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A beteget arra ösztönzi e program, hogy mielőbb szakorvoshoz forduljon	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Ez segít a betegeknek, hogy környezetük a betegséget ne gyengéségnak vagy hisztinek értékelje	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Mint ismeretes hazánkban a vényköteles gyógyszerek reklámozása tilos. Egyetért Ön ezzel a szabályozással?

Egyetértek, mert az orvosnak kell választania a gyógyszerek közül	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetértek, mert az orvos dolga kiválasztani megfelelő szert	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetértek, mert a betegek túl sok felesleges információ lenne	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert a beteg beeshatna melyik terápia a legjobb számára	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert a beteg több fontos információhoz juthatna	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert az orvos-beteg kapcsolatot segíti	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem értek egyet, mert nem etikus a betegek elől információt elzárni.	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A reklám felesleges, mert az orvos írja fel a receptet	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hazánkban sosem lehet majd gyógyszereket reklámozni	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A betegek sem támogatnák e szerek szabad reklámozását	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A depresszió elleni készítményeknél ettől eltérő a véleménye?	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

33. Ha eltérő a véleménye az antidepresszánsok esetében kérem, fejtse ki miért.

.....

34. Egyéb vélemény, javaslat:

.....

NAGYON KÖSZÖNÖM ÉRTÉKES VÉLEMÉNYÉT!

Életkora:.....év
Neme: <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Szakvizsgák:.....
Praxisban eltöltött idő:.....év
Praxis helye:.....megye.....város
Mekkora a körzete:kártya

- Hány depressziós betege van a praxisában?
.....fő
- A depressziós betegek hány százalékának ír fel antidepresszánst?
.....%
- Milyen gyakran találkozik depressziós beteggel?
 Naponta Hetente többször Hetente Kéthetente Havonta
- Kifejezetten a depresszió miatt keresi fel Önt a beteg vagy elsődleges betegség miatt?
 Igen, a depresszió miatt Más betegség miatt jön
- Ha a depresszióban szenvedő betegeit 100%-nak tekinti, hogyan jutnak el általában Önhöz a betegek?
.....% Közvetlenül% Más orvos küldi% Ismerős ajánlásával
- Ki diagnosztizálja először általában a depressziót betegeinél?
.....% Pszichiáter% Neurológus% Házi orvos% Más orvos
- Átlagosan a tünetek jelentkezése és orvosi segítség között mennyi idő telik el?
..... évhónap
- Ön szerint átlagosan mennyi idő telik el az első segítség és a szakorvosi segítség között?
..... évhónap
- Miért nem kapnak a betegek hamarabb szakszerű segítséget?
(Több választás lehetséges!)
 Mert a beteg szűgyelli állapotát és ezért nem megy orvoshoz
 Mert a beteg nem tudja, hogy a depresszió egy betegség és van rá orvosi segítség
 Mert a beteg környezete nem ismeri fel a betegséget
 Mert a beteg azt hiszi, hogy testi baja van és nem gondol a depresszióra
 Mert az orvosok nem ismeri fel a depressziót és más orvoshoz küldik a beteget
 Egyéb.....
- A betegek általában kivel osztják meg először problémájukat, tüneteiket?
.....
- Mi készíti a beteget arra, hogy orvosi segítséget kérjen?
.....
- Hová fordul a beteg először segítségért?
.....

13. Ha a beteg, környezete vagy háziorvosa hamarabb felismerné a betegségét, Ön szerint mennyivel hamarabb jutna el a beteg a szakorvoshoz?

..... évhónap

14. A betegek mennyire tartják be az orvos által javasoltakat?

- Teljes mértékben
 Nagy részben
 Részben
 Egyáltalán nem

15. Ha a beteg idő előtt abbahagyja a gyógyszer szedését, mennyivel hamarabb történik ez?

..... évhónap hét

16. Milyen egy depresszió elleni gyógyszerrel szembeni a beteg elvárása?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Hatékonyság	1	2	3	4	5
Gyors hangulatjavító	1	2	3	4	5
Kevés mellékhatás	1	2	3	4	5
Kedvező ár	1	2	3	4	5
Kényelmes használat (pl. napi 1X adagolás)	1	2	3	4	5
Minél több információ a szerről	1	2	3	4	5

17. Milyen egy depresszió elleni gyógyszerrel szemben az Ön elvárása?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

Hatékonyság	1	2	3	4	5
Gyors hangulatjavító	1	2	3	4	5
Kevés mellékhatás	1	2	3	4	5
Kedvező ár	1	2	3	4	5
Kényelmes használat (pl. napi 1X adagolás)	1	2	3	4	5
Minél több információ a szerről	1	2	3	4	5

18. Mit tud a beteg általában a depresszióról, amikor először fordul Önhöz?

- Semmit Keveset Közepesen Sokat Mindent

19. Az első vizitkor Ön milyen információval látja el betegét? (Több választás lehetséges!)

- Elmagyarázom a depresszió jelentését, okát
 Elmondom milyen terápiás módszerek lehetségesek a gyógyuláshoz
 Bevonom a gyógyszerválasztás döntésébe
 Elmagyarázom miért azt a gyógyszert írom fel számára
 Elmondom a gyógyszer előnyeit és kockázatait
 Elmagyarázom a készítmény adagolását
 Elmondom mikor várható a tünetek javulása
 Egyéb

20. Mennyi ideig tart általában az első vizit?

.....perc

21. Az első vizitkor mennyi időt tölt Ön a beteg tájékoztatásával a betegségről és a terápiáról?

.....perc

22. Mi lenne az ideális, az első vizitkor mennyi időt tölthetne Ön a betegek tájékoztatásával?

.....perc

23. Mi az amire időhiány miatt általában nem marad idő és szívesen megosztaná betegével?

.....

24. Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?

Igen Nem

25. Mely forrásokból hallanak Ön szerint a betegek a depresszió betegségről?

(Több választás lehetséges!)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Televízió | <input type="checkbox"/> Rendezvény | <input type="checkbox"/> Pszichiáter |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Család | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Napilap / Hetilap / Magazin | <input type="checkbox"/> Barát, szomszéd | <input type="checkbox"/> Más orvos |
| <input type="checkbox"/> Rádió | <input type="checkbox"/> Előadás | <input type="checkbox"/> Betegszervezet |
| <input type="checkbox"/> Egyéb | <input type="checkbox"/> Kolléga | <input type="checkbox"/> Nővér |

26. Milyen plusz feladatot hárít Önre a betegek információs igénye?

.....

27. Ön szerint a depressziós betegek hány százaléka kezeletlen?

.....%

28. Ön szerint a depressziós betegek nagy százaléka miért kezeletlen?

.....

29. Hogyan segíthetnénk azon, hogy a kezeletlen depressziós betegek hamarabb kapjanak szakszerű segítséget?

.....

30. Kérem, osztályozza a gyógyszerdobozban található beteg tájékoztatóval kapcsolatos állításokat?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyet értek 5 Teljesen egyet értek)

A betegek minden esetben elolvassák a beteg tájékoztatót	1	2	3	4	5
A tájékoztató túl hosszú a betegeknek	1	2	3	4	5
Tartalma teljesen érthető a betegek részére	1	2	3	4	5
A tájékoztató nyelvezete érthető számukra	1	2	3	4	5
A leírás sok idegen szót tartalmaz	1	2	3	4	5
Sok lényegtelen információt tartalmaz a beteg részére	1	2	3	4	5
A mellékhatások listája riasztó számukra	1	2	3	4	5
Hiányolok belőle a beteg számára fontos információkat	1	2	3	4	5
Hiányolom, hogy nem magyarázza el a betegséget	1	2	3	4	5
Hiányolom más szerrel, ételekkel való kölcsönhatást	1	2	3	4	5

31. Ön találkozott már tömegmédiában a depresszióról tájékoztató sajtóhirdetéssel, TV hirdetéssel, cikkekkel?

Igen Nem

32. Ha igen, hol találkozott ilyen tájékoztatással?

.....

33. A betegségkampányoknak mi a következménye az Ön részére?

.....

34. Kit tart hitelesnek, ki szóljon a beteghez egy ilyen betegségkampányban?

(Több választás lehetséges!)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pszichiáter/Neurológus | <input type="checkbox"/> A Pszichiátriai Társaság | <input type="checkbox"/> Patikus |
| <input type="checkbox"/> Minisztériumszakembere | <input type="checkbox"/> Pszichológus | <input type="checkbox"/> Házi orvos |
| <input type="checkbox"/> Ismert személy | <input type="checkbox"/> A betegséggel küzdő beteg | <input type="checkbox"/> A személy nem lényeges |

35. Kérem jelölje be Ön szerint milyen információt tartalmazzon egy figyelemfelkeltő depresszió betegségről szóló hirdetés?

(1 Egyáltalán nem értek egyet 2 Nem értek egyet 3 Is-is 4 Egyetértek 5 Teljesen egyetértek)

A kampányt támogató szervezet neve (pl. Minisztérium)	1	2	3	4	5
Ingyenes depresszió telefonszám	1	2	3	4	5
Internetes címa depresszióról	1	2	3	4	5
Figyelemfelkeltő adat (pl. 1 millió beteg hazánkban)	1	2	3	4	5
A betegséggel küzdő személy, neve	1	2	3	4	5
A depresszió leírása, fajtái	1	2	3	4	5
A depresszió kezelésének módjai	1	2	3	4	5
A kezelés átlag ára	1	2	3	4	5
Alternatív gyógymódok	1	2	3	4	5

36. Kérem jelölje be egyetért-e Ön az állításokkal?

Mi volt az oka, ha a beteg hamarabb abbahagyta a gyógyszer szedését, mint ahogyan azt Ön előírta?

	Igen	Nem
A beteg állapota javult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A szer hatástalansága miatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A beteg nemszeret gyógyszert szedni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelletlen mellékhatások jelentkeztek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A beteg fél, hogy gyógyszerfüggő lesz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A beteget gátolja a mindennapi életvitelben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fél a beteg a mellékhatásoktól	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az orvosok sokszor nem hívják fel a beteg figyelmét, miért nem szabad hamarabb abbahagyni a gyógyszer szedését	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi ösztönözné a beteget, hogy ne hagyja abba a gyógyszer szedését az orvos által javasoltak előtt?

	Igen	Nem
Ha a terápia elején tájékoztatom a kezelés várható hosszáról	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tájékoztatom a beteget a gyógyszer abbahagyásának kockázatairól	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha a beteg tudná, előírászerű gyógyszer szedés mellett a depresszió nem térne vissza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az a tudat, hogy a gyógyszertől állapota javulni fog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az orvosának motivációja és bizalma irányába	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ön szerint mit érezhet egy depressziós beteg?

	Igen	Nem
A társadalomrészéről kizártnak érzi magát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szegyenkezik a betegség miatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úgy érzi, nem ura magának, életének	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A depresszió az életét veszélyeztető állapot	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A társadalom számára a depresszió stigma	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A környezete számára csak hiszti betegsége	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyedül érzi magát a problémával	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Nincs értelme az életének	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Azt érzi, nincs kiút a depresszióból	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Azt gondolta, sohasem szabadul meg a betegségtől	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Egyetért Ön az állításokkal a depresszió betegség ismeretterjesztésével kapcsolatban?

A program üzenete számomra, hogy van megoldás a depresszióra	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Örültem, hogy végre foglalkozik vele a társadalom	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Helyeslema depresszióval foglalkozó kampányokat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A társadalom, a környezet figyelmét fel kell hívni a betegségre ismeretterjesztés segítségével	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hitelesnek tartom a depresszióról a médiában olvasottakat hallottakat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kezeletlen, vagy még kevés információval rendelkező betegek segít azonosítani a problémájukat	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem ellenzem, ha gyógyszercégek finanszírozzák e programot	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A beteget arra ösztönzi e program, hogy mielőbb orvoshoz forduljon	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Ez segít a betegek, hogy környezete a betegséget ne gyengéségnak vagy hisztinek értékelje	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

Mint ismeretes hazánkban a vényköteles gyógyszerek reklámozása tilos. Egyetért Ön ezzel a szabályozással?

Nem értek egyet, mert az orvos-beteg kapcsolatot segíti	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem, mert a beteg beesházhatna melyik terápia a legjobb számára	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem, mert a beteg több fontos információhoz juthatna	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Nem, mert nem etikus a betegek elől információát elzárni.	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A betegek is sem támogatnák e szerek szabad reklámozását	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A reklám felesleges, mert az orvos írja fel a receptet	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Egyetérték, mert az orvosnak kell választania a gyógyszerek közül	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Igen, mert az orvos dolga kiválasztani megfelelő szert	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Igen, mert a betegek túl sok felesleges információ lenne	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
Hazánkban sosem lehet majd gyógyszereket reklámozni	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m
A depresszió elleni készítményeknél ettől eltérő a véleménye?	<input type="checkbox"/>	I g g e n	<input type="checkbox"/>	N e m

37. Ha eltérő a véleménye az antidepresszánsok esetében, kérem fejtsse ki miért

.....

38. Egyéb vélemény, javaslat:

.....

NAGYON KÖSZÖNÖM ÉRTÉKES VÉLEMÉNYÉT!

17. melléklet

H1 hipotézis: alapstatisztika, t-próba

One-Sample Test^a

		Test Value = 50					
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
alminták							
szakorvos	Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?	7,031	60	,000	33,61	24,05	43,17
házi orvos	Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?	5,052	98	,000	22,73	13,80	31,66

a. No statistics are computed for one or more split files

Descriptives^a

				Statistic	Std. Error		
Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?	alminták szakorvos	Mean		83,61	4,779		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	74,05			
			Upper Bound	93,17			
		5% Trimmed Mean		87,34			
		Median		100,00			
		Variance		1393,443			
		Std. Deviation		37,329			
		Minimum		0			
		Maximum		100			
		Range		100			
		Interquartile Range		,00			
		Skewness		-1,862	,306		
		Kurtosis		1,514	,604		
		házi orvos	házi orvos	Mean		72,73	4,499
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	63,80	
					Upper Bound	81,66	
5% Trimmed Mean				75,25			
Median				100,00			
Variance				2003,711			
Std. Deviation				44,763			
Minimum				0			
Maximum				100			
Range				100			
Interquartile Range				100,00			
Skewness				-1,036	,243		
Kurtosis				-,945	,481		

a. There are no valid cases for Mostanában nőtt-e a betegek érdeklődése, változott-e információs igényük?. Statistics cannot be computed.

18. melléklet

H2 hipotézis: alapstatisztika

One-Sample Statistics

alminták		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depressziós betegek	Helyeslem a depresszióval foglalkozó kampányokat	224	87,50	33,146	2,215
szakorvos	Helyeslem a depresszióval foglalkozó kampányokat	61	88,52	32,137	4,115
házi orvos	Helyeslem a depresszióval foglalkozó kampányokat	100	90,00	30,151	3,015

19. melléklet

H5 hipotézis: alapstatisztika, t-próba

Paired Samples Test

alminták			Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower				Upper
depressziós betegek	Pair1	media - környezet	47,3214	55,15542	3,68523	40,0591	54,5838	12,841	223	,000
szakorvos	Pair1	media - környezet	16,3934	41,55449	5,32051	5,7508	27,0360	3,081	60	,003
házi orvos	Pair1	media - környezet	27,0000	44,61960	4,46196	18,1465	35,8535	6,051	99	,000

20. melléklet

H6 hipotézis: alapstatisztika, t-próba

One-Sample Test

alminták		Test Value = 50					
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
depressziós betegek	A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	9,926	223	,000	27,68	22,18	33,17
szakorvos	A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	5,427	60	,000	28,69	18,11	39,26
házi orvos	A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	8,167	98	,000	31,82	24,09	39,55

Descriptives

alminták		Statistic	Std. Error	
A kampányt a minisztériumnak kellene finanszíroznia	depressziós betegek	Mean	77,68	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	72,18
			Upper Bound	83,17
		5% Trimmed Mean	80,75	
		Median	100,00	
		Variance	1741,672	
		Std. Deviation	41,733	
		Minimum	0	
		Maximum	100	
		Range	100	
		Interquartile Range	,00	
		Skewness	-1,338	,163
		Kurtosis	-,211	,324
		szakorvos	szakorvos	Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			68,11
	Upper Bound			89,26
5% Trimmed Mean	81,88			
Median	100,00			
Variance	1704,918			
Std. Deviation	41,291			
Minimum	0			
Maximum	100			
Range	100			
Interquartile Range	,00			
Skewness	-1,437			,306
Kurtosis	,065			,604
házi orvos	házi orvos			Mean
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	74,09
			Upper Bound	89,55
		5% Trimmed Mean	85,35	
		Median	100,00	
		Variance	1502,783	
		Std. Deviation	38,766	
		Minimum	0	
		Maximum	100	
		Range	100	
		Interquartile Range	,00	
		Skewness	-1,675	,243
		Kurtosis	,823	,481

21. melléklet

H8, H9 hipotézis: Ward féle eljárás, Scheffé-próba

			CLU2_1 Ward Method		Total
			1	2	
MINTA alminták	1,00 depressziós betegek	Count	96	125	221
		% within MINTA alminták	43,4%	56,6%	100,0%
		% within CLU2_1 Ward Method	51,3%	68,3%	59,7%
		% of Total	25,9%	33,8%	59,7%
		Adjusted Residual	-3,3	3,3	
	2,00 szakorvos	Count	49	12	61
		% within MINTA alminták	80,3%	19,7%	100,0%
		% within CLU2_1 Ward Method	26,2%	6,6%	16,5%
		% of Total	13,2%	3,2%	16,5%
	3,00 háziorvos	Count	42	46	88
		% within MINTA alminták	47,7%	52,3%	100,0%
		% within CLU2_1 Ward Method	22,5%	25,1%	23,8%
% of Total		11,4%	12,4%	23,8%	
Total	Count	187	183	370	
	% within MINTA alminták	50,5%	49,5%	100,0%	
	% within CLU2_1 Ward Method	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	50,5%	49,5%	100,0%	

Multiple Comparisons

Scheffe

(I) alminták	(J) alminták	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
depressziós betegek	szakorvos	17,2248*	5,23073	,005	4,3648	30,0847
	háziorvos	20,0729*	4,44003	,000	9,1569	30,9888
szakorvos	depressziós betegek	-17,2248*	5,23073	,005	-30,0847	-4,3648
	háziorvos	2,8481	5,79313	,886	-11,3946	17,0907
háziorvos	depressziós betegek	-20,0729*	4,44003	,000	-30,9888	-9,1569
	szakorvos	-2,8481	5,79313	,886	-17,0907	11,3946

*. The mean difference is significant at the .05 level.

11. ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

ÁBRÁK LISTÁJA

1. **ábra** Többdimenziós kutatási modell
2. **ábra** A gyógyszeripari versenykörnyezet és a fogyasztói magatartás átalakulása
3. **ábra** A kutatás-fejlesztés folyamata a gyógyszeriparban
4. **ábra** Rövidül a kizárólagos piaci jelenlét
5. **ábra** A gyógyszer életciklusa
6. **ábra** Az internet és a vényköteles gyógyszerek kapcsolódása
7. **ábra** A gyógyszeripari szervezetek fejlődése
8. **ábra** A DTC kommunikációs platformjai
9. **ábra** A DTC kommunikáció fejlődése
10. **ábra** A kommunikáció alrendszerei
11. **ábra** Az egészségpiaci marketing fogalomrendszere
12. **ábra** A kommunikációs folyamat elemei
13. **ábra** A kommunikációs folyamat elemei a gyógyszermarketingben
14. **ábra** A válaszhierarchia-modellek
15. **ábra** Prochaska transzteoretikus modell a magatartás változásáról
16. **ábra** A DTC kampány kívánatos hatásmechanizmusa
17. **ábra** Az orvos-beteg kommunikáció elemei
18. **ábra** A kommunikációs eszközök használata 2006-ban
19. **ábra** Promóciós kiadások a gyógyszeriparban 2000
20. **ábra** DTC kiadások 1996-2000 között
21. **ábra** Gyógyszer eladás növekedése 1999-2000, USA
22. **ábra** A terápiás területek DTC költségei 1999
23. **ábra** FDA tanulmány, DTCA recall teszt, 2002
24. **ábra** A DTC hatása a gyógyszerek volumenváltozására
25. **ábra** A DTCA hatása a gyógyszerek áremelkedésére 2002
26. **ábra** Reklámkiadások az eladás százalékában
27. **ábra** A férfi halálozás és a depressziós tünetegyüttes megyei átlag értékei
28. **ábra** A biológiai, a pszichológiai és szociális tényezők interakciója
29. **ábra** A szegénység és a mentális zavarok örögi köre
30. **ábra** Az ingerületátvivő anyagok szerepe a pszichés működésre

-
31. **ábra** A depresszió és a szorongásos kórképek komorbiditása
 32. **ábra** A depresszió komorbiditása neurológiai betegségekkel
 33. **ábra** A depressziós beteg útja
 34. **ábra** A depresszió kezelése
 35. **ábra** Európai öngyilkossági arányok, WHO 2005
 36. **ábra** Százezer lakosra jutó befejezett öngyilkosságok rátája és az antidepresszívumok felhasználása Magyarországon 1994-2001 között
 37. **ábra** Globális betegség-teher, WHO tanulmány
 38. **ábra** A világ jelentős gyógyszeripari régióinak részesedése
 39. **ábra** A jelentős terápiás fősoportok megoszlása
 40. **ábra** A depressziós betegek megoszlása (%) a depressziós periódusok száma alapján
 41. **ábra** Ki állítja fel a diagnózist?
 42. **ábra** Az orvoshoz fordulás fő okai
 43. **ábra** A szakorvoshoz fordulás előtt a betegek mely terápiát próbálták?
 44. **ábra** Honnan hallottak a betegek a depresszióról?
 45. **ábra** A depressziósok nagy része miért kezeletlen?
 46. **ábra** A jó kezelőorvos ismervei vs. a betegek igényei
 47. **ábra** Mitől jó egy kezelőorvos?
 48. **ábra** Az orvos tájékoztatása a betegségről
 49. **ábra** A gyógyszerrel szembeni igények
 50. **ábra** Honnan hallott korábban a depresszió betegségkampányról?
 51. **ábra** Ki szóljon a beteghez egy betegségkampányban?
 52. **ábra** Milyen információkat preferál a beteg egy egyoldalas sajtóhirdetésen?
 53. **ábra** Mi készíti a beteget arra, hogy orvosi segítséget kérjen?
 54. **ábra** Miért nem kap a beteg hamarabb orvosi segítséget?
 55. **ábra** A depressziós betegek orvoshoz való eljutásának módja
 56. **ábra** Az első diagnosztika megoszlása (%) a megkérdezett betegek körében
 57. **ábra** Betegek és orvosok becslése a kezeletlen depressziósok arányára
 58. **ábra** A depressziós betegek kezeletlenségének okai
 59. **ábra** A beteg ismerete a depresszióról első vizitkor
 60. **ábra** A beteg ismerettel való ellátása első vizitkor
 61. **ábra** Az első vizit időtartama, a tájékoztatással töltött idő és ideális idő
 62. **ábra** A betegek információs igényének növekedése
 63. **ábra** A betegek információ szerzésének forrásai
 64. **ábra** Ki szóljon a beteghez egy betegségkampányban?

-
- 65. **ábra** A betegségkampányok következménye az orvosok számára
 - 66. **ábra** Depresszió betegségkampánnyal kapcsolatos attitűdök
 - 67. **ábra** Vényköteles gyógyszerek kommunikációjával kapcsolatos attitűdök
 - 68. **ábra** Az egyes alminták százalékos megoszlása klaszter szerint
 - 69. **ábra** A beteg hatóerőt erősítő tényezők
 - 70. **ábra** A DTC kommunikációt támogató kör alakulása
 - 71. **ábra** 4-szintű megközelítés az EAAD programban
 - 72. **ábra** A regionális beavatkozási program szükséges lépései
 - 73. **ábra** Depresszió integrált kampány kommunikációs modellje a tinédzserek elérésére
 - 74. **ábra** A depresszió integrált kampány célcsoportjának szegmentálása

TÁBLÁZATOK LISTÁJA

- 1. **táblázat** Egyesülések és felvásárlások példái a gyógyszeriparban
- 2. **táblázat** A beteg és a gyógyszervállalat kölcsönös előnyei
- 3. **táblázat** A betegségkampány és a reklám összehasonlítása
- 4. **táblázat** A termék kereslettámasztó hirdetésére vonatkozó FDA követelmények
- 5. **táblázat** A depresszió tüneteinek összefoglalója
- 6. **táblázat** Major depresszió prevalencia adatai az USA-ban, Európában és Magyarországon
- 7. **táblázat** Az egészségügyi ellátás igénybevétele
- 8. **táblázat** A depresszió gazdasági terhe az Amerikai Egyesült Államokban 2000-ben
- 9. **táblázat** A depresszió gazdasági terhe az Egyesült Királyságban 2000
- 10. **táblázat** A hazai gyógyszerpiac terápiás főcsoportjai
- 11. **táblázat** A központi idegrendszerre ható szerek piaca
- 12. **táblázat** A megkérdezett depressziós betegek főbb ismérvei
- 13. **táblázat** A depressziós betegek alminta megoszlása
- 14. **táblázat** Szakorvosok mintájának megoszlása
- 15. **táblázat** Szakorvosok mintájának szakvizsga szerinti megoszlása
- 16. **táblázat** Háziorvosok mintájának nem és életkori csoport szerinti megoszlása
- 17. **táblázat** Háziorvosok mintája szakvizsgák szerint lebontva
- 18. **táblázat** Mennyire fontosak az alábbi szempontok a gyógyszerválasztásban
- 19. **táblázat** Milyen szintig szeretne részt venni a kezelésben való döntésben?
- 20. **táblázat** A betegek elvárása az antidepresszánsokkal szemben
- 21. **táblázat** A gyógyszerdobozban található beteg tájékoztató értékelése
- 22. **táblázat** A betegségkampánytól elvárt tartalom
- 23. **táblázat** A DTCA reklámozást elfogadók és elutasítók aránya

12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Tisztelettel és köszönettel gondolok mindazon személyekre, akik segítők voltak e hosszú munkában. Hálával tartozom annak a 224 depressziós betegnek, akik nehéz élethelyzetükben megnyíltak és válaszoltak kérdőívemre. Annak a 61 pszichiáternek és neurológusnak, 100 háziorvosnak, akik áldozatos munkájuk mellett időt szakítottak hosszú kérdőívem kitöltésére és mindazokra, akik mélyinterjút adtak nekem.

Elsősorban őszinte köszönetet mondok Dr. habil Józsa László CSc. témavezetőmnek segítségéért és magas szintű elvárásaiért. Hálával tartozom Dr. Harmatta János PhD pszichiáter, szociológus, pszichoterapeutának, a Magyar Pszichiátriai Társaság főtítkárnak, aki szakmai témavezetőm volt a pszichiátria témakörét érintő orvosszakmai kérdésekben.

Prof. Dr. Faludi Gábor, MTA Doktorának és Dr. Gaszner Péter osztályvezető főorvosnak, c. egyetemi tanárnak külön köszönetemet szeretném kifejezni, amiért lehetőséget adtak arra, hogy a 2005. éves VII. Neuropszichofarmakológiai konferencián a szakmai kérdőívet lekutathattam. Ugyancsak hálás köszönettel tartozom Dr. Lantos Zoltánnak, a GfK-LHS Healthcare divízióvezetőjének a háziorvosok lekérdezésében nyújtott segítségért, Dr. Takács Andrea pszichiáter főorvosnak, Dr. Pavlov Alexander főorvosnak és Dr. Tóth Tibor főorvosnak a betegek lekérdezésében való támogató együttműködésért.

Köszönetet szeretnék mondani Prof. Dr. Kopp Máriának, MTA Doktorának, a Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet professzorasszonyának, amiért az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (EAAD) hazai munkacsoport tagjaként a magyarországi tevékenységről szóló könyv szerkesztői munkáját rám bízta. Köszönet a munkacsoport tagjainak, és mindazon orvos kollégának, akik tovább szélesítették ismereteimet e területen.

A statisztikai elemzésben hálával tartozom Dr. Sin Aranka PhD, a Hoffmann Research International vezető piackutatójának.

A GlaxoSmithKline gyógyszercég igazgatóját, Leitner Györgyöt is köszönet illeti, amiért a vállalatnál eltöltött hét esztendőből több évet a pszichiátria területén dolgozhattam és több integrált betegségkampány kidolgozásával megbízott, így hazánk első integrált depresszió kampányával 1998-ban.

Hálával tartozom Szüleimnek, Férjemnek és az ikerfiaiimnak, akiknek éveken át mellőzniük kellett tanulmányaim során.

Köszönöm szépen a Jóistennek, aki erőt és hitet adott eljutnom idáig és ezt az erőpróbát tűzte ki számomra.

2007. június

Csépe Andrea

13. PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

CIKK MEGJELENÉS

1. Csépe Andrea (2002): Az FMCG és Pharma marketing különbözőségei a gyakorlat szemszögéből, 52-58., *In: Alkalmazkodó Marketing, Tanulmánykötet a marketing aktuális témaköreiből*, Magyar Marketing Műhelyek VIII. Konferenciája, Keszthely, június 5-7. ISBN 9636615330
2. Csépe Andrea (2002): Az FMCG és Pharma marketing különbözőségei, 49-56., *Marketing & Menedzsment*, Egészségmarketing, XXXVI. évfolyam, 5-6. szám, ISSN 1219-03-49
3. Csépe Andrea (2003): Betegségkampány, a TCK válfaja, 52-58., *In: Totális Marketing avagy a marketing kiteljesedése, Tanulmánykötet a marketing aktuális témaköreiből*, Magyar Marketing Műhelyek IX. Konferenciája, Keszthely, 2003. június, 4-6., ISBN 9636615799
4. Csépe Andrea (2003): Betegségkampány, a TCK válfaja, 37-42., *Marketing & Menedzsment*, Totális Marketing, 3. szám, ISSN 1219-03-49
5. Csépe Andrea (2003): Globalization in the Pharma Industry, 29-34., *In: 4th International Conference of PhD students*, Miskolc, 11-17 August, ISBN 9636615896
6. Csépe Andrea (2004): Orvoslátogatás marketing szemmel, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Debrecen, szeptember 4-5.
7. Csépe Andrea (2004): A marketingkommunikáció a gyógyszeriparban, 36-45., *Marketing & Menedzsment*, 3. Online Marketing, ISSN 1219-03-49
8. Csépe Andrea (2004): Az egyesülés emberi erőforrás oldalról a GlaxoSmithKline-nál, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Sopron, augusztus 26-27.
9. Csépe Andrea (2005): Újrapozicionálás a gyógyszeriparban, 94-98., *Marketing & Menedzsment*, 2005. 4-5. szám, ISSN 1219-03-49
10. Csépe Andrea (2005): A DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció dilemmái az etikus termékek piacán, 155-162., *In: Józsa L.-Varsányi J.: (szerk): Marketingoktatás és kutatás a változó Európai Unióban*, Marketing Oktatók Klubjának Konferenciája, Győr, augusztus 25-26., ISBN 9637175253

11. Csépe Andrea (2005): Managing corporate communication and PR in the pharma industry, 33-39., *In: 5th International Conference of PhD students*, Miskolc, 14-20 August, ISBN 9636616760

1. Csépe Andrea (2005): A depresszió DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció, 41-46., KHEOPS Tudományos Konferencia, Mór, május 31., ISBN 9632298497

13. Csépe Andrea (2007): EAAD – Többosztályú akcióprogram a depresszió és az öngyilkossági magatartás ellen, *In: Csépe A. (Szerk): Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúak számára*, 18-25, Budapest: Semmelweis Kiadó, 2007., 283., ISBN 9789639656680

14. Csépe Andrea, Horváth Éva, Lantos Zoltán (2007): Beteg Pirulakatedra 2. füzet, *MarketingPirula melléklete*, május, V. évfolyam 4. szám, 58., ISSN15897680

KÖNYV MEGJELENÉS

1. Csépe A. (Szerkesztő) (2007): Összefogás a depresszió ellen, Kézikönyv segítő foglalkozásúaknak, Budapest: Semmelweis Kiadó, 283., ISBN 9789639656680