



Dr. Döbrössy Lajos–Dr. Kékes Ede–Döbrössy Bence–Dr. Németh Erzsébet

SZŰRŐVIZSGÁLATOKRÓL SZAKEMBEREKNEK

OKTATÁSI SEGÉDANYAG

Szűrőprogramok Országos Kommunikációja kiemelt projekt

Projektgazda: Országos Tisztifőorvosi Hivatal 1097 Budapest, Gyáli út 2-6.

A projekt az Európai Unió támogatásával, és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÜMFT infóvonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe


Új Magyarország
FEJLESZTÉSI TERV



Dr. Döbrössy Lajos – Dr. Kékes Ede
Döbrössy Bence – Dr. Németh Erzsébet

Szűrővizsgálatokról szakembereknek



Oktatási segédanyag
Szűrőprogramok Országos Kommunikációja



© Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2010
Lektorálták: Dr. Vasváry Artúrné, Dr. Barna István

Dr. Döbrössy Lajos - Dr. Kékes Ede - Döbrössy Bence -
Dr. Németh Erzsébet

Szűrővizsgálatokról szakembereknek

ISBN 978-963-9914-54-4

Oktatási segédanyag
Szűrőprogramok Országos Kommunikációja

A kiadványt készítette: SpringMed Kiadó
www.springmed.hu
Felelős szerkesztő: Dr. Böszörményi Nagy Klára
Tördelőszerkesztő: Sárközy Andrea
Borítóterv: Németh János

Tartalom

Ajánlás	6
----------------------	----------

Dr. Kovács Attila

I. A szűréssel kapcsolatos attitűd megváltoztatása, az egészségtudatos viselkedés formálása a szakember segítségével

Dr. habil Németh Erzsébet

Egészségvédő magatartásformák, a salutogenezis modell	7
Veszélyeztető magatartásformák, rizikótényezők	10
Az orvos-beteg együttműködés kialakítása	13
A meggyőzés kommunikációs eszközei	13
Az üzenet elsajátítása	14
Figyelemfelkeltés és fenntartás	15
A mondanivaló strukturálása	15
A mondanivaló megerősítése	16
A közlés tartalmának elfogadása	16
A közlés módja és a rá adott válasz összefüggése	17
Milyen legyen a közlő fél (kommunikátor)?	19
A meggyőzéshez szükséges attitűd	19
A kommunikáció tartalma, érveléstechnika	23
Az üzenet kidolgozottsága	23
Érzelmi vagy racionális érvelés	24
Szóhasználat, címkézés	25
A meggyőző közlés befogadója	26
Összefoglalás	28

II. A daganatos betegségek szűrése

Dr. Döbrössy Lajos

Bevezetés	29
Elsődleges és másodlagos megelőzés	30
Az alapellátás szerepe a megelőzésben	32

A daganatos betegségek epidemiológiája és kockázati tényezői	33
Epidemiológia	33
Magyarországi statisztikai adatok a daganatos betegségekről	34
Kockázati tényezők	38
Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben	40
Mire irányulnak a szűrővizsgálatok?	40
A szűrővizsgálatok módjai	41
Lakossági szűrővizsgálatok Magyarországon	44
Nehézségek a szűrőprogram végrehajtása során	44

III. Kardiovaszkuláris betegségek szűréséről szakembereknek

Dr. Kékes Ede

Bevezetés	49
Kardiovaszkuláris rizikótényezők	50
A szív- és érrendszeri kockázati tényezők csoportosítása	50
A szív- és érrendszeri betegségek kialakulását befolyásoló tényezők	51
A legnagyobb súllyal szereplő rizikófaktorok: Európa és hazánk adatai	53
A kardiovaszkuláris betegségek morbiditási és mortalitási adatai	55
A myocardium károsodása és a stroke	57
Az angina pectoris és az infarktus kapcsolata	57
A stroke jelentősége és formái	59
Kardiovaszkuláris szűrések –	
A szűrések tervezése és a megvalósítás módszerei	60
A számításba vehető rizikótényezők összefoglalása	60
Melyek a legveszélyesebb rizikótényezők?	61
A szűrés módszere, menetrendje	63
Életkor szerinti szűrővizsgálatok	65
Speciális adatok a kardiovaszkuláris szűréshez	66

Érzékület	68
Az érzelmeszedés korai felismerésének új lehetőségei	69
A C-reaktív protein (CRP) klinikai jelentősége a szűréseknél	69
A húgysav	70
Összefoglalás	70

IV. Pszichológiai aspektusok – miért vonakodnak az emberek a lakossági szűréseken részt venni?

Döbrössy Bence

Bevezetés	71
Strukturális akadályok	71
Társadalmi és demográfiai tényezők	72
A részvétel növelésének módjai	72
A rák képe a köztudatban	74
A kockázat medikalizációja – a patológiai abnormalitás értelmezése	75
A meghívólevél	76
A szűrővizsgálat folyamata	77
Bizonytalansági periódusok	78
Az álpozitív lelet következményei	79
A szűrés utáni információközlés	79
Összefoglalás	80

Ajánlás

Dr. Kovács Attila

helyettes országos tiszti főorvos

A nem fertőző idült betegségekből, elsősorban a keringési rendszer betegségeiből és a daganatos betegségekből eredő halálozás Magyarországon mára – több okból – európai, sőt közép-kelet-európai összehasonlításban is rendkívül magassá vált: amíg a XX. század elején csak minden tizedik, mára minden négyből három halálozásnak az okozója e betegségcsoportokba tartozó betegségek valamelyike. Szerencsénkre, e betegségek csaknem mindegyike – mai tudásunk szerint – megelőzhető, mert keletkezésében olyan, életmódunkkal összefüggő „kockázati tényezők” szerepelnek, amelyekre magunknak is van befolyásunk: tőlünk függ, hogy mit eszünk, mit iszunk, dohányzunk-e, restül, vagy aktívan élünk-e, vagy, ha hívnak, elmegyünk-e a betegségek súlyosabb következményeit elhárítani hivatott szűrővizsgálatokra.

Az életmód az egészségnevelés eszközeivel befolyásolható, ezért az egészségügyi ellátórendszer elháríthatatlan felelőssége, hogy a népeiséget egészséges életvitelre hangolja, ide értve a felkínált szűrővizsgálatok elfogadtatását is.

Ebben nyújt segítséget az Európai Unió által finanszírozott, a „Szűrőprogramok Országos Kommunikációja” elnevezésű projekt, amely a népesség „egészségtudatos életmódjának” kialakításában a közvélemény formálására alkalmas „laikus” személyek és egészségügyi dolgozók együttműködésére épít.

Abban a reményben adjuk közre ezt az oktatási segédanyagot, hogy hasznos olvasmány lesz mind az egészségügyben dolgozók, mind a helyi segítők számára.

Budapest, 2010. március

A szűréssel kapcsolatos attitűd megváltoztatása, az egészségtudatos viselkedés formálása a szakember segítségével

Dr. habil Németh Erzsébet

Egészségvédő magatartásformák, a salutogenezis modell

A „szalutogenikus” kifejezés a latin „salus” (jóllét, boldogság, egészség) és a görög „genezis” (eredet, forrás) szóból ered, jelezve, hogy e megközelítés érdeklődése középpontjába a jóllét és az egészség eredetét állítja. A nyugati egészségtudományokban hosszú ideig szinte kizárólag az úgynevezett *patogenikus szemlélet* uralkodott, melynek elsődleges célja a testi-lelki betegségek kialakulásának minél jobb megértése, a funkciózavarokat okozó tényezők felismerése, illetve mielőbbi hatékony kiküszöbölése.

Ezzel szemben a *szalutogenikus megközelítés* azokat a tényezőket kívánja azonosítani és hangsúlyozni, amelyek az embereket megóvják a betegségektől, életminőségüket fenntartják, vagy épp javítják a legnehezebb körülmények ellenére is (Konkoy, 2003).

A salutogenezis modell egyre nagyobb hangsúlyt kap a modern medicinában, mivel a jóléti társadalmakban a személy egészsége, jóléte egyre nagyobb mértékben saját viselkedésén, lelki beállítódásán múlik. Fontos tehát látnunk, hogy a szalutogenikus és a patogenikus szemlélet különbsége nem a manapság gyakran hangsúlyozott gyógyítás vagy megelőzés fogalompár problémaköre: a prevenció is lehet patogenikus szemléletű, amen-

nyiben pusztán a betegségek rizikótényezőinek kiküszöbölésére irányul, és nem fektet hangsúlyt az azokkal szembeni védőfaktorok fejlesztésére.

Antonovsky (1996) hasonlatával élve a szalutogenikus szemlélet közép-pontjában az a kérdés áll, hogy a szükségszerűen a zúgó folyóba zuhanó ember mitől tud jól úszni; nem pedig az, hogy beleesik-e a folyóba és mitől, vagy hogy ha már beleesett, hogyan lehetne kimenteni. A szalutogenetikuss szemlélet tehát arra keresi a választ, miért tud valaki egészsége érdekében életmódot változtatni, leszokni a dohányzásról, fájdalmas, esetleg hosszú kezeléseknél alávethni magát, vagyis megküzdeni az életben óhatatlanul előforduló kihívásokkal, míg mások erre nem képesek. A (meg)küzdési képesség vizsgálatára Antonovsky egy koherenciaérzék elnevezésű kérdőívet dolgozott ki. A koherencia alapvető és általános, tartós, mégis dinamikus bizonyosságérzés azzal kapcsolatban, hogy:

- a külső és belső világból érkező, kihívást jelentő ingerek megjósolhatók és megmagyarázhatók (érthetőség);
- az érintett személy számára rendelkezésre állnak a megfelelő erőforrások, amelyek segítségével sikeresen képes megküzdeni a kihívásokkal (kezelhetőség);
- a felmerülő kihívások megérik a megküzdéshez szükséges energiát.

A *salutogenezis modellben* az egészséget csak rendszerszemléleti keretben értelmezhetjük, ahol az ember és környezete közötti harmónia, összhang, koherencia élménye az alapvető, s amely folyamatos kihívások közepette is biztosítja az egyensúlyt, harmóniát.

A *koherencia* annak átélése, hogy a személynek helye és szerepe van a világban és a társadalomban, hogy a vele történő események értelemteliek, kihívások, amelyeknek megoldására képes. A koherencia a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a biztossága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatók. Ebben a modellben a krízisek, nehézségek arra alkalmasak, hogy a személyiségfejlődés magasabb szintjére jussunk általuk, nem pedig elkerülendő nehézségek. A koherenciaélmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét, azonban ennél többet jelent. Azt a képességet és biztosságot jelenti, hogy a személy bízik benne, hogy változó körülmények között mindig képes megfelelő erőforrásokat mobilizálni,

adott esetben nem csupán saját erőforrásokat, hanem külső segítségben, a kölcsönösségben bízhat, így erős „társadalmi tőkével” is rendelkezik.

Az élet értelmébe vetett bizalom (koherenciaérzés) ugyanakkor több más egészségi kockázatsökkentő tényezővel szoros kapcsolatot mutat. Azoknál, akik átlag felett bíznak az élet értelmében az átlagnál jelentősebb az önhatékonyság, a problémaorientált megbirkózás, a közösségi hatékonyság, a bizalom és a társadalmi támogatottságuk is magasabb.

A koherenciaérzés az élet értelmébe vetett bizalom, a mai magyar társadalomban, függetlenül a nemtől, életkortól, sőt az iskolai végzettségtől, a testi és lelki egészségi állapot megőrzésének igen fontos előrejelzője.

A másik, szintén igen jól értelmezhető modell a „személyes hatékonyság”, a „self-efficacy” modell. Míg a koherenciaérzés inkább a világban betöltött helyünk elfogadását, tehát a személyes azonosságtudatot, identitást méri; a személyes hatékonyság azt a meggyőződést, hogy általában tudjuk kezelni a nehéz élethelyzeteket.

Ez azt mutatja, hogy az élet értelmébe vetett bizalom a személyiség fejlettségének, önazonosságának, kompetenciájának, sikeres megbirkózásának, a környezetével kialakított harmóniájának is jó mérőeszköze.

Nem képeznek külön csoportot a koherens és kompetens személyek, hanem ezek a tulajdonságok szinte teljesen ugyanannak a csoportnak a jellemzői. Az élet értelmébe vetett bizalommal pozitív kapcsolatot mutat a közösségi hatékonyság, azaz a szomszédsági kapcsolatok erőssége, a vallásgyakorlás, a civil szervezeti tagság, amelyek más vizsgálatok tanúsága szerint jelentős egészségvédő faktorok (Kopp, Kovács, 2006).

Az orvos számára a szalutogenetikus modell azt tanácsolja, hogy érdemes a beteg kompetenciaérzését és bizalmát növelni. Cél, hogy érezze, hogy egészsége a legjobb kezekben van: bízhat az orvosában és a saját lelki erejében, megküzdési képességében.

Veszélyeztető magatartásformák, rizikótényezők

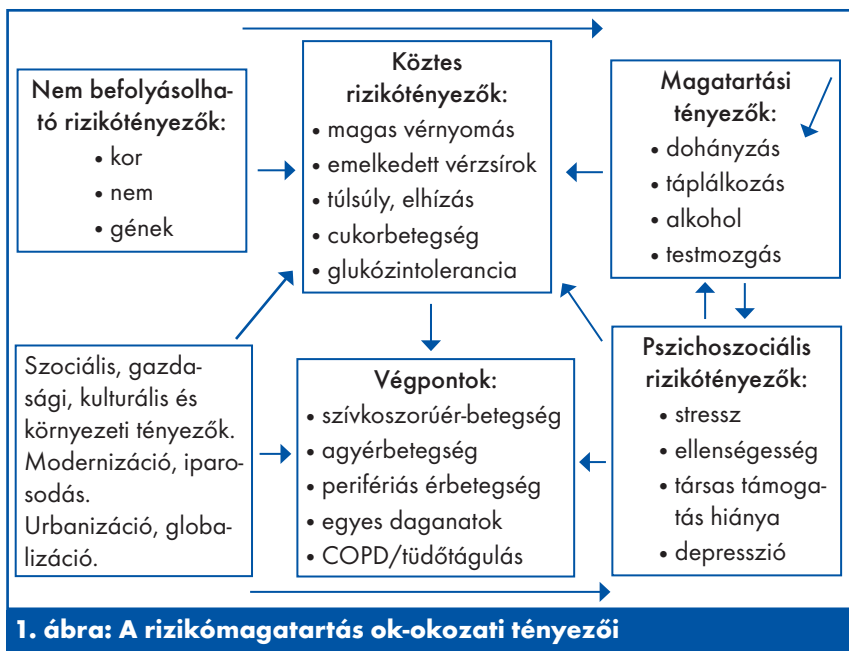
A modern medicina általános jellemzője, hogy a különböző kutatási irányzatok állandó fejlesztéssel próbálják hatékonyabbá tenni a gyógyító munkát. Elsődleges célja a testi-lelki betegségek kialakulásának minél jobb megértése, a funkciózavarokat okozó tényezők felismerése, mielőbbi hatékony kiküszöbölése, illetve megelőzése.

A korábban az egészséget fenyegető fertőző betegségek megelőzhetővé, gyógyíthatóvá váltak. Mára kiderült, hogy a személy életminősége, testi-lelki egészsége, munkaképessége, várható élettartama igen nagy mértékben saját viselkedésén, életmódján múlik, ezért a figyelem egyre inkább az egészséget veszélyeztető úgynevezett „**rizikómagatartás**” okainak és következményeinek feltárására irányul. A rizikócsoportban negatív előjellel jelentek meg a nagy egészségi kockázatot jelentő mutatók, mint a bizalmatlanság, a rivalizálás, az anómia (a közösen elfogadott értékek hiánya), amelyek a társadalommal kialakított harmónia hiányára utalnak.

A veszélyeztető egészségmagatartás megelőzését már magzatkorban el kell kezdenünk, mert az anya életmódja, egészségi állapota hatással van a születendő gyermek testi-lelki-szellemi állapotára, fejlődésére.

A rizikómagatartás kialakulásának és fennmaradásának számos oka és következménye van. Az 1. ábra érzékletesen szemlélteti a rizikómagatartás egymást erősítő ok-okozati összefüggéseit felnőttkorban.

Az ábra a rizikótényezőket három részre osztja. Vannak a személy számára nem befolyásolható rizikótényezők, mint a nem, a kor és az öröklött hajlamok, tulajdonságok, illetve olyan külső tényezők, mint a lakóhely, a társadalmi környezet, az anyagi helyzet, amelyekre csak kis mértékben tudunk hatással lenni. A másik nagy terület az egyén viselkedésével, pszichés állapotával függ össze: ilyenek a testmozgás, táplálkozás, önkárosító szokások, vagy olyan lelki tényezők, mint szorongás, bizalmatlanság, lehangoltság, ingerlékenység stb. Ezen tényezők együttesen olyan köztes rizikótényező okai lehetnek, mint a magas vérnyomás, a magas koleszterin- és vércukorszint, amelyek bizonyos betegségek kialakulásának valószínűségét növelik (szív- és érrendszeri betegségek, bizonyos daganatok stb.)



A serdülőkori problémás viselkedés koncepcióját Jessor modellje alapján mutatjuk be (2. ábra).

A serdülő kor különösen fontos a későbbi testi-lelki egészség alakulása szempontjából. A serdülők olyan veszélyeztető, de felnőttnek ítélt viselkedésmókok felvételére hajlamosak, amelyek súlyosan veszélyeztethetik felnőttkori egészségüket, testi és lelki integritásukat. Ilyen tizenéves korban kialakuló viselkedésmókok lehetnek: a promiszkuózus szexualitás, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás. Fontos tehát odafigyelni a serdülőkori rizikóviselkedésre, hiszen felnőttkorban a veszélyeztető magatartásmókok kialakulására már kevésbé kell számítanunk.

Jessor modellje a rizikó- és protektív tényezőket is számba veszi (Jessor, 1993). A szerző szerint a rizikómagatartásnak biológiai, a szűkebb és tágabb társas környezetből, a személy egyéni tulajdonságaiból és a jellemző magatartásából fakadó okai vannak. Ugyanakkor a modell bemutatja azokat a tényezőket, amelyek még kedvezőtlen külső vagy belső adottságok esetén is védelmet jelenthetnek, úgymint: a magas intellektus, összetartó családi környezet, önbizalom, pozitív közösségi kapcsolatok. A rizikómagatartás általában a testi-lelki egészségre ártalmas életmódkhoz vezet, ezért a későbbi életkorban jelentkező egészségi kockázatokkal is számolni kell.

Biológiai-genetikai
Rizikó: mentális zavarok családi halmozódása
Védelem: jó intellektuális képességek

Társas/társadalmi környezet
Rizikó: szegénység, bűnözés
Védelem: családi kohézió

Interperszonális szint
Rizikó: szülő-gyerek konfliktus
Védelem: szülői kontroll, bizalom, társas támogatás

Személyiség
Rizikó: korai kötődés zavarai, fokozott élménykezelés
Védelem: önbizalom

Magatartás
Rizikó: rossz iskolai teljesítmény,
Védelem: sport, vallási közösségek

Egészségre ártalmas életmód
Problémás viselkedés, egészséget veszélyeztető magatartás, alacsony iskolai teljesítmény, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, antiszociális megnyilvánulások, fizikai aktivitás és más preventív egészségmagatartás hiánya, rossz interperszonális kapcsolatok

Következmények az egészségre és a későbbi életre
Egészségi állapotbeli problémák, depresszió, rossz fizikai állóképesség, iskolai bukás, elidegenedés, szociális izoláció, öngyilkossági gondolat, bűnelkövetés, munkanélküliség, rossz munkavégző képesség

2. ábra: A serdülőkori rizikómagatartás: rizikó- és protektív tényezők (Jessor, 1993)

Az orvos–beteg együttműködés kialakítása

A meggyőzés kommunikációs eszközei

A leghatékonyabb terápiás eljárás, a legmodernebb gyógyszer is hatástalan a beteg együttműködésének hiányában. Az orvos naponta találkozik betegségekkel és betegséget okozó magatartásformákkal. Mindkettőt kezelnie kell.

A kommunikáció hatékonysága azon múlik, hogy az orvos milyen mértékben képes páciensével a diagnózist, az ezzel összefüggő terápiás eljárások szükségességét megértetni és elfogadtatni, valamint azon, hogy a távozó beteg milyen mértékben jegyezte meg az orvosi utasításokat, azaz tudja-e pontosan, mit kell tennie gyógyulása, illetve egészségének megőrzése érdekében.

A meggyőző kommunikáció során az orvos legfontosabb célja, hogy a páciens véleményét, attitűdjét megváltoztassa, attitűdjét megerősítse vagy gyengítse annak érdekében, hogy a későbbiek során az így átalakított attitűdnek megfelelően viselkedjen.

Egy meggyőző kommunikációt tartalmazó interakció során három fő elemet érdemes alaposabban vizsgálni, melyek egymáshoz való viszonya határozza meg az adott kommunikáció sikerességét:

- **A kommunikáció forrása** (az orvos viselkedése, külleme, rokonszenvedése, hitelessége, szakértelme, megbízhatósága, tekintélye, hírneve stb.)
- **A kommunikáció tartalma**, természete (struktúrája, érvrendszere, érzelmi és értelmi elfogadhatósága stb.)
- **A kommunikáció befogadója** (kora, neme, tájékozottsága, elkötelezettsége, intelligenciája stb.)

Az üzenet elsajátítása

Az első lépés, hogy elérjük, hogy az orvos által közölt üzenet jusson el a befogadóig. Azaz a beteg a mondottakat a lehető legpontosabban értse meg és jegyezze meg.

Az orvosi rendelőlől távozó betegek felejtési mutatóit különböző kutatók 50%-ban határozták meg. Ezen belül a diagnózisra a betegek átlagosan 13%-ban, a betegséggel kapcsolatos információkra 44%-ban, az előírásokra 56%-ban *nem emlékeztek*, azaz ennyi információt felejtettek el.

A legtöbbet a szülő nélkül először jelentkező kamaszok, illetve a megszokottól eltérő előírást kapó krónikus, többnyire idős betegek felejtjenek. Saját megfigyeléseink azt mutatják, hogy legrosszabb arány az életmódra vonatkozó utasítások tekintetében mutatkozik. Figyelemre méltó továbbá, hogy igen magas a szórás a különböző orvosok kommunikációs hatékonysága között.

Aki jól strukturáltan, érthetően, többször ismételve és visszakérdezve magyaráz, annak közléseit sokkal jobban megjegyzik. A legjobb eredményt azok érik el, akik a legfontosabb információkat írásban is rögzítik.

A tanulás nem más, mint valaminek a tartós emlékezetbe vésése, a megbízható bevéséshez ismétlésre van szükség. Egy átlagosnak tekinthető kommunikáció során a közlőnek legalább háromszor van lehetősége arra, hogy ugyanazt elismételje. A közlés elején, amikor vázlatosan elmondja, hogy miről fog beszélni, a közleményben magában, amikor a tárgyról beszél és a közlés végén, amikor összefoglalja azt, ami elhangzott.

Figyelemfelkeltés és -fenntartás

A kommunikáció során fel kell kelteni, és fenn kell tartani a befogadók figyelmét. A kommunikátor általában használhatja előbbi célra a kommunikáció különböző csatornáit, a váltások figyelemfelkeltő erejét, a humor, a különböző érzékletes illusztrációk eszközét, miközben nem szabad elfelejtenie, hogy hosszú távon csak úgy tarthatja fenn a hallgatója figyelmét, ha olyan témát választ, amely őt érdekli, érzelmileg megmozgatja, elgondolkoztatja, vagy egyszerűen, amit érdekében áll hallgatni. Már az is nagymértékben elősegíti az üzenet elsajátítását, ha előre felhívjuk a figyelmet, most olyan részhez érkezünk, amely fontos, amire figyelni kell, vagy amit nem könnyű megjegyezni.

A tanuláselmélet szerint a befogadónak az információt meg kell értenie és meg kell jegyeznie. Ehhez az információt tagolni, megfelelően adagolni, a jobb érthetőség érdekében strukturálni kell, valamint érdemes a legfontosabb elemeket a kommunikáció során többször, többféleképpen elismételni és különböző kommunikációs csatornákon megjeleníteni.

Sokat segít, ha az orvos nem csupán a szavait használja, nem csak magyaráz, hanem megmutat, képeket, maketteket használ.

A mondanivaló strukturálása

Az orvosi közlések hatékonysága gyakran azon múlik, hogy az orvos mennyire képes a mondanivalóját a befogadók képességei, intelligenciája, kultúrája szerint megformálni. Ez vonatkozik nemcsak a nyelv- és szóhasználatra, de a mondanivaló megszerkesztésére is.

Minden beszéd alapvetően három részből áll: bevezetés, kidolgozás, befejezés.

- **A bevezetés:** tartalmazza a téma pontos megjelölését, valamint gyakran gondot fordít a páciens érzelmi ráhangolására, megnyerésére.
- **A beszéd kidolgozása:** fontos, hogy a beszéd logikusan felépített, tagolt és arányos legyen. Az egyes témák illeszkedjenek egymáshoz, ne

legyenek főlegesen kitérők. Kövessük a bevezetésben megjelölt irányt! Tekintettel az információbefogadás korlátozott mértékére, az igazán jó szöveg nem tartalmaz három-öt fő üzenetnél többet, azonban a kidolgozás során a közlő többféle módon közelíti meg, szemlélteti, illusztrálja a mondanivalót.

- **Befejezés:** alapvetően tartalmazza a mondanivaló összefoglalását, megismétli a fő üzenete(ke)t, levonja a tanulságot.

Fontos, hogy a befogadó számára egyértelmű legyen, hogy miről volt szó, melyek a leglényegesebb elemek.

A mondanivaló megerősítése

A bevésést, tanulást elősegíti bármilyen pozitív megerősítés, ami a megjegyzendő információt követi vagy azzal kapcsolatban áll.

A megerősítés lehet közvetlen vagy késleltetett, lehet tárgyi vagy szociális, lehet teljes és részleges. Az orvosi közlések közül kiemelkedők az úgynevezett *szociális jutalmak*. Az orvos munkája során számtalan pozitív megerősítést használ.

A betegek sajnos számos esetben távoznak úgy az orvostól, hogy bár értik a hallottakat, nincsenek meggyőződve a diagnózis, vagy a számukra sokszor igen kellemetlen, drága, esetleg hosszadalmas terápia szükségességéről. Szintén nem ritka, hogy értik, és el is fogadják a hallottakat, mégsem áll be tartós változás az életmódjukban, viselkedésükben.

A közlés tartalmának elfogadása

A meggyőzés úgynevezett kognitív modellje szerint a befogadó nem passzív, kötelességtudó és engedelmes alanya a meggyőzésnek, hanem aktív résztvevője.

Minél fontosabb egy bizonyos érték, cselekvés vagy attitűd, annál inkább visszautasít minden információt, ami azzal ellentétes. A disszonancia csökkentésével az ember védi énjét, pozitív önképét és csökkenti a stresszelő hatást. Célunk az, hogy a disszonancia csökkentésére a befogadó saját eddigi attitűdjének megváltoztatásával válaszoljon, azaz érveink hatására elhatározza és véghezvigye az általunk javasolt megelőzési eljárást.

Nagy hitelességű, szavahihető kommunikátor esetében nemigen van módja a befogadónak teljes mértékben ignorálni a hallottakat. Ebben az esetben nyitott lesz arra, hogy a kommunikátor által ajánlott módon csökkentse a belső feszültséget (Németh, 1997).

Vegyünk egy példát: rá akarjuk venni az embereket, hogy menjenek el rákszűrésre.

Első lépésben *kognitív disszonanciát* keltünk, például a félelemkeltés módszerével: érzékletesen bemutatjuk a rák veszélyeit, statisztikákkal, kemény adatokkal alátámasztjuk érvelésünket stb. Abból a tényből kiindulva, hogy feltehetően hallgatóink többsége nem vett részt előzőleg rendszeresen rákszűrésen, annál is inkább, mert fél szembesülni az esetleges pozitív eredménnyel, a félelemkeltés hatására a kognitív disszonanciára, azaz az izgalmi szint fokozódására számíthatunk.

Azonban az egyén hajlamos a kognitív disszonanciát egyéb, az énképét kevésbé fenyegető módon csökkenteni.

A közlés módja és a rá adott válasz összefüggése

Gyakran tapasztaljuk, hogy a befogadó, bár megéri és elfogadja a hallottakat, például a rákszűrés szükségességét, mégsem megy el a szűrésre.

A viselkedésváltozásban a kommunikátor (orvos, egészségügyi szakdolgozó stb.) akkor lehet sikeres, ha:

- hiteles,
- megfelelő mértékű disszonanciát kelt, túl erős ijesztés elutasításhoz vezethet, túl gyenge pedig nem okoz a változáshoz elég disszonanciát,

- tanácsot ad a disszonancia csökkentésére, méghozzá úgy fogalmazza meg a tanácsot, hogy egyrészt ne legyen a befogadó számára irreálisan nehéz a megfogadása, másrészt pontos instrukciókat tartalmaz.

Nagyobb esélyünk van, hogy megfogadják a tanácsunkat, ha évi egyszeri szűrést javasolunk, mintha évi négyszerit. Többen fogják követni az utasításunkat, ha pontosan megjelöljük, hol és mikor lesz a szűrés, mintha csak általában javasolnánk a részvételt. A legjobb eredményt akkor kapjuk, ha kis térképet, időpontokat és a legfontosabb érveinket tartalmazó írásos emlékeztetőt is átadunk.

Sikeres kommunikációval, a nulláról mintegy 30%-ig lehet emelni a részvételt. Természetesen az akut betegség, a kellemetlen tünetek, a kézzelfogható veszély további, a meggyőző közlésen túli motivációt jelent.

Amennyiben a meggyőzés sikeres volt, a befogadó elkötelezett lesz a kommunikáció tartalmával kapcsolatban, ellenkező esetben viszont az ellenirányú attitűdjei fognak megerősödni.

Ha az orvos azt tapasztalja, hogy minden erőfeszítése ellenére sem sikerült betegével elfogadtatni az általa javasolt életmód-változtatást, könnyen az önigazolás csapdájába eshet, ami gyakran a beteggel kapcsolatos súlyos kritikát von maga után.

Milyen legyen a közlő fél (kommunikátor)?

Bármilyen meggyőzési kísérlet eleve kudarcra van ítélve abban az esetben, ha a befogadók érzelmileg elutasítják a kommunikátor (orvos) személyét, vagy nem hisznek neki, mert nem tartják megfelelő mértékben hozzáértőnek, megbízhatónak.

Amikor a kommunikátor meg akarja győzni a partnerét valamilyen nézet, vélemény, döntés helyességéről, ez csak akkor sikerülhet, ha

- el tudja érni, hogy a partner érzelmileg elfogadja őt,
- hitelesnek és megbízhatónak, szakértőnek tartsa.

A meggyőzéshez szükséges attitűd

A szociálpszichológia vonzalommal kapcsolatos kutatásai sorra igazolták azokat a mindennapi tapasztalatokat, amelyek szerint jobban szeretjük azokat:

- akiknek kellemes, jó vagy éppen csodálatra méltó tulajdonságaik vannak,
- akiknek a mienkéhez hasonló érdekeik, nézeteik, értékeik és attitűdjeik vannak,
- akiknek bizonyos készségeik, szakértelmük, képességük van,
- akik szeretnek és megértenek minket.

A kommunikátor a meggyőző erejét a következő elemekkel fokozza:

Hitelesség

A meggyőzést tartalmazó interakciókban minden egyéb tényező elsősorban aszerint vizsgálendő, mennyire növeli a kommunikátor hitelességét. Fontos tehát, hogy a kommunikátor vonzó, szimpatikus, hozzánk közelálló legyen, de csak akkor, ha ezek a tényezők erősítik a közlő (orvos) iránti bizalmat.

Ha egy kommunikátort hitelesnek tartunk, feltételezzük róla a szavahihe-tőséget, az elfogulatlanságot és a szakértelmet. Ennek a három tényezőnek a meglétére több dologból következtethetünk.

A kommunikátor megjelenése, környezete

Nehezen hiszünk valakinek számunkra fontos dolgokban, ha az illető megjelenése, az őt körülvevő tárgyak nem segítik elő, hogy őt szakértő, megfontolt, elfogulatlan stb. személynek tekintsük. A célzott hatás elérése érdekében kontrollálnunk kell megjelenésünket, ami esetünkben nem kizá-rólag a ruházatot jelenti.

Kommunikációs szempontból a kommunikátor által viselt emblémáknak, az általa választott és őt körülvevő tárgyaknak a vevők számára közlésértékük van. Más és más üzenetet közvetít magáról az az orvos, aki egy Suzukiból és az, aki egy sportkocsiból száll ki. Gyakran csodál-kozunk azon, milyen fontos az egészségügyben a különböző hierarchikus szerepek megjeleni-tése: mindenki fehér ruházatot hord, az orvosok akkor is magukon viselik szakmai emblémáikat (például fonendoszkóp) amikor ennek nincsen funkciója stb. Nyilvánvaló ugyanakkor, hogy az orvosi szerep megjelenítése rendkívül fontos, hiszen bizonyos interakciók - vizsgálat, ta-nácsadás és -kérés stb. - bizonytalan szereprezentációk esetén nem elképzelhetőek.

A cél általában az, hogy a megjelenés erősítse a kommunikátor hiteles-ségét az adott szerepben, ezért nem lehet például ápolatlan, nem hordhat férfi létére fülbevalót vagy szöges bakancsot, túlságosan feltűnő vagy sze-xuálisan felhívó emblémákat, nem dohányozhat!

A kommunikátor viselkedése

A viselkedés akkor hiteles, ha elhisszük a közlőnek, hogy úgy viselkedik, ahogyan érez, azt mondja, amit gondol.

A gyógyszer hatékonysága attól is függ, hogy az az orvos, aki felírja, mennyire hisz a hatékonyságában. Ahogy odaadja a betegnek az orvos a gyógyszert, amilyen hittel teszi ezt, az befolyásolja a beteget abban, hogy beszédni-e. Ilyenkor a kommunikáció különböző csatornáin megjelenő üzenetek harmonikusan illeszkednek egymáshoz, a viselkedést őszintének, természetesnek érezzük. Ellenkező esetben a viselkedés komponensei inkongruensek: például a közlő mosolyog, egyetértését bizonygatja, miközben izomtónusa feszes, mimikája merev, hangja torokba szorított. Ilyenkor a hallgató gyanakodni kezd, mert úgy érzi, hogy a kommunikátor nem mond igazat. Nagyon nehéz helyzetet teremthet a befogadó számára, ha például szavakban érdeklődésünkről biztosítjuk őt, miközben érzékeli türelmetlenségünket, vagy miközben megnyugtató betegség várható kimenetelét illetően pantomimikánk zavart, ijedséget árul el. Ilyenkor nem tudja, nem tudhatja eldönteni, melyik csatorna jelzéseinek higgyen. A kommunikátor könnyen elveszítheti hitelességét, ha viselkedése nem kongruens, még akkor is, ha minden egyéb szempontból hitelesnek tekinthető.

A kommunikátor őszinte önbizalma, magabiztossága szintén segíti a meggyőzést, mint ahogy a fent már leírt empátia, az úgynevezett értő figyelem megjelenése.

A kommunikátor híre

A kommunikátor megjelenésén és viselkedésén kívül a hitelességének legfontosabb tényezője az, hogy az adott területen mennyire tartjuk őt szakértőnek, feltételezzük-e róla, hogy megbízható és elfogulatlan. Mindezekre a kommunikátor híréből következtetünk. Kis túlzással azt állíthatjuk, hogy az orvos legnagyobb tőkéje a jó híre. Ha valaki jó orvos, kiváló specialista, szaktekintély stb. hírében áll, több hittel, reménnyel, bizalommal, több beteg fordul hozzá, jobban elfogadják az utasításait, együttműködőbbek, s mindez együttvéve hatékonyan növelheti a gyógyító munka sikerességét.

A kommunikátor szakértelme

Természetes törekvésünk, hogy minél pontosabban tájékozódjunk a világban, ezért vizsgáljuk az információk hitelességét a kommunikátor szakértelme, tájékozottsága alapján, és ezért tartják fontosnak például a pártok, cégek, társadalmi szervezetek szakértőik névsoránál a különböző címek és rangok, tudományos fokozatok megjelölését. Különösen jellemző ez az egészségügy hierarchiájában, ahol az alkalmazottak beosztása, tudományos fokozata minden lehető helyen – a megszólítástól (főorvos úr, adjunktus úr, tanár úr, professzor asszony stb.) a névtábláig és fejléceig (például: Prof. Dr. X. Y. egyetemi tanár, intézetigazgató) – megtalálható. Mint az előzőekben láttuk, a szakmai tekintélyt növelő címeknek a gyógyítás területén funkcionális jelentősége is van.

A kommunikátor megbízhatósága

Akkor tartunk valakit megbízhatónak, ha tudjuk róla, hogy nem áll érdekében minket befolyásolni, nem hazabeszél. Még az egyébként szimpatikus, hozzáértő kommunikátor hitelessége is megkérdőjeleződik, ha úgy tűnik, személyes érdeke fűződik meggyőzésünkhöz.

Egyrészt mindenáron lepleznie kell azt a tényt, hogy partnerét befolyásolni szeretné, másrészt biztosítania kell azt a látszatot, hogy semmilyen módon nem áll érdekében az adott álláspont elfogadására rávenni. Nagy mértékben leronthatja a kommunikátor hitelességét és az interakcióban résztvevő személyek közötti viszonyt, ha feltételezzük, hogy az orvos nem pusztán a mi érdekünkben ajánl egy gyógyszert, hosszabbít meg, vagy rövidít le egy kezelést. Az ilyen jellegű feltételezéseknek lehetőleg még a látszatát is ajánlatos elkerülni.

Az orvos–beteg interakció a bizalomra épül. Arra, hogy az orvos szándéka kizárólag a beteg gyógyítására irányul, méghozzá a tőle telhető leghatékonyabb, és a beteg számára legkevésbé fájdalmas, illetve költséges módon. Ha ez a bizalmi kapcsolat megrendül, akkor a gyógyítás folyamata szenved súlyos hátrányt.

A kommunikáció tartalma, érveléstechnika

A kommunikátor hitelességén túl a kommunikáció tartalma, az előterjesztés módja, a felhozott érvek és ellenérvek, az „üzenet csomagolása” igen nagyban befolyásolja a meggyőzés hatékonyságát.

Olyanfajta kérdések merülhetnek fel egy üzenet megformálásakor, mint például, hogy mennyire legyen az érvelés bonyolult vagy egyszerű, egyoldalú vagy többoldalú, logikára vagy érelemre ható stb. Mindez függ a témától, a rendelkezésre álló időtől, a szituációtól és igen nagy mértékben a befogadó(k) képességeitől, személyiségétől, érzelmi, fizikai állapotától, személyes elkötelezettségétől stb.

Az üzenet kidolgozottsága

Az üzenet kidolgozottsága elsősorban a beteg intelligenciájához, tájékozottságához kell, hogy igazodjon.

Kísérletek igazolták, hogy az intelligensebb befogadók inkább meggyőzhetőek, ha az érvrendszer kidolgozottabb, többoldalú, és ha a következtetések levonása nem a kommunikátor, hanem a befogadó kognitív erőfeszítésének a következménye.

A másik fontos szempont a befogadók tájékozottsága. Általában, ha a páciens tud arról, hogy más megközelítése is lehetséges a kérdésnek, tisztában van az ellenérvekkel, nem engedheti meg magának az orvos, hogy csupán saját szempontjait hangsúlyozza. Tájékozatlan beteg esetén azonban a többoldalú bemutatás csökkenti a továbbított üzenet erejét, elbizonytalanítja a beteget.

Nézzünk két példát!

Kétoldalú érvelés esetén használjuk a szendvics technikát: saját érveink, ellenérvek bemutatása oly módon, hogy az ellenérvek egyre inkább súlyukat veszítsék, majd ismét a saját érveink.

Kétoldalú érvelés:

„Kovács úr, Ön már ötvennégy éves, de még sohasem vett részt prosztatata-vizsgálaton. Ez egy nagyon fontos vizsgálat. Csak így tudjuk időben felismerni a prosztatata esetleges elváltozásait, kiszűrni a rosszindulatú daganatot. A prosztatata betegségei, ha időben felismerjük azokat, jól kezelhetők (pro érvek.) Tudom, hogy sokan tartanak a vizsgálatától, kellemetlennek, fájdalmasnak találják, vagy szégyellik magukat (ellenérvek). Valójában ez a vizsgálat nem fájdalmas. Talán kissé kellemetlen, de nagyon hamar túl lesz rajta (ellenérvek súlytalanítása). Az elhanyagolt prosztatata-elváltozások azonban életveszélyesek lehetnek. Úgyhogy írok egy beutalót Önnek.”

Egyoldalú érvelés:

„Kovács úr, Ön már ötvennégy éves, de még sohasem vett részt prosztatata-vizsgálaton. Ez egy nagyon fontos vizsgálat. Csak így tudjuk időben felismerni a prosztatata esetleges elváltozásait, kiszűrni a rosszindulatú daganatot. A prosztatata betegségei, ha időben felismerjük azokat, jól kezelhetők. Az elhanyagolt prosztatata-elváltozások azonban életveszélyesek lehetnek. Úgyhogy írok egy beutalót Önnek.”

Érzelmi vagy racionális érvelés

A meggyőző közlés eszköze lehet emocionális, racionális vagy mindkettő.

A **racionális meggyőzésnél** a közlés szerkezetére kell ügyelnünk: a logikus felépítésre, az érvek bemutatásának sorrendjére, a tagolására és arányosságára. Gyakran támaszkodik számok, statisztikák, tények, tudományos felmérések meggyőző erejére, valamint nagy hitelességű, szakmai forrásokra való hivatkozásra. Ebben az esetben fontos hangsúlyozni az orvos szakmai eredményeit, múltját, szavahihetőségét.

Általában az a közlés a leghatékonyabb meggyőző erejét tekintve, amelyik elsősorban érzelmi hangvételő, míg az elsősorban logikai úton ható közlések gyakran nem olyan eredményesek.

A gyakorlatban természetesen elég nehéz különválasztani az érzelmi és a racionális elemeket. Ha a közlés érzelmi feszültséget vált ki a befogadó(k)ból és ezt a feszültséget még ugyanazon közlés folyamán csökkenteni lehet, akkor különösen erős a közlés hatása. Az érzelmi ráhatást, ha negatív érzelmek kiváltására irányul (undor, félelem, fenyegetettség)

félelemkeltésnek nevezzük. Azonban a félelemkeltéssel is, mint annyi minden mással, óvatosan kell bánni.

Az **emocionális meggyőzésnél** az egyik leggyakoribb hiba az a jelenőség, amit a szakirodalom „bumerángthatás”-ként emleget. Bumerángthatást, tehát szándékainkkal ellentétes eredményt akkor érünk el, ha agyoncsépeelt és általános, vagy túlzó fenyegetésekkel bombázzuk a páciens ahelyett, hogy új, őt közvetlenül érintő közlésekkel élünk.

A **félelemkeltés** az emocionális meggyőzés egyik változata. A másik, amikor az érzelmi ráhatás úgy történik, hogy a befogadó számára valamit érzelmileg hangsúlyozottan vonzóvá teszünk, amikor azt akarjuk elérni, hogy vágyjon az adott állapotra, a tárgyra. A vágy felkeltésén kívül természetesen ugyanazon közlés során tennünk kell valamit az (ebben az esetben nem feltétlenül negatív) emocionális nyugalanság csökkentésére.

A kizárólag racionális érvelés túl száraz, nem elég érdekes, nehezen követhető és ritkán vált ki elkötelezettséget. A tisztán érzelmi érvelés pedig, nem elég hiteles, tekintélyes, szakszerű, valamint a túlzó érzelmi ráhatás könnyen okoz bumerángthatást.

Például: *„Mindenképpen azt javaslom, hogy próbáljuk meg csökkenteni a súlyát. A magas koleszterin- és magas vércukorszint figyelmeztető jel. Tudományos vizsgálatok igazolják, hogy a túlsúly nem csupán esztétikai probléma, de a kövér emberek átlagosan öt évvel korábban halnak meg, mint a normál súlyúak.”* (Racionális érvekkel alátámasztott félelemkeltés.)

A meggyőzés szempontjából a leghatásosabb eljárás, ha az érzelmi és racionális érvelést együtt használjuk.

Szóhasználat, címkézés

Amikor a kommunikátor egy adott tárgyat vagy cselekvést leír, vagy folyamatot bemutat, valamilyen meghatározott irányba tereli a gondolatainkat. A közlő akarva-akaratlanul címkézi, minősíti a jelenségeket, és ezáltal úgy írhatja le őket, hogy a befogadó tudomásul vegye az általa javasolt minősítést, így rögtön megtegye az első lépést a meggyőzés felé.

Használjunk jelzőket, de kerüljük a túl általános formákat: például egy általunk támogatni kívánt javaslat nem egyszerűen jó, hanem kézenfekvő, optimális, kompromisszumos, ideális megoldás stb.

A meggyőző közlés befogadója

Mint már említettük, a befogadók intelligenciája, tájékozottsága, korábbi tapasztalatai nagymértékben befolyásolják azt, hogy milyen érvrendszerrel lehet hatékonyan befolyásolni, mikor számíthatunk arra, hogy odafigyel a hallottakra, és mikor fogja várhatóan ignorálni a hallottakat.

Az egyén hajlandósága, hogy elfogadjon bizonyos érvelést, azonban néhány további tényezőtől is függ.

A beteg **elkötelezettsége** rendkívül fontos lehet akkor, ha életmód-változtatásra akarjuk rávenni. Más és más módon kell kommunikálni a különböző mértékben elszánt betegekkel. Prochaska és munkatársai egy hatfokozatú modell segítségével mutatják be, hogy a páciens elkötelezettsége miképpen befolyásolja az orvos kommunikációs stratégiáját (1. táblázat).

1. táblázat:

A változás fázisai	A beteg elkötelezettsége	Az orvos kommunikációs stratégiája
A szándék még nem alakult ki.	A környezet már felismerte a problémát, de a beteg kisebbíti azt, vonakodik szembenézni vele.	Az orvos érdeklődik, kikéri a beteg véleményét, kifejezi aggodalmát. Kéri a beteget, hogy gondolkodjon, olvasson, beszéljen a problémáról.
A szándék kialakulása	A beteg nyitott a kérdések megvitatására, felismeri a problémát, mérlegeli a megoldási lehetőségeket, új információkat kér.	Az orvos igyekszik a jövő kilátásait megbeszélni. Kéri és támogatja a változás iránti elköteleződést. Próbát javasol.
Felkészülés/elhatározás	A beteg megérti, hogy szükséges változtatnia. Bizonyos célok, módszerek, időbeosztás irányában elköteleződik. Számbaveszi az akadályokat, miközben gyakran halogatja a kezdés időpontjának kijelölését.	Összegezi a páciens változtatásra irányuló érveit. Megtárgyalja vele a kezdés időpontját. Bátorítja, hogy másokkal is közölje elhatározását.

Végrehajtás	A beteg a terveknek megfelelően változtat az életmódján. Beszámol az egyes lépésekről. Elkötelezett abban, hogy szembenézzon a kialakuló nehézségekkel. Ellenáll a tévedéseknek, botlásoknak.	Az orvos segít különbséget tenni a botlás és a visszaesés között. Előre megmondja, hogy lehetnek botlások, és hogyan kell kezelni azokat. Hangsúlyozza a változás melletti érveket. Segít módosítani a terven, ha ez szükséges.
Karbantartás	A változás befejeződött, vagy folyamatosan fejlődik. A beteg valamilyen mértékben tudatában van a hosszú távú változás fontosságának. Túl van néhány botláson és hullámzó elkötelezettségen. Már érzékeli a változás jótékony hatásait. Olyan életstílust vesz fel, amely megakadályozza a visszaesést a megelőző állapotba.	Támogatást és elismerést nyújt. Érdeklődik a változás jótékony hatásairól. Az esetleges botlásokról, hullámzásokról kérdez. Segít, a hibák kijavításában. Hangsúlyozza a hosszú távú változás fontosságát.
Visszaesés	Visszatér az eredeti problémahelyzet. Botlásként kezdődik, de aztán tartósan fennáll. Visszatérhet a határozatlan illetve a döntés előtti fázis. Ennek a fázisnak a megrövidítése a legfontosabb, hogy integráljuk ezt a tapasztalatot az új, sikeres és hosszú távú változás érdekében.	Az orvos a visszaesést, mint a tanulás természetes folyamatát mutatja be. Emlékezteti a páciens, hogy a változás okai még mindig fennállnak. Inkább „amikort” használ, a „ha” helyett, amikor az újabb változtatási kísérletről beszél. Biztosítja a páciens, hogy a visszaesések normális velejárói a hosszú távú és sikeres változás felé vezető útnak.

Összefoglalás

A meggyőzés célja a befogadók véleményének, attitűdjének megváltoztatása, meglévő attitűdjük megerősítése vagy gyengítése. A meggyőzés során az orvosnak el kell érnie, hogy az általa közölteket megjegyzzék, azután a diagnózist és a terápia szükségességét elfogadják, vagyis azonosuljanak az általa elmondottakkal, végül, de nem utolsósorban a kommunikáció tartalmának megfelelően viselkedjenek.

Az orvosnak tehát a megértés és megjegyzés érdekében a mondanivalóját tagolni, a befogadó szókincséhez, nyelvi, és intellektuális képességeinek megfelelően adagolni, a lényeges elemeket kiemelni, megfelelő számban ismételni, visszakérdezni, szükség esetén írásban rögzítenie kell.

Ahhoz azonban, hogy a mondanivalót el is fogadják több tényező szükséges.

1. A közlő szakmai hitelessége, szeretetre méltósága, megbízhatósága.
2. A közlemény vagy üzenet megformálása: egyoldalú vagy kétoldalú érvelés, emocionális vagy racionális megközelítés, az üzenet „csomagolása”, a jelzők szerepe, a meggyőző technikák használata,
3. A befogadó (páciens): viszonyulása az üzenethez, tájékozottság, intelligencia, magabiztosság, érzelmi érintettség, érti vagy nem érti a mondanivalót, mennyire elfogult, vagy elkötelezett.

A daganatos betegségek szűrése

Dr. Döbrössy Lajos

Bevezetés

Napjainkban egyre gyakrabban találkozunk az **egészségmegőrzés** és **egészségfejlesztés** fogalmaival, amelyek – a felületes szemlélő számára úgy tűnhet – a hagyományos **betegségmegelőzés** riválisai. Kérdés: valóban ellenlábasok-e?

- Az **egészségmegőrzés** (health promotion) az egészséget elősegítő életmód, az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális tényezők támogatását öleli fel.
- Hasonló célokat takar az **egészségfejlesztés** fogalma is, amely arra ösztönzi az embereket, közösségeket, a társadalom egészét, hogy növeljék befolyásukat a saját egészségük meghatározói felett, egészségük jobbítása, tágabb értelemben a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét elérése érdekében. Tudatosítani kell, hogy az egészség érték, amelyet őrizni kell!

Manapság több fogalom is használatos, ami az angol „health promotion” kifejezés megfelelője a magyar nyelvben. Eredetileg az angol kifejezés egy fontos esemény, a kanadai Ottawában, 1986-ban lezajló, egészségmegőrzéssel foglalkozó értekezleten fogalmazódott meg. Hazánkban 1998 óta mindkét fogalom használatos.

E koncepciókban helyet kap mind az egyéni, a személyes, a kockázati tényezőkre irányított, mind pedig a közösségközpontú, politikai, gazdasági-társadalmi-környezeti megközelítés; az eltérés legfeljebb a hangsúlyokban és az arányokban van: az egyik nagyobb hangsúlyt tesz az egészséges *életmód* kialakítását és folytatását lehetővé tevő társadalmi-politikai támogatásra, míg a *betegségmegelőzés* (disease prevention) mára jószerivel

Az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés azonos célokért küzdő – a népesség egészségi állapotát javítani igyekvő – azonos céllakosságot megszólító, egymást kiegészítő koncepciók.

Elsődleges és másodlagos megelőzés

A betegségek fejlődéstörténetének folyamatában az első „szakaszhatárt” a betegség biológiai fogantatása jelenti. Az ezt megelőző életszakaszban érvényesül a lehetséges kórokok, vagyis a *rizikótényezők* hatása.

Az **elsődleges megelőzés** célja a betegség kialakulásához vezető folyamatok megindulásának megelőzése olyan módon, hogy célszerű cselekvéssel kiküszöböljük a veszélyeztető kockázati tényezők érvényesülését, ezáltal előzzük meg a betegség kialakulását.

Mai tudásunk szerint az **életmóddal összefüggő rizikótényezők** jelentik a legnagyobb kockázatot az egészségre, ezért az elsődleges megelőzés célpontját is.

Az „életmódot” a betegség-keletkezés és megelőzés összefüggésében úgy határozzák meg, mint „az egészségre befolyással lévő személyes döntések halmaza, amelyre az egyénnek több-kevesebb befolyása van”.

Nem kisebbítve az egyén személyes döntésének szerepét saját életmódjának, szokásainak kialakításában, így felelősségét a következményes egészségkárosodások kialakulásában sem, hangsúlyozni kell, hogy az egyén személyes felelőssége nem tekinthető kizárólagosnak, mert az egyén személyes életmódra vonatkozó döntéseire jelentős befolyással van az a társadalmi, gazdasági és kulturális környezet is, amelyben élünk. Az egyén személyes felelősségének abszolútizálása az áldozat hibáztatásához vezet, leveszi a felelősséget a társadalom válláról a népesség egészségi állapotának romlásáért, és mintegy felmenti az egészségpolitikát, mind a népesség egészségi állapotának javításában, mind az egészségmegőrzésben reá háruló felelősség alól.

A betegségek kifejlődésének egy másik „szakaszhatára” a **panaszok és tünetek megjelenése**. Hagyományosan a betegek a panaszok és tüne-

tek megjelenése miatt orvoshoz fordulnak; ezzel kezdetét veszi a betegség *klinikai szakasza*. A betegség biológiai értelemben vett kezdetétől a tünetek jelentkezéséig terjed a betegség *preklinikai szakasza*. Ennek rendszerint van egy olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó szakasza, amely alatt a még rejtetten, tünetek és panaszok nélkül fejlődő betegség valamilyen paraméterében már jelt ad magáról (például emelkedett koleszterinszint, vagy a normálnál magasabb vérnyomásérték stb.). Ez a *preklinikai kimutathatóság szakaszának* nevezett időszak a *szűrővizsgálatra* szolgáló idő.

A szűrővizsgálat a tünet- és panaszmentes személyeknek időrőlidőre végzett vizsgálata, amely a rejtett rizikótényezők és a korai betegségek felismerésére alkalmas.

Célja, hogy megszakítsa a betegség kialakulásának folyamatát, elejét vegye a teljes kibontakozásának, és korábban juttassa az orvoshoz a beteget, mielőtt az önszántából orvoshoz fordult volna.

Az időnyerés esélyt ad arra, hogy a korábbi kezeléssel megelőzzük a betegség előrehaladottabb stádiumainak kialakulását, a súlyosabb következmények, a már visszafordíthatatlan elváltozások (például szívizom-elhalás, daganatáttek) kifejlődését, sőt esélyt kínál a halálos kimenetel kivédésére is.

Ez a másodlagos megelőzés, amelynek célja a halálozás mérséklése és az életminőség javítása a betegség korai felismerése és korai kezelése útján.

A megelőzés stratégiai és eszköztára

A megelőzés stratégiája lehet *népességközpontú*, vagy *rizikószemléletű*:

- A **népességközpontú megelőzés** eszköze az *egészségnevelés*, amely minden arra alkalmas „üzenethordozó” – így a tömegkommunikáció és a személyes beszélgetés eszközeit is felhasználva, a lakosságot – már iskolás kortól és azután is – az egészséges életmód kialakítására ösztönzi, és az egészségkárosító szokások elhagyására serkenti.

- A **rizikószemléletű megelőzés** azokra a személyekre irányul, akik esetében egy bizonyos megbetegedés kialakulásának kockázata nagyobb az átlagosnál (dohányzás, emelkedett szérumkoleszterin-szint, magas vérnyomás, túlsúlyos állapot, elhízás, de az életkor önmagában is lehet „kockázati tényező”). A rizikószemléletű megelőzés az egyénekre irányul, és célja a fokozottan veszélyeztetettnek minősülő személyek azonosítása, kiválogatása és elkülönítése az átlagos kockázatú, „normális” népeességtől. Ez utóbbi lényegében szűrési tevékenység, amely a hagyományos gondolkodásmód megváltoztatását várja el, vagyis kezdeményező, aktív, felkutató magatartást kíván az egészségügyi ellátásban, különösen az alapellátásban dolgozóktól.

Az alapellátás szerepe a megelőzésben

Az egészségügyi alapellátás frontvonalában dolgozóknak: házi orvosoknak, nővéreknek, ápolóknak, védőnőknek kiemelkedő szerepük van az egészségmegőrzésben, egészségfejlesztésben és a betegségmegelőzésben. A gyakorló orvosok – a hagyományos felfogásnak megfelelően – feladatukat a betegek gyógyításában látják. Ugyanakkor a klinikailag is manifesztálódó betegség csupán a „jéghegy csúcsa”. A klinikai tüneteket okozó betegség – akár a szívizom elhalása, akár a daganat – valójában nem egyik pillanatról a másikra, hanem a normális élettani állapotból elinduló, fokozódó súlyosságú, több fejlődési szakaszból álló folyamat eredménye, amelyből következik, hogy a korai felismerés, a beavatkozás több szinten történhet az alapellátásban: a primer- és a szekunder prevenció szintjén egyaránt. A kívánalmakat két területen, éspedig a daganatos betegségek, valamint a szív- és érbetegségek területén fejtjük ki.

Az alapellátásban dolgozóknak mind az életmódtól függő kockázati tényezők befolyásolásában, azaz a betegségek elsődleges megelőzésében, mind a másodlagos megelőzésben, azaz a szűrésben feladatai vannak.

A daganatos betegségek epidemiológiája és kockázati tényezői

Korunk egyik legnyomasztóbb népegészségügyi problémája, hogy a daganatos betegségek előfordulása és az általuk okozott halálozás magas és – mérsékelten bár – emelkedő. Súlyos teher az egészségügyi ellátórendszeren, de teherétel a társadalom egésze számára is, és nemcsak anyagi értelemben. A rákbetegek, családjuk, környezetük szenvedése számokkal mérhetetlen. A ráknak a köztudatban élő képe fenyegető, a társadalom széles köreiben szorongást, félelmet kelt. A „rákepidémia” megfékezését célzó rákellenes küzdelmet minden eszközzel folytatni kell.

Epidemiológia

Az epidemiológia a betegségek helyzetének felmérésére és az eredmények, a kívánt jövő irányába történő elmozdulás, és a tenni-valók felmérésére szolgál.

Az a szaktudomány, amely a betegségek – esetünkben a daganatok – előfordulását, a megbetegedések számát (*morbiditást*), a halálozást (*mortalitást*), és az azt befolyásoló tényezők szerepét vizsgálja különböző lakosságcsoportokban. Következtetéseit egyedi megfigyelések sokaságára alapozza, de csak közösségekre vonatkoztatja.

A lakosságot sújtó betegségteher mértékének a mutatói: a *megbetegedések száma* (*morbiditás*, vagy *incidencia*, az egy év alatt bejelentett új megbetegedések száma), és a *halálozás* (*mortalitás*, az egy év alatt egy adott betegségben elhalt személyek száma), valamint a *prevalencia* (azoknak a személyeknek a száma, akiknél valamikor rákot kórisméztek, és egy adott időpontban még életben vannak) a *leíró epidemiológiai* feladata. A lehetséges daganatkozó tényezők elemzését az *analitikai epidemiológia* végzi.

Magyarországi statisztikai adatok a daganatos betegségekről

A megbetegedések előfordulási gyakorisága – morbiditás

Magyarországon 2000 óta – az Országos Onkológiai Intézet keretében – **Nemzeti Rákregiszter** működik, amely a gyógyintézetek rendszeres jelentései alapján regisztrálja az új, klinikailag és kórszövettanilag kórismézett rosszindulatú megbetegedéseket (1. ábra).



1. ábra: Rákmorbiditás Magyarországon
(Forrás: Nemzeti Rákregiszter, 2001–2009)

A daganatos megbetegedések száma évenként **66-67 000** között van, sőt 2008-ban megközelítette a 70 ezret. Szemléltetésképpen ez annyi, mintha Budapest XVI. Kerületében élő összes lakos megbetegedne egy év leforgása alatt, vagy egész Kaposvár, vagy Békéscsaba lakossága egyszerre válna daganatos beteggé.

- A vezető daganatos betegség a **tüdőrák** (C33-C34), amely évente **10-11 000** közötti számban fordul elő: 2008-ban 10 989 volt, gyakorisága ezen a magas szinten „lebeg”.
- Ezt gyakoriság sorrendjében a **vastagbélrák** (C18-C21) követi; ezek száma mérsékelt emelkedést mutat: 2001-ben 8947, 2008-ban 9597 volt.
- Sorrendben a nők **emlőrákja** (C50) következik: 2001-ben 7448, 2008-ban **7313** esettel; érdekes módon, a csökkenés a 2002-ben előforduló „plafon-érték” után (8551) mérsékelt, de folyamatos (és nem kizárható, hogy a 2002 óta folytatódó népegészségügyi lakosság-sűrítés hatásának tulajdonítható).
- A vizsgált időben a **méhnyakrák** (C53) előfordulásának gyakorisága csökkent: 2001-ben 1422, 2008-ban 1095 esetet kórisméztek, és ezzel a két nem együttes sorrendjében a 18., a nők sorrendjében a 6. leggyakoribb daganat.

Daganatos halálozás – mortalitás

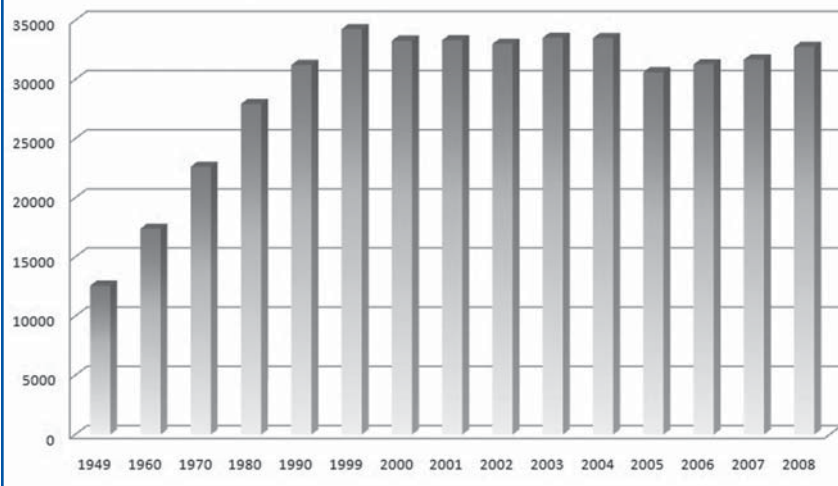
A halálozási adatok a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatszolgáltatásán alapulnak; az adatszolgáltatás alapja a halál okának megállapítása, amely történhet (egyre ritkábban) boncolás útján, vagy kezelőorvos, esetleg orvos-halottkém által.

Érdekes a halálozás dinamikájának a megfigyelése 1949 óta, amióta értékelhető halálozási adatokkal rendelkezünk. 1949-ben mindösszesen 12 567 személy daganat miatti elhalálózását regisztrálták (2. ábra); (akkortájt csaknem annyian haltak meg gümőkórban és egyéb fertőző betegségben: 11 257).

- Szembetűnő a **tüdőrák** (C32-C34) halálloki szerepének előretörése: 1949-ben mindösszesen 1081 esetben, 1980-ban 5665 esetben, 2000-ben 7824 esetben, 2004-ben 8260 esetben jelölték meg a tüdőrákot halállokként, majd átmeneti mérsékelt visszaesés után, 2008-ban 8311 esettel mindeddig a legmagasabb éréket érte el. Fel kell figyelni a **nők tüdőrák miatti halálózásának gyors emelkedésére**, amely „átrendezte” a nők között a daganatos halálozás sorrendjét: 2002-ben 2278 esettel „átvette a vezetést”, és azóta is tartja az előnyét (2008-ban 2724 haláleset).

- Az **emlőrák** (C50), korábban a nők leggyakoribb haláloka, jóllehet gyakorisága 1949 és 2000 között megötszöröződött (1949=519, 2000=2356), a tüdőrák (és a vastagbélrák) mögött a halálokok sorrend-

A daganatos halálozás alakulása Magyarországon Központi Statisztikai Hivatal 1949 - 2008



2. ábra: A daganatos halálozás alakulása Magyarországon
(Forrás: Központi Statisztikai Hivatal (KSH), évszám)

jében a harmadik helyre szorult. Az emlőrák miatti halálozás 2005 óta 2100 körül ingadozik; nem zárható ki, hogy mérsékelt csökkenése a 2000 óta folyó népegészségügyi emlőszűrés eredményének tulajdonítható.

- A **méhnyakrák** halálteki szerepéről csak 1971-től vannak adataink, mert a KSH korábban a méhtrákkal együtt regisztrálta. Gyakorisága kezdetben egyenesen emelkedést mutatott (1971-ben 484 eset, 1978-ban 510 eset, 1983-ban 707 eset), majd ezután – kis ingadozásokkal – jelentős csökkenésnek indult (1997-ben 546, 2001-ben 539, 2008-ban 420 (!) haláleset).

Vitatott, hogy jogos-e ezt a nem jelentéktelen csökkenést az országban folyó szűrőtevékenység javára írni, vagy pedig a betegségből eredő halálozás spontán, időszakos trendjéről („secular trend”) van-e szó.

A daganatok prevalenciája

A korábban bármikor daganatosnak diagnosztizált betegek közül 2008 júniusában mintegy 300 000 személy, ezen belül mintegy 80 000 emlőrákos és 15 000 méhnyakrákos beteg volt életben. Az Európai Unió tagországainak átlaga az 1980-as években alacsony szinten csökkenőre fordult; a közép-kelet-európai országok átlaga ennél sokkal magasabb, ám a magyarországi átlag még ebben az összehasonlításban is kiugróan magas.

A daganatok miatti összes halálozást tekintve a magyarországi helyzet katasztrofálisan rossz. Magyarország Európában mind a nőknél, mind a férfiaknál a halálozási statisztikák élére állt.

Az Európai Unió tagországainak átlaga az 1980-as években alacsony szinten csökkenőre fordult; a Közép-Kelet Európai országok átlaga ennél sokkal magasabb, ám a magyarországi átlag még ebben az összehasonlításban is kiugróan magas.

Tanulmányokkal szolgált két szomszédos ország, Ausztria és Magyarország halálozási tendenciáinak összehasonlítása. A halálozás 1970-ig azonos szinten állt, ám akkor szélesre nyílt az olló: Ausztriában meredeken csökkent, Magyarországon meredeken emelkedésnek indult. Az eltérő helyzet elemzése az okokat illetően érdekesítő: a különbségre a geopolitikai, és az abból következő szociológiai, társadalom-lélektani és magatartástudományi különbözőségek kínálnak magyarázatot.

Az okok a magyar történelmi félmúlt, közelmúlt és jelen külső körülményeinek belső feldolgozás módjában „lelki egészség hiányában” jelölhető meg: a nagyfokú egészségromlás hátterében a népesség rossz lelkiállapota, a társadalmi méretű stresszhatások, a problémamegoldás frusztráló módjai (dohányzás, alkoholizálás, a „jó evés és jó ivás”), azaz az önpusztító magatartásformák térhódítása áll.

Kockázati tényezők

A klasszikus epidemiológiai meghatározás szerint a betegség oka valamely olyan „tényező”, amely szükséges és egyszersmind elégséges is egy bizonyos betegség kialakulásához. E feltételnek a fertőző betegségek kórokozói maradéktalanul megfelelnek (Koch-féle posztulátum), a legtöbb nem fertőző idült betegség azonban nem.

A daganatkeletkezés okait nem ismerjük. Ismerünk azonban számos olyan tényezőt, amelyek – epidemiológiai bizonyítékok alapján – önmagukban vagy más tényezőkkel együtt hatva jelentősen megnövelik egy adott betegség kialakulásának valószínűségét, azaz kockázatát.

Az egyes betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezőket rizikófaktoroknak vagy kockázati tényezőknek nevezzük.

Megjegyezzük, hogy a leggyakoribb – legnagyobb népegészségügyi súlyú – betegségek, így a szív- és érbetegségek és a rosszindulatú daganatok többségének kialakulásában közös kockázati tényezők játszanak szerepet. Ez azt jelenti, hogy a kardiológiai és onkológiai megelőzés elkövetett tárgyalását csak didaktikai szempontok indokolják, hiszen amikor az alapellátásban dolgozók napi munkájuk során az egyes életmóddal összefüggő kockázati tényezők mérséklésén fáradoznak, egyszerre szolgálják a kardiológiai és onkológiai megelőzés ügyét.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egy szakértői csoportja 1964-ben jutott arra az akkor meglepőnek tartott megállapításra, hogy a daganatok jelentős többségének okait a **külső környezetben** kell keresni. Jóval ezután Doll és Peto – neves oxfordi epidemiológusok – 1981-ben közölték nagy lélegzetű tanulmányukat a **rák okairól**, azaz a **rák keletkezésében szerepet játszó rizikótényezőkről**, amely mindmáig iránymutató. Szamba vettek minden **ismert rákkeltő tényezőt**: fizikai, kémiai és biológiai, a foglalkozással és ipari folyamatokkal összefüggő rákkeltők mellett az életmódtól függőeket is, és elemezték az egyes szervek rákjának keletkezésében játszott szerepüket.

A rizikófaktorok többsége az egyén „belső környezetével”, azaz az **életmódjával** függ össze. Legnagyobb igazolt szerepe a **dohányzásnak** van, amely a rákhalálozás 20-40%-áért felelős. Meglepő módon, nagy szerepet tulajdonítottak a **helytelen táplálkozásnak**, amelynek haláloki sze-

1. táblázat: Rizikótényezők a rákelőfordulás %-ában

	Rákkeltő ágens (nox) fajtája	Előfordulás gyakorisága (%)	Átlagos előfordulás (%)
Az életmóddal összefüggő rizikótényezők	dohányzás	30	20-40
	helytelen táplálkozás	35	10-70
	túlzott alkoholfogyasztás	3	2-4
	szexuális és reprodukív viselkedés	7	5-10
	fertőzések (vírusok)	8	6-10
	elhízás	1-3	
	mozgásszegény életmód	2	1-3
Külső (fizikai) tényezők	foglalkozási rákkeltők	4	2-8
	ipari folyamatok és termékek	1	1-2
	levegő-, vízszennyező-dés	1	
Genetikai tényezők		3-5	
Ismeretlen		1-3	

E tényeken alapuló megállapítások jelentősége abban van, hogy bebizonyították: a rizikótényezők elkerülhetők („avoidable”), és ezzel utat nyitottak a daganatok megelőzéséhez.

repében 10-70%-os szórás mutatkozott, de átlagosan a daganatos halálozás 35%-áért tehető felelősség; mérsékeltbb szerepet tulajdonítanak a túlzott alkoholfogyasztásnak (3%), a szexuális és reprodukív viselkedésnek (7%), és a fertőzéseknek (1%). Az elhízás és a mozgásszegény életmód, mint kockázati tényező, később vált ismertté.

A korábbi felfogástól lényegesen különböző módon, **a külső környezeti tényezők** szerepét (foglalkozás, ipari termékek, élelmiszer-adalékanyagok, levegő- és vízszennyeződések stb.) a daganatos halálozás csak mintegy 10%-áért tartották felelősnek (1. táblázat).

Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben

A szűrés egészséges vagy magukat egészségesnek vélő, tünet- és panaszmentes személyek vizsgálatát jelenti, amelyet azzal a céllal végeznek, hogy egyes célállapotok fennállását nagy valószínűséggel kizárják, vagy éppen valószínűsítsék.

A szűrés tehát „csak” valószínűsítő eljárás: rendeltetése – a „hagyományos” orvosi vizsgálatól eltérően – nem a diagnózis felállítása.

A negatív eredménnyel járó szűrővizsgálat haszna elsősorban lélektani: megnyugtatja a vizsgált személyt, hogy a vizsgálat idején nem mutathatók ki a célbetegsége gyanút keltő jelek, ezért – hacsak időközben nem jelentkeznek tisztázandó tünetek – a következő szűrővizsgálatig „nyugodtan aludhat” a szűrés célbetegsége felől.

Ezzel szemben, a nem negatív eredménnyel járó szűrővizsgálatot további diagnosztikus eljárásnak kell követnie a felmerült „gyanú” megerősítése vagy kizárása céljából. Indokolt esetben mielőbb el kell kezdeni a célszerű kezelést.

Mire irányulnak a szűrővizsgálatok?

A szűrővizsgálatok törekvése az, hogy felderítsék, majd célszerű orvosi beavatkozással kiiktassák:

- a környezeti, különösen az *életmóddal összefüggő rizikótényezőket* (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozás). A felderítéshez egyszersmind elsődleges megelőző feladatok is társulhatnak;
- a betegség keletkezése számára talajt jelentő, „*biológiai kockázati tényezőknek*” nevezhető állapotokat, mint például a méhnyakrák keletkezését megelőző hámelváltozásokat, amelyekből – ha nem fejlődnek vissza – esetleg invazív rák alakulna ki, ha az időben alkalmazott kezelés azt meg nem gátolná. (Vagy, kardiológiai példával élve, az emelkedett szérumko-

leszterin-szint vagy a magas vérnyomás, amelyek nagy valószínűséggel hozzájárulnak a koronáriák vagy az agyi erek majdani betegségeinek kialakulásához, és amelyek „kiszűrése” és kezelése esélyt ad az ischaemiás szívbetegség vagy a stroke létrejöttének megelőzésére); valamint

- a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegséget, mint például a még szóródásnak nem indult, korai invazív, vagy még inkább a még a nem invazív, *in situ* rák.

A szűrővizsgálatok módjai

Az egészségügyi ellátórendszer gyakorlatában a szűrés több alkalmazás-módja különül el. A különbség nem a szűrés célkitűzéseiben vagy orvosi-biológiai tartalmában, hanem a „toborzás” módjának, azaz a szervezési irányelvek különbözőségében van.

Alapvetően kétféle gyakorlat különböztethető meg:

Az alkalmoszerű szűrések

A mindennapos orvosi tevékenység része. A rizikótényezők vagy rejtett korai betegség felismerésére alkalmas vizsgálatokat a bármely más célból létrejött orvos-beteg találkozás által kínált alkalmat kihasználva végzik el, ezért nevezik „*opportunistikus szűrési modellnek*” is.

Ma már minden orvostól joggal elvárható az az „*onkológiai éberség*”, vagy „*megelőzési szemlélet*”, amely szerint minden orvosnak saját magával szemben állított követelmény, hogy gondoljon a betege korának és nemének megfelelő rejtett célbetegség, vagy egyéb veszélyeztetettség lehetőségére, és a *magya szakmai kompetenciájával élve* végezze, vagy végeztesse el az ezek kimutatására alkalmas vizsgálatokat. Ez a gyakorlat lényegében nem különbözik az esetkeresés („*case finding*”) hagyományos gyakorlatától. (Ez a gyakorlat számos országban a munkaalkalmassági vizsgálatok, vagy a biztosítótársaságok által megkívánt időszakos, akár évenkénti „*egészségsszűrés*” formájában érvényesül.)

Napjainkban az erősödő egészségpropaganda hatására – megnyugvást keresve és mintegy garanciát arra, hogy jó egészségben vannak – mind több egészséges (vagy látszólag egészséges) személy keresi fel háziorvosát, szakorvosát ilyen, vagy olyan szűrővizsgálat elvégzését kérve; az alkalmoszerű szűrésnek ezt a gyakorlatát *spontán szűrésnek* nevezik.

Szervezett szűrések

Ellentétben az alkalmoszerű szűréssel, amely a mindennapos orvosi munka része – az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, veszélyeztetettnek minősülő lakosság-csoportokra kiterjedő, szakmailag megindokolt gyakorisággal megismételt népegészségügyi tevékenység.

A „veszélyeztetettség”, azaz a célba vett, a szűrésbe bevont lakosság-csoportok meghatározása egyetlen kritérium, és pedig az életkor alapján történik, lévén az életkor számos betegség esetén a legáltalánosabb kockázati tényező.

A szervezett szűrés kritériumai

A szakterület mai állása szerint azok a szűrési módzatok alkalmazhatók szervezett módon, azaz személyre szóló meghívást, visszahívást és követést alkalmazva, amelyek bizonyítottan hatásosak. A klinikai stádiummegoszlás kedvező irányú eltolódása, vagy a diagnózis és a halál között eltelt „túlélési” idő nem fogadható el a hatásosság objektív bizonyítékeként (mert ezek a mutatók torzítottak: a szűrésnek ugyanis nagyobb esélye van felismerni a lassan növekvő, viszonylag jobb indulatú, a „felismerhetőség zónájában” tovább időző daganatokat, mint a gyorsan növekvőket; a túlélési nyereség viszont csak látszólagos, ha a diagnózis ideje a szűrésnek tulajdoníthatóan korábbra kerül, de a beteg változatlan időben hal meg).

A szűrések hatásosságának bizonyítékeként egyetlen kritérium fogadható el: *a célbetegségből eredő halálozás csökkenése a céllakosságban.*

A fenti, szigorú kritériumnak jelenleg három szűrési módozat felel meg, amelyek a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásában a következőképpen szerepelnek:

- **25-65** éves nők **háromévenkénti méhnyakszűrése** a porciófelszínről és a nyakcsatornából vett sejtkenet citológiai vizsgálatával;
- a **45-65** éves nők emlőinek **kétévenkénti mammográfiás** vizsgálata;
- az **50-70** év közötti férfiak és nők **kétévenkénti vastagbélszűrése** a székletbeli rejtett vér immunológiai kimutatása útján.

Az Európai Unió Tanácsa a 2003/878/EC. ajánlásában az emlőszűrést és a méhnyakszűrést támogatja, és ezekre épül a magyar kormányzat által 2001-ben meghirdetett Nemzeti Népegészségügyi Program „szervezett szűrési” komponensének stratégiája is. A Szűrések Országos Kommunikációja elnevezésű projekt ennek mentén az emlő- és méhnyakszűrésre összpontosít.

Lakossági szűrővizsgálatok Magyarországon

A kormányzat a szervezett szűrés megszervezésével, koordinálásával, monitorozásával és értékelésével az Országos Tisztifőorvosi Hivatalt (OTH), és azon keresztül az ÁNTSZ-t bízta meg. A feladatot az OTH keretében létesített Országos Szűrési Koordinációs Osztálya, valamint az Országos Szűrési Nyilvántartás látja el Regionális Szűrési Koordinátorok bevonásával.

A Szűrési Nyilvántartás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából kapott adatok alapján összeállítja a szűrésre meghívandók „lakosságlistáját”, annak pontosságát az illetékes háziorvosok segítségével ellenőrzi. Elkészíti a személyre szóló, személyes hangú meghívólevelet, ügyelve arra, hogy az tartalmazzon minden szűrésre vonatkozó információt, és hozzásegítse a meghívottat a tájékoztatáson alapuló döntéshez: elfogadjá-e a megajánlott szűrést vagy sem.

Az emlő-szűrővizsgálat a pályázat útján akkreditált mammográfias szűrőállomásokon történik, a méhnyakszűrés pedig úgy, hogy a szabadon választott nőgyógyász szakorvos (vagy próbaképpen a területi védőnők) által levett kenetet kijelölt citológiai laboratóriumokban vizsgálgják meg.

A **házi orvos** a területi koordinátortól megkapja a szűrésre behívottak listáját, és értesül a szűrővizsgálat eredményéről, szükség esetén pedig részt vállal a betegkövetésből.

Nehézségek a szűrőprogram végrehajtása során

Úgy tűnik, hogy az OTH által kiépített „*kínálati oldal*” készen áll a veszélyeztetett korú lakosság tömeges szűrővizsgálatára. A nehézségek a „*keresleti oldalon*” mutatkoznak. A szűrőprogramok sikere ugyanis – mind a szakmai eredményessége, mind gazdaságossága – a lakossági részvé-

tel, azaz „compliance” függvénye: optimális hatást csak optimális, azaz a nemzetközi ajánlások szerint 60-70%-os részvétel esetén érhet el.

A népegészségügyi program kitűzött céljai – sajnálatos módon – nem teljesültek: a mammográfias emlőszűrés első három két-éves ciklusában a meghívottaknak átlagosan a fele vett részt a vizsgálaton, a méhnyakszűrésben a részvétel katasztrofálisan alacsony, mintegy 5-8% közötti volt. Kérdés: mi magyarázza az alacsony lakossági részvételt? Az alábbiakban megpróbálunk erre magyarázatot találni.

1. A „szervezett szűrés” koncepciója új

*A még kiforratlan koncepció (amelynek lényege a lakosságlistán alapuló személyes behívás és követés) nehezen, lassan hatol be mind a célnépesség, mind az orvosi szakma tudatába. Az orvostársadalom többségének „üzenete” helyett: „Menjen el szűrésre!”, a szakterület mai állása szerinti üzenet az lenne: **„Ha hívják, menjen el szűrésre!”***

A megszokásnak megfelelően, a szűrésre jogosult népesség egy része – azok, akik „szoktak szűrésre járni” – nem várják meg a meghívólevelet, a nélkül keresik fel megszokott orvosukat „szűrés” céljából. Erre mutat, hogy 2005-ben az OEP „diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat” címén húszszor több személy vizsgálatáért fizetett térítést, mint ahányan szervezett citológiai szűrővizsgálaton részt vettek.

Ez arra mutat, hogy akik tudnak a szűrések fontosságáról, vagy a szűrés elmulasztásának kockázatáról, nem várják meg a szervezett népegészségügyi lakosságszűrésre szóló meghívást, hanem a szervezett szűrésen kívül keresnek alkalmat a szűrésre. A diagnosztikus beutalóval, vagy magánorvosi rendelőben végzett szűrések, mert a szűrési rendszeren kívül álló szolgáltatót nem terheli jelentési kötelezettség, nem jelennek meg a szűrési statisztikákban. Hasonlóképpen, nem kötelezettek jelentésre a szűrési rendszerben nem akkreditált citológiai laboratóriumok.

Az orvosok sem érdekeltek a szervezett szűrésben, sem jogszabályi kötelezettség, sem pénzbeli ösztönző nem motiválja őket az elvégzett „szűrés” jelentésére.

Sőt, feltehetően praxológiai okból ellenérdekeltek: nem kevés mammográfias és citológiai szűrővizsgálat történik olyan magánorvosi rendelőkben és a szervezett programon kívül rekedt citológiai laboratóriumokban, amelyeknek nincs szerződésben vállalt jelentési kötelezettségük. (Az így végzett szűrővizsgálatok egy része – kellő gyakorlat híján – minőségileg is kifogásokra adhat okot). Következésképpen, ebben a „szürke zóná”-ban az elvégzett szűrések jelentős hányada nem kerül be a szűrési nyilvántartásba.

2. Spontán „kiválogatódás”: szelektív torzulás

46

A célbetegség keletkezésére alacsonyabb kockázattal bíró, a magasabb társadalmi-gazdasági rétegek magasabb iskolai végzettségű, egészség-tudatosabb tagjai nagyobb valószínűséggel keresik és veszik igénybe – gyakran az orvos-szakmailag indokoltnál többször is – a szűrővizsgálat lehetőségét.

Az alacsonyabb jövedelmi és iskolázottsági szinten élők, akiknél a jelen nyomasztó gondjai elhomályosítják egy esetleges jövőbeli betegség megelőzésének fontosságát, nem élnek a lehetőséggel.

A tapasztalat szerint a meghívólevél szelektíven hat: az alacsonyabb társadalmi csoportok között alacsonyabb a meghívólevél hatása, mint a magasabb társadalmi csoportok között.

3. A rossz hozzáférhetőség

Jóllehet a szűrőhelyek – a szervezők szándékai szerint – úgy települtek, hogy földrajzilag egyenletesen lefedjék az országot, a szűrővizsgálathoz való hozzáférés nem egyenletes. A mammográfias szűrés megközelíthetősége

a fővárosban és egyes városokban jobb, mint a vidéki településeken. Ha túl magasak a „tranzakciós költségek”, tehát nagy az idő- és pénzráfordítás a szűrőhelyre jutáshoz, az lehet a szűrésen való megjelenés egyik korlátja.

A szűrőhelyektől távol eső településekről a meghívottak egy része csak kényelmetlenségek árán tehet eleget a meghívásnak, vagy nem tesz eleget.

4. Az ellátórendszer anomáliái

Az alapellátás, azaz a házi orvos és más szakdolgozók „kapuőri” szerepe, és ebből következően befolyásuk a lakossági részvételre nyilvánvaló, mert a szűrésre meghívott személyekkel olykor mindennapos kapcsolatuk lévén, a szűrésen való részvételre mozgósító szerepük alig becsülhető túl. Számos országban a szervezett szűrés sikerét tevőleges részvételükkel az alapellátás közreműködése garantálja. Hazánkban e lehetőséggel a házi orvosok alig-alig élnek, mert más feladatokkal túlterheltek, vagy közömbösek a szűréssel szemben. Az ellátórendszer hiányosságául róható fel, hogy a házi orvosok, egészségügyi szakdolgozók, védőnők megelőzési tevékenységére vonatkozóan nincs egyértelmű iránymutatás. A szűrésben betöltendő szerepükről nem fogalmazódtak meg konkrét elvárások sem.

5. „Túlkapacitás”

Sajátos magyar jelenség, hogy a szűrésbe be nem fogadott diagnosztikus mammográfiás egységek konkurálnak a szervezett szűrési rendszerbe befogadott mammográfiás szűrőállomásokkal, ezáltal rontják a szűrővizsgálaton a részvétel adatait.

Nagyszámú szűrővizsgálatra kerül sor úgy, hogy a házi orvos vagy szakorvosok, a tünet- és panaszmentes „beteget” nem a szűrésre fenn tartott „csillagos” kóddal, hanem diagnosztikus kóddal, mintegy diagnosztikai vizsgálatként utalja be tulajdonképpeni szűrővizsgálatra.

6. Hormonpótló kezelés

Jelentős „deficit” adódik a csontritkulás miatt hormonpótló kezelésben részesülők – a nőgyógyászati protokoll szerint – kötelező mammográfiás ellenőrző vizsgálataiból. Ezek az onkológiai szempontból tünet- és panaszmentes személyek elkerülik a szűrővizsgálatot, jóllehet ezzel kockázatnak teszik ki magukat, mert a vizsgálatot végző radiológus nem feltétlenül rendelkezik azzal a szakmai gyakorlattal, amit a szűrési mammográfia: „tű keresése a szalmakazalban” megkíván. Mindezekre a „szűrővizsgálatokra” a szervezett szűrőprogramon kívül kerül sor, és nyilván nem jelennek meg a szűrési nyilvántartásban.

7. A kommunikáció szerepe: tájékoztatáson alapuló részvétel

A távolmaradás oka lehet, hogy a meghívottak magáról a szűrésről semmit sem tudnak vagy csak nagyon keveset. Nem tudják, hogy zajlik a szűrés; mi fog velük történni; fájdalommal jár-e a vizsgálat; jár-e számottevő sugárterheléssel a mammográfiás vizsgálat. Félnék az esetleges „rossz hírtől”. Úgy vélik, hogy „jobb nem tudni, hogy rákom van, hisz úgysem lehet tenni semmit ellene”.

A kommunikációnak jelentős szerepe van a megajánlott szűrés elfogadásában vagy elutasításában.

A szűréstől távoltartó szubjektív tényezőket és a szűrővizsgálatban résztvevő egészségügyi dolgozók és önkéntes személyek kommunikációs készségének fejlesztését külön fejezetek tárgyalják.

Kardiovaszkuláris betegségek szűréséről szakembereknek

Dr. Kékes Ede

Bevezetés

Aki a civilizált világunkban él, tudja, hogy életünket kockázati csapdák sokasága között töltjük el. Ma senki nem bújhat el egyedi zárt világába, nem vonulhat el hegyi barlangba, vagy a sivatagba.

Az öröklött ártalmak és hajlamosító tényezők mellett a környezetünk hatásai mindennap ostromolják szervezetünket: károsítják ereink struktúráját, szervezetünk reagálóképességét, immunrendszerét, koptatják idegeinket és minden porcikánkat.

Magunk – rossz alkalmazkodásunk révén – életvitelünk torzulásával és a tudatos magunkra figyelés hiányában elősegítjük a kóros folyamatok kialakulását.

Mi a teendő? Hosszú ideig a gyógyítás elsődlegességét hangsúlyoztuk, ma már tudjuk, hogy jobb és sikerebb szervezetünk deformálódását megelőzni, azt kivédeni, melynek hatékony eszköze a szűrés.

Kardiovaszkuláris rizikótényezők

Napjainkban a klasszikus, hagyományos tényezőknél (pl. dohányzás, magas vérzsír-szint, magas vérnyomás) túl, egyre több önálló szív- és érrendszeri kockázati tényezőt ismerünk.

Számolnunk kell az örökletes tényezőkkel, valamint a szociális és életviteli körülményekkel is. Ezek ismerete teszi lehetővé olyan beavatkozások, életmódi tanácsok, eljárások alkalmazását, melyekkel csökkenteni tudjuk az életet veszélyeztető súlyos betegségek kialakulását.

A szív- és érrendszeri kockázati tényezők csoportosítása

- **Oki tényezők** közé soroljuk a dohányzást, a dyslipidaemiát (összkoleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglycerid), a diabetes mellitust és az életkort. Ezeknél bizonyítást nyert az adott tényező és az érrendszeri esemény (koszorúér-betegség, agyi értrombózis, érszűkület a végtagokon stb.) megjelenésének direkt összefüggése. Újabbán a kóros elhízást valódi rizikótényezőnek tartják, emellett *prediszponáló tényezőként* is szerepel.

- **A kondicionáló faktorokhoz** azokat soroljuk, ahol nincs teljes biztonsággal bizonyítva az oki kapcsolat, bár mindig együtt járnak a szív- és érrendszeri betegségek gyakori előfordulásával. Ide sorolnak kevésbé ismert vérzsír-összetevőket, az érrendszerünkben thrombózist okozó tényezőket és más, az érstruktúrát károsító faktorokat, melyek elősegítik szervezetünkben az atherosclerosis kialakulását.

- **A prediszponáló tényezők** közé tartozik az obesitas (kiemelten a viscerális típusú elhízás), a fizikai inaktivitás, a pszichoszociális körülmények, az etnikai differenciák stb.

- Újabbán külön felsorolásban említik az érrendszerben kialakuló érelmeszesedési plakk jelenlétét, mert ez megváltoztatja az aktuális veszély-

állapot kockázatát, hiszen megrepedhet, lokális érelzáródás alakulhat ki. A szív-és érrendszeri kockázati tényezőket az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A szív- és érrendszeri kockázati tényezők csoportosítása		
Nem befolyásolható tényezők	Életstílus, életkörülmények	Biokémiai és fiziológiai jellemzők
Kor	Táplálkozás	Vérnyomás
Nem	Dohányzás	Koleszterin
Családi előzmény	Fizikai aktivitás	Triglycerid
Genetikus tényezők		Vércukor
Gazdasági helyzet		Új markerek

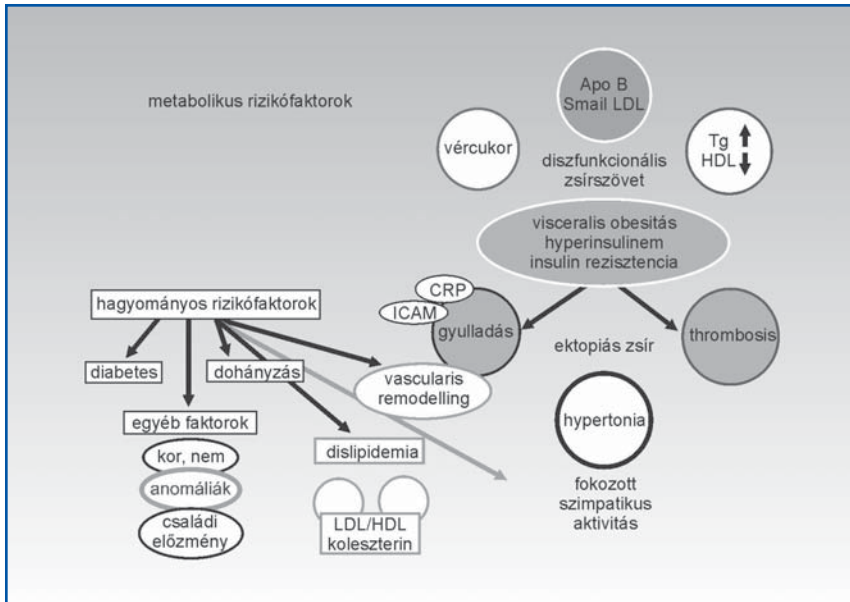
A szív- és érrendszeri betegségek kialakulását befolyásoló tényezők

Az utóbbi években elterjedt egy új koncepció, mely egyesíti a ma ismert és ténylegesen szerepet játszó rizikótényezők kapcsolatát. A koncepció lényegét az 1. ábrán mutatjuk be.

Az értelmezés szerint a **hagyományos rizikótényezők** szerepe és kapcsolata a betegségekkel jól ismert. A három fő tényező (dohányzás, hipertónia és hiperkoleszterinémia) nép-egészségügyi jelentősége közismert. A hagyományos kép akkor teljes, ha tudjuk, hogy a kor előrehaladtával együtt az érlelmesedés folyamata fokozatosan növekszik, így a kor önmagában is kockázati tényező. A cukorbetegséget azért soroljuk ide, mert genetikusan determinált tényezőről van szó. Ennek ellenére megjegyezzük, hogy az időskori, ún. 2-es típusú diabetesben olyan tényezők is szerepet játszanak, mint pl. a környezeti behatások, étkezés, testsúlytöbblet, illetve kóros elhízás.

A hagyományos rizikófaktorok szorosan kapcsolódnak a szervezetünkben zajló anyagcsere-folyamatokhoz. A mai ismereteink alapján a metabolikus tényezők külön csoportot alkotnak és vezető komponensük a kóros zsírsavak felszaporodása. Ezen zsírsavak csaknem 15 olyan anyagcsereterméket löknek ki magukból, melyek elősegítik az érrendszerben kialakuló érlelmesedési folyamatot.

A hagyományos és a metabolikus tényezőket együttesen nevezik **globális kardiovaszkuláris rizikótényezőknek**.

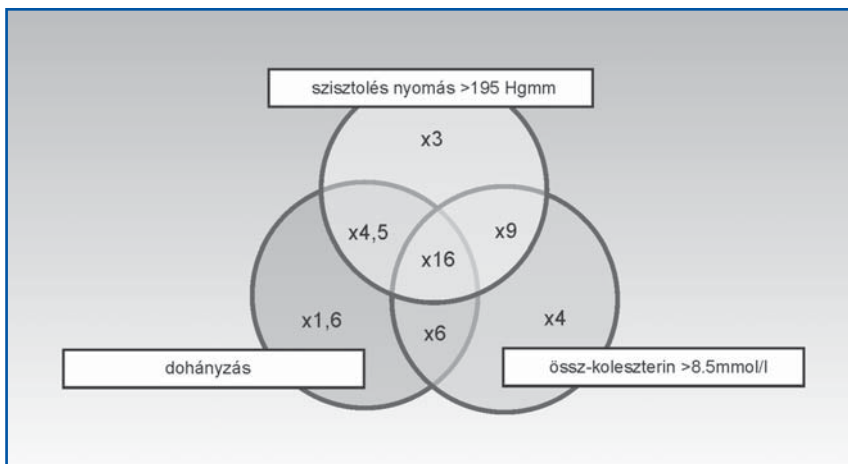


1. ábra: A globális kardiometabolikus rizikó értelmezése

A globális szív- és érrendszeri kockázat két fő komponensre bontható: a hagyományos rizikótényezőkre és az ún. anyagcsere- vagy metabolikus rizikófaktorokra. Ezek tengelyében a hasi elhízás áll, mellyel nagyon gyakran jár együtt a cukoranyagcsere zavara, melynek lényege, hogy az inzulin jelenléte ellenére sem jut elég cukor a sejtekbe.

Külön kell még beszélnünk a **kockázati tényezők együttes megjelenéséről**. Régóta ismert, hogy ha több rizikótényező együttesen van jelen, akkor sokkal nagyobb a valószínűsége annak, hogy az illetőnél az elkövetkező években súlyos szervi károsodásokkal járó betegség jelenik meg. Az egész világon ismerik az ún. „három-rizikó karika” összefüggéseit (2. ábra).

A hármaskarika mára már kibővült a cukorbetegséggel, hiszen a diabetes jelenlétében minden szív- és érrendszeri betegség megjelenésének kockázata legalább kétszeresére nő. Látjuk, hogy a vérnyomás, magas koleszterin és a dohányzás együttes jelenléte a kockázatot 16-szorosra emeli.



2. ábra: A rizikófaktorok együttes jelenlétének kockázata (az ún. „három-rizikó karika”)

A legnagyobb súllyal szereplő rizikófaktorok: Európa és hazánk adatai

Az egyik legmegbízhatóbb európai felmérés az EuroASPIRE, melyet három időszakban végeztek és lehetőséget nyújtott eddig nem pontosan ismert tények megértésére. A 2. táblázatban bemutatjuk milyen téren értünk el sikereket, illetve tapasztaltunk kudarccokat.

Magyarázat: Az egymást követő három időszakban végzett európai felmérések jelezték, hogy miben kell előrelépniük illetve hol értünk el sikereket. A % azt jelenti, hogy az adott időszakban végzett méréseknél a résztvevők hány százalékánál észlelték a jelzett rizikófaktorot.

- A **dohányzás** 2000 óta enyhén csökkenő irányzatot mutat. Ezt rontja, hogy az 50 év alatti nőknél a dohányzás szignifikáns mértékben emelkedett. Hazánkban teljesen hasonló a helyzet: a közép- vagy idősebb korban, illetve lezajlott esemény után általában csökkent a dohányzók száma, azonban a fiataloknál stagnálás van, sőt a nőknél inkább növekedő tendencia figyelhető meg.

2. táblázat: EuroAspire 3 fázisú vizsgálat eredményei

	1995-1996	1999-2000	2006-2007
Rizikófaktor	EUROASPIRE I. (%)	EUROASPIRE II. (%)	EUROASPIRE III. (%)
Dohányzás	20,3	21,2	18,2
Túlsúly	76,8	79,9	82,7
Obesitás	25,0	32,6	38,0
Magas vérnyomás	58,1	58,3	60,9
Magas koleszterinszint	94,5	76,7	46,2
Igazolt cukorbetegség	17,4	20,1	28,0

• Markáns javulást észleltek a **magas koleszterinérték** tekintetében az Európai Közösség csaknem minden országában, ide tartozik örömmre Magyarország is. Hazánkban 1995-ben a 4,5 mmol/l feletti összcholesterin-érték a vizsgált populáció több mint 90%-ában fordult elő. Ma az arány 50% körülire csökkent.

• A hipertónia vonatkozásában további növekedés nem következett be, másrészt a kezelt hipertóniások száma elérte a 80%-t. Mára hazánkban a felsorolt tényezők hatására a magas vérnyomásban szenvedő és kezelésben részesülő betegek kb. 40-44%-a elérte az ún. célvérnyomást.

• Nem sikerült egyik európai országban sem megállítani a lakosság testsúlyának növekedését, az elhízottak számának csökkentését.

• Az elhízással együtt folyamatosan emelkedik a cukorbetegség száma és a metabolikus szindróma tünetegyüttese (elhízás, cukorháztartás zavara, zsíryanagcsere-rendellenesség és magas vérnyomás).

A globális rizikófaktorok megméréseinek jelentősége abban rejlik, hogy:

- felderítsük a magas rizikójú eseteket, és elindítsuk a szükséges beavatkozásokat (nevelés, életmód befolyásolása, gyógyszeres kezelés),
- motiváljuk az egyéneket, hogy vegyenek részt az „akció”-ban.

A kardiovaszkuláris betegségek morbiditási és mortalitási adatai

A kardiovaszkuláris halálozás jelentősége népegészségügyi szempontból igen nagy. A becült adatok alapján megdöbbentő, hogy a jéghegy csúcsán 32 millió „szív-attack” és agyi esemény jelentkezik évente, míg a „mélyben” milliárd, fel nem derített megbetegedés szerepel, melyek alapja a hipertónia, a diabetes, a dyslipidaemia, a dohányzás, és a fizikai inaktivitás. A dohányzás a világ mortalitásának 6%-át, a magas vérnyomás 5,8%-át teszi ki. Bizonyos populációkban a hipertóniás betegek aránya 65 év felett eléri az 50%-ot.

A cél a magas rizikójú embercsoportok felismerése és azok aktív kezelése. Ezt szolgálják a különböző szintű szűrések.

Fontos tudni, hogy az érrendszeri betegségben szenvedő betegek 25%-át úgy éri a hirtelen halál, vagy úgy kap szívinfarktust vagy agyvérzést, hogy előzőleg nincsenek figyelmeztető klinikai tünetek.

Amennyiben a szív- és érrendszeri halálozási adatokat vizsgáljuk akkor azt tapasztaljuk, hogy a mezőny rossz végében helyezkedünk el.

A **myocardiális infarktust** ma már nem lehet elválasztani a klinikai tüneteket okozó koronáriabetegségtől, mert a 2-3 koszorúeret érintő betegség egészében ugyanolyan gondot jelent, mint az infarktus, másrészt amíg az infarktus kezelése technikailag és szervezetenként is jól megoldott, addig a többi anginás beteg korszerű kezelése még nem tudott kiteljesedni populációs szinten.

Az alábbi 3. táblázat az Eurostat hivatalos feldolgozásából készült, az ischemiás szívbetegségekre az Európai Közösség eredeti 15 államára (EU 15) és külön néhány országra vonatkozólag. Feltűnő, hogy a mediterrán országokban (pl. Spanyolország) még az európai átlagnál is kedvezőbb halálozási arányokkal találkozunk. Az is látszik, hogy Magyarország (és a nem felsorolt többi volt szocialista ország!) igen rossz pozícióban van.

Az **agyi események** (stroke, apoplexia, TIA) vonatkozásában ijesztőek a statisztikai adatok, hiszen mintegy 15 millió agyér-eseményről szólnak a jelentések. Ez azt jelenti, hogy minden 2,1 másodpercre esik egy esemény és minden 6,3 másodpercre egy ebből eredő halál.

3. táblázat: A 100 000 lakosra vonatkoztatott standardizált halálozás ischémias szívbetegségekben. (Eurostat elemzés, 2009)

	1997	2000	2003	2005	2007
EU 15	108	96	89,9	83,2	70,4
Spanyolország	70	65,4	61,5	56,3	50,4
Dánia	136,2	96	95,4	77,5	71,6
Németország	142,7	126,8	119,5	104,2	92,6
Magyarország	244,9	232	232,7	261,3	226,6

Magyarországon évente összesen 40 000 agyi éresemény fordul elő. Ezeknek a betegeknek mintegy 70%-a magas vérnyomásban szenved. Az 50 év alatti nők 5-ször, a férfiak 6-szor gyakrabban kapnak „szélütést” évente, mint az EU országok lakosai. Igen veszélyes az agyi események ismétlődése. Az 5 éven belüli, *ismételt* események előfordulási aránya 24 42%. A halálozás országos átlaga 18,2%, a stroke centrumokban 12,1%.

Mindezek ellenére van némi elmozdulás pozitív irányban Magyarországon is:

- A magas infarktus-halálozás tekintetében az utóbbi egy évtizedben szignifikáns csökkenés következett be hazánkban, mely azzal magyarázható, hogy az akut koronária-ellátás egyre szervezettebben és kiterjedtebben működik, beleértve a thrombolízist és a primer koszorúér-tágítást.
- A 65 éven felülieknél az agyi események mortalitása 1980 és 2000 között szignifikánsan csökkent. Ebben az agyi események kezelésében és szervezésében bekövetkezett változások (stroke központok) is szerepet játszottak.

4. táblázat: Az agyi eseményekből eredő halálozások csökkenő tendenciája Magyarországon mindkét nemben (WHO adatbázis, 2003)

	1980	2000	1980	2000
	férfi	férfi	nő	nő
65-69 év	4,1	2,2	3,3	1,1
70-74 év	6,2	3,4	4,5	2,3
75-79 év	9,3	2,6	8,5	2,5
80-85 év	14,4	4,1	12,6	3,4
85 év felett	20,1	4,9	19,2	4,5

A myocardium károsodása és a stroke

Az angina pectoris és az infarktus kapcsolata

A koszorúerek megbetegedése alapvetően az erekben kialakuló érlelmeszesedés részjelensége, de ennek további következményei vannak, úgymint:

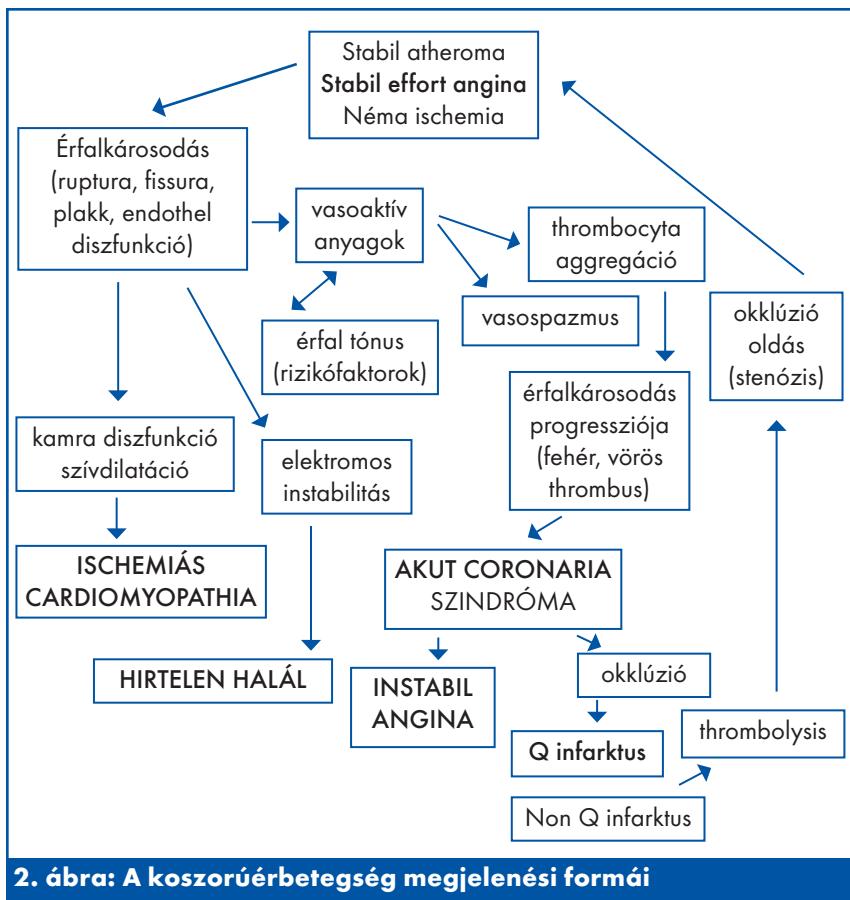
- érszpaszmus
- a szív funkcióromlása
- a szív ingerképzésének és ingervezetésének zavara (elektromos zavar)
- szívelégtelenség
- a szív-anyagcsere változása, romlása, energia zavar

A koszorúerekben elinduló érlelmeszesedés az ér lumenének beszűküléséhez vezet, mely ha eléri a 75%-ot akkor már nyugalomban, vagy terheléskor mellkasi fájdalom jelentkezhet. Ahol szűkület van, ott spazmus is kialakulhat, sőt utóbbi érzékület nélkül is előfordulhat. A beteg koszorúérszakasz területéről számos kedvezőtlen hatást kifejtő vasoaktív anyag áramlik ki a keringésbe, ehhez társul a vérlemezkék összecsapzódása, majd a thrombus képződése, mely akár teljes érelzáródást (okklúzió) is okozhat a hozzá tartozó szívizom elhalását eredményezve (szívinfarktus).

A súlyos szűkület elzáródás nélkül is jelentős szívizomkárosodást okozhat és sorozatos anginás fájdalmakat vált ki akár kis megterhelésre is. Az anginát rengeteg inger, külső behatás (stressz, izgalom, terhelés, hideg) kiválthatja.

A szív összehúzódó képességének romlása végül szívelégtelenséghez vezet.

A myocardialis infarktus halálozásának csökkentésében nagy szerepet játszott a kezelési koncepció átalakulása, nevezetesen a 2000-es évek elején még a thrombolysis dominált, míg az utóbbi néhány évben a primer koszorúér-tágítás száma jelentős mértékben megnőtt, domináns



kezelési módszerré vált, és az egész országra kiterjedt a hemodinamikai centrumok bővítése és a beküldési rendszer átalakítása.

Az összefoglaló ábrán világosan látszik, hogy az ischémiás szívbetegegy komplex folyamat, melynek csak egy része a myocardialis infarktus. A domináló rész a koszorúérbetegség, a szívégtelenség, és a hirtelen halál, mégis az infarktus megoldására készültünk fel legjobban.

A stroke jelentősége és formái

A stroke világszerte vezető helyen szerepel a morbiditási és mortalitási listákon. Hatalmas különbségek figyelhetők meg, mely az előforduló rizikófaktorok különbözőségének is tulajdonítható, ugyanis a magas vérnyomás és az egyéb stroke rizikófaktorok nagyobb mértékben fordulnak elő a kelet-európai országokban, így a súlyosabb stroke-ok előfordulása is gyakoribb ebben a régióban. Az Európában megfigyelhető demográfiai változások a stroke incidenciájának és prevalenciájának növekedését fogják eredményezni. A stroke a hosszú távú rokkantság legfőbb oka, ezen felül a demencia második leggyakoribb, az öregekben az epilepszia leggyakoribb oka, a gyakori oka a depresszióknak is.

Az agyi éresemények három fő formáját különböztük el:

- **Ischemiás stroke:** az agy egy adott területének oxigénellátása hiányt szenved és ennek következtében kisebb vagy nagyobb méretű funkciózavar támad. A vérrellátási zavar az agyi erek részleges vagy teljes elzáródásából (thrombus) adódik. Az esetek 80%-ában ezt a formát észleljük.

- **Vérzéses stroke:** sokkal ritkábban előforduló forma, melyben az agyi artéria fala megreped, vér áramlik ki, ezért nincs megfelelő vérrellátás és kevés lesz az oxigén. Ugyanakkor a kiáramló vér megnöveli a koponyán belüli nyomást, mely további súlyos agyi károsodást hoz létre. Életet közvetlenül veszélyeztető állapot.

- **Átmeneti, rövid ideig tartó agyi vérrellátási zavar (TIA):** sokszor csak percekig, máskor 24 óráig tartó jelenség, amikor beszédzavar, eszméletvesztés, látászavar, esetleg benuulás lép fel, de csak átmenetileg. A TIA-k megismétlődhetnek és előjelei a súlyos agyi keringési zavaroknak.

A stroke kialakulásában döntő szerepet játszik a szisztolés és diasztolés és vérnyomásérték növekedése. Bizonyított, hogy a középkorú egyéneknél már kis vérnyomás-növekedés is jelentősen emeli a stroke megjelenésének kockázatát.

A magasvérnyomás-betegségen túl a cukorbetegségnek, az alkoholfogyasztásnak, a dohányzásnak is nagy szerepe van a stroke kialakulásában.

Kardiovaszkuláris szűrések – A szűrések tervezése és a meg- valósítás módszerei

A számításba vehető rizikótényezők összefoglalása

Az európai prevenciós irányelvek – melyeket a nemzetközi tudományos társaságok fogalmaztak meg – meghatározzák azokat a lehetőségeket, amelyekkel a szűrési tevékenységünket elvégezhetjük.

A számításba vehető tényezők a következők:

1. Nem módosítható tényezők

Ezeket mindenképpen ismernünk kell és a rizikófaktorok menedzselésénél külön értékelik.

- kor,
- nem,
- faj,
- családi előzmény.

2. Módosítható tényezők:

Ez azt jelenti, hogy nem gyógyszeres és gyógyszeres beavatkozásokkal képesek vagyunk befolyásolni, vagy megszüntetni a kóros állapotot, vagy kémiai, anyagcsere-jellemzőt. Ezek a következők:

- **A magas vérnyomás**
- **Bizonyos anyagcseremarkerek kóros szintje:**
 - szérum lipidszintek (össz-koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglyceridszint),
 - éhomi-és terheléses vércukor, HbA1c,

- hs CRP,
- vesefunkciós paraméterek: szérum kreatinin, vizelet albumin.
- **Érstruktúra-károsodást jelző jellemzők:**
 - erek Doppler-vizsgálatánál atherosclerosis jelei,
 - emelkedett pulzus-hullám terjedési sebesség (arteriográffal),
 - kóros boka-kar index.
- **Kóros állapotok, szervi károsodásokra jellemző mérési adatok:**
 - szénhidrátanyagcsere-zavar, prediabetes,
 - metabolikus szindróma,
 - visceralis obesitás (testsúlytöbblet: kóros testtömegindex (BMI), kóros haskőrfogat.
- **Kóros életvitel**
 - dohányzás,
 - fizikai inaktivitás,
 - helytelen táplálkozás,
 - túlzott sófogyasztás,
 - túlzott alkoholfogyasztás,
 - stressz.

Melyek a legveszélyesebb rizikótényezők?

Erre nagyon megbízható választ kaptunk egy világméretű felmérés (**INTERHEART**) adathalmazából (5. táblázat).

5. táblázat: Kockázati tényezők hatása a kardiovaszkuláris mortalitásra („esély-hányados”)		
	Férfi	Nő
Cukorbetegség	4,26	2,67
Aktív dohányzás	2,86	3,05
Magas vérnyomás	2,95	2,36
Viscéláris elhízás	2,26	2,24
Psychoszociális tényező	3,49	2,45
Össz-koleszterin/HDL koleszterin	4,42	3,46

6. táblázat: Rizikótényezők gyakorisága a magyar lakosság körében (2000-2004 közötti országos mintából vett eredmények)

		Férfi	Nő
		a populáció %-ában	
Magas vérnyomás		26,5	32
Dohányzás		64,2	36,3
Össz-koleszterin (5,2mmol/l <)		66,7	69,6
Fizikai inaktivitás		38,4	36,3
Túlsúly és elhízás		67,4	70,2
Családi előzmény		41,6	40,5
Cukorbetegség		8,2	12,4
Metabolikus szindróma	40-50 év	39,8	36,1
	50-60 év	36	35,3
	60-70 év	24,2	28,6

A számok az ún. **esély-hányadost** jelzik, mely arra utal, hogy az egészséggel szemben hányszor nagyobb esélye van az illetőnek az infarktus kialakulására.

A magyarországi helyzetet a 2000-2004 között a praxisban megjelentek rutin vizsgálati adatai alapján, az egyenletes országos mintavétel adatai híven tükrözik (6. táblázat).

Az összegyűjtött adatok arra utalnak, hogy nálunk is a hangsúlyt ezen rizikótényezőkre kell irányítani, amellet, hogy nem szabad elfeledkezni az életviteli szokásokról (táplálkozás) és az érzelmeszedést jelző újabb markerekről sem.

A szűrés módszere, menetrendje

A lakosság körében a kötelező szűréseket hatályos rendeletek szabályozzák (67/2005. (XII. 27.) EüM rendelet). Az alábbiakban összefoglaljuk a szív- és érrendszeri szűrésre vonatkozó feladatokat. Adatlapok kitöltésével az alábbi kérdés-csoportokra kell a válaszokat keresni:

1. Családi anamnézis:

- **Családi halmozódás:** a szülők és a testvérek között férfiaknál 55 évnél, nőknél 65 évnél fiatalabb életkorban előforduló hirtelen halál, koszorúrbetegség, agyi érbetegség, végtagi erek betegsége (érszűkület), cukorbetegség, magasvérnyomás-betegség előfordulása.
- **Életmód:** dohányzás, étkezési szokások, fizikai aktivitás, alkoholfogyasztás.
- **Antropometria:** testsúly, testmagasság, haskörfogat, BMI (számítás).
- **Dohányzás:** a kérdezős legyen részletes és lehetőleg azonnal próbáljuk a dohányzásellenes „propagandát” megkezdeni.

2. Vizsgálatok:

- Vérnyomásmérés
- Auscultatio
- Pulzusmérés
- Antropologiai mérések
- Boka-kar index

3. Laboratóriumi vizsgálatok:

- Lipid profil (koleszterin, triglycerid, HDL-koleszterin)
- Éhomi vércukor, HbA1c
- Kreatinin, mikroalbuminuria
- hs CRP

4. Eszközös vizsgálatok

- EKG
- Ér-Doppler-vizsgálat
- Arteriográfia

5. Komplex rizikó becslési módszere

- Heart Score (európai pontrendszer)
- Komplex érvizsgálat
- Cukorbetegség gyanúja esetén terheléses vércukorvizsgálat

A szűrővizsgálatot végző kezelőorvos az alábbi szempontokat is figyeli:

- Kardiovaszkuláris kockázat felmérése a **Heart Score-rendszer** alapján (40 éves életkor alatt a 60 éves életkorra előrejelítve, 40 éves kortól az elkövetkezendő 10 évre vonatkozóan, lásd a Melléklet 17. oldalán).

(Értékek: normális <3%, közepes rizikó 4-5%, nagy rizikó 5-8%, igen nagy rizikó >8%.)

- Ha a haskörfogat kóros és még legalább két tényező (szisztolés vérnyomása ≥ 130 és/vagy diasztolés vérnyomása ≥ 85 Hgmm, magas a triglycerid-értéke, alacsony a HDL-koleszterin, éhomi vércukor $\geq 5,6$ mmol/l) jelen van, *metabolikus szindróma* áll fenn.

- 2-es típusú diabetes mellitusra hajlamosító állapotok (kóros haskörfogat, családi előzmény, terhességi diabetes, nagy súlyú gyermekek születése) esetén éhomi vércukorvizsgálat és glükózterhelés javasolt.

- Vesebetegségre fokozott kockázat esetén (öröklődő vesebetegség, hipertónia, diabetes) szérum kreatinin, fehérjeürítés, vér a vizeletben meghatározása.

- Dohányzó személyeknél javaslat légzésfunkcióra és mellkasröntgenvizsgálatra.

Életkor szerinti szűrővizsgálatok

A szakmai protokollok és rendelkezések korcsoportonként határozzák meg az elvégzendő vizsgálatokat (6. táblázat).

6. táblázat: Kardiovaszkulári szűrővizsgálatok korcsoportonként
21 és 40 éves csoport
1. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése 5 évente, ha a rizikóbecslésnél a kockázat kicsi.
2. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése 2 évente, ha a kardiovaszkuláris rizikó nagy vagy közepes .
3. Amennyiben a korábbi vizsgálatkor nem volt eltérés
• 3 évenként az ér Doppler-vizsgálata,
• dohányzó személyeknél mellkasröntgen,
• dohányzó személyeknél légzésfunkciós vizsgálat.
40-64 év között csoport
1. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése 3 évente, ha a Heart score alapján a rizikó kicsi.
2. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése évente, ha a Heart score alapján nagy vagy közepes a rizikó.
3. Az alapvizsgálaton túl, ha közepes és nagy rizikó áll fenn évente
• arteriográfia
• carotis Doppler
• boka-kar index
• az érfalstruktúra megítélésére
4. Közepes és nagy kockázatú személyeknél, amennyiben az érfalstruktúra kóros, echocardiográfia és terheléses EKG (negatív vizsgálati eredmény esetén nem szükséges ismétlni).
5. Dohányzóknál mellkasröntgen és légzésfunkció.
65 év feletti csoport
1. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése 2 évente, ha a Heart score alapján a rizikó kicsi,
2. Az 1-5. alapvizsgálat elvégzése évente, ha a Heart score alapján nagy vagy közepes a rizikó,

3. Az alapvizsgálaton túl, ha közepes és nagy rizikó áll fenn évente

- arteriográfia
- carotis Doppler
- boka-kar index
- az érfalstruktúra megítélése szempontjából

4. Közepes és nagy kockázatú személyeknél, amennyiben az érfalstruktúra kóros, echocardiográfia és terheléses EKG (negatív vizsgálati eredmény esetén nem szükséges ismételni).

Speciális adatok a kardiovaszkuláris szűréshez

Mire figyeljünk a cukorbetegség szűrésénél?

Elsősorban a 2-es típusú cukorbetegséget kell szűrniük, mert az 1-es típusú már a gyermek- vagy fiatal felnőttkorban kiderül. Mivel a prediabetes, a metabolikus szindróma, illetve a 2-es típus kialakulása során nagy jelentősége van az egyén életmódjának, életvitelének, a testsúlynak, a táplálkozásnak, ezért nagyon hasznos az alábbi kérdőív használata.

A 2007-ben közölt „pontrendszer-szerű” táblázatban (7. táblázat), ha az elért összpontszám 7 alatt marad, akkor olyan a cukorbetegség megjelenésének kockázata, hogy 10 éven belül 100 egyén közül 1 lesz diabetese. Ha a pontszám 7-11 között van, akkor 25 közül egy, ha 12-14 közötti, akkor 6 közül egy, ha 15-20 közötti, akkor 3 közül egy, és ha 20 pont felett van, akkor 2 egyén közül egy valószínűleg cukorbeteg lesz.

A **szűrésnél a tünetekre** is fontos rákérdezni, mert a nem kezelt cukorbetegségnél nagyon jellemző tünetek, panaszok alakulnak ki:

- **Általános tünetek:** fáradtság, gyengeség.
- **A magas inzulinszint** okozta tünetek, mint: nagy étvágy, izzadás, fejfájás.
- **A magas vércukorszint** okozta tünetek: nagy mennyiségű vizelet gyakori ürítése, szomjúság, fogyás. (A 2-es típusú diabetesben ez nem jellemző, sőt az elhízás gyakori.)
- **Folyadék- és elektrolitháztartás zavara** okozta tünetek: éjszakai izomgörcsök, látászavarok.
- **Bőrtünetek:** viszketés, gyakran a genitáliák és a végbél környékén, bőrfertőzések.
- Nőknél menstruációs zavarok, férfiaknál gyakran súlyos potenciazavarok.

7. táblázat: A cukorbetegség megjelenésének a kockázata
(Európai Kardiológus Társaság, Magyar Diabetes Társaság)

ÉLETKOR	<45 év	0	Szed vérnyomás- csökkentőt?		
	45-54	2		igen	2
	55-64	3		nem	0
	65>	4	Volt valaha magas a vércukorszintje?		
BMI	<25	0		igen	5
	25-30	1		nem	0
	>30	3	Volt a családban cukor- beteg?		
Haskőrfogat (férfi) (cm)	<94	0		elsőfo- kon	5
	94-102	3		másod- fok	3
	>102	4		nem	0
Haskőrfogat (nő) (cm)	<80	0	Fizikai aktivitás napi 30 perc felett		
	80-88	3		igen	0
	>88	4		nem	2
Fogyaszt gyümölcsöt, zöldséget?					
	Igen		összesen pont		
	nem				

Cukorbetegség gyanúja esetén a kikérdezésen túl feltétlen szükséges az éhomi vércukor mérése, a lipid-profil vizsgálata és a vérnyomás mérése is, de ne feledkezzünk meg a haskőrfogat-mérésről sem.

A IV. Magyar Konszenzus Konferencia 2009. állásfoglalása szerint **metabolikus szindrómáról** beszélünk, ha:

- Haskőrfogat férfiaknál 102 cm felett, nőknél 88 cm felett
- Vérnyomás 130/85 Hgmm felett
- Éhomi vércukor 5,6 mmol/l felett
- Szérum triglycerid 1,7 mmol/l felett
- HDL-koleszterin nőknél 1,3 mmol/l alatt, férfiaknál 1,0 mmol/l alatt van

Érszűkület

A boka-kar index mérése nagyon egyszerű módszer a tünetmentes érszűkület korai felismerésére. Mindkét karon és mindkét oldalon a boka magasságában vérnyomást mérünk. Elég csak a szisztolés nyomást mérni. A bokák magasságában a vérnyomás pontos mérését egy speciális ultrahangos Doppler-mérőfej segítségével mérik. Amennyiben az alsó végtagokon alacsonyabb a mért vérnyomás, mint a felkarokon, az érszűkület diagnosztizálható.

Amennyiben a boka-kar szisztolés nyomásának hányadosa 1,0 alá kerül, akkor már erős a gyanú a szűkültre. Ha a hányados 0,8 alatt van, akkor nagy valószínűséggel jelentős érszűkület áll fenn.

Az érszűkület gyanúját igazoló – szűrésre is alkalmas – mérési módszerek:

- Anamnézisben: Ha valakinél a járástávolság 100 m, akkor már nagyon jelentős érszűkülettel kell számolni (claudicatio intermittens).
- A bokák belső oldalán, illetve a felső felszínén – normális végtagkeringés mellett az erek tapithatók, szabályos lüktetést érzünk. Ezek hiánya felkeltetheti érszűkület gyanúját. Erősíti gyanúunkat, ha a lábujjak egyik vagy másik oldalt hidegek, elfehérednek, ha az egyén arra panaszkodik, hogy hidegnek érzi a lábujjait.
- További pontos mérési lehetőséget, sőt az ereken belül a meszesedés, szűkület vizualizálását teszi lehetővé az alsó végtagi ér-Doppler-vizsgálat.

A szűrt egyéneknél az ellenőrzés menetrendje:

- ha az érték normális (index 1-1,3 között), 5 év múlva kell visszahívni kontrollvizsgálatra,
- ha az index 0,9 és 1,0 között volt, akkor 1 év múlva egy újabb vizsgálat indokolt,
- amennyiben az index értéke 0,9 alatt volt, tanácsos angiológiai vizsgálatra küldeni az egyént még akkor is, ha panaszmentes.

Az érlemeszesedés korai felismerésének új lehetőségei

Az érlemeszesedés korai felismerése rendkívül fontos azért, hogy a védekezést idejében el tudjuk indítani. A modern technika lehetőséget ad arra:

- hogy az ereket belülről szemléljük, közvetlenül láthassuk az érfalban elhelyezkedő meszes plakkokat,
- hogy vizuálizálni tudjuk az érfalban lerakódó kalciumot (meszet),
- hogy mérni tudjuk az érfal rugalmasságának csökkenését, a kialakuló érfali merevség fokát (ér-Doppler-vizsgálat),
- hogy a vérnyomás szisztolés és diasztolés értékéből (pulzusnyomás) következtetni tudjuk az érfali merevségre,
- hogy a kar és boka közötti vérnyomásértékekből következtetni tudjunk a véráramlás romlására,
- és mérjük az érfal merevségi állapotát arteriográffal. A pulzushullám terjedési sebesség 12m/s felett biztosan kóros.

A C-reaktív protein (CRP) klinikai jelentősége a szűréseknél

Az atherosclerosis kialakulásának modern szemléletében egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a gyulladáshoz vezető tényezőknek. Ezen faktorok közül a legjelentősebb a C-reaktív protein (CRP). A CRP nevű fehérje elősegíti az LDL-koleszterin átalakulását oxidált LDL molekulává, mely lehetővé teszi a koleszterin bekebelezését a sejtekben. A CRP-t ma nemcsak a gyulladások, hanem a kardiovaszkuláris események markereként is használják.

1 mg/l alatt normális értékről beszélünk, 3 mg/l felett kóros az érték.

A húgysav

Az utóbbi években újraértékelték a húgysav klinikai jelentőségét. Magas húgysavszintet észlelnek olyan betegségekben, mint magasvérnyomás-betegség, cukorbetegség, szívelégtelenség, metabolikus szindróma, méréselt vesefunkció-zavar, magas koleszterinszint és obezitás.

Bizonyítást nyert, hogy a húgysavszint növekedése együtt jár a kardiovaszkuláris megbetegedések és halálozás növekedésével. Férfiak esetében a koronária-halálozás rizikója 77%-al, nőknél 300%-al emelkedett, mikor a húgysavérték 400 $\mu\text{mol/l}$ fölé emelkedett. Nőknél már alacsony értéknel (350 $\mu\text{mol/l}$) is emelkedik a cardiovascularis rizikó.

Összefoglalás

A kardiovaszkuláris megbetegedések (acut coronária szindróma, ischaemiás cardiomyopathia, infarktus, stroke) megelőzésével a (67)2005. (XII.27) Eü.M. Rendelet foglalkozik. E betegségek kialakulását sok ponton lehet befolyásolni. A megfelelő életmód kialakítása (táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás és alkoholfogyasztás) kiemelkedő szerepet játszanak, ezek a primer prevenció eszközei.

A már kialakult betegségek, szimptomák esetén is bőven van beavatkozási lehetőségünk (hipertónia, diabetes, obesitas, hyperurikaemia, hyperlipidaemia életmódi és gyógyszeres kezelése).

Fontos tudni, hogy milyen szűrővizsgálatok elvégzését javasolják a szakmai szervezetek, melyek betartásával az orvosok ismét sokat tehetnek a prevenció területén. Ezekkel a lépésekkel további javulás érhető el a kardiovaszkuláris megbetegedések visszaszorítása érdekében.

A pszichológiai aspektusok: miért vonakodnak az emberek a lakossági szűréseken részt venni?

Döbrössy Bence

Bevezetés

A népegészségügyi szervezett lakossági emlő- és méhnyakszűrő-vizsgálatok célja a daganatos halálozás csökkentése. Ez megvalósítható, de csak akkor, ha a szűrésen részt vevők száma kellően magas.

A szűrésen való részvétel elutasítása összefügg szolgáltatói strukturális, és egyéni pszichológiai tényezőkkel.

Strukturális akadályok

A strukturális akadályok olyan nem gazdasági terhek, melyek megnehezítik a szűrésen való részvételt. Ezeknek az akadályoknak a csökkentése megkönnyítheti a szűréshez való hozzáférhetőséget: a lakhely és a szűrő-állomás közötti távolságot csökkentve, (mobil állomás vagy busz biztosításával) kedvezőbb időpontok adásával, ill. segítségnyújtással az adminisztratív eljárásokban.

Ha strukturális, szolgáltatói akadályok nem is léteznének, akkor is lehet alacsony a részvételi arány, mert számos egyéni, szociális vagy viselkedési tényező is befolyásolja, hogy az egyén eleget tesz-e a meghívásnak.

Társadalmi és demográfiai tényezők

Hazai és külföldi kutatások egybehangzóan megállapítják, hogy a szűréseken való részvételi hajlandóság összefüggést mutat alapvető társadalmi és demográfiai tényezőkkel.

A lakossági emlőszűrésen való részvétel motivációit kutató ANOVA felmérés rámutat, hogy az inaktívak, egyedül élők, alacsony jövedelműek, alacsony iskolai végzettségűek, 60 év felettiiek részvételi hajlandósága alacsonyabb az átlagnál.

Ezek a tényezők azonban nem önmagukban, hanem az egészség megőrzéssel kapcsolatos magatartásformák, a rákkal, annak megelőzésével, a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek-tévhitek, félelmek, információszerzési szokásokon keresztül hatnak. A szűrést elutasítók nem tudnak a szűrésről, tartanak a tőle, tévhitek vannak, vagy egész egyszerűen nem motiváltak az egészségüket megőrző viselkedésformákban. Fontos visszatartó tényező a ráktól való félelem. Nem hiszik, hogy a rák megelőzhető a szűrések által.

A részvétel növelésének módjai

Ha a részvételt növelni szeretnénk, informálni és bátorítani kell a potenciális résztvevőket. Tájékoztatni a szűrés menetéről, a korai felismerés előnyeiről. Tudatosságra ébreszteni, preventív viselkedésre nevelni. Motiválni kell és félelmeket legyőzni.

Az ANOVA kutatás rámutat, hogy az ismeretek bővítésének, és ez által a szűrésen való részvétel növelésének hatékony módja lehet a médiában elhelyezett hiteles és érthető riportok és beszámolók elhelyezése.

Ha figyelembe vesszük, hogy az ANOVA kutatás szerint a részt nem vevők között is nagyon magas az országos elektronikus médiát naponta használók aránya, sőt a női magazinokat gyakrabban olvassák a részt nem vevők, mint a résztvevők, akkor nyilvánvalóvá válik ezen eszközök haszná-

Ezt alátámasztják külföldi kutatások is. Ha a szűrés vagy a rák média figyelmet kap, mondjuk hírességek betegsége kapcsán (mint például történt Kylie Minogue vagy Ronald Reagan esetében) ugrásszerűen megnőtt a szűrésre jelentkezők száma.

A média kiemelt ismeretforrás, fontos viszont, hogy az üzenet megfelelő legyen.

A meggyőzési technikák másik bizonyítottan hatékony módja, ha olyanok hívják fel a figyelmet a szűrés szükségességére, akiket az illető személy ismer, és akikben megbízik. Ilyen véleményformáló tekintély a házi orvos is.

Neki és más egészségügyi dolgozóknak is kulcsszerepe lehet abban, hogy motiválják a meghívottakat a részvételre. Kutatások szerint bizonyított, hogy egy néhány mondatos házi orvosi ajánlás, személyes tanácsadás, egy védőnői vagy ápolónői ösztönzés is nagyon hatásos lehet a szűrésen való részvétel növelésére. Itt nem strukturált egészségnevelési előadásról beszélünk, csak néhány mondatos motiváló támogatásról.

Nem elsősorban arról van szó, hogy célzottan, személyesen keressék fel a szakemberek a célpopulációt, hanem arról, hogy a szűréstől független találkozásokon is szóba kerüljön a szűrés fontossága. El kell érni, hogy a házi orvosát bármilyen okból felkereső, a szűrés célcsoportjába tartozó embereknek indítást adjon az orvosa a részvételre.

Csak akkor tudjuk megnyugtatni az embereket, ha ismerjük a félelmeiket, csak akkor tudunk válaszolni, ha tudjuk mi a kérdés, és csak akkor tudunk informálni, ha ismerjük a tévhitüket. A szűrés megtapasztalásának megismerése a fejezet egyik feladata.

Bár a szűréssel mind az egészségügyi döntéshozók, mind a népegészségügyi és orvosi körök egyre többet foglalkoznak, kevés szó esik a résztvevők tapasztalatairól, azaz *a folyamat szubjektív megéléséről*. A szűrés személyes, lélektani megtapasztalása az a pénzben ki nem fejezhető ár, amit a résztvevő „fizet”. Ez több figyelmet érdemel, mint az orvosi gyakorlat negatív pszichés mellékhatásai általában.

A szervezett népegészségügyi lakosságszűrés esetében ugyanis nem a „páciens” fordul orvoshoz tüneteit és panaszait gyógyítását remélve, hanem a preventív orvoslás fordul a lakosság felé, és – szociológiai értelemben legalábbis – az egészséges, vagy magukat egészséges-

nek velő személyeket – ha csak átmenetileg is –, a „beteg” szerepébe utalhatja. Az onkológiai szűrőprogramok eredményessége érdekében társadalmilag és lélektanilag elfogadhatóvá kell tenni a szűréseket.

Nemcsak az információ és motiváció fontos, hanem **a szűrés megélésének javítása** is. Ha az egyén rossz tapasztalatokkal, szorongással éli meg a szűrést, nemcsak ő fogja figyelmen kívül hagyni a következő meghívást, hanem még az ismerőseit is le fogja beszélni a részvételről. Az első szűrővizsgálat során szerzett tapasztalatok döntően befolyásolják azt, hogy az egyén elfogadja-e a következő meghívást. Azt is tudjuk, milyen fontos szerepe van az egyéni egészségügyi döntések meghozatalában az ismerősök tapasztalatainak, beszámolóinak. A legjobb reklám az ismerősök, barátok személyes beszámolója.

A népegészségügyi lakossági szűrés során felmerülő negatív lélektani élmények talán fontosabbak, mint az általános orvosi gyakorlatban. Ha tüneteim vannak, akkor is elmegyek orvoshoz, ha volt már kellemetlen élményem. A szűrésre viszont nem a beteg tünetei, panaszai miatt kerül sor, hanem a szolgáltató kezdeményezésére. Ha nekem rossz a tapasztalatom, vagy ismerőseim kedvezőtlen benyomásokról számolnak be, nem fogok elmenni. A megfelelő részvétel érdekében csökkenteni kell a negatív tapasztalatokat. A megfelelő részvételi arány elérésének érdekében a szűrést szolgáltató szakembereknek mindent meg kell tenniük azért, hogy a résztvevők által elszenvedett, lélektani értelemben vett negatív tapasztalatokat csökkentsék. Melyek ezek, és mik a forrásai?

A rák képe a köztudatban

Ha szociológiai nézőpontból különbséget teszünk a „kór” biológiai realitása és a „betegség” megélt szubjektív realitása között, jobban megérthetjük a „szűrésélményt”.

A kór patológiai rendellenesség, amelyet az orvosok tüneteken, jeleken keresztül diagnosztizálnak; ezt látjuk a röntgenfilmen, vagy a mikroszkópban. A betegség viszont – szociológiai megfogalmazás szerint – a rossz egészségi állapot szubjektív értékelése, megélése, megtapasztalása. A szű-

rés a kór valószínűségét vagy létét mutatja ki, én viszont ezt betegségként élem meg.

Mivel a résztvevők keveset tudnak a rákmegelőző állapotok létezéséről és nem értik a szűrés korai felismerés és preventív jellegét, e szavakat hallva csak a „rákot” hallják ki belőlük. Ez azért nem teljesen megalapozott, mert például a méhnyak-szűrőprogram nem a rák kimutatását tűzi ki célul, hanem a rákmegelőző állapotét. Jóllehet egy részük spontán visszafejlődhet, csak kezelés és észlelés hiányában válhatnak veszélyessé. Tehát nem a kimutatott tünetmentes patológiai rendellenesség alakítja az állapot megélését, hanem az, ahogyan az orvos erre reagál, és az egyén értelmezi.

A laikus értelmezést erősen befolyásolja a tény, hogy a köztudat a rákot még ma is legyőzhetetlennek tartja, így a megelőzésben sem hisz. Rettegés veszi körül. A rák egyet jelent a halállal, eltorzulással, rokkantsággal.

A legenyhébb utalás a rákra ugyanazt a negatív metaforikus képet hozhatja, mint a már kifejlődött betegség. Ahhoz, hogy megértsük azt a jelentés-metamorfózist, meg kell érteni azt a folyamatot, amit egyesek a kockázat „medikalizációjának” neveznek.

A kockázat medikalizációja – a patológiai abnormalitás értelmezése

- A kockázat epidemiológiai, orvosi és „szenvető alanyi” értelmezése más és más. Epidemiológiai szempontból a kockázat megnövekedett esélyt jelent, például arra, hogy egy *cervicalis intraepitheliális neoplasia* (CIN) rosszindulatú betegséggé váljék; számára a kockázat egy objektív, statisztikai fogalom, amely összefüggéseket ír le a népesség szintjén, valószínűségként megfogalmazva.
- A gyakorló orvos szempontjából a CIN a ráknak egy korai és kezelhető fázisa. A statisztikai valószínűség mértéke számára nem jelent segítséget,

mert neki arra kell gondolnia, hogy egy adott személyben kifejlődik-e a betegség vagy nem. Az orvosnak ugyanis döntést kell hoznia, és a döntés magában foglalja a tévedés lehetőségét.

Általánosan elfogadott, hogy nagyobb hiba egy beteg embert egészségesnek nyilvánítani, mint egy egészségeset betegnek. Ez a döntéshozatali szabály a szűrés esetében az orvosi beavatkozás malmára hajítja a vizet. Ez a szabály két feltételezésen nyugszik. Az első az, hogy a „kór” egy megállíthatatlanul súlyosbodó folyamat, amely beavatkozás nélkül az egyén testi épségét, netán életét veszélyezteti. A másik, hogy az orvosi beavatkozás önmagában nem káros a betegre nézve. (Tudjuk, hogy egyik sem maradéktalanul igaz!) A kockázat két dimenziója: az epidemiológiai kockázat és az orvosi beavatkozás kockázata úgy oldódik fel, hogy klinikai problémává válik: a kockázat medikalizálódik, azaz klinikai úton oldja meg a bizonytalanságot úgy, hogy egy bizonytalan kimenetelű rendellenességet biztos betegséggé kezel.

A résztvevőkkel meg kell értetni, egyáltalán nem szükségszerű, hogy a szűréssel felismert rákmegelőző állapot valamikor is rákká fejlődne. Meg kell velük értetni a korai felismerés és betegségmegelőzés lényegét.

A meghívólevél

A jól megfogalmazott, kellően informatív meghívólevél nem okoz szorongást. A rosszul megírt levélről ez nem mondható el.

Közölni kell, hogy a címzett esetében a betegség kockázata nem nagyobb az átlagosnál, és csak az életkora alapján lett kiválasztva, meghívására egy széleskörű, egyes korcsoportokat érintő program keretében kerül sor. Így máris nem fog felmerülni a „miért pont én?” kérdés.

A meghívólevél több egy egyszerű értesítésnél. Informálnia kell a meghívottat a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról. Meg kell magyaráznia a lehetséges eredmények jelentését és jelentőségét. Említést kell tennie a szűrés korlátairól és esetleges kockázatairól is; arról, hogy a módszer nem csálthatatlan.

Figyelmeztetnie kell arra, hogy ha a két szűrővizsgálat közötti időben bármilyen tünete jelentkezne, forduljon orvoshoz akkor is, ha a korábbi szűrővizsgálat negatív eredménnyel zárult. (Ez a szolgáltató önérdeke is, mert a tévesen negatív szűrővizsgálatot követő esetleges jogkövetkezmények esetén latba esik.) Az információk birtokában a meghívott mérlegelni tudja, hogy részt kíván-e venni a szűrővizsgálaton vagy sem. A *tájékoztatáson alapuló döntés* lehetőségének megadása a szűrés előtti tájékoztatás, tehát a szolgáltató felelőssége!

Egy jó meghívólevéllel sok káros tapasztalatot lehet közömbösíteni. Ki lehet küszöbölni a meghívottak azon gyakori panaszát, hogy kevés az információ, és le lehet győzni a tévhitet is. A meghívólevél legyen informatív, érthető és üssön el a postaládába bedobott tucatszórólaptól.

A szűrővizsgálat folyamata

Mivel a szűrésre a meghívott nem saját baját orvosolni, hanem meghívásra, talán hezitálva ment el, fontos, hogy az ott szerzett élményei a lehető legkevésbé legyenek kellemetlenek. Sokan pont a folyamattól való félelem miatt nem mennek el. Intim mivolta miatt sok nő tapasztalja meg a kenetvételt és a mammográfiás vizsgálatot szégyenletesnek és méltóságrombolónak. Ezt a nőgyógyászati vizsgálatokra jellemző bizalmas szituációt sok orvos úgy oldja meg, hogy „tárgyasítja” a vizsgált személyt: nem egy nő melleit, nemi szervét, hanem azokat, mint *tárgyat* vizsgálja. Ez a védekező mechanizmus megoldhatja az orvos dilemmáját, ámde árt a résztvevőnek és így a részvételnek. Sok nő panaszkodott olyan figyelmetlenségekről, mint nagy jövés-menés a vizsgálat alatt, vagy sok jelenlévő. Apró figyelmesség, udvariasság elfogadhatóbbá tenné a szűrés a résztvevő számára. Vegyük tekintetbe, hogy a szűrés megelőző jellege merőben különbözik attól a gyakorlattól amikor a betegek konkrét panasszal fordulnak orvosukhoz. A népegészségügyi szűrésen résztvevők egészséges emberek, akiknek a toleranciája alacsonyabb a panaszokkal orvoshoz fordulóknál.

A résztvevők gyakran kellemetlenek, fájdalmasnak tapasztalják meg a szűrővizsgálatot, vagy az azt követő próbakimetszést és kezelést. Bizo-

nyos határig a fájdalomkozás elkerülhetetlen, de kellő figyelmességgel és megfelelő tájékoztatással, felkészítéssel enyhíteni, javítani lehet e helyzetet. Tudjuk, hogy a fájdalom szubjektíven érzékelt és megtapasztalt. Bizonyított, hogy az aggodalom, izgalom szintje befolyásolja a fájdalom érzékelését. A megfelelő informáltság arról, hogy mi fog történni, csökkenti az aggodalmat, így a fájdalmat is.

Bizonytalansági periódusok

A szűrés velejárója a várakozás:

- a meghívás és a vizsgálat között,
- a vizsgálat eredményére,
- a megismételt vizsgálatra (ha valamilyen okból szükséges),
- a pontos diagnózis felállításához szükséges további vizsgálatok – ha a szűrővizsgálat eredménye indokolja ezt –, és ha szükséges,
- a kezelés megkezdésére. A körülményektől függően a várakozási idő akár hetekre-hónapokra is elnyúlhat. A várakozás *bizonytalansággal* járhat. A várakozás ideje alatt a szűrésen résztvevő, addig egészséges tudatában élő személynek egy nagyon veszélyes életeseménnyel szembesülhet: aggodalommal telve, betegségként megélve a rák, az életveszély lehetőségét.

A szolgáltatóknak kötelességük, hogy csökkentsék az elkerülhetetlen várakoztatási periódusok hosszát.

Az álpozitív lelet következményei

„Tévesen pozitívak” (álpozitívak) azok az esetek, ahol a vizsgálat először betegséget jelez, de ezt a későbbi vizsgálatok nem erősítik meg. Nyilvánvaló, hogy mind a szűrővizsgálat, mind az eredmények értelmezésének folyama hibalehetőségekkel járhat. Az álpozitív eredményeknek hosszan tartó káros következményei vannak: sokkal több aggodalmat élnek meg,

mint a nem visszahívottak. Számos kutatás mutat rá, hogy azok, akik vissza lettek hívva és tévesen pozitívnak találtak, sokkal kevésbé hajlamosak elmenni a következő szűrésre. Sokan a pontos diagnózis felállításához szükséges további vizsgálatok után is aggódnak, mert a két bizonytalan diagnózis nem nyugtatja meg őket. Ugyanúgy szoronganak, mintha igazából rákosak lennének.

A szűrés utáni információközlés

A negatív eredményt is közölni kell a résztvevővel, mert a szűrés egyik célja éppen a megnyugtatás. Ez vet véget a szűrés folyamatának.

Ha az eredmény nem negatív és a visszahívás indokolt, tudatosítani kell a résztvevőkben, hogy a normálistól eltérő szűrővizsgálati lelet nem feltétlenül rák, hanem csupán olyan tisztázásra szoruló rendellenesség, amely esetleg kezelés nélkül is visszafejlődne, de egyszerű kezeléssel biztosan felszámolható.

El kell magyarázni, hogy valójában mit jelent a lelet és meg kell értetni a korai felismerés és megelőzés lényegét. Ha szükség van további vizsgálatra, el kell mondani, hogy, ezen keresztül lehet kizárni a felmerült gyanút, vagy biztos diagnózishoz, és ha szükséges, mielőbbi kezeléshez jutni.

A pozitív eredmény megrázóbb, mint a panaszokkal kórisményekkel, lévén, hogy „derült égből villámcsapásként” érkezik. A szolgáltató készüljön fel arra, hogy pozitív eredménnyel kiszűrt résztvevőnek számos kérdésre kell válaszolnia („Mi a bajom?” „Miért van ez a bajom?” „Hogyan gyógyulhatok meg?”). Figyelembe kell vennie a beteg fokozottan szorongó lelkiállapotát.

Megfelelő informálással kell elérni, hogy a résztvevő aggodalma csökkenjen, releváns kérdéseket tudjon feltenni, és képes legyen tájékoztatáson alapuló döntésre jutni a soron következő beavatkozások elfogadására.

Összefoglalás

Az, hogy a szervezett lakossági szűrésen ilyen alacsony a részvétel, részben visszavezethető az információhiányra, a nem elsajátított általános preventív magatartásra, nem megfelelő kommunikációra és a szűrésen megélt negatív tapasztalatokra.

Az egészségkultúra erősítése és a preventív viselkedésre való nevelés széleskörű, hosszú távú általános egészségfejlesztési feladat. Az egészségnevelés feladata továbbá a rák köztudatban élő képének javítása, és legyőzhetésének elfogadtatása. Viszont a kommunikáció fejlesztése és a szűrés társadalmilag elfogadhatóvá tétele olyan konkrét tevékenység, amelyben az alapellátásban dolgozóknak kulcsszerepe lehet.

Az Avona vizsgálatban megkérdezettek szerint csökkentené a szűrővizsgálattal szembeni idegenkedést, ha előre lehetne tudni, hogyan zajlik a vizsgálat. A vizsgálat értelmét illetően is nagy az információigény. Ez kielégíthető alapellátásban dolgozók, a média és a meghívólevél által.

A kutatások szerint azok, akik nem élnek a szűrés lehetőségével, nem zárkoznak el mereven a részvételtől. Bevallásuk szerint az információhiány, félelem és szorongás miatt nem vesznek részt. Ezek az okok jó szándékkal és odafigyeléssel kiküszöbölhetőek.

A társadalmilag elfogadható, „résztevőbarát” szűrés önmaga legjobb reklámja.

Dr. Döbrössy Lajos – Dr. Kékes Ede
Döbrössy Bence – Dr. Németh Erzsébet

Szűrővizsgálatokról szakembereknek

Melléklet



ÁNTSZ

Oktatási segédanyag
Szűrőprogramok Országos Kommunikációja



Ajánlott irodalom, hasznos címek, linkek

Szakmai anyagok

Dr. Döbrössy Lajos: A daganatos betegségek szűrése

Szakembereknek szóló kiadványok:

Döbrössy L.: Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő? Medicina. 2004

Döbrössy L. (szerk.): Népegészségügyi onkológiai szűrések. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. ÁNTSZ. 2005

Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. Orvosi Hetilap 148: 535-540. 2007

Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: Az emlőszűrés helyzete Magyarországon. Orvosi Hetilap 148: 879-885. 2007

Döbrössy B., Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Cornides Á.: A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orvosi Hetilap 148: 1707-1711. 2007

Dr. Kékes Ede: A szív- és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezői és megelőzésük

Szakembereknek szóló kiadványok:

Eurostat adatok kérhető: euinfo@ksh.hu

Farsang Cs.: Emelkedett normális vérnyomásban praehypertonia? A magas

- vérnyomás diagnosztizálásának és a hypertoniás betegek gondozásában néhány aktuális kérdése. Orvostovábbképző szemle 2006, 13: 13-19
- Kékes E.: Kardiovaszkuláris szűrővizsgálatok. SpringMed. Budapest. 2009
- Kékes E.: A kardiovascularis rizikó csökkentésének lehetőségei. Új szempontok Metabolizmus 2008, 6: 20-30
- Kékes E., Schanberg Zs., Pál L., Kiss I.: Az Éljen 140/90 alatt mozgalom két éve eredményekben A célérték elérése a hypertoniás populációban. Házi orvos Továbbképző Szemle 2008, 13: 73-78
- A IV. Magyar Konszenzus Konferencia anyaga. Metabolizmus 2010, 7:1 szám
- Kotseva K., Wood D., De Backer G., et al.: Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet 2009; 373: 929-940.
- Kékes E., Schanberg Zs., Pál L. és mtsai.: Az MHT „Éljen 140/90 Hgmm alatt” eredményei - Metabolikus rizikó a hazai hypertoniás populációban. Metabolizmus 2006, 4: 260-266
- Dr. Óry K., A szív- és érrendszeri megbetegedések idegi-lelki tényezői és terápiája, 2006, 2980 Ft

Döbrössy Bence: Pszichológiai aspektusok – miért vonakodnak az emberek a lakossági szűréseken részt venni?

- Posner, T.-Vessey, M.: Prevention of cervical cancer: the patient's view. King Edwards's Hospital Fund, London, 1988.
- Döbrössy Bence: A szűrés pszichoszociális vonatkozásai. In Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti József- Riskó Ágnes, Medicina, Budapest, 2006
- Döbrössy Bence et al.: A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orvosi Hetilap 148:1707-1711, 2007

Dr. Németh Erzsébet: A szűréssel kapcsolatos attitűd megváltoztatása, az egészségtudatos viselkedés formálása a szakember segítségével

Antonovsky A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1996; 11 (1): 11-18.

Prochaska JD, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychologist* 1992; 47:1102-1114.

Kopp-Kovács (szerk): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó. 2006

Jessor, R (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings, *American Psychologist*, psycnet.apa.org.

Németh Erzsébet: A meggyőzés, a hitelesség és az orvosi munka hatékonysága. *Lege Artis Medicinae*, 1997; 7 (12): 830-839.

Konkolý Thege Barna: A szalutogenikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. Kopp-Kovács (szerk): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó. 2006.

Ajánlott irodalom, hasznos címek, linkek

Lakossági tájékoztatás

Dr. Döbrössy Lajos: A daganatos betegségek szűrése

Egészségügyi ismeretterjesztő kiadványok:

Döbrössy L.: Daganatos betegségek szűrése Magyarországon. SpringMed, 2005

Cornides Á.: Ami rajtunk múlik - Hogyan csökkentjük a rák kialakulásának kockázatát?. SpringMed, 2005

Igazvölgyi K.: Tudatosan az egészségért! - A daganatos betegségek és kockázatuk csökkentése. SpringMed, 2005, 2009

Balazs I. Bodai.: „Mammográfiám lelete: POZITÍV!”. SpringMed, 2005

Amit az emlőrákról tudni kell. SpringMed, 2002, 2004, 2005, 2006. NCI

Amit a méhnyakrákról tudni kell. SpringMed, 2002, 2004. NCI

Dr. Kékes Ede: A szív- és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezői és megelőzésük

Egészségügyi ismeretterjesztő kiadványok:

Dr. Nagy V., Álmodj normális vérnyomást!, SpringMed, 2004, 2. kiad. 2006

Dr. Czuriga I., Koszorúér-betegségek - Angina, szívinfarktus-megelőzés, kezelés, SpringMed, 2005, 2. kiad. 2010

Dr. Nagy K., Magasvérnyomás-betegség és cukorbetegség, SpringMed, 2005, 2. kiad. 2009

- Dr. Palik É.-Dr. Karádi I., Koleszterin - Diéta és kezelés, SpringMed, 2005, 2. kiad. 2008
- Dr. Dékány M., Fulladok, dagad a bokám - A szívelégtelenség megelőzése és kezelése, SpringMed, 2006, 2. kiad. 2008
- Dr. Barna I., Mit okozhat a magas vérnyomás?, SpringMed, 2007
- Dr. Winkler G.-Dr. Baranyi É., Cukorbetegek kézikönyve, SpringMed, 2006, 3. kiad. 2009
- Dr. Békefi D., Gyermekkori diabétesz, SpringMed, 2007
- Dr. Halmos T., Metabolikus szindróma - Az összetett anyagcsere zavar megelőzése és kezelése, SpringMed, 2008
- Dr. Baranyi É.-Dr. Winkler G., A nő és a cukorbetegség, SpringMed, 2009
- Dr. Fövényi J.-Dr. Soltész Gy., Inzulinnal kezelték kézikönyve, SpringMed, 2009
- Dr. Pados Gy., A nagy rizikófaktorok - a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentése, SpringMed, 2006
- Dr. Kovács G., Hogyan szokjunk le a dohányzásról?, SpringMed, 2007
- Dr. Kovács G., Hogyan szokjunk le a dohányzásról? - Praktikus tanácsok leszokni vágyóknak, SpringMed, 2007
- Dr. Pados Gy.-Dr. Audikovszky É., Tudatos fogyás - Testsúlycsökkentés az orvos tanácsaival, SpringMed, 2008, 3. kiadás 2009
- Hogyan kerüljük el a szívrohamot és a szélütést?, WHO, SpringMed, 2009
- Dr. Winkler G.-Dr. Baranyi É., Cukorbetegség, SpringMed, 2007, 2. kiad. 2009
- Dr. Nagyálnai I. (szerk.), Daganatos betegségek, SpringMed, 2007
- Dr. Barna I., Magas vérnyomás, SpringMed, 2008
- Dr. Fövényi J.-Gyurcsáné K. I., Cukorbeteg nagy diétáskönyve, SpringMed, 2008, 3. kiad. 2009

Életmóddal kapcsolatos honlapok

www.antsz.hu

www.oeti.hu

www.vital.hu

www.webbeteg.hu

www.hazipatika.com

www.diabinfo.hu

www.diabetes.hu

www.hipertonia.hu

www.patikamagazin.hu

www.egeszsegesen.hu

www.sulykontroll.hu

www.beteglettem.hu

www.informed.hu

www.drinfo.hu

www.mediforum.hu

www.konnyenfogyok.hu

www.uj-dieta.hu

www.oefi.hu

www.tudobeteg.hu

www.dohanyzas.hu

www.daganatok.hu

www.rakliga.hu

www.leszoktam.hu

www.betegtajekoztatasesert.hu

www.levego.hu

www.origoegeszseg.hu

Emlőszűrés havi jelentései összesítése 2009 évre meggyenként (2010.01.22)

Megye/Főváros	Időszak (hónap)		Meghívottak száma	Lakosok megjelenése				
	Kezd	Vége		Összesen	45-49 éves	50-54 éves	55-59 éves	60-65 éves
01 Budapest	2009. 01	2009. 12	97 478	33 705	6 483	7 359	9 576	10 801
02 Baranya	2009. 01	2009. 12	6 876	2 786	645	733	740	668
03 Bács-Kiskun	2009. 01	2009. 12	33 489	16 957	3 738	4 406	4 501	4 170
04 Békés	2009. 01	2009. 12	18 827	11 460	2 489	2 927	2 998	3 046
05 Borsod-Abaúj-Zemplén	2009. 01	2009. 12	41 900	18 740	4 633	4 811	4 844	4 452
06 Csongrád	2009. 01	2009. 12	25 326	14 937	3 346	3 788	3 931	3 876
07 Fejér	2009. 01	2009. 12	19 695	10 580	1 889	2 755	3 050	2 986
08 Győr-Moson-Sopron	2009. 01	2009. 12	29 935	14 303	3 309	3 900	3 815	3 278
09 Hajdú-Bihar	2009. 01	2009. 12	31 993	18 935	4 360	5 089	5 042	4 444
10 Heves	2009. 01	2009. 12	20 831	8 495	2 019	2 178	2 237	2 061
11 Komárom-Esztergom	2009. 01	2009. 12	12 791	5 749	1 145	1 461	1 612	1 531
12 Nógrád	2009. 01	2009. 12	9 558	4 601	936	1 175	1 224	1 266
13 Pest	2009. 01	2009. 12	33 769	10 036	2 091	2 410	2 829	2 706
14 Somogy	2009. 01	2009. 12	375	7 045	1 292	1 977	1 962	1 814
15 Szabolcs-Szatmár-Bereg	2009. 01	2009. 12	26 318	15 950	3 834	4 250	4 211	3 656

Megye/Főváros	Időszak (hónap)		Meghivottak száma	Lakosok megjelenése				
	Kezd	Vége		Összesen	45-49 éves	50-54 éves	55-59 éves	60-65 éves
17 Tolna	2009. 01	2009. 12	15 801	8 155	1 802	1 920	2 329	2 104
18 Vas	2009. 01	2009. 12	13 933	8 720	1 693	2 395	2 443	2 189
19 Veszprém	2009. 01	2009. 12	17 197	9 282	1 728	2 530	2 577	2 483
20 Zala	2009. 01	2009. 12	16 556	10 102	2 439	2 812	2 609	2 242
Összesen			480 989	236 009	51 186	60 093	63 971	61 201

Méhnyakszűrés havi jelentések összesítése 2009 évre megyénként (2010.01.22)

Megye	Időszak		Meghivottak száma	Vizsgálatra érkezett					
	Kezdt	Vége		Korosztály összesen	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-65 éves	65 éves-től
01 Budapest	2009. 01	2009. 12	58 042	345	43	57	98	144	3
02 Baranya	2009. 01	2009. 12	17 782	587	59	94	159	275	0
03 Bács-Kiskun	2009. 01	2009. 12	29 221	1854	249	337	552	655	61
04 Békés	2009. 01	2009. 12	23 094	1708	202	292	505	698	11
05 Borsod-Abaúj-Zemplén	2009. 01	2009. 12	30 133	1108	148	222	287	422	29
06 Csongrád	2009. 01	2009. 12	40 475	429	57	98	112	162	0
07 Fejér	2009. 01	2009. 12	14 843	786	85	128	292	276	5
08 Győr-Moson-Sopron	2009. 01	2009. 12	37 456	896	90	137	262	404	3
09 Hajdú-Bihar	2009. 01	2009. 12	33 030	1438	199	288	405	541	5
10 Heves	2009. 01	2009. 12	21 807	473	51	78	142	188	14
11 Komárom-Esztergom	2009. 01	2009. 12	12 970	333	51	58	83	141	0
12 Nógrád	2009. 01	2009. 12	13 839	352	28	63	109	150	2

Megye	Időszak		Meghívottak száma	Vizsgálatra érkezett					
	Kezd	Vége		Korosztály összesen	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-65 éves	65 éves-től
14 Somogy	2009. 01	2009. 12	32 044	714	96	135	215	264	4
15 Szabolcs-Szatmár-Bereg	2009. 01	2009. 12	29 334	901	86	118	236	460	1
16 Jász-Nagykun-Szolnok	2009. 01	2009. 12	26 692	940	96	167	262	410	5
17 Tolna	2009. 01	2009. 12	15 857	248	24	32	71	118	3
18 Vas	2009. 01	2009. 12	13 860	839	111	143	242	326	17
19 Veszprém	2009. 01	2009. 12	26 772	734	87	103	256	282	6
20 Zala	2009. 01	2009. 12	15 260	485	97	89	128	161	10
Összesen			557 057	15 380	1884	2677	4482	6152	185

Regionális ÁNTSZ központok

ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete	5000 Szolnok, Ady Endre út 35-37.
ÁNTSZ Dél-alföldi Regionális Intézete	5600 Békéscsaba, Gyulai út 61.
ÁNTSZ Észak-magyarországi Intézete	3300 Eger, Klapka u. 11.
ÁNTSZ Közép-magyarországi Intézete	1138 Budapest, Váci út 174
ÁNTSZ Nyugat-dunántúli Intézete	9024 Győr, Jósika u.16.
ÁNTSZ Közép-dunántúli Regionális Intézete	8200 Veszprém, József Attila u. 36.
ÁNTSZ Dél-dunántúli Regionális Intézete	7401 Fodor J. tér 1.
ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal	1097 Budapest, Gyáli út 2-6

Regionális emlőszűrő állomások

Régió	Megye	Szűrőállomás
Közép-magyarország	Budapest	MaMMa Egészségügyi Zrt. 1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.
Közép-magyarország	Budapest	Országos Onkológiai Intézet 1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.
Közép-magyarország	Budapest	Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet 1125 Budapest, Diósárok u. 1-3.
Közép-magyarország	Budapest	Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház és Rendelőintézet 1115 Budapest, Tétényi u. 12-16.
Közép-magyarország	Budapest	Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórháza 1145 Budapest, Uzsoki utca 29-45.
Közép-magyarország	Budapest	HT Medical Center Kft. 1173 Budapest, Pesti út 177.
Közép-magyarország	Budapest	IX. Kerületi Szakrendelő Kft. 1095 Budapest, Mester u. 45.
Közép-magyarország	Pest	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház 2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.
Közép-magyarország	Pest	Jávorszky Ödön Kórház 2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3.
Észak-alföld	Hajdú-bihar	Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum 4028 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Észak-alföld	Hajdú-bihar	VESZ-ECHO Kft. és DEOEC Emlővizsgáló Központ 4029 Debrecen, Domb u. 5-7.
Észak-alföld	Hajdú-bihar	Kenézy Kórház Kft. 4027 Debrecen, Bethlen u. 11-17.
Észak-alföld	Jász-Nagykun-Szolnok	Hetényi Géza Kórház – MaMMa Egészségügyi Zrt. 5000 Szolnok, Hősök tere 2-4.
Észak-alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Jósa András Oktató Kórház 4400 Nyíregyháza, Szent István út 68.
Észak-alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Jósa András Oktató Kórház Mátészalkai egység 4700 Mátészalka, Kórház u. 2-4.
Észak-magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház 3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.
Észak-magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Miskolci Egészségügyi Központ – AA-MED Kft. 3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Régió	Megye	Szűrőállomás
Észak-magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Miskolci Egészségügyi Központ – Diósgyőri Telephely 3533 Miskolc, Kórház út 1.
Észak-magyarország	Heves	Heves Megyei Önk. Markoth Ferenc Kórház – Rendelőintézet 3300 Eger, Szécsényi út 27-29.
Észak-magyarország	Nógrád	Szent Lázár Megyei Kórház – Rendelőintézet Labscreen Diagnosztikai Központ 3100 Salgótarján, Füleki u. 54-56.
Dél-alföld	Bács-Kiskun	Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza MaMMa Egészségügyi Zrt. 6600 Kecskemét, Nyíri út 38.
Dél-alföld	Bács-Kiskun	Bajai Kórház 6500 Baja, Rókus u. 10.
Dél-alföld	Békés	Réthy Pál Kórház - Rendelőintézet 5600 Békéscsaba, Gyulai út 18.
Dél-alföld	Békés	Békés Megye Képviselőtestülete Pándy Kálmán Kórháza 5700 Gyula, Semmelweis u. 1.
Dél-alföld	Békés	Városi Önkormányzat Kórháza Nemzetközi Egészségügyi Központ Szeged Kft. 5900 Orosháza, Könd u. 59.
Dél-alföld	Csongrád	Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika Euromedic Diagnostics Szeged Kft. 6720 Szeged, Állomás u.2.
Dél-alföld	Csongrád	Szeged Szakorvosi Ellátás II. Rendelőintézet Euromedic Diagnostics Szeged Kft. 6722 Szeged, Tisza Lajos krt. 97.
Dél-alföld	Csongrád	Dr. Bugyi István Kórház 6600 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58.
Dél-dunántúl	Baranya	Baranya Megyei Kórház 7623 Pécs, Rákóczi út 2.
Dél-dunántúl	Baranya	PTE ÁOK Radiológiai Klinika 7624 Pécs, Ifjúság u. 13.
Dél-dunántúl	Baranya	Pécs M.J.V. Egyesített Eü. Intézmények 7633 Pécs, Dr. Veress Endre u. 2.
Dél-dunántúl	Somogy	„Kaposi Mór” Oktató Kórház 7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20-32.
Dél-dunántúl	Tolna	Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház – MaMMa Egészségügyi Zrt. 7100 Szekszárd, Béri Balogh Ádám u. 9-13.

Régió	Megye	Szűrőállomás
Közép-dunántúl	Fejér	Fejér Megyei Szent György Kórház 8000 Székesfehérvár, Távirada u. 4.
Közép-dunántúl	Fejér	Fejér Megyei Szent György Kórház MammAlba Kft. 8000 Székesfehérvár, Virág B. u. 5.
Közép-dunántúl	Fejér	Szent Panteleon Kórház KHT. 2400 Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.
Közép-dunántúl	Komárom-Esztergom	Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórház 2800 Tatabánya, II., Dózsa Gy. u. 77.
Közép-dunántúl	Veszprém	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. 8200 Veszprém, Kórház u. 1.
Nyugat-dunántúl	Vas	Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt. 9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.
Nyugat-dunántúl	Győr-Moson-Sopron	Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház 9400 Sopron, Győri út 15.
Nyugat-dunántúl	Győr-Moson-Sopron	Margit Kórház - MaMMa Egészségügyi Zrt. 9300 Csorna, Soproni u. 62.
Nyugat-dunántúl	Győr-Moson-Sopron	Nemzetközi Egészségügyi Központ 9024 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.
Nyugat-dunántúl	Zala	Zala Megyei Kórház 8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós u. 1.
Nyugat-dunántúl	Zala	Kanizsai Doróttya Kórház 8800 Nagykanizsa, Szekeres József u. 2-8.

Mammográfiai Központok, szűrőállomások

Bács-Kiskun Megyei Önk. Kórháza
6000 Kecskemét, Nyíri út 38.
Tel: (06 76) 516 700
Fax: (06 76) 481 219

Bajai Kórház
6500 Baja, Rókus u. 10.
Tel: (06 79) 422 233
Fax: (06 79) 425 575

Baranya Megyei Kórház
7623 Pécs, Rákóczi út 2.
Tel: (06 72) 232 666
Fax: (06 72) 213 025

B-A-Z Megyei Kórház és Diósgyőri Kórház
3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.
Tel: (06 46) 324 688
Fax: (06 46) 323 694

Debreceni Egyetemi Orvos-és Egészségtudományi Centrum
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Tel: (06 52) 411 717
Fax: (06 52) 447 750

Diósgyőri Kórház
3509 Miskolc, Kórház út 1.
Tel: (06 46) 370 232
Fax: (06 46) 532 339

Fejér Megyei Szent György Kórház
8000 Székesfehérvár, Seregélyesi u. 3.
Tel: (06 22) 311 575
Fax: (06 22) 312 955

Föv. Önk. Szent János Kórház és Rendelőintézet
1125 Budapest, Diósárok u. 1-3.
Tel: (06 1) 458 3510
Fax: (06 1) 458 4656

Föv. Önkormányzat Szent Imre Kórháza
1115 Budapest, Tétényi út 12-16.

Tel: (06 1) 203 3614
Fax: (06 1) 203 3652

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki u. Kórháza
1145 Budapest, Uzsoki u. 29.
Tel: (06 1) 251 5559
Fax: (06 1) 251 7333/1181

Hajdú-Bihar M. Önk. Kenézy Gyula Kórház-
Rendelőintézet
4026 Debrecen, Bethlen u. 11-17.
Tel: (06 52) 320 577
Fax: (06 52) 511 841

Heves M.Önk. Markhot Ferenc Kórház
3301 Eger, Pf.15.
Tel: (06 36) 411 444
Fax: (06 36) 411 444

HT Medical Center Kft.
1173 Budapest, Pesti út 177.
Tel: (06 1) 256 4655
Fax: (06 1) 257 5731

Jávorszky Ödön Kórház, Vác
2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3.
Tel: (06 27) 314 496
Fax: (06 27) 314 693
„Kaposi Mór” Megyei kórház
7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20-32.
Tel: (06 82) 501 300
Fax: (06 82) 411 535

MaMMa Klinika Rt.
1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.
Tel: (06 1) 214 9713
Fax: (06 1) 214 9713

Margit Kórház, Csorna
9300 Csorna, Soproni u. 64.
Tel: (06 96) 593 600
Fax: (06 96) 593 000

MÁV Kórház Szolnok
5000 Szolnok, Verseghy u. 6-8.
Tel: (06 56) 425 633
Fax: (06 56) 421 105

Nagykanizsa M.J. Városi Kórháza
8800 Nagykanizsa, Szekeres József u. 2-8.
Tel: (06 93) 502 000
Fax: (06 93) 312 240

Országos Onkológiai Intézet
1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.
Tel: (06 1) 224 8600
Fax: (06 1) 224 8620

Pécs M.J.V. Egyesített Egészségügyi Intézmények
7633 Pécs, Dr.Veress Endre u. 2.
Tel: (06 72) 255 833
Fax: (06 72) 253 832

Pest M. Önk. Flór Ferenc Kórház
2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.
Tel: (06 28) 470 136
Fax: (06 28) 473 256

Petz Aladár Megyei kórház
9023 Győr, Vasvári P. u. 2-4.
Tel: (06 96) 523 656
Fax: (06 96) 440 167

PTE ÁOK Radiológiai Klinika
7624 Pécs, Ifjúság útja 13.
Tel: (06 72) 536 197
Fax: (06 72) 536 199

Semmelweis Egyetem ÁOK Budapest
1085 Budapest, Üllői út 26.
Tel: (06 1) 210 0300
Fax: (06 1) 210 0307

Semmelweis Kórház- Rendelőintézet és AA-MED Orvosi Ker.Kft.
3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.
Tel: (06 46) 363 333
Fax: (06 46) 562 551

SMJV Erzsébet Kórház
9700 Sopron, Győri út 15.
Tel: (06 99) 312 120
Fax: (06 99) 312 122

Szeged M.J.V. Önk. Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat
6722 Szeged, Tisza Lajos krt. 97.
Tel: (06 62) 574 400
Fax: (06 62) 471 711

Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika
6701 Szeged, Korányi fasor 8.
Tel: (06 62) 545 433
Fax: (06 62) 545 742

Szent Lázár Megyei Kórház
3011 Salgótarján, Füleki út 64.
Tel: (06 32) 310 222
Fax: (06 32) 522 025

Sz-Sz-B M. Önk. Jósza András Kórház
4400 Nyíregyháza, Szt. István út 68.
Tel: (06 42) 461 072
Fax: (06 42) 595 182

Tolna M. Önk.Kórháza
7100 Szekszárd, Béri Balogh Á.u. 5-7.
Tel: (06 74) 501 601
Fax: (06 74) 501 530

Vas M. Markusovszky Kórház
9701 Szombathely, Markusovszky u. 3.
Tel: (06 94) 515 631
Fax: (06 94) 515 656

Veszprém M. Csolnoky Ferenc Kórház Rendelőintézet
8200 Veszprém, Kórház u. 1.
Tel: (06 88) 420 211
Fax: (06 88) 421 457

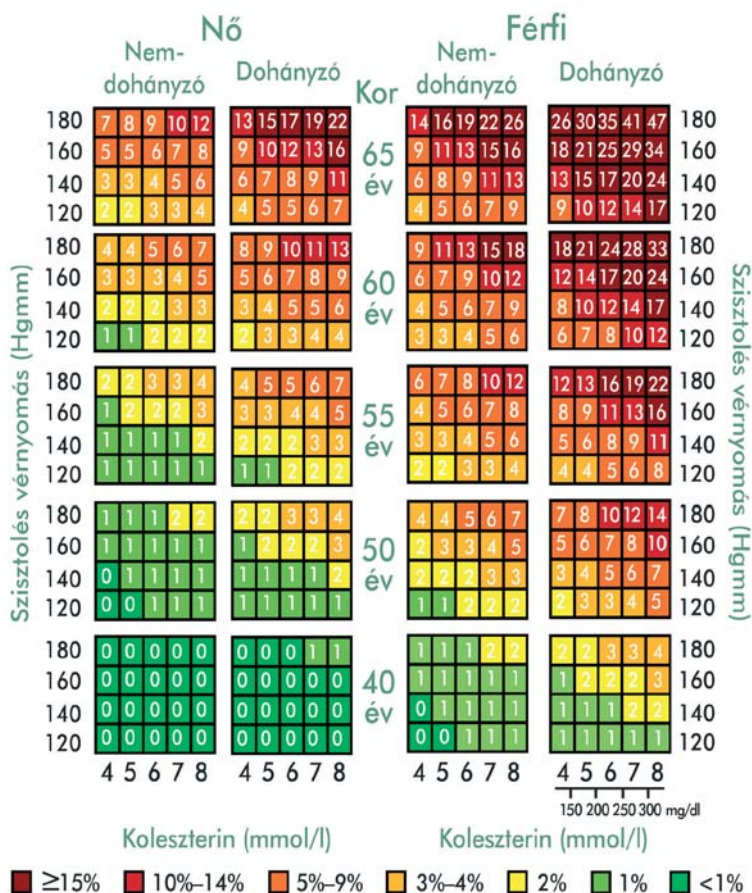
Zala Megyei Kórház
8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós út 1.
Tel: (06 92) 507 500
Fax: (06 92) 331 405

A testsúlyhoz és a testmagassághoz tartozó BMI-értékek. Piros színnel kiemeltük a 30 feletti (elhízott), sárga színnel a 24-30 közötti (túlsúlyos) és zöld színnel a 24 alatti (normális) értékeket.

Testsúly (kg-ban)	Testmagasság (cm-ben)									
	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
55	22,9	21,4	20,2	19,0	17,9	16,9	16,0	15,2	14,4	13,7
60	25,0	23,4	22,4	20,7	19,6	18,5	17,5	16,6	15,7	15,0
65	27,0	25,3	23,8	22,4	21,2	20,0	19,0	18,0	17,1	16,2
70	29,1	27,3	25,7	24,7	22,8	21,6	20,4	19,3	18,4	17,5
75	31,2	29,2	27,5	25,9	24,5	23,1	21,9	20,7	19,7	18,7
80	33,3	31,2	29,4	27,6	26,1	24,6	23,3	22,1	21,0	20,0
85	35,4	33,2	31,2	29,4	27,7	26,2	24,8	23,5	22,3	21,1
90	37,5	35,1	33,0	31,1	29,4	27,7	26,3	24,9	23,6	22,5
95	39,5	37,1	34,9	32,8	31,0	29,3	27,7	26,3	25,0	23,7
100	41,6	39,0	36,7	34,6	32,6	30,8	29,2	27,7	26,3	25,0
105	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,0	27,6	26,2
110	45,8	42,9	40,4	38,0	35,9	33,9	32,1	30,4	28,9	27,5

Kockázatbecslő tábla

HALÁLÓS SZÍV-, ÉS ÉRRENDSZERI ESEMÉNYEK ELŐFORDULÁSÁNAK KOCKÁZATA 10 ÉVEN BELÜL



≥15%
 10%–14%
 5%–9%
 3%–4%
 2%
 1%
 <1%

Egyéb rizikófaktorok (amelyek növelhetik a becsült kockázatot is):

- Triglicerid
- Csökkent glükóztolerancia (IGT)
- Alacsony HDL-Ch
- Fibrinogén
- Apo-B

ELÉRENDŐ CÉL

Célértékek elhízásban

Nagy kockázatot jelentő betegségek: Szív- és érrendszeri betegség • Cukorbetegség • Metabolikus szindróma	Tünetmentes, de nagy kockázatú állapot
BMI < 25 kg/m ² Haskőrfogat < 94 cm (férfi) < 80 cm (nő) Ha életmód változtatás nem elég a célérték eléréséhez, orvosi kezelés javasolt illetve bármikor, ha a BMI > 30 kg/m ² Framingham > 20%/10 év, SCORE = 5%/10 év (lásd a táblázatokat)	BMI < 27 kg/m ² Haskőrfogat < 102 cm (férfi) < 88 cm (nő)

Célértékek hipertóniában

Szív- és érrendszeri betegség	Cukorbetegség • Metabolikus szindróma	Tünetmentes, de nagy kockázatú állapot
<130/80 Hgmm	<130/80 Hgmm (VESEBETEGSÉG ESETÉN <125/75 HGMM)	<140/90 Hgmm
Ha az életmód változtatás nem elég a célérték eléréséhez, de mindenképpen, ha a vérnyomás 150/95 Hgmm felett marad, akkor vérnyomáscsökkentő gyógyszeres kezelés javasolt. Framingham > 20%/10 év, SCORE = 5%/10 év (lásd a táblázatokat)		
Azonnali gyógyszeres kezelést igényel 180/110 Hgmm feletti vérnyomás.		

ELÉRENDŐ CÉL

Vérsírszint — célértékek

<p>Igen nagy kockázatú állapot: Szív- és érrendszeri betegség + diabetes vagy metabolikus szindróma, vagy dohányzás együtt</p>	<p>Nagy kockázatot jelentő betegségek: Szív- és érrendszeri betegség • Cukorbetegség • Metabolikus szindróma</p>	<p>Tünetmentes, de nagy kockázatú állapot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Framingham > 20%/10 év, SCORE = 5%/10 év (lásd a táblázatokat)
<p>Megfontolásra javasolt célérték: Koleszterin < 3,5 mmol/l</p> <p>Ha életmód változtatás után a koleszterin érték a célérték felett marad, akkor vérsírcsökkentő gyógyszeres kezelés javasolt</p> <p>Közepes kockázat: Célérték: Koleszterin < 5,2 mmol/l</p>	<p>Célérték: Koleszterin < 4,5 mmol/l Triglycerid < 1,7 mmol/l HDL-koleszterin > 1,0 mmol/l (férfi) > 1,3 mmol/l (nő)</p>	<p>Koleszterin < 5,0 mmol/l</p> <p>Kis kockázat: Célérték: Koleszterin < 6,5 mmol/l</p>

Célértékek cukorbetegségben és metabolikus szindrómában

Éhomi vércukor < 6,0 mmol/l
Étkezés utáni vércukor < 7,5 mmol/l
HbA_{1c} < 6,5%

Vérnyomás < 130/80 Hgmm,
Diabéteszes vesebetegség esetén < 125/75 Hgmm

Koleszterin < 4,5 mmol/l, Triglycerid < 1,7 mmol/l

Ha életmódváltoztatás nem elég a vércukor eléréséhez, akkor vércukorszint csökkentő gyógyszeres kezelés javasolt.

DOHÁNYZÁS



TÚLZOTT
SÓFOGYASZTÁS



TÚLZOTT
ALKOHOLFOSZTÁS



MAGAS,
VÉRNYOMÁS



STRESSZ



TESTMOZGÁS
HIÁNYA



TÚLSÚLY



A magas vérnyomás kockázati tényezői
(Forrás: SpringMed Kiadó)



Mozgásszegény életmód



Testmozgás



Egészségtelen táplálkozás



Az étrend helyes összetétele



Vérnyomásmérés



Normál koleszterinszint



Sófogyasztás



Családi halmozódás

Életmód – ábragyűjtemény
(Forrás: SpringMed Kiadó)

A SpringMed Kiadó témához kapcsolódó egészségügyi ismeretterjesztő kiadványai

Kardiológia

- Álmodj normális vérnyomást!, Dr. Nagy, 2004, 2. kiad. 2006
Koszorúér-betegségek, Dr. Czuriga, 2005
Magasvérnyomás-betegség és cukorbetegség, Dr. Nagy, 2005, 2009
Koleszterin – Diéta és kezelés, Dr. Palik–Dr. Karádi, 2005, 2. kiad. 2009
Fulladok, dagad a bokám – A szívelégtelenség megelőzése és kezelése, Dr. Dékány, 2006, 2. kiad., 2008
Mit okozhat a magas vérnyomás?, Dr. Barna, 2007
Magas vérnyomás Kérdezz! Felelek!, Dr. Barna, 2008

Diabetológia

- Cukorbetegek kézikönyve, Dr. Winkler–Dr. Baranyi, 2006, 3. kiad. 2009
Gyermekekori diabétesz – Tanácsok szülőknek és gyermekeknek, Dr. Békefi, 2007
Metabolikus szindróma. Dr. Halmos, 2008
A nő és a cukorbetegség, Dr. Baranyi–Dr. Winkler, 2009
Inszulinnal kezelték kézikönyve, Dr. Fövényi–Dr. Soltész, 2009
Cukorbetegség Kérdezz! Felelek!, Dr. Winkler–Dr. Baranyi, 2007
Cukorbeteg nagy diétáskönyve, Dr. Fövényi–Gyurcsáné, 2008

Egészségtár

- A nagy rizikófaktorok – a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentése, Dr. Pados, 2006
Hogyan szokjunk le a dohányzásról?, Dr. Kovács, 2007
Hogyan szokjunk le a dohányzásról? – Praktikus tanácsok leszokni vágyóknak, Dr. Kovács, 2007
Tudatos fogyás. Dr. Pados–Dr. Audikovszky, 2008, 3. kiadás 2009
Hogyan kerüljük el a szívrohamot és a szélütést? WHO, 2009

Onkológia

- Döbrössy L.: Daganatos betegségek szűrése Magyarországon, 2005
Cornides Á.: Ami rajtunk múlik – Hogyan csökkentjük a rák kialakulásának kockázatát?, 2005
Igazvölgyi K.: Tudatosan az egészségért! – A daganatos betegségek és kockázatuk csökkentése, 2005, 2009
Balazs I. Bodai.: „Mammográfiám lelete: POZITÍV!”, 2005
Amit az emlőrákról tudni kell, 2002, 2004, 2005, 2006. NCI
Amit a méhnyakrákról tudni kell, 2002, 2004. NCI



