

Méhnyak- és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben

Sándor János, Szücs Mária, Kiss István, Boncz Imre,
Sebestyén Andor, Kiss Adrienn, Ember István

BEVEZETÉS – Magyarországon javulnak az életkilátások – ha nem is minden földrajzi területen –, a daganatos halálozás azonban továbbra is emelkedik. A szűréssel megelőzhető daganatok (méhnyakrák, emlőrák) halálozási tendenciája is kedvezőtlen. Vizsgálatunk célja az volt, hogy meghatározzuk, hogyan alakult a magyarországi kistérségekben a nők részvétele a szűréseken, és milyen a viszonylagos szerepe a jelenlegi helyzet kialakulásában a nők egészség-magatartásának, illetve a szolgáltatók teljesítményének.

MÓDSZEREK – Az ország 150 kistérségében vizsgáltuk a méhnyakrákszűréseken és a mammográfiás vizsgálatokon részt vett nők adatait. Ehhez a teljesítményszámolási jelentéseken alapuló adatbázist használtuk fel, és kor szerint standardizált relatív átszűrési értékeket számítottunk.

EREDMÉNYEK – A 25–65 éves nők 20,12%-a vett részt cervixcitológiai vizsgálaton három év alatt (1998. július 1–2001. június 31.). A 45–65 éves nők 17,22%-a vett részt mammográfiás vizsgálatokon 23 hónap leforgása alatt (1998. július 1–2000. május 31.). A kistérségek relatív átszűrési adatai mindkét esetben egy nagyságrendnél nagyobb tartományon belül szóródtak. A két területen megfigyelt szűrési teljesítmények összegzése alapján a legmagasabb átszűrési arányt Bonyhád, Kiskunfélegyháza, Paks, Zalaszentgrót és Pécs kistérségekben, a legalacsonyabb értékeket pedig Csengeri, Mór, Nyírbátor, Sárospatak és Enying kistérségekben figyeltük meg. A két szűrési teljesítmény egyáltalán nem korrelált egymással és a társadalmi-gazdasági státusz indikátoraival (képzettség, munkanélküliség, jövedelem), ez alól csak a mammográfiás vizsgálati gyakoriság és a képzettség viszonya kivétel. E tény legvalószínűbb magyarázata, hogy az egészség-magatartás különbségei a vizsgált időszakban nem voltak lényeges meghatározó faktorok az átszűrési adatoknak, hiszen ebben az esetben a két szűrési teljesítményt egyformán befolyásolta volna a célpopuláció magatartása, amiért az átszűrési indikátorok korrelálnának egymással.

KÖVETKEZTETÉS – A megfigyelt szűrési eredményekben elsősorban a szűrővizsgálatok szervezéséért felelős szolgáltatók teljesítményei tükröződnek. Emellett a szűrési eredmények rendszeres értékelésének szükségességére hívja fel a figyelmet az is, hogy egységes jogi-gazdasági környezet ellenére alakultak ki a rendkívül nagy kistérségi különbségek.

méhnyakrák, emlőrák, területi egyenlőtlenségek, egészség-magatartás, teljesítménymonitorozás

CERVIX AND BREAST CANCER SCREENING IN THE DISTRICTS OF HUNGARY

INTRODUCTION – Life expectancy in Hungary has been increasing recently but in a geographically uneven distribution. The mortality trends has remained disadvantageous for cancer patients and also for the malignancies of cervix and breast that can be preventable with screening. The study aimed to describe the participation at the district level in the screening programmes as well as to investigate the relative role of health behaviour of women and of the health services in determining the screening success.

METHODS – Age standardised relative screening participation rates were computed for 150 districts of Hungary using discharge reports of the outpatient services for cervical cytology and mammography.

RESULTS – 20,12% of all 25–65 years old women was screened for cervical cytology during 3 years (1. July 1998. – 31. June 2001.) and 17,22% of all women aged 45–65 years participated in mammography in a 23 months period (1. July 1998. – 31. May 2000.). The results scattered in a certain fashion. Summarising the screening results, the highest participation ratios were observed in Bonyhád, Kiskunfélegyháza, Paks, Zalaszentgrót, Pécs while the lowest were in Csengeri, Mór, Nyírbátor, Sárospatak, Enying districts. The screening performances did not correlate with each other and with the socio-economic indicators (education, unemployment, income), apart from the significant influence of education on mammography participation rate. The emerging explanation is that the health behaviour was not important determinant of screening participation. In this case, the behaviour of target populations would have affected similarly both screening results resulting in a correlation.

CONCLUSIONS – Consequently, the performances of providers responsible for screening organisation have been reflected in the observed screening rates. This result and the wide scattering of screening participation rates, which developed in spite of the uniform legislative-economic environment, emphasises the importance of regular monitoring of screening performance.

cervix cancer, breast cancer, spatial inequalities, health behaviour, performance monitoring

dr. Sándor János (levelező szerző/correspondent), dr. Kiss István, dr. Ember István: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Humán Közegészségtani Intézet/University of Pécs, Department of Public Health; H-7643 Pécs, Szigeti út 12. E-mail: janos@pubhealth.pote.hu

dr. Szücs Mária: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Tolna Megyei Intézete/Tolna County Department of Public Health, Szekszárd

dr. Boncz Imre: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Szakmapolitikai és Koordinációs Főosztály/National Health Insurance Fund Department of Health Policy and Co-ordination, Budapest

dr. Sebestyén Andor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-Dunántúli Térség/National Health Insurance Fund South-Transdanubian Region, Pécs

dr. Kiss Adrienn: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Baranya Megyei Intézete/Baranya County Department of Public Health, Pécs

Érkezett: 2003. február 24. Elfogadva: 2003. május 15.

Magyarországon 1993 óta javulnak az életkilátások. Az 1993-ban regisztrált 15 ezrelék feletti értékről mára 13,5 ezrelék alá esett a halálozás (1), ezek a változások azonban nem mindenhol érzékelhetőek. Dél-dunántúli adatok szerint (2) az országos trendet a települések háromnegyede követi, a legrosszabb helyzetű településeken élők viszont nem tudtak javítani helyzetükön. Az utóbbiak 1987–1991 közötti, 30%-os halálozási többlete 1997–2000-re már 50%-os kockázati többletre növekedett. Ez nemcsak az országos átlagtól való elmaradásuk fokozódását jelenti, hanem azt is, hogy ezeken a területeken abszolút mértékben is növekedett a halálozási kockázat: a települések negyedén a 90-es években is romlottak az életkilátások. A legfontosabb halálozási főcsoportokban mindenütt a javuló országos trend és növekvő területi egyenlőtlenségek jellemzőek. Ez alól egyedüli kivétel a daganatos halálozás. Itt az országos trend továbbra is kedvezőtlen, az egyenlőtlenségek pedig csökkennek.

Mivel a krónikus degeneratív népbetegségek fontos rizikófaktorai a releváns periódusokban nem mutattak javulást vagy éppenséggel romlottak, nem valószínű, hogy az incidencia csökkenése tükröződne a halálozási adatokban. [2473 cigaretta/fő 1975-ben és 2785 cigaretta/fő 1994-ben; 9 liter tiszta alkohol/fő 1970-ben és 10,2 liter/fő 1993-ban; 31 energia% zsírbevitel 1970-ben és 39 energia% 1992-ben) (3).] A cardiovascularis és a légzőszervi betegségek, illetve erőszakos halálnevek esetében viszont vannak olyan rizikófaktorok, halálos kimenetelt meghatározó determinánsok, amelyek viszonylag rövid távon is képesek változni és így csökkenteni a halálos kimenetelű esetek gyakoriságát (4). A hipertonia, az ischaemiás szívbetegségek terén például jelentősen fejlődtek a kezelés eszközei, és lényegesen javult az ellátás minősége.

Daganatok esetében a terápiás eljárások nem fejlődtek ilyen mértékben, de viszonylag gyors javulást lehetett volna várni a szűrővizsgálatok megfelelő alkalmazásától. Ennek ellenére, a méhnyakrák és az emlőrák esetében is kedvezőtlenek a mutatók. Az emlőrák okozta halálozás hazai szintje még nem sokkal haladja meg az európai országokét, de a két évtizede romló

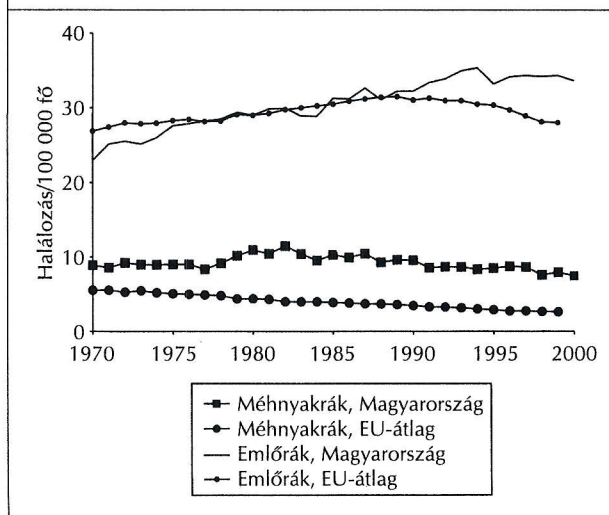
trendet nem sikerült megfordítani. A méhnyakrák eredetű halálozások ugyan csökkennek, de az európai referenciaértékekhez képest még mindig nagyon magasak, és relatív elmaradásunk folyamatosan fokozódik (1. ábra).

A szűrésekkel kapcsolatos sikertelenség oka elvben lehet a nők alacsony szintű egészségkultúrája, ami a csekély egyéni felelősségvállalás miatt nehezíti a szűrés szervezését (5, 6). Mivel mind a méhnyakrák, mind az emlőrák szűrésével kapcsolatban kedvezőtlenek a tapasztalatok, elképzelhető, hogy ez a faktor határozza meg döntően a szűrési, illetve az epidemiológiai helyzetet annak ellenére, hogy a két rendszer egymástól függetlenül működik. Ugyanakkor a szűrés szervezésének anomáliái is felelősek lehetnek a magas halálozási adatokért. Jól ismertek mind a méhnyakrák, mind az emlőrák szűrésével kapcsolatos szervezési problémák (7–10).

Vizsgálatunk azzal kapcsolatban kívánt adatokat szolgáltatni, hogy az ország különböző kistérségeiben

1. ÁBRA

A méhnyakrák és emlőrák okozta standardizált halálozás változása Magyarországon és az Európai Unióban 1970 és 2000 között



hogyan alakult az átszűrtség, milyen nagyok az átszűrési különbségek, és milyen kapcsolat van a méhnyakrák- és emlőrákszűrések gyakorisága között. Ezzel a hatékony és kevésbé elfogadható gyakorlatot követő területek azonosításán túl az volt a célkitűzésünk, hogy tájékoztató adatokhoz jussunk a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos attitűd szerepéről.

Módszerek

A mammográfiás vizsgálatok (beavatkozási kódok 31 930, 31 931, 31 932) adatai a Gyógyinfok járóbetegszakellátás teljesítményszámolási adatbázisából származtak. A vizsgálati periódus 1998. július 1-jétől 2000. május 31-ig terjedő időszak volt. Ebben az időszakban 676 274 volt a jelentések száma. A feldolgozás során kizártuk azokat a jelentéseket, amelyek férfiakra vonatkoztak, és ahol nem volt taj-szám a jelentésben. (Taj-szám helyett egy azonosításra egyébként nem alkalmas személyi azonosítót tartalmazott az eredeti adatbázis.) Mivel területi egyenlőtlenségeket vizsgáltunk, azokat a jelentéseket sem tudtuk használni, amelyekben a lakóhely irányítószáma nem szerepelt. Az ismételt vizsgálatok kizárása után 413 026 nő adatait tartalmazó adatbázist tudtunk kialakítani. Négy korcsoportot (0–24 évesek, 25–44 évesek, 45–64 évesek és 65 évnél idősebbek) és a szűrésre vonatkozó jogszabályban (51/1997 NM) szereplő korosztály adatait (45–65 év) elemeztük.

A női populációra vonatkozó demográfiai adatok a Belügyminisztérium Központi Adatfeldolgozó, Nyilvántartó és Választási Hivatalától származtak. A vizsgálati periódus közepére jellemző népességi számokat használtuk fel.

Az országos vizsgálati gyakoriságokat, referenciaértékeket korcsoportonként számítottuk. Ezt követően a tervezési statisztikai kistérségek demográfiai összetételét használva számítottuk az adott területen várható mammográfiás vizsgálati esetszámot. A tényleges vizsgálati számokat is ezekhez a területekhez rendelve ki tudtuk számítani a korcsoportonkénti relatív vizsgálati gyakoriságot (átszűrési hányadosot) a megfigyelt és a várható esetek hányadosaként. A korcsoportokban kapott adatokat kistérségenként összegezve, az összes megfigyelt és összes várható esetszámot viszonyítva a kor szerint standardizált átszűrési hányadosot kaptunk, ami azt számszerűsíti, hogy a népesség korösszetételétől függetlenül hányszor kisebb vagy nagyobb az átszűrtség az adott kistérségben, mint az országban általában. A kistérségenként kapott adatokat térképen ábrázoltuk (11).

A méhnyakrákszűrésre (beavatkozási kód 29 601) vonatkozó adatok forrása is a Gyógyinfok járóbetegszakellátási teljesítményszámolási adatbázisa volt. A vizsgálati periódus 1998. július 1-jétől 2001. június 30-ig terjedt. Az adatállomány feldolgozása a mammográfiás vizsgálatoknál leírtakat követte. A korcsoportos felosztás az emlőráknál leírtakhoz hasonló volt, de itt a rendeletben meghatározott célcsoport 25–65 év volt. A jelentések száma eredetileg 5 379 284 volt, ebből

790 277 nő adatai maradtak az elemzés számára használható adatbázisban.

A részvételi aktivitást befolyásoló társadalmi-gazdasági faktorok közül a munkanélküliséget, az átlagos jövedelemszintet és az átlagos képzettséget tudtuk kistérségenként elemezni a Központi Statisztikai Hivatal által közölt adatok alapján. A munkanélküliséget az 1999-ben regisztrált tartós, tehát 180 napon túl munka nélküli és a munkaképes lakosság számának hányadosával írtuk le. A személyi jövedelemadó alapját képező éves átlagos jövedelem a 2000. évben állt rendelkezésre. Az 1990-es népszámláláskor regisztrált, hét év feletti lakosság által elvégzett osztályok átlagos számát használtuk a képzettségi szint indikátoraként. Ezeknek a faktoroknak a szűrési teljesítményekkel való kapcsolata többváltozós lineáris regressziós elemzéssel vizsgáltuk.

Eredmények

A vizsgált időszakban Magyarországon a 45–65 éves nők 17,22%-a (257 677 fő) vett részt mammográfiás vizsgálaton az elemzett 23 hónapos periódus alatt (1. táblázat). A legmagasabb átszűrési hányados Szekszárd kistérségben érték el az országos átlag 2,77-szorosával, ami 47,10%-os átszűrési hányadosnak felel meg (2. ábra). A legalacsonyabb értéket Enying környékén érték el. Az átszűrési hányados itt 0,19 volt (100 szürendő korcsoportú nőből 3,23 vett részt vizsgálaton). A szélső értékek között tehát jelentős, 14-szeres különbséget lehetett megfigyelni.

Magyarországon a legjobb szűrési eredményeket Szekszárd, Bonyhád, Keszthely, Zalaegerszeg és Paks területén érték el. A legalacsonyabb értékeket Enying, Győr, Óriszentpéter, Szentgotthárd és Sárbogárd kistérségekben lehetett megfigyelni (2. táblázat).

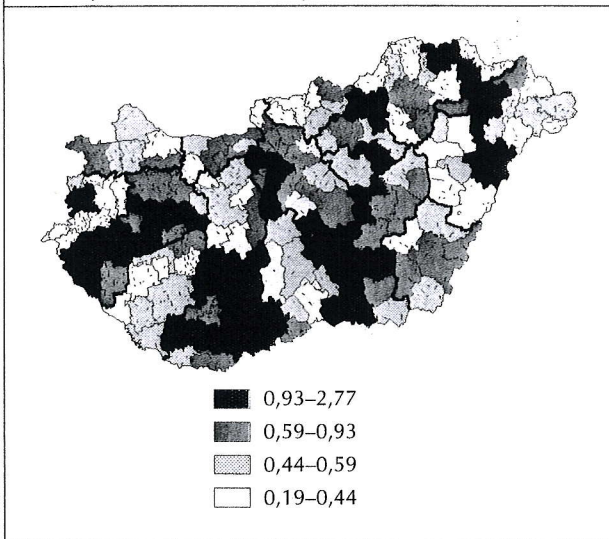
A 25 év feletti korosztályban volt legmagasabb a méhnyakrákot jellemző átszűrési hányados. A következő korcsoportban, ami még mindig a szűrési ajánlások szerinti célcsoportba tartozik, már csak 16,16% volt a részvételi arány. A 25–65 éves nők közül 577 011 vett részt a vizsgált három év alatt méhnyakrákszűrésen, azaz mindössze 20,12%-nál végeztek citológiai vizsgálatot (3. táblázat):

1. TÁBLÁZAT

A mammográfiás vizsgálaton való részvétel gyakorisága Magyarországon, 1998. július 1. és 2000. május 31. között			
Korcsoport	Népesség	Mammográfiás vizsgálatok száma	Részvételi gyakoriság
0–24 év	1 494 979	17 788	1,19%
25–44 év	1 429 361	101 778	7,12%
45–64 év	1 438 066	251 757	17,51%
65 év felett	1 006 598	41 703	4,14%
45–65 év	1 496 067	257 677	17,22%

2. ÁBRA

A mammográfiás vizsgálatok relatív gyakorisága 45–65 éves korú nők között a magyarországi kistérségekben, 1998. július 1. és 2000. május 31. között



A legmagasabb és legalacsonyabb értékeket Kiskunfélegyháza és Makó kistérségeiben lehetett detektálni. A relatív vizsgálati gyakoriság 2,77 és 0,03 között változott. Ez 78-szoros különbségnek felel meg. A második legrosszabb szűrési teljesítményt mutató Kazincbarcika kistérségben 0,13 volt az átszűrési hányados. Ez 17-szer kisebb, mint a legmagasabb megfigyelt érték (3. ábra).

A legjobb szűrési eredményeket Kiskunfélegyháza, Heves, Csorna, Kisbér és Bonyhád kistérségeiben lehetett megfigyelni. A legalacsonyabb értékeket Makó, Kazincbarcika, Nagykálló, Tiszavasvári és Nyírbátor kistérségeiben regisztrálták (4. táblázat).

A két szűrési rendszerben az egyes kistérségekhez kapcsolódó teljesítmények helyezési számát összegezve (növekvő sorszámokhoz az egyre rosszabb teljesítményeket kapcsolva) a legjobban ellátott terület Bonyhád volt, ahol a méhnyakrákszűrés 5. helye kapcsolódott a mammográfiás vizsgálatok 2. helyével. Legrosszabb képet Enying mutatta, a 136. legrosszabb méhnyakrákszűrési és 150. legrosszabb mammográfiás vizsgálati gyakorisággal (4. ábra). A legjobb teljesítményű kistérség Bonyhád, Kiskunfélegyháza, Paks, Zalaszentgrót és Pécs, a legrosszabb összesített sorszámú kistérség pedig Enying, Sárbogárd, Nyírbátor, Mór és Csengeri volt (5. táblázat).

Az egyes kistérségekben megfigyelt mammográfiás és cervixcitológiai vizsgálati gyakoriságok közötti kapcsolatot Spearman-féle rangkorrelációs módszerrel vizsgálva a koefficiensre $r=0,042$ érték adódott ($p=0,613$; $r^2=0,002$), ami a korreláció teljes hiányának felel meg. Ezek alapján a két átszűrési indikátor között lényegében semmilyen kapcsolat nincs.

A méhnyakrákszűrési teljesítmények nem mutattak kapcsolatot a regressziós elemzésben sem a tartós munkanélküliséggel ($p=0,87$), sem az átlagos jövedelmekkel ($p=0,29$), sem pedig az átlagos képzettséggel

2. TÁBLÁZAT

Az öt legmagasabb és öt legalacsonyabb kistérségi részvételi gyakoriság a mammográfiás vizsgálatokon, Magyarországon, 1998. július 1. és 2000. május 31. között

Kistérség neve	Mammo- gráfiás vizsgálatok száma	Az országos átlag alapján várható vizsgálati szám	Mammográfiás vizsgálatok relatív gyakorisága
Szekszárd (Tolna)	6402	2310	2,77
Bonyhád (Tolna)	2169	795	2,73
Keszthely (Zala)	3071	1197	2,57
Zalaegerszeg (Zala)	6734	2632	2,56
Paks (Tolna)	2400	1159	2,07
Sárbogárd (Fejér)	153	669	0,23
Szentgotthárd (Vas)	86	378	0,23
Óriszentpéter (Vas)	39	178	0,22
Győr (Győr-Moson- Sopron)	852	4448	0,19
Enying (Fejér)	105	549	0,19

($p=0,69$). A mammográfiás vizsgálati gyakoriságot nem befolyásolta a tartós munkanélküliség ($p=0,65$) és az átlagos jövedelemszint ($p=0,13$). A képzettség viszont szignifikáns módon ($p<0,01$) hatott a teljesítményekre. Az egytel több elvégzett osztályra eső relatív átszűrési növekedése 62% volt.

Megbeszélés

Bár a kistérségek nem fedik le pontosan a nőgyógyászati, illetve onkológiai szakellátók ellátási területét, általában egy-egy kistérség adatai jól köthetők egyes központokhoz. Ezért a megfigyelt eredmények infor-

3. TÁBLÁZAT

A cervixcitológiai vizsgálatokon való részvétel gyakorisága Magyarországon, 1998. július 1. és 2001. június 30. között

Korcsoport	Népesség	Citológiai vizsgálatok száma	Részvételi gyakoriság
0–24 év	1 494 979	152 867	10,23%
25–44 év	1 429 361	344 616	24,11%
45–64 év	1 438 066	232 395	16,16%
65 év felett	1 006 598	60 399	6,00%
25–65 év	2 867 427	577 011	20,12%

matívak a szolgáltatók teljesítményével kapcsolatban is. Az átszűrési indikátorok kialakításakor szerint standardizált értékeket állítottunk elő, ezért a megfigyelt átszűrési különbségek magyarázata nem lehet a kistérségekben élő nők eltérő korösszetétele.

Az átszűrési adatok mindkét vizsgálat esetében több mint egy nagyságrendnyi szóródást mutattak. Ez azért különösen meglepő, mert a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos jogi-gazdasági környezet az országban egységes, emiatt jóval kisebb variabilitás lenne csak várható. A mégis meglévő nagy különbségek magyarázata elvben a különböző területeken élő nők jelentős mértékben eltérő egészség-magatartása vagy a szűrővizsgálatok szervezésében meglévő jelentős eltérések lehetnek. Az egészségkultúra különbségeit, illetve annak a szűrővizsgálaton való megjelenésre kifejtett hatásait nehéz mérni. A kistérségek között nagyok a gazdasági-társadalmi különbségek, és ezek biztosan befolyásolják a nők orvoshoz fordulási szokásait, ezen belül a szűrővizsgálatokon való megjelenés motivációit is. Ezeket a különbségeket az elemzésünkben nem tudtuk számszerűsíteni. Ezért nem sikerült közvetlenül értékelni az

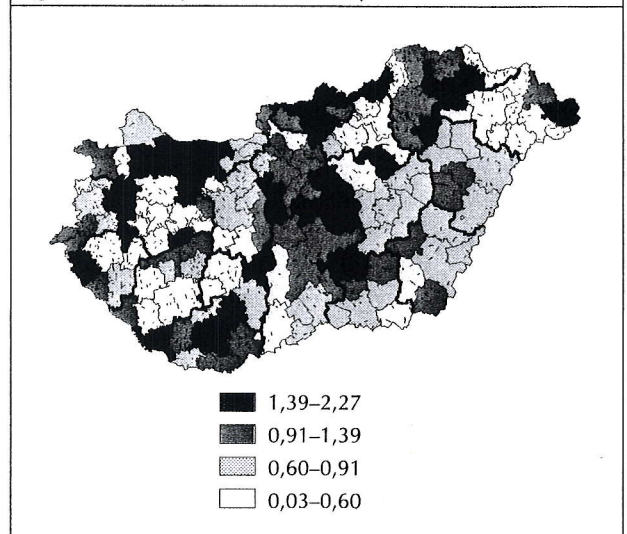
4. TÁBLÁZAT

Az öt legmagasabb és öt legalacsonyabb kistérségi részvételi gyakoriság a cervixcitológiai vizsgálatokon, Magyarországon, 1998. július 1. és 2000. május 31. között

Kistérség neve	Citológiai vizsgálatok száma	Az országos átlag alapján várható vizsgálati szám	Citológiai vizsgálatok relatív gyakorisága
Kiskunfélegyháza (Bács-Kiskun)	8488	3740	2,27
Heves (Heves)	5959	2782	2,14
Csorna (Győr-Moson-Sopron)	5866	2806	2,09
Kisbér (Komárom-Esztergom)	3118	1574	1,98
Bonyhád (Tolna)	4569	2319	1,97
Nyírbátor (Szabolcs-Szatmár-Bereg)	558	3362	0,17
Tiszavasvári (Szabolcs-Szatmár-Bereg)	325	1985	0,16
Nagykálló (Szabolcs-Szatmár-Bereg)	334	2546	0,13
Kazincbarcika (Borsod-Abaúj-Zemplén)	682	5292	0,13
Makó (Csongrád)	120	4097	0,03

3. ÁBRA

A cervixcitológiai vizsgálatok relatív gyakorisága 25–65 éves korú nők között a magyarországi kistérségekben, 1998. július 1. és 2001. június 31. között

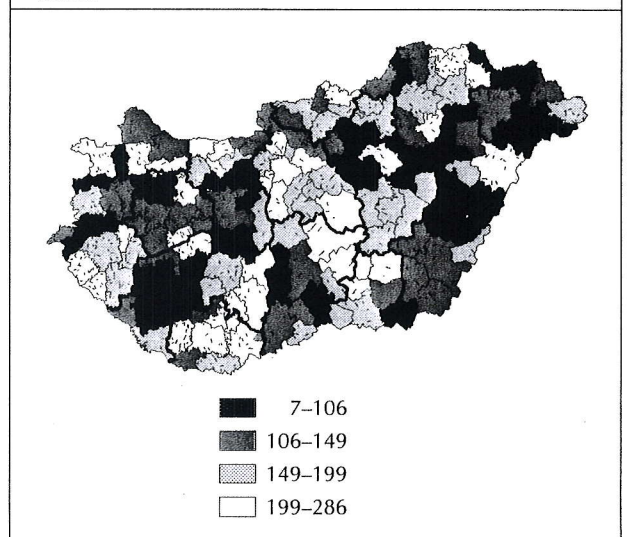


egészség-magatartás hatását az átszűrésre. A szűrések szervezésével kapcsolatban sem létezett a vizsgálati periódusban olyan protokoll, ami a szolgáltatók számára kötelező minimumot fogalmazta volna meg (12–18). Ezen a területen a megoldások egyediek és minden bizonnyal változó hatékonyságúak voltak, de ezekkel kapcsolatban sincsenek hozzáférhető vizsgálati eredmények. Ez az oka annak, hogy a szervezési faktorokkal kapcsolatos megoldások hatását sem lehetett közvetlenül meghatározni.

A szolgáltatások színvonalának és az egészség-magatartás relatív szerepének megítélését segítik azok az

4. ÁBRA

Szűrővizsgálati teljesítmények a magyarországi kistérségekben. Az index a mammográfiás és cervixcitológiai szűrési rendszerekben az egyes kistérségekben megfigyelt teljesítmények helyezési számát összegzi, növekvő sorszámokhoz az egyre rosszabb teljesítményeket kapcsolva



adatok, amelyek szerint a két szűrési rendszer teljesítménye semmiféle kapcsolatot nem mutat. Amennyiben ugyanis a nők attitűdje játszaná a meghatározó szerepet az adott szűrési teljesítmény kialakításában, ez mindkét szűrési rendszerben befolyásolná az eredményeket. Ennek következtében a méhnyakrákszűrés és a mammográfiás vizsgálatok eredményei korrelálnának egymással. Ennek éppen az ellenkezője igaz. A korreláció hiánya így arra utal, hogy a szervezési eszközök intenzív vagy elhanyagolt alkalmazása függ össze elsősorban az adott szűrési eredmények kialakulásával. Az attitűd ehhez képest jelenleg lényegesen kisebb szerepet játszik. Ez természetesen a szűrések szervezésében bármilyen szinten és formában részt vevők munkájának együttes hatékonyságát fejezi ki és nem a vizsgálatokat végső soron elvégző szakorvosok teljesítményét.

Az adatok birtokában tehát úgy tűnik, hogy a szűrések szervezésében a szolgáltatók oldalán nagyok a tartalékok, és ezek mozgósítására van lehetőség. Hiszen vannak olyan területek, ahol (a hazai jogi-gazdasági környezetben) viszonylag jó eredményeket lehetett már eddig is elérni. Az itteni megoldások alkalmazása a rosszul átszűrt területeken is megvalósítható.

A társadalmi-gazdasági faktorok nem mutattak kapcsolatot a méhnyakrákszűréseken való részvétellel. A mammográfiás vizsgálatok esetén is csak a képzettség pozitív hatását lehetett megfigyelni. Ezek az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségmagatartás és a gazdasági teljesítőképesség kapcsolata összetett: a javuló gazdasági lehetőségek nem javítják automatikusan az egészség-magatartást.

A képzettség hatásait illetően a mammográfiás és a cervixcitológiai vizsgálatokon való részvételben megfigyelt különbség magyarázataként felmerül az, hogy míg a szűrő jellegű mammográfiás vizsgálatokat 45 éves kor után végzik, addig a cervixcitológiai vizsgálatok többségét a szülőképes korú nők között. (Az utóbbi esetben a szülészeti-nőgyógyászati ellátás része a vizsgálat. A szülések száma pedig nem növekszik a nők képzettségi szintjével. A szűrésen való részvételt minden bizonnyal segíti a magasabb képzettség: ez mammográfiás vizsgálatoknál kimutatható hatás, cervixcitológiai vizsgálatok esetén a szülések betegírányító hatása miatt nem.) A magyarázat azonban ennél biztosan bonyolultabb, mert ha csak a 45–64 éves korosztály adatait vetjük össze, akkor is csak gyenge korrelációt látunk a két szűrési aktivitás között (korrelációs elemzés, $r=0,16$, $p=0,05$). A képzettség a mammográfiás vizsgálati gyakoriságnál pozitív hatású (lineáris regresszió, $p<0,01$), a cervixcitológiai vizsgálatok

5. TÁBLÁZAT

A szűrési teljesítmények szempontjából öt legjobb és öt leggyengébb kistérség Magyarországon

Kistérség neve	Citológiai vizsgálatok relatív gyakorisága 25–65 éves korban	Mammográfiás vizsgálatok relatív gyakorisága 45–65 éves korban	Szűrővizsgálati teljesítmények sorrendje (citológiai vizsgálatok-mammográfiás vizsgálatok)
Bonyhád (Tolna)	1,97	2,73	7. (2.-5.)
Kiskunfélegyháza (Bács-Kiskun)	2,27	1,45	16. (1.-15.)
Paks (Tolna)	1,79	2,07	16. (11.-5.)
Zalaszentgrót (Zala)	1,69	2,00	23. (16.-7.)
Pécs (Baranya)	1,59	2,06	25. (19.-6.)
Csengeri (Szabolcs-Szatmár-Bereg)	0,36	0,34	266. (134.-132.)
Mór (Fejér)	0,42	0,28	270. (128.-142.)
Nyírbátor (Szabolcs-Szatmár-Bereg)	0,17	0,38	274. (146.-128.)
Sárbogárd (Fejér)	0,41	0,23	277. (131.-146.)
Enying (Fejér)	0,34	0,19	286. (136.-150.)

gyakoriságát azonban nem befolyásolja (lineáris regresszió, $p=0,71$).

Fontos, hogy még a legjobban átszűrt területeken sem olyan magas a részvételi arány, ami ténylegesen elégedettségre adhatna okot. A szűrési ajánlások korántsem jutottak érvényre teljes mértékben, még a legjobb teljesítményű területeken sem. Ezen nyilván segíteni fog a 2002 óta már működő, behívásos emlőrákszűrési protokoll, amelytől joggal reméljük a kedvezőtlen hazai emlőrák-halálozási trend változását (19). A behíváson alapuló módszerek kedvező eredményei hozzájárulnak ahhoz, hogy ezeket a méhnyakrákszűrésre is kiterjesszék. A kistérségek szintjén mért teljesítmények révén a változás követhető lesz, és ez segíti annak az eldöntését, hogy a különböző területeken alkalmazott módszerek közül melyek a leghatékonyabbak. A területi különbségek rendszeres elemzése az ellátás hatékonyságának javítását szolgálhatja a későbbiekben (20).

IRODALOM

1. Demográfiai évkönyv, 1987–2001. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 2001.
2. Sándor J, Kiss I, Ember I. Increasing mortality inequalities in Hungary. In: Sundin I, Abreau L (eds.). Social changes and health. Evora; 2002.

3. Health for All Dataset. www.who.ch
4. Public Health Service. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Washington DC: US Department of Health and Human Services; 1991. DHHS Publication PHS 91-50212

5. Murphy MFG, Mant DCA, Golblatt PO. Social class, marital status, and cancer of the uterine cervix in England and Wales, 1950-1983. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992;46:378-81.
6. Moore MA, Tsuda H. Cancer screening: an educational challenge? *European Journal of Cancer Prevention*, 1999;8:7-16.
7. Cseh J. Javaslatok a cervixneoplasiák szűrésének korszerűsítéséhez. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1993;56:267-70.
8. Bodó M, Cseh I, Bősze P. Alarm helyzet a cervixprogramban, kérdések, feladatok. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1991;54:373-5.
9. Nyirjesy I. A nőorvosok feladatai a cervixrákok megelőzésében és terápiájában. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1997;60:259-66.
10. Lehoczky O. A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1997;60:133-6.
11. Havasi V, Sándor J, Kiss I, Szücs M, Brázay L, Ember I. Emlőrákos halálozás és mammográfiás vizsgálatok száma Magyarországon. *Orvosi Hetilap* 2002;142:2773-8.
12. Cseh I. Időszerű-e a kolposzkópia a cervixprogram megvalósítása idején? *Magyar Nőorvosok Lapja* 1992;55:155-7.
13. Cseh I. A citológiai és kolposzkópos vizsgálatok értéke a méhnyakrák megelőző állapotainak felismerésében. *Magyar Onkológia* 1999;43:172-8.
14. Gaál M, Kovács Á, Bak M. Minőségi kontrollvizsgálatok a cervixcitológiában. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1997;60:215-8.
15. Bartók K, Bánrévi Zs, Bodó M, Csanádi J, Cseh I, Cserni G, et al. A cervixcitológia aktuális kérdései I. Pozitív citológia – negatív szövettan. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1998;61:497-501.
16. Cseh I, Dancsó J, Thürmer A, Végh Gy, Arató G. Különböző citológiai anyagvevő eljárások hatása a cervixszűrés eredményességére. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1998;61:135-42.
17. Saródy M, Farkas P. Új technikai lehetőség a méhnyakrákszűrés programjában. A Cervex-Brush első magyarországi utánvizsgálatának tapasztalatai. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1991;54:241-4.
18. Bodó M, Árva P, Döbrössy L. Emlőszűrő asszisztensekkel segített cervixprogram a rákmortalitási adatok tükrében. *Magyar Onkológia* 1992;1:9-14.
19. Döbrössy L. Törekvések a rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon – „Daganatok másodlagos megelőzése” világbanki program katalitikus szerepe. *Népegészségügy* 1999;80:23-35.
20. WHO Expert Committee. Information support for new public health action at district level. *WHO Technical Report Series*, 845, 1994.



HÍREK

Átadták AZ „ÉV GYÓGYSZERE” díjat

A rangos elismerést az MSD gyógyszergyár terméke, a heti egyszer adagolandó FOSAMAX tablettá kaptá

Az „Év Gyógyszere” díjat a Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság ítéli oda. A korábbi nevén Magyar Farmakológiai Társaság 1962-ben alakult, Knoll József akadémikus vezetésével. Ma már több mint ötszáz tagja van, többen közülük a világ meghatározó és iskola-teremtő farmakológus-kutató személyiségei



közé tartoznak. A díj megalapítását az a szándék vezérelte, hogy szakmai presztízsével nemes célt segítsen elő hazánkban: a betegségek gyógyításában a legkorszerűbb, leghatékonyabb és leginkább betegbarát készítmények terjedjenek el.

Hazánkban kilencszázezer ember szenved csontritkulásban. A szövődményes csonttörések és azok következményei súlyosan ronthatják az életminőséget, sőt, akár halálhoz is vezethetnek. A Fosamax 1998-as forgalomba kerülésével az addigi terápiás lehetőségekhez – hormonpótlás, ipriflavon, kalcitonin – képest merőben új hatásmechanizmusú gyógyszer vált elérhetővé hazánkban az osteoporosisban szenvedő betegek számára. Az alendronát a csontfelszínhez kötődve gátolja az osteoclastok aktivitását. Kutatások sora igazolja a tablettá kiemelkedő hatékonyságát: a betegek 96%-ánál bizonyult hatásosnak, kortól és nemtől függetlenül. Már három hónap alatt növeli a csonttömeget, és már hat hónap alatt képes megelőzni a többszörös csonttöréseket. Alkalmazása kényelmes: ez az egyetlen gyógyszer hazánkban, amelyből elég hetente egyetlen tablettát bevenni a kívánt hatás eléréséhez. Ennek eredményeképpen jelentősen nő a beteg együttműködési készsége, és ezáltal a terápia hatékonysága.