

Egyenlőtlenségek a méhnyakszűrésben

Döbrössy Lajos dr. ■ Kovács Attila dr. ■ Budai András dr.

Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

A citológiai vizsgálatra alapozott méhnyakszűrés – elméletileg – alkalmas korán felismerni és kezelésre juttatni a méhnyak rákmegelőző állapotait és rákját, ezáltal javítani az életminőséget és mérsékelni a célbetegségből eredő halálozást. Ez a lehetőség gyakran kihasználatlan marad, mert egyenlőtlenségek mutatkoznak mind a szűrés „kínálati”, mind a „keresleti” oldalán. Az egyenlőtlenségek – az ország geopolitikai helyzetén túlmenően – adódhatnak az egészségügyi ellátórendszer különbözőségeiből, a szűrés mint szolgáltatás elérhetőségéből. Másfelől, a felkínált szűrés elfogadására befolyással van a célnépesség társadalmi-gazdasági helyzete, egészségtudatossága és tájékozottsága a szűrővizsgálat mibenlétéről, hasznáról és a lehetséges károkozásról. A szolgáltatóknak szorgalmazni kell a felajánlott szűrővizsgálat mind teljesebb elfogadását. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(24), 955–963.

Kulcsszavak: szűrővizsgálat, lakossági részvétel, egyenlőtlenség

Inequalities in cervical screening practices

Theoretically, the cytology-based cervical screening is capable of early detection of precancerous epithelial lesions of cervix uteri and its cancer, and of early referral to treatment. In this way, screening can improve the quality of life of the patients and reduce mortality from the target disease. Unfortunately, this often remains unexploited, because there might be inequalities on both “supply” and “demand” side of screening. In addition to the geopolitical situation of a country, inequalities might result from differences in the health care systems, and heavy access to the screening services. On the other hand, the socioeconomic status, the health-consciousness of the target population, and their knowledge and information of the benefits and potential harms of screening examination might have a bearing on the acceptance or refusal of the offered screening. Efforts need to be made to increase the uptake of cervical screening programmes.

Keywords: cervical screening, compliance, inequalities

Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A. [Inequalities in cervical screening practices]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(24), 955–963.

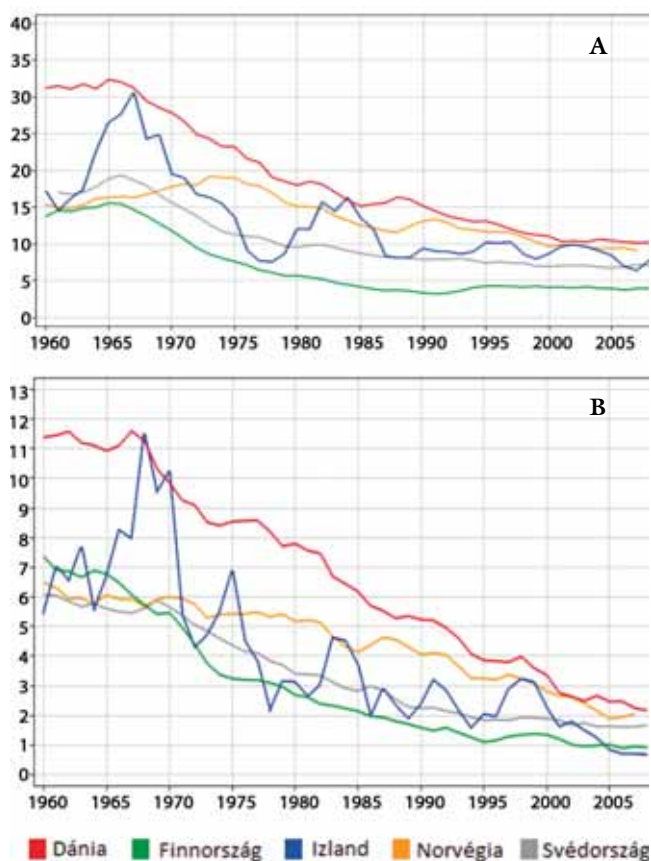
(Beérkezett: 2015. március 4.; elfogadva: 2015. április 12.)

Bizonyítottak tekinthető, hogy a sejtvizsgálatra épülő szervezett méhnyakszűrés – elvben – képes a még tünetmentes rákmegelőző állapotok és a korai méhnyakrák felismerésére, ezáltal korai kezelésére, a méhnyakrákos megbetegedés és az általa okozott halálozás megelőzésére [1]. Irodalmi adatok szerint a méhnyakrákból eredő megbetegedés és halálozás mérséklődése arányos a szűrés intenzitásával (*I. ábra*) [2]. A méhnyakrák teljes eradikálásának feltétele az lenne, hogy a szűrésre szóló meghívás eljusson a teljes veszélyeztetettnek minősülő női lakossághoz, és minden nő engedjen a hívásnak. Ez a feltétel, sajnos, maradéktalanul egyetlen ország gyakorlatában sem teljesül. A citológiai szűrővizsgálat adta lehetőségek teljes kihasználása és az elvben megelőzhető betegség teljes megelőzése még ma is csak vágyálom.

A kudarcnak oka lehet az, hogy a szűrővizsgálatok „kínálati oldala”, azaz az egészségügyi ellátórendszer szűrési szolgáltatása egyes országokban egyáltalán nem vagy csak korlátozott mértékben elérhető. Egy másik ok a „keresleti oldalon” keresendő: a veszélyeztetett nők kisebb-nagyobb hányada nem él a szűrővizsgálat felkínált lehetőségével. Mindkettő hívószava az *egyenlőtlenség*.

Egyenlőtlenségek Európában

Európában mindig is voltak egyenlőtlenségek az északi és déli, nyugati és keleti országok között, ámde a második világháború utáni politikai megosztottság mérhetetlenül kiszélesítette a jóléti és a hátrányos helyzetű országok közötti szakadékot. A háborút követő 50 év Európa



1. ábra | A méhnyakrákos megbetegedés (A) és halálozás (B) alakulása az északi országokban a szűrési stratégia intenzitásának függvényében

egyik fele számára szerfölött sikeres volt, ellentétben más geopolitikai régiókkal. Ennek következtében a szakadék tovább szélesedett. Különösen igaz ez a kelet-közép-európai országokra, amelyek a megelőző 40 évben – különböző okokból és mértékben – hátrányos helyzetben voltak, és az 1990-es évek elején bekövetkezett, előre nem látott rendszerváltozással járó mélyreható politikai, gazdasági és társadalmi változások dacára máig szenvednek a társadalom polarizáltságától.

Egyenlőtlenség a betegségek előfordulásában és a halálozásban

Jelentős különbségek vannak az európai országok között a népesség egészségi állapotában.

A megbetegedési és halálozási statisztikák tanúsága szerint Európában az egyes betegségekben való elhalálozás valószínűségében a kontinens két „térfele” között még ma is döbbenetes különbségek vannak. Elég az összes rákbetegség miatti halálozás különbözőségére utalnunk (1. táblázat).

Szolgáljon példaként Ausztria és Magyarország rákhalálozási tendenciáinak összehasonlítása! A két szomszédos, közös történelmi múltra visszatekintő, valamikor sok mérce vonatkozásában összevethető országban a rák-

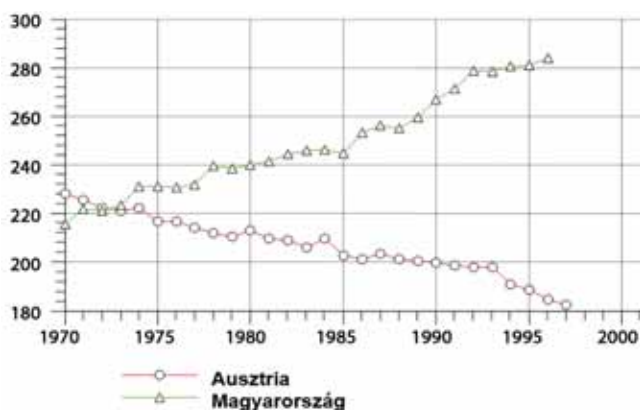
halálozás az 1960-as évek végéig nagyjából azonos szinten állt, ámde 1970 után Ausztriában fokozatosan csökkent, Magyarországon viszont meredeken emelkedett (2. ábra). Az okokat keresve arra a daganatbiológiai tényre kell gondolnunk, hogy a daganat molekuláris szintű kezdete és klinikai manifesztálódása, valamint a halálos kimenetel között hosszú, átlagosan 10–15–20 év telik el (3. ábra) [3]. A halálozási görbék elágazódását mintegy 15 évvel megelőzően a két ország „a barikád két oldalára került” (osztrák államszerződés 1955-ben!), annak minden konzekvenciájával. A gyökerek a „magyar lelkiállapot”-ban [4], azaz a magyar történelmi közelmúlt, félmúlt és jelen külső körülményeinek belső feldolgozómódjában nevezhető meg: a rossz személyes és társadalmi közérzet javítására a legkézenfekvőbb „problémamegoldó” mechanizmust azok az egészségkárosító élvezetek jelentették, amelyeket ma az életmódtól függő

1. táblázat | A rákos megbetegedések okozta halálozási (mortalitási) ráta az Európai Unió 27 tagállamában 2010-ben

Ország	Férfi	Nő	Megjegyzés*
Ciprus	153,1	99,0	2009
Svédország	168,1	129,5	2009
Finnország	174,4	114,4	
Málta	184,3	127,7	
Németország	199,2	128,1	
Írország	199,9	148,0	
Egyesült Királyság	202,3	147,3	
Ausztria	203,9	125,5	2009
Görögország	207,3	108,9	2009
Luxemburg	211,7	120,0	
Bulgária	211,9	114,3	
Olaszország	212,1	122,2	2009
Spanyolország	217,5	101,6	
Dánia	219,4	168,2	2009
Portugália	220,3	108,3	
Hollandia	226,9	152,0	
Belgium	227,1	129,4	2009
Franciaország	228,8	116,1	2009
Románia	248,3	129,5	2009
Cseh Köztársaság	263,2	147,5	
Szlovénia	270,3	145,8	
Lengyelország	271,1	146,9	
Szlovákia	283,9	139,0	
Észtország	286,0	135,7	2009
Lettország	288,0	143,3	2009
Litvánia	293,2	132,5	2009
Magyarország	333,1	174,9	
EU-27	229,8	131,7	

Forrás: Eurostat Statistics Database 2014.

*A jelzett országok utolsó adatközlése



2. ábra | A daganatos halálozás alakulása Ausztriában és Magyarországon. Az adatok 100 000 lakosra értendők (WHO-adatbázis)



3. ábra | A daganat kialakulásának folyamatmodellje

kockázati tényezőkként ismerünk (dohányzás, helytelen táplálkozás, mértéktelen alkoholfogyasztás stb.) [5].

Az európai országok halálozási mutatószámaiban mutatkozó, akár 8–10-szeres különbségek a méhnyakrák okozta halálozás adataiban is megfigyelhetők. Nyilvánvaló, hogy még Európa „jóléti államaiban” is vannak különbségek a népesség egészségi állapotában, amelyek a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenséget képezik le. Példaként az Egyesült Királyság széles körben ismert „Black Report”-jában foglaltakra utalunk [6].

A megbetegedések számának és a halálozás viszonyának alakulása, azaz az általuk képzett „olló” nyílászöge az egyik „térfél” országaiban szűkebb, mint Európa más országaiban. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon a daganatos megbetegedéseknek az átlagnál nagyobb hányada halálos kimenetelű, a kórismézett és kezelésben részesülő daganatos betegek rövidebb ideig élnek. Ennek egyik oka az, hogy a daganatos betegek ellátásában a hazai egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának hiányosságai miatt elmarad a többi európai országétól [7]. Másik lehetséges oka a *korai felismerést ígérő szűrésben rejlő lehetőségek kihasználatlansága*; ennek hiányában ugyanis a méhnyakrákesetek jelentős hányada – a Nemzeti Rákregiszter közlése szerint – még ma is előrehala-

dott állapotban kerül szakorvosi ellátásra. A méhnyakrákban elhunytak magas százaléka a méhnyakszűrőn meg nem jelentekhez kapcsolódik [8].

Egyenlőtlenség az egészségügyi ellátórendszerekben

Az egyes országok egészségügyi ellátórendszereiben, a szolgáltatás színvonalában, az adott ország gazdasági fejlettségétől függően, jelentős eltérések vannak [9]. Mint-hogy a szűrőprogram az adott ország egészségügyi ellátórendszerébe integráltan működik, az ellátórendszer színvonala a szűrőtevékenységre és a betegkövetésre, kezelésre is kihat.

A szűrési rendszerek egyenlőtlenségei

A szűrés összetett feltételrendszerének megteremtésére a különböző országok különböző mértékben képesek.

A szakterület mai állása és a nemzetközi gyakorlat a szűrővizsgálatok két modelljét különbözteti meg [10]. Az egyik a hagyományos, *alkalomszerű* vagy „opportunistikus” szűrési modell, amely esetben az orvos ítélőképességétől függően, az orvos-onkológiai éberségétől indítva, az orvos-beteg találkozásokat felhasználva a korai felismerésre szolgáló tesztek az orvosi gyakorlat részeként, esetenként az egészséges nő kérésére alkalmazták – akár jelentősen nagy számban is. Ezzel szemben a *„szervezett szűrés”* („organised population screening”) az egészségügyi szolgáltató által kezdeményezett, az ellátórendszerbe ágyazottan végrehajtott, közpénzből finanszírozott, az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő, a célszemélyek személyes meghívását és követését alkalmazó, szakmailag indokolt gyakorisággal megismételt népegészségügyi tevékenység. A szűrővizsgálatra jogosultak személy szerinti azonosítása megkívánja a szűrőtevékenységet kiszolgáló szűrési nyilvántartás működtetését, és annak adatkapcsolatát a népességalapú rákregiszterrel [11]. A nyilvántartó rendszerek egyenlőtlenségei a szűrőprogramok minőségének egyenlőtlenségeit eredményezik.

A „szervezett szűrés” a lakosság részvételének optimalizálását szolgáló, forrásigényes koncepció, amelynek működtetése összetett jogszabályi, szervezési, informatikai, személyi, módszertani (beleértve klinikai) és egészségnevelési feltételek teljesülését feltételezi. Megvalósításához és működtetéséhez, a károkozási kockázat minimalizálására és minél nagyobb hatékonyság elérésére számos tényezőt fell figyelembe venni [12].

Egyenlőtlenségek a szűrési szolgáltatások elérhetőségében

Az európai országok ellátottsága méhnyakszűrési szolgáltatásokkal tág határok között eltérő, és az adott ország társadalmi-gazdasági fejlettségével párhuzamos [13, 14,

15, 16, 17, 18]. A szervezett méhnyakszűrés meghonosításáról mára csaknem minden országban született kormányzati szintű *szándéknyilatkozat*. Némely országban a nőgyógyászati szakhálózatra vagy az egészségbiztosítóra épülő alkalmoszerű szűrést folytatnak (Ausztria, Németország, Luxemburg). Az országok többségében az Európai Unió Tanácsának ajánlása értelmében [19] a népesség egészére irányuló *szervezett* méhnyakszűrő program működtetéséről szóló *egészségpolitikai döntés* van érvényben. Ilyen, a teljes népesség igényeit lefedő, a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásait követő szűrővizsgálati „kínálatot” csak Európa északi és nyugati jóléti országainak egészségügyi ellátórendszerei tudnak biztosítani. A felzárkózási szándék kisebb vagy nagyobb mértékben Közép- és Kelet-Európa számos országában is mutatkozik, ám a szűrőtevékenység hozzáférhetősége és eredményessége még jelentős mértékben a kívánatos alatt marad. Egyes hátrányos helyzetű országokban, így az utóbb függetlenné vált országok többségében, alkalmoszerű szűrővizsgálat az ellátórendszer, különösen a nőgyógyászati szakellátás kereteiben érhető el (ha elérhető), mert a kormányzatok az egészségügyi szolgáltató-

2. táblázat | A méhnyakszűrésbe bevont 25–65 év közötti nők aránya a megfelelő korú női népesség százalékában az Európai Unió egyes tagállamaiban

Ország	%	Év	Rangsor
Ausztria	81,85	2006	1.
Lettország	80,5	2008	2.
Németország	78,7	2009	3.
Egyesült Királyság	78,5		4.
Svédország	78,4	2007	5.
Szlovénia	72,1		6.
Franciaország	71,1		7.
Finnország	69,8	2009	8.
Görögország	69,7	2009	9.
Lengyelország	69,1	2009	10.
Spanyolország	68,5	2009	11.
Ciprus	67,3	2008	12.
Dánia	66,3	2009	13.
Hollandia	66,1	2008	14.
Belgium	63,2	2008	15.
Málta	58,8	2008	16.
Csehország	51,8		17.
Luxembourg	47,4		18.
Bulgária	46,6	2008	19.
Észtország	44,0		20.
Olaszország	40,0		21.
Magyarország	23,7	2009	22.
Szlovákia	22,9	2009	23.
EU-átlag	61,5		

Forrás: Eurostat Statistic Database 2010.

rendszer egészének felzárkóztatásáért és szintre hozásáért folytatnak sziszifuszi küzdelmet, és a korlátozottan elérhető anyagi erőforrásokért más egészségügyi prioritások is versenyben állnak. Ebből következően, a szervezett népességszűrés infrastrukturális, személyi és főleg anyagi feltételei tág határok között különbözőek, és jelentős különbségek vannak a szűrővizsgálatban részesült nők arányában (2. táblázat).

Egyenlőtlenségek a megajánlott szűrővizsgálat elfogadásában

A meghívásra adott válasz: részvétel vagy távolmaradás. A lakossági részvétel határozza meg mind a szűrővizsgálat szakmai eredményességét, mind gazdaságosságát. A részvétel társadalmi-gazdasági, kulturális és magatartás-tudományi tényezők befolyása alatt áll [20]. Függ a szűrőprogram szervezettségétől is: a személy szerinti meghívást alkalmazó, szervezett szűrőprogramokban jelentősen magasabb a lakosság átszűrtsége is, és kevésbé érvényesülnek a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek, mint az alkalmoszerű szűrési gyakorlat esetében [21].

A szervezett, azaz a mértékadó szakmai szervezetek által ajánlott, lakosságlisták alapján személyes meghívást alkalmazó szervezett szűrővizsgálaton való részvétel még optimális esetben sem haladja meg a meghívottak 70–80%-át, vagy azért, mert a népesség kisebb-nagyobb hányada a programon kívül veszi igénybe a szolgáltatást, vagy a meghívásnak ilyen-olyan okból nem tesz eleget. Az alapellátásban dolgozók bevonása a szűrés szervezésébe és a toborzásba javítja a szűrés elfogadását [22]. Ezzel szemben az alkalmoszerű szűrés, amely nem működtet szűrési nyilvántartást és nem tartalmaz a szűrés elfogadását serkentő adminisztratív elemeket, csak a spontán résztvevőkre épít. Az alkalmoszerű szűrés mérsékli ugyan a méhnyakrákból eredő halálozást, jóllehet, a szervezett szűréssel nem azonos mértékben [23].

Társadalmi-gazdasági tényezők szerepe

Csakúgy, mint a méhnyakrák kockázatát, mind a személyes meghívásra adott választ, mind a spontán részvételt számos tényező befolyásolja. A fiatalabb, magasabb társadalmi státusban élő, iskolázottabb, városban lakó, fejlettebb lakáskultúrával rendelkező, nőgyógyászhoz rendszeresen járó nők nagyobb arányban élnek a szűrés lehetőségével, mint az idősebb, alacsonyabb társadalmi-gazdasági színvonalon élő, munka nélküli, kevésbé iskolázott, szerényebb lakáskörülmények közötti, szabadabb szexuális gyakorlatot folytató, szexuálisan átvitt fertőzéseknek (HPV) jobban kitett, egészségügyi, különösen nőgyógyászati szakszolgálattal kevésbé ellátott területeken lakók [24]. Jóllehet, az egészségügyi ellátórendszer önmagában nem képes az alacsony társadalmi-gazdasági státus hátrányainak felszámolására, a szűrőprogramok működtetése némi befolyással lehet az

egészség egyes mutatóira a hátrányos helyzetű lakosság-csoportokban, így a méhnyakrák előfordulására és halálozásra is [25]. Tapasztalat szerint az ellátórendszerbe bevezetett új intervenciókat, mint a szűrés, a leginkább rászorult hátrányos helyzetű népességcsoportok csak később és kisebb mértékben veszik igénybe („inverse equity” teória) [26, 27].

Demográfiai tényezők, úgymint a családi állapot is befolyásolják a részvételi hajlandóságot: a házasságban élő vagy elvált nők inkább élnek a lehetőséggel, mint az egyedül élők vagy a megözvegyültek [28].

Az egészségtudatosság szerepe

A nők egészségtudatossága is társadalmilag-gazdaságilag meghatározott. A társadalom „napos oldalán” élő egészségtudatos nők előszeretettel vesznek részt szűrésen, akár a kelletténél gyakrabban is; részvételüket a spontán kiválogatódás („szelektív torzulás”) jellemzi. Ezzel szemben a szűrést elutasító magatartás az egészségkultúra hiányának tünete, és a hátrányos helyzetben élők jellemzője. Ezek a hátrányos helyzetű személyek általában sem élnek az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásával. A szűréssel még kevésbé. A szűrést a jövőre irányuló cselekvésnek tekintik, és a mindennapi élet nyomasztó gondjaival elfoglalt nőktől távol áll, hogy tünetek és panaszok hiányában részt vegyenek olyan vizsgálaton, amelynek haszna nem közvetlenül, hanem esetleg csak a távoli jövőben, egy betegség elmaradásában mutatkozik. Tájékozottságuk a szűrésről korlátozott, pontatlan, zavaros. Keveset tudnak a rákról, és a rák megelőzésének lehetőségeiről, ezért a tájékoztatást szolgáló beszélgetésekben felfogóképességük korlátozott. Szociológusok ezt a magatartásformát nevezik az egészséggel kapcsolatos „analfabetizmus”-nak („health illiteracy”) [29, 30].

Egyenlőtlenségek a tájékoztatásban

A lakosság-szűrés kulcskérdése: a *tájékoztatáson alapuló önkéntes részvétel* elve. A szűrést szolgáltatóknak etikai kötelessége, hogy a meghívottakat autonóm, dönteni képes személynek tekintse, és személyre szabott módon és színvonalon adjanak meg minden, a felkínált szűrővizsgálaton való részvétel elfogadásához vagy elutasításához szükséges tájékoztatást [31]. Etikai kívánalom, hogy a tájékoztatás becsületes, bizonyítékon alapuló, az igazságnak megfelelő, kielégítő, megérthető legyen [32]. Ez a kívánalom nem érvényesül azonos mértékben.

A meghívás a szűrővizsgálatra kéretlen beavatkozás a meghívott személy magán-szférájába. Olyan beavatkozásra hívja meg az egészséges vagy annak hizsemében élő nőt, ami nem kockázatmentes, mert magában hordja a mindkét irányú tévedés, az „alul- vagy túldiagnosztizálással” járó, szükségtelen vizsgálatok és a lélektani károsítás kockázatát. A meghívottnak, anélkül, hogy tudná, milyen következményekkel jár a meghívás elfogadása vagy elutasítása, el kell döntenie, hogy él-e a felkínált

szűrővizsgálat lehetőségével, elfogadja-e a meghívást vagy sem. Etikai parancs, hogy a szolgáltatók osztozzanak a meghívottakkal a döntés terhében, és alapos tájékoztatás formájában nyújtsanak támogatást a döntés meghozatalában [33].

A meghívólevél

A célnépesség tájékoztatása a szűrővizsgálat elérhetőségéről, helyéről, idejéről, mibenlétéről, folyamatáról a lakossági részvételt elősegítő legfontosabb tényező. A meghívólevél – szervezett szűrés esetén – több mint egyszerű értesítés. Számos nő, különösen a hátrányos helyzetűek, azok, akik nem rendelkeznek „saját nőgyógyással”, nem tudnak a szűrővizsgálat elérhetőségéről. Ha tudnak is, tudatlanok annak mibenlétéről. Szorongással, feszengéssel, sőt félelemmel gondolnak rá, mert kellemetlennek, megszégyenítőnek, fájdalmasnak gondolják. Ha megjelennek is, nem a szűrés preventív értékéről való meggyőződés vezeti őket, hanem a felszólítás mögött megérett orvosi tekintély, a „feltételezett döntésmegbánás”, azaz a „nem cselekvés” negatív következményeitől való félelem [34]. A meghívólevélnek ezért fontos stratégiai szerepe van. Informálnia kell a meghívottakat nemcsak a szűrés helyéről, idejéről, hanem a szűrés céljáról, folyamatáról, a lehetséges eredmények jelentéséről és jelentőségéről is.

A tapasztalatok szerint az idősebbek gyakrabban hagyják figyelmen kívül a meghívást, mert nem érzik magukat sebezhetőnek, irtóznak a procedúrától, félnek a nem negatív lelet következményeitől, és apátiásak, közömbösek saját sorsuk iránt. Ezzel ellentétben, a fiatalabb nők elfogadóbbak, jóllehet, veszélyeztetettségük alacsonyabb az idősebbeknél. A szervezett szűrésen részt vevő nők mintegy fele olyan 35 éven aluli nő, aki rendszeresen jár nőgyógyászati ellenőrzésre, fogamzásgátlók felírása céljából, családtervezési és terhstanácsadásra, amely alkalmakon nagyobb esélyük van alkalmoszerű szűrővizsgálat elvégzésére is. A fiataloknál a vizsgálat gyakran enyhébb, regresszióra nagyobb hajlamú hámlváltozásokat hoz felszínre, és ez magában hordja a túldiagnosztizálás és túlkezelés kockázatát. A reprodukív életkor elmúltával alábbhagy a szűrési részvétel is, a toborzásnak ezért elsősorban az idősebbeket kell célba venni.

Sajnálatos, hogy a meghívólevél szelektíven hat: a magasabb társadalmi-gazdasági szinten élő, magasabb iskolázottságú személyek inkább adnak hitelt az abban foglaltaknak, mint a hátrányosabb helyzetűek [35].

A tájékoztatáson alapuló döntés

A szűrés előtti tájékoztatás feladata, hogy javítsa a rákbetegség társadalomban rögzült, nyomasztóan kedvezőtlen képét, és korrigálja a téves felfogásokat, hiedelmeket, vegye fel a harcot a rákkal szemben a vereséget előre elkönyvelő magatartással [36]. Tudatosítsa a szűrővizsgálat kulcsszerepét a korai felismerésben, és azt, hogy ép-

pen a tünetmentesség indokolja a szűrésen való részvételt. Érveljen a „Miért mennék, hiszen nincs semmi bajom?”, „Nem hiszem, hogy a szűrés »megvéd« a ráktól!”, „Miért keressem a bajt magamnak?”, „Jobb, ha nem tudom, hogy rákom van!”, „Ha már megkaptam, úgysem lehet meggyógyítani” típusú érvelésekkel szemben [37].

A tájékoztatás általában a szűrővizsgálat várható hasznát hangsúlyozza, csak ritkán a jól dokumentált árnyoldalait. Ha az eredmény negatív, az megnyugtató a vizsgált személyt. Ha nem negatív, a korai felismerés és kezelés javítja a gyógyulás esélyeit, csökkenti a halálozást, életet ment. Kevesebb hangsúlyt kapnak az esetleges káros hatások. Ilyen a túldiagnosztizálás, azaz olyan „határesetek” felszínre hozása és kezelése, amelyek szűrés nélkül visszafejlődtek vagy mindvégig „némák” maradtak volna. A negatív szűrővizsgálati eredmény megnyugvást jelent arra nézve, hogy nem szenvednek a célbetegségben; ám a tévesen negatív lelet nyújtotta megnyugvás alapot nélkülöző, és késlelteti a diagnózis és kezelés megkezdését. A tévesen pozitív lelet a tisztázó vizsgálatok eredményének megszületéséig aggodalmat tartanak fenn [27].

A tájékoztatásnak ki kell terjednie a szűrővizsgálat elmaradásával járó kockázatokra, a szűréssel kapcsolatos téves elképzelésekre is. Nem hallgathatók el a szűrővizsgálat korlátai, érzékenységének és fajlagosságának fogyatékosai sem. A vizsgálat és az ahhoz járuló képzettség, más szóval: a szűréssel összefüggő, lehetséges nemkívánatos lélektani mellékhatások jól feltérképezett terület [38].

Meglehet, hogy a hibalehetőségek őszinte feltárása némelyeket eltérít a részvételtől, különösen a fentebb jellemzett „hátrányos helyzetűek” közül, ennek következtében olyan halálesetek következhetnek majd be, amelyek korai felismeréssel és korai kezeléssel elkerülhetőek lettek volna. Ám a teljes tájékoztatást ezen az áron is meg kell adni, mert egyfelől a meghívottnak joga van tudni, hogy mire számíthat, másfelől a szolgáltatót – a daganat esetleges „elnézése” esetén – mentesítheti a későbbi jogkövetkezmények alól.

Tájékoztatáson alapuló nemleges döntés

A megajánlott szűrővizsgálat elfogadását vagy elutasítását – a tájékozatlanság mellett – személyes érzelmi tényezők: előítéletek, hiedelmek, téves képzetek, pesszimizmus, a vereséget előre elkönnyelő szemlélet is befolyásolják. Sok esetben a tájékoztatás birtokában a nő maga dönt úgy, hogy nem él a szűrővizsgálat lehetőségével [39].

A nemleges döntésnek számos oka lehet, ezek többségét az életkor és a társadalmi helyzet befolyásolja. Felmérések szerint sokakat a viszonylag magas, úgynevezett „tranzakciós költségek”: időhiány, pénzhiány, a szűrőhelyen uralkodó kellemetlen légkör és a nemkívánatos lélektani mellékhatások tartanak vissza a részvételtől [40].

A szűrés lehetőségét elhárító nő közömbös saját sorsa, saját egészsége iránt. Nem bízik az orvostudományban, a szűrés hasznában, ezért nem keresi a segítséget időben. Visszatartó lehet a rák társadalmilag megbélyegző (stigmatizáló) jellege, a rákbetegség riasztóan sötét képe a köztudatban; ennek következtében a szorongás, vajon milyen lesz az eredmény. Nem érzi szükségét, mert egészségesnek érzi magát, nem tartja magát sebezhetőnek. A vonakodás oka lehet a korábbi rossz tapasztalat is [40].

A szolgáltatóknak ésszerűen kell tartaniuk, hogy a megjelentek nem „páciensek”, hanem egészséges emberek, akiket a meghívás zökkentett ki héthöznapos életük harmóniájából. Toleranciájuk alacsonyabb, mint a panaszokkal orvoshoz fordulóké. A szűrőállomás jó légköre segíthet a nők vonakodásának, ellenérzéseinek eloszlatásában.

Érdekes az az egyedülálló megfigyelés, hogy a társadalmi illúzióvesztés, amelynek mutatója a választásokon való részvétel, negatív befolyással van a szűrésen való részvételre is: akik nem vesznek részt a választásokon, gyakrabban távol maradnak az esedékes szűrővizsgálatról is [41].

Megbeszélés

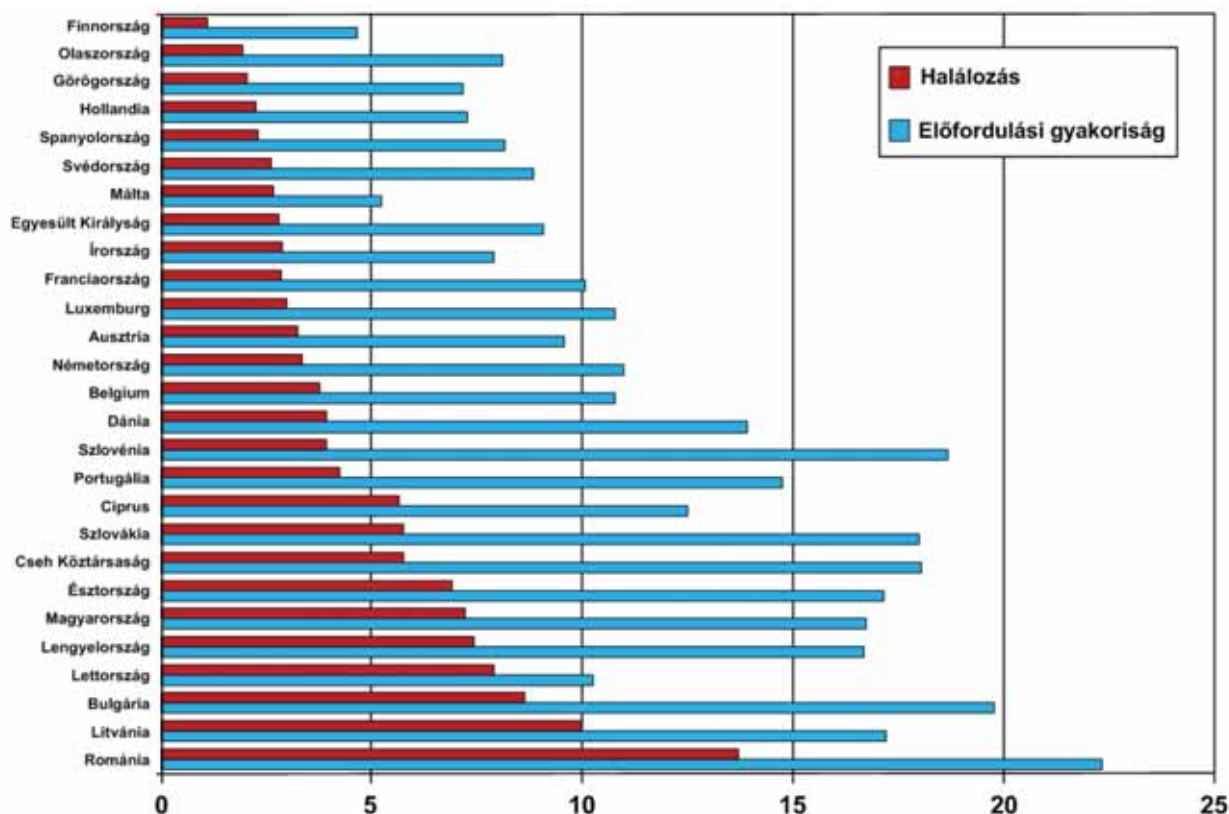
Mi a teendő?

Jóllehet, a méhnyakrák miatti halálozás teljes eradikálásának elméleti lehetőségével rendelkezünk, mégis, a méhnyakrák világszerte az egyik leggyakrabban kórismézett daganatos betegség, és az elsők között van a daganatos halálozás sorrendjében [42]. Halálóki szerepe Európában kisebb mértékű, de nem jelentéktelen [43]. Hazánkban, jóllehet, mérséklődő irányzatú, ma is jelentékeny betegségterhet jelent, a daganatos halálozás sorrendjében az európai országok között az utolsó negyedben foglal helyet (4. ábra). A halálozás mértékének egyenlőtlensége az egyes országok szűrőtevékenységének egyenlőtlenségével arányos [44].

Régi keletű megállapítás, hogy minden méhnyakrák miatti haláleset emberi inkompetencia következménye: vagy az egészségügyi ellátórendszer fogyatékoságát, vagy az áldozatok önmaguk sorsával szemben tanúsított közömbösségét terheli érte a felelősség.

Az egészségügyi ellátórendszer felelőssége, hogy törekedjen az egyenlőtlenségek kiegyenlítésére. Ennek egyik módja, hogy minden rendű-rangú, átlagos kockázatú személy számára hozzáférhetővé tegye a daganatellenes szűrővizsgálatok „kínálatát”. Ez a kíváncsi egyenlőtlen mértékben érvényesül.

Magyarországon az elmúlt évtizedben megteremtődtek a szervezett méhnyakszűrés „kínálati oldalának” szakmai, szervezeti és informatikai feltételei. Rendelkezünk a teljes, veszélyeztetett korúnak minősülő nőlakosság háromvenkénti szűrővizsgálatához szükséges citológiai kapacitással, és a személyes meghívás, visszahívás



4. ábra | A méhnyakrák miatti halálozás Európában

és követés rendszerével; az esetenként indokolt tisztázó vizsgálatokat a nőgyógyászati szakhálózat végzi el. A szervezett szűrővizsgálat lehetősége minden jogosult számára elérhető, a nőlakosság részvétele ennek ellenére különösen alacsony. A népesség átszűrtségére csak becsült adatokkal rendelkezünk.

Hagyományosan, és javarészt jelenleg is, a szűrővizsgálat „kapuőrei” a nőgyógyászok, akik a szűrővizsgálatnak a szakterület mai állása szerint szuverén módszere: a sejtvizsgálat céljára szolgáló kenetvételt komplex nőgyógyászati vizsgálatba ágyazottan végzik, a szűrővizsgálatot tehát szakorvosi vizsgálattá merevítik. Ez a gyakorlat vésődött be a nőgyógyászok szakmai portokolljába és a köztudatba is. A veszélyeztetett korú nők egy jelentős hányada figyelmen kívül hagyva a „kínálati rendszert” és be nem várva a személyes meghívást, vagy éppen annak birtokában, a „saját nőgyógyászához” fordul, és a „programon kívül” végezteti el a szűrővizsgálatot. Ezek a vizsgálatok a „szürke zónában” maradnak, azaz nem jelennek meg a szervezett szűrés nyilvántartásában.

A szűrési szolgáltatás egyenetlenségében, természetesen, vannak tárgyszerű nehézségek. A szűrővizsgálati rendszer jelenleg még a nőgyógyászati szakellátás közreműködésére utalt. Az ország nőgyógyászati szolgáltatásokkal egyenetlenül lefedett, és minthogy a szűrővizsgálat szívét-lelkét jelentő citológiai vizsgálatra szánt mintavétel a nőgyógyászra hárul, a szűrési szolgáltatás a szűrésre jogosult népesség jelentős hányada számára

nem könnyen elérhető. Különösen igaz ez a vidéki, kistelepülésen élő lakosságra. Ezt az akadályt áthidalandó, lehetőségként a szűrés „helybe vitele”, azaz a „*szakdolgozói szűrés*” bevezetése kínálkozott: a citológiai mintavételt a feladatra megfelelően kiképzett és gyakorlott területi védőnő végzi [45].

A védőnők szerepvállalása hozzáférhetővé teszi a méhnyakszűrést azokon a településeken is, ahol nem működik nőgyógyász. Azok számára is hozzáférhető lesz, akik valamely okból vonakodnak nőgyógyászhoz menni, vagy akik fontosnak tartják, hogy nő végezze a mintavételt. A védőnők helyismeretük, személyes kapcsolatrendszerük révén képesek megszólítani a szociálisan és gazdaságilag hátrányos helyzetűeket, a kevésbé iskolázottakat, akiknek nincs kiépült kapcsolatuk a nőgyógyászati szakellátással. Lehetőségük van a szűrés előtti tájékoztatásra, válaszolni tudnak a nők kérdéseire, oldani képesek a gátlátsaikat, így jól szolgálják a tájékoztatáson alapuló beleegyezés kívánalmát. Támaszt nyújthatnak a szűrés vagy a tisztázó vizsgálatok eredményére való várakozással járó bizonytalansági periódusok vagy a „rossz hír” közlése idején [46].

Mindezek jelentős hozzájárulást jelentenek a méhnyakszűrés eredményességét gátló egyenlőtlenségek kiegyenlítéséhez, a jelenleg kedvezőtlen halálozási mutatók közelítéséhez az európai átlagértékekhez és a nők életkilátásainak javulásához.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: A szerzők egyenlő mértékben járultak hozzá a dolgozat elkészítéséhez. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] *International Agency for Research on Cancer World Health Organization: Handbooks of Cancer Prevention: Cervix cancer screening.* IARC Press, Lyon, 2005.
- [2] *Läärä, E., Day, N. E., Hakama, M.:* Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic Countries: association with the organised screening programmes. *Lancet*, 1987, 329(8544), 1247–1249.
- [3] *Döbrösy, L., Kovács, A., Budai, A.:* The biological basis of screening: natural history of malignant tumours. [A szűrővizsgálatok daganatbiológiai alapja: a rosszindulatú daganatok fejlődéstörténete.] *Lege Artis Medicinae*, 2012, 22(10–11), 569–574. [Hungarian]
- [4] *Kopp, M. (ed.):* Hungarian mental health 2008. [Magyar lelkiállapot 2008.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [5] *Döbrösy, L.:* Cancer mortality in central-eastern Europe: facts behind the figures. *Lancet Oncol.*, 2002, 3(6), 374–381.
- [6] *Black, D.:* Inequalities in health: Black Report. Penguin Books, London, 1982.
- [7] *Ádány, R., Sándor, J.:* Incidence and mortality from malignant disease in Hungary. In: Kásler, M. (ed.): *Fundamentals of oncology.* [A daganatos megbetegedések incidenciája, és az általuk okozott halálozás alakulása Magyarországon. In: Kásler, M. (szerk.): *Az onkológiai alapjai.*] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [8] *Spayne, J., Ackerman, I., Milosevic, M., et al.:* Invasive cervical cancer: a failure of screening. *Eur. J. Public Health*, 2008, 18(2), 162–165.
- [9] *Wendt, C.:* Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *J. Eur. Social Policy*, 2009, 19(5), 432–445.
- [10] *Hakama, M., Miller, A. B., Day, N. E.:* Screening for cancer of the uterine cervix. IACR Sci. Publ. No. 76. IARC, Lyon, 1986.
- [11] *European Commission:* European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. IARC, Lyon, 2008.
- [12] *Wilson, J. M., Junger, G.:* Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers No. 34.* World Health Organisation, Geneva, 1968.
- [13] *Arbyn, M., Autier, P., Ferlay, J.:* Burden of cervical cancer in the 27 member states of the European Union: estimates for 2004. *Ann. Oncol.* 2007, 18(8), 1423–1425.
- [14] *Anttila, A., Ronco, G.:* Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *Eur. J. Cancer*, 2009, 45(15), 2685–2708.
- [15] *Anttila, A., von Karsa, L., Aasmaa, A., et al.:* Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur. J. Cancer*, 2009, 45(15), 2649–2658.
- [16] *Maver, P. J., Seme, K., Korać, T., et al.:* Cervical cancer screening practices in Central and Eastern Europe in 2012. *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Adriat.*, 2013, 22(1), 7–19.
- [17] *Anttila, A., Arbyn, M., Veerus, P., et al.:* Barriers in cervical cancer screening programs in new European Union member states. *Tumori*, 2010, 96(4), 515–516.
- [18] *Arbyn, M., Primic-Zakelj, M., Raifu, A. O., et al.:* The burden of cervical cancer in south-east Europe at the beginning of the 21st century. *Coll. Antropol.*, 2007, 31(Suppl. 2), 7–10.
- [19] *Döbrösy, L., Cornides, Á., Kovács, A., et al.:* Implementation status of cervical screening in Europe. [A rákellenes méhnyakszűrés helyzete Európában.] *Orv. Hetil.*, 2014, 155(50), 1975–1988. [Hungarian]
- [20] *Council of the European Union:* Council recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening. (2003/878/EC.) *Off. J. Eur. Union*, 2003, 46(L327), 34–38.
- [21] *Van den Akker-van Marle, M. E., van Ballegooijen, M., van Oortmarssen, G. J., et al.:* Cost-effectiveness of cervical cancer screening: comparison of screening policies. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2002, 94(3), 193–204.
- [22] *Palència, L., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., et al.:* Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int. J. Epidemiol.*, 2010, 39(3), 757–765.
- [23] *Ferroni, E., Camilloni, L., Jimenez, B., et al.:* How to increase uptake in oncologic screening: a systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. *Prev. Med.*, 2012, 55(6), 587–596.
- [24] *Nieminen, P., Kallio, M., Anttila, A., et al.:* Organized vs. spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: a case-control study. *Int. J. Cancer*, 1999, 83(1), 55–58.
- [25] *Segnan, N.:* Socioeconomic status and cancer screening. In: Kogevinas, M., Pearce, N., Susser, M., et al. (eds.): *Social inequalities and cancer.* IARC, Lyon, 1997.
- [26] *Sutton, S., Rutherford, C.:* Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain. *Soc. Sci. Med.*, 2005, 61(11), 2460–2465.
- [27] *Sarfati, A., Shaw, C., Simmonds, S.:* Commentary: Inequalities in cancer screening programmes. *Int. Epidemiol.*, 2010, 39(3), 766–768.
- [28] *Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., et al.:* Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J. Clin.*, 2002, 52(3), 134–149.
- [29] *Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S.:* Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot. Int.* 2005, 20(2), 195–203.
- [30] *Rimer, B. K., Briss, P. A., Zeller, P. K., et al.:* Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer*, 2004, 101(Suppl. 5), 1214–1228.
- [31] *Goyder, E., Barratt, A., Irwig, L. M.:* Telling people about screening programmes and screening test results: how can we do it better? *J. Med. Screen.*, 2000, 7(3), 123–126.
- [32] *Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., et al.:* Shared decision making: a model for clinical practice. *J. Gen. Intern. Med.*, 2012, 27(10), 1361–1367.
- [33] *Tymstra, T.:* The imperative character of medical technology and meaning of “anticipated decision regret”. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 1989, 5(2), 207–213.
- [34] *Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., et al.:* ‘I got a letter...’ A qualitative study of women’s reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psycho-Oncology*, 2001, 10(1), 76–87.
- [35] *Briss, P., Rimer, B., Reilley, B., et al.:* Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *Am. J. Prev. Med.*, 2004, 26(1), 67–80.
- [36] *Oscarsson, M. G., Wijma, B. E., Benzein, E. G.:* ‘I do not need to ... I do not want to... I do not give it priority’ – why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect.*, 2008, 11(1), 26–34.
- [37] *Döbrösy, B., Kovács, A., Budai, A., et al.:* The undesirable psychological adverse effects of screening. [A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai.] *Orv. Hetil.*, 2007, 148(36), 1707–1711. [Hungarian]
- [38] *McCartney, M., Bewley, S.:* Some women may not want cervical screening. *J. Med. Screen.*, 2010, 17(1), 52.

- [39] *National Device Testing and Hospital Technology Institute: Survey on cervical mass screening: diagnosis, system design elements, and proposal for action. [Eszközminősítő és Kórháztechnikai Igazgatóság (EMKI): A szervezett lakossági cervix-szűrés vizsgálata: diagnózis, rendszerterv-elemek és intézkedési javaslatok.]* Budapest, 2009. szeptember, p. 21. [Hungarian]
- [40] *Waller, J., Bartoszek, M., Marlow, L., et al.: Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J. Med. Screen., 2009, 16(4), 199–204.*
- [41] *Stewart, B. W., Wild, C. P.: World Cancer Report 2014. IARC, Lyon, 2014.*
- [42] *Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., et al.: Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Eur. J. Cancer, 2013, 49(6), 1374–1403.*
- [43] *Kesic, V., Poljak, M., Rogovskaya, S.: Cervical cancer burden and prevention activities in Europe. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev., 2012, 21(9), 1423–1433.*
- [44] Editorial. Cervical cancer: death by incompetence. *Lancet*, 1985, *ii*, 363–365.
- [45] *Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A., et al.: Screening for cervical cancer in Hungary: new role for health visitors. Clin. Nurs. Studies, 2013, 1(3), 32–38.*
- [46] *Döbrössy, L.: What can we expect from oncological screening by health visitors? [Mi várható a védőnők által végzett onkológiai szűrővizsgálattól?] Nőgyógy. Onkol., 2013, 18(3–4), 68–70. [Hungarian]*

(Döbrössy Lajos dr.,
Budapest, Gyáli út 2–6., 1097
e-mail: dobrossy.lajos@oth.antsz.hu)



A Mállyavirág Alapítvány a méhnyakrákos nők gyógyulásáért és a megelőzéséért jött létre. Szeretnénk a szakma „meghosszabbított keze” az érintetteknek támogatója, segítője, az „érintetleneknek” figyelemfelhívója, válaszadója lenni.

www.malyvavirag.hu
www.facebook.com/malyvavirag
info@malyvavirag.hu

“A mállyavirág az érett nő virága.
Kitartó, erős és nagyon szép.
Pont olyan, mint a női lélek.
Minden nő mállyavirág, csak van,
hogy a szirmaink megsérülnek.”

