

KOMLÓI JÁRÁSI EGÉSZSÉGTERV

Készült: Komló, 2021.10.11.

EFOP-1.5.2-16-2017-00028. számú pályázat
keretében „Humán szolgáltatások fejlesztése”
című projekt megvalósításához kapcsolódóan

Tartalomjegyzék

1. Komlói Járás bemutatása	4
2. Komlói Egészségfejlesztési Iroda bemutatása.....	9
3. Komlói Járás lakosai egészségi állapotának bemutatása	10
3. számú ábra: Halálloki struktúra 2014-ben	11
Szív- érrendszeri megbetegedések.....	15
Diabétesz előfordulása Magyarországon:	16
Tüdőrák előfordulása hazánkban	20
Rosszindulatú daganatok	25
9. számú táblázat: Komlói Járásban férfiak körében 2018-ban felfedezett rosszindulatú daganatok korcsoport szerint.....	25
10. számú táblázat: Komlói Járásban nők körében 2018-ban felfedezett rosszindulatú daganatok korcsoport szerint.....	30
Méhnyakrák.....	36
Prosztata tumor.....	38
Emlőrák.....	39
Mentálhigiéné	42
Szenvedélybetegségek	43
Gyermekek egészségi állapota, egészségnevelés.....	43
Social media kontra egészségfejlesztés.....	45
Viselkedési függőség	46
4. Beavatkozási lehetőségek	48
Fő célkitűzések:	49
Elsődleges megelőzéssel befolyásolható, illetve elkerülhető betegségek:.....	49
Rizikófaktorok.....	51
Keringési megbetegedések	52
Diabétesz	56
Daganatos megbetegedések	59
Vastagbél-daganat:.....	59
Méhnyakrák.....	61
Prosztata tumor.....	61
Emlőrák.....	62
Tüdőrák	62

Drogprevenció	66
5. Érintett célcsoportok és szintek meghatározása	71
Célcsoportok:.....	71
Szintek:.....	71
6. Kockázati tényezőkhöz igazodó mutatók	72
7. Rizikófaktorok mérséklését célzó programok	72
Összefoglalás	74

1. Komlói Járás bemutatása

A járásek kialakításáról, valamint az ezzel összefüggő törvények módosításáról szóló 2012. évi XCIII. törvény célja a törvényesen és átláthatóan működő, közszolgáltatásokat maradéktalanul biztosító működési feltételek megteremtése, valamint a helyi államigazgatási rendszer megújítása, hatékonyságának további növelése és struktúrájának átláthatóbbá tétele.

A jogszabályban foglaltak alapján került létrehozásra a Komlói Járás, melynek székhelye Komló, amelynek teljes területe hozzávetőleg 29248 hektár és nagyjából 35256 fő a lakónépessége. Területének népsűrűsége kb. 121 fő egy négyzetkilométeren.

A Komlói járást a Mecsek-hegység északi, és a Baranyai – Hegyhát keleti részén fekszik. A Komlói Járást 20 település alkotja: Bikal, Bodolyabér, Egyházaskozár, Hegyhátmaróc, Kárász, Komló, Köblény, Liget, Magyaregregy, Magyarhertelend, Magyarszék, Mánfa, Máza, Mecsekpölöske, Oroszló, Szalatnak, Szárász, Szászvár, Tófú, Vékény.

1. számú ábra: Baranya megyei kistérségek



A Komlói járás a járásek 1983-as megszüntetése előtt is létezett, még hozzá kétszer is, bár mindkétszer csak néhány évig. 1950–52 között a Sásdi járással párhuzamosan létezett a Komlói, majd abba olvadt be, 1978-ban viszont éppen Sásdról helyezték át Komlóra a járási székhelyet.

1. számú táblázat: Kistérség települései

Település	Rang	Kistérség (2013. január 1.)	Népesség (2012. január 1.)	Terület (km²)
Bikal	község	Sásdi	743	17,03
Bodolyabér	község	Komlói	222	9,09
Egyházaskozár	község	Komlói	792	24,31
Hegyhátmaróc	község	Komlói	133	7,59
Kárász	község	Komlói	317	8,02
Köblény	község	Komlói	227	8,04
Komló	város	Komlói	25 020	46,55
Liget	község	Komlói	419	12,07
Magyaregregy	község	Komlói	717	26,81
Magyarhertelend	község	Komlói	627	16,16
Magyarszék	község	Komlói	1 085	13,86
Mánfa	község	Komlói	843	27,70
Máza	község	Komlói	1 226	10,69
Mecsekpölöske	község	Komlói	412	7,31
Oroszló	község	Sásdi	313	6,12
Szalatnak	község	Komlói	330	10,28
Szárász	község	Komlói	25	5,98
Szászvár	nagyközség	Komlói	2 334	21,17
Tófű	község	Komlói	110	4,34
Vékény	község	Komlói	145	9,36

A kistérség településszerkezete meglehetősen heterogén. A kisvárosi jellegtől a nagyközségen át a néhány száz lelkes kistelepülésig, minden típus megtalálható. A lakosságának közel 65%-a kistérség székhelyén, Komlón él, amely tradicionálisan a kistérség oktatási, kulturális, művészeti, gazdasági és sportcentruma. A térségre leginkább az aprófalvas jelleg a jellemző, kisközpontjai Egyházaskozár, Hosszúhetény, Szászvár és Magyarszék a többi településhez viszonyítva népes települések. Komló szerepe a kistérségen belül meghatározó, a város elhúzódó gazdasági válsága a kistérség településeire is rányomja bélyegét. A kistérség egyközpontú, a térség egyetlen települése sem képes érdemileg Komló vonzáskörzeti szerepét befolyásolni. Az ellátás tekintetében a kistérség községei ráfűződnek Komlóra, ugyanakkor Hosszúhetény sok vonatkozásban Pécshez gravitál, emellett a keleti részen megjelenik Bonyhád vonzása is. A települések lakossága nagyrészt a szomszédos kistérségek (Sásd, Pécsvárad, Pécs), illetve Somogy és Tolna megye területén lévő munkahelyekre migrálnak. A közlekedési infrastruktúra is ennek megfelelően ehhez igazodik.

2. számú táblázat: A Járás településeinek fontosabb jellemzői, KSH 2014.

Település	Terület, km ²	Lakónépesség az év végén	Élveszületés	Halálozás	Nyilvántartott álláskereső száma	Lakásállomány az év végén
Bikal	17	729	5	13	19	329
Bodolyabér	9	206	1	5	15	121
Egyházaskozár	24	769	2	8	41	343
Hegyhátmaróc	8	134	–	5	6	87
Kárász	8	319	1	7	10	152
Köblény	8	201	1	6	28	106
Liget	12	366	3	4	13	142
Magyaregregy	27	726	5	6	25	328
Magyarszék	14	1 020	5	12	28	384
Magyartelek	7	210	2	5	23	71
Mánfa	28	768	7	15	32	320
Máza	11	1 195	10	20	44	486
Mecsekpölöske	7	376	2	8	13	156
Oroszló	6	269	2	4	16	119
Szalatnak	10	288	1	6	41	171
Szárász	6	34	1	–	7	28
Szászvár	21	2 328	14	32	113	1 025
Tófű	4	116	1	1	7	57
Vékény	9	139	2	3	4	62
Komló	47	23 604	190	346	942	11 271

Komló Baranya megye északi, hegyes, dombos vidékén helyezkedik el hatalmas egybefüggő erdőségekkel, 4655 hektár nagyságú területen fekszik. Éghajlata a mediterrán hatás jellemző, napfényes órák száma magas és jelentős mennyiségű csapadék esik. A tágabb terület termál- és ásványvizekben gazdag és az ország feketekőszén készletének 98%-a itt található. A település és környezete gazdag természeti adottságokban: a Mecsek hegység északi lábánál húzódó völgyek és dombok alkotta rendkívül változatos, sokszínű táj, illetve a még mindig kiemelkedő erdősültség a város egyik legfőbb vonzereje. Komló ősi történeti gyökerei a római korra nyúlnak vissza, régészeti leletek és épített emlékek egészen az ókortól az 1960-as évek szocialista-realista építészetéig fellelhetők a városban.

A zöldfelületek jelentős része parkerdő jellegű. Vasúti közlekedés szempontjából Komló kedvezőtlen helyzetben van, hiszen nem érinti közvetlenül vasúti fővonal. Komló város közlekedés-földrajzi adottságait (egyben településszerkezetét is) nagyban meghatározzák az erősen tagolt domborzati viszonyok. A település közúti közlekedési kapcsolatai tágabb térségével együtt – akár csak az egész Dél-Dunántúl esetében – alulfejlettek. A gyorsforgalmi úthálózatok elérhetősége az M6-os, illetve M60-as utak megépültével nagymértékben javult.

Komló lakónépessége a 2020-ban 24 081 fő volt. A lakosság kor megoszlása kedvezőtlenül alakul, mivel a város népességszerkezetére az elöregedés a jellemző, mely folyamatosan növekvő tendenciát mutat, míg 2001-ben 100 fő 14 év alatti fiatalra 124,5 65 év feletti lakos jutott addig 2011-ben 100 fő 14 alatti fiatalra már 147,5 65 év feletti lakos jutott, 2013-ra ez a szám 155,76-ra emelkedett. A 0-18 év közötti korosztály 2020-ban az összlakosság 3469 fő volt (14,4%), 19-60 évesek az 55,2%-ot képviselték (13 292 fő), a 60 év felettiak pedig 30,4 %-ot (7320 fő). Komlón az elvándorlás és elöregedés miatt a korfa alsó szegmensének további szűkülése várható, ami már középtávon is súlyos gazdasági-társadalmi feszültségek forrása lehet. 2020-ban 197 gyermek született és 446 fő hunyt el. A lakónépességen belül a nők aránya 53,2%-os, míg a férfiaké 46,8%-os. 2020-ban Komló városában 139 házasságkötés, 35 válás történt.

A város népességének elöregedése következtében egyre inkább megnövekszik a szociális szolgáltatások iránti igény. Az időskorban jellemző megbetegedések - a daganatok, keringési zavarok, szív- és érrendszeri megbetegedések, ízületi problémák - mellett pszichés problémák is jelen vannak. Az idős ember egyedül marad, izolálódik, szellemi és fizikai aktivitása hanyatlik, önellátási képessége beszűkül. Ez nagyon sok embernél okoz pszichés megbetegedéseket. Különösen gyakori a depresszió és a demencia kialakulása. Jellemző, hogy a betegségek általában együttesen fordulnak elő, különösen 70 éves kor fölött jellemzőek a súlyos, krónikus megbetegedések és az előrehaladott demencia.

A gazdaságilag aktív népesség KSH által becsült száma 2015. december 20-án 9296 fő volt, míg a munkavállalói korú népesség 16798 főt tett ki. Az aktív korú népesség és a nyugdíjasok száma közötti egyensúly negatív irányban változik, amelynek eredményeképpen a munkaképes korú lakosság aránya várhatóan tovább csökken, ami a munkaerő rendelkezésre állását veszélyezteti. 2015. december 20-án a Komló járásban 649 regisztrált álláskereső nő volt, nagyobb részt Komló városhoz tartoznak. Korábbi munkahelyük szerint 82,3%-uk fizikai, míg 17,7%-uk szellemi munkás volt iskolai végzettségük alapján 5%-uk általános iskolai végzettséggel sem rendelkezik, 35,1%-uk csak 8 osztályt végzett. Életkoruk szerint 17,8%-uk 25 éven aluli és 24%-uk 50 év feletti. Komló városában 2020. év végén 986 fő regisztrált álláskereső volt. A közfoglalkoztatási rendszeren keresztül 604 fő állt szerződéses viszonyban.

Komlón a vállalkozások méret szerinti megoszlásában alapvetően a mikro- és kisvállalkozások dominálnak. Komló Baranya megye második legnépesebb város, ugyanakkor egyetlen 250 fő feletti munkaerőt foglalkoztató vállalkozásnak sem ad otthont. A munkaerő képzettségi színvonala alacsony, így a város, jelentős hozzáadott értéket képviselő ipar megtelepedésére csak középtávon válhat alkalmassá. A működő vállalkozások foglalkoztatotti létszám szerinti megoszlását vizsgálva fontos kiemelni, hogy a településen nem működik 250 főnél több munkavállalót foglalkoztató vállalkozás, igazi nagyfoglalkoztató híján van Komló. A 2020. évben a városban működő összesen 884 társas vállalkozás legnagyobb része az 1-9 főt foglalkoztató kategóriába esik, a döntő többségük kisvállalkozás, összesen 780 egyéni vállalkozót tartott nyilván a város.

A járási szintű közigazgatás megszüntetését és az új önkormányzati törvény elfogadását követően a térség önkormányzatainak szuverenitása jelentősen növekedett. A város térségi szerepkörét csak az egészségügy (városi kórház és járóbeteg-ellátás), a kereskedelem, és kisebb részben az oktatás és igazgatás – mint például Körzeti Földhivatal, Bíróság, Ügyészség, Rendőrség, ÁNTSZ, Többcélú Kistérségi Társulás – részterületein sikerült megőriznie. Komló közúti kapcsolatai az ország más részeivel – hasonlóan Baranya megyéhez, sőt a Dél-dunántúli régió déli feléhez – történelmileg alulfejlettek, szegényesek.

A lakásállomány folyamatosan bővült az utóbbi években, bár a bővülés mértéke csökkent, 2020-ban 11 021 lakás volt a városban. Javult ugyanakkor a lakások komfortfokozata, amelyhez nagymértékben hozzájárultak az utóbbi években a városban végrehajtott közművesítési munkálatok. A város közműellátottsága (vezetékes víz, szennyvízcsatorna-hálózat, villamos energia- és internethálózat) területi összehasonlításban is kimagaslóan jó. Közszolgáltatások terén jól ellátott a város. A közoktatási intézmények kihasználtsága évről évre csökken (1485 fő általános iskolás és 614 fő óvodás volt Komló városában 2020-ban), „köszönhetően” a népesség természetes fogyásának, valamint az elvándorlásnak, míg a szociális ellátórendszer kapacitáskihasználtsága maximális.

A komlói kistérség a hátrányos térségek közé tartozik. Hátrányai a tartós és folyamatos munkanélküliség. A jövedelmi viszonyok, nem a munka alapú jövedelemforrásokra, hanem a támogató, kiegészítő jövedelmekre és a közmunka programban, valamint a feketegazdaságban való részvételre épül. Ez alacsony jövedelmi viszonyokat biztosít csak. Ez az életmód-életviteli hátrányok egyik forrása is lehet. A stabil közösségi szolgáltatások ellátottságának felváltásával (bolt, posta, iskola, napi orvosi rendelési idő) a mozgó szolgáltatásokkal, a hozzáférés esélyeinek csökkenése nő, a települések nagy részén a tömegközlekedés korlátozottsága is és több településen a bekötő út rossz állapota hátrányt jelent, valamint a lakosság életkori és nemzetiségi népcsoporti arányának változása szintén a hátrányok növekedését okozhatja.

Sajátos kérdés a járás településein a roma, nem roma lakosság közösségi egészségfejlesztésére vonatkozó tézisek, eszmék, gyakorlat kérdése, ezen belül is a roma népességen belüli etnikai elkülönülés. Bár ma már a családi elkülönülés nem éles határú, de az integritás tudat döntően megtartott. Főleg a beás csoportba tartozók között van meg a hagyományos férfi meghatározottság. Míg a másik vonulat az elszegényedett családokhoz való tartozás, akár a többségi társadalom tagjaként, vagy más nemzetiséghez való tartozás német, horvát esetben. Csak ezt követi az inaktív életkor, mint egészségtudatos magatartást meghatározó különbözőségi tényező. Itt az elöregedő társadalom előtt álló kihívások lehetnek, egyrészt, míg másrészt a gyermek lakosság, az iskolások lehetnek az egészségvédelem szempontjából figyelembe veendő csoportok. A közösségi egészségfejlesztési terveknek az egyik lehetősége tehát az egyén megszólításában a saját szociokulturális beágyazottságához (szokás/norma/etika/cselekvés) illeszkedő egészségfejlesztési tervek kidolgozása, megvalósítása.

Az egészségügyi alap- és szakellátás a városban biztosított. Az egészségügyi alapellátást a tíz felnőtt és öt gyermekorvosi rendelő végzi, munkaidőn kívül a városi központi ügyelet látja el a térségi alapellátást igénylő betegeit. A népegészségügyi, koragyermekkori kötelező szűrésekhez való hozzáférés a lakosság számára biztosított. A primer és szekunder prevenció tevékenységét leghatékonyabban a védőnői szolgálat és a házi gyermekorvosi ellátás

biztosítja. Fogászati szűrést a fogorvosok végzik, az iskolafogászati rendelésen szinte minden tanuló megjelenik szűrővizsgálaton. A szűrőprogramok az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták kialakítását célozzák a lakosság körében, főként a gyermekek, idősek, illetve a magas kockázatú célcsoportokra fókuszálva.

1958. augusztus 20-án kezdte meg működését és áll a komlói kistérségben élő lakosság egészségének szolgálatában Komló városában a kórház, melynek elhelyezkedése, nyugalma, csöndes, családi hangulata, a dolgozók hozzáállása, szakmai tudása mind hozzájárul az emberek gyógyulásához, testi-lelki feltöltődéséhez. Elsődleges cél a fekvőbeteg ellátásban az aktív osztályokon a magas színvonalú diagnosztikus és terápiás munka, a területi kötelezettségvállalásnak megfelelő szintű szakmai szolgáltatás, a járóbeteg szakellátás területén a magas színvonalú szakmai ellátás mellett a lehető legkevesebb várakozási idő elérése. 2012. május 1-én az addig önkormányzati tulajdonban lévő gazdasági társaság 100%-os állami tulajdonba került, majd 2013. 04. 01-én költségvetési intézménnyé alakult át. 2016. április 1-én megtörtént a Komlói Egészségcentrum és a Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szanatórium Integrációja, így a Komlói Egészségcentrum, Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szanatórium Egészségügyi Központ 7304 Komló - Sikonda, Fürdő u. 4. telephelyén is végzi gyógyító tevékenységét mozgásszervi rehabilitációt végző szakrendeléseiben. A Komlói Egészségcentrum, Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szanatórium Egészségügyi Központ aktív belgyógyászati, sebészeti, pulmonológiai rehabilitációs, krónikus és ápolási fekvőbeteg osztályain, valamint 32 féle járóbeteg szakrendelésén végzi diagnosztikus és gyógyító tevékenységét.

2. Komlói Egészségfejlesztési Iroda bemutatása

A Komlói Egészségfejlesztési Iroda 2012. 09.01-én kezdte meg működését egy fő dietetikus, egy fő gyógytornász és egy fő egészségfejlesztő- rekreációs szervező szakember involválásával. Az Egészségfejlesztési Iroda szerepet vállal a prevenció primer, szekunder, valamint tercier területén egyaránt, megalapozva ezzel a lakosság számára elérhető adekvát információkat. Az iroda a térségben legnagyobb arányban előforduló megbetegedések számát szem előtt tartva, a lakosság részére szervezett szűrővizsgálatok megszervezését, elvégzését, valamint a megelőzés lehetőségét biztosítja. Fő tevékenységét a pulmonológiai, keringésrendszeri (érbetegség, magas vérnyomás betegség, vérzsírok szűrése), endokrinológiai (cukorbetegség, egyéb endokrin betegségek), onkológiai (emlő, méhnyak, anyajegy, bőrelváltozások, bélrendszer) szűrések és az ehhez kapcsolódó egészségnevelési-, fejlesztési preventív tevékenységek alkotják. A betegklubok kialakítása, szervezése és szakmai programokkal való erősítése, ezen kívül a térség betegei számára érthető írásos és poszttereken történő egészségnevelő anyagok készítése is a program részét képezi. A dohányzás, alkoholfüggőség, drogfüggőség esetében rászakást megelőző, leszokást segítő programok szervezése is megvalósul szakemberek bevonásával.

Az Egészségfejlesztési Iroda célja a fiatalok egészségkultúrájának javítása, a fiatalok és kisebbségi csoportok egészségnevelése, továbbá a kistérség lakosságának figyelmének felhívása az egészséges életmód, a táplálkozás és a betegségek kialakulása közötti

összefüggésekre, pszichológus, dietetikus, egészségfejlesztő, továbbá szükség esetén szakspecifikus szakembereink bevonásával szervezett előadások keretében történik.

Célkitűzéseink az egészséges fiatalok egészségkultúrájának javításán, veradásba történő bevonásán, szabadidős sportnapok, egészségnapok és az egészség kapcsolatának kommunikálásán, a kisebbségi csoportok egészségnevelésbe történő bevonásán, egészségmagatartásának javításán, az alkohol-, drogfogyasztás megelőzésén, a nők szülésre történő felkészítésén, a gyermekek egészségének, egészségtudatosságának a fejlesztésén, a már kialakult betegségi állapotok, életminőség javításán keresztül valósulnak meg. Színtereik között az irodán kívül közösségi terek, rendezvények, oktatási-, nevelési intézmények, egészség-és sportnapok helyszínei szerepelnek. A szűrések és a prevenciós tevékenység a diagnosztizált betegségekkel bíró lakosság compliance javításának érdekeit szolgálják.

Az Egészségfejlesztési Iroda állandó szolgáltatása a dietetikai tanácsadás, egyéni és csoportos gyógytorna, mozgásterápiás foglalkozások, gyermek és felnőtt mozgásfejlesztés, valamint folyamatos szűrés mellett egyéni életmód tanácsadás és pszichológiai konzultációs és terápiás lehetőségek. Az egészség aspektusait szem előtt tartva külön hangsúlyt helyezünk a hangulat zavarokkal, pszichiátriai problémákkal élőknek és a hozzátartozóiknak diszkrét, támogató, individuális segítségnyújtásra, a hétköznapiakban felmerülő problémák kezelésére.

Az alábbi témaköröket érintő rendszeres klubfoglalkozások érhetőek el:

- cukorbetegség
- szenvedélybetegségek
- daganatos betegségek
- mentálhigiénia
- szív- érrendszeri betegségek
- légúti megbetegedések
- mozgásfejlesztés.

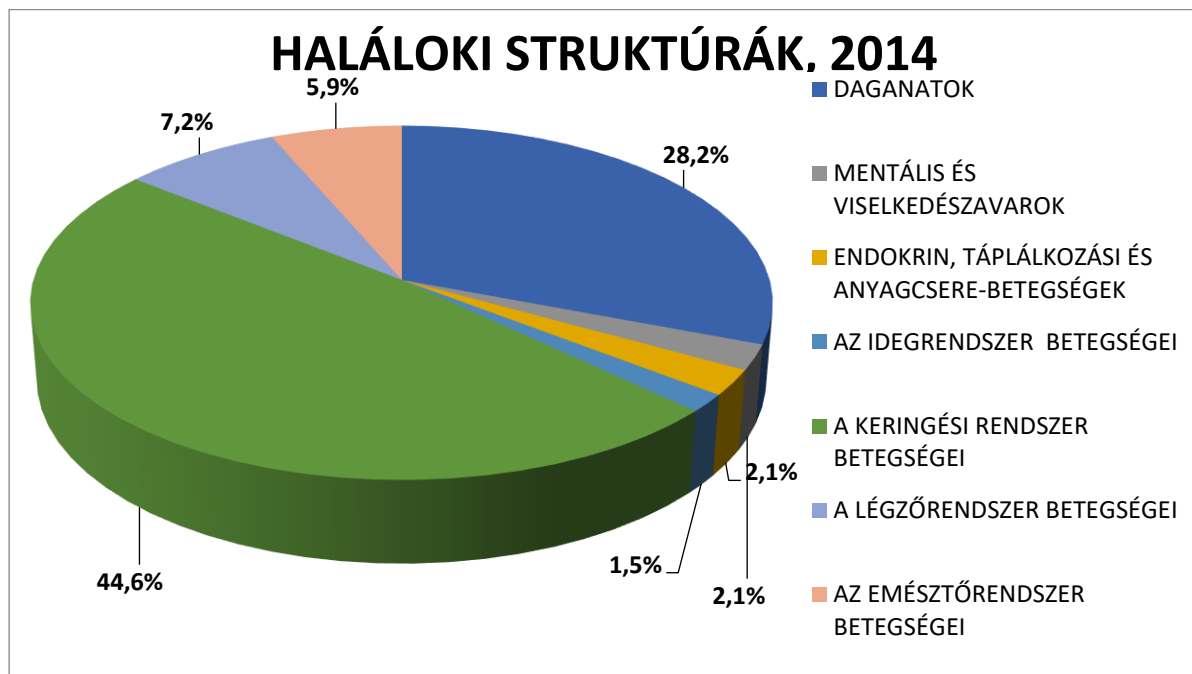
Jelen helyzetben, a minél szélesebb körű lakosság elérése érdekében elengedhetetlen az Iroda megjelenése a social media felületein is, így fontos a releváns információk rövid videók, interjúk, plakátok formájában történő publikálása. Mindannyiunk érdeke a lakosság egészségi állapotának javítása, egészségtudatos magatartásuk, hozzáállásuk adekvát módon való indirekt formálása.

3. Komlói Járás lakosai egészségi állapotának bemutatása

A térség 2014. évi halálloki struktúrájában mindkét nemnél a vezető halálok az megyei és az országos adatokhoz hasonlóan a keringési rendszer betegségei (férfi: 41, nő: 53%), második a daganatos betegségek (férfi: 29, nő: 22%). Ezt követi arányaiban lényegesen kisebb

mértékben az egyéb betegségek miatti halálokok (férfi: 8, nő 10%), a légzőrendszer betegsége miatti halálokok (férfi: 8, nő: 8%), a szándékos önártalom és a balesetek (férfi: 8, nő: 4%), és a megyei átlagtól kicsit kisebb arányban az emésztőrendszer betegsége miatti halálokok (férfi: 6, nő: 3%).

3. számú ábra: Haláloki struktúra 2014-ben



Okspecifikus halálozási adatok:

- daganatos megbetegedések
- keringési rendszer betegségei
- dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések:

A WHO meghatározása alapján az alábbi halálokok hozhatóak összefüggésbe a dohányzással:

- ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganata
- gége-, légcső és hörgők, tüdő rosszindulatú daganata
- nyelőcső rosszindulatú daganata
- ischaemiás szívbetegségek
- agyérbetegségek
- idült alsó légúti betegségek

4. számú táblázat: Komlói térség egészségügye, 2010.

Kistérség	Száz bölcsődei férőhelyre jutó beírt gyermek	Rendszeres szociális segélyben részesítettek átlagos száma	Közfogy-ellátási igazolvánnyal rendelkezők	Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos	Egy házi orvosra jutó összes megjelent és meglatogatott beteg, eset
		ezer lakosra			
Komlói	107	4,0	41	1 385	13977
Mohácsi	98	4,1	47	1 535	13265
Pécsi	118	2,9	32	1 325	10512
Pécsváradi	125	2,3	50	1 761	17339
Sásdi	–	9,5	57	1 069	9 937
Sellyei	–	11,4	72	1 091	11 887
Siklósi	95	6,2	43	1 520	14307
Szentlőrinci	138	5,9	61	1 492	14191
Szigetvári	175	6,5	77	1 1529	14 769
Összesen	115	4,3	43	1 378	12163

5. számú táblázat: A házi gyermekorvosokhoz és házi orvosokhoz bejelentkezett 0-18 éves korú gyermekek főbb megbetegedései 2009-ben

Betegségek	Magyarország	Dél- Dunántúl	Baranya megye	Komlói Kistérség
A vér, vércépző szervek, immunrendszer bet. (D50-D89)	85335	12601	5776	573
Asthma (J45)	92993	13191	6279	466
Vashiányos anaemia (D50)	60657	9424	4787	409
Atopiás dermatitis (L20)	75937	13571	7360	467
Endokrin, táplálkozási és anyagcsere bet. (E00-E90)	88131	8948	3363	257

Betegségek	Magyarország	Dél- Dunántúl	Baranya megye	Komlói Kistérség
A szem és a fénytörés betegségei (H49-H52)	52907	4747	1582	253
Kalória többlet miatti elhízás (E66.0)	43767	3662	1572	188
Deformáló hátgerinc elváltozások (M40-M43)	48049	4233	933	123
Mentális és viselkedés zavarok(F00-F99)	43294	3903	1406)	151
Magasvérnyomás (I10-I15)	12202	1253	590	80
Epilepszia (G40)	12054	1642	651	44
Pshichés fejlődés rendellenességei	15703	1114	332	63
Mentalis retardatio (F70-F79)	11594	1054	425	58
Keringési rendsz. veleszül. rendellenességei (Q20-Q28)	15617	1152	339	23
A húgyrendszer veleszül. Rendellenességei (Q60-Q64)	9479	880	302	23
Vakság és csökkentlátás (H54)	3756	339	109	13
Elhanyagolás vagy elhagyás (Y06)	2948	191	114	3
Glomerularis betegségek (N00-N08,N10-N16)	6246	488	205	15
Csecsemőkori agyi bénulás (G80)	2140	253	82	13
Visszamaradt magzati növekedés, alultápláltság(P05, P07)	8283	935	346	22

6. számú táblázat: A háziorvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebbek főbb megbetegedései 2009.

Betegségek	Magyarország	Dél- Dunántúl	Baranya megye	Komlói Kistérség
Magasvérnyomás	2745147	300117	126980	15232
Ischaemiás szívbetegség	1084583	141169	70997	9305
Spondylopathiák	1150422	135495	53439	9599
Diabetes	785246	89272	40069	5964
Lipoprotein anyagcsere rendellenességei	1011007	114535	45729	6260
A csontsűrűség, csontszerkezet bet. (M80-M85)	380234	41668	16506	1776
Idült alsólégúti betegségek	341332	39405	15308	1630
Cerebrovascularis betegség	488106	50641	20826	3463
Roszdindulatú daganatok	258525	28574	13374	1630
Gyomor-. nyombél-. egyéb fekély	253231	27248	10632	1469
A vér, vérképző szervek, immunrendszer bet.	287520	38352	18685	2154
Pajzsmirigy betegségei	304717	34817	16919	2964
Májbetegségek	164614	17080	6995	652
Deformáló hátgerinc elváltozások	154883	12873	5110	249
Asthma	249929	24863	9919	1435
Átmeneti agyi ischaemiás attack	200350	17528	7864	551
Szívbetegségek egyéb formái	128684	10966	5126	365
Vashiányos anaemia	145773	20942	10890	1557
Pszichoaktív szer okozta pszichés zavar(F10-F19)	104341	10421	4400	305
Köszvény	181850	17068	6045	483

A gyermekeknél a leggyakoribb megbetegedések a kistérségben 2009-ben:

- 1.A vér, vérképző szervek, immunrendszer betegségei
- 2.Atópiás dermatitis
- 3.Asthma.

A felnőtteknél a leggyakoribb megbetegedések a kistérségben 2009-ben:

- 1.Magasvérnyomás
- 2.Spondylopthiák
- 3.Ischaemiás szívbetegségek

Szív- érrendszeri megbetegedések

A szív- és érrendszeri betegségek világszerte, különösen a fejlett országokban vezető haláloknak számítanak, nincs ez másként hazánkban sem. Magyarországon a várható átlagos élettartam férfiaknál 8, nőknél 6 évvel marad el az európai értéktől, az úgynevezett korai halálozásért elsősorban a keringési rendszer zavarai felelősek. A kardiovaszkuláris betegedések közül - gyakoriság okán - kiemelendők a szívinfarktusz, a stroke, a koszorúér-betegség és a szívelégtelenség. A betegségek kialakulása jelentős részben genetikai, illetve környezeti tényezőkre, de elsősorban az egyén életmódjára vezethető vissza. A szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában rengeteg kockázati tényező játszik szerepet. Kiemelt fontosságúak a magas vérnyomás, emelkedett koleszterinszint, cukorbetegség, túlsúly, túlzott alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, genetikai tényezők, életkor, élet- és munkakörülmények, pszichoszociális stressz.

7. számú táblázat: Kardiovaszkuláris megbetegedések férfiak körében 2015-2020

Év	Halálozások száma	Ebből:			
		rosszindulatú daganatok	heveny szívizom-elhalás	egyéb ischaemiás szívbetegség	agyér-betegség ^a

Férfi:

2015	63 545	17 655	3 359	11 241	5 448
2016	62 658	18 020	3 365	11 089	4 713
2017	64 025	17 716	3 250	11 581	4 960
2018	64 016	17 617	3 250	11 417	4 851
2019	62 843	17 241	3 301	11 286	4 981
2020	68 661	16 804	3 219	11 357	5 162

8. számú táblázat: Kardiovaszkuláris megbetegedések nők körében 2015-2020

Év	Halálozások száma	Ebből:			
		rosszindulatú daganatok	heveny szívizom-elhalás	egyéb ischaemiás szívbetegség	agyér-betegség ^a

NŐ:

2015	68 152	15 137	2 669	15 738	7 052
2016	64 395	14 967	2 379	14 451	5 988
2017	67 649	15 128	2 508	15 306	6 424
2018	67 029	14 969	2 583	14 852	6 416
2019	66 760	14 771	2 398	14 685	6 507
2020	72 341	14 819	2 436	14 923	6 560

KSH adatbázis 2021.09.

Diabétesz előfordulása Magyarországon:

Napjainkban a fejlett országok legfőbb egészségügyi kihívását a nem fertőző krónikus megbetegedések egyre növekvő száma okozza. A főként idősebb korban előforduló, gyakran halmozódó betegségek az egyén és az ellátórendszer számára is komoly kihívást jelentenek. A diabetesben szenvedők száma megnégyszereződött 1980 óta, ez 2014-ben már mintegy 422 millió főt jelentett világszerte. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 10,4%-ra becsüli a cukorbetegség prevalenciáját a magas jövedelmű országokban, mely 2045-re becslés szerint akár 11,9%-ra növekedhet. ¹A 2-es típusú cukorbetegség (T2DM) prevalenciája folyamatosan emelkedik, a Nemzetközi Diabetes Szövetség (IDF) kutatási eredményei alapján 2045-re világszerte várhatóan a 10%-ot is elérheti a cukorbeteg aránya. A praediabetesre vonatkoztatva 2017-ben a csökkent glükóztolerancia előfordulási gyakorisága világviszonylatban átlagosan 7,3% volt (352,1 millió ember), ez a szám 2045-re 8,3%-ra (531,6 millió fő) emelkedhet. Ez nemcsak a betegek várható életkilátása szempontjából jelent problémát, hanem egészséggazdasági szempontból is. A praediabetes a 2-es típusú cukorbetegség kórmegelőző állapota, amely a normál vércukorszintet meghaladó, de a diabetes mellitus diagnosztikai kritériumait el nem érő plazma glükóz értékek esetén mondható ki. A 2-es típusú cukorbetegség kezdetben meglehetősen tünetszegény, ami nehezíti a korai felismerést. Lényeges, hogy a praediabetes már a cukorbetegség

¹ Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract. 2019; 157: 107843

diagnosztizálása előtt kb. 5–15 évvel is kialakulhat, ebben az időszakban pedig már a célszervi károsodások –főként a macrovascularis szövődmények– is megjelenhetnek. Emellett a kedvezőtlen szénhidrát-anyagcsere státusz a daganatos betegségek kialakulásának is kedvez

234

Különösen nehéz mind társadalmi, mind finanszírozói szempontból a nem megfelelően kezelt diabetes szövődményeinek terápiája, melyek kialakulásuk esetén további életminőségromlást és többletköltséget generálnak. Sok esetben évekig, évtizedekig is ronthatják a betegek egészségi állapotát, és a betegség hossza bizonyítottan hat a különböző szövődmények kialakulási esélyeire is (például perifériás keringési, szem-, veseszövődmények).

A Global Burden of Disease Study (GBD) Magyarországra vonatkozó adatai alapján Magyarországon 2000-ben a diabetes (szövődmény meglététől vagy típusától függetlenül) a 14. leggyakoribb halállokként szerepelt, ez 2017-re a 11. helyre került. Az egészségkárosodással korrigált életévek (DALY) számát illetően azonban a diabetes már 2000-ben a 9., 2017-ben pedig a 7. helyen szerepelt. A magyar és – egy kivétellel – a WHO adatok is emelkedő tendenciát mutatnak, hazánkban azonban mindig a WHO Európai Régiójának átlaga feletti számokat láthatunk, és a növekedés mértéke is nagyobb.⁵⁶

Számos bizonyíték mutat rá, hogy ez a betegség, illetve a vele járó egyéb szövődmények kockázata életmódváltással csökkenthető, ide tartozik a fizikai aktivitás növelése, a dohányzás abbahagyása és minőségi diéta tartása. Fontos, hogy ezek a rizikófaktorok bizonyítottan nemcsak a neuropátiás, hanem a más típusú szövődmények kialakulásában – így megelőzésében – is szerepet játszanak. Egészségpolitikai szempontból is kiemelt jelentőséggel bír az egészségtudatosság növelése a lakosság körében és ezzel az elkerülhető megbetegedések és halálozások számának csökkentése. Ezt az egészségnevelő, preventív jellegű programok és szűrőprogramok szervezése is segítheti⁷

² Ramlo-Halsted BA, Edelman SV. The natural history of type 2 diabetes. Implications for clinical practice. *Prim Care* 1999; 26: 771–789.

³ Giovannucci E, Harlan MD, Archer CM, et al. Diabetes and cancer. A consensus report. *Diabetes Care* 2010; 33: 1674–1685.

⁴ Nakamura J, Kamiya H, Haneda M, et al. Causes of death in Japanese patients with diabetes based on the results of a survey of 45,708 cases during 2001–2010: report of the Committee on Causes of Death in Diabetes Mellitus. *J Diabetes Investig.* 2017; 8: 397–410.

⁵ Global Health Estimates 2016: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. World Health Organization, Geneva, 2018.

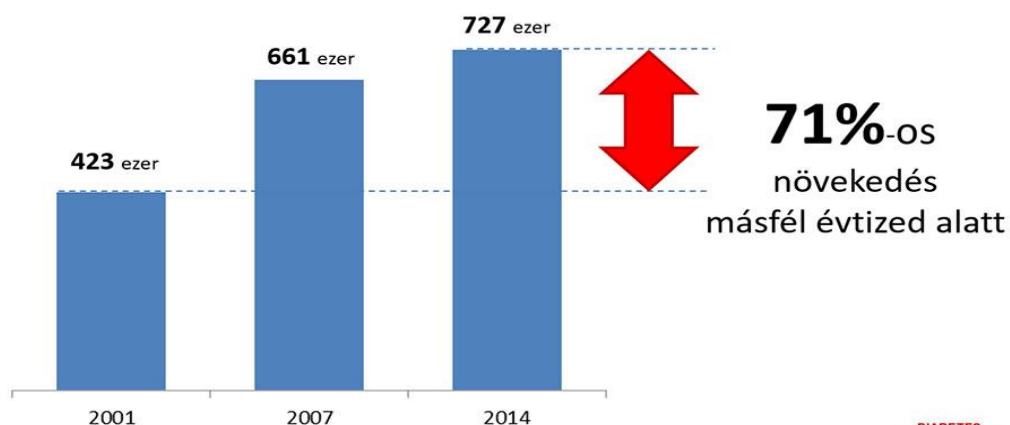
⁶ GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789–1858.

⁷ Kempler P, Tesfaye S, Chaturvedi N, et al. Autonomic neuropathy is associated with increased cardiovascular risk factors: the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabet Med.* 2002; 19: 900–909.

4. számú ábra: 2-es típusú diabéteszes betegek száma

2-es típusú diabéteszes betegek száma

(adott évben ismert betegszám)



Forrás: OEP adattár



5. számú ábra: 10 ezer lakosra jutó cukorbeteg száma



6. számú ábra: Szénhidrát anyagcsere állapota alapján alkotott kategóriák WHO kritériumrendszer alapján

Hazánkban a kategorizálás a WHO 2006. évi kritériumrendszere alapján történik:

A szénhidrát-anyagcsere állapota	Glukózkoncentráció, mmol/l (véna plazma, laboratóriumi mérés)
Normális glukóztolerancia	Éhomi vércukorszint $\leq 6,0$ OGTT 2 órás érték $< 7,8$
Emelkedett éhomi vércukor (IFG)	Éhomi vércukorszint $\geq 6,1$ de $< 7,0$ és OGTT 2 órás érték $< 7,8$
Csökkenett glukóztolerancia (IGT)	Éhomi vércukorszint $< 7,0$ és OGTT 2 órás érték $\geq 7,8$ de $< 11,1$
Diabetes mellitus	Éhomi vércukorszint $\geq 7,0$ vagy OGTT 2 órás érték $\geq 11,1$

A WHO 2011-ben, az IDF 2012-ben elfogadta az American Diabetes Association ajánlását a HbA1c-érték bevonásáról a diagnosztikai kritériumrendszerbe. A HbA1c-érték kategóriái:

Anyagcsere-állapot	HbA1c-érték
normális	$\leq 5,6\%$
prediabetes	$5,7 - 6,4\%$
diabetes mellitus	$\geq 6,5\%$

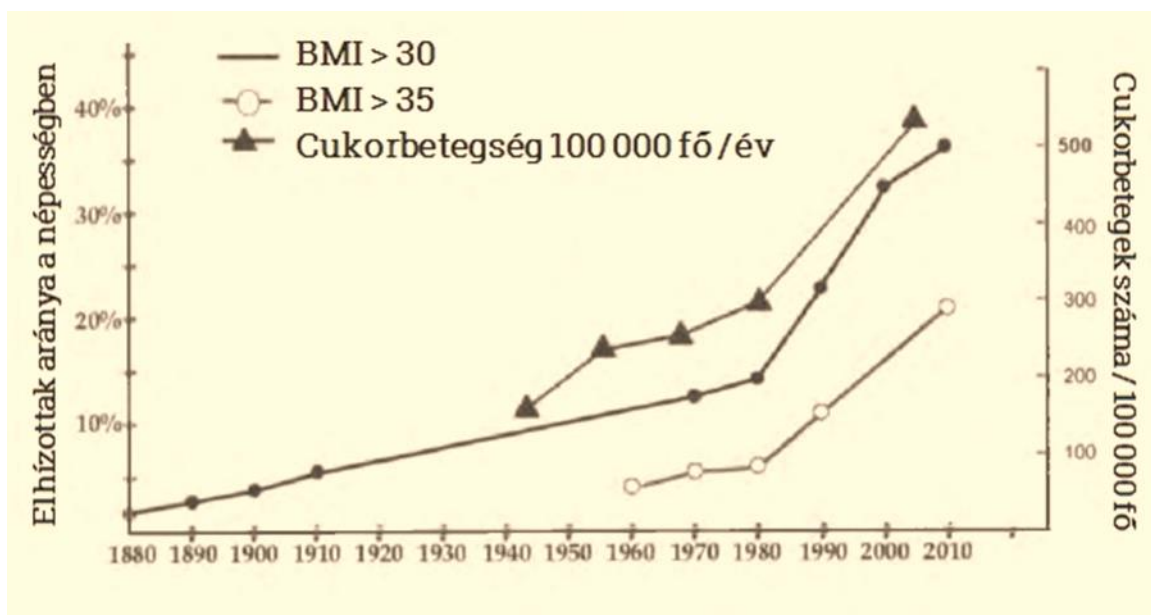
Forrás: Egészségügyi szakmai irányelv A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban

A cukorbetegség nagyarányú előfordulásának hátterében döntő módon a populációsztű elhízás és a mozgásszegény életmód áll. Az elhízottak aránya közel megduplázódott a világon 1980 óta, nemzetközi adatok szerint több mint 500 millió ember érintett, egy 2014-ben készült elemzés szerint a 18 éves korba lépő fiatal felnőttek 39%-a túlsúlyos és további 13%-a elhízott. A 2-es típusú cukorbetegség 80-90%-a elhízott, és szoros összefüggés figyelhető meg a megnövekedett testsúly és az inzulinrezisztencia mértéke között. Az elhízás és a T2DM együttes jelenléte kifejezett kockázatot jelent a cardiovascularis betegségek, a hipertónia és dyslipidaemia (magas összcholesterol- és LDL-cholesterol-, magas triglicerid- és alacsony HDL koleszterinszintek) megjelenésére, valamint a csont- és ízületi betegségek, az alvási apnoe szindróma, bizonyos daganatos betegségek és hangulati zavarok kialakulása szempontjából.⁸

⁸ Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: A patient centered approach: Update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015;38:140-9.

7. számú ábra: Összefüggés az elhízottak aránya és a cukorbetegek száma között

Összefüggés az elhízottak aránya és a cukorbetegek száma között

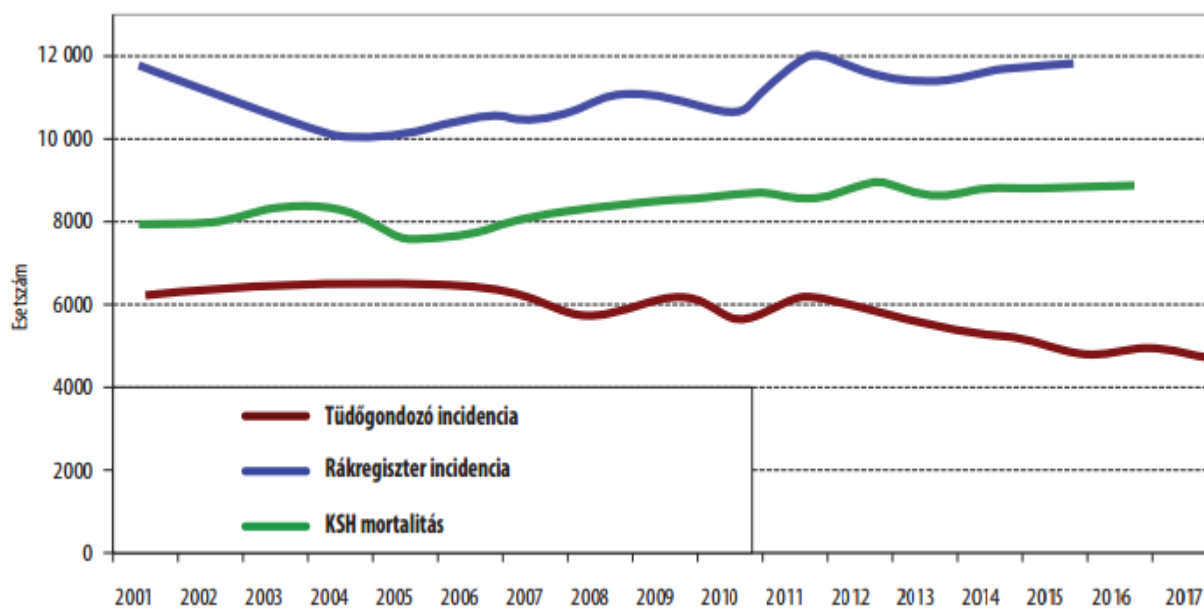


A 2-es típusú diabetes ellátása az esetek többségében a gyógyszeres terápián túl komplex életmód-terápiát is igényel, amely magában foglalja speciális diéta követését és a rendszeres testmozgást. Ennek megfelelően a beteg önmaga is aktív részese a kezelésnek, így tudásának, készségeinek és önhatékonyságának szintje alapvetően határozza meg betegsége karbantartását. Az életmód változtatása és a testsúly rendezése nélkül a gyógyszeres terapia sem lesz kellően hatékony, ezért a betegek megfelelő tájékoztatására és oktatására elegendő időt szükséges fordítani az ellátórendszer minden szegmensében. A diabetológiai team (diabetológus orvos, dietetikus, gyógyszerész és diabetológiai edukátor) a szakmai támogatást és a gondozást biztosítja.

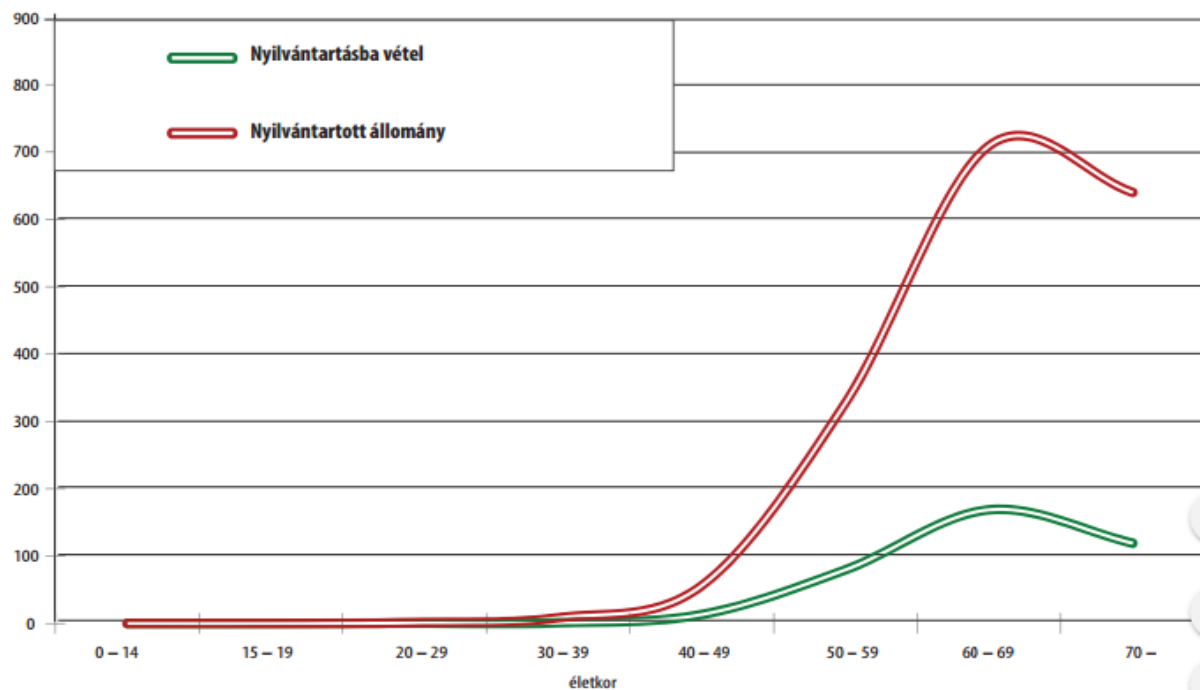
Tüdőrák előfordulása hazánkban

A magyar férfiak tüdőrákban való halálozási száma évek óta világszerte a legmagasabb, a nők tüdőrák incidenciája pedig töretlenül emelkedik az utóbbi évtizedben. 2002. óta a nők tüdőrák mortalitása megelőzi az emlő és a coloncarcinoma mortalitását. A light dohányos nők körében emelkedik a tüdő adenocarcinoma előfordulása és a rendszeresen dohányzók körében 15x gyakoribb az előfordulás, azonban a tüdőrákos betegek 10-15%-a soha nem dohányzott.

8. számú ábra: Hörgőrákos megbetegedések morbiditási és mortalitási időszora



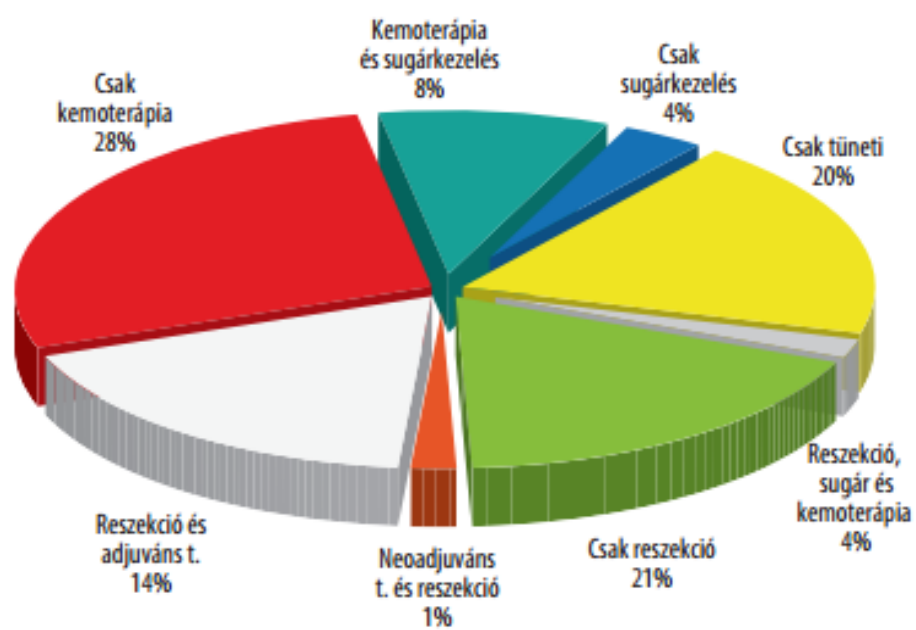
9. számú ábra: Hörgőrákos betegek korcsoportos megoszlása



10. számú ábra: Hörgőrák-incidencia területi eloszlása

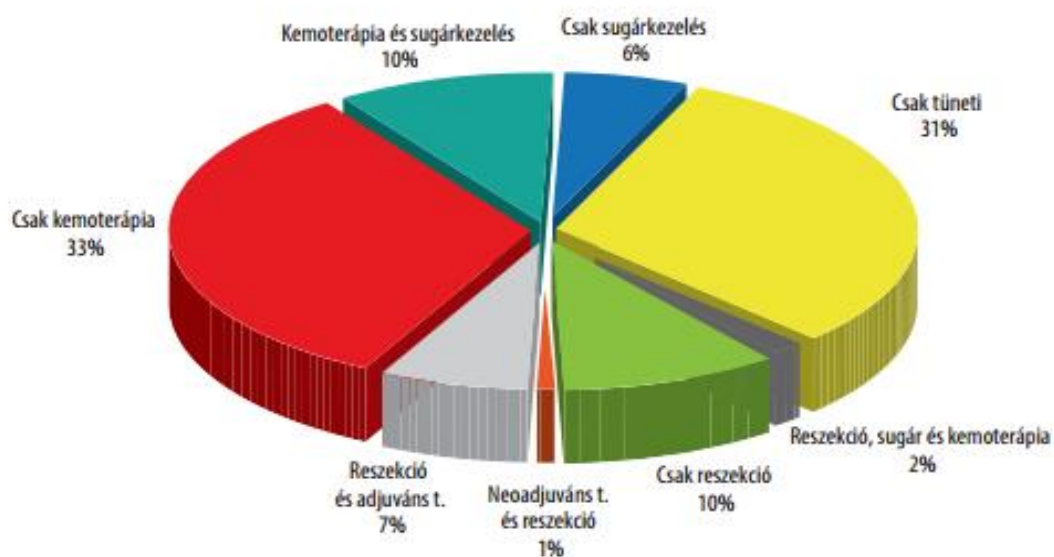


11. számú ábra: Szűréssel felfedezett esetek



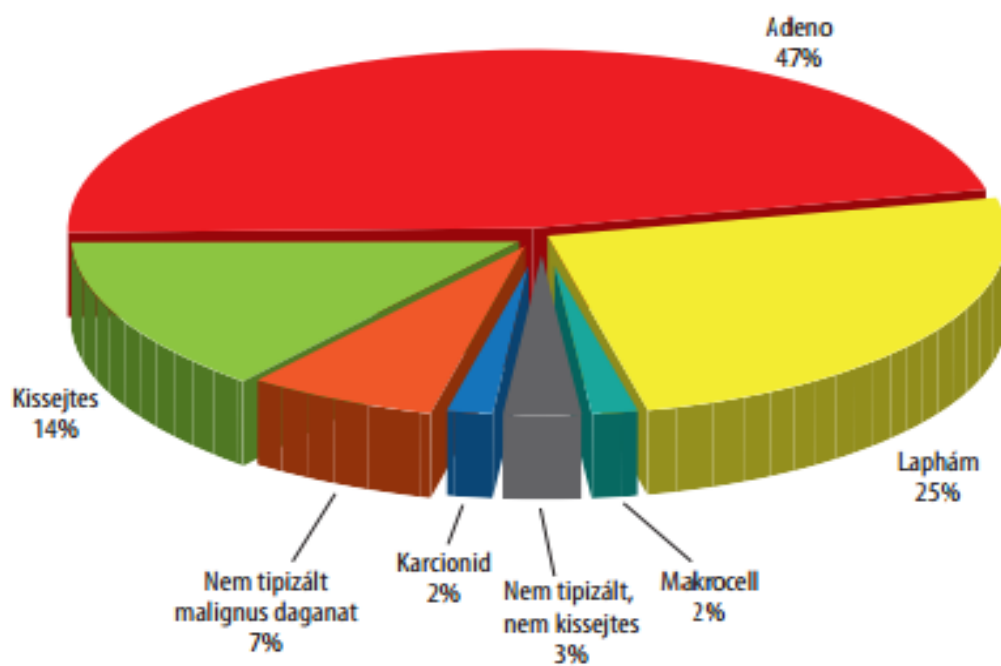
Szűréssel (reszekciós ráta: 40%)

12. számú ábra: Panasszal felfedezett esetek

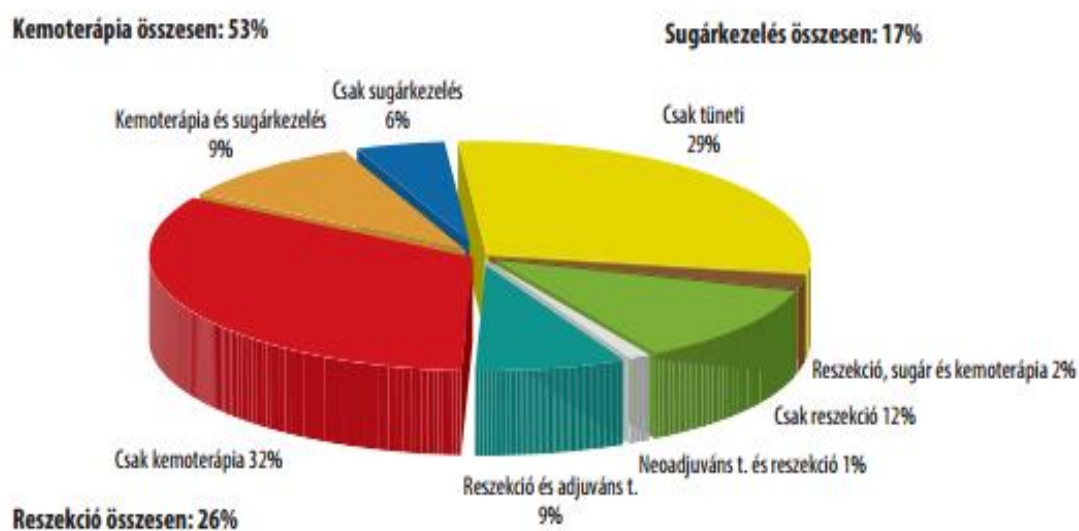


Panasszal (reszekciós ráta: 20%)

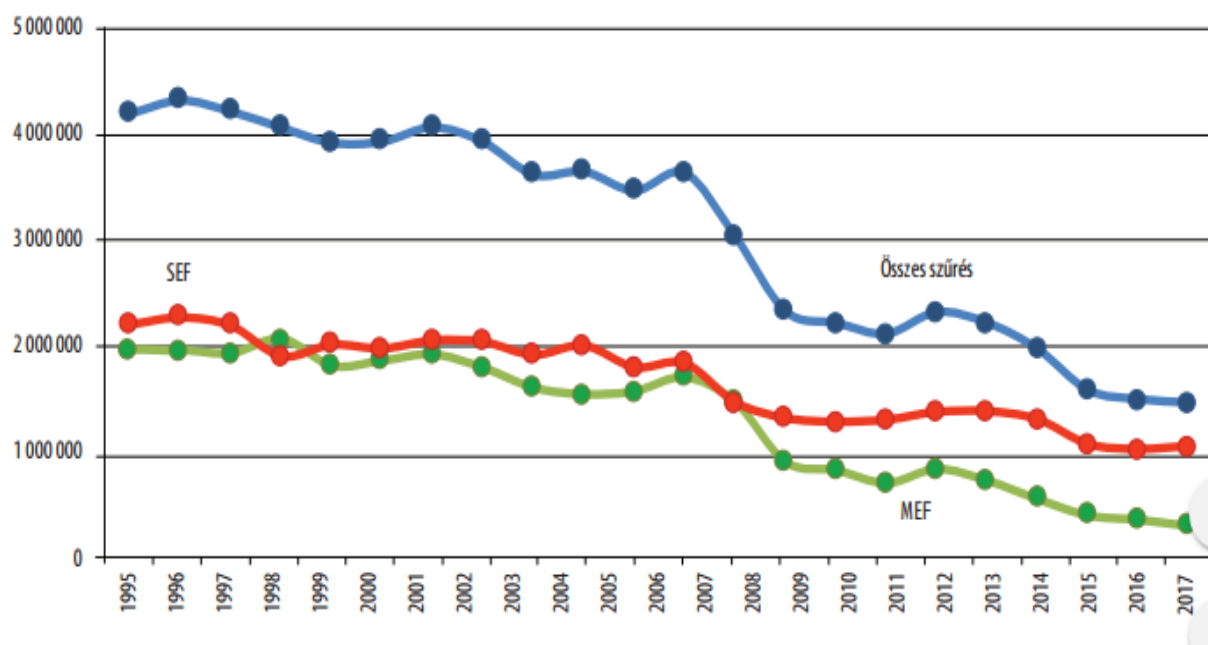
13. számú ábra: Új megbetegedések sejttípus szerinti megoszlása



14. számú ábra: Új esetek terápia szerinti megoszlása



15. számú ábra: Szűrővizsgálatok számának alakulása



Rosszindulatú daganatok

9. számú táblázat: Komlói Járásban férfiak körében 2018-ban felfedezett rosszindulatú daganatok korcsoport szerint

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
Az ajak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A nyelvgyök rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
A fogíny rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájfenék rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájpad rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A száj egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
A parotis rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3
Egyéb és nem meghatározott nagyobb nyálmirigyek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A mandula rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájgarat rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Az orrgarat rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A sinus pyriformis rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hypopharynx rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4
Rosszindulatú daganat az ajak, a szájüreg, a garat egyéb és rosszul meghatározott részein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
A nyelőcső rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	4
A gyomor rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A vékonybél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A vastagbél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	2	0	0	9
A szigmabél-végbél határ rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4
A végbél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	1	2	0	2	10
A végbélnyílás és anus csatorna rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A máj és intrahepaticus epeutak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Az epehólyag rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az epeutak egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hasnyálmirigy rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	6
Egyéb és rosszul meghatározott emésztőszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Az orrüreg és a középfül rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A melléküregek rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A gége rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
A légcső rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	2	3	3	0	0	16
A csecsemőmirigy (thymus)rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szív, a gátor és a mellhártya rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4
A légzőszervek és a mellüregi szervek egyéb és rosszul meghatározott lokalizációjú rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A végtagok csontjának és ízületi porcának rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb és nem meghatározott elhelyezkedésű csont és ízületi porc rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
A bőr rosszindulatú melanómája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	6
Mesothelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Kaposi sarcoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A perifériás idegek és az autonóm idegrendszer rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hashártya és reoperitoneum rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb kötőszövet és lágyrészek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
Az emlő rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szeméremtest rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hüvely rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhnyak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhtest rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méh nem meghatározott részének rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A petefészek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A női nemi szervek egyéb, nem meghatározott részének rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhlepény rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hímvessző rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A prostata rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	6	3	3	2	0	19

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A here rosszindulatú daganata	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Egyéb és nem meghatározott férfi nemiszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A vese rosszindulatú daganata, kivéve a vesemedencét	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	7
A vesemedence rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
A húgyvezeték rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A húgyhólyag rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3	4	1	1	15
Egyéb és nem meghatározott húgyszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szem és függelékei rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Az agyburkok rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az agy rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
A gerincvelő, az agyidegek és a központi idegrendszer egyéb részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A pajzsmirigy rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
A mellékvese rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb endokrin mirigyek és járulékos szövetek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Egyéb rosszul meghatározott lokalizációk rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	8
A nyirokcsomók másodlagos és nem meghatározott rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A légzőszervek és emésztőszervek másodlagos rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Egyéb lokalizációk másodlagos rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
Rosszindulatú daganat a lokalizáció meghatározása nélkül	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hodgkin kór	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Follicularis [nodularis] non- Hodgkin lymphoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diffúz non-Hodgkin lymphoma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
Perifériás és cutan T-sejtes lymphomák	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A non-Hodgkin lymphoma egyéb és k.m.n. típusai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rosszindulatú immumoproliferatív betegségek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Myeloma multiplex és plasmasejtes rosszindulatú daganatok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Lymphoid leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Myeloid leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Monocytás leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb meghatározott sejttípusú leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meghatározatlan sejttípusú leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A nyirok-, a vérképző- és kapcsolódó szövetek egyéb és meghatározatlan rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Független többszörös lokalizációk (elsődleges) rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájüreg, a nyelőcső és a gyomor in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb és nem meghatározott emésztőszervek in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A középfül és a légzőrendszer in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melanoma in situ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A bőr in situ rákja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
Az emlő in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhnyak in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb megnevezett, valamint meghatározatlan nemiszervek in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb meghatározott és k.m.n. lokalizációjú in situ carcinoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A húgyszervek jóindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az agy és a központi idegrendszer egyéb részeinek jóindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Összesen:	0	0	0	0	1	1	0	1	4	8	11	10	32	29	27	28	8	5	165

10. számú táblázat: Komlói Járásban nők körében 2018-ban felfedezett rosszindulatú daganatok korcsoport szerint

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
Az ajak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A nyelvgyök rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A fogíny rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájfénék rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájpad rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A száj egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A parotis rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Egyéb és nem meghatározott nagyobb nyálmirigyek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A mandula rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájgarat rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az orrgarat rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A sinus piriformis rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hypopharynx rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rosszindulatú daganat az ajak, a szájüreg, a garat egyéb és rosszul meghatározott részein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
A nyelőcső rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
A gyomor rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	5
A vékonybél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A vastagbél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	1	10
A szigmabél-végbél határ rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
A végbél rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	6
A végbélnyílás és anus csatorna rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A máj és intrahepaticus epeutak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Az epehólyag rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az epeutak egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4
A hasnyálmirigy rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	4
Egyéb és rosszul meghatározott emésztőszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
Az orrüreg és a középfül rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A melléküregek rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A gége rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A légcső rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3	0	2	1	0	12
A csecsemőmirigy (thymus)rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szív, a gátor és a mellhártya rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
A légzőszervek és a mellüregi szervek egyéb és rosszul meghatározott lokalizációjú rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A végtagok csontjának és ízületi porcának rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb és nem meghatározott elhelyezkedésű csont és ízületi porc rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A bőr rosszindulatú melanómája	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	1	8
Mesothelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kaposi sarcoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A perifériás idegek és az autonóm idegrendszer rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hashártya és reoperitoneum rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Egyéb kötőszövet és lágyrészek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	5
Az emlő rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	10	6	5	4	1	1	31

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A szeméremtest rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hüvely rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhnyak rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
A méhtest rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	3	4	0	1	1	1	15
A méh nem meghatározott részének rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A petefészek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	2	2	2	0	0	1	13
A női nemiszervek egyéb, nem meghat. részének rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A méhlepény rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A hímvessző rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A prostata rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A here rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb és nem meghatározott férfi nemiszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A vese rosszindulatú daganata, kivéve a vesemedencét	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
A vesemedence rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A húgyvezeték rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A húgyhólyag rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
Egyéb és nem meghat. húgyszervek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szem és függelékei rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az agyburkok rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az agy rosszindulatú daganata	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
A gerincvelő, az agyidegek és a központi idegrendszer egyéb részeinek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
A pajzsmirigy rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	7
A mellékvese rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb endokrin mirigyek és járulékos szövetek rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb rosszúl meghat. lokalizációk rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	3	0	11
A nyirokcsomók másodlagos és nem meghatározott rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A légzőszervek és emésztőszervek másodlagos rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Egyéb lokalizációk másodlagos rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
Rosszindulatú daganat a lokalizáció meghatározása nélkül	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hodgkin kór	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Follicularis [nodularis] non- Hodgkin lymphoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Diffúz non-Hodgkin lymphoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perifériás és cutan T-sejtes lymphomák	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A non-Hodgkin lymphoma egyéb és k.m.n. típusai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rosszindulatú immumoproliferatív betegségek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Myeloma multiplex és plasmasejtes rosszindulatú daganatok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Lymphoid leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Myeloid leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Monocytás leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	Össz
Egyéb meghatározott sejttípusú leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meghatározatlan sejttípusú leukaemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
A nyirok-, a vérképző- és kapcsolódó szövetek egyéb és meghatározatlan rosszindulatú daganatai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Független többszörös lokalizációk (elsődleges) rosszindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A szájüreg, a nyelőcső és a gyomor in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb és nem meghat. emésztőszervek in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A középfül és a légzőrendszer in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melanoma in situ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
A bőr in situ rákja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Az emlő in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
A méhnyak in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Egyéb megnevezett, valamint meghatározatlan nemiszervek in situ carcinomája	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb meghatározott és k.m.n. lokalizációjú in situ carcinoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A húgyszervek jóindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Az agy és a központi idegrendszer egyéb részeinek jóindulatú daganata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Összesen	0	0	0	1	0	1	3	4	2	8	11	11	34	34	17	22	15	13	176

Méhnyakrák

2012-ben 2,7 millió új daganatos megbetegedést fedeztek fel Európában, amelyből a méhnyakrák a nők körében a 4. helyen állt (5%). A megbetegedés kapcsán az európai országok számos módszerrel küzdenek a megelőzésért és a korai diagnózis felállításáért. Az országok több mint felében, jelentősen eltérő átszűrési mutatókkal ugyan, de szervezett szűrőprogramok működnek⁹¹⁰. Magyarországon a méhnyakrákos eredetű halálozás európai összehasonlításban igen magas, a hetedik helyen szerepel a női daganatok okozta halálozások között¹¹¹²¹³. Hazánkban hosszú időn át opportunisztikus jelleggel működött a szűrési tevékenység¹⁴. Kiterjesztésében jelentős mérföldkő volt az 1981-ben meghirdetett ún. cervixprogram, és később a Világbank által támogatott modellkísérletbe is bekerült a méhnyakszűrés¹⁵. A népegészségügyi célú, szervezett lakossági szűrőprogram 2003-ban indult el¹⁶. A nemzetközi gyakorlat magyarországi megvalósításának kezdeti lépése, azaz a védőnők bevonása a szűrési rendszerbe a Liliom Program II. üteméhez köthető, amikor is kísérleti jelleggel vettek részt a szűrési tevékenység végzésében. A kezdeményezés eredményesnek bizonyult, így 2008-ban útjára indult a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP I.), amelynek keretében 30 717 nő kapott meghívót a területi védőnőhöz, 13 823 nőt értek el az érintettek közül és 34% (4764 fő) vett részt a szűrésen. A kezdeményezés 2010-ben is folytatódott Védőnői Méhnyakszűrő Program (VMP II.) néven, amelynek során 45 899 olyan nő kapott meghívólevelet, akik utoljára három évnél régebben vettek részt szűrésen, a megjelenési arány 24,14% volt. A program harmadik üteme is lezajlott 2011-ben (Védőnői Méhnyakszűrő Program III. – VMP III.), a 3 év alatt országosan a meghívott 101 874 nő 50%-a volt elérhető a védőnők által, és közülük 30% (15 425 nő) vett részt a szűrésen. A programok eredményei alapján a védőnők alkalmasak és képesek a kenetvétel elvégzésének megtanulására, kivitelezésére és a lakónépesség megszólítására, ugyanakkor ennek eredményei az országos kiterjesztésben sajnos nem tapasztalhatóak¹⁷. A területi védőnők méhnyakrák szűrésre irányuló, „Pilotjellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című pályázat keretében 6

⁹ Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent T, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 49:1374–1403, 2013

¹⁰ Elfström KM, Arnheim-Dahlström L, von Karsa L, et al. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes. *Eur J Cancer* 51:950–968, 2015

¹¹ Levi F, Lucchini F, Negri E, et al. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 36:2266–2271, 2000

¹² Boncz I, Vajda R, Agoston I, et al. Changes in the health status of the population of Central and Eastern European countries between 1990 and 2010. *Eur J Health Econ* 15(S1):137–141, 2014

¹³ Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet* 389:847–860, 2017

¹⁴ Döbrössy L, Bodó M, Sugár J. A cytológiai tömegszűrés helyzete és kilátásai. *Orv Hetil* 118:2121–2134, 1977

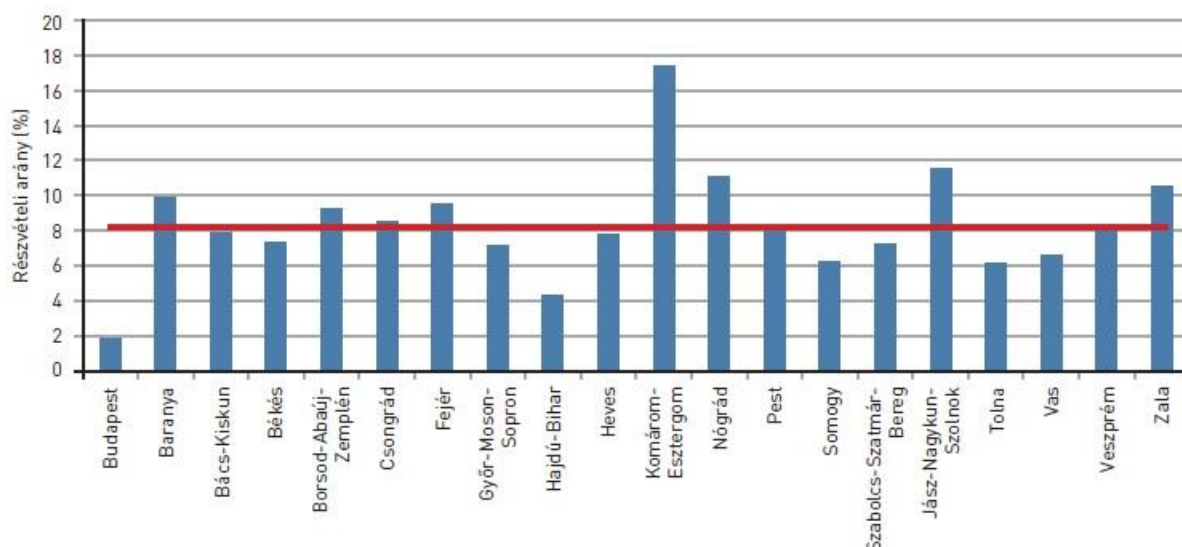
¹⁵ Bodó M, Döbrössy L, Liska G, et al. Rákszűrés Magyarországon: Modellprogramok világbanki támogatással. *Orv Hetil* 138:1801–1804, 1997

¹⁶ Boncz I, Sebestyen A, Ember I. Organized, nationwide cervical cancer screening programme in Hungary. *Gynecol Oncol* 106:272–273, 2007

¹⁷ Molnár K, Kovács A, Fuchs N, et al. A védőnői cervix (méhnyak) szűrés illeszkedése a népegészségügyi programba. *Egészség-Akadémia* 2:116–125, 2011

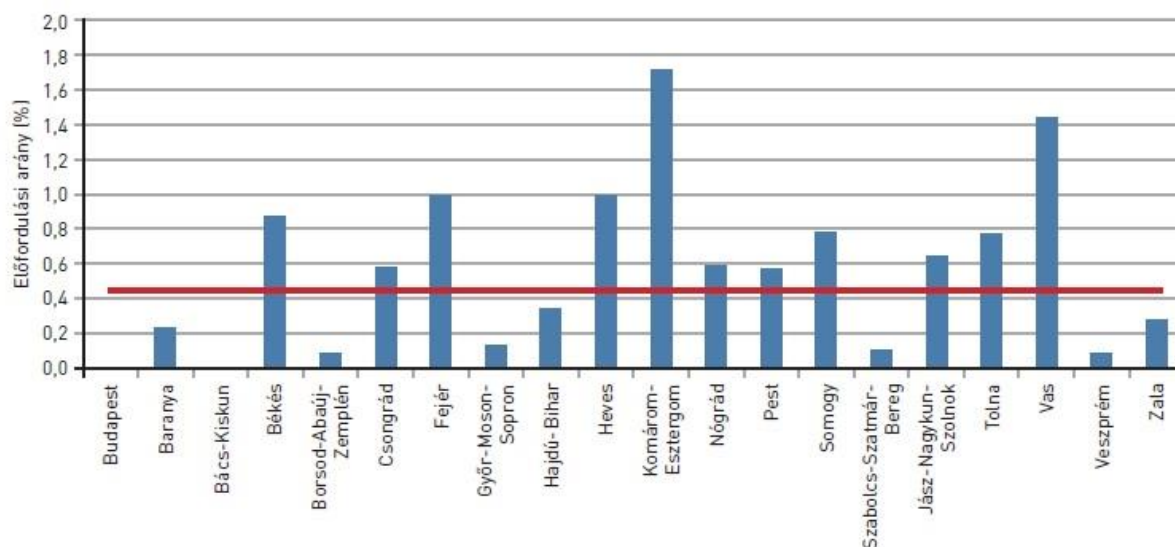
alkalommal – 2013. október, 2014. április, 2014. augusztus, 2015. február, 2015. március, 2015. június – kerültek kiküldésre a meghívólevelek a 25–65 év közötti női lakosság részére.

16. számú ábra: A szűrésen részt vett nők aránya a kiküldött meghívókhoz képest



A behívási arány legmagasabb értéke Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében mutatkozott, ott a célcsoport 100%-a kapott meghívólevelet a szűrővizsgálaton való részvételre. Ezt követte 91,86%-kal Nógrád megye, 87,11%-kal Heves megye, 70,81%-kal Tolna megye és 62,69%-kal Zala megye. A legalacsonyabb behívási arány Budapesten volt (1,72%). Budapesten és Bács-Kiskun megyében nem került kimutatásra. HPV-fertőződés, a legmagasabb arány az elvégzett szűrővizsgálatokhoz viszonyítva Komárom-Esztergom (1,72%) és Vas (1,45%) megyében figyelhető meg. Viszonylag magas még az előfordulás Fejér (0,99%), Heves (0,99%) és Békés (0,88%) megyében. Az összes kiküldött meghívóhoz viszonyítva a fertőzés előfordulása, ami tulajdonképpen a célcsoporton belüli HPV-prevalenciának felel meg: 37,44/100 000 nő.

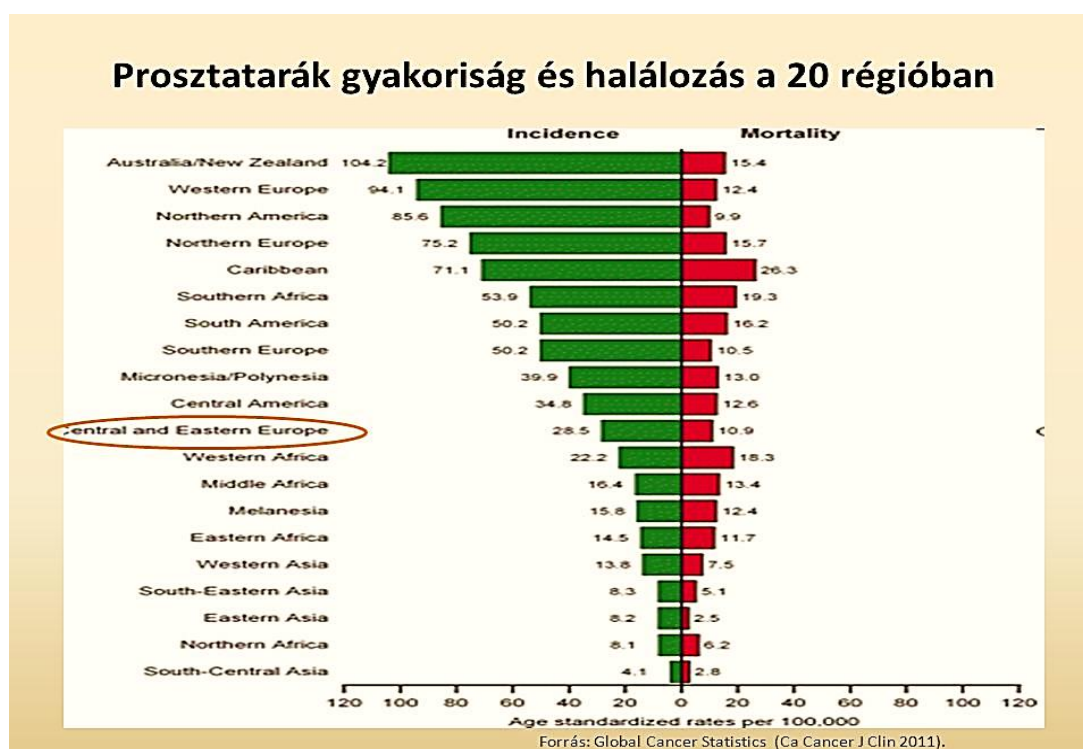
17. számú ábra: HPV-pozitív esetek előfordulási aránya az elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest megyei bontásban



Prosztata tumor

A prosztatarák világszerte vezető helyen áll a malignus daganatok előfordulási statisztikáiban és a halálozásban. 2008-ban közel 900 000 új esetet diagnosztizáltak világszerte, ami a férfiak daganatos betegségének 14%-a. A boncolás során talált prosztatarák nagyjából azonos gyakoriságú a világ különböző részein, ezzel ellentétben a klinikailag manifeszt daganat incidenciájában hatalmas különbségek vannak a különböző országok között, előfordulása leggyakoribb az USA-ban és Észak-Európában, legritkébb pedig Délkelet-Ázsiában¹⁸. A változatosság hátterében genetikai és környezeti eltérések állhatnak. A nyugati világban a férfiak között ez a második leggyakoribb daganatos halálok a tüdőrák után. Magyarországon a Nemzeti Rákregiszterben évente kb. 4000-4500 új daganatos előfordulást regisztrálnak, ezzel előfordulási gyakoriságban a tüdőrák után a második, mortalitásban viszont a tüdőrák és a kolorektális daganatok után következik, mint a harmadik leggyakoribb rákos halálok (KSH adatai, 2016)¹⁹.

18. számú ábra: Prosztatarák gyakoriság és halálozás

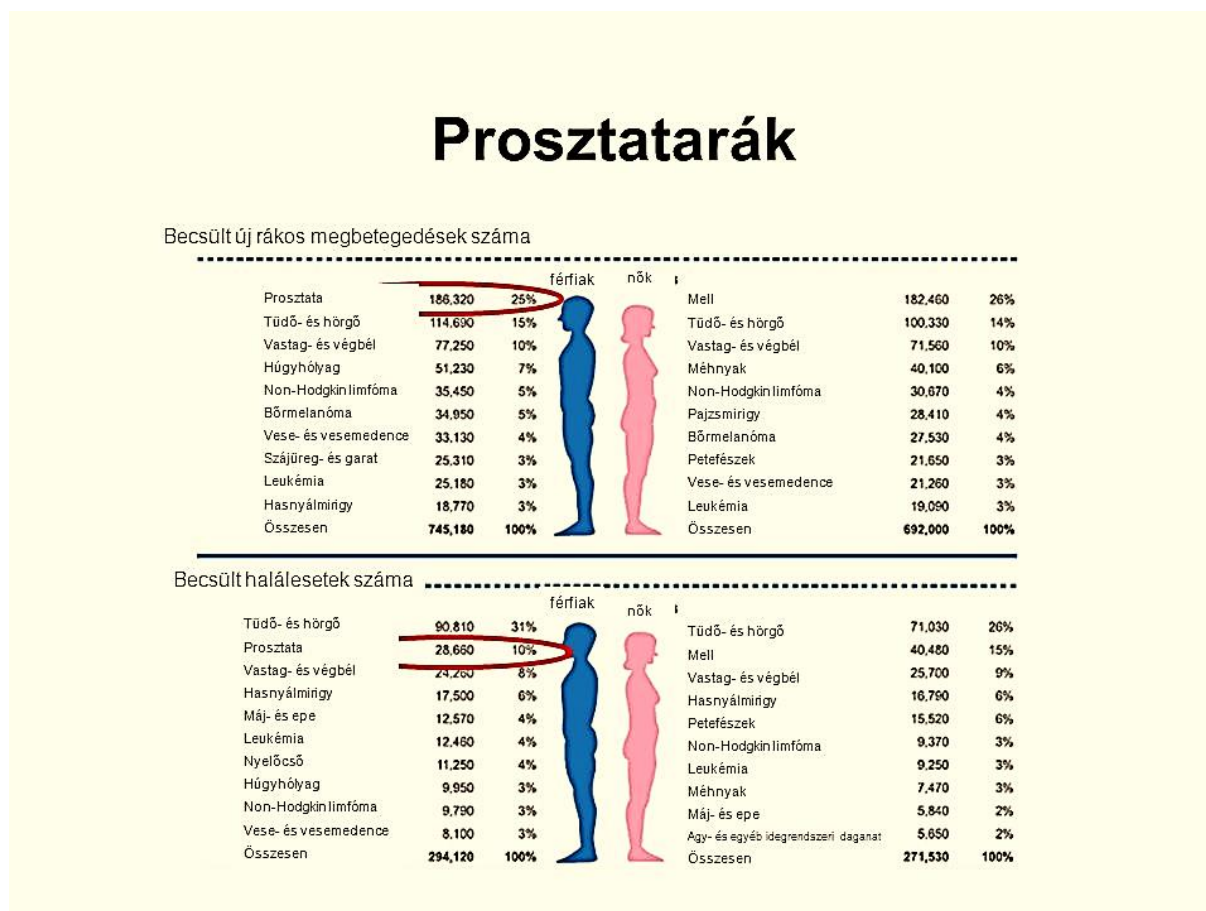


¹⁸ Mottet N, Bellmunt J, Briers E, et al. EAU – ESTRO – SIOG Guidelines on Prostate Cancer.

<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-GuidelinesProstate-Cancer-2016.pdf>

¹⁹ Nemzeti Rákregiszter, <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika>

19. számú ábra: Prosztatarák megbetegedések



Emlőrák

A daganatos betegségek okozta halálozás csökkentésének egyik hatékony módszere a szervezett szűrővizsgálatok alkalmazása. A szervezett szűrés alkalmazását a WHO három daganattípus megelőzésére ajánlja: emlőrák, méhnyakrák és vastag- és végbélrák²⁰. Az európai országokban már az 1970-es évek végén megkezdődött az emlő- és a méhnyakszűrés bevezetése²¹. Bár alkalmi jelleggel különböző szintereken és programok keretében már az

²⁰ The Council of the European Union. Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Official Journal of the European Union, 16.12.2003. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF> [accessed: September 22, 2018].

²¹ Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer 2004; 91: 935–941.

1950-es évektől sor került emlő- és méhnyakszűrésre Magyarországon is^{2223, 2425} a nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve az „Egészséges nemzetért népegészségügyi program, 2001–2010”, majd ennek utódja, „Az egészség évtizedének nemzeti programja” népegészségügyi program tűzte ki célul a szervezett emlő-, méhnyak- és vastag- és végbélszűrés bevezetését²⁶²⁷. Országos kiterjesztéssel az emlőszűrés 2002 januárjában a 45–64 éves nők körében, a méhnyakszűrés a 25–64 éves nők körében 2003-ban indult el²⁸²⁹. A népegészségügyi program a következő konkrét célokat fogalmazta meg az emlő- és méhnyakszűrésre vonatkozóan: a 45–65 éves női korcsoportban 2012-ig 30%-kal csökkenjen az emlőrák okozta halálozás, a 25–65 éves korcsoportban 60%-kal csökkenjen a méhnyakrák miatti halálozás. A szervezett népegészségügyi szűrési programokon való részvételi arányokat és a teljes lefedettség alakulását a két daganatféleség esetén korábban részletesen elemezték. Az emlőszűrés esetén az első 2002–2003-as szűrési ciklusban a részvételi arány 45,1%, a 2004–2005-ös ciklusban 37,2%, míg a következő két szűrési ciklusban 41% és 42,7% volt, ami elmaradt a WHO 70%-os célkitűzésétől. A 45–65 éves női célpopulációban a szűrési (átszűrtség) és diagnosztikus (átvizsgáltság) emlőfelvétellel rendelkezők aránya (teljes lefedettség) az első szűrési ciklusban 53,5%-os, míg a következő ciklusokban 50,8%, 49,7% és 51,0% volt, tehát a 2002–2009-es időszakban érdemi változás nem történt³⁰³¹. Magyarországon az emlőrák miatti korai halálozás – az EU13-országokhoz hasonlóan – 1980-tól 1994-ig emelkedő tendenciát mutatott, majd lassú csökkenés kezdődött. Az EU15-országokban is jellemző volt az 1980-as évek elején az emlőrák miatti halálozás növekedése, de a csökkenés hamarabb indult el, és nagyobb mértékű volt, mint hazánkban. Magyarországon a vizsgált időszak elején az emlőrák miatti halálozás megegyezett az EU15-országok átlagával, az 1990-es évek elejétől kezdve

²² Bodó M, Döbrössy L. Results and future of cervixprogramme based on cytology. [A citológiai vizsgálatra alapozott cervixprogram eredményei és kihatásai.] Orvostudomány 1982; 33: 391–395.

²³ Simon J. The situation of epidemiology, prevention and screening in the field of gynecologic oncology. [Az epidemiológia, megelőzés és szűrés helyzete a nőgyógyászati onkológia területén.] Magy Nőorv. 1994; 57(2 Suppl): S75–S80.

²⁴ Bodó M, Döbrössy L, Liszka G, et al. Cancer screening in Hungary: World Bank supported model programs. [Rákszűrés Magyarországon: Modellprogramok világbanki támogatással.] Orv Hetil. 1997; 138: 1801–1804.

²⁵ Döbrössy L. Five decades of cervical screening in Hungary. [Méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon.] Nőgyógy Onkol. 2007; 12: 5–9.

²⁶ 46/2003 (IV. 16.) Parliamentary resolution about Johan Béla National Programme for the Decade of Health. [46/2003 (IV. 16.) OGY-határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról.] Available from: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a03h0046.OGY> [accessed: June 12, 2018].

²⁷ Healthy Nation Public Health Programme 2001–2010. [Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010.] Eü Közl. 2001; 16. szám, 2001. aug. 21.

²⁸ Péntek Z. National and international experiences of mammography screening. [A mammográfiás emlőszűrés nemzetközi és hazaitapasztalatai.] LAM 2002; 12: 232–234.

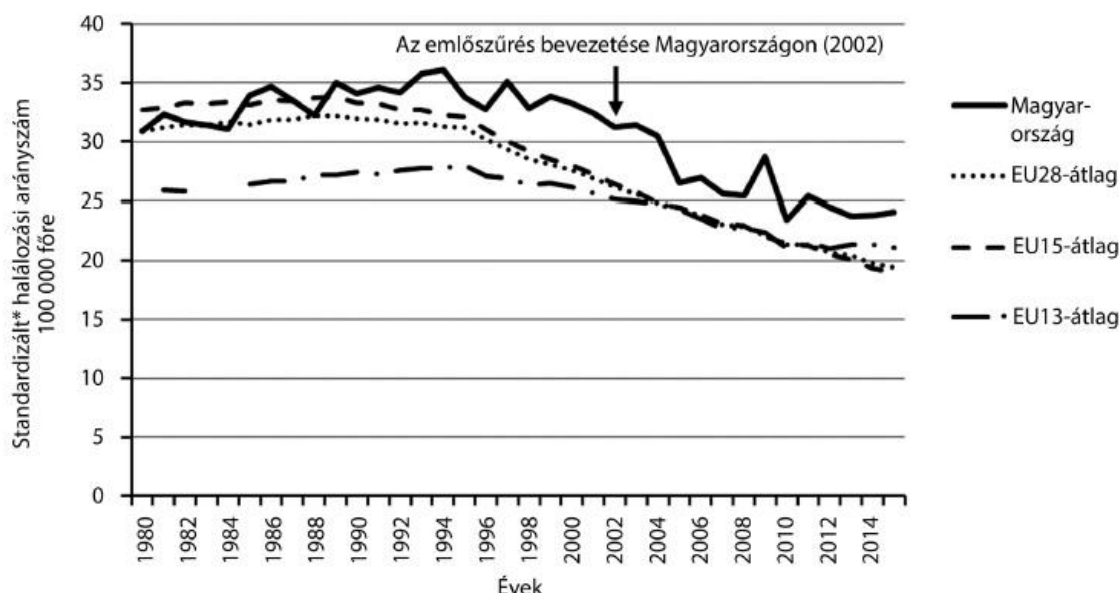
²⁹ Országos Tisztifőorvosi Hivatal Méhnyakszűrési Munkacsoport. Population based cervical screening in the frame of “Decade of Health”: directions for improving the gynecological cancer screening in Hungary. [Lakossági méhnyakszűrés az „Egészség Évtizede” program keretében: törekvések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon.] Orv Hetil. 2004; 145: 35–40.

³⁰ Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, et al. The attendance of the second screening period (2004–2005) of the Hungarian organized breast cancer screening program. [A szervezett emlőszűrési program második ciklusának (2004–2005) részvételi arányai.] Orv Hetil. 2008; 149: 1491–1498.

³¹ Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, et al. The attendance of the first screening round (2002–2003) of the Hungarian organized breast cancer screening programme and its effect on the number of the diagnostic and screening mammography. [A szervezett emlőszűrési program 2002–2003. évi részvételi arányai és a program hatása a diagnosztikus és szűrési célú mammográfiákszámára.] Orv Hetil. 2005; 146: 1963–1970.

meghaladta azt. Az EU13-országok halálozásánál végig magasabb volt a magyar halálozás szintje, ami részben annak tulajdonítható, hogy a kevésbé fejlett országokban általában magasabb az emlőrák miatti mortalitás. A magyar halálozás 2015-ben 1,3-szerese volt az EU15-országok átlagának.

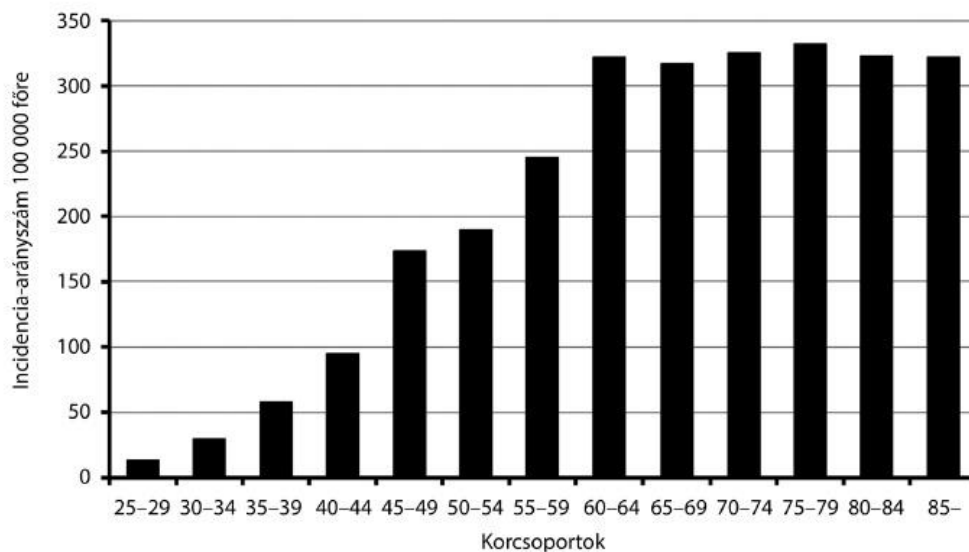
20. számú ábra: A 25–64 éves nők emlőrák miatti halálozásának alakulása Magyarországon és az EU-országok átlagában, 1980–2015



Forrás: WHO European Health Information Gateway, 2018

Magyarországon évente 7–8000 emlőrákos megbetegedést és 450–550 in situ carcinomát regisztrálnak, amelyből a 45–64 éves korosztályra 3–3500 megbetegedés és 2–300 in situ carcinoma jut. A 45–64 éves magyar nők emlőrák-megbetegedése jelentősen magasabb, mint a halálozás szintje, ami azt jelzi, hogy a Nemzeti Rákregiszter megfelelő hatékonysággal működik. Az emlőrák incidenciája a szűrés bevezetésének évében, 2002-ben növekedett meg jelentősen, majd 2007-ig csökkenő, utána stagnáló értékeket mutatott. Az emlőrák incidenciája nagyon alacsony a 25–39 éves korosztályban, majd jelentősen emelkedik a 45–59 évesek körében; az emelkedés a 60–64 éves korosztályig tart, onnantól kezdve stagnálás tapasztalható. A 60–64 éves korosztályban az incidencia közel kétszerese a 45–59 éves korosztályénak.

21. számú ábra: Az emlőrák incidenciája a 25–X éves nők körében korcsoportok szerint Magyarországon (2011–2013, átlag)



Forrás: Nemzeti Rákregiszter, 2018

Mentálhigiéné

Az emberek megoldatlan lelki problémái, a munkahelyi és családi konfliktusok, a munkanélküliségből, szociális problémákból fakadó lelki gondok, a gyermek és fiatalkorúak magatartásproblémái, beilleszkedési zavarai, az öngyilkosságok, és öngyilkossági kísérletek száma indokolja, hogy komolyan foglalkozzunk a lakosság mentális állapotával. A társadalmi és gazdasági működő képesség szintjét meghatározó egyéni produktivitás, az élet kihívásaival, a változásokkal való megküzdési képesség, a társas kapcsolatok alakulása nagyon szorosan összefügg a mentális egészséggel.

A komlói kistérség lakosságára is jellemző a mentális és viselkedés zavarok, az elhanyagolás vagy elhagyás, a pszichoaktív szer okozta pszichés zavar, a fejlődési anomáliák, a szuicid zavarok, a bántalmazás megjelenése-a korcsoportot tekintve egyre korábbi életkorban-összetett, multidiszciplináris probléma.

Az adatok mérését a téma szenzitivitása nehezíti, erre vonatkozó pontos adatokat nyerni szinte lehetetlen, a meglevő adatok a jéghegy csúcsát tükrözik. Ugyanakkor az egészségfejlesztés prioritásai tekintetében nem kezelhetjük tabuként, ezért kimagasló feladatként jelenik meg. Napjainkban, hazánkban az öngyilkosság és önsértés okozta halálozás relatív rizikója még mindig kétszer nagyobb az Európai Unió átlagánál. Emiatt az öngyilkosság és annak prevenciója kiemelt területe a mentális egészségfejlesztésnek. Az öngyilkosság évezredek óta létező jelenség. Nem betegség, nincsenek öngyilkos típusok vagy személyiségek. Az öngyilkosságnak különböző szintű rizikófaktorai ismertek. Elsődleges rizikófaktorai a pszichiátriai zavar (depresszió, alkohol- vagy drogfüggőség, skizofrénia), öngyilkosság előfordulása a családban, megelőző öngyilkosság(ok), és a csökkent szerotonin (agyi ingerületátvivő anyag) szint. Ha ezek közül akár csak egy is fennáll, a kockázat komolynak mondható. A másodlagos (negatív élethelyzet) vagy harmadlagos (nem, életszakasz, évszak)

rizikófaktorok előrejelző értéke azonban önmagában csekély. A számos veszélyeztető tényező mellett kevés olyan protektív akad, amely bizonyos védelmet jelent a meghívott halál ellen. Ezek között emlegetik a vallásosságot, a tradicionális értékrendet, a jó családi és szociális háttérrel, a terhességet, a szülést követő egy évet, a nagyobb gyermekszámot és a rendszeres testedzést.

Szenvedélybetegségek

A szenvedélybetegségeket könnyebb megelőzni, mint kezelni, mert a kialakult szerfüggőség gyógyítási aránya korántsem olyan magas, mint amennyi energiát befektetnek a szakértők. Számos intézmény, alapítvány vállal felvilágosító előadásokat és bemutatókat, amelyek során megismertetik a drogfogyasztásra fogékony (leggyakrabban fiatalok) hallgatóságot a drogfogyasztás valós kockázataival, mellékhatásaival, hogy amikor szembekerülnek a csábító helyzettel, meglegyen az a tudás, azok az érvek, amelyek visszatartó erőként szolgálhatnak. Bár nem szorosan köthető a prevenció témaköréhez, mégis fontos megemlíteni, hogy azoknál a fiataloknál, akik életében jelen van olyan tényező, amely jellegénél fogva elutasítja a drogokat, és közösséget nyújt, sokkal kisebb a szenvedélybetegségek kialakulásának esélye. Ide tartoznak a sportegyesületek, egyházak, különféle klubok, egyesületek, szövetségek stb. Szaporodnak azok a szerveződések is, amelyek felvállalják a régi ifjúsági klubok szerepét, ezzel biztosítva, hogy a fiatalok szabad és kreatív elfoglaltságokat találjanak és ne kerüljenek olyan közegbe, amely veszélyeztető tényezők közelébe vihetné őket. Ezeken a helyeken tanácsadói, kortárssegítői támogatás is biztosítanak.

Az illegális szerek tekintetében a 18-64 éves népesség körében (továbbra is) a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb. A kannabisz származékokat az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének követik, a többi vizsgált tiltott szer használata ennél ritkább. A 18-34 éves korcsoportban szintén a kannabisz származékok a leggyakrabban fogyasztott szerek (közel 1/5-ük próbálja ki), ezt az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének követik. A 2007-es felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült kutatás³² alapján a megkérdezett 18-64 éves korosztály 9,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. A 18-34 éves korosztály 20,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert, az elmúlt évben 6,4%-uk, az elmúlt hónapban pedig 3%-uk. Az egyre korábbra tolódó akceleráció arra a problémára hívja fel a figyelmet, miszerint egyre korábbi életkorban szükséges a megfelelő preventív tevékenységek megkezdése.

Gyermekek egészségi állapota, egészségnevelés

A komló járásban a gyermek alapellátás gyermekorvosok, illetve vegyes körzetekben történik, itt ellátandó kórképek a klasszikus gyermekbetegségek teljes körét felölelik. A WHO szerint az Európai Régióban a legtöbb gyermek és fiatal megfelelő egészségi állapottal

³² Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. 2007. november 22-24. Siófok, Addiktológia/Addictologia Hungarica 2007. VI. Supplementum 1. 49

rendelkezik, azonban gyakori az egyenlőtlenség országok között és egy országon belül egyaránt. A csecsemőhalandóság egy ország egészségügyi fejlettségének, a terhesgondozás és az újszülött-ellátás színvonalának nemzetközileg szamon tartott fontos mérőszáma. Hazánkban a csecsemőhalandóság először 2011-ben csökkent 5 ezrelék alá, 2017-ben 4 ezrelék alatti.

A gyermekek és fiatalok egészségmagatartását többek között a Health Behaviour in School-aged Children (továbbiakban: HBSC) felmérés alapján mérik fel, amelyet Magyarországon az Országos Gyermekeségügyi Intézet koordinál. A HBSC kutatás Magyarországon az általános iskolás felső tagozatos és középiskolás serdülőkorú fiatalok körében a legrégebben folyó vizsgálat, amely egyedülálló a tekintetben, hogy nem csak egyes egészségmagatartási elemekre, hanem az életmód egészének vizsgálatára irányul, valamint vizsgálja az egészséget befolyásoló tényezőket, pl. a családstruktúrát, a családok szocioökonómiai helyzetét, a szülői és tanári bánásmódot, az egyes személyiségtényezőket.

Kedvezőtlen változások az egészségmagatartás területén belül:

- Az általános iskolás lányok körében csökkent a rendszeres, intenzív testedzést végzők aránya.
- A naponta legalább két órát számítógépező tanulók aránya nőtt.

A rizikómagatartás területén belül:

- Mindkét nembeli 11. évfolyamos tanulók körében nőtt az alkoholt kipróbálók aránya.
- Nőtt a vizsgálatot megelőző 12 hónap során orvosi ellátást igénylő sérülések előfordulása.
- Kis mértékben növekedett a szexuálisan aktív tanulók aránya. A 2006-os adatfelvétel során mért 7%-hoz képest 2014-ben már kétszeres, 14% körüli volt azok aránya, akik az utolsó szexuális együttlét során nem alkalmaztak semmilyen védekező módszert.

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül:

- Főként a 7. és 9. évfolyamos lányok körében 10%-ot is megközelítő vagy meghaladó növekedést figyelhető meg a gyakran kedvetlen, ideges, fáradt és ingerlékeny tanulók arányában. Kisebb mértékű, de hasonló változás a fiúknál is volt.
- A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a tanulók mintegy 10%-kal nagyobb arányban számoltak be krónikus egészségügyi problémáról.
- Emelkedést tapasztaltunk a serdülők hangulatát mérő Gyermek Depresszió Skálán, azaz általában romlott a fiatalok hangulata a négy évvel ezelőtti méréshez képest. Az adatok kategóriák szerinti finomelemzése kimutatta, hogy a nem depresszív hangulatú lányok aránya kiugróan, a 2010-ben mért értékhez képest 10%-kal csökkent, míg a depresszív hangulatú lányok aránya ugyanennyivel nőtt.
- A 17 éves lányok körében nőtt a túlsúlyosak aránya. - A lányok körében kis mértékben csökkent a saját testükkel elégedettek aránya.
- A 7–11. évfolyamos lányok a mostani felmérés során jóval nagyobb arányban számoltak be fogókúrázásról, mint a négy évvel ezelőtti vizsgálatban.

Ahogy azt a magyarországi felmérés eredményeiben, úgy a többi európai ország eredményében is megfigyelhetjük, hogy a gyermekek egészségi állapotát, egészségmagatartását társadalmi egyenlőtlenségek határozzák meg. A családok jóléte összefügg a jobb egészségi állapottal, egészségmagatartással és a pozitív családi, baráti és iskolai környezettel. Azonban a kockázati magatartások esetén ez a kép sokkal komplexebb, hiszen nem minden esetben van összefüggés a család jóléte és a rizikómagatartás folytatása között.

A kortárs, iskolai és médiahatásoknak kiegyenlítő hatása van a kamaszok egészségi állapotára. Rizikómagatartások általában olyan időszakban alakulnak ki, amikor a családi befolyás csökken, és egyéb társadalmi hatások felerősödnek, különösen a kortárs kapcsolatok és a szociális hálózatok. A családi háttér az epicentruma az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeknek, de a család jólétével kapcsolatos egyenlőtlenségek mintái egyértelműen kiterjednek az iskola és a kortárs csoport területekre is. Az oktatás és az iskoláztatás kulcsfontosságú szerepet tölt be az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésében, ezért fontos megfigyelni, hogy a jelenlegi helyzet az iskolákban a társadalmi reprodukció egyik színtere, ahol a tehetősebb családok gyermekei több támogatást kapnak, és jobb iskolai teljesítményt mutatnak: ez úgy írható le, mint az egészségben megjelenő szociális egyenlőtlenségek oktatási útja.

A lelki egészség alapfeltétele az eredményes tanulásnak. A pszichés zavarok szorosan rontják a tanulás eredményességét, növelik az iskolából való kimaradás arányát, és szorosan összefüggenek az iskolákban észlelhető agresszióval/viktimizációval. Ezen a területen az előrelépés kulcsa, hogy az iskola ne csak az ismeretátadás és a teljesítmény, hanem a személyre szabott nevelés intézményévé váljék. Fontos, hogy az oktatás minden szintjén szerepeljen a lelki egészség kérdése, köztük a legfontosabb ártalmak és a lelki betegségek is, melyeknek azonos státuszt kell kapniuk, mint a szomatikus betegségeknek.

Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól.

Social media kontra egészségfejlesztés

A közösségeknek történetileg is lényeges, központi szerepe volt/van a népegészségügyben. A közösség kulcsfogalom a szociológiában, a pszichológiában, a szociálpszichológiában, definiálása rendkívül sok szempontból lehetséges. Jelenleg a közösségnek csak azon funkcióival foglalkozunk, amelyeket fontos tartunk az emberek életminősége, egészségi állapota szempontjából, s amelyek úgy segíthetik a betegségek megelőzését, az egészség megőrzését, fejlesztését, hogy a közösség kultúrájára, adottságaira, a közösség tagjainak motivációira építenek. Közösségek az emberek olyan összefüggő hálózatát értjük, amelyek a különféle online, social media felületein, esetlegesen közös problémáikra közös válaszokat kereső (önsegítő csoportok) dimenziók mentén „szerveződnek”.

A közösség úgy is felfogható, mint olyan intézmények sokasága, amelyek jelentős szerepet játszanak a közösségi/társadalmi identitás kialakításában, s biztosítják a materiális és nem materiális erőforrásokat a közösség tagjai számára. Ez az intézményi struktúra magába foglalja a családot, az informális társadalmi hálózatokat, az egyházakat, az önkéntes egyesületeket, a civil szervezeteket, a szomszédságot stb. Ez a struktúra közvetítő (mediátori)

szerepet játszik a közösség és az egyén között, hiszen nemcsak tárháza a közösségi normáknak, értékeknek, hiedelmeknek, beállítódásoknak, de rendkívül jelentős hatása is van azokra, s ezen keresztül az egyéni viselkedésre (köztük az egészségmagatartásra).

A közösségi erőforrások sajnálatos módon azok számára a leginkább elérhetetlenek, akiknek életminősége nem éri el az adott közösségben elfogadható szintet, akik a legsúlyosabb egészségi problémákkal küzdenek. Ők a szegények, az aluliskolázottak, a munkanélküliek, a rokkantak, a fogyatékosok, a romák, a hajléktalanok és azok, akik egészségi állapotuk miatt „kizáródnak” a szűkebb-tágabb közösségből. Ezek a csoportok nagyon gyakran kimaradnak már a problémák definiálásából, a programok kidolgozásából, a közösségi médiák nagy hátrányát okozva ezáltal.

Az ún. közösségi szinterek több aspektusból is faktorai az egészségi állapotot alakító folyamatnak. Akár negatív, akár pozitív hatásúak ezek a normák (szokások), kívülről történő befolyásolásuk általában rendkívül nehéz – bár konzekvens, és hosszú időn keresztül érvényesülő hatások mellett megvalósítható. A közösségi szintér program tehát nem egy hatóság, vagy néhány ember elképzeléseit tükröző feladatterv, hanem az adott közösséghez tartozók közös akaratát összegző cselekvési program - melynek közvetlen és közvetett célja az életminőség, ezen keresztül az egészségi állapot javítása. A közösségi szintér program más megközelítésben, egy új közösségi problémakezelési módszer, amely az érintettek aktív részvételére épít.

A vizuális nyelv minden más kommunikációs eszköznél hatékonyabban képes a tudást terjeszteni. Segítségével az ember tárgyi formában fejezheti ki és adhatja tovább tapasztalatait. A vizuális kommunikáció egyetemes és nemzetközi: nem ismeri a nyelvet, a szókincs vagy a nyelvtan korlátait; egyaránt megérthetik írástudatlanok és művelt emberek. Az ember elsősorban vizuális lénynek tekinthető, az információk legalább 80-90 %-át látás útján szerzi, ezért agyunk gyorsabban is dolgozza fel a képi ingereket, mint az írottat. Ez alapjául szolgálhat a különböző képmegosztó alkalmazások térnyerésének és népszerűségének is. Becslések szerint a fiatalok 79%-a használja napi rendszerességgel a közösségi média valamilyen formáját. Nem meglepő így az sem, hogy a legtöbb információt is innen szerzik, beleértve az egészségügyi és egészségvédő magatartást érintő kérdéseket is.

Számos kérdés merül fel az adekvát információk, valamint a közösségi igények tekintetében, amiket az egészségfejlesztés szempontjából feltétlen szem előtt célszerű tartani, mindemellett óriási perspektívát jelent a social media igénybevétele, ezért érdemes kihasználni az általa adott lehetőségek tárházát.

Viselkedési függőség

A viselkedési függőségek a szenvedélybetegségek külön csoportját alkotják, és ezen esetekben az érintettek nem valamilyen kémiai anyagtól (drog, alkohol stb.) függenek, hanem egy viselkedési mintázattól. Függőségről vagy problémáról akkor beszélünk, amikor a viselkedés uralni kezdi az egyén életét, és károsítja a saját vagy környezete testi-lelki egységét, állapotát. Ezek a betegségek az önkontroll és az önszabályozás zavaraira vezethetők vissza. A viselkedéses függőségek egyik részében az impulzivitás (főmotívum a kockázatkeresés), míg másokban inkább a kompulzivitás (elsősorban a kockázatkerülés a főmotívum) dominál.

A viselkedési függőségek esetében többnyire olyan viselkedéssel kapcsolatosan alakul ki a függőség, ami az emberi élet alapvető velejárója, szüksége - evés, szexualitás, munka,

játék -, és ha ezek a tevékenységek eluralják az életünket, már addikcióról beszélhetünk. Ide soroljuk ez alapján a következő kórképeket: kóros játékszenvedély, munkamánia, internet- és számítógép-függőség, testedzésfüggőség, kleptománia, pirománia, kényszeres vásárlás, kényszeres hajtépegetés (trichotillománia) és körömrágás (onychophagia), patológiás bőrfelsértés, társfüggőség, szexuális függőségek (például pornográf tartalmaktól függés) kényszeres/halmozó gyűjtögetés, különböző kényszerbetegségek, evészavarok, egészségesétel-függőség, testdiszморfia (testképzavar) és izomdiszморfia (korábban inverz anorexia), hipochondriázis (egészséggel kapcsolatos szorongás szélsőséges formája).

A kémiai és a viselkedési addikciókban van közös pszichológiai és biológiai eredet, ezt igazolja az is, hogy ugyanaz a személy egyszerre több addikcióban is szenvedhet: gondoljunk például arra, hogy a játékszenvedély milyen gyakran jelentkezik alkohol- vagy drogfüggő egyéneknél, akik esetenként akár hangulatzavarral, depresszióval is küzdhetnek.

A viselkedési függőség szempontjából veszélyeztetettek azok, akik gyermekkorukban kevesebb figyelmet, törődést kaptak a családtól, így alapvető biztonságérzetük szenvedett csorbát. Ennek ellenkezője is előfordulhat azonban: a túlféltett, túlvédett gyermekek is sérülhetnek, hiszen nem tanulnak meg saját képességeikben bízni. A széteső családokban növekvő fiatalok is nagyobb eséllyel lesznek később viselkedésfüggők, akár azok, akiknek sérelmekkel, kudarcokkal teli volt a gyermekora. Egyes vélemények szerint a családból öröklött minták is beépülnek a személyiségbe, melyek kamaszkor után jöhetnek elő.

A legtöbb viselkedéses addikció mögött genetikai és neurobiológiai okok is állnak. Az egyes viselkedési addikciók mögött azonban egyedi okok is meghúzódhatnak.

Ahogy egy szerfüggő szenvedélybetegnek, a viselkedési függőségben szenvedő érintettnek is minduntalan egy többé-kevésbé azonos viselkedésmintát kell végigcsinálnia. Amennyiben ezt már régen nem hajtotta végre, azaz nem hódolhatott szenvedélyének (a játékfüggő nem jut el a játéképig, a munkamániást kényszerszabadságra küldik, a vásárlásfüggőnek egyszerűen nincs alkalma pénzt költeni), fokozatosan nőni kezd a belső feszültség, s egyre erősebb vágyat, késztetést érez függősége kiélésére. Ha a megszokott viselkedéssort végig tudja csinálni, a feszültség természetesen csökken, megnyugvás, átmeneti öröm következik. A kényszeresség mellett tehát a viselkedés feletti kontroll elvesztése a fő árulkodó jel. Fontos tünet még, hogy a feszültségcsökkenés társulhat büntudattal vagy megbánással is.

A viselkedés függőségekre jellemző a túlzás: az érintettek számára a "normális" mérték nem okoz örömet, kielégülést: a munkamániás képtelen felállni a munkaidő végén az asztaltól, a netfüggő folyamatosan a világhálón lóg, a bulimiás betegnél falásrohamok jelentkeznek, a testedzésfüggő pedig olyannyira gyakran belefeledkezik a mozgásba, hogy az már akár egészsége rovására is mehet. Az a tévhit vezérli őket, hogy képesek kontrollálni cselekedeteiket, bármikor felhagyhatnak rossz szokásukkal.

A viselkedéses függőségek kényszerítő ereje meglepő módon sokszor pontosan olyan erős tud lenni, mintha droghasználat állna a függőség hátterében. Fontos, hogy viselkedésfüggőség esetében betegségről csak akkor beszélünk, ha a viselkedés jelentősen zavarja az egyén vagy a környezet mindennapi életvitelét.

Más szenvedélybetegségekhez hasonlóan a viselkedési függőségek kezelése is szakember feladata, a gyógyuláshoz mindenképpen szükség van a család támogatására, megértésére. Amennyire lehet, be kell vonni a környezetet.

Gyógyszeres kezelést a tüneti indikációk alapján kell adni, például erős szorongás esetében, ez pszichiáter feladata. Elengedhetetlen a megfelelő terápiás kapcsolat, kötődési és együttműködési kontroll. Terápiás stratégiát kell kialakítani, melyből rugalmasan kell kialakítani a következő lépéseket. Elég gyakori a kudarc, visszaesés, a tünetek romlása, de pszichoterápiával, sok munkával eredményeket lehet elérni.

A különböző függőségeknél más és más kezelés vezethet eredményekre. Az alábbi terápiák, módszerek is szóba kerülhetnek: farmakoterápia, pszichoterápia (kognitív viselkedésterápia, viselkedésterápiák - például önmonitorozás, pszichodinamikus terápiák), relaxációs technikák, stresszkezelési tréningek, averzív terápiák, deszenzitizációs módszerek, szociális készségek fejlesztése, önségítés. A prevenció jelentősége minden addikció esetében óriási.

A viselkedési függőség különféle fajtáitól függően beszélhetünk szövődményekről: a munkamániás szervezetét például szépen lassan felőrli az állandó hajtás, a tartós terhelés, így a kikapcsolódás hiánya és az állandó stressz szervi elváltozások kialakulásához vezet. A munkafüggő személyek több egészségügyi panaszról számolnak be, mint a nem munkafüggők. Fáradtság, szédülés, allergiás tünetek, légszomj, tic zavar, mellkasi fájdalom, emésztési zavar - súlyosabb esetben akár szívinfarktus, agyvérzés.

A kóros hajtépés esetén a haj megritkul, foltokban kopaszodás jelentkezik, vagy akár bőrfertőzések, bőrbetegségek formájában. Míg a körömrágás nem túl esztétikus megjelenést kölcsönöz. Az internetfüggők gyakran hanyagolják a testmozgást, így gyakoribb náluk az elhízás, a keringési betegségek előfordulása, a különböző alvási zavarok, de a vázrendszer és a szem betegségei is eséllyel jelentkeznek náluk. Jelentős iskolai, kapcsolatokat érintő, pénzügyi, munkabeli és egészségügyi következményekről beszélhetünk, de hozzájárulhat a magányosság, frusztráció és depresszió érzéséhez.

Jelentős következmény, hogy a viselkedésfüggő személy számára a függőséget okozó tényezők túl az élet egyéb dolgai elvesztik örömszerző jellegüket, és kiszorulnak az érintett életéből. Ahhoz, hogy a függősége kielégüljön, sokszor hatalmas összegeket áldoz szenvedélyére, ami miatt minden más szegmense az életének kárt szenvedhet: nem végzi rendesen a munkáját, rosszabbul teljesít az iskolában, felhagy a korábban örömet jelentő hobbijaival, hanyagolja a baráti és családi kapcsolatait.³³

4. Beavatkozási lehetőségek

A beavatkozási lehetőségek célja a betegségek megelőzése, korai felismerése a prevenciós tevékenységek. A Nemzeti Népegészségügyi Program szolgálatában áll átfogó képet alkotni a

³³ Demetrovics, Zs. és Kun, B.. 2010. Az addiktológia alapjai IV.. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.

társég lakosságának egészségügyi állapotáról, hosszú távon mérhetővé és dokumentálhatóvá tenni a változások irányát, a lakosság tájékoztatása a jelenlegi egészségügyi állapotáról, figyelem felhívás az egészség megőrzésének, valamint a betegség megelőzésének fontosságáról, kérdőívek révén pontos anonim adatok gyűjtése. Különös figyelmet kell fordítani a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, elhízás okozta krónikus betegségek kialakulásának megelőzésére.

Cél a Szív- és érrendszeri Megbetegedések Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programjához kapcsolódás a (di)stressz kezelés, és a megküzdés technikáinak alkalmazásával csökkenthető a (di)stressz által okozott kockázati tényezők hatásának mértéke. Jól tudjuk azt, hogy a kardiológiai megbetegedések és a cukorbetegség nem csak az egészségi állapotban történt változás, hanem mindezt demográfiai, gazdasági, társadalmi, egyéni biológiai, kockázati tényezők is befolyásolják. Az elszegényedés szorongásos állapothoz, depresszióhoz vezetett és ezek hatására újra előtérbe kerültek az öngyilkosságok. A Lelki Egészség Központ eszköztárával lehetővé válik, hogy hatékonyan lépünk fel a térségben, és képesek legyünk szakmai eszközökkel valamelyest ellensúlyozni a kialakult helyzet okozta károkat. Ennek érdekében korai krízisintervenció fejlesztését helyezzük előtérbe, amely elősegíti, hogy a segítségre szoruló egyének minél hamarabb hozzáférjenek a megfelelő ellátáshoz. A LEK létrehozásával, a mentális egészség prevenció kialakításával elérhető lesz, hogy az egyének egy sokkal korábbi stádiumban kapjanak segítséget, így jóval kevesebb pszichiátriai esetet kell fekvőbeteg ellátó intézményben kezelni. Ez amellet, hogy az egyén szempontjából rendkívül pozitív hatás, a hozzátartozók, a családtagok számára is jóval kisebb megterhelést jelent mind lelki, mind gazdasági szempontból.

Ehhez fontos az egészségügyi ellátórendszer emberközpontúsága, közel kerülni a térség lakosságához, többcélú kistérségi közösségi központok szervezése, amelyhez a pszichiátrai ellátásnak kapcsolódnia kell szoros együttműködésben az alapellátással. Meg kell erősíteni a gondozóhálózatot. Mindezt segítik közösségi rendezvények, egészségnapok, szűrésbe vonások, egészségnevelő filmek és előadások, mozgáskészséget fejlesztő programok és a közösségfejlesztő programok.

Fő célkitűzések:

- **A megelőzendő betegségek, betegségcsoportok rizikófaktorainak azonosítása**
- **Érintett célcsoportok és szinterek meghatározása**
- **Kockázati tényezőkhöz és célcsoportokhoz igazodóan mutatók és mérés módszertan kidolgozása**
- **Rizikófaktorok mérséklését célzó programok meghatározása**
- **Programok megvalósítása**
- **Rendszeres ellenőrzés és visszacsatolás, korrekció**

Elsődleges megelőzéssel befolyásolható, illetve elkerülhető betegségek:

Az elsődleges megelőzéssel befolyásolható, illetve elkerülhető halálozás (EMB) csoportjába tartozónak tekintjük azokat a nemzetközi referenciák szerint meghatározott, 75 év alatt bekövetkező haláleseteket, melyet az eredményes elsődleges megelőzés, valamint a

halálozások csökkentésére irányuló céltudatos egészségpolitikai, népegészségügyi döntések, beavatkozások révén befolyásolhatóak:

- légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata
- alkoholos májbetegség, idült májgyulladás, májfibrózis, májsugor, idült májpangás
- vastagbél-daganat
- méhnyakrák
- prosztata tumor
- emlő-daganat
- diabétesz
- szív- érrendszeri megbetegedések
- mentális betegségek

A megelőzés fókuszát tekintve a beavatkozási lehetőségek három fő csoportját különíthetjük el:

1. Primer prevenció

Célja az egészség általános védelme és támogatása, a betegségek kifejlődésének megakadályozása. Ez a tevékenység a potenciálisan betegségkórokozó (etiológiai és/vagy kockázati) tényezők lehetőség szerint teljes, de legalább részleges kiiktatását vagy hatásukkal szemben a védekezőképesség kialakítását, illetve fokozását célozza. A sikeres primer prevenció tevékenység a betegségek incidenciájának csökkenését eredményezi. Jellemző primer prevenció tevékenységek: a dohányzás és mértéktelen alkoholfogyasztás elleni programok, táplálkozás-egészségügyi programok; az egészséges életmód kora gyermekkori kialakítása, a fizikai aktivitás növelése, a biztonságos lakó- és munkahelyi környezet fenntartását/kialakítását célzó programok, a fertőző betegségekkel szembeni védettség kialakítása immunizálás vagy kemoprevenció révén.

2. Szekunder prevenció

Célja a betegségek korai felismerése, kiszűrése a lehető legjobb gyógyulási eredmények elérése érdekében.

3. Tercier prevenció

Célja a betegségekkel eredő károsodások, tartós egészségi állapot romlást eredményező állapotok megelőzése, az életminőség javítása.

A rosszindulatú daganatos betegségek primer és szekunder prevenciója.

A primer prevenció: a daganatos elfajulás megelőzése, minden olyan tevékenység, amely tudományunk mai állása szerint a daganatok kialakulását megakadályozhatja, hátráltatja. Elsődleges eszközei az egészségvédelemmel és a környezetvédelemmel kapcsolatos ismeretek terjesztése. Ennek módszerei: a személyes vagy előadások, médiák, tanfolyamok, klubok útján nyújtott orvosi konzultációk, tanácsadások.

Szekunder prevenció: a daganat pusztító növekedésének megelőzése. Minden daganat fejlődésmenetének van olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó korai stádiuma, amikor a

kialakulóban lévő daganat ráutaló panaszt vagy tünetet még nem okoz, alkalmas módszerrel azonban már kimutatható - ez a preklinikai detektálhatóság szakasza. A kezdeti panaszt vagy tünetet okozó daganat sem jelenti minden esetben a megállíthatatlan növekedését vagy szóródását. A korai stádium lehetőséget kínál a daganat korai felismerésére (early detection) és korai gyógykezelésére (early treatment). A korai stádiumban kórismézett rák korszerű kezelése a teljes gyógyulás esélyével járhat.

A szűrés - az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint - panasz- és tünetmentes személyek vizsgálata azzal a céllal, hogy bizonyos célbetegségek fennállását még a klinikai tünetek jelentkezése előtt valószínűsítse vagy kizárja. A szűrésnek a gyakorlatban két módja különül el, amely azonban a mindennapi szóhasználatban összemosódik:

(i) spontán szűrés (opportunistic screening) a daganat korai felismerésére alkalmas vizsgálat/ok elvégzése az erre önként jelentkező vagy más ok miatt orvosi ellátásban részesülő személyeknél;

(ii) szervezett szűrés (organised screening) a szolgáltatók által "központilag" kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, rizikótényezők (életkor, nem, stb.) alapján veszélyeztetettnek minősülő széleskörű lakosságcsoportokra kiterjedő és szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program.

A spontán szűrések körét – az onkológiai éberség jegyében a szakorvosi gyakorlat részeként – lehet szélesíteni. A szervezett lakossági szűrést - az egészségpolitikai döntésekre mértékadó nemzetközi ajánlások értelmében - csak bizonyítottan hatásos szűrővizsgálati módszer birtokában célszerű kezdeményezni.

Rizikófaktorok

Az alábbi kockázati tényezők befolyásolják a betegségek kialakulásának valószínűségét:

- dohányzás
- testmozgás hiánya
- nem egészséges táplálkozás
- elhízás (30 feletti BMI)
- magas vérnyomás (140/90 Hgmm feletti)
- magas koleszterin és triglicerid szint
- magas éhomi vércukorszint (6 mmol/l feletti)
- túlzott sófogyasztás (napi 5 g feletti)
- túlzott alkoholfogyasztás
- orális fogamzásgátlók használata
- internetfüggőség,
- depresszió, mentális zavarok

Keringési megbetegedések

Az elmúlt évtizedekben komoly erőfeszítések történtek a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás csökkentésére világszerte, a vonatkozó epidemiológiai és klinikai kutatási eredményekre támaszkodva. Nemzetközi és hazai szakmai társaságok munkája révén számos olyan irányelv született, melyek a kardiometabolikus rizikótényezők felismerése, a kardiovaszkuláris rizikóbecslés és kockázatbesorolás, valamint a kockázati szinttől függő intervenció terén ajánlásokat fogalmaznak meg.

Rizikóstratifikáció

I. Kardiometabolikus rizikótényezők

Az ateroszklerotikus eredetű kardiovaszkuláris megbetegedések ma is vezető helyen állnak a fejlett világ legtöbb országának morbiditási és mortalitási statisztikaiban. Ezen betegségek megelőzése tehát kiemelt népegészségügyi feladat, melynek alapját a releváns rizikótényezők időben történő felismerése és a szükséges intervenció bevezetése jelenti. A kardiometabolikus rizikótényezők olyan állapotok vagy kóros állapotot jelző laboratóriumi értékek, melyek jelenléte esetén nagyobb a kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásának valószínűsége a népesség azon csoportjában, mely rendelkezik ezen tényezőkkel, összevetve azon csoporttal, amelyik nem.

Az epidemiológiai vizsgalati vizsgálati eredmények alapján a rizikófaktorokat a következőképpen csoportosíthatjuk:

Biológiailag meghatározott rizikótényezők:

- magas vérnyomás
- diszlipidémia
- magas vércukorszint
- túlsúly/elhízás
- metabolikus szindróma

Életmóddal összefüggő rizikótényezők:

- dohányzás
- egészségtelen táplálkozás
- mozgásszegény életmód
- túlzott alkoholfogyasztás

Általános rizikótényezők:

nem befolyásolhatók

- életkor
- nem
- etnikum
- öröklött tényezők

befolyásolhatók:

- iskolázottság
- jövedelem
- élet - és munkakörülmények
- pszichoszociális stressz

Fentiekén túl, léteznek olyan kórállapotok, melyek jelenléte esetén a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának kockázata igazoltan megnő.

Ilyen kórállapotok:

- krónikus vesebetegség
- egyes autoimmun betegségek

- obstruktív alvási apnoe szindróma
- erektilis diszfunkció

Biológiailag meghatározott rizikótényezők:

1. Magas vérnyomás

A magas vérnyomás a kardiovaszkuláris megbetegedések (koszorúér-betegség, szívelégtelenség, perifériás artériás szűkület, cerebrovaszkuláris megbetegedések, pitvarfibrilláció) major, klasszikus rizikófaktor. Prevalenciája és incidenciája világszerte növekszik. Magyarországon a felnőtt lakosság körében előfordulása 35% feletti. A magas vérnyomás gyakorisága az életkorral nő, 75 éves kor felett az emberek 80%-a hipertóniás.³⁴

2. Diszlipidémia

A diszlipidémiák a leggyakoribb kardiovaszkuláris rizikófaktorok közé tartoznak. Ide soroljuk az emelkedett össz- és LDL-koleszterin szintet, illetve a csökkent HDL-koleszterin értéket, valamint az emelkedett triglicerid szintet. Magyarországon a felnőttek több mint 60%-ának emelkedett (>5,2 mmol/l) az összkoleszterin szintje, míg az emelkedett triglicerid szint (>1,7 mmol/l) prevalenciája 40% körüli. A lipidek mennyisége részben genetikailag meghatározott, de alakulásukban az életmódnak is fontos szerepe van. A diszlipidémia gyakorisága az életkorral növekszik és gyakran társul más, kardiovaszkuláris szempontból veszélyt jelentő állapottal (elhízás, magas vérnyomás, szénhidrátanyagcsere-zavar).³⁵

3. Magas vércukorszint

Magas vércukorszinttel prediabetesben és a cukorbetegség különböző formáiban találkozunk a klinikai gyakorlatban. A 2-es típusú diabetes prevalenciája világszerte nő. A rendelkezésre álló hazai vizsgálati adatok szerint jelenleg Magyarországon a 20-69 év közötti lakosság kb 7,5%-nál ismert a diabetes, melynek kb. 90%-a 2-es típusú.³⁶ Az emelkedett vércukorszint, a diabetesben gyakori hipertónia és diszlipidémia, a mikroangiopátiás szövődmények együttesen rendkívüli mértékben növelik meg a beteg kardiovaszkuláris rizikóját, leegyszerűsítve elmondható, hogy egy 2-es típusú diabeteses beteg kockázati szintje legalább 2-szerese, a diabetesben nem szenvedő populáció tagjának átlagos kardiovaszkuláris kockázatához képest.

4. Túlsúly/elhízás

Hazánkban minden negyedik gyermek túlsúlyos, illetve elhízott, ami az egészséges táplálkozás és életmód irányába tett korai intervenciós lépések szükségességét egyértelműen igazolja.³⁷ A hazai felnőtt lakosságot érintő vizsgálati adatok alapján elmondható, hogy a férfiak 35-40%-a túlsúlyos, kb. 30%-uk pedig elhízott, a nők esetében ez az arány mindkét csoportot tekintve 30% körüli. A hasi típusú elhízás prevalenciája férfiak körében 38%-nak, nőknél 55%-nak mutatkozott.

³⁴ A Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelve: A hypertoniabetegség ellátásának irányelvei (Szerk.: Farsang Cs., Járai Z.). Hypertonia és Nephrológia 2018;22(S5):1–36.

³⁵ Erdei G., Kovács V. A., Bakacs M., Martos É. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. Orv. Hetil. 2017, 158(14): 533–540.

³⁶ Egészségügyi szakmai irányelv – A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban (szerk.: Jermendy Gy, írta: Gaál Zs, Gerő L, Hidvégi T, Jermendy Gy, 32 Kempler P, Winkler G, Wittmann I). Diabetologia Hungarica 2017; 25(1): 3- 77.

³⁷ FACTSHEET Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015- 17. World Health Organization 2018

Életmóddal összefüggő rizikótényezők:

1. Dohányzás

A dohányzás a kardiovaszkuláris megbetegedések egyik legrégebben ismert rizikófaktor, súlyát növeli a COPD és egyes onkológiai megbetegedések kialakulási kockázatát lényegesen növelő hatása is. A rendelkezésre álló hazai és európai vizsgálatok eredményei alapján a 13-15 év közötti magyar fiatalok között az alkalmi dohányzók aránya 19%-os, a rendszeresen dohányzók aránya 6%. Azaz a korai intervenció itt is maximálisan indokolt. A legutóbbi Európai lakossági egészségfelmérés adatai szerint a rendszeresen dohányzók aránya a hazai férfiak körében 31,5%, a nők esetében pedig 21%.

2. Táplálkozás

A táplálkozási szokások befolyásolják a kardiovaszkuláris kockázatot, nagyjából olyan rizikótényezők alakításán keresztül, mint a testsúly, lipid-szintek, vérnyomás, diabétesz megjelenése, de más hatások révén is. A transzsavak a teljes energiabevitel kevesebb, mint 1 %-a, telített zsírsav a teljes energiabevitel kevesebb, mint 10%-a alatt legyenek, többszörösen telítetlen zsírsavak, 200 g gyümölcs, 200 g zöldség fogyasztás, halfogyasztás heti 1-2 alkalommal (amelyek közül az egyik olajos hal legyen), napi 30 g sótlan olajos mag, napi max. sófogyasztás 5 g, 30-45 g rostfogyasztás (lehetőleg teljes kiőrlésű termékekből) férfiaknál 20 g/nap, nőknél 10 g/nap alkohol bevitele javasolt, cukros üdítőitalok kerülése mellett.³⁸

3. Mozgásszegény életmód

A rendszeres testmozgás egyértelműen csökkenti a kardiovaszkuláris események kialakulásának rizikóját, mind egészségesekben, mind kockázati tényezőkkel rendelkezőkben. Előnyösen befolyásolja a vérnyomást, az össz- az LDL- és HDL-koleszterin szintet, a testsúlyt, valamint a már kialakult 2-es típusú diabétesz lefolyását is. A WHO ajánlása szerint legalább heti 150 perc fizikai aktivitás (gyaloglás, kerékpározás, sportolás) szükséges a mozgás pozitív élettani hatásainak érvényesüléséhez. A rendszeres testmozgás propagálása tehát szintén alapvető eszköze a primer és szekunder kardiovaszkuláris prevenciónak.³⁹

4. Alkoholfogyasztás

A napi 2 egységet meghaladó alkoholfogyasztás növeli a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának kockázatát. Korábban a kismértékű - napi 1-2 egység - alkoholos ital fogyasztását preventív hatásúnak vélték ebben a vonatkozásban, azonban a legfrissebb tanulmányi adatok azt látszanak alátámasztani, hogy a legkisebb kardiovaszkuláris rizikó az alkoholfogyasztás teljes mellőzéséhez társul.⁴⁰

³⁸ ESC-2016

³⁹ Gritz Arnoldné: Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. - In: Egészségfejlesztés. - 2007. 48. évf. 3. sz., p. 3-9.

⁴⁰ Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, Bennett DA, Chen Y, Dong C, Hu R, Zhou G, Yu B, Jia W, Parish S, Clarke R, Davey Smith G, Collins R, Holmes MV, Li L, Peto R, Chen Z; China Kadoorie Biobank Collaborative Group. Conventional and genetic evidence on alcohol 33 and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. Lancet. 2019;393(10183):1831-1842

Az általános rizikótényezők jellemzői:

Nem befolyásolható rizikótényezők:

A kardiovaszkuláris események kialakulásának kockázata az életkor előrehaladtával nő. A férfi nem pedig fokozott rizikóval párosul, mely rizikókülönbség a két nem között a 60-as életévek során kezd kiegyenlítődni, a nőket kardiovaszkuláris szempontból védő ösztrogénszint csökkenésével párhuzamosan.

Az öröklött tényezők potenciális szerepének, kockázatnövelő hatásának felmérésében igen fontos a családi anamnézis felvétele, ami a kardiovaszkuláris kockázatbesorolás folyamatának egyik fontos eleme.

A kardiovaszkuláris rizikótényezők általában nem önmagukban, hanem kombinációban jelentkeznek; több kockázati tényező együttes jelenléte esetén pedig a veszélyeztetettség mértéke nem egyszerűen összeadódik, hanem megsokszorozódik. Ez a felismerés vezetett oda, hogy az egyes rizikótényezők azonosításán, felmérésén túl azok hatását együttesen is értékelni kell ahhoz, hogy meghatározhassuk az érintett személy teljes kardiovaszkuláris kockázatának mértékét. Erre a célra szolgálnak a kardiovaszkuláris rizikóbecslési eljárások és a kardiovaszkuláris kockázat besorolás. Napjainkban a SCORE kockázatbecslő táblázatot használjuk, mely a végzetes kardiovaszkuláris (tehát nem csupán koronária, hanem cerebrovaszkuláris és perifériás vaszkuláris) események bekövetkezésének valószínűségét mutatják meg az elkövetkező 10 évre vonatkozóan. A SCORE rizikóbecslő tábla 40-65 éves kor között alkalmazható. Ebben az eljárásban az 5%-ot elérő vagy meghaladó fatális kardiovaszkuláris kockázattal rendelkező páciensek már nagy kockázatúnak számítanak. A fiatalabb (40 év alatti felnőttek) korosztály rizikóbecslésének megoldására bevezették a relative risk chart-ot, a kardiovaszkuláris kockázatbesorolás alapján a következő kockázati csoportokba sorolhatjuk az embereket. A kockázati szintnek megfelelően meghatározható a szükséges intervenció.

A másodlagos prevenció eszköze a szűrővizsgálatok végzése. A háziorvoslásban a kockázati tényezők egy része már az orvos–beteg konzultáció során felismerhető, a metabolikus kockázat felismerése viszont csak laboratóriumi vizsgálatokkal lehetséges. A szív- és érrendszeri betegségben nem szenvedő, de kockázati tényezőkkel rendelkező páciensek esetében a cardiovascularis kockázat becslése a háziorvos feladata. A háziorvosi ellátás sajátos lehetősége a beteg hosszú távú követése, ami lehetőséget ad a tercier prevenció keretében végzett folyamatos gondozásra. A cardiovascularis kockázati tényezőkkel vagy betegséggel rendelkezők gondozása során nagy jelentőségű a páciensek kockázati csoportokba sorolása, mert az ezekbe tartozás határozza meg a gondozás célértékeit. A cardiovascularis gondozás során alkalmazott módszerek az életmód-terápia, a specifikus gyógyszeres kezelés és a cardiovascularis gyógyszeres szervvédelem.

Tekintettel a cardiovascularis kórképek magas prevalenciájára részletezzük a kórházi kardiológiai rehabilitáció elemeit, melyek a következők:

- Állapotfelmérés, rizikó stratifikáció
- Mozgáskezelés
- Pszicho-szociális intervenció
- Étkezési tanácsadás és testsúly kontroll
- Dohányzással kapcsolatos tanácsadás
- Társbetegségek kezelése
- Egészséges magatartás oktatása, tanácsadás, a helyes életmód, viselkedés kialakítása.

A kórházi rehabilitációs periódust követően hazánkban már számos városban ambuláns keretek között folytatható tovább.

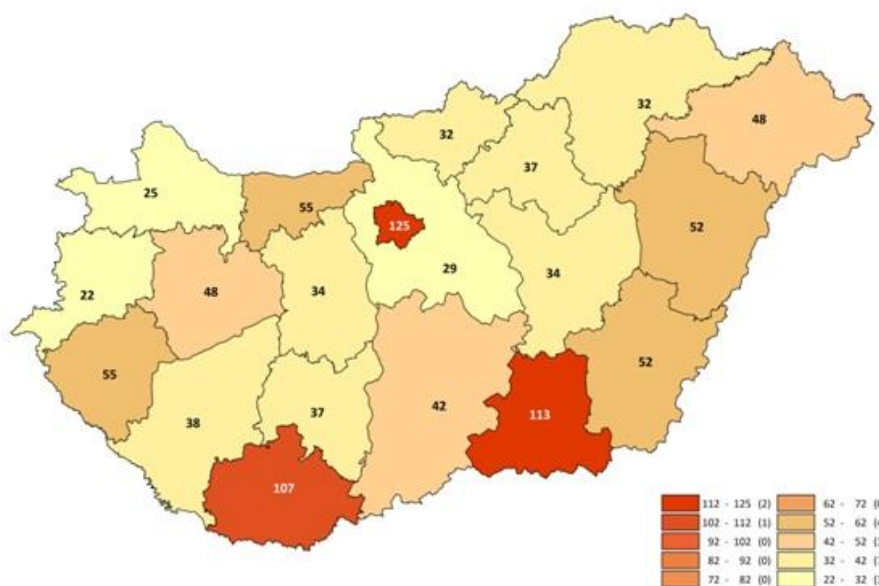
Diabétesz

A diabéteszes betegek rendszeres ellenőrzése, gondozása a betegség felismerésétől kezdődően indokolt, célja az akut tünetek megszüntetése, a glikémiás kontroll javítása, a beteg önmenedzselésének támogatása, a jó életminőség tartós biztosítása, a szövődmények kezelése, kialakulásuk megelőzése.

Magyarországon a cukorbetegség kezelése és gondozása részben az alapellátásban, részben pedig szakellátásban valósul meg. 2-es típusú diabétesz gondozása alapesetben a háziorvos feladatkörébe tartozik, bizonyos esetekben, például korszerűbb készítmények felírásához, terápiaváltás céljából szakorvos bevonása szükséges. Az 1-es típusú betegség gondozása (a háziorvosokkal együttműködésben) jellemzően a szakellátáshoz kapcsolódik. Továbbá előrehaladott betegség gondozásában, a szövődmények kezelésében egyéb szakterületek is részt vesznek (előrehaladott veseszövődmény esetén nefrológia, érszövődmény esetén angiológia, akut kardiológiai események esetén kardiológia, szemészeti szövődmények esetén szemészet).

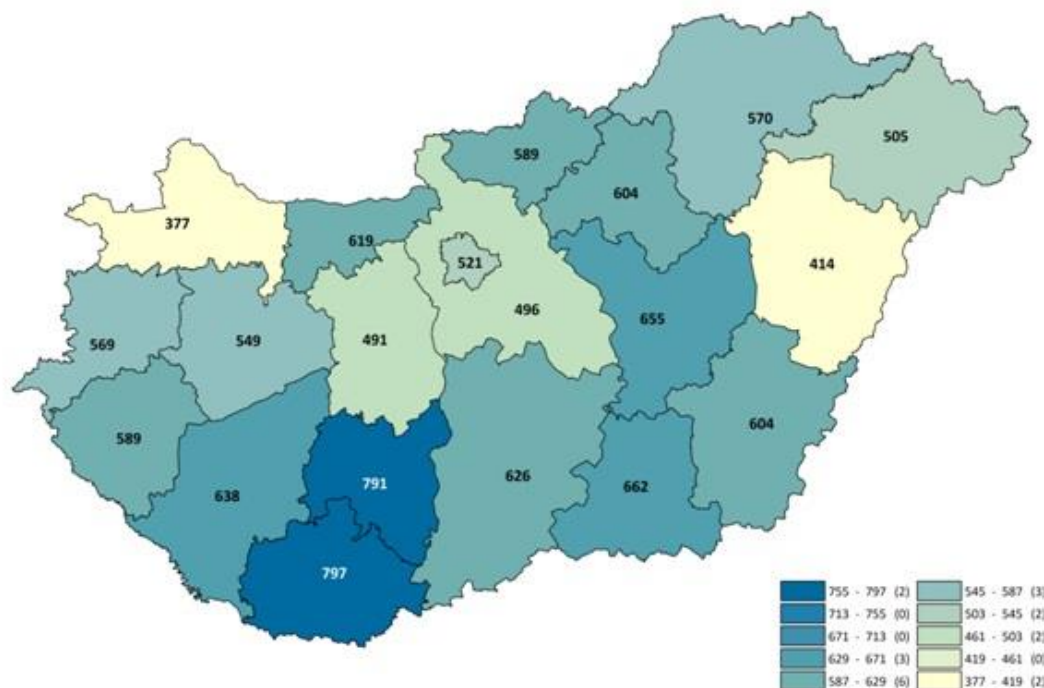
A cukorbetegség ellátása kapcsán társadalombiztosítás terhére igénybe vehető járóbeteg-szakellátás hazánkban 5818 szakorvosi óra/hét kapacitással működik. Ebből az endokrinológia, anyagcsere és diabetológia 3805 óra/hét, az endokrinológia 465 óra/hét, a diabetológia pedig 1548 óra/hét működéssel áll rendelkezésre. A 100 ezer lakosra jutó heti szakorvosi órák számát a következő térkép mutatja be (országos átlagban: 60 óra/hét/100 ezer lakos).

22. számú ábra: 100 000 lakosra jutó heti szakorvosi órák száma



10 000 lakosra vetítve a megyei lakóhellyel rendelkező betegek száma alapján elmondható, hogy a dél-dunántúli régió lakosai jelennek meg leginkább a szakellátásban, ami egyfelől jelezheti a diagnózissal rendelkezők magasabb számát, de a szakellátásra szorulóknak nagyobb arányát is (országos átlag: 453 beteg/10 000 lakos).

23. számú ábra: 10 000 lakosra jutó megyei lakóhellyel rendelkezők száma



Az ENSZ Közgyűlése 2011 szeptemberében közzétett politikai nyilatkozata (The Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases – ENSZ, 2011) szerint a nem fertőző népbetegségek (non-communicable diseases, NCDs), elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos betegségek, a krónikus légzőszervi betegségek és a diabétesz miatti halálozás elfogadhatatlanul magas és növekszik, különösen a fejlődő országokban. Ezek a korai halálesetek nagymértékben megelőzhetők olyan egyszerű kormányzati intézkedésekkel, amelyek csökkentik a nem fertőző népbetegségek kockázati tényezőit, és lehetővé teszik az egészségügyi rendszerek válaszait, figyelembe véve, hogy a nem fertőző betegségek legjelentősebb közös kockázati tényezői a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás és a testmozgás hiánya. A szakirodalomban a diabétesz prevenciónak három típusával találkozunk: elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció.

Az elsődleges prevenció célja a cukorbetegség kialakulásának megelőzése, vagyis egy általános prevenció, jellemzően a következő eszközökkel:

- a helyes táplálkozás népszerűsítésével,
- a köznevelésben az egészséges életmód oktatásának beépítésével,

- felvilágosító előadásokkal,
- a médiában történő népszerűsítéssel,
- a rendszeres fizikai aktivitás propagálásával.

A legnagyobb hosszú távú haszon az elsődleges típusú prevencióhoz kapcsolódik.

A másodlagos prevenció célja a betegség korai felismerése. Ennek keretében a leggyakrabban alkalmazott eszköz a magas kockázatú csoportokban célzott szűrés (teszt + anyagcsere-vizsgálat).

Magas kockázatú személyeknek minősülnek az alábbiak:

- túlsúlyosak (BMI>30),
- mozgásszegény életmódot folytatók,
- magas vérnyomásúak,
- nőknél PCOS,
- a koleszterin és triglicerid magas értékei.

A másodlagos prevenció célcsoportjai két kategóriába sorolhatók: magas kockázatú egyének, de még nincsenek a prediabétesz állapotában, prediabéteszes személyek.

A harmadlagos prevenció célja a cukorbetegség okozta szövődmények megakadályozása, minimalizálása, megjelenésük kitolása, illetve a szövődmények korai felismerése (például retinopátia-szűréssel). Ez a prevenció típus tehát a már diagnosztizált diabéteszesekre fókuszál. A leggyakrabban alkalmazott prevenció eszközök a hatékony kezelés, azaz „az időben megkezdett, hatásos és hosszú távra tervezett terápia”, valamint a célzott szűrések a szövődmények korai felismerése. A három prevenció típus, illetve a hozzájuk kapcsolódó eszközök megcélazzák tulajdonképpen az egész lakosságot.⁴¹

A 2-es típusú cukorbetegség kezelésében és gondozásában komoly probléma, hogy a betegek zöme sokáig teljesen tünetmentes, ezért nem tud anyagcserezavaráról, amikor pedig a tudomására jut, nem tulajdonít annak jelentőséget, mivel fájdalom- és panaszmentes. Tehát nincs betegségtudata! Ugyanakkor a szív- és érrendszeri szövődmények már kialakulóban vannak! Ezért a betegség korai felderítése mellett, annak tudatosítása is fontos a betegben, hogyha panaszmentes és egészségesnek érzi magát, akkor is nagy a szív- és érrendszeri szövődmények kialakulásának a kockázata az inzulinrezisztencia fennállása miatt. Az egészségértés „... az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében”⁴². Komplex kognitív, motivációs és szociális készségeket magában foglaló fogalomról van szó, amely erős, pozitív kapcsolatban áll a

⁴¹ Solt Katalin–Weisz Ágnes–Zsupenekné Palányi Ildikó: A 2-es típusú diabétesz prevenció lehetőségei, Prosperitas Vol. III. 2016/1. (11–32.)

⁴² Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: Selden CR, Zorn M, Ratzan S. (eds.) National Library of Medicine. Current bibliographies in medicine: health literacy. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 2000; pp. v–vi.

mortalitással és jobban képes megjósolni az egészségi állapotot, mint az életkor, a jövedelem, a foglalkoztatási státusz, az iskolázottság vagy a faji, etnikai csoporthoz való tartozás.⁴³ A sikeres terápiához a betegnek nemcsak kellő motiváltsággal kell rendelkeznie, hanem fejlett önhatékonysággal és magas egészségértési szinttel is.

Az alapellátásban elvégezhető cukorbeteg-gondozási feladatok a háziorvosi szolgálatok munkájának részét képezik. E szolgáltatók leterheltsége és munkájuk jelenlegi finanszírozási technikája mellett a legnagyobb népegészségügyi terhet jelentő betegségek. Az olyan krónikus betegségek esetén, mint a diabétesz, az állapot fenntartása és a szövődmények elkerülése szempontjából elsődleges szerepet játszik a megfelelő betegségmenedzsment, ami túlmutat az egészségügyi ellátórendszerben rendelkezésre álló lehetőségeken. A szakemberek munkájának minősége mellett a páciens (és bizonyos esetekben, leginkább gyermekeknél, időseknél a velük együtt élők, gondviselők) betegségtudata, hozzáállása, értékrendje, mentális készsége és állapota, szociális lehetőségei is befolyásolják a betegegyesítés és az önmenedzselés eredményességét, a kezelési célértékek elérését, megtartását.

A 2-es típusú diabéteszt ma megelőzhető betegségnak tartják, így, ha a betegséggel élők számával, a gyermekkorú betegek arányával és az egészségügyi kiadásokkal kapcsolatban megfigyelhető növekvő trendet vesszük alapul, a kialakult állapotok szakszerű kezelése mellett egyre inkább célszerű a betegség és a kialakulásért felelős kockázati tényezők (nem megfelelő táplálkozás, nem elegendő fizikai aktivitás, dohányzás) népegészségügyi szemléletű megközelítésére és kezelésére fókuszálni.⁴⁴

Daganatos megbetegedések

Vastagbél-daganat:

A vastagbélrák Magyarországon a férfiak vonatkozásában a második helyen áll. Több mint 10000 új beteg van évente, és több mint 5000/év halálozást okoz. 40 éves kor felett növekszik az előfordulási gyakorisága, és az 50-70 éveseknél tetőzik. Nagy népegészségügyi problémát jelent, az európai uniós átlaghoz képest magasabbak a morbiditási és mortalitási adatok, ezért kiemelt jelentőse van ezen betegcsoportban a prevenció intézkedéseknek. A betegség a korai stádiumban (praeklinikai stádium) még tünetmentesek, ezért csak szűrővizsgálatok által észlelhetők. A népegészségügyi szűrővizsgálatok bevezetésével egyértelműen kimutatható, hogy csökkent a betegség előfordulása.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség (IARC) és a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) ajánlása alapján az átlagos kockázatú személyeknél két lépcsős szűrést javasolnak. Ezt megerősíti az Európai Tanács 2003-as ajánlása. Az 50 éves kor feletti lakosságnál a háziorvosok által elvégzett széklet vér teszt nem negatív eredménye

⁴³ Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, et al. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. Patient Educ Couns. 2007; 65: 253–260

⁴⁴ http://neak.gov.hu/sajtoszoba/kozlemenyek_eu_napok/egeszsegugyi_vilagnapok_cukorbetegseg

esetén vastagbélscűrűst javasolnak. Az átlagos kockázatú betegeken kívül a magas kockázattal rendelkező betegcsoport (genetikailag öröklött vastagbélrák, lásd. későbbiekben) kiemelése, mind a háziorvosi szinten, mind onkológiai centrumok által (genetikai scűrűs) javasolt.

Komló és térségének gastrointestinalis malignomák okozta halálozási adatai megfelelnek az országos átlagnak (valamivel kevesebb az átlagnál) férfiaknál 6%, nőknél 3 %. A férfiak halálozási statisztikájában a vastagbél rák továbbra is kiemelt második helyen szerepel, ezért külön figyelmet szükséges fordítani ezen betegség prevenciójára: primer prevencióként rendszeres, egészséges életmóddal foglalkozó, háziorvos alapellátás továbbképzését biztosító előadásokat szervezésével, egészséges életmódról szóló tájékoztatókat készítésével is., Szekunder prevencióként az országos vastagbélscűrűs program keretében végzett vizsgálatok közel 80 %-ban észlelnek elváltozásokat, ez által korai stádiumban észleljük a betegséget és a daganatmegelőző állapotokat lehet kiszűrni, a rákos elváltozás kifejlődése előtt. Tercier prevenció, azaz a kialakult betegség ellátására lehetőség van a helyi kórházban, modern minimál invazív módszerrel is, ez által gyorsabb gyógyulást, kevesebb kórházi tartózkodást igényel a beteg, hamarabb visszatér otthonába és munkaképessé válik.

Szekunder prevenció, scűrűvizsgálatok vastagbél daganatok esetén

Vastagbélscűrűs vizsgálat

Az 50 év felett lakosságot háziorvos értesíti scűrűvizsgálatról és széklet vér teszt elvégzéséről. A nem negatív teszteredménnyel rendelkező betegeket vastagbélscűrűs centrumokba irányítják, ahol népegészségügyi scűrűsprogram keretei között vastagbéltükrözés történik. A betegek egy része nem reagál a felkérésre, itt a primer prevenció erősítésére van szükség (egészség tájékoztatás). A betegek részéről félelem jelentkezik a vizsgálat okozta fájdalom, kiszolgáltatottság miatt, ezért lehetőség van helyben altatásban végzett vizsgálatra is.

Genetikai scűrűvizsgálatok

A gastrointestinalis carcinomák világszerte népegészségügyi problémát jelentenek, magas incidenciájuk és mortalitási rátájuk miatt. A Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC) Globocan 2012 –es vizsgálatának adata alapján minden 4. újonnan diagnosztizált daganat emésztőszervrendszeri kiindulású, és a daganatos halálozások mintegy harmadáért felelős.

Bizonyított, hogy bizonyos emésztőszervrendszeri daganatok kialakulásában örökletes tényezők játszanak szerepet. A becslések szerint a colorectalis daganatok (CRC) 20-30%-a mutat családi halmozódást, ilyen esetekben a multifaktoriális öröklődés a legvalószínűbb. Az esetek 5 %-ért azonban a magas átöröklésű valószínűségű, egy gént érintő mutáció felelős, és az általuk létrehozott tumorok általában multiplex daganatszindrómák részeként jelennek meg.

A három legismertebb egyetlen génmutáció átöröklésén alapuló CRC típus a hereditær nem polypoid jellegű vastagbél daganat (HNPCC vagy Lynch szindróma), a familiáris adenomatosis polyposis és a Muthy gén asszociált polyposis. Ilyen esetekben megnő a kockázata a gyomor- bélrendszeri és azon kívüli daganatok egyidejű fiatal korban történő kialakulásának. Ezenkívül az öröklődő hasnyálmirigyrák előfordulása akár 4-10%-ot is elérheti.

Ezért fontos bevezetni ezen érintett genetikailag determinált családok felkutatását és genetikai szűrését, amelyet a PTE KK Onkológiai Klinikán végeznek.

Méhnyakrák

A nőgyógyászati daganatokhoz kapcsolódó betegségteher indokolja a szűrési tevékenység erősítését, amelyhez a méhnyakszűrési programban a részvételi arány emelése szükséges⁴⁵. Egy lakossági szűrővizsgálat akkor lehet hatékony, ha magának a szűrendő csoportnak is igénye van a szűrésre, és felelősséget érez saját egészsége megőrzésében. A részvételi arány növelésében döntőnek tartjuk az ismeretek szélesebb körű terjesztését, az egészségmegőrzéshez hozzájáruló tényezők ismeretét, a nőkben érezhető félelmek, tévhitek eloszlatását, valamint a megbetegedés kockázati tényezőinek ismertetését⁴⁶.

Prostata tumor

Az ipari országokban az elmúlt több mint 100 évben a vezető halálok a kardiovaszkuláris betegségek voltak. A második leggyakoribb halálok a daganatos betegségek, azonban a trendeket figyelembe véve a jövőben a két betegség nagy valószínűséggel helyet cserél. Szerencsére mindazon életmód-változtatások, amelyek csökkentik a szívbetegségek kockázatát, egyben a daganatos betegségek, beleértve a prosztaták kockázatát is csökkentik⁴⁷. Az első és legfontosabb lépés a dohányzás abbahagyása és a túlsúly csökkentése, mivel több vizsgálat metaanalízise is azt mutatta, hogy a dohányzás a szívbetegségek mellett a prosztaták kockázatát is növeli, míg az elhízás agresszívebb prosztaták előfordulásával és a kezelést követő relapszus magasabb kockázatával mutat összefüggést. Azoknál a prosztatás betegeknek, akik a diagnózist követően rendszeres, erőteljes mozgást végeznek (hetente 3 vagy több órát), szignifikánsan (50–60%-kal) alacsonyabb mind a betegség-specifikus, mind a teljes halálozás gyakorisága, ha azokkal a betegekkel hasonlítjuk össze őket, akik hetente 1 órát vagy kevesebbet mozognak.

A prostatadaganat legfontosabb rizikófaktora az életkor, de ismert kockázati tényező még a családi hajlam, az afroamerikai rassz, a hormonok, a táplálkozás és az elhízás. Ez utóbbi (az elhízás) kis fokban, de növeli a prosztaták kialakulási kockázatát. Számos kutatás metaanalízisével, 68 000 adat feldolgozásával arra az eredményre jutottak, hogy minden 5 kg/m² BMI-emelkedés 1,06-szoros relatív kockázattal növekedéssel jár. Ugyanez a metaanalízis egyértelmű kapcsolatot mutatott ki az elhízás és a betegség agresszivitása között, vagyis a nagyobb testsúly agresszívebb betegség megjelenésével jár, ez különösen igaz az afroamerikai betegekre. Az elhízás, mint kockázati tényező, a rendszeres mozgással

⁴⁵ Bardi J, Kovács É, Rurik I. A háziorvos és az onkológiai éberség. Tapasztalatok a daganatok felismeréséről és alapellátási kivizsgálásáról. *Magy Onkol* 55:295–301, 2011

⁴⁶ Varjú R, Árváné Egri Cs, Kovács A, Budai A, Döbrössy L, Koiss R, Kivés Zs, Boncz I. A védőnői méhnyakszűrési pilotprogram minőségi indikátorai és teljesítménymutatói. *Magyar Onkológia*; 61:361–367, 2017.

⁴⁷ . Eyre H, Kahn R, Robertson RM, et al. Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *Circulation* 109:3244–3255, 2004

természetesen csökkenthető. A különböző vizsgálatok azt mutatják, hogy eltérő rizikófaktorai vannak a prosztatatarák kialakulásának és progressziójának. Az afroamerikai rassz, pozitív családi anamnézis, alacsony paradicsomtermék-fogyasztás, magas alfa-linolénsav-bevitel a prosztatatarák kialakulásának kockázatát emeli, míg a magasság, BMI, alacsony fizikai aktivitás, dohányzás, alacsony paradicsomfogyasztás, magas kalcium- és alfa-linolénsav-bevitel, afroamerikai rassz és pozitív családi anamnézis előrehaladottabb prosztatatarákkal hozható összefüggésbe⁴⁸⁴⁹⁵⁰.

A prosztatatarák diagnosztikájában és kezelésében soha nem látott fejlődésnek vagyunk tanúi. A sorra megjelenő új gyógyszerek folyamatosan javuló túlélést biztosítanak betegeinknek. Azonban az egyszerű és olcsó terápiás megoldások, mint a megfelelő diéta, a rendszeres és szervezett mozgás előnyeit még nem használjuk ki kellőképpen. Pedig mind a megelőzésben, mind a kezelésben, mind a mellékhatások kivédésében felbecsülhetetlen hasznót hozhatnak, ezért egészségfejlesztési tervünk integráns részét képezik ezek a prevenciós stratégiák.

Emlőrák

Az emlő- és a méhnyakrák továbbra is jelentős súllyal járul hozzá a nők rosszindulatú daganatos halálozásához mind a világon, mind Magyarországon⁵¹. A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás növekedésének megállítása, illetve mérséklése érdekében – a nemzetközi ajánlások figyelembevételével – került bevezetésre Magyarországon a népegészségügyi program keretében a szervezett emlő- és méhnyakszűrési program. Magyarországon az emlőrák miatti halálozás a szűrésbe bevont 45–64 éves korcsoportban 2002 és 2012 között 28,3%-kal csökkent, ami megközelíti a népegészségügyi programban kitűzött 30%-os arányt, tehát a kitűzött cél teljesült. Ugyanakkor az eredményértékelés kapcsán figyelembe kell venni, hogy a 25–64 éves korcsoportban az EU15-országokban 1980-tól a 1990-es évek elejéig növekedett a halálozás, és csak ezután következett be egy hasonló mértékű, 20%-os csökkenés, pedig ezekben az országokban már jóval hamarabb bevezették a szűrést.

Tüdőrák

A tüdőrák a daganatos megbetegedések 25 %-át teszi ki, és nyilvánvaló rizikófaktorai mellett - melyek közül a dohányzás áll első helyen – mára már jónéhány életmódbeli tényezőről kiderült, hogy hatékony megelőzését jelenthetik a betegségnek.

⁴⁸ Biró K. A prosztatatarák epidemiológiája. IME XII(3):48–54, 2013

⁴⁹ MacInnis RJ, English DR. Body size and composition and prostate cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. *Cancer Causes Control* 17:989–1003, 2006

⁵⁰ Giovannucci E, Liu Y, Platz EA, et al. Risk factors for prostate cancer incidence and progression in the health professionals follow-up study. *Int J Cancer* 121:1571–1578, 2007

⁵¹ Winters S, Martin C, Murphy D, et al. Breast cancer epidemiology, prevention, and screening. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2017; 151: 1–32.

Az is bebizonyosodott, hogy a leszokott dohányosoknak kisebb az esélyük a tüdőrákra, mint az aktív füstölőknek, bár még mindig nagyobb, mint azoknak, akik sosem dohányoztak.

Összehasonlító vizsgálatokból az is kiderült, hogy 1-2-szer nagyobb az esélyük a tüdőrák miatti halálozásra azoknak, akik dohányoznak és kevés kardioedzést végeznek, mint azoknak, akik nem gyújtanak rá, viszont sokat edzenek.

A következtetés egyértelmű: bár nem lehet kikerülni a dohányzás óriási befolyását a tüdőrák kialakulására, az adatok bizonyították, hogy minél többször van alkalma egy férfinak kardioedzést végezni, annál inkább csökkentheti a tüdőrák kockázatát.

A nemzeti rákregiszter és a tüdőgondozók által bejelentett betegek száma jelentősen eltér és a bulletinben szereplő adatok egy többbezes reprezentatív mintaként értékelhetők. Múlt évben 4 225 új tüdőrákos beteget jelentettek a gondozók, soha ilyen keveset. A Nemzeti Rákregiszter tüdőrák incidencia adatai feltehetőleg túlzóak, s megkérdőjelezhető, hogy valóban hazánkban több mint tizenkétezer új tüdőrákos beteg lenne évente, s ezzel évek óta hazánk élen állna a tüdőrákos megbetegedések terén a világon.

A HELP3 vizsgálat retrospektív adatai, a NEAK adatbázisát használva is alátámasztani látszanak azt a megfigyelést, hogy kevesebb az új tüdőrákos beteg, mint gondoltuk hazánkban. A HELP3 vizsgálat a 2011 és 2016 évek adatait vette górcső alá. 7 158 új tüdő tumoros esetet találtak 2011-ben a NEAK adatbázisában, ez az adat Nemzeti Rákregiszterben 11 947 míg 2016-ban 6 996 új esetet rögzítettek, mely a Rákregiszterben 12 832-nek felel meg. Igen jelentős különbségek. A tüdőrákban elhunyt betegek éves száma a vizsgálati időszakban 6 045 (2011) és 6 465 (2016) fő között változott. Ezek az adatok sem fedik a KSH mortalitási adatait, amely összefügghet a boncoláskor kiderült, élőben nem diagnosztizált esetekkel.

A nemek megoszlása tekintetében a tendencia is fennáll. Míg 1980-ban a férfi nő arány 84% vs 16% volt, addig 2019-ben 56% vs 44%. Még sohasem észleltünk ilyen magas női arányt, mely követi a fejlett világ tendenciáját, s lassan kiegyenlítődik. Az életkori adatok konzekvensek, 40 év alatt elvéve fordul elő, 60 és 69 év között tetőzik. A földrajzi környezet, szociális környezet befolyása érdekes megközelítés lehet, mely vizsgálat tárgyát képezhetné. Évtizedek óta hangsúlyozzuk, hogy a mellkasröntgennel felfedezett tüdőrákos betegeknek jobb az esélyük, hogy betegségük korábbi stádium kerül felfedezésre (ez történhet többek között munka alkalmassági vizsgálat, egyéb kivizsgálás részeként). Tudjuk és hangsúlyozzuk, hogy evidencia alapú tüdőrák szűrés rizikócsoportos módon lehetséges, mely hazánkban jelenleg a HUNCHEST 2 szűrőprogram keretében valósul meg több centrumban. Sajnos a betegek csaknem fele előrehaladott stádiumban kerül felfedezésre. A III/A III/B stádium arányaiban kevésnek tűnik. Mivel mind a IV-es stádiumú betegek esetén, mind pedig a lokálisan kiterjedt stádiumban is innovatív, hatékonyabb kezelések már a klinikai gyakorlat részei, így néhány év múlva jelentősen növekedhetnek a tüdődaganatos betegek hosszú távú túlélési esélyei.

2019-ben Magyarországon 116 működő szűrőállomás volt, amelyek javarészt tüdőgondozókkal integráltan végezték a szűrési feladataikat. Összesen 1 396 635 szűrővizsgálatra került sor. Ez igaz minimális, de további folyamatos csökkenést jelez, hiszen 2018-ban még 1 427 304 szűrés történt. Az előző évinél csekély mértékben magasabb, 274 037 volt a foglalkozás egészségügyi okból történő szűrések száma. A lakosság átszűrtsége 17% volt, ami alapvetően kérdőjelezi meg a kockázati csoporton kívüli szűrések eredményességét és értelmét. Igaz ez különösen azokban a megyékben, ahol az átszűrtség

aránya nem éri el a 15%-ot sem (Nógrád, Vas, Hajdú-Bihar, Győr-Moson-Sopron, Fejér, Baranya, Tolna, Bács-Kiskun), hiszen itt gyakorlatilag csak a foglalkozás egészségügyi okból történő szűréseket végzik.

Az elkövetkező évek legfontosabb kérdése a tüdőgyógyászati vonatkozású szűrővizsgálatok terén az, hogy mikor kezdhetjük el a kockázati csoport körében, az 55-75 éves, dohányzók körében országosan az alacsony dózisu CT vizsgálatokkal a tüdőrák szűréseket. 2019-ben az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet mellett további kilenc centrumban indulhatott el a szűrés, amit sajnos a 2020 évi COVID járvány megakasztott ugyan, de a járvány elmúltával a szűrések tovább folytatódhatnak. 2020-ban további tíz centrummal már húszra bővült a szűrést végző intézmények köre.

A COVID-19 hatása a szűrővizsgálatokra

2020 kora tavaszán a SARS-CoV-2 vírus által okozott pandémia Magyarországon is veszélyhelyzetet teremtett, ezért 2020. március 15-től 2020. június 1-jéig a szervezett, célzott népegészségügyi szűrővizsgálatok halasztásra kerültek. Ez összhangban áll többek között az Észak-amerikai Radiológus és Tüdőgyógyász Társaságok által kiadott közös ajánlással, mely járvány idején a bázisvizsgálatok és az intermediér gócek követését is halasztható beavatkozásként értékeli. Kutatócsoportok korábban is beszámoltak arról a jelenségről, hogy az akut felső légúti betegségek kiszűrésére irányuló gondos anamnézisleltétel, majd az ezt követő vizsgálathalasztás kedvezően befolyásolja a fals pozitív kiemelések számát. A Covid-19-járvány esetén nem csak ez szerepelt indokként, hanem az egészségügy – és ezen belül a radiológiai osztályok – túlterheltsége, illetve a nosokomiális fertőzések megelőzése is. A szűrőprogramok azóta újraindultak, és a közeljövőben remélhetőleg zavartalanul folytatódhatnak. Bár a tüdőrákszűrés kialakításának részleteiben még sok kérdés tisztázásra vár, most először van a kezünkben olyan módszer, mellyel a megfelelő rizikócsoport tüdőrák-mortalitását igazoltan csökkenteni tudjuk.

Megelőzés:

A dohányzás visszaszorításának a lehetőségei a megelőzés és a leszoktatás. A hatékonyabb módszernek a megelőzés tűnik, vagyis, hogy a tizenévesek ne szokjanak rá a dohányzásra. Aki tizenkilenc éves koráig nem szokik rá a cigarettára, annak már jó esélye van arra, hogy később se szokjon rá. A leszoktatási próbálkozások azoknál sokkal eredménytelenebbek, akik tizenkilenc éves korukban már rendszeresen dohányoztak. A dohányzás megelőzésének az eszköze az egészségnevelés. Minden fogékony korosztályban, az óvodától a középiskoláig az oktatás keretén belül a fiatalok találkozzanak minél többször a dohányzás ártalmasságával. Fontos, hogy az egészségnevelés, a megelőző tevékenység vegye figyelembe az adott korosztály befogadóképességét, meglévő ismeretanyagát, a korcsoport sajátosságait. Nyilván mást és másféleképpen kell elmondani egy óvodában, egy általános iskolában és egy középiskolában. Világszerte úttörő kezdeményezés az, amit a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet dohányzás vagy egészség munkacsoportja indított el. Óvodások körében végeznek – mesészerű, játékos módszerekkel – dohányzásellenes prevenciók tevékenységet. Az a lényeg, hogy az információ a dohányzás ártalmasságáról épüljön be a gyerekek gondolkodásába, s mire eljutnak az igazán veszélyeztetett 12-14 éves, adolescens

korba, legyenek felvértelve a dohányzó környezettel, a fő motiváló erőt jelentő már dohányzó idősebb iskolatársakkal, barátokkal szemben. Egyszerűbb azt elérni, hogy ne gyújtson rá valaki, mint a már cigarettázókat rávenni arra, hogy hagyják abba a dohányzást.

A dohányzás visszaszorításának másik módja a leszoktatás. Számos felmérés jelzi azt, hogy a rendszeresen dohányzók jelentős része szeretne leszokni a szenvedélyéről. Sajnos az a baj, hogy ezek az emberek nem kapnak megfelelő segítséget. Különböző leszoktató programok állnak rendelkezésre. Ezek lehetnek csoportosak vagy egyéniek. A módszerek igen változatosak, így pl. orvosi tanácsadás, pszichoterápia, akupunktúra, hipnózis, gyógyszeres segítségnyújtás, önsegítő programok, s természetesen ezek kombinációi. Az utóbbi években nagy reményeket fűznek világszerte a leszokást segítő gyógyszeres programokhoz. Korábban a nikotinpótlás különböző formáival (rágógumi, orrspray, tapasz) igyekeztek csökkenteni a nikotin-dependenciából fakadó átmeneti panaszokat. Magyarországon a rágógumi és a tapasz terjedt el. A programot a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet irányítása mellett a tüdőgondozói hálózat vállalta fel. Sok dohányos nyilatkozik úgy, hogy már régen leszokott volna, ha ezt bárki mondta volna, ha bárki megmagyarázta volna, hogy miért káros a dohányzás. A legfontosabb a példamutatás, vagyis az, hogy az egészségügyi dolgozók ne dohányozzanak. Ha pedig nem tudnak lemondani a szenvedélyükről, akkor azt legalább ne a beteg és hozzátartozói előtt tegyék. A jövőben nagy szükség lenne arra, hogy a társszakmák képviselői, az onkológusok, a kardiológusok, de a háziorvosok is kivegyék a részüket a leszoktatási módszerek széles körű elterjesztéséből. Akár a leszoktatásról, akár a megelőzésről essen szó, azokban az országokban, ahol sikerült csökkenteni a dohányosok arányát, a különböző intézkedések végrehajtásakor a kormánzatnak és az egészségügynek partnere volt a média is. Néhány évtized alatt sikerült átalakítani a társadalmi környezetet, az emberek viselkedését, a dohányzásról alkotott véleményét. Ezekben az országokban ma már szinte szégyennek számít az, ha valaki dohányzik.

A magyar tüdőgyógyászat, a magyar tüdőrákszűrés sajátos helyzetben van. Az ismert körülmények, a TBC magyarországi epidemiológiai története miatt a magyar tüdőgyógyászatra a prevenciós szemlélet a jellemző a kezdetek óta. Vonatkozik ez úgy a primer prevencióra – gondoljunk csak a BCG vakcinációra – mint a szekunder prevencióra. Bár a tüdőszűrést, amelyet a hatvanas években már a felnőtt lakosság körében teljes körűen alkalmaztak, a TBC visszaszorításának az érdekében vezették be, a vizsgálat során más, nem specifikus tüdőbetegségeket is felfedeztek. Így természetesen mind nagyobb számban fedeztek fel tüdőrákos eseteket is a szűrés alkalmával. A tüdőgyógyász szakmai kollégium állásfoglalása szerint „Ernyőkép-szűréssel ma a tüdőrákosok egyharmadát lehet kiemelni, ennek értékét azonban növeli, hogy ebben a betegcsoportban relatíve magas az operálhatók aránya. Ezért továbbra is indokolt a 40 év feletti lakosság – különösen a dohányosok – évenkénti szűrése.”

Mozgásfejlesztés

Mozgásfejlesztés célja a táplálkozással és a mozgással összefüggő betegségek ismertetése, azok gyakoriságának csökkentése, a lakosság egészségi állapotának javítása. Az egészséges táplálkozás ismereteinek terjesztése. Törekvés, hogy a közétkeztetésben is érvényesüljenek az egészséges táplálkozás irányelvei. A túlsúly, elhízás, az alultápláltság gyakoriságának megállítása, csökkentése. Az egészséges táplálkozási ismeretek terjesztése a

szakemberek és a lakosság körében rendezvényeken, szórólapokon, internetes fórumokon stb. A bölcsődés és óvodás korosztály egészséges táplálkozásának elősegítése a családi szokások befolyásolásával. Az iskolai, munkahelyi büfék egészséges választékának további bővítése, ízlésformálás. A táplálkozási zavarban, élelmiszer allergiában szenvedők speciális étkezésének biztosítása, segítése, támogatása.

Célkitűzés, hogy a lakosság mind szélesebb körében alakuljon ki a rendszeres mozgásra való igény. A testedzés váljon rendszeres szükségletté, valamint, hogy a közösségi programokba épüljön be a sporttevékenység, a játékos mozgás. A közoktatásba épüljön be a mindennapos testmozgás. A mozgásfejlesztő játékok, a szabadidős és versenysporthoz megfelelő feltételek álljanak rendelkezésre, ezek legyenek elérhetők mindenki számára. Bővüljön az iskolán kívüli sportlehetőségek köre. A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás, sportolás változatosság tétele a közoktatásban. A belváros autómentesítése bizonyos akciók napokon, „gyalogolj az egészségedért” stb. A bölcsődés, óvodás korosztály mozgáslehetőségének folyamatos bővítése, biztonságos, korszerű játszóeszközök biztosításával. Az élsportolók működjenek közre a szabadidős sportok, a rendszeres mozgás népszerűsítésében. A fogyatékkal élők testmozgásának, sportolásának megszervezése, segítése. A munkahelyi testmozgás elősegítése különböző akciókkal, közös rendezvényekkel.

Drogprevenció

Nemzeti Drogstratégia sikeres prevenciós tevékenységére vonatkozó alapelveit, tanácsait az alábbiak szerint foglalja össze:

- az egészségfejlesztés holisztikus modellje az irányadó
- az illegális és a legális pszichoaktív szerek együtt tárgyalása szükséges
- be kell vonni a családokat
- hangsúlyozni kell a készségfejlesztést
- fontos a kortárcsoportok és a média hatása
- beépülnek az iskolai tananyagba
- alsó tagozatban elkezdhető
- figyelembe veszi az iskola adottságait.

Ezen alapelvek mellett fontos, hogy a prevenciós foglalkozásokhoz olyan légkört teremtsen a szakember, melyben a tanulók felszabadultan, félelmek nélkül kijelenthetik gondolataikat, feltehetik kérdéseiket, és kiscsoportban megbeszélhetik azokat. A frontális oktatási módszer helyett ezeken az alkalmakon legyen lehetőség helyzetgyakorlatok, szerepjátékok, valamint kötetlenebb edukációs formák megvalósítására.⁵²

A prevenciós programok jelentősége a növekvő legális és illegális pszichoaktív szerhasználat által okozott problémás magatartás és addikció elkerülése érdekében egyre fokozódik. Magyarországon legfőképp az általános iskolákban és a középiskolákban zajlik a

⁵² Bús, T., (2006). ISKOLAI DROGPREENCIÓ. In: Bíró J. (Ed.), Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről (pp. 103-125). Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

drogproblémák megelőzését szolgáló, jellemzően elsődleges, valamint univerzális prevenció. A szakirodalomban leggyakrabban idézett hazai eljárások a Magyar Rendőrség által adaptált DADA és ELLEN-SZER program. Ezen felül több innovatív kezdeményezés is létrejött, mint a Drogprevenció Szabadulószoja és a VoltEgySzer mobilizált drogprevenció. Kiemelt jelentőségű komplex, innovatív egészségnevelési módszer az általános, középiskolás és felsőoktatás területén alkalmazott kortársoktatás. Általában az egészségneveléshez kapcsolódóan a táplálkozás, folyadékfogyasztás, mozgás, sport, elsősegélynyújtás, testi higiéné (2) ; a lelki egészségnevelés egyes témaköreire kapcsolódóan az önismeret, szorongáscsökkentés, társadalmi és szociális kapcsolati tudatosság az online világban és a valódi élményvilágokban. Az innovatív kortársoktatási gyakorlat tantárgyakon átívelő témáinkkal, új, korszerű pedagógiai módszeregyüttes használatával, a tudományterületek (genetika/epigenetika, egészségtudomány, ezen belül: szociológia, pszichológia, pedagógia) valódi integrációjában fejlesztik mind a közoktatás, mind a felsőoktatás résztvevői számára, szervesen illeszkedve a jelenlegi nemzetközi egészségnevelési, neveléstudományi főáramlatokhoz.

Betegegyüttműködés-gyógyszerészi gondozás, mint beavatkozási lehetőség

A gyógyszerészi gondozás a betegek öngondoskodását, gyógyszerhasználatát segítő és az egészségmegőrzést támogató gyógyszerészi tevékenység, amelynek szakmai és jogi keretei hazánkban 2008-ban jöttek létre. A gyógyszerterek – Magyarországon jogi értelmezés szerint is – az egészségügyi alapellátási rendszer intézményei, melyek a betegek számára a legkönnyebben elérhetők. Becslések szerint a napi 10-12 órás nyitvatartás során 600 000 lakos fordul meg a gyógyszerterekben, ami kiváló lehetőséget kínál az egészségműveltség, a felelős egészségügyi öngondoskodás hiteles közvetítésére. Különösen a kistélepléseken van meg annak a lehetősége, hogy a gyógyszerész élethosszig nyomon követhesse a páciensét, de hasonló szoros gyógyszerész-beteg kontaktusok városi gyógyszerterekben is kialakulnak. Ezek a kapcsolatok lehetőséget adnak arra, hogy a gyógyszerész átlássa a beteg teljes gyógyszerelését, valamint az egyéb kiegészítő termékek (például étrend-kiegészítők) fogyasztását. Amennyiben a gyógyszerész és a beteg között kialakul a megfelelő bizalmi kapcsolat, a köztük folyó kommunikáció révén fény derülhet gyógyszerelési hibákra, eloszlató az öngyógyítással kapcsolatos tévhitek, és a gyógyszerész segítheti a beteget gyógyszereszedésének folyamatos feljegyzésében. A gyógyszerészek gondozási tevékenységének támogatására a Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság protokollokat dolgoz ki; már rendelkezésre állnak a metabolikus szindróma, asztma, benignus prosztata hiperplázia, krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), derékfájás kezelésére vonatkozó és várandósgondozási irányelvek.

A gyógyszerterek népegészségügyi tanácsadási szerepet is betöltenek, az utóbbi időben egyre intenzívebb a feladatvállalásuk népegészségügyi programokban, mint például az influenzaoltás népszerűsítése, a vakcinálás támogatása, a dohányzásról való leszoktatás, az allergia program, a vastagbélászúresi program vagy az étrend-kiegészítőkkel kapcsolatos intézkedések. A jól működő gyógyszerészi gondozási tevékenység csökkentheti a gyógyszerekkel kapcsolatos ártalmakat és a hospitalizációt, akár 10%-os mértékben is. Enyhítheti az idősödő háziorvosi kar és a sürgősségi osztályok túlterheltsége miatti

problémákat azáltal, hogy szerepet vállal különféle tesztek elvégzésében, szűrőprogramokban, és életmód-tanácsadást végez.

Az eltelt évtizedekben a gyógyszerészeti szakmai szervezetek folyamatosan munkálkodtak a lehetséges feladatokra vonatkozó standardok széles körű megismertetésén, a napi gyakorlat ez irányú harmonizálásán. A jobb hatékonyság érdekében javítandó a gyógyszerészi gondozás szervezettsége, kívánatos lenne a patikák specializációja egyes gondozási szerepekre, vagy ilyen egészségügyi centrumok létrehozása. Sajnos a gyógyszerészi gondozás ma a gyógyszerészek önként vállalt tevékenysége, tényleges erkölcsi és anyagi elismerése még nem megoldott, illetve társadalmi jelentősége, haszna nem felismert, és nem kellően kihasznált.

A betegek terápiája során a gyógyszerész az ellátási láncban az utolsó szakember, akinek feladata és kötelessége a pontos és teljes, érthető tájékoztatás, melynek az adherencia szempontjából is kiemelt jelentősége van. A tájékoztatás hiánya okozója lehet a kívánt terápiás eredmények elmaradásának, és közvetlen vagy közvetett módon veszélyeztetheti a beteget. A gyógyszeres terápia eredményét alapvetően befolyásolja, hogy a betegeknek milyen a terápiával való együttműködése, a terápiahűsége: Adherencia (terápiahűség): az egyén egészségügyi szakemberrel egyeztetett, rá vonatkozó ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszeres kezelés, diéta és az életmódváltozás területén. Az alacsony adherencia, a non-adherencia jelentősen csökkenti a kezelés eredményességét, rontja a beteg életkilátásait és ezek mellett jelentősen növeli az egészségbiztosító és a beteg kiadásait. A WHO adatai szerint a fejlett országokban a krónikus betegségek esetében az adherencia 50% körüli, mely adat a fejlődő országokban rosszabb. A CODE-2 kutatásban, amelyben a 2-es típusú cukorbetegeket vizsgálták, csupán 28%-ban sikerült a célértékeket elérni⁵³⁵⁴. A gondozási tevékenységnek gyógyszeres kezelésen kívül ki kell terjednie a önellenőrzésre, diétás tanácsadásra, fizikai aktivitásra való ösztönzésre, a korai és késői szövődmények megfelelő elkerülése érdekében. Tekintettel arra, hogy a leggyakoribb beavatkozási forma az egészségügyi ellátás során a gyógyszeres kezelés, amely során a beteg egészségét és a gyógyszerbiztonságot is egyaránt veszélyeztető gyógyszerelési probléma léphet fel a gyógyszerészek ez irányú gondozása alapvető fontosságú⁵⁵. A megelőzhető és elkerülhető gyógyszerelési probléma kiküszöbölésében, elkerülésében a gyógyszerészeknek kiemelt szerep jut. A betegek megfelelő tájékoztatásával, az interakciók, a mellékhatások kizárásával, a párhuzamos gyógyszerelés elkerülésével, az adherencia javításával és felíró orvossal történő teljes együttműködéssel⁵⁶.

⁵³ Qiao Q, DECODE Study Group. (2006) Comparison of different definitions of the metabolic syndrome in relation to cardiovascular mortality in European men and women. *Diabetologia*, 49: 2837-2846.

⁵⁴ World Health Organization: Adherence to Long-term Therapies. Geneva, 2003
www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

⁵⁵ European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2012) Pharmaceutical Care Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Costeffective Health System.
https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl

⁵⁶ Pharmacy Intervention in the Medication-use Process the role of pharmacists in improving patients safety; 81
www.fip.org/files/fip/Patient%20Safety/PatientSafetyAdvidShah.pdf

Az adherenciát az alábbi tényezők befolyásolják:

Betegtől függő tényezők

- Fizikai tényezők
- Látási nehézségek
- Hallási nehézségek
- Kognitív zavarok
- Mozgáskoordinációs problémák
- Nyelési nehézségek
- Pszichés tényezők
- A betegség ismerete
- A terápia szükségességének ismerete
- Terápiával kapcsolatos elvárások
- A terápia folytatásával kapcsolatos képesség
- Motiváció
- Félelem a mellékhatástól
- Félelem a hozzászokástól
- A betegség, mint stigma
- Egészségügyi ellátással kapcsolatos frusztráció
- Stressz
- Abúzus

Terápiától függő tényezők

- A terápia komplexitása
- Napi adagolás
- Szedett gyógyszerek száma
- Gyógyszer adagolási technikák nehézségei
- Terápia időtartama
- Terápiás változások gyakorisága
- A terápia azonnali hatásának elmaradása
- Aktuális és potenciális mellékhatások
- Stigmával járó gyógyszeres kezelés
- Terápia kapcsolata az életmóddal
- Jelentős viselkedésváltozás szükségessége

Szociális és gazdasági tényezők

Ide sorolhatók a különböző szociodemográfiai jellemzők, mint például a nem, a kor, a családi állapot. A kornak kiemelt jelentősége van, mivel idős betegeknél fogyasztják a felírt gyógyszerek 50%-át. Befolyásoló tényezők:

- Alacsony egészségügyi műveltség
- Családi szociális támogatás hiánya
- Változó lakáskörülmények

- Nagyfokú elfoglaltság
- Egészségügyi rendszerhez való nehéz hozzáférés
- Egészségbiztosítás hiánya
- Kulturális különbségek
- Időskori gyógyszerabúzus

Egészségügyi rendszertől függő tényezők

Kevés pontos információ áll rendelkezésre az ellátórendszer adherenciára gyakorolt hatásáról, a következőket kell kiemelni:

- Egészségügyi szakember-beteg kapcsolat
- Egészségügyi szakember kommunikációs képessége
- Egészségügyi szakember és a beteg betegség megközelítésben lévő különbség
- Az egészségügyi szakember pozitív megerősítésének hiánya
- Betegoktatás és nyomon követés hiánya
- Beteg-együttműködés területén lévő hiányosságok
- Betegtájékoztatás
- Biztosítás és gyógyszerelés kapcsolata
- Magas gyógyszerköltség
- Hozzáférési akadályok
- Hosszú várólista
- Folyamatos ellátás hiánya

A beteg egészségügyi állapotától függő tényezők

Együttműködés szempontjából jelentősége van, milyen súlyos a betegség, milyen lefolyású, milyen egyéb társbetegségekkel kell számolni.

- Krónikus betegség
- Tünetmentes betegségben, tünetek súlyossága
- Depresszió
- Pszichotikus betegségek
- Mentális visszamaradottság

Beavatkozást igénylő kiválasztott rizikófaktorok:

- orális fogamzásgátlók thrombozisos kockázatát növelő hatása
- vastagbél malignus elváltozásainak kiszűrése
- dohányzás leszoktatás, mint tüdőrák prevenció

5. Érintett célcsoportok és szintek meghatározása

Célcsoportok:

- óvodások
- általános iskola alsó tagozatán tanulók
- általános iskola felső tagozatán tanulók
- középiskolások
- fiatal felnőttek: 18-25 év közöttiek
- aktívak: 26-64 év közöttiek
- nyugdíjasok
- családok, kisgyermekes családok
- várandósok, szoptatós anyukák
- krónikus betegségben szenvedők

Szintek:

- nevelési, oktatási intézmények
- munkahelyek
- otthon
- alapellátás rendelői
- gyógyszertárak (közforgalmú, fiók, intézeti – betegágymelletti gyógyszerész tanácsadással)
- szociális ellátó intézmények
- egészségügyi szakellátók rendelői
- fekvőbeteg ellátó egységek
- egészségfejlesztési iroda
- egyéb külső helyszínek, rendezvények
- helyi betegszervezetek (Pl. Diabetes Klub, Új Nap Klub, Légúti Betegek Klubja, Anonym Alkoholisták Egyesülete stb.)
- nappali ellátások
- média, írott, nyomtatott, online sajtó
- social media
- Digitális platformok: telemedicina különböző területei (telediabetológia, telepharmacy). A telemedicina a páciens számára rengeteg időt, utazást takarít meg, ezért kényelmes. A kezelőorvos számára pontos naplózott adatbázist nyújt akár a páciens vércukorszintjéről, vérnyomásáról, ezzel segítve a kezelést és a folyamatos nyomon követést. A telediabetológia segítségével például az otthoni vércukormérő eszközzel mért adatokból a központi informatikai rendszer olyan táblázatokat, grafikonokat készít, melyekből könnyen áttekinthető és követhető az anyagcsere állapotának változása. Ha a beteg megosztja az adatokat a kezelőorvosával, az lehetővé teszi a megfelelő terápia választását, illetve a kezelés folyamatos nyomon

követését, módosítását. Így tehát a gondozott beteg állapotának naprakész ellenőrzését és a mindennapi élet orvosi segítségét adja a rendszer anélkül, hogy közvetlen orvos-beteg találkozás jött volna létre. A telemedicina különösen hasznos lehet olyan élethelyzetekben, amikor az anyagcsere, vércukorszint felügyelete különösen fontos. Így például újonnan felfedezett cukorbetegségnél a kezelés beállításához, már ismert cukorbetegnél a terápia módosításához, jelentősebb életmód változtatásnál, terhesség alatt, műtétet követően, külföldi tartózkodás során. A kezelőorvos visszajelzést is tud küldeni a páciensnek a digitális platformok által nyújtott kétirányú kommunikációnak köszönhetően.

6. Kockázati tényezőkhez igazodó mutatók

Helyi adatbázisok: pl. iskolaorvosi, védőnői jelentés, háziorvosi jelentés, törzskartonok.

Országos adatbázis: NEAK adatbázis (minden finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató adatait tartalmazza), hazai népegészségügyi adatbázisok (demográfiai és a lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok): KSH, STADAT; Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI, korábban Országos Egészségfejlesztési Intézet) honlapjáról halálozási adatok; Egységes Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)

Kódrendszerek: BNO, finanszírozási kódok (OENO járóbeteg ellátásban, HBCS fekvőbeteg ellátás területén)

Betegregiszterek: Nemzeti Rákregiszter - a Gyermek onkológiai Regiszter -, a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter, Haemofília nyilvántartás, a Ritka betegségek nyilvántartása, a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása, Nemzeti Nosocomialis Surveillance (NNSC) (az egészségügyi ellátással összefüggő kórházi fertőzések monitorozása céljából végzett nyilvántartás)

További adatforrást jelenthetnek a kérdőíves felmérések, bár a reprezentativitás nehezen garantálható. A kérdések összeállításánál arra kell törekedni, hogy a rizikófaktorok jelenlegi állapotára (elszívott cigaretták száma), az azt befolyásoló egyéni okokra és a jelenlegi állapotot kedvezően befolyásoló motivációs tényezőkre kapjunk választ.

7. Rizikófaktorok mérséklését célzó programok

A fenti gazdasági- társadalmi és szociális környezetet figyelembe véve a hazai lakosság egészségi állapota és gazdasági – társadalmi fejlettsége elmarad az Európai Unió átlagától. A prevenció program segít abban, hogy a térségben lakó populáció életkortól, lakhelytől és foglalkozástól függetlenül megismerje élete folyamán egészségének alakulását és megelőzni olyan, a térséget érintő jelenségeket, mint a stressz, a szív – és érrendszeri megbetegedés, szívinfarktus, magas vérnyomás, cukorbetegség, légúti megbetegedések, dohányzás, érzékszervi károsodások, a mozgásszegénységgel és az elhízással kapcsolatos tünetek mellett

a mentális egészség területe. A beavatkozásoknak köszönhetően javul a lakosság egészségi állapota, egészségtudatossági szintje, növekedik a születéskor várható élettartam és az egészségben töltött életévek száma. A prevenció és egészségnevelő tevékenységgel segíti a betegségek korai felismerését és megelőzését is. Az egészségnevelés hosszú távon 10-15 év múlva a halálozási mutatók javulásában lesz megfigyelhető. A lakosság általános egészségi állapotának javításához, a születéskor várható átlagos élettartam és az egészséges életévek számának emeléséhez és az egészségtudatossági szint javításához elengedhetetlen a szakma politika által támogatott alapellátás fejlesztése és szakmai tevékenységének erősítése, kiszélesítése. A Komlón létrejött háziorvosi praxisközösség kiemelt hangsúlyt fektet a hypertónia, diabetes mellitus, COPD, mentális megbetegedések, mozgásszervi megbetegedések, daganatos megbetegedésekkel és a testi megbetegedésekhez kapcsolódó pszichés zavarokkal küzdő betegekre.

Programjavaslatok

- Dohányzásról leszoktató program
- Egészséges táplálkozást ösztönző program
- Rendszeres testmozgásra ösztönző, mozgásterápiás program
- Leleki problémák megoldását segítő program
- Vastagbél-szűrési program
- Méhnyakrák szűrési és emlőszűrési program
- Prosztata szűrés
- Ismeretterjesztő programok:
 - szóróanyagok segítségével figyelemfelhívás:
 - elhízás rövid- és hosszútávú veszélyeire
 - túlzott napozás és szoláriumozás rákkeltő hatásaira
 - alkohol-, drog- és egyéb abúzus szerek (pl: gyógyszerek) használat veszélyei
 - nem kívánatos terhesség elleni védekezési módszerek
 - mozgósítás a népegészségügyi szűréseken való részvételre
 - vakcinációval megelőzhető betegségek esetében oltás jelentőségére és lehetőségeire
 - terápiás adherencia jelentőségének ismertetése

Összefoglalás

A 21. századi egészségügy fenntartható fejlődéséhez paradigmaváltás szükséges az orvoslásban és az orvos-beteg kapcsolatban. A várható élettartam emelkedésével, a krónikus betegek arányának növekedésével az egészségügyi költségek oly mértékben emelkednek, amellyel a társadalmi ráfordítások nem tudnak lépést tartani. Az ellátás csak új típusú ellátási rendszerekben valósítható meg, amelyeknek lényeges új eleme a betegek aktív bevonása a gyógyítás folyamatába. A passzív betegszerepen alapuló orvos-beteg kapcsolatot a kölcsönösségen, partnerségen alapuló viszonyra kell felváltania, melyben a beteg aktív szerepet játszik saját egészségének és betegségének menedzselésében. Ezen betegszerep kialakításához megfelelően tájékozott, egészségéért felelősséget érző egyénekre és ezen készségek kialakításáért felelős egészségügyi ellátó rendszerre van szükség. Az egészségértés fejlesztését az iskolákban kell elindítani, majd az élethosszig tartó tanulás részévé kell tenni. A krónikus betegségekben szenvedők növekvő ellátási igényének kezelésére speciális öngondoskodást támogató rendszerek életre hívása szükséges. Ilyen típusú rendszerkezdemények szakmai törekvések alapján hazánkban jelenleg is léteznek egy-egy betegcsoportra kiterjedően, azonban ezen megoldások összehangolatlanok, nem integrálódnak az ellátó struktúrába, működésük finanszírozása nem megoldott. A betegek öngondoskodásának erősítése érdekében hazánkban is egy egységes keretrendszert kell kiépíteni, mely megteremti a betegek befogadóképességéhez igazított betegegyüttműködés feltételeit, kialakítja a krónikus betegségekben jellemzően nem nélkülözhető életmódváltás támogatásának hatásos technikáit. Az öngondoskodás megteremtésében felértékelődik a betegszervezetek és a nem orvosi diplomás egészségügyi szakemberek – gyógyszerészek, MSC/BSC-diplomás ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, védőnők, pszichológusok – tevékenysége. A rohamosan fejlődő infokommunikációs technológiák korában súlypontilag kell építeni az életmódra, a fiziológiai paramétereknek a beteg otthonában történő monitorozására, az ezen adatokra épülő intelligens döntéstámogató megoldások alkalmazására, illetve válogatott esetekben távkonzultációs lehetőségek kihasználására.

A primer és a szekunder prevenció határterületének tekinthető az ún. fenotípus prevenció, mely a genetika eredményeinek népegészségügyi hasznosítását jelenti. A betegségekkel szembeni fogékonyság genetikai háttere egyre inkább ismertté válik, s természetesen nem lehet népegészségügyi cél a fogékony genotípusok kiiktatása a populációból. Ma már nem kétséges Elliot Joslin (1869–1962) kijelentésének – miszerint a gének betöltik a fegyvert, s az életmód húzza meg a ravaszt („Genes load the gun, lifestyle pulls the trigger.”) – igazságtartalma, s a népegészségügyi gyakorlatban is elfogadásra került az a koncepcionális közelítés, hogy a preventív intézkedéseknek a gén és környezet veszélyes interakcióinak gátlására kell törekednie, azaz a fenotípus manifestációját kell megakadályoznia, ill. késleltetnie. Hosszútávon a legnagyobb egészséggazdaságtani és ösztönzői hasznot a gyermekkorban megkezdett egészségfejlesztés, egészségnevelés jelenti, mely a primer prevenciók stratégia fundamentumát képezi.

Komló Járás Egészségfejlesztési terve a fentiekben leírt célok elérésére igyekszik adekvát választ adni az elkövetkező 5 év távlatában.