

Modellprogram ajak-szájüregi daganatok szűrővizsgálatára roma populációban

Csépe Péter¹, Bánóczy Jolán², Dombi Csaba³, Forrai Judit¹,
Gyenes Mónika⁴, Döbrössy Lajos⁵

Semmelweis Egyetem, ¹Közegészségügyi Intézet, ÁOK,

²Orálbiológiai Tanszék, FOK, ³FOK Oktatási Centrum,

⁴Népegészségügyi Intézet, ETK; ⁵Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

Magyarországon a rákhalálozás az utóbbi években mérsékelten csökken, de az ajak-szájüregi rákok gyakorisága és mortalitása növekszik. A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás a szájhigiénié hiányával együtt növelik a kockázatot. A hátrányos helyzetben lévők között e daganatok számottevően gyakoribbak, elsősorban a fentebb említett kockázati tényezők halmozott jelenléte miatt. A legnagyobb kockázatú csoportokba tartozók ritkán találkoznak fogorvossal, ezért is indokolt számukra külön szűrővizsgálatot szervezni. Célunk olyan modellprogram kidolgozása volt, amely alkalmas lehet hátrányos helyzetű (ebben a vizsgálatban: roma) közösségekben a szájüregi rákok kockázati tényezőinek felmérésére, a szájüregi rákok és rák megelőző állapotok korai diagnosztikájára, így a morbiditás, végső soron a mortalitás csökkentésére. Négy településen szerveztünk szűrővizsgálatot részben a helyi ÁNTSZ, részben civil szervezetek, részben roma csoportok segítségével. A szűrővizsgálat meghatározott protokoll szerint folyt. A vizsgálatot végző fogorvosok a szájüregi rák vagy rák megelőző állapotra utaló elváltozások esetén a betegeket a végleges diagnózis felállítására alkalmas területi központokba utalták. A betegek követésében a helyi szervezők nyújtottak segítséget. A négy helyszínen összesen 1146 fő szájüregi rákszűrő vizsgálatára került sor. Mindössze 186 fő (16%) nem számolt be szájüregi panaszról. A szűrően részt vettek fele nem mos naponta fogat, 75% dohányzik, 45% fogyaszt valamilyen gyakorisággal szeszes italt, háromnegyed részük csak nyolc vagy kevesebb osztályt végzett, tehát a szájüregi rák szempontjából kockázati csoportba sorolhatók. A vizsgálat során jóindulatú szövetszaporulatot 18 főnél (1,6%), malignitásra gyanús elváltozást 12 főnél (1%), leukoplakiát 15 főnél (1,3%) találtunk. A megvizsgált személyek több mint fele nem járt rendszeresen fogorvoshoz, az elváltozással kiszűrteknél ez az arány 93% volt. A kidolgozott és kipróbált szűrővizsgálati modell jól alkalmazható a hátrányos helyzetű populációkban, a tervezett országos rákszűrési program részeként. *Magyar Onkológia* 51:95-101, 2007

Oral cancer has been identified as a significant public health threat. It is reported that about 3,800 new cases of oral cancer are diagnosed in Hungary each year with approximately 1,700 associated deaths. Oral cancer is the 6th most common cancer in men. Most oral cancers are preventable; 75% of oral cancers are related to tobacco use, alcohol use, or use of both substances together. While there is insufficient evidence to support or refute the use of visual examination as a method of screening for oral cancer in the general population, screening in high-risk populations is highly recommended. It was presumed that high-risk behavior including tobacco and alcohol use is one of the characteristics of Roma people. The main aim of the study was to elaborate a screening model program for the Roma population to determine risk factors of oral cancer and establish early diagnosis hence to reduce morbidity and mortality. In the program we planned to survey the risk factors in the target population, establish the diagnosis of oral cancer and/or pre-cancer and direct the patients to health care facilities. First we determined the target population in four Hungarian towns with the help of Roma social workers and local public health officers. We assembled a questionnaire on risk factors. Training for Roma social workers and screening personnel was also accomplished. Screening for oral pre-cancerous lesions and cancer and survey the risk factors in the target population were performed at the same time. Patients screened to be positive were referred to specialists. Altogether 1,146 persons,

Közlésre érkezett: 2007. június 22.

Elfogadva: 2007. június 27.

Levelezési cím: Dr. Csépe Péter, Semmelweis Egyetem Közegészségügyi Intézet,
1445 Budapest, Pf. 370. Tel./fax: 1-459-1500/6306, E-mail: cseppe@net.sote.hu

A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács támogatta (581/2003).

656 male and 490 female (age 20-77 years, mean 40 years), participated in the screening; 84% of them reported on some kind of complaints. We have got valid data on risk factors in connection with oral cancer. More than fifty percent of participants did not clean their teeth regularly, 75% were smokers, while 45% drunk alcohol regularly. 1,6% of screened participants had oral lesions that did not require referral to a specialist, while 2.3% of the screened subjects had referable oral mucosal lesions including leukoplakia. The overwhelming majority (93%) of participants screened to be positive did not see dentist regularly. As a conclusion, we elaborated a screening model program, which is applicable for disadvantaged (e.g. Roma) population to determine risk factors of oral cancer and establish early diagnosis hence to reduce morbidity and mortality. We surveyed the risk factors in the target population, established the diagnosis of oral cancer and/or pre-cancer lesions and directed the patients to care facilities. We also assisted them to get appropriate long-term care and follow-up. The importance of screening activities targeted on high-risk population was underlined. Csépe P, Bánóczy J, Dombi C, Forrai J, Gyenes M, Döbrössy L. Model program for screening oral cancers in the Roma population. *Hungarian Oncology* 51:95-101, 2007



Bevezetés

A szájüregi rákok epidemiológiája

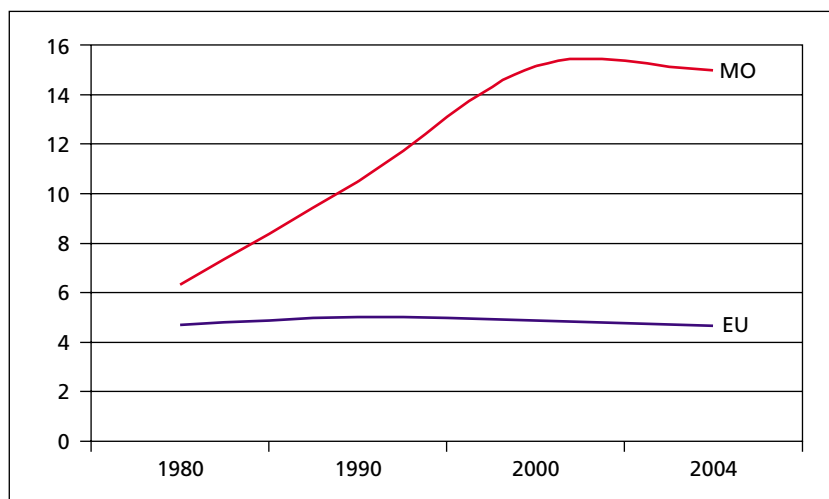
Közismert tény, hogy Magyarországon a daganatos betegségek morbiditása és mortalitása mind hazai statisztikák szerint, mind nemzetközi összehasonlításban igen magas (13, 15, 16, 25). A rákhalálozás 1999-ben volt a legmagasabb, azóta mérsékelten csökkenő tendenciát mutat, de az ajak-szájüregi rákok gyakorisága és mortalitása tovább növekedett (12-14, 25). A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) ebbe a csoportba sorolja többek között az ajkak (C00), a nyelvgyök (C01), a nyelv (C02), a fogíny (C03), a szájfenék (C04) és a szájpad (C05) daganatait. Ide tartoznak a C06 és a C10-C13 kódszámú daganatok is. 1948-ban még csak 252 halálesetet regisztrált a KSH (14). A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint 2001-ben 3894 esetben állították fel a szájüregi rák diagnózisát (25). Ugyanebben az évben 1432 férfi (29,6/100 000 és 305 nő (5,7/100 000), összesen 1737 személy halálát okozta a KSH által a BNO C00-C14 statisztikai csoportokba sorolt rosszindulatú daganat. A férfiak daganathalálozási sorrendjében a szájüregi rák az összes daganatos haláleset 7,5%-át adva a harmadik leggyakoribb daganattá vált. A betegség leginkább a 35 év feletti férfiakat sújtja, de fiatalabb korban és a nők között is egyre gyakoribb (12, 28). 2003-ban

3628 új bejelentett eset mellett a halálesetek száma 1760 volt. Jelentős változás ezen a területen azóta nem történt: a bejelentett daganatok száma 2004-ben 3815-re nőtt (25), és a halálozás európai összehasonlításban továbbra is igen magas (1. ábra). A szájüregi rák prognózisa általában rossz, bár nemzetközi adatok szerint az ötéves túlélés lehetősége, mely 82%, a szájüregre lokalizált tumorok esetében még viszonylagosan kedvező. Regionális áttét esetén az ötéves túlélés 45%, távoli áttét esetén pedig csak 21% (13). Mindez aláhúzza mind az elsődleges, mind a másodlagos megelőzés fontosságát (4-6).

A szájüregi rákok kockázati tényezői

A szájüregi rákok kockázati tényezői közül a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás szerepe egyértelműen bizonyított (19). Mindezek külön-külön is dózisarányosan növelik a kockázatot, együttesen hatva pedig összeszoródnak. A szájhigiéne elhanyagolása, a rendszeres fogorvosi ellenőrzés elmulasztása, az ismétlődő szájüregi fertőzések, az idült gyulladások, esetleg egyes táplálkozási tényezők is növelik a kockázatot (5, 20). A hátrányos helyzetben lévők, alacsonyabb iskolai végzettségűek között – így minden valószínűség szerint a romák között is – ezen daganatok számottevően gyakoribbak (3, 5).

1. ábra.
Ajak- és szájüregi rákok standardizált halálozása/100 000 fő EU és Magyarország, 1980-2004 (WHO-HFA adatbázis alapján)



Bizonyítékokon alapuló szájüregi rákszűrő vizsgálatok

Valamennyi közlemény hangsúlyozza a fogorvosi alapellátó hálózat képzésének és folyamatos továbbképzésének fontosságát a szájüregi rákok korai felismerésének területén. Javítani kell a fogorvosok diagnosztikus készségét és prevenciósz tevékenységét, különösen ennek gyakoriságát. A 48/1997. (XII. 17.) NM-rendelet 2. §-a a szájüreg és a maxillo-facialis tájék stomato-onkológiai szűrővizsgálatát javasolja a rendelésen megjelent betegek esetében, melyet a kötelező egészségbiztosítási keretből finanszíroznak. Magyarországon a rendelésen megjelenő betegek egyéni, stomato-onkológiai szűrővizsgálatára az alapellátás fogorvosát tehát jelenleg törvényi rendelkezés kötele-

zi. A vizsgálat egyszerűsége és a jelentési kötelezettség (pontszámszerzés) lehetősége ellenére hazánkban végzett statisztikai elemzés szerint a 18 éven felüli lakosok átszűrtsége az Egészségbiztosítási Pénztárral szerződött fogorvosok beteganyagában 2001-ben 6,2%, 2002-ben 7,7% volt (27). A szűrővizsgálatot a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató évente köteles elvégezni, és az eredményt írásban dokumentálni. Angolszász országokban alkalmi jelleggel általános orvosok is végeznek szájüregi szűrővizsgálatokat, ezen tevékenység elindítására hazánkban is történtek kezdeményezések (11, 24). Mindazonáltal sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy a rendszeres időközönként (általában 6-12 hónap) populáció-szinten végzett szájüregi rákszűrő vizsgálat a szájüregi rákok mortalitását csökkentené (23).

Más a helyzet az opportunisztikus (alkalmi) szájüregi szűrővizsgálat esetében. Ezek nem központosított, szervezett, alkalmi, stomato-onkológiai vizsgálatok az orvosi illetve fogorvosi rendelőben, nem gyanított betegségre vonatkozólag, bármilyen okból jelentkező betegen. Az eljárás rövid és költség-hatékony. Angliában és az USA-ban végzett felmérések szerint az alkalmi szűrővizsgálatok során a korai stádiumban történt diagnózis jelentősen gyakoribbá vált (29-32).

A roma népesség egészségi állapota

A roma népesség helyzete és problémái, így egészségi állapota valamint egészségügyi ellátása az utóbbi időben a figyelem előterébe került Magyarországon. 1997-ben a cigányság élethelyzetének, ezen belül egészségi állapotának javításáról kormányhatározat született. Az Országgyűlés 2003-ban fogadta el az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programját, melyben külön fejezetet szenteltek a cigányságot sújtó egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének. Mindazonáltal mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban kevés megbízható adat áll rendelkezésünkre a roma népesség megbetegedési és halálozási viszonyairól, valamint a betegségekhez vezető okokról (18). Az egyik első, átfogó, szociológiai metodológiát alkalmazó tanulmány, melyet 1999-ben publikáltak, még becslésekbe sem bocsátkozott a cigányság körében előforduló rákbetegségek számát illetően (26). Az 1992-ben elfogadott adatvédelmi törvény a roma népesség egészségi állapotmutatóinak gyűjtésére irányuló intézményes gyakorlatot megszüntette, a kutatásokat pedig jelentősen megnehezítette. Az Albert Schweitzer Intézet 2001-ben nemzetközi konferenciát szervezett a romák egészségi állapotával kapcsolatos adatgyűjtésről, melynek egyértelmű tanulsága volt, hogy a cigányság körében valid adatgyűjtésre a legtöbb közép-kelet-európai országban csak igen korlátozottan nyílik lehetőség, tudományos igényű publikáció e tárgykörben gyakorlatilag nem található. A témakörben megjelent szinte valamennyi hazai és nemzetközi publikációt áttekintő közlemény 2002-ben jelent meg, szerzői a magyarországi romák mortalitására és morbiditására vonatkozólag azon-

ban viszonylag kevés és ellentmondásos adatot találtak (22). Szájüregi betegségek előfordulásáról szinte egyáltalán nem állt rendelkezésre egyértelműen megbízhatónak tekinthető információ. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által végzett egészségmagatartás-vizsgálat egyik adata, hogy a roma nők 40 százaléka sohasem volt fogászati szűrővizsgálaton (17, 21). Egy országos reprezentatív felmérésekből, melynek eredményeit sajnálatos módon nem publikálták, kiderült, hogy a romák alig járnak fogorvoshoz, így a fogorvosi gyakorlatban egyébként sem gyakori szűrővizsgálaton igen ritkán vesznek részt. Ezt a tényt szóbeli közlések egyértelműen megerősítik.

Előzmények

Stomato-onkológiai szűrővizsgálatot teljes populációs mintán hazánkban elsőként 1962-ben végeztek (7). Ugyanebben az évben 103 falusi cigány ember vizsgálata során igen magas számban (40%) találtak leukoplakiát, vagyis rák megelőző állapotot (3). Tüdőszűrő-vizsgálatokhoz csatlakozóan két településen végeztek hasonló vizsgálatot 1988-ban (8, 9). A szájüregi rákok korai diagnosztizálásának lehetőségeiről, a Magyarországon 1995 után szórványosan folytatott szűrővizsgálatok módszereiről, eredményeiről és hatékonyságáról 2001-ben született összefoglaló tanulmány (4). Kiemelhetjük egy 1996-ban publikált vizsgálat eredményeit (9). A szűrésre önként jelentkező 5034 személy egy általános és egy szájüregi problémákkal foglalkozó kérdőívet is kitöltött. Jóindulatú daganat 3,74%-ban, szájüregi praecancerosis 3,74%-ban fordult elő. A leukoplakiás betegek lényegesen magasabb arányban dohányoztak (88%) és fogyasztottak alkoholt. A megvizsgált személyek több mint fele nem járt rendszeresen fogorvoshoz, leukoplakiás betegeknél ez az arány elérte a 74%-ot. A nemzetközi ajánlások szerint a stomato-onkológiai szűrővizsgálat egyik formája a célcsoportokat érintő vizsgálat (4, 10). A roma népesség körében végzett eddigi programjaink és vizsgálataink szerint e populáció halmozottan hátrányos helyzete miatt egyértelműen célcsoportnak tekinthető (1).

Célkitűzés

Célunk olyan modellprogram kidolgozása volt, amely alkalmas a hátrányos helyzetű (roma) populációban a szájüregi rákok kockázati tényezőinek meghatározására, a szájüregi rákok és rák megelőző állapotok korai diagnosztizálására és gyógyítására, így a morbiditás és végső soron mortalitás csökkentésére. A program célkitűzéseit három szinten és három szakaszban kívántuk elérni, szoros együttműködésben a helyi cigány közösségekkel, az ÁNTSZ-szel és a fogorvosokkal, roma mediátorok (egészségőrök) segítségével.

1. A kockázati tényezők felmérése a célpopulációban.
2. Szájüregi rákok, valamint rák megelőző állapotok gyanújának meghatározása szakdolgo-

zők által végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálattal.

3. A szűrővizsgálat során kiemelt személyek szakellátáshoz irányítása, követése és gondozásának elősegítése.

Betegek és módszerek

A modellprogram helyszíneinek kiválasztásában korábbi roma egészség-programok tapasztalatait használtuk fel. A Soros Alapítvány roma rehabilitációs programja éveken keresztül az ország több településén (elsősorban a gazdaságilag elmaradott térségekben) támogatta roma egészségőrök (mediátorok) képzését. A programok az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a helyi cigány önkormányzat, nem-kormányzati roma szervezetek és a Munkaügyi Hivatalok együttműködésével folytak. A mediátor-képzés és más roma programok során szerzett tapasztalatok alapján (1) a szájüregi rákok szűrését nagyvárosok romák által sűrűn lakott területein, részben cigánytelepeken terveztük. Több tervezett helyszínen (Miskolc, Ózd, Füzesabony, Budapest egyes kerületei) szervezési nehézségek, illetve a fogorvosok valamint a népegészségügyi szakemberek nem megfelelő együttműködési készsége miatt végül is nem került sor a szűrővizsgálatra.

Adatvédelmi és etikai okokból a célpopuláció nagyságának tudományos igényű, pontos meghatározása a szűrővizsgálat előtt nem volt lehetséges. A vizsgálat tervezése szempontjából mindazonáltal fontos volt, hogy a mediátorok és a roma közösségekben dolgozó egészségnevelési szakemberek területükön becslést adtak a magukat cigánynak valló személyek számáról. Ennek alapján a tervezett helyszíneken mindösszesen 1000-1200, 35 év feletti roma lakost szándékoztunk bevonni a vizsgálatba.

A kockázati tényezőket felmérő kérdőív összeállításában az eddig végzett stomato-onkoló-

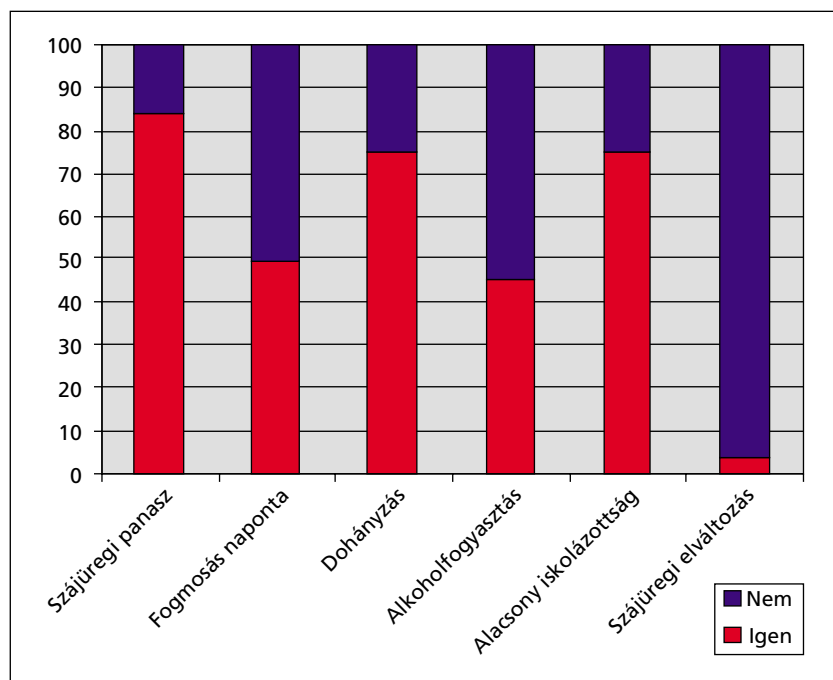
giai szűrővizsgálatok során használt, hasonló tárgyú kérdőívek, valamint egyéb egészségmagatartás-felmérések anyagára támaszkodtunk. A kérdőívet mellékletben közöljük (1. melléklet). Az egészségügyi alapképzést kapott roma egészségőrök (mediátorok) felkészítését, valamint a szűrés végző egészségügyi szakdolgozók képzését részben közös, részben specializált curriculum alapján végeztük, alapul véve a korábbi tapasztalatokat (4, 8, 9).

A roma mediátorok illetve a népegészségügyi szakemberek személyesen keresték meg a területükhöz tartozó célpopuláció tagjait, elsősorban formális és informális vezetőit. A 35 év feletti lakosok többségét értesítették a szűrővizsgálat lehetőségéről, céljáról, helyszínéről és időpontjáról.

A szűrővizsgálat előre meghatározott időütemezésben, a fentiekben meghatározott protokoll szerint folyt. A vizsgálat előtt a résztvevők aláírták az Etikai Bizottság által jóváhagyott beleegyezési nyilatkozatot és (szükség esetén segítséggel) kitöltötték a kockázati tényezőket felmérő, az adatvédelmi szabályoknak megfelelő kérdőívet. Regisztráltuk a felkértek és a válaszolók, valamint a szűrésre jelentkezők számát. Valamennyi résztvevő teljes költségtérítést és kisebb ajándékcsomagot kapott. A vizsgálatot végző szakdolgozók a szájüregi rák vagy rákmegelőző elváltozás gyanúját keltő elváltozásokban szenvedő betegeket a diagnózis felállítására alkalmas területi központokba utalták, ahol a betegek ellátására felkészültek. E központokat a program előtt személyesen tájékoztattuk. A betegek irányításában és követésében a roma mediátorok nyújtottak gyakorlati segítséget. Terveztük, hogy a betegeket beleegyezésükkel a programban is nyilvántartjuk, egyidejűleg értesítjük háziorvosukat és fogorvosukat. E terveket adatvédelmi megfontolások miatt végül elvetettük, így a további vizsgálatra irányított betegek követésével kapcsolatosan hiteles adatokat nem közölhetünk. Regisztráltuk viszont a szűrésen megjelentek, a rákgyanús elváltozással kiszűrtek számát.

Végül is négy településen (Nyíregyháza, Kecskemét, Budapest, Győr) szerveztünk szűrővizsgálatot, részben a helyi ÁNTSZ, részben civil szervezetek, részben roma csoportok segítségével. Minden 35 év feletti, az adott területen az érintett csoportba tartozó lakost felkértünk a vizsgálatra, de nem utasítottuk el a fiatalabbak jelentkezését sem. A szűrővizsgálat meghatározott protokoll szerint folyt. A résztvevők rövid kérdőívet töltöttek ki, a vizsgálatot végző fogorvos a talált elváltozásokat szűrőlapon rögzítette. A WHO és az NIDCR (National Institute of Dental and Craniofacial Research) stomato-onkológiai szűrővizsgálatra vonatkozó standard módszertani ajánlásait világszerte (30), így hazánkban is (2, 6, 9) alkalmazzák. A vizsgálat kilenc szájterület átvizsgálását tartalmazó lépésekből áll, három perc alatt elvégezhető, röviden dokumentálható. A dokumentációs lapot mellékeljük (2. melléklet). Valamennyi résztvevő ajándékcsomagot kapott. A vizsgálatot végző fogorvosok a szájüregi rákra vagy rákmegelőző állapotra utaló elváltozások

2. ábra.
Kérdőíves és
szűrővizsgálat főbb
eredményei %-ban,
n = 1146



esetén a betegeket a végleges diagnózis felállítására alkalmas területi központokba utalták. Sajnálatos módon nincs pontos információnk arról, hogy végül is hányan éltek a szakorvosi vizsgálat lehetőségével.

Eredmények

A négy helyszínen összesen 1146 fő (656 férfi és 490 nő) szájüregi rákszűrő vizsgálatára került sor. A résztvevők átlagos életkora 40 év volt, a legfiatalabb 20 éves, a legidősebb 77 éves volt. Mindössze 186 fő (16%) nem számolt be szájüregi panaszról. A panaszok helyének általában a fogazatot jelölték meg. A szűrésen részt vettek fele nem mos naponta fogat, 75% dohányzik, 45% fogyaszt valamilyen gyakorisággal szeszes italt, háromnegyed részük csak nyolc vagy kevesebb osztályt végzett, tehát a szájüregi rák szempontjából kockázati csoportba sorolhatók. A vizsgálat során jóindulatú szövetszaporulatot 18 főnél (1,6%), malignitásra gyanús elváltozást 12 főnél (1%), leukoplakiát 15 főnél (1,3%) találtunk (2. ábra). Ezen betegek túlnyomó többsége dohányzott és fogyasztott alkoholt. A megvizsgált személyek több mint fele nem járt rendszeresen fogorvoshoz, az elváltozással kiszűrteknél ez az arány 93% volt.

Következtetések, javaslatok

Jelenleg nincs kialakult konszenzus a vezető nemzetközi orvosi társaságok között a szájüregi rákszűrés ajánlására. Az Amerikai Rákszövetség (American Cancer Society) rutin jelleggel évente ajánlja a vizsgálatot a negyven éven felülieknél. Az Amerikai Prevenációs Munkaközösség (US Preventive Task Force) és a Kanadai Munkaközösség (Canadian Task Force) preventív ellátási irányelvei alapján csak a magas kockázati csoportnál (dohányzók, alkoholfogyasztók) indokolt a szájüregi évenkénti vizsgálata az orvos vagy fogorvos részéről. Megerősítést nyertek a roma populáció szájüregi rákkal kapcsolatos, gyakran előforduló kockázati tényezőiről feltételezett adatok. A szájüregi rákmegelőző állapotok és a szájüregi rákok gyakorisága igen hasonló volt a korábbi vizsgálatok során, hasonló kockázati jellemzőkkel bíró csoportokéhoz, bár a viszonylag alacsony esetszám ennek statisztikai bizonyítását nem tette lehetővé. Ennek alapján is javasolhatjuk, hogy a roma populáció megfelelő korosztályba tartozó tagjai számára a kockázati tényezők előszűrése nélkül is szervezhető legyen stomato-onkológiai szűrővizsgálat, így a költséges előszűrés elkerülhető. A vizsgálat előkészítésébe és elvégzésébe elengedhetetlen az érintett közösség bevonása, lehetőség szerint a közösség egyes tagjainak (mediátorok, egészségőrök) meghatározott feladatokra (a szűrővizsgálat népszerűsítése, segítségnyújtás a vizsgálat és a követés során) történő alkalmazása. A vizsgálat kezdete előtt tisztázni kell, és jogi szakemberek segítségével lehetőség szerint megoldást kell találni a kiszűrt betegek követésére, mely a hatályos adatvédelmi jogszabályokat nem sérti. Ez részben a betegek érdeke,

részben a program megbízható, tudományos igényű monitorozását és értékelését is lehetővé teszi. A vizsgálat során megbízható adatokat nyertünk a roma populáció szájüregi rákkal kapcsolatos kockázati tényezőiről. A kidolgozott és kipróbált szűrővizsgálati modell jól alkalmazható a hátrányos helyzetű populációkban a tervezett országos szájüregi rákszűrési program részeként. A szűrővizsgálati modell-program más hátrányos helyzetű populációkban is alkalmazható. A módszer a hajléktalanok körében egy terepgyakorlat során próbáltuk ki.

Irodalom

1. Ambrus P, Csépe P, Forrai J (szerk). Kisebbségek, kommunikáció, egészség. Soros Alapítvány – Medicelló Bt, 2002
2. Bakó A, Kósa Zs. Szűrővizsgálati modellprogram a szájüregi daganatok korai felismerésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Magyar Fogorvos 10:4, 2001
3. Balogh K, Huszár Gy. Cigányok gerostomatológiai vizsgálata. Antropológiai Közlemények, 6:7-8, 1962
4. Bánóczy J, Bakó A, Dombi Cs, et al. Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok: a korai diagnózis lehetőségei. Magyar Onkológia 45:143-148, 2001
5. Bánóczy J, Eckhardt S. Rizikótényezők a szájüregi rákok kialakulásában. Magyar Onkológia 45:98, 2001
6. Bánóczy J, Dombi Cs. A szájüregi carcinomák és praecancerosus állapotok korai diagnosztikájának lehetőségei. Praxis 2:33-36, 1993
7. Bruszt P. Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok a bajai és a bácsalmási járás 7 községében. Magyar Onkológia 34:81-85, 1962
8. Dombi Cs, Czeglédi Á, Bánóczy J. Tüdő-ernyőképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomatoonkológiai vizsgálatok. Magyar Onkológia 39:194-198, 1988
9. Dombi Cs, Vörös-Balog T, Vincze N, Bánóczy J. A Budapest III. kerületében végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálat tapasztalatai. Lege Artis Medicinae 6: 728-733, 1996
10. Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Talor RS. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. Br Dent J 95:87-98, 2003
11. Döbrössy L. A háziorvosok lehetőségei és feladatai a szájüregi rákok megelőzésében és korai felismerésében: mi a teendő? Tájékoztató füzet, 2002
12. Döbrössy L. A szájüregi daganatok epidemiológiája: a probléma jelentősége. Magyar Onkológia 45:99-105, 2001
13. Döbrössy L. Cancer mortality in central-eastern Europe: facts behind the figures. Lancet Oncol 3, 2002
14. Döbrössy L. A szájüregi daganatok epidemiológiája. Fogorvosi Szemle 100:48-52, 2007
15. Gaudi I, Kásler M. A rosszindulatú daganatos halálozás változása 1975 és 2001 között Magyarországon. Magyar Onkológia 46:291-295, 2002
16. Gellrich NC, Suarez-Cunquero MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central European population: defining the dentist role. J Am Dent Assoc 133:307-314, 2003
17. Gyukits Gy, Ürmös A, Csoboth Cs, Purebl Gy. A fiatal roma nők szűrővizsgálaton való megjelenése. Orvosi Hetilap 143:2077-2079, 2002
18. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. J Epidemiol Community Health 54:864-869, 2000
19. Humpris GM, Freeman R, Clarke HM. Risk perception of oral cancers in smokers attending primary care: a randomized clinical trial. Oral Oncol 40:916-924, 2004
20. Johnson N. Az orális carcinomák etiológiája és rizikófaktorai, különös tekintettel a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Magyar Onkológia 45:115-122, 2001
21. Kopp M, Csoboth Cs. Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében. Magyar Onkológia 45:139-142, 2001

22. Kósa K, Lénárt B, Ádány R. A magyarországi cigányság egészségi állapota. Orvosi Hetilap 143:2219-2426, 2002
23. Kujan O, Glenny, AM, Oliver RJ, et al. Screening programs for the early detection and prevention of oral cancer. The Cochrane Collaboration Volume (3), 2006
24. McPherson LM, McCann MF, Gibson J, et al. The role of primary health care professionals in oral cancer prevention and detection. Br Dent J 195:277-281, 2003
25. Ottó Sz, Kásler M. A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alkalmazása. Magyar Onkológia 49:95-107, 2005
26. Puporka L, Zádori Zs. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok, 2. szám, 1999
27. Sebestyén A, Boncz I, Dózsa Cs, et al. Fogászati preventív vizsgálatok Magyarországon. Informatika és Menedzsment az egészségügyben. 2:15-22, 2003
28. Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancer. J Am Dent Ass 132:75-115, 2001
29. Speight PM, Downer MC, Zakrzewska J. Screening for oral cancer and precancer. A report of the UK Working Group on Screening for oral cancer and precancer. Community Dent Health (suppl), 10:1-89, 1993
30. Warnakulasuriya SA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. Oral Dis 5:10-14, 1999
31. Weinberg MA, Estefan DJ. Assessing oral malignancies. Am Fam Physician 65:1379-1384, 2002
32. Zakrzewska, J, Hindle I, Speight PM. Practical considerations for the establishment of an oral screening program. Community Dent Health, 10:79-85, 1993

1. melléklet

Tisztelt Válaszadó!

Kérjük, jelölje meg a megfelelő választ, illetve írja be a megfelelő adatot!

Neve :

Anyja neve:

Születési dátum:

Lakcím:

TAJ szám:

Neme: férfi – nő

Van-e szájüregi panasz?

1. nincs
 2. néha előfordul
 3. rendszeresen előfordul
 4. folyamatosan van

A panasz helye?

5. fog
 6. száj-lágyrészek
 7. torok

A panasz jellege?

8. fájdalom, érzékenység
 9. szájszárazság
 10. duzzanat
 11. kellemetlen szájíz
 12. kellemetlen íz érzés
 13. rekedtség

Milyen gyakran mos fogat?

14. nem mos fogat minden nap
 15. naponta egyszer
 16. naponta többször

Általában milyen gyakran jár fogorvoshoz?

17. soha
 18. csak fogfájáskor
 19. félévente rendszeresen
 20. évente rendszeresen

Dohányzik-e? Mennyit?

21. cigarettázik (.... éve, db/nap)
 22. pipázik (.... éve, alkalom/nap)
 23. szivarozik (.... éve, db/nap)
 24. abbahagyta a dohányzást (.... éve)
 25. soha nem dohányzott

Milyen gyakran, mennyi szeszes italt fogyaszt?

26. naponta (bordl/nap)
 27. naponta (sördl/nap)
 28. naponta (töménydl/nap)
 29. alkalmanként
 30. soha

Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

31. nem járt iskolába
 32. kevesebb, mint 8 általános
 33. 8 általános
 34. szakmunkásképző, szakiskola
 35. középiskola
 36. főiskola, egyetem

Az Ön lakóhelye?

37. főváros
 38. megye jogú város
 39. város
 40. község
 41. tanya

Általában milyen gyakran jár háziorvosához?

42. alkalmanként, ha panasza van
 43. félévente rendszeresen
 44. évente rendszeresen
 45. soha nem volt

VIZSGÁLATI LAP

Kérjük írja a négyzetekbe a lokalizációhoz tartozó elváltozás számát

- 0 = nincs kóros elváltozás
- 1 = malignitásra gyanús szövetszaporulat, vagy fekély
- 2 = jóindulatú szövetszaporulat
- 3 = leukoplakia
- 4 = lichen
- 5 = megnagyobbodott, fájdalomtalan duzzanat
- 6 = egyéb.....

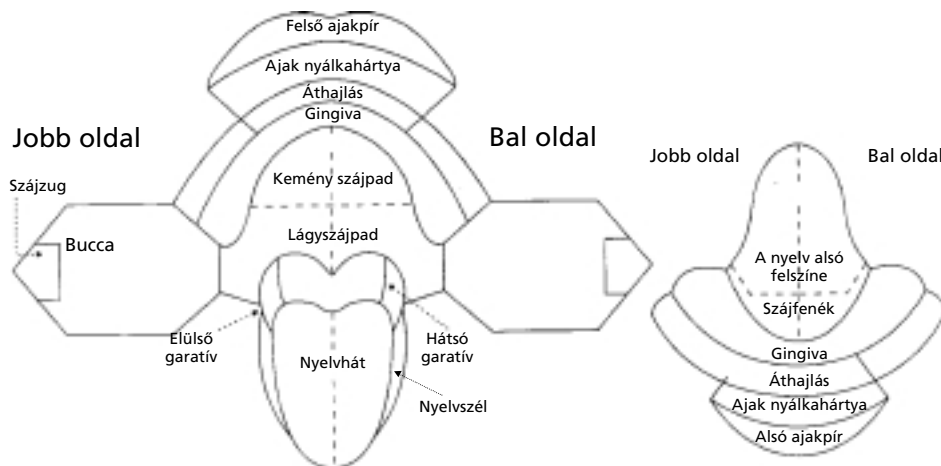
Valamennyi négyzetet ki kell tölteni! A vizsgálandó területek:

Extraoralis vizsgálat :

- 1. Nyirokcsomók
- 2. Ajkak
- 3. Az arc és a nyak bőre

Intraoralis vizsgálat

- 4. Alsó ajkak belfelülete, áthajlás, íny
- 5. Felső ajkak belfelülete, áthajlás, íny
- 6. Baloldali orcai nyálkahártya
- 7. Jobboldali orcai nyálkahártya
- 8. Nyelvhat
- 9. Baloldali nyelvészél
- 10. Jobboldali nyelvészél
- 11. A nyelv alsó felszíne
- 12. Szájfenék
- 13. Szájpad (kemény, lágy)
- 14. Garat (oropharynx)



Továbbküldve:

Dátum :

A vizsgáló orvos :

PH