

A háziorvos és az onkológiai éberség

Tapasztalatok a daganatok felismeréséről és alapellátási kivizsgálásáról

Bardi Judit, Kovács Éva, Rurik Imre

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A daganatos betegek első tüneteinek jelentkezése, orvoshoz fordulása, illetve a diagnózis felállítása közötti késlekedés ideje több tényezőtől is függhet. A szerzők 110 daganatos betegnél vizsgálták a beteg neme, életkora, gazdasági helyzete, képzettsége, a szervezett szűréseken való részvétele és a háziorvosi ellátás igénybevételi gyakorisága, valamint a késlekedési idő kapcsolatát. Eredményeik szerint a betegek 67%-a csak panaszok esetén kereste fel háziorvosát. Tüneteit észlelve, a férfiak 44%-a, a nők 53%-a 1 hónapon belül orvoshoz fordult. Az azonnal orvoshoz fordulók között többségben voltak a felső- és középfokú végzettségűek, bár a felsőfokú végzettségű betegek egy részénél és a 60 év fölöttiekénél találták a leghosszabb késlekedési időket. A nagyon alacsony jövedelműek mindegyik kategóriában többségben voltak. Tüdőszűrés során a tüdődaganatok 33%-át diagnosztizálták férfiaknál, míg nőknél 25%-át. A szervezett szűrésre ajánlott életkori csoportokban 71% volt a mammográfiás-, és 69% a méhnyakszűrési arány, a középfokú végzettségű nőknél volt a legmagasabb (88%), a diplomás nőknél a legalacsonyabb (50%) a megjelenés. Az onkológiai éberség gyakorlatát az alapellátásban fontos alkalmazni, és a háziorvosnak a szűrővizsgálatokra motiválnia kell betegeit. Magyar Onkológia 55:295-301, 2011

Kulcsszavak: daganat, háziorvos, késlekedés, onkológia, prevenció, szűrés

Delay time between the first experienced symptoms, visiting doctor and setting diagnosis up may depend on several factors. One hundred and ten cancer patients were compared regarding gender, age, social status, qualifications, economic status, participation in organized screening programs, regular attendance by family physicians and delay in the diagnostic procedures. According to the results, 67% of the patients visited the doctor only in case of symptoms occurring. After recognizing the first symptoms, 44% of the men and 53% of the women turned to doctor within one month. The longest delay time was observed in the case of patients over 60 and some patients with university degree, while usually shorter periods were reported in the case of the secondary school and most of the university graduated patients. Low income persons were over-represented in all delay categories. Twenty-five percent of female and 33% of male patients with lung cancer were diagnosed with routine x-ray screening. In the age cohort recommended for participation in organized screening programs, 66% of women took part on mammography and 69% on pap-screen. This ratio was the highest (88%) in the case of secondary school and the lowest (50%) in the case of university graduated women. The awareness of cancer has a high importance in primary care, and family physicians should motivate their patients to participate in organized screening programs as well.

Bardi J, Kovács É, Rurik I. Awareness of family physicians in the oncology care. Screening and diagnosis in the primary care. Hungarian Oncology 55:295-301, 2011

Keywords: cancer, delay, family doctor, oncology, primary care, prevention, screening, tumor

Levelezési cím: Dr. Bardi Judit, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, 4032 Debrecen, Móricz Zs. krt. 22. Telefon/Fax: (06-52) 255-252, E-mail: csotanszek@sph.unideb.hu

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint a rosszindulatú daganatos megbetegedések évente körülbelül 1,7 millió ember haláláért felelősek Európában. Előrejelzésük szerint 2020-ra 15 millióra nő Európában a rosszindulatú daganatban megbetegedettek száma. Világviszonylatban évente 12 millió új esetet diagnosztizálnak (10, 16).

A rosszindulatú daganatos megbetegedés miatt bekövetkező hazai halálozási arány nagyon kedvezőtlen. Körülbelül 25%-os gyakorisággal a második leggyakoribb halálozási oka a szív- és keringési eredetű halálokok mögött (23, 24).

Magyarországon 140 ezer ember hal meg évente és ebből 33 000 esetben rákbetegség a halál oka. Hazánkban ma körülbelül 300 000 ember szenved daganatos megbetegedésben. Epidemiológiai elemzések szerint Európán belül a tumoros megbetegedés okozta halálozás aránya hazánkban a legmagasabb. Országunk első helyen áll a férfiak összes daganatos halálozási sorrendjében, míg a nők esetén a második helyet foglalja el. Az ismertté vált daganatos megbetegedések számát valószínűleg a javuló adatszolgáltatás, a 2001-ben megkezdett szervezett emlőszűrés és a méhnyakszűrő programok is növelik (10, 22).

Ezek az adatok is érthetővé teszik, hogy az orvostudomány egyik legnagyobb kihívása a rosszindulatú betegségek korai felismerése és eredményesebb gyógyítása.

Az emberek számára a rák a legijesztőbb betegség, még mindig a halálos kór szinonimájaként él a köztudatban. Ugyanakkor néhány malignoma prognózisa sokkal jobb, mint némelyik nem rosszindulatú betegségé, mint pl. a szívinfarktus, vagy az agyvérzés.

Mai ismereteink szerint a daganat kialakulásában genetikai és környezeti tényezők játszanak szerepet. A környezeti tényezők közé tartozik a dohányzás, a nagymértékű alkoholfogyasztás, az ionizáló sugárzás, a napsugárzás, a táplálkozás, exogén hormonhatás, gyógyszer- és foglalkozási expozíció (1). A primer prevenció lehetőségei részben ismertek, a szekunder prevenció legfontosabb útjait a szűrővizsgálatok jelentik. A megelőzésben fontos szerepe van az alapellátásnak (4–6, 29). Konkrét tennivalói a daganatos betegségek vonatkozásában:

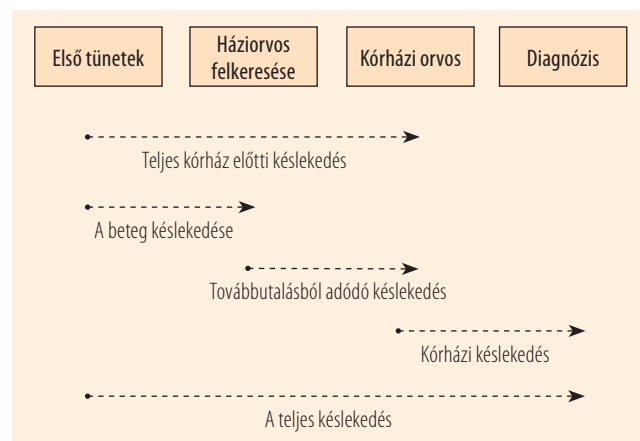
- A primer prevenció az egészség megőrzését támogatja életmódi és étkezési tanácsokkal, buzdít a fizikai aktivitás fokozására, az alkoholfogyasztás korlátozására, amelynek szerepe bizonyított a hepatocellularis carcinoma etiológiájában, programokkal segíti a dohányzás elhagyását (1, 6). Másik eszköze a profilaxis, mely aktívabb beavatkozást jelent, például védőoltással a humán papillomavírus ellen (5, 6, 29).

- A szekunder prevenció során a szűrővizsgálatok szervezésében, a daganatok diagnosztizálásában vesz részt,
- tercier szinten pedig a betegek szupportív és tüneti terápiájában, a kezelés utánkövetésében és a terápiás gondozásban, ezenkívül segíti az onkológiai betegek lelki gondozását is (6).

Daganatos megbetegedések diagnosztikája az alapellátásban

A magas halálozási gyakoriság és a daganatos betegségek rövidebb túlélési idejének egyik oka a betegség késői felismerése. A diagnózisig eltelt idő függ attól, hogy a beteg daganatra utaló tüneteivel mikor keresi fel először orvosát, a háziorvos hogyan értékeli ezeket a tüneteket, továbbküldi-e kivizsgálásra és/vagy szakorvoshoz (18). A diagnosztikus folyamat késlekedésének három lehetséges fázisát az 1. ábrán mutatjuk be (2). A beteg késlekedése jelenti az első,

1. ábra. Késlekedés a daganatok diagnosztizálásában



a tünetek észlelésétől az orvos felkereséséig eltelt időszakot. A második időszak az első orvosi konzultáció és a háziorvos által történő továbbutalás között eltelt idő, ez a háziorvos késlekedése. A harmadik a beutalástól a diagnosztikus felállításáig eltelt idő, kórházi késlekedés, vagy a rendszer késlekedése (18). Fontos téma a daganatok diagnosztizálásában megfigyelhető késlekedés, ami országoként különböző lehet, egyrészt az eltérő egészségügyi rendszerekben, másrészt a késlekedés vizsgálata során használt módszerekben, valamint a daganatokban megfigyelhető eltérések miatt (2).

A késlekedés szerepe a túlélésben daganatonként változó lehet. Emlődaganat esetén 3–6 hónapos késlekedés rontja a túlélést, bár néhány beteg esetén rövidebb túlélést figyeltek meg, annak ellenére, hogy idejében keresték fel

az orvost (25, 27). A colorectalis daganatok esetén nem figyeltek meg összefüggést a késlekedés és a túlélés között, a rectumtumorkok esetén a rövidebb késlekedés a korábbi stádiumban történő diagnózissal hozható összefüggésbe, ami a vastagbél-tumorkoknál nem figyelhető meg (3, 14, 26). A tüdődaganatoknál van némi bizonyíték, hogy a korai stádiumú betegség jobb túléléssel társul, bár nagy eltérésekről számolnak be a különböző tanulmányok (11, 19–21). Az ováriumtumorkoknál azonban nincs bizonyíték, hogy késlekedés a beutalásban vagy a diagnózisban befolyásolja-e a túlélést, de egyértelmű a korai stádiumú betegség esetén és a gyorsabb diagnózis felállításakor (15, 32).

A betegkéslekedés okai és ennek hatása a háziorvos által történő továbbutalásra nagyon összetett probléma. Domináns tényező a késlekedés, mivel a betegek nem megfelelően értelmezik tüneteiket. A tünetek típusa fontos szerepet játszik a betegkéslekedésben: atípusos, vagy bizonytalan tünetek növelhetik. Fordítva is igaz, vagyis ha a tünetek súlyosabbak, aggasztóak, a beteg csomót tapint, vérzést vagy fájdalmat tapasztal, az kevesebb késlekedést jelenthet (18).

A beteg késlekedését ezen kívül számos demográfiai és pszichés tényező is befolyásolhatja. Az alacsony szociális-gazdasági státusz és végzettség rizikófaktornak bizonyult számos gyakori daganat esetén. A kevésbé gyakori daganatok esetén a demográfiai tényezők szerepe nem egyértelmű (18).

Vizsgálatunk célja megismerni, hogy milyen úton jutnak el az onkológiai betegek a diagnózisig és ebben milyen szerepet játszanak az egészségügyi rendszer különböző szintjei, kiemelten a háziorvos. Mindezeket kívül kerestük a daganatos betegségek és az egészségmagatartás közötti összefüggést is. Fel kívántuk mérni, történt-e késedelem az onkológiai kezelés alatt álló betegek vizsgálatában, ellátásában, és milyen tényezők befolyásolták orvoshoz fordulásukat.

ANYAG ÉS MÓDSZER

Módszer

A betegek beválasztása során az egyetlen kritérium a rosszindulatú daganatos betegség miatti aktuális kezelés volt. A vizsgálati mintában 110 véletlenszerűen kiválasztott beteg szerepelt, akiket az elvégzett általános (fizikai és mentális) vizsgálatunk alapján kérdőív kitöltésére alkalmasnak ítéltünk. Mindegyik felkért beteg vállalta az általunk szerkesztett kérdőív kitöltését, amely életkorára, nemére, foglalkozására, iskolai végzettségére, jövedelmére, az általa érzett környezeti stresszhatásokra, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaira, betegségének kórtörténetére, orvoshoz fordulásának időpontjára, a diagnózis felállításáig eltelt idő történéseire, a betegutakra és a kezelés módjára vonatkozó

22 kérdést tartalmazott. A kérdőív kitöltése a beteg írásos beleegyezésével, anonim módon történt. A felmérést a Regionális Kutatásetikai Bizottság előzőleg engedélyezte (DOEC RKEB/IKEB 31372010).

A kapott válaszokat a következő szempontok alapján elemeztük:

- a betegek kor és nem szerinti megoszlása
- az előforduló szervi tumorkok gyakoriságának vizsgálata nemek szerint
- a háziorvosi ellátás igénybevételi gyakoriságának felmérése a betegséget megelőzően
- a szűrővizsgálatokon való részvételi arány
- az orvoshoz való fordulás késlekedése és a nemek közötti kapcsolat vizsgálata
- az életkor és a késlekedési idő közötti összefüggés vizsgálata
- az iskolai végzettség és a késlekedési idő közötti kapcsolat vizsgálata
- a késlekedési idő és a jövedelem közötti összefüggés felmérése

Beteganyag

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Onkológiai Tanszékén, a Sebészeti Intézet Augusztus Sebészeti Központjában, valamint a Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti, Szülészeti és Nőgyógyászati, Tüdőgyógyászati és Urológia Klinikáin 2010 februárja és áprilisa között kezelt ambuláns, illetve az osztályokon fekvő betegeket vontunk be a vizsgálatba.

EREDMÉNYEK

A megkérdezett betegek korcsoport szerinti megoszlását, nemek szerinti bontásban az 1. táblázat, szervi lokalizáció alapján a 2. táblázat szemlélteti.

A vizsgált nőbetegek 38%-a (25 fő) vallotta magát rendszeres dohányosnak, 77%-a (5 fő) rendszeres alkoholfogyasztónak. A 45 férfibeteg 80%-ának anamnézisében szerepelt rendszeres dohányzás, 53%-uk fogyasztott rendszeresen alkoholt.

1. táblázat. A vizsgált betegek megoszlása betöltött életéveik és nemük szerint (fő)

Nem	n	Életkori csoportok (év)				
		≤40	41–50	51–60	61–70	≥71
	110	5	12	28	41	24
Férfi	45	1	6	13	16	9
Nő	65	4	6	15	25	15

2. táblázat. A daganatok szervi megoszlása nemek szerint (fő)

Nő	Emlő	Gyomor	Nőgyógy.	Colorectalis	Tüdő	Agy	Gége	Hólyag	Vese	Egyéb
65	19	1	23	9	4	1	3	2	2	1
Férfi	Prostata	Here								
45	4	1	2	13	12	1	2	3		7

A háziorvossal való kapcsolat a betegmintában eltérő volt; a betegek mindössze 33%-a (36 fő) kereste fel rendszeresen, míg 65%-a (71 fő) csak panasz esetén. A háziorvosukat rendszeresen látogató betegek 81%-a fél éven belül végleges diagnózishoz jutott, akárcsak a kizárólag panaszok esetén orvoshoz fordulók csoportja (86%). A 110 betegből 62 fordult először háziorvosához, 48 beteg közvetlenül más orvost keresett meg: pulmonológia, belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, onkológia, urológia szakterületein. Az elsőként háziorvosuknál megjelent betegeknek 9 esetben csupán fizikális vizsgálatot végeztek, a többiek-nél továbbutalás történt laboratóriumi és/vagy képalkotó vizsgálatra.

A háziorvos hozzájárulását a végleges diagnózishoz aszerint is vizsgáltuk, hogy az elsőként őket felkereső betegeknek milyen módszerek segítettek elő a végleges diagnózis felállítását. A betegek elmondása szerint 4 esetben szövettan, 23 esetben képalkotó vizsgálat történt, 28 további esetben mindkettő.

Az először háziorvos által vizsgált 62 betegből 7 esetben már a fizikális vizsgálat során felmerült a betegség gyanúja. A rendszeres (szervezett) szűrővizsgálatokon való részvételt vizsgálva összegeztük a részvételi arányt. A kérdőívben nem voltak megadva opciók, önállóan kellett megnevezniük, hogy milyen szűrésekre járnak. Az eredmény a 3. táblázatban látható.

Tekintettel arra, hogy a méhnyakrákszűrés 25 és 65 éves életkor között ajánlott, és figyelembe véve, hogy a betegmintában szereplő 65 nő közül 42 tartozik ebbe a korcsor-

portba, akik közül 29 jár rendszeresen, a részvételi arány 69% volt. Az emlőszűrés 45 és 65 év között ajánlott. Az ide tartozó 34 nő közül 24 járt rendszeresen, a részvételi arány 71% volt.

A vizsgált betegpopulációban a férfiaknál 12 tüdőrák fordult elő, ebből 4 esetben (33%) tüdőszűrés során merült fel a rákbetegség gyanúja. A nők körében 4 tüdőrák fordult elő,

3. táblázat. Részvételi arány a szervezett szűréseken

	Egyáltalán nem járt	Rész vett		
		tüdőszűrés	méhnyakszűrés	emlőszűrés
férfi	3 (7%)	42 (94%)		
nő	13 (20%)	49 (75%)	38 (58%)	30 (46%)
összes	16	91	38	30

közülük egyet emeltek ki a szűrővizsgálaton. Mind a 16 beteg rendszeresen járt az eredeti szándék szerint tbc-felismerésre bevezetett tüdőszűrésre. Mindkét nemet tekintve 31%-uk került kiemelésre szűréssel, ahonnan a pulmonológiára irányították őket. A felmérésben résztvevő 19 emlődagánatos nő közül 12 járt rendszeresen mammográfiára és kettőt emeltek ki a szűrés során (17%). Mindketten azonnal sebészhez fordultak. A méhnyakrákban szenvedő 8 beteg közül 5 járt rendszeresen szűrésre, de egyikőjük betegsége sem a szűrés során került felismerésre.

4. táblázat. A nők számára szervezett szűrővizsgálatokon való részvételi arány és az iskolai végzettség kapcsolata

	8 általános		Szakmunkás		Középiskola		Felsőfok	
	25–65 év	45–65 év	25–65 év	45–65 év	25–65 év	45–65 év	25–65 év	45–65 év
Adott életkorcsoportba tartozó esetszám (n)	8	8	6	5	16	13	12	8
Méhnyakszűrés	5		4		14		6	
Emlőszűrés		5		4		12		3
Részvételi arány %	63	63	67	80	88	92	50	38

5. táblázat. A betegek késlekedési ideje

Nem	n	Késlekedési idő (hónap)					
		0	<1	1–3	4–6	7–12	>12
Férfi	38	16	2	15	1	2	2
Nő	59	27	4	18	5	4	1

6. táblázat. A késlekedési idő megoszlása életkor szerint

Életkor	n	Késlekedési idő (hónap)					
		0	<1	1–3	4–6	7–12	>12
30–40 év	7	3	1	3			
41–50 év	13	7		3	3		
51–60 év	23	10	1	10	1		1
61–70 év	31	15	4	8		3	1
>71 év	23	8		8	1	3	3

A kísérleti fázisban lévő népegészségügyi vastagbélszűrősen egyik beteg sem vett részt. A nők szervezett szűrővizsgálatokon való részvételét és iskolai végzettségük kapcsolatát a 4. táblázat mutatja be. Látható, hogy mindkét szervezett szűrést tekintve a középiskolai végzettségűek körében volt legmagasabb a részvételi arány, míg a legalacsonyabb a felsőfokú végzettségű nők körében.

A felmérésben szereplő 110 közül 13 beteg malignus elváltozását szűrővizsgálatok alkalmával, panaszmentes állapotban, illetve egyéb megbetegedés miatti kivizsgálás során, mellékleletként fedezték fel. A továbbiakban, mivel e páciensek ellátása azonnal megkezdődött, a betegek késlekedési idejét az ő kivételükkel, azaz 97 személynél mutatjuk be. Az első tünetek megjelenése és az orvoshoz fordulás között eltelt (késlekedési) idő az 5. táblázatban látható.

Általában a 61–70 év közötti korosztály létszáma a legmagasabb, megfelelően életkori eloszlásuknak. A mintában szereplő betegek késlekedési idejét és életkor szerinti megoszlását a 6. táblázat szemlélteti. A késlekedési időnek az iskolai végzettség szerinti eloszlását a 7. táblázat mutatja: az azonnal, illetve egy hónapon belül orvoshoz fordulók között lényeges eltérést nem találtunk.

A megkérdezett betegek 74%-a alacsony (évi nettó 1 millió Ft alatti) jövedelemmel rendelkezik, 20%-uk 1–2 millió Ft, és csupán 6%-uk keres 2–3 millió Ft-ot éves szinten, a 8. táblázat alapján. Mivel az alacsony jövedelműek igen magas arányban szerepelnek a mintában, az ő számuk a legmagasabb mindegyik késlekedési időintervallumban.

MEGBESZÉLÉS

Hazánkban a születéskor várható élettartam mintegy hat évvel alacsonyabb az Európai Unió tagállamaihoz képest, és ez nagyrészt a rákos betegségek magas halálozási arányának köszönhető. Az utóbbi évtizedekben még mindig az egyik legnyomasztóbb népegészségügyi probléma maradt a daganatos betegségek incidenciájának növekedése, annak ellenére, hogy az onkológiai betegek kezelési eredményei és túlélési kilátásai az utóbbi évek eredményei alapján lényegesen javultak (13, 30). Vizsgálati adataink jól tükrözik a rákos betegek kor szerinti előfordulási gyakoriságát, mivel a daganatok inkább az idősebb korosztályt érintik. Ennek valószínűsíthető oka a növekvő átlagéletkor, valamint a késői felfedezés. A tumoros megbetegedések, főleg férfiaknál, nagyobb arányban fordulnak elő az ország keleti és északi megyéiben (12).

A tüdő tumoros betegek legnagyobb része mindkét nemben dohányzott, ami megfelel a hazai és nemzetközi morbiditási adatoknak.

A szervezett szűréseken való részvételi arány jobb volt, mint a hazai átlag, azonban ez a különbség vélhetően a kiszűrt pozitív leletekből adódott (4, 18).

A betegek orvosi ellátás igénybevételének elemzése kapcsán láthattuk, hogy betegségük kialakulása előtt a megkérdezettek kétharmada csak panaszok esetén fordult orvoshoz. Az első tünetek észlelése után a betegek 45%-a kereste meg azonnal orvosát, míg nagyobb részük csak némi késle-

7. táblázat. A késlekedési idő megoszlása iskolai végzettség szerint

Iskolai végzettség	n	Késlekedési idő (hónap)					
		0	<1	1–3	4–6	7–12	>12
8 általános	25	10	2	9	1	2	1
Szakmunkás	26	12	2	9	0	2	1
Középiskola	26	13	1	10	0	2	0
Felsőfokú	20	9	1	4	4	0	2

8. táblázat. Az éves jövedelem és a késlekedési idő kapcsolata

Éves jövedelem	n	Késlekedési idő (hónap)					
		0	<1	1–3	4–6	7–12	>12
<1 M Ft/év	70	30	3	25	4	5	3
1–2 M Ft/év	19	10	3	2	2	1	1
2–3 M Ft/év	5	2		3			

kedés után. Ennek ellenére a diagnózisig eltelt időben nem találtunk különbséget.

A nemi daganatokat is figyelembe véve, a vizsgálati eredményekből kitűnik, hogy a nők hamarabb fordulnak orvoshoz, mint a férfiak, azonban ez már nem mondható el abban az esetben, amikor a mindkét nemben egyaránt előforduló daganatokat tekintjük.

A késlekedési idő életkor szerinti megoszlása nem volt meglepő. Az idősebb korosztály jelentős része krónikus betegségben szenved. Ők azok, akik rendszeresen megfordulnak az orvosi rendelőkben, és bár náluk általában rövidebb volt a késlekedési idő, de a leghosszabb késlekedési időszakokat is itt találtuk. A fiatalabb, aktívan dolgozó korosztály alig, vagy csak panaszok esetén fordul orvoshoz, ennek hátterében legtöbbször a munkából való kimaradásból adódó problémák, és anyagi hátrányok állhatnak.

Hazai és külföldi tanulmányok egyaránt felvetették, hogy összefüggés állhat fent a rákos betegek orvoshoz fordulásának késlekedési ideje és az egyénre jellemző szocio-ökonomiai mutatók között (8). Egy 1994–2004 között Budapesten végzett felmérés szerint az alacsonyabb iskolai végzettségűek, a munkanélküliek és a rossz higiéniai viszonyok között élők jelentős késlekedési idő után veszik igénybe az orvosi ellátást (7). Vizsgálatunkban ezt a különbséget nem láttuk, a különböző késlekedési időintervallumokban közel hasonló arányban fordultak elő az eltérő iskolai végzettséggel rendelkező egyének. Egy dán tanulmány szerint jobb anyagi körülmények között élő emberek panaszaik észlelése után rövidebb késlekedési idő elteltével kérnek orvosi segítséget, mint az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők (8). Az általunk megkérdezett betegek körében nem ez tapasztalható, és ennek oka, hogy a háromnegyedük nagyon alacsony éves jövedelemmel rendelkezik, mert sokan (öregségi) nyugdíjasok, illetve betegségük miatt rokkantnyugdíjasok. E járadékok éves nettó összege nem, vagy alig haladja meg az 1 millió forintot. Feltételezhető azonban, hogy amennyiben a jövedelemre vonatkozó kérdések nem az aktuális helyzetre, hanem a betegség kialakulása előtti állapotra vonatkoztak volna, eltérést találtunk volna a késlekedési időintervallumokban e szocio-ökonomiai tényező tekintetében.

Összegzésképpen elmondható, hogy az összehasonlított faktorok közül az életkort és kevésbé a nemet illetően állapítható meg releváns eltérés a betegek késlekedési idejében, míg a jövedelmi helyzet és az iskolai végzettség vonatkozásában alig tudtunk különbségeket kimutatni.

Egyértelmű, hogy a gyorsabb diagnózis és ezáltal a prognózis javításának érdekében törekedni kell a késlekedési idő csökkentésére. Adatainkból nem vonható le megbízható következtetés, hogy milyen szerepet játszik a háziorvos a diagnosztikai késlekedésben, mivel ennek több összetevője van.

Vizsgálatunk korlátai közé tartozik az alacsony, részletes statisztikai elemzéshez kevés esetszám, a beválogatás módja, a geográfiai és patológiai reprezentativitás hiánya, hiszen az általunk vizsgáltak között a daganatok szervi sorrendisége nem követi pontosan a hazai epidemiológiai adatok alakulását, bár a leggyakoribb daganattípusokat így is megtaláltuk. Nem tudtuk vizsgálni a várólisták szerepét sem, és a kérdőív kérdéseivel nem akartunk a betegekben rossz érzést kelteni, vagy az ellátórendszer ellen hangolni őket.

A háziorvos szerepének fontosságát a prevencióban, a felismerésben, a beteg felvilágosításában több tanulmány is hangsúlyozza, kiemelve a rendelkezésére álló behatárolt diagnosztikus lehetőségeket, a kevésbé prediktív, gyakran jellegtelen tüneteket, beleértve a szakmai tévedés lehetőségét is (9, 17, 28, 31). Fontos lenne az is, hogy az embereknek több információjuk legyen a daganatos megbetegedésekről, továbbá szükséges lenne a kialakult tévhitek eloszlása. Ebben jelentős részt vállalhat a háziorvos is, aki a betegekkel való gyakori találkozás során az elsődleges prevenció eszközeivel élve, valamint a szűrésekre való buzdítással hatékonyabb szerepet vállalhat a rákos megbetegedések megelőzésében, jobb gyógyítási eredményeiben, természetesen megfelelő társadalmi támogatás birtokában, beleértve az oktatást, iskolai egészségnevelést és nem utolsósorban az egészségügyi ellátórendszer hozzáállását.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Megköszönjük a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinikáján, Onkológiai Tanszékén, Sebészeti Intézetének Augusztai Sebészeti Központjában, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján, Tüdőgyógyászati Klinikáján és Urológiai Klinikáján dolgozóknak, hogy segítségünkre voltak munkánkban. Köszönet illeti a felmérésben résztvevő 110 beteget, akik készséggel vállalták a kérdőívek kitöltését.

IRODALOM

1. Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségügy. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 121–123
2. Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients--Cancer. Br J Cancer 92:1959–1970, 2005
3. Arbmán G, Nilsson E, Storgén-Fordell V, Sjodahl R. A short diagnostic delay is more important for rectal than for colonic cancer. Eur J Surg 162:899–904, 1996
4. Döbrössy L. Daganatos betegségek szűrése Magyarországon. Springer Kiadó, Budapest 2005, pp. 11–88
5. Ember I, Kiss I, Sándor J. A daganatok epidemiológiája és prevenciója. Dialóg Campus Kiadó, Budapest 2000, pp. 113–139
6. Fraser RC. Az alapellátás módszertana a háziorvoslás szempontjából. Melania Kiadói Kft., Budapest 2000, p. 106

7. Garai A. A háziorvos szerepe az onkológiai betegek ellátásában. *Praxis* 17:365–366, 2008
8. Hansen RP, Olesen F, Sorensen HT, et al. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Serv Res* 8:49, 2008
9. Hegyaljay R, Paál A, Langmár Z, et al. A nők ismerete a méhnyakrákról. *Orvosi Hetilap* 151:302–305, 2010
10. Kulcsár H. A rák is megelőzhető. De hogyan? www.hvg.hu
11. Jensen AR, Mainz J, Overgaard J. Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncol* 41:147–152, 2002
12. Juhász A, Nagy Cs, Páldy A, et al. A társadalmi-gazdasági helyzet és a jelentősebb rosszindulatú daganatok incidenciájának összefüggései Magyarországon, 2003–2008. *Népegészségügy* 88:320–330, 2010
13. Kásler M, Ottó Sz. Európai és hazai kihívások az onkológiában. *Magyar Onkológia* 52:21–33, 2008
14. Kiran PR, Glass RE. Duration of symptoms and spread of colorectal cancer: a short history does not mean early disease. *Ann R Coll Surg Eng* 84:381–385, 2002
15. Kirwan MJ, Tinchello DG, Herod JJO, et al. Effect of delays in primary care referral on survival of women with epithelial ovarian cancer: retrospective audit. *BMJ* 324:148–115, 2002
16. Kismarton J, Bonyhády E. Daganatos fájdalom csillapítása a gyakorlatban – a teljesség igénye nélkül. *Medicus Anonymus* 16:23–25, 2008
17. Langmár Z, Szabó I. A laparoszkópia szerepe a korai típusú méhtest-rákok sebészi kezelésében. *Orvosi Hetilap* 151:1748–1752, 2010
18. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, et al. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* 101:92–101, 2009
19. Moody A, Muers M, Forman D. Delays in managing lung cancer. *Thorax* 59:1–3, 2004
20. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. *Chest* 111:1710–1717, 1997
21. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G, et al. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 59:45–49, 2004
22. www.motesz.hu/docs/NemzetiRakellenesProgram.pdf
23. Ottó Sz, Kásler M. A rosszindulatú daganatok morbiditási és mortalitási helyzete. *MOTESZ Magazin* 2:14–21, 2007
24. Ottó Sz, Kásler M. Rák mortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. *Magyar Onkológia* 46:111–117, 2002
25. Richards MA, Smith P, Ramirez AJ, et al. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 79:858–864, 1999
26. Roncoroni L, Pietra N, Violi V, et al. Delay in the diagnosis and outcome of colorectal cancer: a prospective study. *Eur J Surg Oncol* 25:173–178, 1999
27. Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet* 353:1132–1135, 1999
28. Shapley M, Mansell G, Jordan JL, et al. Positive predictive values of $\geq 5\%$ in primary care for cancer. *Br J Gen Pract* 60:681–688, 2010
29. Török K. Onkológiai teendők az alapellátásban. *Orvostovábbképző Szemle* 16:13–19, 2009
30. Tusnády G, Gaudi I, Rejtő L, et al. A magyar daganatos betegek túlélési esélye a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján. *Magyar Onkológia* 52:339–349, 2008
31. Vajer P, Szélvári A, Vörös K, et al. Comparative analysis of diagnostic probability estimates of some common diagnoses among family doctors, medical residents, and medical students reveals negative correlation between age and estimate of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Med Sci Monit* 16:CR109–115, 2010
32. Wikborn C, Pettersson F, Moberg PJ. Delay in diagnosis of epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Obstet* 52:263–267, 1996