PTE/67986-1/2023

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskolavezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Kiss István

Témavezető: Prof. Dr. Kiss István

Emlőrákkal, illetve mammográfiával kapcsolatos ismeretek és attitűdök felmérése

Doktori (Ph.D.) értekezés

Kissné Reményi Diána

Pécs, 2022.

TARTALOMJEGYZÉK

1 Bevezetés ... 4
1.1 Problémafelvetés, témaválasztás indoklása ... 4
1.2 Vizsgálat célja ... 5
1.3 Hipotézisek ... 5
2 Szakirodalmi áttekintés ... 7
2.1 Emlőrák epidemiológiája ... 7
2.2 Az emlő anatómiája ... 9
2.3 Emlőrák tünetei ... 9
2.4 Kórlefolyás ... 10
2.5 Emlőrák típusai ... 11
2.6 Emlőrák kockázati tényezői ... 11
2.7 Férfi emlőrák ... 13
2.8 Emlőrák szűrése ... 14
2.8.1 Mammográfia ... 15
2.8.2 Kiegészítő képalkotó eljárások ... 17
2.8.3 Klinikai vagy fizikális emlővizsgálat ... 17
2.8.4 Emlőönvizsgálat ... 17
2.9 Emlőrákkal és a mammográfiával kapcsolatos ismeretek és attitűdök ... 18
2.9.1 Egyesült Arab Emírségek ... 18
2.9.2 Nigéria ... 19
2.9.3 Katar ... 20
2.9.4 Irán ... 20
2.9.5 Malajzia ... 21
2.9.6 Dél- Afrika ... 21
2.9.7 Brazília ... 22
2.9.8 Törökország ... 22
2.9.9 Öt európai ország (Csehország, Németország, Egyesült Királyság, Olaszország, Svédország) 23
2.9.10 Málta ... 24
2.9.11 Spanyolország ... 25
2.9.12 Németország ... 25
2.10 Egészségműveltség/egészségértés és információforrások ... 26
2.11 Az emlőszűrés gazdasági vonatkozásai ... 27

3 Vizsgálati minta és módszer ... 29
3.1 Minta ... 29
3.2 Módszer ... 29
4 Eredmények ... 31
4.1 A háziorvosi rendelőkben a két csoport által kitöltött kérdőívek összevont elemzése ... 31
4.1.1 Szociodemográfiai kérdések ... 31
4.1.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések ... 32
4.1.3 Ismeret ... 34
4.1.4 Attitűd ... 36
4.2 Férfi csoport ... 36
4.2.1 Szociodemográfiai kérdések ... 36
4.2.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések ... 37
4.2.3 Ismeret ... 39
4.2.4 Attitűd ... 42
4.3 A háziorvosi női csoport ... 44
4.3.1 Szociodemográfiai kérdések ... 44
4.3.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések ... 45
4.3.3 Ismeret ... 47
4.3.4 Attitűd ... 51
4.4 Mammográfiás csoport ... 53
4.4.1 Szociodemográfiai kérdések ... 53
4.4.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések ... 53
4.4.3 Ismeret ... 55
4.4.4 Attitűd ... 60
5 Megbeszélés ... 62
6 Új eredmények összefoglalása ... 75
7 Köszönetnyilvánítás ... 79
8 Mellékletek ... 80
9 Az értekezés szerzőjének publikációi ... 122
10 Irodalomjegyzék ... 124

1 Bevezetés

1.1 Problémafelvetés, témaválasztás indoklása

2020-ban a teljes populáció körében az emlőrák volt a vezető rosszindulatú daganat incidencia, prevalencia tekintetében a világon és Európában egyaránt. A világon az 5., míg Európában a 3. helyet foglalja el az emlőkarcinóma mortalitása. Hazánkban az incidencia esetében a 3., prevalencia esetében a vezető helyen, mortalitás kapcsán pedig a tüdőrákot, a kolorektális, valamint a hasnyálmirigyrákot követően a negyedik helyen áll. A női populáció esetében az 1. helyen áll incidencia, prevalencia és mortalitás esetében is, a Világon, Európában és hazánkban egyaránt.[1] Magyarország messze elmarad az uniós átlagtól az emlőrák standardizált halálozási mutatói tekintetében.[2]

Ezen daganatos megbetegedés egy multifaktoriális betegség,[3] komplex patomechanizmusokkal. A mellrák kialakulása lassú folyamat, általában hosszú évekre datálható, így a mortalitás visszaszorításának lehetséges megközelítése a szűrőprogram bevezetése volt. Hazánkban 2001-ben vezették be a mammográfiás szűrést. A szűrés célcsoportjának a 45-65 éves kor közötti tünetmentes nők számítanak, akik kétévente egyszer behívólevelet kapnak.[4,5] A 2015-ös magyarországi eredmények azt mutatják, hogy a meghívásos lefedettség 78,5%, azonban a szűrésen való részvétel mindösszesen 45% volt. A digitális mammográfia az esetek 60%-át tette ki. Ezen minőségi mutatók messze elmaradnak az európai unió átlagától.[5,6]

Az emlőrákkal kapcsolatos ismeretekről és attitűdökről szóló beszámolók ritkák, legjobb tudomásunk szerint Magyarországon még nem végeztek ilyen jellegű átfogó kutatást. Mivel e betegséggel kapcsolatos ismeretek hiánya, vagy az esetleges tévhitek hozzájárulhatnak a mammográfiás szűrés alacsony részvételi arányához, ezért fontosnak tartottuk az egyes célcsoportok ismereteinek, attitűdjeinek vizsgálatát.

1.2 Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja, hogy az egyes háziorvosi körzetek, illetve a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Radiológiai Klinikáján kitöltött, majd kiértékelt kérdőívek alapján elemezzük:

- az emlőrák tüneteit, kockázati tényezőit valamint ezek összefüggéseit szűrésen való részvételi hajlandósággal;
- az egészségügyi szolgáltatótól való távolság és a mammográfiai vizsgálaton való megjelenést;
- ezen betegséggel kapcsolatos információforrásokat;
- egyéb szűréseken való részvételi hajlandóságot;
- a szűréssel kapcsolatos visszatartó tényezőket;
- a megkérdezettek emlőönvizsgálattal, illetve emlőszűréssel kapcsolatos tudását;
- a kitöltők jövőbeni emlőszűréssel kapcsolatos hozzáállását,

valamint az ezen válaszokat befolyásoló szociodemográfiai adatokkal (pl. nem életkor, iskolai végzettség) összehasonlítsuk.

1.3 Hipotézisek

Kutatásunk során a következő hipotéziseket állítottuk fel:

1. hipotézis: A háziorvosi rendelők női kitöltőinek emlőrákkal kapcsolatos ismerete jóval elmarad a mammográfiás csoport ezen kérdéscsoportban mért tudásától.

2. hipotézis: A mammográfiás csoport szinte teljes mértékben tisztában lesz az emlőszűrés kapcsán ajánlott életkorral, illetve időközzel.

3. hipotézis: Az ismeretek tekintetében legkevésbé jól informált csoportnak a férfi csoport tekinthető.

4. hipotézis: Az egyes csoportok ismereteit, attitűdjeit jelentősen befolyásolja a válaszadó iskolai végzettsége.

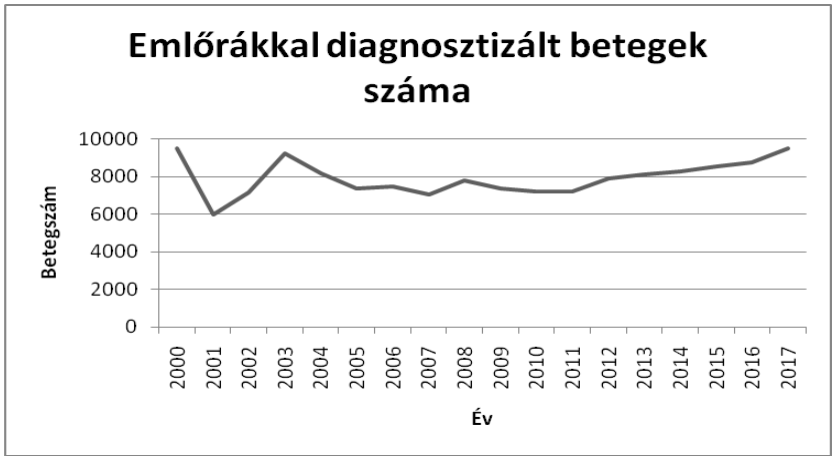
5. hipotézis: A leggyakoribb információforrásnak az internet számít.

2 Szakirodalmi áttekintés

2.1 Emlőrák epidemiológiája

A születéskor várható élettartam emelkedése maga után vonta a krónikus, nem fertőző betegségek halálozási gyakoriságának emelkedését, amely jelenleg az egyik legnagyobb népegészségügyi problémának számít.[7] A világ teljes populációját tekintve - 2020-as adatok alapján - a vezető helyet az emlőrák foglalja el az incidencia és prevalencia tekintetében, mortalitás szempontjából az 5. helyen áll.[1] Ugyanezen állításunk igaz az európai kontinensre is, kivéve hogy a mellrák mortalitása 3. helyet foglalja el. A Föld teljes népességét vizsgálva megállapítható, hogy incidenciája 2 261 419 fő, mortalitása 684 996 fő és prevalenciája 7 790 717 fő volt 2020-ban.[1] Becslések szerint az emlőrák incidenciája 2050-re eléri 3,2 milliót.[8] Európában az emlőkarcinóma incidenciája 531 086 fő, mortalitása 141 765 fő, és prevalenciája 2 138 117 fő volt, szintén 2020-ban. Magyarországon - 2020-as adatok alapján - az emlődaganatok incidenciája 7565 fő, mortalitása eléri a 2195 főt, és prevalenciája pedig 29 354 fő. Hazánkban is fokozatosan emelkedett a daganatos halálozás, a mellrák ez esetben – a tüdő, kolorektális és hasnyálmirigyrák mögötti- negyedik helyen van, viszont az incidencia tekintetében a 3., prevalencia esetében a leggyakoribb rákbetegség. Amennyiben a női populációt vizsgáljuk, az emlődaganat az első helyet foglalja el incidencia, prevalencia, mortalitás tekintetében hazánkban, Európában és a Világon egyaránt.[1] Amennyiben hazánkat összehasonlítjuk az európai unió tagországaival, megállapíthatjuk, hogy hazánk meghaladja ezen országok halálozási mutatószámait, melyben szerepet játszik többek között a rizikótényezők kiküszöbölésének hiánya, a szűrőprogram nem megfelelő hatékonyságnövelése.[9,10,11]

Az emlőrák incidenciája az észak-amerikai, nyugat-európai, kaukázusi populációban a legmagasabb (103,7/100 000), ezzel szemben az ázsiai országokban, mint például India ennek megközelítőleg ötöde (26,5/100 000), tehát lényegesen alacsonyabb.[12] A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján hazánkban az újonnan diagnosztizált betegek száma az elmúlt években növekvő tendenciát mutat.[13] (1. ábra)



1. ábra: Emlőrákkal diagnosztizált betegek száma hazánkban (Forrás: Nemzeti Rákregiszter)

Az újonnan felismert emlőrák esetek számának emelkedésében a mammográfiás szűrővizsgálat hatása is mutatkozik meg. Napjainkban, számos országban egyre szélesebb körben működtetnek emlőrák-megelőzési programokat, ahol az elsődleges és a másodlagos prevenció fontosságát is hangsúlyozzák.[14] Hiszen az emlőkarcinóma okozta mortalitás csökkentésének leghatásosabb módszere a korai felismerés, illetve a korai kezelés, mi sem tükrözi ezt jobban, hogy a morbiditás évenkénti 1%-os emelkedésével a mortalitás nem tart lépést. A célpopuláció legalább 70%-os átszűrése jelentősen csökkenti az emlőrák okozta mortalitást.[4] Marwot-review-ban megállapították, hogy a mammográfiás szűrésen részt vett nők – 55-79 éves korosztály - 13 éves követése során a mortalitás 20%-kal csökkent.[15] A fiatalabb korosztályban a mellrák-szűréshez kapcsolódó mortalitás szerény, mindösszesen 15%-os csökkenését mutatja, amelyhez gyakori túldiagnosztizálás (30%), és ennek következményeként az esetleges túlkezelés is társul.[16]

Az emlőrák előfordulási gyakorisága különböző etnikumokban nagymértékű eltérést mutat. Egan kutatásából egyértelműen kiderül, hogy az askenázi zsidó nők között gyakrabban fordul elő BRCA1 génmutáció következtében kialakuló emlőrák, mint a nem zsidó népcsoportokban.[17] Laitman eredményei szerint a BRCA1, illetve BRCA2 génmutációt hordozó férfiak fokozottan veszélyeztettetek az emlőkarcinóma

szempontjából.[18] 2006-ban Bowen és munkatársai kimutatták, hogy bár az afrikai származású nőknél ritkább az emlőrák előfordulási gyakorisága, viszont a már mellrákkal diagnosztizált fekete nők mortalitása magasabb, mint a fehér nőké.[19]

2.2 Az emlő anatómiája

Az emlő a második vagy 3. bordától a 6-7. bordáig terjed. A mell mirigyes szerv.[20] A női mell általában több mirigyszövetet tartalmaz, mint a férfiaké.[21] A női mell 12–20 lebenyt tartalmaz, amelyek további kisebb lebenyekre oszlanak.[22] Ezek a lebenyek tejcsatornákon keresztül kapcsolódnak egymáshoz. A mell zsírszövetét idegek, erek, nyirokerek, nyirokcsomók hálózata látja el, és szintén rostos kötőszövetből és szalagokból áll.[23]

2.3 Emlőrák tünetei

A daganat leggyakrabban fájdalommentes csomóként vagy megvastagodásként jelentkezik az emlőben. Fontos kiemelni, hogy azon személyek, akik csomót tapintanak mellükben 1-2 hónapnál hosszabb késedelem nélkül keressenek fel egy szakembert.

Az emlődaganat vezető tünetei közé tartozik:

- csomó vagy megvastagodás,
- a mell méretének, alakjának vagy megjelenésének megváltozása,
- az emlő bőrének elváltozásai,
- a mellbimbó megváltozása vagy a mellbimbót körülvevő bőr (areola) megváltozása,
- mellbimbó rendellenes váladékozása.

A csomók többsége, 90%- a nem rák. A nem rákos emlőrendellenességek közé tartoznak például a fibroadenómák, a ciszták, valamint a fertőzések.

Az emlőkarcinóma nagyon sokféleképpen jelentkezhet, ezért fontos a teljes körű orvosi vizsgálat. Azoknál a nőknél, akiknél tartós rendellenességek (általában több mint egy hónapig tartanak), vizsgálatokat kell végezni, beleértve az emlő

képalkotását és bizonyos esetekben a biopsziát, hogy megállapítsák, hogy rosszindulatú vagy jóindulatú elváltozásról van szó.

Az előrehaladott rákos megbetegedések fekélyeket okozhatnak, de nem feltétlenül fájdalmasak. A nem gyógyuló mellsebekkel rendelkező nőknél biopsziát kell végezni.

Az emlőrák leggyakrabban a tüdőben, a májban, az agyban és a csontokban képez áttétet. Amint a metasztázis eléri ezeket a helyeket, új rákkal kapcsolatos tünetek, például csontfájdalom vagy fejfájás jelentkezhetnek.[24]

2.4 Kórlefolyás

Az emlőrák általában hosszú évek alatt alakul ki, a már kimutatható szakasz általánosságban három évre tehető. Az emlőkarcinóma, több mint 90%-a nem áttétes a diagnózis idején.[25] Az emlőrák szakaszai függnek a daganat méretétől, típusától, és attól, hogy a daganatsejtek mennyire hatoltak be az emlőszövetekbe.[26] Ez alapján az alábbi stádiumok különíthetők el:

0. szakasz: ez a daganat nem invazív stádiuma, amely azt jelzi, hogy mind a rákos, mind a nem rákos sejtek a mell azon részének határain belül vannak, amelyben a daganat növekedni kezd.[27]

1. szakasz: Két stádiuma van:
   - 1A stádium azt a daganatot írja le, amely legfeljebb 2 cm lehet, és egyik nyirokcsomó sem érintett.
   - 1B stádium a ráksejtek 0,2 mm-nél nagyobb csoportját írja le a nyirokcsomóban.[28]
2. szakasz: két stádiuma van:
   - 2A stádium leírja, hogy a daganat jelen van az axilláris nyirokcsomókban vagy őrszem nyirokcsomókban, de mellben nem található daganat. A daganat lehet kisebb vagy nagyobb, mint 2 cm, de legfeljebb 5 cm.
   - A 2B stádiumban a daganat nagyobb lehet, mint 5 cm, de nem érheti el az axilláris nyirokcsomókat.[29]
3. szakasz: további 3 stádiumra osztható:
   - 3A stádium írja le, hogy a mellben nem található daganat, de megtalálható 4–9 axilláris nyirokcsomóban vagy az őrszem nyirokcsomókban

- 3B stádium azt írja le, hogy a daganat bármilyen méretű lehet, de duzzanatot vagy fekélyt okozott a bőrön gyulladásos emlőráknak tekinthető, amely magában foglalja a mell vörös, meleg és duzzadt bőrét.
- 3C stádium azonban leírja a tumor terjedését akár 10, vagy több mint 10 axilláris nyirokcsomóig, és a kulcscsont felett és alatt található nyirokcsomókat is érintette.[30]

4. szakasz: ez a szakasz az emlőkarcinóma előrehaladott és áttétes stádiuma, ebben a szakaszban a rák más szervekre - például tüdőre, csontokra, májra, agyra – is átterjedt.[31]

Fontos kiemelni, hogy a 10 mm-nél kisebb átmérőjű tumorok azonnali eltávolítása az esetek 90%-ában átlagosan 20 éves túlélést eredményez.[32]

2.5 Emlőrák típusai

Az emlőrákot invazív és nem invazív típusokra osztjuk.[20] A nem invazív emlőkarcinóma nem terjed el attól a lebenytől vagy csatornától, ahol található.[33] A ductalis karcinóma (NOS) a nem invazív emlőrák legáltalánosabb fajtája, a tejcsatorna korlátozódik[20], a diagnosztizáltak 50-75%-a tartozik ide.[34]Az invazív lobuláris karcinóma (ILC) – ide sorolható a betegek 5-15%-a - általában nem invazív emlőrákként azonosítják,[35] ebben az esetben a daganat nem terjed ki a lebenyeken kívül az emlőszövetbe.[36] Az invazív emlőkarcinóma esetében a rákos sejtek az emlőkörnyező szöveteire is átterjednek.[37] Ebbe a csoportba tartozik az infiltráló lobularis karcinóma (ILC), mely a mell tejmirigyeiből indul, de gyakran kiterjed más szervekre is,[38] az infiltráló ductalis karcinóma (IDC) a mell tejcsatornáiból származik, a csatorna faláig terjed, behatolva a mell zsírszövetébe és valószínűleg a test más részeibe is.[39] További típusok a medulláris, mucinózus, tubuláris emlőkarcinóma.[20] Ide sorolható még a gyulladásos emlőrák, amely esetében a mell duzzadttá válik (vörös és meleg), bár ezen típus nem gyakori, de gyorsan növekszik.[40] A mell Paget-kórja szintén nem túl gyakori emlőrák-típus, de általában látható elváltozást mutat a mellbimbón.[41]

2.6 Emlőrák kockázati tényezői

Az emlőkarcinóma kialakulásának hátterében számos tényező vesz részt, bár ezek többsége a reprodukciós és endokrinológiai folyamatokkal áll összefüggésben.

Természetesen az életkor[3,42] önmagában is fontos rizikófaktor, hiszen a betegség incidenciája az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik a reproduktív évek alatt, majd ez a növekedés lassul a menopauza (átlagosan 50 év) után.[43] Ebből is látszik, a szoros kapcsolat az emlőrák kialakulása, a menstruáció, valamint a reprodukcióval kapcsolatos egyéb tényezők között. További kockázati tényezőt jelent a menstruációs ciklusok száma, hiszen minél előbb jelentkezik az első menstruáció és minél később következik be a menopausa, annál nagyobb a mellrák kialakulásának kockázata. Mindez az endogén ösztrogénszint kulcsfontosságú szerepére utal.[3,42 ,44,45]

A kockázat növekedése tapasztalható, amennyiben az első szülés időpontja kitolódik.[42] A fiatalkori terhesség lényegesen csökkenti az emlőkarcinóma kialakulásának kockázatát, ez látható abból is, hogy az gyermektelen, vagy 30 éves koruk után gyermeket vállaló nőkben az emlőrák kialakulásának kockázata megkétszereződik. Itt kell, kiemeljük a szoptatást, mint protektív faktort, hiszen a 12 hónapnál tovább tartó szoptatás 4%-kal csökkenti a menopauza előtti emlőrák kialakulásának kockázatát.[46]

Fontos kockázati tényezők közé sorolandók az exogén hormonok, ide tartozik például a menopausa utáni osteoporosis miatt alkalmazott hormonpotló kezelés.[42] Szintén kockázatnövelő hatással bír az ösztrogén- és a progeszterontartalmú fogamzásgátlók szedése a betegség kialakulásának tekintetében.[47] Rizikófaktornak számít a dohányzás[3,42,48] - különösen a posztmenopauzális[49] és prenatális dohányzás[50] -, a postmenopauzális elhízás,[43] a mozgásszegény életmód.[3] További rizikófaktor az alkoholfogyasztás (, amennyiben ez meghaladja a napi 1-2 italt),[42,51] a magas gazdasági-szociális státusz,[3] valamint a D-vitamin-hiány[3], az éjszakai munkavégzés, ez a kapcsolat azoknál erősebb, akik több mint 20 éve végeznek műszakos munkát[52]. A cukorbetegség befolyásolhatja az emlődaganat előfordulását azáltal, hogy beavatkozik a biológiai mechanizmusokba.[53]

Hangsúlyos szerepet tölt be a családi halmozódás,[42] tehát magas kockázatot jelent például két elsőfokú nőrokon érintettsége, vagy amennyiben az édesanyánál még menopauza előtt jelentkezik kétoldali mellrák. Magas rizikójú csoportba tartozik az a nő is, akinél lobuláris in situ karcinomát (LCIS), atipikus duktális hiperpláziát (ADH), illetve atipikus lobuláris hiperpláziát (ALH) állapítottak meg. Ezen nők

kockázata az emlődaganat kialakulására, több mint ötszörös, de kevesebb, mint tízszeres. Az emlőrák 5-10%-ában valószínűsíthető genetikai meghatározottság.[54] Számos gén, de az esetek 80%-a kapcsán a BRCA1, BRCA2 mutációi fordulnak elő, amelyek nem feltétlenül jelentik a betegség kialakulását, viszont ennek az előfordulási esélye igen magas, 10-30-szor nagyobb.[20,55,56] Szintén igen magas kockázati csoportba tartoznak az egyéb örökletes betegséget hordozók, pl. Li-Fraumeni-, Bannayan-Riley-Ruvalcaba- és Cowden–szindrómában szenvedők,[44] illetve azok a nők, akik 30 éves koruk előtt mediastinum besugárzáson estek át, e rizikófaktor 7-17-szeres kockázatot jelent.[57,58] Ezen igen magas rizikójú csoportba sorolt nők esetében az ajánlás, hogy 30 éves koruk felett évente mammográfiai (RM) szűrővizsgálaton vegyenek részt, ezt kiegészítve félévente ultrahang-mammográfiával (UH-M), alterálva évenkénti mágneses rezonancia mammográfiával (MR-M).[59]

Sajnos még, ha az összes módosítható rizikófaktort ki is szűrjük, az emlődaganat előfordulását mindösszesen 30%-kal tudjuk csökkenteni.[60]

2.7 Férfi emlőrák

A férfi emlőkarcinómát elsőként 1307-ben John of Aderne írta le, a páciens egy pap volt. Az 1500-as években Franciscus Arcaeus, Ambroise Paré, Fabricius Hildanus jegyeztek fel férfi emlődaganatos eseteket. Majd 1842-ben Stern négy emlőrákkal diagnosztizált férfi betegről számolt be, ezen beszámoló érdekessége, hogy mind a négy páciens pap volt.[61] Az első magyar összefoglalás pedig e tárgykörben Erdélyi és Göblyös nevéhez fűződik, 1972-ben.[62] A férfi emlőkarcinóma a férfiak összes rákjának <1%-át és az összes emlőrák <1%-át teszik ki.[63] A férfi mellrák kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője a BRCA2 gén. A férfiak esetében az emlődaganat a későn diagnosztizált megbetegedések közé tartozik, mivel a férfiak egy része nincs tisztában a férfi emlőrák létezésével.[64] BRCA2 mutációt hordozó férfiak e daganattípus kialakulásának életre szóló kockázata 6,9%, ami megközelítőleg 80–100-szor magasabb, mint az általános népességé.[65] A férfi emlőkarcinóma akár 33%-a olyan családokban fordul elő, akiknek családi anamnézisében előfordult emlő- és petefészekrák.[66] Mint a női, így a férfi emlőrák is az életkorral összefüggő betegség, amelynek incidenciája az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik.[67] A megjelenési életkor átlagosan 67 évre tehető.[68]

2.8 Emlőrák szűrése

A mammográfiai szűréssel történő korai felismerés 20-40%-kal csökkenti a betegség mortalitását.[69] A tünetmentes 45-65 éves nők emlőszűrése röntgenmammográfiával, országosan szervezett behívásos szűrővizsgálatra kétévente történik.

Az emlőszűrés esetében 2 módszer különíthető el:

- a mammográfiás vizsgálat, vagyis az emlők lágyrész-röntgenvizsgálata,
- a klinikai, vagy fizikális emlővizsgálat, azaz az emlőknek gyakorlott szakszemélyzet által történő módszeres áttapintása, és az önvizsgálat.[70]

A szűrővizsgálat célja a még nem tapintható daganatok kimutatása. Az emlők lágyrész röntgenvizsgálata képet tud alkotni az emlő állományában kifejlődött kicsi akár 5mm-es daganatokról. A klinikai emlővizsgálat csak kiegészítésképpen alkalmazható, ezzel ugyanis növelhető a szűrővizsgálat szenzitivitása, a mammográfiai szűréssel együtt alkalmazva 5-10%-kal eredményesebbé tehető az emlődaganat kimutatása.[71,72] A nemzetközi szakmai szervezetek ajánlása alapján, önmagában azonban a fizikális emlővizsgálat nem elfogadott szűrővizsgálat. A leningrádi[73] és a shanghai[74] randomizált kontrollált vizsgálatok alapján elmondható, hogy az emlőrák okozta halálozás csökkentésére nincs hatással az emlő évekig vagy évtizedekig tartó önvizsgálata. Tulajdonképpen nem találunk konkrét ellenjavallatokat, viszont a mortalitási előny hiánya, a dokumentált kedvezőtlen kimenetelek, a pszichológiai teher vagy éppen az öndiagnózis erősítése mind olyan tényezők, amelyek hitteltelenítették az eljárást a fejlett országokban. Érdemes azonban azt is elmondani, hogy az alacsony erőforrásokkal rendelkező országok esetében, ahol a mammográfiai szűréshez való hozzáférés korlátozott, mindenképpen megfontolandó. [75]

Emlők vizsgálómódszerei:

Képalkotó vizsgálati eljárások feladatai emlődaganat esetében

- daganat szűrése, kimutatása, illetve igazolása,
- intervenciós eljárások vezérlése,
- daganat kiterjedésének meghatározása,
- stádium meghatározása,
- részvétel a kezelés tervezésében, illetve a későbbiek folyamán a terápiában,
- a kezelés hatékonyságának vizsgálata,
- követéses vizsgálat,
- a kiújulás korai kimutatása.

Lényeges kiemelni, hogy az emlőrákra adott kezelés tervezéséhez elengedhetetlenül szükséges a képalkotó vizsgálatok elvégzése.[76]

2.8.1 Mammográfia

Magyarországon az első emlő-röntgenvizsgálatot Lányi Márton végezte 1963. szeptember 10-én.[77] A mammográfia az emlődiagnosztika alapvető módszere. „Az emlők lágyrész röntgen-vizsgálata – kiegészítve a klinikai emlővizsgálattal– képet tud alkotni nemcsak az emlő állományában fejlődő kicsi, akár 5 mm átmérőjű in situ vagy korai invazív rákról, hanem mikrokalcifikáció vagy szerkezeti átépülés jelenlétében még a rejtetten növő, nem tapintható daganatokat is megbízhatóan tudja kimutatni.”[70] A mammográfia szenzitivitása általánosságban 80%, de ez fiatal vagy „denz” emlővel rendelkező nők esetében lecsökken nagyjából 50%-ra.[78]

A mammográfia hatékonyságát több randomizált vizsgálat bizonyítja. A vizsgálatok közül elsőként az 1960-ban kezdődő amerikai HIP-study[79] bizonyította a mammográfia szűrési létjogosultságát. A kutatásba összesen 62 000 40-60 éves nőt vettek be. A nyomon követés alapján a visszahívott és vizsgált csoportban 10 év után

29%-kal, 18 évet követően 21%-kal csökkent a mortalitás a kontroll csoporthoz képest. Ezt követte 1985-ben a svéd Tabár László nevéhez fűződő „Két Megye” vizsgálat.[80] Ebbe a kutatásba összesen 133 000 40-74 éves nőt vontak be. 7 éves követés után 31%-kal, míg 11 éves követés után 22%-os morbiditás-csökkenést tapasztaltak az 50-70 éves korosztály esetében.

Hazánkban az emlőszűrést 2001-ben vezették be, mely során a 45-64 éves nők kétévenkénti behívása történik.[4] Az ebbe a korcsoportba tartozó nők személy szerinti meghívása, visszahívása és követése az Egészségbiztosítási Pénztár név- és címjegyzékéből, a Szűrésfejlesztési Főosztály és a Kormányhivatalok Népegészségügyi Főosztályának területileg illetékes szűrési koordinátor bevonásával történik. Ehhez szükséges informatikai rendszer lakosságlistájának pontos és hiánytalan megléte az egészségpénztár feladata, azonban nem tartalmazza az elhunytakat és az emlőcsonkoláson átesetteket, többek között ezért is ez a lista folyamatos frissítésre szorul. Az imént említett informatikai rendszerrel elérhető többek között a behívandó szűrési csoport ismételt megszólítása, a mammográfiai vizsgálaton részt vevők, illetve nem megjelentek elkülönítése, az első meghívásra nem reagálók második kiértesítése. A Szűrésfejlesztési Főosztály a TAJ-számot is tartalmazó listát továbbítja a Területi Szűrési Nyilvántartásoknak. A területi szűrési koordinátor a háziorvosokkal együttműködve pontosítják a lakosságlistát. Ezen korcsoportba tartozó nők behívását a szűrőállomás végzi az Országos Szűrési Nyilvántartásból kapott lakosságlista szerint. Minden behívott személy részére két időpontot kell megadni (egy délelőtti és egy délutáni), illetve lehetőséget kell biztosítani, hogy a meghívott az időpontot telefonon is módosíthassa. Mint azt már említettük, a behívottak mintegy fele jelenik csak meg szűrésen, ez pedig a nemzetközi átlaghoz viszonyítva kevesbb.[70]

Egy 2015-ben született cikk szerint bár kezdetben dicsérték a mammográfiai szűrést a nők egészségi állapotának javítása, valamint a mellrák okozat teher csökkentése végett, napjainkban számos vitát indukált a szűrővizsgálat. Fő előnye a daganat okozta mortalitás csökkentése, a randomizált vizsgálatok alapján 15-20%-ra, míg a megfigyeléses vizsgálatok meta-analízisében 13-17%-ra tehető. A mammográfiai szűrővizsgálat fő hátránya a túldiagnosztizálás. Az Egyesült Államok becslései

szerint a túldiagnosztizálás relatív gyakorisága (beleértve az in situ ductalis karcinómát, illetve az invazív rákot) eléri a 31%-ot. Ezen cikk szerint a nőket érthető módon tájékoztatni kell a szűrés előnyeiről és hátrányairól. Továbbá lényeges lenne gazdasági szempontból a hatékonyság, költséghatékonyság, valamint az esetleges károk, hátrányok átvizsgálása.[81]

2.8.2 Kiegészítő képalkotó eljárások

Az emlőszűrés alapja a mammográfiai szűrés, azonban több lehetőség áll rendelkezésre a kiegészítő képalkotáshoz. Ide tartozik az ultrahangvizsgálat, amely önmagában nem alkalmazható szűrésre, azonban a röntgen-mammográfia kiváló kiegészítő eszköze, vizsgálatok kimutatták, hogy az intervallum rák aránya csökkenthető.[82,83] További módszer a tomoszintézis (3D-s mammográfia), Skaane és munkatársainak tanulmánya alapján a tomoszintézis mammográfiával kombinálva 27%-kal több, invazív emlőkarcinóma esetében 40%-kal több esetet tud kimutatni, valamint 15%-kal csökkentek az álpozitív esetek.[84] A mágneses rezonancia (MRI) rutinszerű szűrésre nem alkalmas, egyrészt nem költséghatékony - amely egy szűrés esetében elengedhetetlen -, másrészt specificitása alacsonyabb, mint a mammográfiának[70], viszont mint kiegészítő szűrés pl. BRCA1 és BRCA2 génmutációt hordozó nők emlővizsgálatára alkalmas.[85]

2.8.3 Klinikai vagy fizikális emlővizsgálat

Mint azt már fentebb is leírtuk a klinikai emlőszűrés nem tekinthető önálló szűrővizsgálatnak, azonban a mammográfiai szűrés hatékonysága 5-10%-kal növelhető, ha azt klinikai emlővizsgálat előzi meg.[71,72] Ez magában foglalja a klinikusok által végzett mell, nyak, kulcscsont környékének és a hónalj vizsgálatát.[86]

2.8.4 Emlőönvizsgálat

Gyakran a nők saját maguk ismerik fel mellükben az akár jó, akár rosszindulatú elváltozásokat. Az ajánlás szerint 20 éves kor betöltését követően hónapról hónapra, a menstruációt követő 5-7. napon, míg a menopausán átesett nők a hónap egy szabadon megválasztott napján végezzék az önvizsgálatot.[4,70]

Randomizált kontrollált vizsgálatok[73,74] bebizonyították, hogy nincs különbség az emlőönvizsgálatot végzők, illetve nem végzők halálozásának tekintetében. Azonban az is tény, hogy az önvizsgálatot rendszeresen végzők között lényegesen kevesebb a 2 cm-nél nagyobb daganatok előfordulása.[70] Az emlőönvizsgálat hátrányára írható, hogy módszertana bonyolult[70], felesleges pszichológiai terhet ró az önvizsgálatot végzőre, vagy éppen ellenkezőleg, hamis biztonságérzetet ad.[75]

Az önvizsgálat előnyére írható, hogy mammográfiai vizsgálatok számának emelkedéséhez és szignifikánsan nagyobb számú negatív (jóindulatú) eredménnyel végzett biopsziához járul hozzá.[87] Napjainkban egy új nézőpont lép az emlőönvizsgálat helyébe: az „emlőtudatosság", melynek lényege, hogy a nő ismerje saját mellét, annak minden változását, és forduljon orvoshoz, amennyiben valami szokatlant tapasztal, pl. ha az egyik mell mérete megváltozik, bőre behúzódik, mellbimbó behúzódik, a mellen kiütések jelennek meg, vagy akár az emlőbimbó váladékozni kezd. Az „emlőtudatosság" egyre nagyobb teret hódít világszerte, jelezve, hogy egyre több ország elmozdul a szigorúan szabályozott emlőönvizsgálat koncepciójától.[88,89]

2.9 Emlőrákkal és a mammográfiával kapcsolatos ismeretek és attitűdök

2.9.1 Egyesült Arab Emírségek

2013-ban Al Ain városában keresztmetszeti vizsgálatot végeztek, mely során 12 kulturális és vallási közösségből véletlenszerűen négyet választottak ki, ahol összesen 247 40 vagy ennél idősebb nőt kérdeztek meg. A kitöltők 22%-a (n=54) azt állította, hogy nem biztos abban, hogy a melldaganat fertőz-e. A válaszadók 38% a (n=93) úgy vélte, hogy csak nők esetében fordulhat elő emlőrák, és 43% (n=106) úgy gondolta, hogy e daganattípus volt a leggyakoribb a nőknél. A nők 26%-a (n=64) válaszolta, hogy a szoptatás véd a betegség kialakulása ellen. Majdnem 17% (n=42) jelezte, hogy a mammográfiás vizsgálatot csak tüneti panaszok esetén végzik el, és 16% (n=39) nem volt biztos benne, mikor kell mammográfiai szűrésen megjelenni. A kutatás során kiderült, hogy csak 5% (n=12) jó általános ismerettel, míg 14,6% (n=36) nagyon rossz tudással rendelkezett az emlőrákról. Általánosságban elmondható, hogy a fiatalabb nők (40–49 év) jobb eredményeket kaptak a tudásnál,

mint az idősebb nők (>49). Az oktatás szintje pozitívan társult a jobb ismeretekhez ($p \leq 0{,}001$). A mammográfiában való részvétel negatívan kapcsolódott az oktatási szinthez: az iskolai és az egyetemi szinten (OR=0,18), szemben a formális oktatás nélküli nőké (OR=0,13). Majdnem 32% (n=23), aki egyetemi végzettséggel rendelkezett, és nem járt rendszeresen mammográfiai szűrésen, úgy gondolta, hogy még nem töltötte be a szűréshez szükséges életkort. A kitöltők mindösszesen 58%-a jelent meg az elmúlt évek során szűrésen, e részvevők nagy része az idősebb korosztályból került ki. A válaszadók egy része szerint a mammográfiai szűrővizsgálatot, csupán egyszer kell elvégezni, nem pedig kétévente. A tanulmány arra utal, hogy a célcsoportban sem az emlőrákismerete, sem pedig a szűréssel kapcsolatos ismeretek nem megfelelőek. Az orvosi ajánlás valamint a nők ismereteinek bővítése segítheti csupán elő a szűrésen való részvételi hajlandóság növelését.[90]

2.9.2 Nigéria

A vizsgálatba összesen 218 19-84 év közötti résztvevő került be. A megkérdezettek többsége 190 (87,2%) házas volt, 12 (5,5%) egyedülálló, 3 (1,4%) elvált. A kutatásban negyvenhét (21,6%) írástudatlan volt, 28 főnek (12,8%) volt általános iskolai, 77 főnek (35,3%) középiskolai, míg 66 főnek (30,3%) volt felsőfokú végzettsége. A páciensek többsége vallásosnak vallotta magát (113 fő-51,8%). A résztvevők közül 156 fő (71,6%) ismerte a mammográfiai szűrővizsgálatot, ők tisztában voltak azzal, hogy ez hozzájárul az emlőrák korai felismeréséhez. Azonban még ők is az emlődaganat műtéti kezeléséből adódó félelmeiket fejezték ki. A kutatás rámutatott arra, hogy az egyetlen tényező, amely megjósolhatja, hogy a beteg tud-e az emlőszűrésről, a formális oktatás szintje: a középfokú és felsőfokú végzettséggel rendelkező megkérdezettek esetében ($p=0{,}004$), és a formális oktatásban nem részesült betegek tekintetében ($p=0{,}001$). Azon betegek, akik jelezték, hogy ismerik az emlőszűrő-vizsgálatot (89 fő-57,1%), ismeretük a médiából, elsősorban a rádió- és televíziós műsorokból (87 fő), és újságokból (2 fő) származott. 31 beteg (19,9%), orvost (30 fő) vagy egyéb egészségügyi dolgozót (1 fő) jelölt meg, mint információforrás. A 156 beteg közül 122 (56,0%) végzett önvizsgálatot, ebből 98 fő (45,0%) rendszeresen. 116 beteg (53,2%) képes volt pontosan leírni az önvizsgálat menetét.[91]

2.9.3 Katar

Katari nők körében a leggyakrabban diagnosztizált daganattípus az emlőrák, gyakran előrehaladott stádiumban diagnosztizálják. Az eredmények azt mutatják, hogy szignifikáns kapcsolat áll fenn az alacsony részvételi arány és az emlőszűréssel kapcsolatos attitűd között. A tanulmánynak két célkitűzése volt: egyrészt, hogy feltárja azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a katari nők szűrésen való megjelenését, másrészt azon módszer megtalálása, amely elősegíti az emlőszűrésen való megjelenést. A keresztmetszeti vizsgálatba összesen 1063 35 évnél idősebb nőt vontak be. A megkérdezettek 28,9%-a volt tisztában az önvizsgálattal, 41,8% a fizikális emlővizsgálattal, és 26,4% tudta, hogy a nemzeti szűrései irányelvek mit javasolnak a mammográfiai szűréssel kapcsolatban. Mindösszesen 7,6% ismerte csak mindhárom szűrési tevékenységet. A gyakorlat szempontjából elmondható, hogy kevesebb, mint a megkérdezettek egyharmada vett részt, vagy végzett valamiféle szűrési tevékenységet. A válaszadók 13,9%-a végzett havonta egyszer emlőönvizsgálatot, 31,3%-uk évente, vagy kétévente egyszer végeztetett klinikai emlőszűrést, és a legalább 40 éves nők 26,9%-a jelent meg mammográfiai szűrésen elmúlt 1-2 évben. Az emlőszűréssel kapcsolatos tudatosság jelentősen összefügg például az oktatás szintjével, vagy az egyes információforrásokkal (média, orvosok).[92]

2.9.4 Irán

Az emlőrák az összes női rákbetegség közül a harmadik helyet foglalja el Iránban. Ezen keresztmetszeti vizsgálatba összesen 2250 nő került be Isfahanban, Iránban.

A jelen vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az emlőrák szűrési módszerek tudatossága alacsony volt az iráni nők körében, mindösszesen csak 33,2% tekinthető jól tájékozottnak. A tanulmány azt is kimutatta, hogy csak mintegy 32%-ának volt magas ismerete a kockázati tényezőkről, és többségük (43%) mérsékelt ismeretekkel, a fennmaradóak pedig igen kevés ismerettel rendelkeztek e tekintetben. Az eredmények azt is mutatták, hogy a résztvevők nem rendelkeztek megfelelő ismeretekkel a tünetekről, 71,3% alacsony tudásszintet mutatott. A széles körben alkalmazott terápiás módszerek ismertségét is értékelték, az eredmények egyértelműen jelezték, hogy a tudásszintek alacsonyak voltak, csak mintegy 36% volt a magas szintű tudatossággal.[93]

2.9.5 Malajzia

A keresztmetszeti vizsgálat során 125 20-60 év közötti malajziai nőt kérdeztek meg kérdőívek segítségével, amely a melldaganatról és a szűrési gyakorlatról szóló ismereteket tartalmazta. Összesen a válaszadók 99,2%-a tudta, hogy az emlőrák a vezető rák, 76% tudta, hogy az életkor, valamint a családi halmozódás kockázati tényezőnek számítanak. A kitöltők 72%-a tudta, hogy az emlőbimbó véres váladékozása, valamint az emlőben tapintott csomó (76,8%) az emlőkarcinóma tüneteinek számítanak. A vizsgálat kimutatta, hogy a városban élő nők szignifikánsan jobban ismerik a szűrési módszereket, valamint, hogy kapcsolat áll fenn az oktatás szintje és a tudatosság között. A szűrési módszerek esetében elmondható, hogy a megkérdezettek 92,8%-a az önvizsgálattal, 50,4%-a a klinikai emlővizsgálattal, és 47,2%-a mammográfiai szűrés ismereteivel kapcsolatos kérdésekre felelt helyesen. Összefoglalva, a tanulmány rámutatott az emlőrák és a szűrési eljárások gyakorlatának ismereteire a felsőoktatás és a városi élet tekintetében, ezért sürgősen szükség van egy intenzív tudatosító kampányra és a vidéki térségekben kiemelt szűrőközpontok elérhetőségére.[94]

2.9.6 Dél- Afrika

2016 áprilisától májusáig keresztmetszeti vizsgálatot végeztek Hlokomela Klinikán, melynek során 243 18-68 év közötti nőt kérdeztek meg. A válaszadók mérsékelt szintű ismereteket mutattak az emlőrák kockázati tényezőire, tüneteire és kezelésére vonatkozóan. A nők közel egyharmada (31,3%) képes volt a 12 kockázati tényező közül hat helyes besorolásra. A nők 35%-a azonosított kevesebb, mint négy kockázati vagy védő tényezőt. A nők több mint fele (53,1%) tisztában volt azzal, hogy az emlőben tapintható csomó az emlődaganat tünete. A második leggyakrabban említett tünet a mell fájdalma volt (23,9%), a harmadik pedig a mellgyulladás, a nők 23,9%-a jegyezte fel ezt a tünetet. A tünetekkel és a kockázati tényezőkkel összehasonlítva a daganat kezelésével kapcsolatban a válaszadók alacsonyabb ismeretekkel rendelkeztek, 38,7%-uk állította, hogy nem ismeri a kezelési módszereket, valamint 2,9%-uk állította, hogy a betegség nem kezelhető. A válaszadók >97%-a azt állította, hogy fontos, hogy a mellüket rendszeresen ellenőrizzék, illetve, hogy orvoshoz vagy más gondozóhoz forduljanak, ha valami rendellenességet éreznek a mellükben. A nők többsége (67,1%) kijelentette, hogy

úgy vélik, hogy túlélnék az emlőrákot korai diagnózis esetén, csupán a nők 6,2%-a gondolta úgy, hogy nagy valószínűséggel késői diagnózis esetén is túlélné betegséget. A nők szignifikánsan túlbecsülték a mellrák személyes kockázatát, 47,7%-uk válaszolta, hogy nagy valószínűséggel életük során kialakul emlőrák. Az ellátás hiányának lehetséges okai közé tartozik a halálfélelem, a mastectomiától való félelem, a pénzhiány, az egészségügyi létesítmények gondozásának gyenge minősége, a hosszú sorok (különösen az állami kórházakban), és a meggyőződés, hogy az emlőfájdalom nem fontos tünet. A magas szintű gondozási szándékkal ellentétben a nők csak 24,8%-a számolt be, hogy valaha is kapott fizikális emlővizsgálatot, és a nők 33,3%-a jelezte, hogy valaha is végzett önvizsgálatot. Összességében elmondható, hogy a tanulmányi populációban a nők mérsékelt szintű ismereteket mutattak az emlőrák kockázati tényezőiről és tüneteiről, felismerték a megbetegedés korai diagnózisának és kezelésének fontosságát, és pozitív hozzáállást mutattak a gondozás tekintetében.[95]

2.9.7 Brazília

Dourados városában végzett keresztmetszeti vizsgálatba összesen 393 40 és 69 év közötti nő került bevonásra. A félig strukturált kérdőív segítségével a szociodemográfiai változókat, a családi anamnézist és az emlőrák kockázati tényezőivel kapcsolatos tudatosságot/gyakorlatokat vizsgálták. A vizsgálatban résztvevők 66,6%-ának volt párja. A résztvevők 86,5%-ának nem fordult elő a családjában emlődaganat. A nők 86,5%-a kapott valamilyen információt az emlődaganatról, 28,8%-uk tömegkommunikációs eszközön (televízió, rádió, újság) keresztül tájékozódott a betegséggel kapcsolatban. A nők 54,2%-a jelezte, hogy ismer legalább egy rizikófaktort. 28,5%-uk említett egy,15,3%-uk két, 7,6%-uk három, és 2,8%-uk négy faktort. A kockázati tényezők ismerete összefüggésben állt a család előzményeivel (p=0,004) és az iskolai tanulmányok éveivel (p=0,01). Ahol a kockázati tényezők ismertek voltak, a nők 52,2%-a tett megelőző intézkedéseket az emlőkarcinóma elkerülése érdekében.[96]

2.9.8 Törökország

A tanulmány célja az volt, hogy megvizsgálja az emlőrák és a török nők önvizsgálattal kapcsolatos hiedelmeket, attitűdöket és viselkedést. A kutatásban összesen 656 20-41 év közötti nők válaszait összesítették, a Champion Health Belief

Model Scale (CHBMS) adaptált török változata alapján, Törökországban Ordu tartományában. A kutatás során a bizalom, és az egészségügyi motiváció, valamint a nők oktatási státusza szignifikáns különbséget mutatott. A vizsgálatban a nők 39,2%a állította, hogy „részlegesen" tájékoztatták az emlődaganattal kapcsolatban. A megkérdezettek 76,5%-ának családi anamnézisében és 54,1%-ának baráti/ismerősi körében szintén nem jelentkezett a betegség. A tanulmány megállapította, hogy a nők 67,7%-a ismeri, és 55,8% jelezte, hogy végzett már önvizsgálatot. Azt találták, hogy a nők 72,7%-a eddig még nem járt klinikai emlővizsgálaton. A megkérdezettek 77,9%-a válaszolta, hogy az emlődaganat korai diagnosztikai módszere a mammográfia. A nők 65,5%-a jelezte, hogy orvosa ajánlotta számára a mammográfiás szűrést. Összefoglalva a nők ismerete az emlőrákról korai felismerésének kockázatairól és előnyeiről pozitívan befolyásolja az egészségügyi meggyőződésüket, hozzáállásaikat és viselkedését. [97]

2.9.9 Öt európai ország (Csehország, Németország, Egyesült Királyság, Olaszország, Svédország)

A rákszűrésről szóló tájékozott döntések pontos ismereteket igényelnek a rák kockázatáról és a szűrésről. Ez a tanulmány az alábbiakat vizsgálja: (1) az európai nők ismerik az emlő-, petefészek-, méhnyak- vagy endometrium-rák kialakulásának kockázatát, (2) ismereteiket a mammográfiás szűrésről és (3) hogy a bizonyítékokon alapuló betegtájékoztató javítja-e ismereteiket. A keresztmetszeti vizsgálat során öt európai országban összesen 3629 nő (befogadási kritériumok: 40-75 év) meghívására került sor, erre 2092 válaszolt és 1675 befejezte a felmérést (válaszadási arány: 61,4%). A felmérés egy tájékoztatót, és két kérdőívet tartalmazott a női rák kockázataival és szűrési ismereteivel kapcsolatban, amelyeket a tájékoztató előtt és után töltettek ki. A női rákkockázatokkal kapcsolatos kérdésben a nőket felkérték, hogy adják meg számszerű becsléseiket arról, hogy az adott korcsoportban lévő 1000-ből hány nőt diagnosztizálnak a következő négy felsorolt női rákkal (mell, petefészek, méhnyakrák és endometriális rákkal) a következő 10 évben. Azok a nők, akik pontosan becsülték meg az emlőrák kockázatát, kevésbé valószínűsítik, hogy a mammográfia megakadályozza a rákot ($p<0,001$). Összességében a nők 26,5%-a helyesen tudta, hogy a rákszűrés, mint például a mammográfia, mind az előnyöket (pl. rák-specifikus halálozási csökkenés), mind a károsodást eredményezhet (pl.

túldiagnosztizálás), ezzel kapcsolatos legmagasabb arány a Németországban élő nők körében (43,3%) és a legalacsonyabb arány Olaszországban (13,3%) volt. A legmagasabb arányban, Cseh Köztársaságban, Olaszországban és Svédországban élő nők körében hitték helytelenül, hogy a mammográfiás szűrés megakadályozza az emlődaganatot: 59,7%, 50,9% és 42,7%. Az egyes országokban a mammográfiás szűrés (50–69 év) fő korcsoportjában lévő nők nem tudtak jobban megbecsülni a mellrák kockázatát, mint a csoporton kívüli nők: 22,2% és 23,3%. Ugyanakkor nem adtak jobb válaszokat abban az esetben sem, hogy a mammográfia mind az előnyöket, mind a károsodást eredményezhet, mint a mammográfia fő korcsoportján kívül eső nők (26,9%; 26,5%,). Összegezve e korlátok ellenére a tanulmány azt sugallja, hogy az öt európai országban a nők nagy hányada nagyon informálatlan a rák kockázatairól, és a mammográfiás szűrésről. A tanulmány azt mutatja, hogy a korrekt észlelt rákkockázat pozitívan kapcsolódik a nők rákszűrő elvárásaihoz, és hogy a bizonyítékokon alapuló információnak lehetősége van arra, hogy javítsa a nők megértését a rák kockázatairól és a szűrési tényekről.[98]

2.9.10 Málta

Ebbe a keresztmetszeti vizsgálatba 50–60 éves máltai nőket (*n*=404) vontak be, első szűrési meghívásuk idején, akiket az Országos Mellszűrő Programba hívtak meg rétegzett véletlenszerű mintavétellel. A résztvevők 2015. június–szeptember között telefonon válaszoltak egy 121 tételes kérdőívre. A nők átlagéletkora 54,6 év ± 2,8 év volt. 86,9%-uk házas volt, valamint a csoportban középfokú végzettséggel rendelkezett 75,7%. A nők 60,3%-a átlag alatti jövedelmű családból származott (16113 euró alatt). Betegségről, fogyatékosságról a nők 45,8%-a számolt be és 2,5%-ának volt rákja (nem emlőrák). A válaszadók 81,7%-ának volt a családjában vagy baráti körében (közeli barát 21,3%) emlődaganatos beteg. A többség (93,3%, *n* = 377) arról számolt be, hogy van háziorvosa, azonban 88,6% csak akkor kereste fel a háziorvost, ha problémája volt. A vizsgálatban részt vevő nők közel 70%-aválaszolta, hogy háziorvosa nem ösztönözte mellszűrésre. A nők többsége ismerte az ajánlott szűrési gyakoriságot: 46,3% jelezte az éves mammográfiát; 3,7%: 1,5 évente; 43,3%: 2-3 évente; 0,5%: 4-5 évente; 6,2%: bizonytalan volt. A kockázati tényezők szempontjából a betegség örökletessége volt a leggyakrabban jelentett rizikófaktor, ezt követte a dohányzás, a megváltozott immunitás és a környezetszennyezés. [99]

2.9.11 Spanyolország

A vastagbél-, emlő-, méhnyak- és prosztatarák-szűrővizsgálatok tudatosságának és felvételének szintjét írták le, és elemezték a társadalmi-demográfiai és az egészséggel kapcsolatos változók vonatkozásában. A népességen alapuló keresztmetszeti vizsgálat kapcsán összesen 7938 fő került megkérdezésre otthoni személyes interjúk során a négy daganatos megbetegedéssel, és szűrésükkel kapcsolatban. Az említett tesztek a fekális okkult vérvizsgálat (FOBT), a mammográfia, a Pap kenet és a prosztata-specifikus antigén (PSA) voltak. A kutatás 2010 novemberétől decemberéig tartott. A mammográfiai szűrésről a 40-69 éves korosztályt kérdezték meg. A válaszadók 95,03% ismerte e szűrővizsgálatot. A nők nagyobb arányban tudtak a mammográfiai szűrésről, mint a férfiak (98,07%; 91,85%). Az elemzések során megállapították, hogy a magasabb iskolai végzettség, valamint a magasabb társadalmi osztály nagyobb tudatosságot feltételez. A mammográfiai vizsgálat pozitív előrejelzői közé tartozik: a partnerrel való együttélés, a spanyol születés, és az egészségügyi dolgozók ajánlása. A felnőtt spanyol populációban a mammográfiai szűrés ismerete nagyon magas, ezt mutatja az a tény is, hogy a közelmúltbeli spanyol tanulmányok, népességfelmérések segítségével becslések szerint az 50–69 éves nők> 80%-os mammográfiás betartást mutatnak.[100]

2.9.12 Németország

A tanulmány célja, hogy megvizsgálja a nők ismereteit, attitűdjeit, valamint a befolyásoló tényezőket. 2000-2010-ig terjedő időszakra a Medline-ban és más német,- illetve angol nyelvű adatbázisban szisztémás áttekintést végeztek, amelyet az internetes keresésekkel egészítettek ki. Az áttekintés során 12 tanulmányt néztek át, melyből 5 a mammográfiához, 5 a méhnyakrákszűréshez, és 2 pedig az ismeretekhez kapcsolódott. Az áttekintés során megállapították, hogy a legtöbb nő tisztában volt az ingyenes szűrés lehetőségével. A legtöbb megkérdezett helyesen azonosította az emlőrák kockázati tényezőit. A 2007-ben meghívott nők 54%-a vett részt a szervezett emlőszűrési programban, viszont az egyes szövetségi tartományok között a részvételi arány nagymértékű változást mutatott. A szervezett emlőszűrési programban a képzettebb nők, valamint a magánbiztosítással rendelkezők kevésbé vesznek részt. A szervezett szűrésen nem megjelenők egyharmada más módon mégis eleget tesz a mammográfiai szűrésnek. Az interjúalanyok jelentős ismerethiánya

rámutat arra, hogy optimalizálni kell a kommunikációt a szűrővizsgálatok céljairól, előnyeiről és kockázatairól annak érdekében, hogy a nők tájékozott döntést hozzanak a szűrővizsgálatokon való megjelenés tekintetében.[101]

2.10 Egészségműveltség/egészségértés és információforrások

Az egészségműveltségnek bár számos megfogalmazása létezik, leggyakrabban a WHO definícióját alkalmazzák,[102] e szerint az egészségműveltség „az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket."[103] Koltai és Kun kutatása szerint - amely egy 1000 főt magában foglaló országos reprezentatív minta – a 16 évesnél idősebb magyar lakosság több mint fele korlátozott egészségértési kompetenciával rendelkezik. A megkérdezettek 20%-a elégtelen, 38%-a elégséges, 32%-a problémás, 10% pedig kitűnő mértékű egészségértéssel bír. Prevenció tekintetében válaszadók több mint fele tartozott a korlátozottan egészségértésű kategóriába, több mint egyharmaduk elégséges egészségértés kategóriába, és 13%-uk kitűnő kompetenciával rendelkezett.[104]

Ezek az adatok is jól mutatják, miért csak a szükséges életkort betöltött nők fele[105] vesz részt emlőszűrésen. Több eszköz is rendelkezésre áll az átszűrtség növeléséhez, ilyenek pl. a tömegkommunikációs eszközök (televízió, rádió, internet, mobiltelefon, közösségi média, hírlevelek, folyóiratok vagy nyomtatott hirdetések), illetve a kis médiumok (brosúrák, szórólapok, hírlevelek, levelek vagy videók).[106] 2011-ben Park és munkatársainak kutatása szerint a kis- és tömegkommunikációs eszközök együttes alkalmazása csökkentette az emlődaganatokkal kapcsolatos hiedelmeket Koreában.[107]

Egy 2013-ban okostelefonos alkalmazással kapcsolatos vizsgálat esetében jelentősen nőtt az emlőönvizsgálat alkalmazása a 30 éves vagy annál fiatalabb nők esetében.[108]

A háziorvosok és asszisztensek szerepe is fontos információforrásnak számít. Azonban a háziorvosok száma csökkenő tendenciát mutat, így munkájuk jelentős részét az akut betegellátás és gondozás teszi ki. A prevenciós tevékenységre egyre kevesebb idő jut. Erre jelent megoldást a praxisközösségek kialakítása, melynek

fontos résztvevője a prevenciós nővér. „A prevenciós nővérek szorosabbá tudják tenni a háziorvos-szűrőkoordinátor-szűrőközpont-páciens közti kapcsolatot.” Ezen módszerrel Kecskeméten a felnőtt háziorvosi praxisokban az elmúlt két év alatt mammográfiás szűrésen meg nem jelent nők, körülbelül 20%-át tudták újra a szűrésbe visszavezetni.[109]

Természetesen nem elegendő a felsorolt kommunikációs eszközök akár együttes alkalmazása az átszűrtség növeléséhez, mindenképpen növelni kell az emberek egészségműveltségét, egészségértését, hiszen e nélkül nem tudnak szelektálni az információáradatban, és nem tudják eldönteni, melyik információforrás számít hitelesnek.[110]

2.11 Az emlőszűrés gazdasági vonatkozásai

Az emlőrák egészség-gazdaságtani szempontból is jelentős társadalmi problémának számít, amely nem csupán a fejlődő, hanem a fejlett országokra is komoly gazdasági terhet ró. Így a mellrák okozta mortalitás csökkentése érdekében több országban is regionális vagy országos szintű szűrőprogramot indítottak. A fő cél csökkenteni a folyamatosan növekvő morbiditást, mortalitást és a betegség következtében felmerülő gazdasági terheket.[14] A szervezett emlőszűrési programok mortalitás csökkentő hatásáról a New Yorkban végzett HIP study (Health Insurance Plan of Greater New York)[79] és a Svédországban végzett „két megye” vizsgálat[80] szolgáltatott szakmai bizonyítékot. Napjainkban már több randomizált vizsgálat is alátámasztotta azt a tényt, hogy a 12-20 éves utánkövetés után mintegy 20%-os halálozáscsökkenés tapasztalható a mammográfiai szűrésen résztvevő nők körében. Ezen tények ismeretében az emlőszűrés egészség-gazdaságtani vonatkozásai is meghatározásra kerültek. „Annak függvényében, hogy a szűrőprogram milyen sikeres, különböző mortalitáscsökkenés és ezáltal különböző megmentett élet-szám kalkulálható. A 45-65 év közötti korosztályban 10%-os mortalitás csökkenéssel számolva („magyar trend”) 509 élet (NJÉ: 365), 20%-os mortalitáscsökkenéssel számolva („angol trend”) 1074 élet (NJÉ: 772), míg 30%-os mortalitáscsökkenést véve alapul („svéd trend”) 1582 élet (NJÉ: 1139) menthető meg a 10 éves program során.”[111] Természetesen a halálozáscsökkenés alapvetően a költségviszonyokra is hatást gyakorol. Az emlőkarcinóma okozta gazdasági teher hazánkban is jelentős méreteket ölt, melynek legnagyobb részét az aktív fekvőbeteg ellátás, illetve a

kezelési/gyógyszerköltség adja. A gazdasági számítások is azt mutatják, hogy a kezelési költségek messze meghaladják a prevenciós költségeket.[112] Ennek tükrében elengedhetetlenül szükséges a részvételi hajlandóság további növelése, hiszen csupán így várható a mortalitás csökkenése, amelytől az emlőrák okozta gazdasági teher csökkenése várható.

3 Vizsgálati minta és módszer

3.1 Minta

A vizsgálatban 12 háziorvosi körzet, és a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Radiológiai Klinikája vett részt. A vizsgálat időtartama 2017 márciusától-2017 júniusáig tartott.

Keresztmetszeti vizsgálatunkban, a mintavételezés nem véletlenszerű mintavétellel történt. Beválasztási kritériumként szerepelt, hogy a kitöltők életkora 25-65 év között legyen, valamint ne legyen diagnosztizált emlőrákjuk. Kutatásunk során összesen 735 kérdőív került kiosztásra. A háziorvosi körzetekben 255 női és 255 férfiaknak szóló kérdőív. A Radiológiai Klinikán összesen 225 darab kérdőívet osztottunk szét, amelyet a megkérdezettek a mammográfiás vizsgálat előtt töltöttek ki. A háziorvosi körzetekben a férfiak esetében 201, míg a nők esetében 225 fő került bevonásra. A Radiológiai Klinikán szintén 201 fő került bevonásra. Összesen 627 fő (85,3%) válaszai kerültek kiértékelésre.

3.2 Módszer

A mintavételezés saját szerkesztésű önkitöltős kérdőívvel történt, melyet a háziorvosi rendelőkben, illetve a Radiológia Klinikán osztottunk ki. A tájékoztatók és a papír alapú kérdőívek az asszisztensek által kerültek kiosztásra. Az adatbázis feltöltése során az egyes kérdőívekhez és a hozzájuk tartozó tájékoztatókhoz kódot rendeltünk, megkönnyítve az adatbevitel, viszont nem megsértve, ezáltal a tájékoztatókban is leírt anonimitást.

A kérdőívünk három kérdéscsoportra osztható: szociodemográfiai kérdések (nem, életkor, lakhely, családi állapot, iskolai végzettség, anyagi helyzet, vallás); ismeretekre vonatkozó kérdések (szűrési protokoll, rizikófaktorok és tünetek, családi halmozódás); ismeretek forrása. A tünetekre vonatkozó kérdésnél, azon válaszadókat, akik a nyolc lehetséges válaszlehetőség közül legalább öt helyes tünetet jelöltek meg „jól informált”-nak, minden más válaszolót „nem jól informált”-nak tekintünk. A rizikófaktorokkal kapcsolatos kérdésnél, azon megkérdezettek, akik legalább hét helyes rizikófaktort, emellett maximum egy helytelen rizikófaktort jelöltek meg „jól informált”-nak, minden más megkérdezettet „nem jól informált”-

nak tekintünk. Mindhárom csoporttal kapcsolatos kérdőíveink a mellékletben találhatóak.

Az adatok elemzését leíró statisztikával – átlag, medián, relatív gyakoriság –, esélyhányadossal, Spearman-féle rangkorrelációval, Mann-Whitney U teszttel végeztük 95%-os valószínűségi szint mellett. Az adatokat IBM SPSS Statistics for Windows, version XX (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) program segítségével értékeltük.

A PTE-KK Regionális és Intézményi Kutatás- Etikai Bizottsága a 2017. február 3-ai ülésén (Ügyiratszám:6542) engedélyezte a kutatás protokoll szerinti kivitelezését.

4 Eredmények

4.1 A háziorvosi rendelőkben a két csoport által kitöltött kérdőívek összevont elemzése

4.1.1 Szociodemográfiai kérdések

A háziorvosi rendelők kérdőíveinek esetében a megkérdezettek száma 428 fő volt. Nemi megoszlás szerint a vizsgálatban 201 (47%) férfi, és 227 (53%) nő vett részt. A KSH 2011. évében végzett népszámlálási adatok alapján kutatásunk a nemi megoszlás tekintetében reprezentatívnak bizonyult. (1. táblázat)

		KSH 2011. évi népszámlálási adatok (N=159758)	**Vizsgálatban részvevők adatai (N=428)**
Életkor	Átlag	54,4	47,25
	Medián	55,0	48,0
Nem	Férfi	47,0%	47%
	Nő	53,0%	53%
Lakhely	Megyeszékhely	38,2%	52,3%
	Egyéb város	26,4%	25,5%
	Falu/Község/Tanya	35,4%	22,2%
Családi állapot	Nőtlen/Hajadon	9,9%	12,6%
	Házas/Élettársi kapcsolatban él	60,6%	66,8%
	Elvált/Külön él	19,2%	14,5%
	Özvegy	10,2%	6,1%
Legmagasabb iskolai végezettség	Kevesebb, mint 8 általános	2,9%	0,5%
	8 általános	24,2%	8,6%
	Szakiskola/Szakmunkásképző	31,0%	25,0%
	Középiskola/ Gimnázium	26,4%	26,9%
	Főiskola/Egyetem	15,4%	29,4%
Foglalkoztatottsági státusz	Foglalkoztatott	48,3%	69,6%
	Munkanélküli	7,3%	3,5%
	Inaktív kereső	41,6%	25,7%
	Eltartott	2,9%	1,2%

1. táblázat: Kutatásunk összehasonlítása a KSH 2011. évi népszámlálás adataival

A kutatásban résztvevők átlagéletkora 47,25 év volt. Gyenge erősségű korrelációs kapcsolat igazolódott az életkor és az orvosokba, illetve az egészségügybe vetett bizalom ($p<0,001$; $r=0,2005$), valamint az életkor és az orvoshoz fordulás gyakorisága között ($p<0,001$; $r=0,401$). A megkérdezettek 52,3%-a megyeszékhelyen, 25,5%-uk egyéb városban, 22,2%-uk faluban/községen/tanyán él. A csoport családi állapotát tekintve 66,8%-uk él házasságban, illetve élettársi kapcsolatban, 12,6%-uk nem él párkapcsolatban, 14,5%-uk elvált, vagy külön él, és mindösszesen 6,1%-uk özvegy. A megkérdezettek 0,5%-a rendelkezik kevesebb, mint 8 általánossal, 8,6% végezte el a 8 általánost, 25%-a végzett szakmunkásképzőt, vagy szakiskolát, középiskolát vagy gimnáziumot 26,9%-a végzett, és 29,4% rendelkezik valamilyen főiskolai vagy egyetemi diplomával. Az iskolai végzettség, valamint az anyagi helyzet megítélése között közepes erősségű pozitív korrelációs kapcsolat igazolódott ($p<0,001$; $r=0,373$).

A kitöltők foglalkoztatottsági státusza szerint 69,6%-a aktív kereső, 3,5%-a munkanélküli, míg 1,2%-a eltartott. Ezen összevont csoport tagjainak 25,7%-a inaktív kereső, amely magában foglalja a szülési szabadságon lévőket, a nyugdíjasokat, rokkantnyugdíjasokat, és a háztartásbeliként élőket.

A vizsgálatban résztvevők 1,6%-a válaszolta, hogy nagyon rossz az anyagi helyzete, 10,7% ítélte rossznak, 45,6% éppen megfelelőnek, 28,3% jónak, és mindösszesen 3,1% állította, hogy nagyon jó az anyagi helyzete. A magukat jobb anyagi helyzetbe soroló válaszadók tájékozottabbak, mind a szűrővizsgálatok szükségessége ($p=0,036$), mind pedig az emlőrák tüneteinek tekintetében ($p=0,017$). A megkérdezettek 44,6% nem, míg 55,4% hívő embernek tarja magát. A magukat hívőnek tartó kitöltők között több mint 1,7-szer nagyobb eséllyel találunk nőket (OR=1,725; 95% CI: 1,174-2,535). A válaszadók 57,5%-a nem tartozik egyházhoz, 42,5% valamilyen egyház tagja. Azon megkérdezettek, akik valamilyen valláshoz, felekezethez tartoznak szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek ($p=0,004$).

4.1.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

Megkérdeztük, hogy a kitöltők mennyire bíznak az orvosokban, valamint az egészségügyben. A válaszadók 0,9%-a egyáltalán nem, 9,8%-a kis mértékben, 68,5%-a eléggé, 20,8%-a teljes mértékben megbízik az orvosokban és az

egészségügyben. A megyeszékhelyen élők szignifikánsan jobban bíznak az orvosokban, illetve az egészségügyben, mint a falun, községben, tanyán élők (p=0,001). A megkérdezettek 4,9%-a egyáltalán nem jár háziorvoshoz, 10,5%-a 2-3 évente, 26,4%-a évente körülbelül egy alkalommal, 16,4%-a félévente, 24,5%-a negyedévente, és 17,3%-a havonta jelenik meg a háziorvosi rendelőben. A falun, községben, tanyán élők (p=0,001), valamint a megyeszékhelyen élők gyakrabban keresik fel orvosukat (p=0,004), mint az egyéb városban élő válaszadók. Az elvált (p=0,001), vagy özvegy (p<0,001) kitöltők szignifikánsan gyakrabban jelennek meg orvosuknál, mint a nőtlen megkérdezettek. Közepes erősségű negatív korrelációs kapcsolat igazolódott az orvoshoz fordulás gyakorisága, valamint az iskolai végzettség között (p<0,001; r=-0,246). Szintén negatív korrelációs kapcsolatot találtunk az orvoshoz fordulás gyakorisága, valamint az anyagi helyzet között (p<0,001; r=-0,274). A nyugdíjasok szignifikánsan gyakrabban keresik fel az orvosi rendelőt, mint az aktív keresők (p<0,001). A háziorvosok felkeresésének oka: 26,2% jelölte meg, hogy ha igazolást, illetve táppénzt kér, ettől lényegesen többen 41,1% minden esetben, amikor betegnek érzi magát. Mindösszesen 8,9% válaszolta, hogy akkor is megjelenik rendelésen, ha nincs panasza, de fontosnak tartja a rendszeres ellenőrzést. A kitöltők 23,8%-a esetében pedig betegségük miatt rendszeresen kell járniuk orvoshoz. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők nem csupán abban az esetben keresik fel orvosukat, ha igazolást, illetve táppénzt kérnek, hanem, ha nincs panaszuk, mivel fontosnak tartják a rendszeres ellenőrzést (p=0,018).

A válaszadók 29,4%-a gondolja, hogy csak abban az esetben kell szűrésen megjelenjen, ha bármilyen tünetet észlel magán. A megkérdezettek 28,3%-a abban az esetben tartja ezt szükségesnek a szűrővizsgálatot, ha az orvosa javasolja, további 35,5% a tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként. A kitöltők 1,6%-a jelölte meg, hogy nincs szükséges szűrővizsgálatra, mivel egészségesnek tartja magát, és 5,1% nem tudta, vagy nem kívánt válaszolni. *(2. táblázat)*

Mikor gondolja úgy, hogy szükséges elmennie valamilyen szűrővizsgálatra?	
Ha bármilyen tünetet észlel.	29,4%
Ha az orvosom javasolja.	28,3%
A tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként.	35,5%
Egészséges vagyok, nincs szükségem szűrővizsgálatokra.	1,6%
Nem tudom/Nem kívánok válaszolni.	5,1%

2. *táblázat: A két háziorvosi csoport szűrések szükségességével kapcsolatos válaszai (n=428)*

Az idősebb generáció szignifikánsan jobban tájékozott azzal kapcsolatban, hogy mikor kell szűrésen megjelennie (p=0,041), ugyanez mondható el a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőkről (p<0,001). A női kitöltők több mint 2,4-szer nagyobb eséllyel tudták, hogy még a tünetek jelentkezése előtt, rendszeresen időközönként szükséges az egyes szűrővizsgálaton megjelenni (OR=2,464; 95% CI: 1,630-3,725).

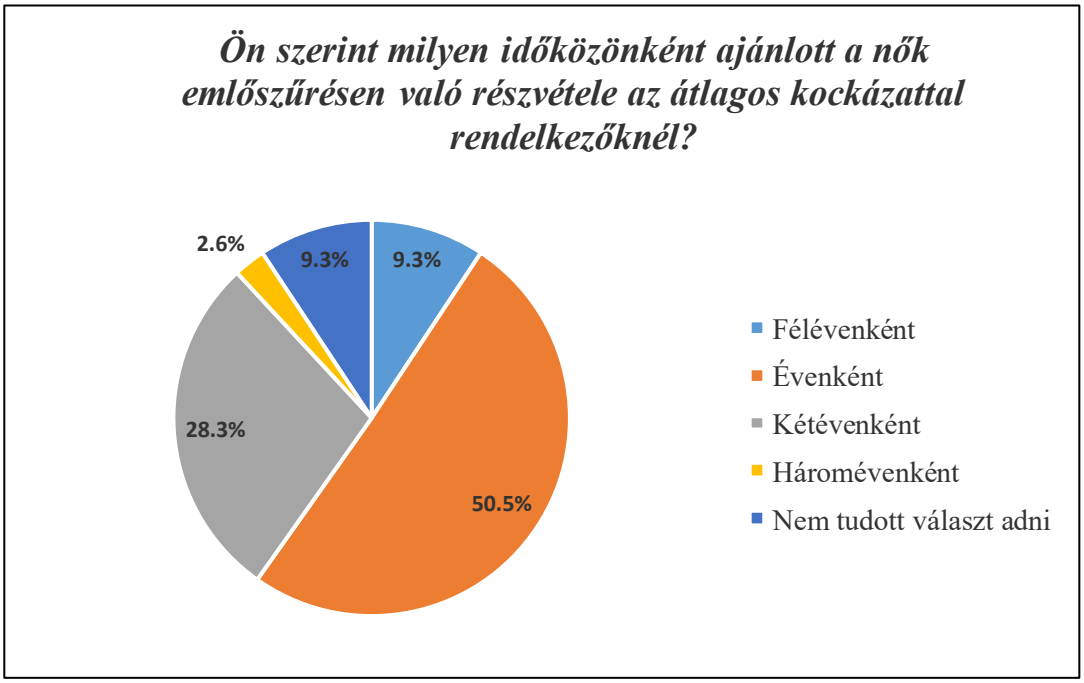
4.1.3 Ismeret

A megkérdezettek 28%-a szerint 25 éves kor felett, 31,3%-a szerint 35 éves kor felett ajánlott a nők emlőszűrése. 45 év feletti választ adott a kitöltők 31,5%-a, 55 év feletti életkort mindösszesen 2,8%, és 6,3% nem tudott választ adni a kérdésünkre. *(3. táblázat)*

Ön szerint hány éves kortól ajánlott a nők emlőszűrésen való részvétele átlagos kockázattal rendelkezőknél?	
25 éves kor felett	28,0%
35 éves kor felett	31,3%
45 éves kor felett	31,5%
55 éves kor felett	2,8%
65 éves kor felett	0,0%
Nem tudom	6,3%

3. *táblázat: A két összevont háziorvosi csoport válaszai az emlőszűrésen való részvételhez szükséges életkor kapcsán átlagos kockázat esetében (n=428)*

Arra, hogy milyen időközönként szükséges emlőszűrésen megjelenni a válaszadók 9,3%-a félévenkénti, 50,5% az évenkénti, 28,3% a kétévenkénti, 2,6% a háromévenkénti időtartamot jelölte be, míg a megkérdezettek 9,3% nem tudott választ adni a kérdésünkre. *(2. ábra)*



2. ábra: Az összevont háziorvosi csoportok válaszai a az emlőszűréssel kapcsolatos életkor kapcsán átlagos kockázatú nők esetében

Az idősebbek szignifikánsan tájékozottabbak, mind az emlőszűrés esetében javasolt életkor (p=0,006), mind pedig ezen szűréshez javasolt időköz tekintetében (p=0,001). A nők több mint 1,8-szor nagyobb eséllyel tudták milyen időközönként szükséges a mammográfiás szűrésen való részvétel (OR=1,832; 95% CI: 1,188-2,823).

A megkérdezettek 57%-a jelezte, hogy elegendő információval rendelkezik az emlőszűrésről. A női kitöltők több mint 3,4-szer nagyobb eséllyel jelezték, hogy elegendő információval rendelkeznek az emlőszűréssel kapcsolatban (OR=3,468; 95% CI: 2,322-5,180).

A kitöltők 9,6%-a szerint nem gyakori, míg 61% szerint gyakori daganatos halálok az emlőrák. A megkérdezettek 29,4%-a nem tudott válaszolni a kérdésre. A női kitöltők több mint kétszer nagyobb eséllyel tudták, hogy az emlőrák gyakori

daganatos halálok hazánkban (OR=2,009; 95%CI: 1,355-2,979). A válaszadók 88,6%-a szerint gyógyítható betegség az emlőrák, ha időben felfedezik, 2,1% szerint nem az. A megkérdezettek 9,3%-a nem tudott válaszolni.

A válaszadók szerint az emlőrák tünetei: az emlőben csomót tapint (96%), a hóna alatt csomót tapint (64,5%), az emlőbimbóból véres váladékozást észlel (38,3%). Az emlőbimbó behúzódik (26,6%), az emlő bőrén behúzódást észlel (25,7%), az emlő feszülése, fájdalma (24,5%), az emlő bőre az ellenoldalihoz képest- duzzadttá, keménnyé, pirossá válik (23,8%), az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg (12,1%). A női kitöltők több mint 3,2-szer nagyobb eséllyel voltak tájékozottabbak az emlőkarcinóma tüneteivel kapcsolatban (OR=3,288; 95% CI: 1,973-5,481). A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők szignifikánsan jobban informáltak a tünetek tekintetében (p<0,001).

4.1.4 Attitűd

A megkérdezettek 58,2%-a szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban. Ezen válaszadók közözött több mint 1,5-ször nagyobb eséllyel találunk nőket (OR=1,586; 95% CI: 1,077-2,335). A fiatalabb kitöltők szignifikánsan több információt szeretnének kapni a mammográfiás szűrésről (p=0,003).

A továbbiakban az egyes csoportokat külön elemezzük, úgymint a férfi csoport, háziorvosi női csoport, illetve a mammográfiás csoportja.

4.2 Férfi csoport

4.2.1 Szociodemográfiai kérdések

A kutatásunkban összesen 201 férfi vett részt. A férfiak átlagéletkora 47,9 év volt. A férfiak életkora, illetve házas/élettársuk egészségi állapotának megítélése között közepes erősségű negatív korrelációs kapcsolat igazolódott (p<0,001; r=-0,372). A válaszadók 53,2%-a megyeszékhelyen, 26,4%-a egyéb városban, 20,4%-a faluban/községen/tanyán él.

Családi állapotukat tekintve 74,6%-uk él házasságban, illetve élettársi kapcsolatban, 15,4%-uk nem él párkapcsolatban, 7,5%-uk elvált, és mindösszesen 2,5%-uk özvegy.

Az iskolai végzettség alapján 6,5%-uk rendelkezik 8 osztállyal. A kitöltők 26,9%-a végzett szakmunkásképzőt/szakiskolát, középiskolát/gimnáziumot 32,3%-uk végzett.

Felsőfokú szakképesítése a válaszadók 8%-ának van, míg főiskolai vagy egyetemi végzettsége 26,4%-nak. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak gyakrabban tartoznak valamilyen valláshoz, felekezethez (p=0,019), gyakrabban vallják magukat hívőnek (p=0,049), illetve az anyagi helyzetük között pozitív korrelációs kapcsolat bizonyítható (p<0,001; r=0,346). Foglalkoztatottsági státuszuk alapján 76,1%-a aktív kereső, 4%-a munkanélküli, 0,5%-a eltartott, valamint 19,4% inaktív kereső.

A férfiak 9,5%-a nyilatkozta, hogy rossz anyagi körülmények között él, 43,3% éppen megfelelőnek találja az anyagi helyzetét. A csoport 22,4% jó, míg csupán 1,5% szerint nagyon jó anyagi körülmények között élnek.

A megkérdezettek 48,3%-a tartja magát hívőnek, és 39,8% tartozik valamilyen valláshoz/felekezethez.

4.2.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

Megkérdeztük, hogy milyennek ítélik házas-, vagy élettársuk egészségi állapotát. 8%-uk rossznak, 23,9%-uk éppen megfelelőnek, 40,3%-uk jónak, míg 3,5%-uk nagyon jónak ítélte.

A megkérdezett férfiak 5,5%-a rendelkezett egészségügyi végzettséggel. Azok a férfiak, akik rendelkeztek egészségügyi végzettséggel több mint 11,8-szor nagyobb eséllyel vallják magukat hívőnek (OR=11,839; 95% CI: 1,486-94,325), illetve szignifikánsan jobbnak ítélik házas/élettársuk egészségi állapotát (p=0,041). A kitöltők 12,9%-ának felesége/élettársa rendelkezett egészségügyi végzettséggel.

A válaszadók 35,3% 1 kilométeren belül, 29,4% 5 kilométeren belül, 7,5% 10 kilométeren belül, és 4% távolabb él, mint 10 kilométer a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól. A válaszadók 77,6%-a járt háziorvosnál az elmúlt 6 hónapban. Azok a férfiak, akik az elmúlt fél év során felkeresték háziorvosukat szignifikánsan idősebbek (p=0,008). A férfiak 48,3%-ának felesége/élettársa felkereste háziorvosát, az elmúlt fél év során. Akiknek házas/élettársuk felkereste az elmúlt 6 hónapban háziorvosát szignifikánsan idősebbek (p=0,049). A férfiak 1,5% egyáltalán nem, 8% kis mértékben, 68,7% eléggé, míg 21,9% teljes mértékben bizalommal fordul orvosához. Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők szignifikánsan jobban bíznak az orvosokban, illetve az egészségügyben (p=0,003).

6,5%-uk nyilatkozta, hogy nem jár orvoshoz, 10%-uk csupán 2-3 évente, 27,9% válaszolta, hogy évente felkeresi orvosát. A férfiak 15,4%-a félévente, 22,9% negyedévente, 17,4% pedig havonta jelenik meg orvosi vizsgálaton. Házas/élettársuk esetében a kitöltők a következő válaszokat adták: 6% nem jár, 9,5% 2-3 évente, 22,9% évente, 12,9% félévente, 12,4% negyedévente, 11,9% havonta keresi fel orvosát. A férfiak ($p<0,001$; $r=0,409$), valamint a házas/élettársuk ($p<0,001$; $r=0,348$) orvoshoz fordulási gyakorisága, és a kitöltők életkora között közepes erősségű pozitív korrelációs kapcsolat bizonyítható. A megyeszékhelyen élő férfiak szignifikánsan gyakrabban fordulnak orvoshoz, mint az egyéb városban élő társaik ($p=0,003$). A válaszadók 24,9%-a mondta, hogy csak abban az esetben keresi fel orvosát, ha igazolást, illetve táppénzt kér. A férfiak 41,8%-a minden esetben megjelenik orvosánál, amennyiben betegnek érzi magát. 8,5%-uk állította, hogy akkor is felkeresi orvosát, ha nincs panasza, mivel fontosnak tartja a rendszeres kontrollt. 24,9%-uk közölte, hogy betegsége miatt rendszeresen kell orvoshoz járnia. A válaszadó házas/élettársa általában a következő okokból keresik fel orvosukat: 21,4% csak abban az esetben jelenik meg a háziorvosánál, ha igazolásra, táppénzre, vagy receptre van szüksége, 32,3% minden esetben felkeresi háziorvosát, ha betegnek érzi magát. 9,5% akkor is jelentkezik a háziorvosánál, ha nincs panasza, mivel fontosnak tartja a rendszeres ellenőrzést. A házas,- illetve élettársak 12,4%-ának rendszeresen kell betegsége miatt orvoshoz járnia.

Megkérdeztük, hogy az általunk felsorolt okok közül visszatartotta a valamelyik, hogy felkeresse orvosát: egyik sem tartotta vissza (48,8%), időhiány (31,3%), nem engedhette meg magának a jövedelem- kiesést (15,4%). Az anyagiak- sok pénzbe kerülne, ha kezelnék (8%), fél az orvostól/kórháztól/kezeléstől (6,5%), távolság az orvostól, kórháztól (3,5%), nem bízik az orvosokban (2,5%), nem tudta kihez forduljon (1,5%).

A férfiak 30,8%-a gondolja úgy, hogy akkor kell szűrésen megjelennie, ha bármilyen tünetet észlel magán, ennél is több, mintegy 35,8%-a válaszolta, hogy ha az orvosa javasolja. Mindösszesen 24,9% válaszolta, hogy még a tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként. 1,5% egészséges, és nincs szüksége szűrővizsgálatra. A megkérdezettek 7% pedig nem tudta, vagy nem kívánt válaszolni. (*4. táblázat*)

Mikor gondolja úgy, hogy szükséges elmennie valamilyen szűrővizsgálatra?	
Ha bármilyen tünetet észlel.	30,8%
Ha az orvosom javasolja.	35,8%
A tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként.	24,9%
Egészséges vagyok, nincs szükségem szűrővizsgálatokra.	1,5%
Nem tudom/Nem kívánok válaszolni.	7,0%

4. *táblázat: Férfiak szűrések szükségességével kapcsolatos válaszai (n=201)*

A helyes választ adók szignifikánsan fiatalabbak voltak (p=0,028). A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező válaszadók szignifikánsan gyakrabban adtak helyes választ a szűrővizsgálatok szükségességével kapcsolatban (p=0,013). Azon férfiak, akiknek házas-, illetve élettársa rendelkezett egészségügyi végzettséggel több mint 2,4-szer nagyobb eséllyel tudták mikor szükséges szűrésen megjelenni (OR= 2,453; 95% CI: 1,016-5,924).

4.2.3 Ismeret

A férfiak 26,4%-a válaszolta, hogy 25 éves kor felett, 32,8%-uk jelölte be, hogy 35 éves kor felett. A megkérdezettek 27,4%- a szerint 45 éves kor felett, míg 3,5%-uk szerint 55 éves kor felett ajánlott a mammográfiás vizsgálat. A kitöltők 10%-a, vagyis 20 férfi nyilatkozta, hogy nem tudja. (*5. táblázat*)

Ön szerint hány éves kortól ajánlott a nők emlőszűrésen való részvétele átlagos kockázattal rendelkezőknél?	
25 éves kor felett	26,4%
35 éves kor felett	32,8%
45 éves kor felett	27,4%
55 éves kor felett	3,5%
65 éves kor felett	0,0%
Nem tudom	10,0%

5. *táblázat: Az emlőszűrésen való részvételhez szükséges életkor átlagos kockázat esetében (n=201)*

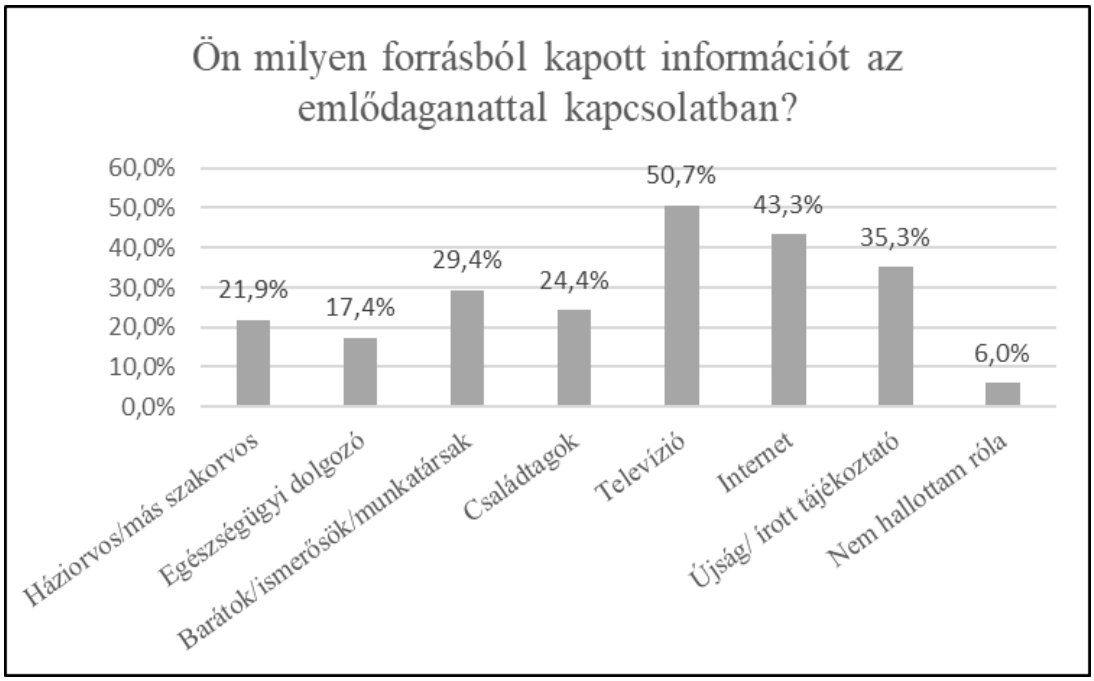
Azok a férfiak, akik tudták, hány éves kortól ajánlott az átlagos kockázattal rendelkező nők emlőszűrése szignifikánsan idősebbek voltak (p=0,017).

6,5% jelölte be, hogy félévente, 54,2% véleménye szerint évente, 21,9% szerint kétévente, és 3% szerint háromévente szükséges ez a szűrővizsgálat. Ezen kérdés esetében 14,4% jelezte, hogy nem tud válaszolni erre a kérdésre. A megkérdezettek 58,7%-a saját bevallása alapján nem rendelkezik elegendő információval a nők emlőszűrésével kapcsolatba, viszont a férfiak 41,3% szerint önmaga kellőképpen tájékozott e tekintetben. Az idősebbek, illetve az elegendő információ között szignifikáns kapcsolat igazolható (p=0,004).

A férfiak 84,1% szerint a mellrák gyógyítható betegség, ha időben felfedezik. 12,9%-uk jelezte, hogy nem tudja a választ. A válaszadók házas,- illetve élettársa egyenesági hozzátartozóinak 13,9% esetében előfordult már emlődaganat. A kitöltők 11,4%-a közölte, hogy nem tud válaszolni a kérdésünkre. A kitöltők 43,8%-ának baráti/ismeretségi körében előfordult már a betegség. Azon férfiak, akiknek baráti, ismeretségi körében előfordult ezen daganattípus több mint 3,6-szor nagyobb eséllyel voltak tájékozottabbak, a betegség tüneteivel kapcsolatban (OR=3,626; 95% CI: 1,430-9,190).

A férfiak 69,2%-a szerint az emlőrák korai stádiumban lehet tünetmentes.

A megkérdezettek 50,7%-a válaszolta, hogy a televízióból, ettől valamivel kevesebben az internetet (43,3%) jelölték meg, mint információforrást. A kitöltők 35,3%-a jelezte, hogy újságokból, írott tájékoztatókból, és 29,4% pedig barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól tájékozódott. A kutatásban résztvevők 24,4%-a családtagoktól, 21,9% pedig háziorvosától, vagy más szakorvostól kapott felvilágosítás ezen megbetegedéssel kapcsolatban. Valamivel kevesebb, a válaszadók 17,4%-a egészségügyi dolgozótól informálódott. A megkérdezettek 6%-a jelezte, hogy nem hallott a betegségről. *(3. ábra)*



3. ábra: A férfi csoport emlődaganattal kapcsolatos információforrásai

A válaszadók szerint rizikótényezőnek számít: örökölt hajlam (80,6%), sugárhatások (50,2%), dohányzás (44,8%), 50 év feletti életkor (42,8%), hormonpótlás (29,9%). A túlsúly vagy elhízás (24,9%), fogamzásgátló szedése (23,4%), túlzott alkoholfogyasztás (17,9%), egészségtelen táplálkozás (17,9%), kevés testmozgás (15,4%), kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása szintén rizikótényezőként jelölték meg. A nagy energia-bevitel (13,9%), cukorbetegség (9%), késői menopauza (6,5%), magas vérnyomás (5,5%), HPV- fertőzés (4,5%), magas koleszterin-szint (2,5%), fájdalomcsillapítók szedése (2,5%), korai menstruáció (2%) további kockázati tényezőnek számított. A felsorolt 18 válaszlehetőség alapján, ha hetet, vagy annál több helyes, illetve maximum egy helytelen választ ad a megkérdezett, akkor jól informáltnak tekintettük. A válaszadók 2,49%-a felelt meg ezen besorolásnak.

A kitöltők 52,2%-a szerint gyakori daganatos haláloknak számít az emlőrák. Azon férfiak, akiknek baráti, ismeretségi körében előfordult mellrák több mint 1,9-szer nagyobb eséllyel adtak helyest választ a kérdésre (OR=1,931; 95% CI: 1,095-3,404).

A megkérdezettek 97%-a szerint az emlőkarcinóma tünetének számít, ha emlőiben csomót tapint, 51,7% helyesnek vélte, hogy ha hóna alatt tapint csomót. A kutatásban résztvevők tünetként jelölte meg az emlő feszülését, fájdalmát (28,4%), valamint azt, hogy ha az emlőbimbóból véres váladékozást észlel (25,9%). A válaszadók 17,4%-a

szerint emlőrák-tünet, ha az emlő bőre - az ellenoldalihoz képest - duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik. A kitöltők 12,9%-a szerint, ha az emlőbimbó behúzódik, illetve, ha az emlő bőrén behúzódást észlel (11,4%) szintén szimptómának számít. Mindösszesen 6,5% gondolta úgy, hogy ha az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelenik meg, feltételezhető a betegség megléte. A nyolc választlehetőség közül, amennyiben a kitöltő ötöt, vagy annál többet megjelölt, jól informáltnak tekintettük. A kitöltők 11,94%-a jellemezhető jól informáltként. Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők több mint 4,8-szor jobban tájékozottak e tekintetben (OR=4,857; 95% CI: 1,307-18,054). Azon férfiak, akiknek felesége/élettársa rendelkezik egészségügyi végzettséggel több mint 3,2-szer nagyobb eséllyel voltak jobban informáltak az emlőrák tüneteinek vonatkozásában (OR=3,289; 95% CI: 1,219-8,870).

A válaszadók 55,2%-a volt tisztában azzal a ténnyel, hogy esetükben is előfordulhat emlőrák, 9% véleménye szerint esetükben nem jelentkezhet a betegség, és 35,8% pedig nem tudott válaszolni erre a kérdésre. Azon kitöltők, akiknek felesége/élettársa rendelkezett egészségügyi végzettséggel több mint 3,4-szer nagyobb eséllyel voltak tisztában azzal a ténnyel, hogy a férfiak esetében is előfordulhat emlőkarcinóma (OR=3,470; 95% CI: 1,231-9,782).

4.2.4 Attitűd

A kitöltők közül legtöbben tüdőszűrésen jelentek meg (49,3%), ezt követte a vércukorszint-mérés (38,3%). Elektrokardiográfiai vizsgálaton a megkérdezettek 33,8-a járt, míg koleszterinszint-mérésen 28,4%. A kitöltők 27,4%-a jelent meg fogászati szűrésen, és hasi ultrahangvizsgálaton 21,4%. A válaszadók 18,4%-a jelezte, hogy az általunk felsorolt szűrések egyikén sem jelent meg az elmúlt év során. A megkérdezettek 8%-a vett részt érrendszeri szűrővizsgálaton, míg bőrgyógyászati szűrésen 7,5%. A legkevesebben 5,5% járt vastagbéldaganat szűrésen.(*6.táblázat*)

Volt-e az elmúlt 1 évben valamilyen szűrővizsgálaton?	
Tüdő szűrővizsgálat	49,3%
Vastagbéldaganat szűrés	5,5%
Vércukorszint mérés	38,3%
Koleszterinszint mérés	28,4%
Fogászati szűrővizsgálat	27,4%
Érrendszeri szűrővizsgálat	8,0%
EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálat	33,8%
Hasi ultrahang vizsgálat	21,4%
Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegyvizsgálat)	7,5%
Egyik sem	18,4%

6. *táblázat: Férfiak szűrővizsgálaton való megjelenési aránya (n=201)*

A kitöltőknek ezek után arra is kellett választ adniuk, hogy feleségük/élettársuk milyen szűrővizsgálaton járt az elmúlt egy év során. A legnagyobb arányt ebben az esetben is a tüdőszűrés érte el (35,3%), valamint ezt követte a nőgyógyászati szűrővizsgálat (32,3%). A kitöltők 22,4%-a jelezte, hogy felesége/élettársa részt vett emlőszűrésen. A megkérdezettek között nagy arányt ért el a vércukorszint-mérés (20,9%), a koleszterinszint-mérés (18,9%), a fogászati szűrővizsgálat (16,9%), valamint az elektrokardiográfiai vizsgálat (15,4%). A válaszadók 13,4%-a állította, hogy felesége/élettársa részt vett hasi ultrahang vizsgálaton. Ugyancsak 13,4% jelezte felénk, hogy házas,- illetve élettársa nem vett részt szűrővizsgálaton az elmúlt egy év során. A kutatásban résztvevők 5,5%-a szerint felesége/élettársa érrendszeri szűrésen is megjelent, míg bőrgyógyászati szűrővizsgálaton mindösszesen 4%. Ebben az esetben is a legkevesebben vastagbéldaganat szűrésen vettek részt, viszont férjeiknél jóval kevesebben (1,5%).

A válaszadók 69,2%-a szeretne tudatában lenni annak, hogy feleségének, élettársának emlőrákja van, míg 6,5% nem szeretne szembesülni ezzel a ténnyel.

A következőkben egy hétfokozatú Likert-skálán végzett mérés alapján a következő eredmények születtek. A válaszadóknak két kijelentést kellet értékelniük, az alapján, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással. „Az emlőszűrésen való részvétel

biztonságérzetet ad, az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét." Az átlag 6,095 lett, a középérték 6,9, és a szórás pedig 1,197. Ennek alapján elmondhatjuk, hogy a kitöltők nagymértékben egyetértettek az állításunkkal. A következő kijelentésünk így hangzott: „Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának a kockázatát". Az átlag 5,461, a középérték 6, és a szórás 1,6826. Következtetésképpen levonható, hogy a férfiak inkább egyetértettek ezen állítással.

Megkérdeztük, hogy a kitöltő véleménye szerint feleségének/házastársának mekkora az esélye, a többi nőhöz viszonyítva, a betegség kialakulására. A megkérdezettek 7%-a válaszolta, hogy nagyon kevés az esélye, 9,5% szerint kevés, 57,7% mondta azt, hogy ugyanannyi esélye van a mellrák kialakulására, mint minden más nőnek. A kutatásban résztvevők 1%-a szerint magas, és 0,5%-a szerint nagyon magas az esélye annak, hogy felesége/élettársa esetében kialakul emlőrák.

Befejezésképp megkérdeztük, hogy szeretne e több információt kapni, e témával kapcsolatban, erre a válaszadók 52,2%-a igennel felelt.

4.3 A háziorvosi női csoport

4.3.1 Szociodemográfiai kérdések

A háziorvosoknál kitöltött kérdőívek esetében kutatásunkban 227 nő vett részt. Ebben a csoportban az átlagéletkor 47,22 év volt.

A csoport lakhelyét tekintve 51,5% megyeszékhelyen, 24,7% egyéb városban, és 23,8% falun, községben, vagy tanyán él. 59,9% házasságban, vagy élettársi kapcsolatban él, 20,7% elvált, 10,1% nőtlen vagy hajadon, és mindösszesen 9,3% özvegy.

A megkérdezettek 0,9% rendelkezik kevesebb, mint 8 általánossal, 10,6%-uk végezte el a 8 elemi osztályt, szakiskolát, vagy szakmunkásképzőt 23,3%, míg középiskolát/ gimnáziumot 22% végzett. Felsőfokú képesítése 11%-nak van, és 32,2% rendelkezik főiskolai vagy egyetemi diplomával. (*7.táblázat*)

Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?	
Kevesebb, mint 8 általános	0,9%
8 általános	10,6%
Szakiskola/ Szakmunkásképző	23,3%
Középiskola/ Gimnázium	22,0%
Felsőfokú szakképesítés	11,0%
Főiskola/ Egyetem	32,2%

7. táblázat: A háziorvosi rendelők női kitöltőinek iskolai végzettsége (n=227)

Az iskolai végzettség, az anyagi helyzet (p<0,001; r=0,385), valamint az egészségi állapot megítélése között pozitív korrelációs kapcsolat bizonyítható (p<0,001; r=0,397).

Foglalkoztatottsági státuszuk alapján 63,9% aktív kereső, 3,1% munkanélküli, 1,8% eltartott, és 31,3%-uk inaktív kereső. 3,1% nagyon rossz, 11,9% rossz, 47,6% éppen megfelelő, 33,5% jó, míg csupán 4% ítélte nagyon jónak anyagi helyzetét.

31,7% tartja magát hívőnek, és 44,9% tartozik valamilyen valláshoz, vagy felekezethez.

4.3.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

A kitöltők 0,9%-a nagyon rossznak, 10,6%-a rossznak, 41% éppen megfelelőnek, 42,7% jónak, míg 4,8% nagyon jónak ítélte egészségi állapotát. A megkérdezettek 26%-a rendelkezett egészségügyi végzettséggel.

A válaszadók 49,8%-a 1 kilométeren belül, 28,6%-a 5 kilométeren belül, 13,7%- a 10 kilométeren belül él, a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól. A kitöltők 7,9%-a jelölte meg, hogy több mint 10 kilométernél távolabb él.

A kitöltők 81,5%-a felkereste a háziorvosát az elmúlt fél év során. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők szignifikánsan kevésbé keresték fel orvosukat az elmúlt 6 hónap során (p=0,011). A válaszadók 0,4% válaszolta, hogy egyáltalán nem 11,5% kis mértékben, 68,3% eléggé, és 19,8% pedig teljes mértékben bizalommal fordul orvosához. A megyeszékhelyen élők szignifikánsan jobban bíznak az orvosokban, illetve az egészségügyben, mint a falun, községben, tanyán élő társaik

(p=0,005). A megkérdezettek 3,5%-a egyáltalán nem jár orvoshoz, 2-3 évente 11%-uk keresi fel orvosát, évente 25,1%, félévente 17,2%, negyedévente 26%, és havi rendszerességgel 17,2% jelenik meg orvosánál. A falun/községben/tanyán élők szignifikánsan gyakrabban fordulnak orvoshoz, mint az egyéb városban élő kitöltők (p=0,001). Az iskolai végzettség, valamint az orvoshoz fordulás gyakorisága között közepes erősségű negatív kapcsolat bizonyítható (p<0,001; r=-0,380). Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők szignifikánsan ritkábban járnak orvoshoz (p=0,001). A válaszadók 27,3%-a csupán abban az esetben keresi fel orvosát, ha táppénzt, vagy receptet kér, 40,5% minden esetben, ha betegnek érzi magát, mindösszesen 9,3% válaszolta, hogy akkor is megjelenik orvosánál, ha nincs panasza, mivel fontosnak tartja a rendszeres ellenőrzést. A kitöltők 22,9%-a válaszolta, hogy betegsége miatt rendszeresen kell orvoshoz járnia.

Kutatásunkban megkérdeztük, hogy a felsorolt okok közül bármelyik visszatartotta-e a válaszadót, hogy felkeresse az orvosát: a felsorolt okok közül egyik sem tartotta vissza (55,5%), időhiány (28,2%), nem engedhette meg magának a jövedelem kiesést (10,6%). Az anyagiak- sok pénzbe kerülne, ha kezelnék (6,6%), fél az orvostól/kórháztól/kezeléstől (6,6%), nem tudta kihez forduljon (4%), távolság az orvostól, kórháztól (2,6%), nem bízik az orvosokban (0,4%).

A válaszadók 55,5% vett részt mammográfiás szűrővizsgálaton az elmúlt 2 év során. Akik az elmúlt két év során részt vettek mammográfiás szűrésen, több mint 1,8-szor nagyobb eséllyel találunk olyan kitöltőket, akiknek baráti vagy ismeretségi körükben előfordult emlőkarcinóma (OR=1,878; 95% CI: 1,094-3,221). Arra, hogy amennyiben betöltötte a szükséges életkort, mi tartotta vissza a szűrésen való részvételtől 44,5% felelt. A kitöltők 4%-a fájdalmas vizsgálatnak gondolja, 2,6%-a túlságosan intim vizsgálatnak tartja, 1,3% fél az eredménytől, 3,5% esetében túl messze található a szűrőállomás a lakhelyétől, 8,4% pedig kicsinek tartja annak az esélyét, hogy kialakuljon nála a betegség. A megkérdezettek 5,3% válaszolta, hogy még nem töltötte be a szükséges életkort, és 19,4% jelezte, hogy nem kíván erre a kérdésre válaszolni.

44,9% szerint még a tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként részt kell venni a szűrésen, 28,2% szerint csak akkor kell szűrésen megjelenni, ha bármilyen tünetet észlel magán. A megkérdezettek 21,6%-a gondolja úgy, hogy ha orvosa javasolja. A

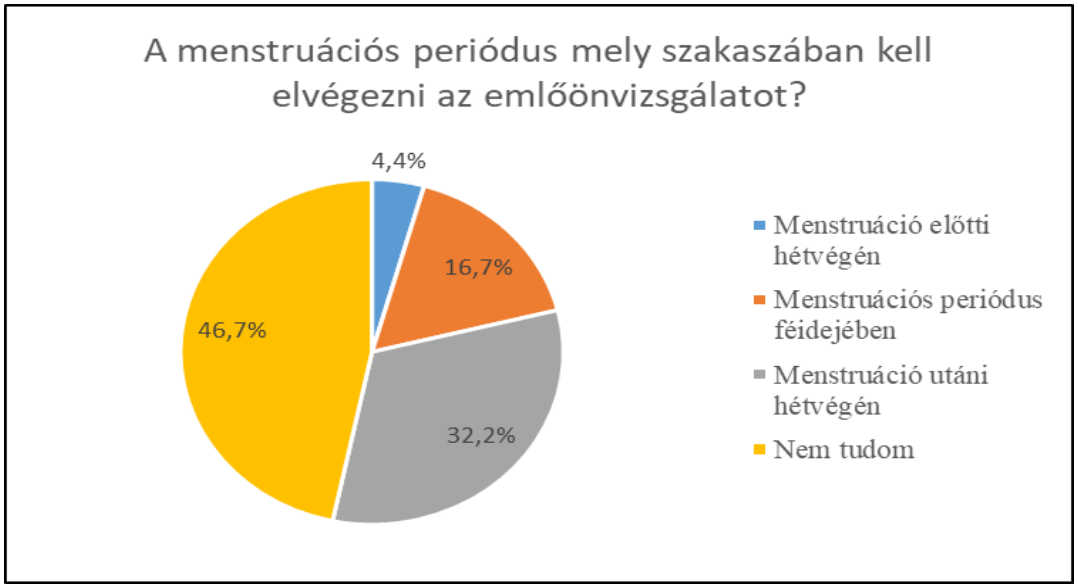
nők 1,8%-a válaszolta, hogy egészséges, ezért nincs szüksége szűrővizsgálatra. A vizsgált csoport 3,5%-a pedig nem tudott, vagy nem kívánt válaszolni a feltett kérdésre. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező kitöltők szignifikánsan kevésbé tájékozottak azzal kapcsolatban, mikor szükséges szűrővizsgálaton megjelenni ($p<0,001$). Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők több mint 3,9-szer nagyobb eséllyel tudták mikor kell szűrővizsgálaton részt venni. (OR=3,995; 95% CI: 2,113-7,556).

4.3.3 Ismeret

70,9% állította, hogy elegendő információval rendelkezik az emlőszűréssel kapcsolatban, ezen válaszadók szignifikánsan idősebbek ($p=0,002$). Az egészségügyi végzettségűek több mint 6,1-szer nagyobb eséllyel jelezték felénk, hogy elegendő információval rendelkeznek (OR=6,157; 95% CI: 2,337-16,220). A megkérdezettek 35,2%-a felelte, hogy 45 éves kor felett, 30% szerint 30 éves kor felett, 29,5% szerint pedig 25 éves kor felett ajánlott a mammográfiás szűrővizsgálat. 55 éves kor feletti ajánlott szűrést 2,2% választotta, és a kitöltők 3,1%-a pedig nem tudta kérdésünkre a választ. 47,1% válaszolta, hogy évenként,- 33,9%, hogy kétévenként kell emlőszűrésen megjelenni. A megkérdezettek 11,9%-a szerint félévente, míg 2,2% szerint háromévente szükséges a röntgen-mammográfia. A válaszadók 4,8%-a nem tudott válaszolni a kérdésre. Azok a nők, akik nem tudják milyen időközönként szükséges az átlagos kockázattal rendelkezők esetében a mammográfiás szűrés, szignifikánsan fiatalabbak ($p=0,002$).

90,3% állította, hogy tudja, hogy kell emlőönvizsgálatot végezni, e válaszadók szignifikánsan idősebbek ($p=0,002$), valamint több mint 8,2-szer nagyobb eséllyel találunk köztük egészségügyi végzettséggel rendelkezőt (OR=8,286; 95% CI: 1,089-63,024). A kérdőív kitöltőinek 41,9%-a válaszolta, hogy havonta, 22,5% évente 1-2 alkalommal, míg 20,3% körülbelül negyedévente végez önvizsgálatot. A megkérdezettek 15,4%-a jelezte, hogy soha nem szokott önvizsgálatot végezni. Az emlőönvizsgálat gyakorisága, valamint az életkor között gyenge pozitív korrelációs kapcsolat bizonyítható ($p=0,003$; $r=0,199$). Az egészségügyi végzettséggel nem rendelkezők szignifikánsan ritkábban végeznek önvizsgálatot ($p=0,028$). A válaszadók 38,8% szerint 20 éves kor felett, 20,7% szerint 25 éves kor felett szükséges az önvizsgálat. A megkérdezettek 12,8%-a válaszolta, hogy a 30 év

betöltésével, míg 11,5% jelölte be, hogy véleménye szerint 35 éves kor felett. Szintén 11,5% 40 éves kor betöltését gondolta helyes válasznak. 4,8% jelezte, hogy nem tudja a választ. Az emlőönvizsgálathoz ajánlott életkort helytelenül válaszolók szignifikánsan idősebbek (p=0,032), valamint alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (p=0,005). A helyes választ adók több mint 2,6-szor nagyobb eséllyel rendelkeznek valamilyen egészségügyi végzettséggel (OR=2,608; 95% CI: 1,422-4,783). A megkérdezettek 32,2%-a szerint minden hónapban a menstruációt követő hétvégén kell elvégezni az emlőönvizsgálatot. A menstruációs periódus félidejét jelölte meg 16,7%. A menstruációt megelőző hétvégét választotta a kitöltők 4,4%-a. A megkérdezettek 46,7%-a jelezte felénk, hogy nem tud válaszolni a feltett kérdésre. *(4. ábra)*



4. ábra: A háziorvosi női csoport válaszai az emlőönvizsgálat idejével kapcsolatban

A csoport 92,5%-a szerint az emlőrák gyógyítható betegség, ha korai stádiumban kiszűrik, 1,35% szerint gyógyíthatatlan és 6,2% nem tudott állást foglalni e kérdésben.

A kitöltők 18,1%-ának egyenesági hozzátartozói - szülő, nagyszülő, dédszülő - között előfordult emlőkarcinóma. A válaszadók 74,4%-a esetében nem fordult elő a családban a betegség, míg 7,5%-nak nem rendelkezik erről információval. A megkérdezettek 60,8%-a számolt be arról, hogy a baráti, ismeretségi körében

előfordult már mellrák, 7%-nak erről nem volt tudomása. Továbbá 32,2% esetében nem jelent meg a betegség az ismeretségi körében.

A kitöltő 80,6%-a szerint ezen daganattípus korai stádiumban lehet tünetmentes, míg 4% szerint nem. 15,4% felelte, hogy nem tud válaszolni a kérdésre. Azok a megkérdezettek, akik tudták, hogy az emlődaganat korai stádiumban tünetmentes lehet, magasabb iskolai végzettséggel (p=0,001), valamint több mint 2,5-ször nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek (OR=2,582; 95% CI: 1,031-6,468).
A kitöltők 41,9%-a a televíziót, kicsit kevesebb 41% választotta az internetet, mint információforrást. A résztvevők 38,3%-a háziorvostól, illetve más szakorvostól, 37,9% barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól kapott tájékoztatást. Az újságokból, írott tájékoztatókból 35,7%, míg 33,9% az egészségügyi dolgozóktól informálódott. A megkérdezettek 23,3%-a jelezte, hogy családtagtól kapott felvilágosítást, míg 1,3% válaszolta, hogy nem hallott az emlőkarcinómáról.

A válaszadók szerint kockázati tényezőnek számít: örökölt hajlam (81,1%), fizikai behatás- pl. mellet ért ütés (55,5%), dohányzás (47,1%), hormonpótlás menopauza után (36,6%), fogamzásgátló szedése (32,6%), 55 év feletti életkor (29,1%), túlsúly vagy elhízás (28,2%). További rizikófaktorok: a mellkast ért sugárterhelés (26,9%), kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása és nagy energia-bevitel (21,6%), túlzott alkoholfogyasztás (19,8%), kevés testmozgás (19,8%), gyermektelenség (18,1%). Szintén kockázati tényezőként jelölték meg a késői menopauzát (12,8%), erős UV-sugárzást (7,9%), a magas vérnyomást (7%), korai menstruáció (6,2%). További rizikófaktorok: HPV-fertőzés (4%), cukorbetegség (3,5%), magas koleszterinszint (2,6%), fájdalomcsillapítók szedése (1,8%), a gyermek anyatejes táplálása (0,4%). A 21 válaszlehetőség közül amennyiben a kitöltő hét helyes, illetve maximum egy helytelen választ adott, jól informáltnak tekintettük. Ezen feltételrendszernek a csoport 7,05%-a felelt meg.

A megkérdezettek 95,2%-a szerint az emlődaganat tünete, ha emlőiben csomót tapint, 75,8% helyesnek vélte, hogy ha hóna alatt tapint csomót. A kutatásban résztvevők 49,3%-a tünetként választotta továbbá, hogy ha emlőbimbóból véres váladékozást észlel, 38,8% szerint pedig az emlőbimbó behúzódása is utalhat emlőrák meglétére. A válaszadók 38,3%-a szerint az emlő bőrének behúzódása,

valamint 29,5% szimptómának számít, ha az emlő bőre- az ellenoldalihoz képest- duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik. A kitöltők 21,1%-ának véleménye alapján az emlő feszülése fájdalma, míg 17,2% szerint, ha az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelenik meg, akkor ez már ezen, daganatos megbetegedés kórisme. (*8. táblázat*)

Véleménye szerint milyen tünetei lehetnek az emlőráknak?	
Az emlőben csomót tapint.	95,2%
Az emlő feszülése, fájdalma.	21,1%
Az emlőbimbó behúzódik.	38,8%
Az emlő bőrén behúzódást észlel.	38,3%
Az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg.	17,2%
Az emlő bőre- az ellenoldalihoz képest- duzzadttá, keménnyé, pirossá válik.	29,5%
Az emlőbimbóból véres váladékozást észlel.	49,3%
Hónalj alatt csomót tapint.	75,8%

8. táblázat: A háziorvosi rendelők női kitöltőinek az emlőrák tüneteire adott válaszai (n=227)

Amennyiben a megkérdezettek a nyolc helyes válasz közül legalább ötöt megjelöltek, jól informáltnak tekintettük, ide tartozott a résztvevők 16,74%-a. A tünetekkel kapcsolatban jól informált kitöltők szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel (p=0,001), illetve több mint 4,2-szer nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel (OR=4,274; 95% CI: 2,064-8,848) rendelkeztek.

A válaszadók 68,7%-a szerint gyakori, míg 9,3% szerint nem gyakori daganatos halálok az emlőrák. Akik helyes választ adtak, magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (p=0,017), közel kétszer nagyobb eséllyel fordult elő emlőkarcinóma a baráti/ismeretségi körükben (OR=1,999; 95% CI:1,129-3,539), valamint több mint 2,7-szer nagyobb eséllyel rendelkeztek egészségügyi végzettséggel (OR=2,793; 95% CI:1,320-5,909).

4.3.4 Attitűd

A Likert-skála esetében az első kijelentésünk, hogy az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad és, ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét. Ebben az esetben az átlag 5,914 lett, a középérték 6,8, és a szórás 1,389. Ez alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek nagy részben egyetértettek az állítással. A megyeszékhelyen élő kitöltők jobban egyetértettek ezen állításunkkal, mint az egyéb városban lakók (p=0,004). A második kijelentés, így hangzott: „Az egészséges életmód, mint például az alacsony zsír-és összkalória-tartalmú-étrend, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát. Ez esetben az átlag 5,101 lett, a medián 5, és a szórás 1,9573, részben egyetértenek a kérdőívet kitöltők az állítással. Ezen kijelentéssel a megyeszékhelyen (p<0,001), illetve faluban/községben/tanyán élők (p<0,001) inkább egyetértettek, mint az egyéb városban élő megkérdezettek. A harmadik kijelentés kapcsán miszerint a mammográfiás vizsgálat, fájdalmas szűrési módszernek számít, az átlag 3,146, a középérték 2, és a szórás 2,2501. A válaszadók részben értenek csak egyet ezzel az állítással. A következő skála azt mérte, hogy a megkérdezettek félnek-e attól, hogy a szűrővizsgálat valamilyen elváltozást mutat ki. Ennek kapcsán az átlag 4,465, a medián 3,9, és a szórás 2,2161 lett, tehát a kitöltők inkább félnek a daganat kialakulásától. Végül azt kívántuk mérni, hogy mennyire tartják a nők intim vizsgálati módszernek a mammográfiás szűrővizsgálatot. Ez esetben az átlag 2,007, a középérték 1, míg a szórás 1,6902 lett. A nők nem igazán tartják intim vizsgálati módszernek a röntgen mammográfiás vizsgálatot, viszont az életkor és ezen kijelentés között gyenge negatív korrelációs kapcsolat mutatkozott (p=0,022, r=0,152).

A válaszadók 72,7%-a állította, hogy ugyanannyi esélye van, hogy a emlődaganat kialakuljon nála, mint minden más nőnek. A megkérdezettek 15%-a kevésnek, 6,2% nagyon kevésnek tartja az esélyét, hogy kialakuljon nála emlőrák. A kitöltők 4,4%-a magasnak, 1,8% nagyon magasnak tartja annak az esélyét, hogy kialakuljon esetében a daganat. Azon kitöltők, akinek a családjában (p=0,005), vagy baráti/ismeretségi körében (p=0,002) előfordult már a betegség, szignifikánsan nagyobbnak ítéli annak esélyét, hogy esetükben is kialakuljon a betegség.

A csoport 10,1% nem kíván tudatában lenni annak, hogy van-e emlőrákja. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők szeretnék tudni, hogy van-e emlődaganata (p=0,033).

A megkérdezettek az elmúlt év során a következő szűréseken vettek részt: nőgyógyászati szűrővizsgálat (63%), tüdő-szűrővizsgálat (56,4%), fogászati szűrővizsgálat (42,7%), vércukorszint-mérés (36,1%). További szűrővizsgálatok: koleszterinszint-mérés (34,4%), EKG vizsgálat (30,4%), hasi ultrahang vizsgálat (29,1%), bőrgyógyászati szűrővizsgálat (15,4%), érrendszeri szűrővizsgálat (7,9%), vastagbéldaganat-szűrés (4%), valamint egyik szűrővizsgálaton sem vett részt a kitöltők 3,5%-a. (*9. táblázat*)

Volt-e az elmúlt 1 évben valamilyen szűrővizsgálaton?	
Tüdő szűrővizsgálat	56,4%
Nőgyógyászati szűrővizsgálat (méhnyak szűrés)	63%
Vastagbéldaganat szűrés	4,0%
Vércukorszint mérés	36,1%
Koleszterinszint mérés	34,4%
Fogászati szűrővizsgálat	42,7%
Érrendszeri szűrővizsgálat	7,9%
EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálat	30,4%
Hasi ultrahang vizsgálat	29,1%
Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegyvizsgálat)	15,4%
Egyik sem	3,5%

9. táblázat: A háziorvosi rendelők női kitöltőinek szűréseken való részvételi aránya (n=227)

A válaszadók 63,4% szeretne több információt kapni a szűréssel kapcsolatban. A fiatalabb generáció (p=0,002), valamint több mint 2,7-szer nagyobb eséllyel az egészségügyi végzettséggel rendelkező kitöltők (OR=2,719; 95% CI: 1,479-4,997) szeretnének több információt kapni, a szűrővizsgálattal kapcsolatban.

72,7% jelezte, hogy eldöntötte részt vesz a jövőben a szűrésen. A kitöltők 24,2%-a gondolkozik azon, hogy elmenjen a mammográfiás szűrésre, és 3,1% döntött úgy, hogy nem fog részt venni ezen a szűrővizsgálaton. Az idősebbek már most jelezték, hogy részt fognak venni az emlőszűrésen, minthogy gondolkodjanak e lehetőségen

(p<0,001). Akik nem mennek el a jövőben mammográfiás szűrésre, jobban egyetértenek azzal az állítással, hogy az emlőszűrés túlságosan intim vizsgálat, és szégyellnék magukat (B=0,201; p=0,019; OR=1,223 95% CI: 1,034-1,447).

4.4 Mammográfiás csoport

4.4.1 Szociodemográfiai kérdések

A mammográfián kitöltött kérdőívek esetében az elemszám 201 fő volt. Ezen csoportban az átlagéletkor 53,33 év volt.

A kitöltők 28,9%-a megyeszékhelyen, 36,8%-a egyéb városban, és 34,3%-a falun/községben/tanyán él. 72,1%-uk házas, vagy élettársi kapcsolatban él, 11,4%-uk elvált, 10%-uk özvegy, és mindösszesen 6,5% hajadon.

A kitöltők 0,5%-a kevesebb, mint 8 általánossal rendelkezik, 9% végezte el a 8 általánost. A válaszadók 21,4%-a végzett szakiskolát/szakmunkásképzőt, és 40,3%-uk szakközépiskolát/gimnáziumot. 6,5%-a rendelkezik felsőfokú szakképesítéssel, valamint 22,4% folytatott főiskolai, vagy egyetemi tanulmányokat. Az iskolai végzettség és az anyagi helyzet között közepes erősségű pozitív korrelációs kapcsolat van (p<0,001; R=0,33).

A megkérdezettek 59,2% aktív kereső, 2% munkanélküli, és 38,9% inaktív kereső - ebbe beletartozik a szülési szabadságon lévők, nyugdíjasok, rokkantnyugdíjasok, valamint a háztartásbeliként élők.

0,5% nagyon rossznak, 7,5% rossznak ítéli az anyagi körülményeit. A kitöltők 53,2% éppen megfelelőnek, 36,8% jónak, és csupán 2% tartja nagyon jónak az anyagi helyzetét.

A csoport 73,6%-a hívő, és a kitöltők 56,2% tartozik valamilyen egyházhoz, vagy felekezethez.

4.4.2 Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

A válaszadók 1%-a nyilatkozta, hogy nagyon rossznak, 8,5%-a rossznak, 33,3%-a éppen megfelelőnek, 53,7%-a jónak, és 3,5%-a nagyon jónak ítélte egészségi állapotát. A kitöltők egészségi állapota és iskolai végzettsége között közepes erősségű pozitív korrelációs kapcsolat igazolható (p=0,002; R=0,218).

A megkérdezettek 17,9%-a rendelkezett egészségügyi végzettséggel. Az egészségügyi végzettségűek szignifikánsan jobbnak ítélték anyagi helyzetüket (p=0,028).

A megkérdezettek 26,9%-a 1 kilométeren belül, 28,9%-a 5 kilométeren belül él a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól. A kitöltők 18,4%-a 10 kilométeren belül, míg 25,9%-a távolabb lakik, mint 10 kilométer.

Ezen csoport tagjainak 84,1%-a felkereste háziorvosát az elmúlt fél év során. Az idősebb generáció szignifikánsan gyakrabban kereste fel háziorvosát az elmúlt fél év során (p=0,014). A megkérdezettek 0,5%-a egyáltalán nem, 12,4% kis mértékben fordul bizalommal orvosa felé. 64,7% jelezte, hogy eléggé, valamint 22,4% teljes mértékben megbízik az orvosokban/egészségügyben. (*10. táblázat)*

Mennyire bízik Ön az orvosokban/ egészségügyben?	
Egyáltalán nem	0,5%
Kis mértékben	12,4%
Eléggé bízom	64,7%
Teljes mértékben	22,4%

10. táblázat: Az orvosokba/egészségügybe vetett bizalom százalékos megoszlása (n=201)

A megyeszékhelyen élő kitöltők szignifikánsan jobban bíznak az orvosokban, illetve az egészségügyben, mint az egyéb városban élők (p= 0,009).

A megkérdezettek 3%-a nem jár orvoshoz, 5%-a 2-3 évente, 31,8%-a évente 23,9%-a félévente, 19,9%-a negyedévente, 16,4%-a havonta keresi fel orvosát. Az orvoshoz fordulás gyakorisága és az életkor között közepes erősségű korrelációs kapcsolat (p<0,001; R=0,353), míg az orvoshoz fordulás gyakorisága, illetve az iskolai végezettség között gyenge negatív korrelációs kapcsolat igazolható (p=0,022; R=-0,161). A nyugdíjasok szignifikánsan gyakrabban fordulnak orvoshoz, mint az aktív keresők (p<0,001). A kérdőívet kitöltők 19,4%-a nyilatkozta, hogy csak akkor keresi fel háziorvosát, ha táppénzt, vagy receptet kér. A válaszadók 34,8%-a minden

esetben megjelenik háziorvosa rendelésén, ha betegnek érzi magát. A megkérdezettek 21,9%-a abban az esetben is felkeresi orvosát, ha nincs panasza, mivel fontosnak tartja a rendszeres ellenőrzést. A résztvevők 23,9%-ának betegsége miatt rendszeresen kell orvoshoz járnia.

A kitöltők 58,7%-a válaszolta, hogy a felsorolt okok közül egyik sem tartotta vissza, hogy felkeresse az orvosát. 23,9%-a jelezte, hogy többek között az időhiány, valamint 8% nem engedhette meg magának a jövedelem-kiesést. A résztvevők 5% fél az orvosoktól/kórháztól/kezeléstől, és 4,5%-ot többek között az anyagiak tartottak vissza, mivel úgy gondolja, hogy sok pénzbe kerülne, ha kezelnék. A válaszadók szintén 4,5%-a nem tudta, hogy kihez forduljon. Visszatartó tényezőként jelent meg a távolság az orvostól, kórháztól (2,5%), valamint az is, hogy a válaszadó nem bízik az orvosokban (1%).

A megkérdezettek 27,9%-a válaszolta, hogy meg kell jelenni szűrésen, ha bármilyen tünetet észlel magán. A nyilatkozók 17,9%-a szerint akkor szükséges bármilyen szűrővizsgálaton részt vegyen, ha az orvosa javasolja. A válaszadók 50,2%-ának véleménye szerint még a tünetek jelentkezése előtt, rendszeres időközönként szükséges a szűrővizsgálat. 1,5%-a úgy gondolja, hogy mivel egészséges, nincs szüksége szűrővizsgálatokra, illetve 2,5% nem tudta a választ, vagy nem kívánt válaszolni. A helyes választ adók szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel ($p=0,001$), valamint több mint 2,6-szor nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek (OR=2,661 95% CI: 1,229-5,762).

A válaszadók 62,7%-a a kitöltéskor azért vett részt a mammográfiai szűrésen, mert fontosnak tartja, hogy tisztában legyen egészségi állapotával. A kitöltők 11,9%-a állította, hogy magasabb rizikójú csoportba tartozik. A megkérdezettek 12,9%-a elváltozást talált a mellében. A mammográfiás csoport résztvevő közül 10,9%-nak orvosa javasolta, hogy jelenjen meg a röntgen-mammográfiás szűrővizsgálaton. A megkérdezettek 1,5%-a kapott névre szóló meghívót.

4.4.3 Ismeret

A megkérdezettek 86,6% válaszolta, hogy 40 éves kor felett ajánlott az emlőszűrés, 8% szerint 50 éves kor felett. 5,5% nem tudott erre válaszolni. A kitöltők 8,5%-a

szerint félévente, 75,1%-a szerint évente, 12,9%-a szerint kétévente ajánlott megjelenni emlőszűrésen. A megkérdezettek 3,5%-a nem tudott választ adni.

A kitöltők 86,1%-a jelezte, hogy elegendő információval rendelkezik az emlőszűrésről. Az idősebb életkor, valamint az elegendő információ között szignifikancia igazolódott (p=0,042).

A kitöltők 94%-a állította, hogy tudja, hogy kell emlőönvizsgálatot végezni. A kitöltők 8,5%-a válaszolta, hogy soha nem végez önvizsgálatot. A megkérdezettek 23,4%-a évente 1-2 alkalommal, 16,4% negyedévente, 51,7% havonta végzi el emlőinek átvizsgálását. A megkérdezettek több mint fele - 51,2% - szerint 20 éves kor felett, 11,4% szerint 25 éves kor felett, ugyancsak 11,4% szerint 30 éves kor betöltésével, 6,5% szerint 35 éves kor felett, és 14,9% szerint 40 éves kor felett ajánlott az emlőönvizsgálat. A kitöltők 4,5%-a nem tudott választ adni kérdésünkre. Azon résztvevők, akik nem tudták, hogy hány éves kortól ajánlott az önvizsgálat, szignifikánsan alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeztek (p=0,001).
A kutatásban résztvevők 6,5%-a szerint az emlőönvizsgálat ideje a menstruációt megelőző hétvégén van. A menstruációs periódus félidejét tartotta megfelelő válasznak a megkérdezettek 18,9%-a. Helyes választ adott -, tehát a menstruációt követő hétvége - a kitöltők 31,8%-a. A válaszadók 42,8%-a nem tudja, mikor kell önvizsgálatot végezni. (*11. táblázat*)

A menstruációs periódus mely szakaszában kell az emlőönvizsgálatot végezni?	
Minden hónapban közvetlenül a menstruáció előtti hétvégén.	6,5%
Minden hónapban a menstruációs periódus félidejében.	18,9%
Minden hónapban közvetlenül a menstruáció utáni hétvégén.	31,8%
Nem tudom.	42,8%

11. táblázat: Az emlőönvizsgálat idejének százalékos megoszlása (n=201)

Többszörös feleletválasztás kapcsán tértünk ki arra, hogy a kitöltők véleménye szerint a nyolc felsorolt lehetőség közül, melyek lehetnek az emlőrák tünetei. A válaszadók véleménye szerint a betegség tünete, ha emlőiben csomót tapint (93%), valamint 73,1% szerint, ha hóna alatt tapint csomót. A megkérdezettek 53,2% válaszolta, hogy ha az emlőbimbóból véres váladékozást észlel, és 41,8% szerint

tünet, hogy ha az emlőbimbó behúzódik. A kutatásban résztvevők 30,8% szerint tünetnek számít, ha az emlő bőrén behúzódást észlel, illetve 25,4% szerint, ha az emlő bőre - az ellenoldalihoz képest - duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik. A kitöltők 20,4%-ának véleménye alapján az emlőkarcinóma kórisme mindemellett az emlő feszülése/fájdalma, valamint 15,4% szerint, ha az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelenik meg. *(12. táblázat)*

Véleménye szerint milyen tünetei lehetnek az emlőráknak?	
Az emlőben csomót tapint.	93,0%
Az emlő feszülése, fájdalma.	20,4%
Az emlőbimbó behúzódik.	41,8%
Az emlő bőrén behúzódást észlel.	30,8%
Az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg.	15,4%
Az emlő bőre- az ellenoldalihoz képest- duzzadttá, keménnyé, pirossá válik.	25,4%
Az emlőbimbóból véres váladékozást észlel.	53,2%
Hónalj alatt csomót tapint.	73,1%

12. táblázat: A mammográfiás csoport válaszai az emlőrák tüneteivel kapcsolatban (n=201)

Amennyiben a kitöltő a nyolc helyes válaszlehetőség közül legalább ötöt megjelölt, jól informáltnak tekintettük a tünetek terén, e szerint 28,85%-a számított jól informáltnak. Kutatásunkban a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők szignifikáns jobban informáltak az emlőrák tüneteivel kapcsolatban (p=0,003), illetve az egészségügyi végzettséggel rendelkező nők a tüneteket több mint 4,1-szer nagyobb eséllyel tudták (OR=4,178; 95% CI: 1,972-8,850).

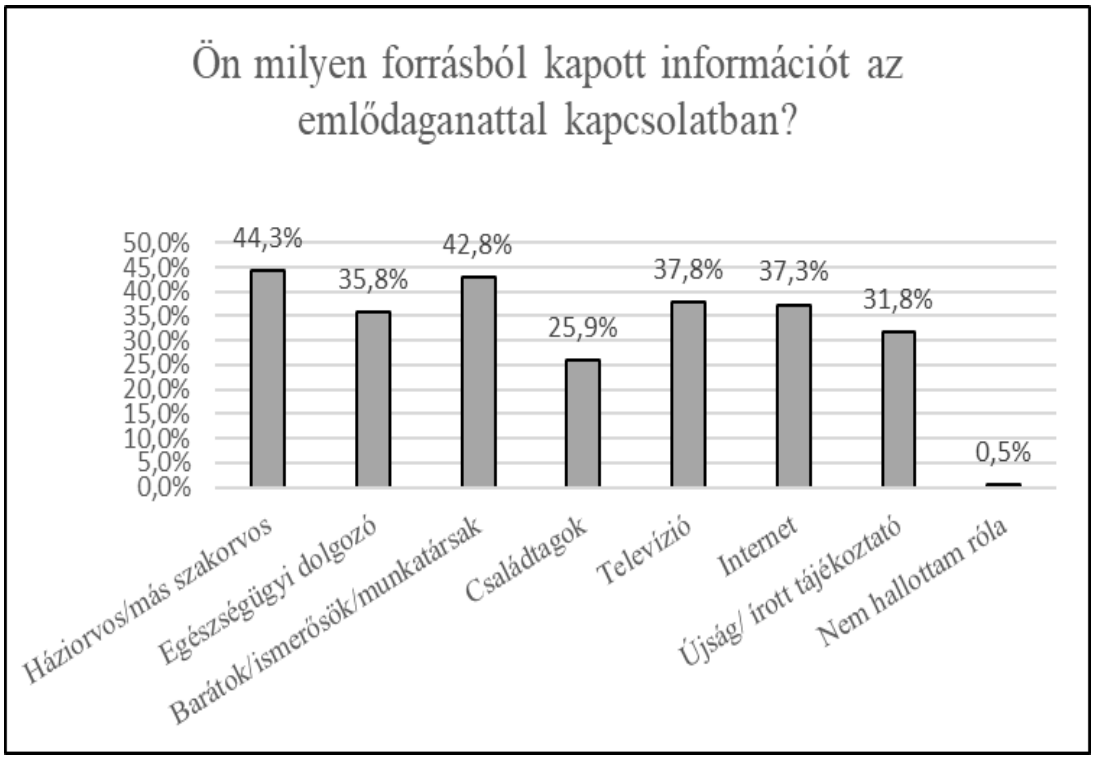
96,5%-a szerint az emlődaganat gyógyítható betegség, ha korai stádiumban kiszűrik. A kitöltők 3,5%-a jelezte számunkra, hogy nem tud választ adni erre a kérdésre. Azon válaszadók, akik szerint az időben felfedezett emlőrák gyógyítható betegség szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (p=0,041).

A megkérdezettek 69,7%-ának egyenesági hozzátartozói (szülő, nagyszülő, dédszülő) körében nem fordult elő emlőkarcinóma. A válaszadók 23,4%-a közölte, hogy esetében a felmenők között jelentkezett már ez a betegség, valamint 7%-nak

pedig nem volt ezzel kapcsolatban információja. Akiknek egyenesági hozzátartozói között előfordult emlődaganat szignifikánsan magasabbnak ítélték, annak esélyét, hogy esetükben is előforduljon e daganattípus ($p<0,001$). A baráti, ismeretségi kört tekintve a kitöltők 73,6% nyilatkozta, hogy előfordult már emlőrák. A megkérdezettek 20,4%-ának baráti, ismerősi körében nem jelentkezett a betegség, illetve 6%-nak nem volt tudomása erről.

A kutatásban résztvevők 78,1%-a szerint az emlőrák korai stádiumban lehet tünetmentes. A válaszadók 3,5%-ának véleménye alapján már korai stádiumban is kell jelentkezniük a tüneteknek. A megkérdezettek 18,4%-a nem tudott válaszolni a kérdésünkre. Azon válaszadók, akik helyes választ adtak, szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel ($p=0,027$), továbbá több mint 5,8-szor nagyobb eséllyel rendelkeztek egészségügyi végzettséggel (OR=5,805; 95% CI: 1,337-25,208).
A kitöltők 76,6%-a szerint az emlődaganat gyakori, míg 10,4% szerint nem tartozik a gyakori daganatos halálokok közé. A csoport 12,9% nem tudott választ adni kérdésünkre.

A megkérdezettek 44,3%-a háziorvosától, illetve más szakorvostól, 42,8%-a barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól kapott felvilágosítást. A válaszadók 37,8%-a jelezte, hogy a televízióból, és 37,3% pedig az internetről tájékozódott az emlődaganattal kapcsolatban. A résztvevők 35,8%-a válaszolta, hogy egészségügyi dolgozótól, míg 31,8% újságokból, valamint más írott tájékoztatóból informálódott. A megkérdezettek 25,9%-a jelölte be azt a válaszlehetőséget, miszerint a családtagoktól kapott felvilágosítást a betegséggel kapcsolatban. Mindösszesen egy fő (0,5%) jelezte felénk, hogy még nem hallott erről a betegségről. *(5. ábra)*



5. ábra: A mammográfiai csoport válaszaimaz információforrásokkal kapcsolatban (n=201)

A kitöltők szerint rizikófaktornak számít: örökölt hajlam (85,6%), fizikai behatás- pl. mellet ért ütés (49,3%), sugárhatások (45,8%), hormonpótlás (40,8%), dohányzás (39,8%). További kockázati tényezőként jelölték meg: fogamzásgátló szedése (30,3%), túlsúly, vagy elhízás (21,4%), 55 év feletti életkor (20,9%), túlzott alkoholfogyasztás (19,9%), egészségtelen táplálkozás (17,9%), gyermektelenség (14,4%), kevés testmozgás (13,9%). Szintén ide sorolták a válaszadók szerint: kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása (10,4%), késői menopauza (5,5%), magas vérnyomás (4,5%), korai menstruáció (2,5%), HPV- fertőzés (2,5%), cukorbetegség (2,5%), fájdalomcsillapítók szedése (1,5%), magas koleszterinszint (1,5%), a gyermek anyatejes táplálása (1%). Amennyiben a felsorolt 21 válaszlehetőségből a megkérdezettek legalább 7 helyeset, és maximum egy helytelent megjelöltek, jól informáltnak tekintettük. Ezen feltételrendszerünknek a válaszadók 5,97%-a felelt meg a mammográfiás csoportban. A rizikófaktorok tekintetében is elmondható, hogy azon kitöltők, akik jobban informáltak, magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (p=0,01), továbbá az egészségügyi végzettségű nők e kérdés kapcsán több mint 3,6-

szor nagyobb eséllyel tudták a helyes választ, mint az egészségügyi végzettséggel nem rendelkezők (OR= 3,641; 95% CI: 1,085-12,215).

4.4.4 Attitűd

A válaszadók 57,2%-a jelent meg nőgyógyászati,- valamint 45,3% tüdő-szűrővizsgálaton az elmúlt egy év során. A résztvevők 33,8%-a vett részt vércukorszint-mérésen, és 33,3% pedig fogászati szűrővizsgálaton. A megkérdezettek 29,4% járt hasi ultrahang vizsgálaton, emellett 25,4% pedig koleszterinszint-mérésen. A kitöltők 21,9%-a jelezte, hogy elektrokardiográfiai vizsgálatra ment el, illetve bőrgyógyászati szűrésen 13,4% vett részt. Az érrendszeri szűrővizsgálatot 10% jelölte meg. A válaszadók 9% jelezte felénk, hogy nem vett részt jelen röntgen-mammográfiás vizsgálaton kívül, semmilyen más szűrésen az elmúlt év során. A vastagbéldaganat szűrés százalékos arányát tekintve - ezen vizsgálati csoportban is - jóval elmarad a többi szűrővizsgálattól, mindösszesen 7,5% jelezte, hogy részt vett e szűrővizsgálaton az elmúlt egy év során. *(13. táblázat)*.

Volt-e az elmúlt 1 évben valamilyen szűrővizsgálaton?	
Tüdő szűrővizsgálat	45,3%
Nőgyógyászati szűrővizsgálat (méhnyak szűrés)	57,2%
Vastagbéldaganat szűrés	7,5%
Vércukorszint mérés	33,8%
Koleszterinszint mérés	25,4%
Fogászati szűrővizsgálat	33,3%
Érrendszeri szűrővizsgálat	10,0%
EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálat	21,9%
Hasi ultrahang vizsgálat	29,4%
Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegyvizsgálat)	13,4%
Egyik sem	9,0%

13. táblázat: Az egyes szűrésen résztvevők százalékos aránya (n=201)

A Likert-skála esetében az első kijelentésünk, hogy az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad és ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét. Ez esetben az átlag 6,384 lett, a középérték 7, és a szórás 1,1603, a megkérdezettek szinte teljes mértékben egyetértettek az állítással. Ezen kijelentés, valamint az életkor között gyenge pozitív korrelációs kapcsolat igazolódott (p= 0,029; R= 0,154). A

második kijelentés, így hangzott: „Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát. Ezen állítás kapcsán az átlag 5,31 lett, a medián 6, és a szórás 1,8727. Nagy részben egyetértenek a kérdőívet kitöltők az állítással. Azon válaszadók, akiknek baráti/ismeretségi körében még nem fordult elő emlőrák jobban egyetértenek ezen kijelentéssel (p=0,015). A harmadik kijelentés kapcsán miszerint a megkérdezettek félnek-e attól, hogy a szűrővizsgálat valamilyen elváltozást mutat ki, az átlag 4,271, a középérték 4, és a szórás 2,3076 lett, a kitöltők inkább félnek a daganat kialakulásától, viszont az is kiemelendő, hogy ezen kijelentés, valamint az iskolai végzettség között közepes erősségű negatív korrelációs kapcsolat bizonyítható (p<0,001; R=-0,278).

A megkérdezettek 80,1%-a szerint ugyanannyi esélyük van a betegség kialakulására, mint minden más nőnek. 5% nyilatkozta, hogy nagyon kevésnek, 5,5% kevésnek látja annak esélyét, hogy emlődaganat alakuljon ki nála. A megkérdezettek 9%-a válaszolta, hogy magasnak látja a betegség kialakulásának valószínűségét. Csupán 1 fő – 0,5% - reagálta kérdésünkre azt, hogy nagyon magas a kockázata, annak, hogy emlőrák alakuljon ki esetében. A falun/községben/tanyán élők magasabbnak érzik annak az esélyét, hogy kialakuljon nálunk emlőkarcinóma, mint a megyeszékhelyen élő társaik (p=0,017).

A megkérdezettek 67,7% szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban, míg 32,3% közölte, hogy elegendő információval rendelkezik e szűrővizsgálati módszerről. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők szignifikánsan több információt szeretnének kapni a mammográfiás szűréssel kapcsolatban (p=0,037).

A kitöltők 96,5%-a jelezte felénk, hogy részt fog venni a jövőben szűrővizsgálaton, így csupán 3,5% válaszolta, hogy gondolkozik, azon, hogy részt vegyen-e a jövőben röntgen-mammográfiai szűrővizsgálaton. A magasabb iskolai végzettségűek szignifikánsan többen jelölték meg, hogy gondolkodnak a jövőbeni emlőszűrésen való részvételen (p=0,028).

5 Megbeszélés

A teljes populáció esetében emlőrák foglalja el a vezető helyet incidencia és prevalencia tekintetében a világon és Európában egyaránt. Mortalitás szempontjából a világon az 5., míg Európában a 3.helyen áll. Hazánkban prevalancia alapján az 1., incidencia esetében a 3., mortalitás alapján a 4.helyen áll. A női populáció esetében a vezető helyet foglalja el incidencia, prevalencia és mortalitás esetében is, Magyarországon, Európában és a Világon is.[1] Számos országban működtetnek emlőszűrési programokat, ahol a primer és szekunder prevenció fontosságát hangsúlyozzák.[14] Magyarországon 2001-ben vezették be a mammográfiás szűrést.[4] A szűrés célcsoportjának a 45-65 éves kor közötti tünetmentes nők számítanak, akik kétévente egyszer behívólevelet kapnak.[70] Jelenleg a 45-65 éves korosztályból a nők körülbelül fele jelenik csak meg szűrésen.[105]

Ezen Ph.D. kutatás célja volt feltárni a 25-65 év közötti lakosság ismereteit az emlőrákkal és annak szűrésével kapcsolatban, valamint azonosítani azon tényezőket, amelyek befolyással vannak a szűrésen való részvételre. A vizsgálatban összesen 627 fő adatai kerültek kiértékelésre.

Az átlagéletkor a férfi csoport esetében 47,9, a háziorvosi női csoportnál 47,22, és a mammográfiás csoport esetében 53,33 év volt. A férfi 53,2%-a megyeszékhelyen, 26,4%-a egyéb városban, és 20,4%-a faluban/községen/tanyán él. A háziorvosi rendelők női kitöltői esetében 51,5% megyeszékhelyen, 24,7% egyéb városban, 23,8% falun, községen, tanyán él. A mammográfiás csoport 28,9%-a megyeszékhelyen, 36,8%-a egyéb városban, és 34,3%-a faluban/községen/tanyán él. A megyeszékhelyen élő háziorvosi rendelők női megkérdezettjei szignifikánsan jobban bíznak az orvosokban, illetve az egészségügyben, mint a falun, községen, tanyán élő társaik, valamint a megyeszékhelyen élő szűrővizsgálati csoportba tartozók jobban bíznak az orvosokban és az egészségügyben, mint az egyéb városban élők.

A férfiak iskolai végzettsége szempontjából 8 általánossal 6,5%/ szakmunkásképzővel/szakiskolával 26,9%, középiskolával/gimnáziummal 32,3%, felsőfokú szakképesítéssel 8%, főiskolával/egyetemmel 26,4% rendelkezik. A háziorvosi női csoport 0,9%-a kevesebb, mint 8 általánossal, 10,6%-a 8 általánossal, 23,3%-a szakiskolával/ szakmunkásképzővel, 22%-a középiskolával/gimnáziummal,

11%-a felsőfokú szakképesítéssel, 32,2%-a főiskolai/egyetemi diplomával rendelkezik. E csoport alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező tagjai kevésbé keresték fel háziorvosukat az elmúlt 6 hónapban. A mammográfiás csoport esetében 0,5% kevesebb, mint 8 általánossal, 9% 8 általánossal, 21,4% szakiskolával/szakmunkásképzővel, 40,3% szakközépiskolával/gimnáziummal, 6,5% felsőfokú szakképesítéssel, és 22,4% főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezik.

Az egészségtudatos magatartás hiánya mutatkozott meg, azon kérdés kapcsán, mikor felmérésünkben a háziorvosi ellenőrzésre, valamint a szűrésekre tértünk ki. Bár a férfiak 24,9%-a és a háziorvosi női kitöltők 44,9%-a, úgy gondolja, hogy még a tünetek jelentkezése előtt meg kell jelenni szűrővizsgálaton, ténylegesen a két háziorvosi csoport –férfi (8,5%), női (9,3%)- igen kis százalékban fordul csak orvoshoz, a rendszeres orvosi kontroll miatt. Ettől valamivel jobb eredmény született a mammográfiás csoportban (50,2%), (tényleges orvosi kontroll:21,9%). Hasonló eredmény született Marmarà és mtsai által végzett máltai kutatásban, ahol a válaszadók 88,6%-a csak akkor keresi fel orvosát, ha valamilyen problémája/betegsége van, tehát hasonlóan a mi kutatásunkhoz, kis százalék tartotta fontosnak a rendszeres orvosi ellenőrzést.[99] Vizsgálatunkban a szűréssel kapcsolatban megfelelő választ adók –még a tünetek jelentkezése előtt- mindhárom csoport esetében magasabb iskolai végzettséggel, mindkét női csoport esetében nagyobb eséllyel egészségügyi szakképesítéssel rendelkeztek, illetve a férfiak esetében a fiatalabb életkor, és a házas/élettárs egészségügyi végzettsége is pozitív befolyással bírt.

A háziorvosi női csoport 55,5%-a vett részt emlőszűrésen az elmúlt két év során, amely hasonlóságot mutat az Egyesült Arab Emírségek szűrésen való megjelenési arányával (58%)[90], de ettől jóval magasabb megjelenési arány mutatkozott mind Kanadában, ahol a célpopuláció 72%-a jelent meg szűrésen az elmúlt két év során.[113] Ettől is jobb eredményeket tudott felmutatni már 2008-ban az Egyesült Királyság, ahol az 50-69 éves korosztály több, mint 80%-a arról számolt be, hogy az elmúlt három évben részt vett mammográfiai szűrésen.[114] Felmérésünkben, akiknek az ismeretségi/baráti körében előfordult már a betegség, nagyobb eséllyel jelentek meg emlőszűrésen.

A férfi megkérdezettek 58,7%-a saját bevallása alapján nem rendelkezik elegendő információval a nők emlőszűrésével kapcsolatba, ezen kitöltők szignifikánsan idősebbek. A háziorvosi női csoport 70,9% jelezte, hogy elegendő információval rendelkezik, a mammográfiai szűréssel kapcsolatban, e válaszadók szignifikánsan idősebbek, és nagyobb eséllyel egészségügyi végzettségűek voltak. Bár a mammográfiás csoport 86,1%-a felelte, hogy elegendő információval rendelkezik az emlőszűrésről, de az eredmények nem ezt tükrözték, hiszen a szűréssel kapcsolatos időköz tekintetében még a férfiak is tájékozottabbnak bizonyultak. Ezen válaszadók szignifikánsan idősebbek. A férfiak 27,4%-a, a háziorvosi női csoport 35,2%-a, és a szűrési csoport 86,6%-a tudta, hogy 45 éves kor felett ajánlott a mammográfiás. A férfiak 21,9%-a, a nők 33,9%-a, és a mammográfiás csoport 12,9%-a volt tisztában, azzal, hogy emlőszűrésen milyen időközönként kell megjelenni. Donelly és munkatársai felmérése szerint a megkérdezett katari nők 26,4%-a ismerte a nemzeti szűrési irányelveket a mammográfiai szűréssel kapcsolatban[92,] esetünkben ez leginkább a férfi csoporttal mutat százalékos megoszlásban hasonlóságot. Vizsgálatunk még a Malajziában Kanaga és mtsai által végzett felméréstől is elmarad, hiszen ott a válaszadók 47,2%-a felelt helyesen a mammográfiai szűréssel kapcsolatos kérdésekre.[94] Wegwarth és munkatársai kutatásában mind az 5 kutatásba bevont Európai Uniós tagállam tájékozatlan volt a mammográfiás szűréssel kapcsolatban.[98] Ahogy a mi kutatásunkban is Carrasco-Carrido és munkatársai Spanyolországban végzett kutatásából is levonható következtetés, hogy a nők tájékozottabbak a mammográfiai szűréssel kapcsolatban, mint a férfiak (98,07%; 91,85%). Ebben a kutatásban a mammográfiás szűrés ismerete a nők körében igen magas, ezt mutatja az a tény is, hogy az 50-69 éves korosztály>80%-os átszűrtséget mutat.[100] Bár a mi kutatásunkban összességében a nők számítottak tájékozottabbnak az emlőszűrés kapcsán, azonban egyetlen kérdés esetében, amely az emlőszűrés időközére vonatkozott, a férfiak tájékozottabbak voltak, mint a mammográfiás csoport kitöltői. A férfiak esetében a szűrési életkor kapcsán szignifikánsan az idősebbek, míg a nők esetében az időköz kapcsán szignifikánsan a fiatalabbak bizonyultak tájékozottabbnak.

A háziorvosi női csoport 90,3%-a, a mammográfiás csoport 94%-a állította, hogy tudja hogy kell emlőönvizsgálatot végezni. A háziorvosi női csoport esetében ezen

kitöltők szignifikánsan idősebbek és 8,2-szer nagyobb eséllyel rendelkeznek egészségügyi végzettséggel. Vizsgálatunk során kiderült, hogy a háziorvosi női csoport 84,7%-a, valamint a szűrési csoport 91,5%-a végzett már emlőönvizsgálatot, ez az arány jóval meghaladja mind Trupe és munkatársai (33,3%),[95] mind pedig Erbil és munkatársai (55,8%)[97] ezzel kapcsolatos kutatási eredményeit. A háziorvosi női csoport 41,9%-a, míg a mammográfiás csoport 51,7%-a végez rendszeresen önvizsgálatot. Hasonlóképp Olajide és munkatársai[91] kutatásához, ahol a válaszadók 56% végzett már valaha, és 45% rendszeresen végez önvizsgálatot. Kutatásunktól jóval elmarad Donelly kutatásában[92] az emlőönvizsgálatot rendszeresen végzők aránya (13,9%). A háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők 38,8%, a mammográfiás csoport 51,2% tudta hány éves kortól ajánlott elkezdeni az önvizsgálatot. Mindkét csoport esetében a magasabb iskolai végzettség, valamint a háziorvosi női csoport esetében a fiatalabb életkor és az egészségügyi végzettség pozitív irányban befolyásolta ezt a tudást.

A férfiak 84,1%-a, a háziorvosi női csoport 92,5%-a, és a mammográfiai csoport 96,5%-a szerint az emlőrák gyógyítható betegség, ha időben felfedezik. Ettől jóval többen tartották kezelhető betegségnek Trupe és munkatársai[95] esetében, hiszen mindösszesen 2,9% vélte úgy, hogy az emlődaganat nem tartozik a gyógyítható betegségek közé. Vizsgálatunkban a magasabb iskolai végzettség pozitívan befolyásolta a szűrési csoport esetében ezen tudását.

A férfiak 69,2%-a, háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők 80,6%-a, valamint az emlőszűrésen megkérdezettek 78,1%-a tudta, hogy az emlőrák korai stádiumban lehet tünetmentes, ezen kitöltők mindkét női vizsgálati csoport esetében magasabb iskolai végzettséggel, és nagyobb eséllyel valamilyen egészségügyi képzettséggel rendelkeztek.

Felmértük, hogy a válaszadó milyen forrásból kapott információt az emlőrákkal kapcsolatban. Az információforrásokkal kapcsolatban elmondható, hogy a férfi/háziorvosi női/mammográfiai csoport megkérdezettjeinek 50,7%/41,9%/37,8%-a televízióból, 43,3%/41%/ 37,3%- az internetről, 35,3%/35,7%/31,8%-a újságokból, írott tájékoztatókból. További információforrásnak számított 29,4%/37,9%/42,8% barát, ismerős, munkatárs, 24,4%/23,3%/25,9% családtag 21,9%/38,3%/44,3% háziorvos, vagy más szakorvos, 17,4%/33,9%/35,8% egészségügyi dolgozótól

tájékozódott. A férfiak/háziorvosi női/szűrési csoportban résztvevők 6%/1,3%/0,5%-a jelezte, hogy nem hallott az emlőrákról. Nigériában azok a betegek, ismerték az emlőszűrő-vizsgálatot leginkább a médiából, elsősorban a rádió- és televíziós műsorokból, és újságokból származott, ettől kevesebben jelölték meg az orvost vagy egyéb egészségügyi dolgozót, mint információforrás.[91] Erbil és munkatársai kutatásában Törökországban, a mi felmérésünkhöz viszonyítva lényegesen többen (65,5%) jelölték meg, az orvosukat, mint információforrást.[97] Brazíliában Batiston és munkatársai által végzett kutatásban résztvevők 86,5%-a kapott valamilyen információt az emlőkarcinómáról, és 28,8% tömegkommunikációs eszközön keresztül informálódott.[96]

Mindhárom kutatási csoportunkban a leggyakoribb kockázati tényezőnek az örökölt hajlam számított, akárcsak Marmarà felmerésében, ahol a megkérdezettek szintén az örökölt hajlamot azonosították, mint kockázati tényezőt.[99] Kutatásunkban a rizikófaktorok tekintetében a válaszadók igen kis százaléka számított jól informáltnak (férfi csoport:2,49%), háziorvosi női csoport:7,05%, mammográfiás csoport:5,97%), ez jóval elmarad Tazhibi és munkatársai felmerésének eredményétől, ahol a kitöltők 32%-a magas ismeretet e tekintetben.[93] Trupe és munkatársainak vizsgálatában szintén jobb eredmények születtek, hiszen a felsorolt 12 kockázati tényező közül 6 helyes besorolására a megkérdezettek 31,3%-a képes volt.[95] Szintén alacsony tudásszintet mutatott e kérdés kapcsán Wegwarth és mtsai kutatásába bevont EU tagállamok női megkérdezettjei[98], azonban a Németországban Dreier által végzett kutatásban a legtöbb nő helyesen azonosította a rizikófaktorokat.[101] A szűrési csoportban, a magasabb iskolai végzettség pozitívan befolyásolta az informáltságot, akárcsak Batiston és munkatársai által végzett kutatásban.[96] Felmérésünkben továbbá a mammográfiás csoportban jól informáltnak tekintettek nagyobb eséllyel rendelkeztek egészségügyi végzettséggel.

A férfiak 52,2%-a, a háziorvosi női csoport 68,7%-a, és a szűrési csoport 76,6%-a szerint gyakori daganatos haláloknak számít az emlőrák hazánkban. E kérdés kapcsán még a férfiak is tájékozottabbak voltak, mint Elobaid és munkatársai felmérésében megkérdezettek, hiszen ott a válaszadók mindösszesen 43%-a gondolta úgy, hogy ez a leggyakoribb ráktípus a nők körében.[90] Mindkét háziorvosi csoport esetében pozitív befolyással bírt, ha a kitöltő baráti/ismeretségi körében előfordult

már emlőkarcinóma, valamint a női megkérdezettek esetében szintén pozitívan befolyással bírt az iskolai végzettség, és nagyobb eséllyel rendelkeztek egészségügyi képesítéssel.

Mindhárom felmérési csoportunk esetében elmondható, hogy az emlőrák leggyakoribb tünetének az emlőben tapintható csomót jelölte meg, és ezt a csoportokban a megkérdezettek több, mint 90%-a megjelölte. Szintén magas százalékban, de a mi kutatásunktól jóval elmaradva (76,8%) Kanaga és munkatársai által megkérdezettek szintén jelezték, hogy az emlőben tapintható csomó utalhat emlőrákra.[94] Trupe és munkatársai vizsgálatában ettől is kevesebben 53,1% jelölte meg az emlőben tapintható csomót, mint szimptómát.[95] Kutatásunkban a tünetek esetében jól informáltnak tekinthető a férfiak 11,94%-a, a háziorvosi női kitöltők 16,74%-a, és a szűrési csoport 28,85%-a. Hasonló, illetve a két háziorvosi csoport esetében alacsonyabb tudásszintet mutatott vizsgálatunk, mint Tazhibi és mtsai által végzett felmérés, mivel esetükben a válaszadók 71,3%-a alacsony tudásszinttel rendelkezett.[93] Mindhárom csoport esetében az egészségügyi végzettség, valamint a két női csoport esetében az iskolai végzettség pozitívan befolyásolta a tünetekkel kapcsolatos tudásszintet.

A férfi megkérdezettek 55,2%-a tudta, hogy esetükben is kialakulhat emlőkarcinóma, Elobaid és munkatársai kutatásában ezen ténnyel lényegesen több válaszadó volt tisztában, bár e kutatási csoport csak nőkből állt.[90] Felmérésünkben a helyes választ adó kitöltők esetében nagyobb eséllyel fordult elő, hogy házas/élettársuk egészségügyi végzettségű.

A férfiak közül az elmúlt év során az esetleges szűrővizsgálatok közül tüdőszűrésen (49,3%), vércukorszint-mérésen (38,3%), elektrokardiográfiai vizsgálaton (33,8%), koleszterinszint-mérésen (28,4%), fogászati szűrésen (27,4%), hasi ultrahangvizsgálaton (21,4%) jelent meg. A férfiak 18,4%-a a felsorolt szűrések egyikén sem, érrendszeri szűrésen (8%), bőrgyógyászati szűrésen (7,5%), vastagbéldaganat szűrésen (5,5%) vett részt. A férfi megkérdezettek felesége/élettársa szűrésen való megjelenése az elmúlt év során: tüdőszűrés (35,3%), nőgyógyászati szűrővizsgálat (32,3%). Emlőszűrés (22,4%), vércukorszint-mérés (20,9%), koleszterinszint-mérés (18,9%), fogászati szűrővizsgálat (16,9%). Elektrokardiográfiai vizsgálat (15,4%), hasi ultrahang vizsgálat (13,4%), nem vett

részt szűrővizsgálaton (13,4%), érrendszeri szűrővizsgálat (5,5%), bőrgyógyászati szűrővizsgálat (4%), vastagbéldaganat szűrés (1,5%). A háziorvosi női csoport résztvevői az elmúlt egy évben a következő szűréseken vettek részt: nőgyógyászati szűrővizsgálat (63%), tüdő-szűrővizsgálat (56,4%), fogászati szűrővizsgálat (42,7%). Vércukorszint-mérés (36,1%), koleszterinszint-mérés (34,4%), EKG vizsgálat (30,4%), hasi ultrahang vizsgálat (29,1%), bőrgyógyászati szűrővizsgálat (15,4%), érrendszeri szűrővizsgálat (7,9%), vastagbéldaganat-szűrés (4%), valamint egyik szűrővizsgálaton sem vett részt a megkérdezettek 3,5%-a. A mammográfiás csoport esetében is felmértük, hogy a kitöltők, milyen szűrésen vettek részt az elmúlt évben. A válaszadók 57,2%-a jelent meg nőgyógyászati,- valamint 45,3% tüdő szűrővizsgálaton, 33,8%- a vett részt vércukorszint-mérésen, 33,3% fogászati szűrővizsgálaton, 29,4% járt hasi ultrahang vizsgálaton, 25,4% koleszterinszint-mérésen, 21,9%-a jelezte, hogy elektrokardiográfiai vizsgálaton, 13,4% bőrgyógyászati szűrésen vett részt. Érrendszeri szűrővizsgálaton a válaszadók 10%-a járt, valamint 9% jelezte felénk, hogy nem vett részt jelen szűrésen kívül, semmilyen más szűrővizsgálaton az elmúlt év során. A vastagbéldaganat szűrés 7,5% jelölte meg. Egy Csehországban végezett kutatás szerint a megkérdezettek 46%-a jelent meg nőgyógyászati szűrővizsgálaton, ettől lényegesen jobb eredmények születtek a mi kutatásunkban hiszen a háziorvosi női csoport 63%-a, míg a mammográfiás csoport 57,2%-a állította, hogy járt ezen szűrésen az elmúlt egy évben.[115] Németországban a meghívott nők 54%-a részt vett emlőszűrésen 2007-ben,[101] ez csaknem a duplája, mint a mi esetükben a férfi kitöltők házas/élettársainak tekintetében. Mindhárom csoport esetében elmondható, hogy a legkevesebben a vastagbéldaganat-szűrésen vettek részt. Bár a mi kutatásunkban a szűrővizsgálat típusa nem volt pontosítva, egy átfogó tanulmány szerint Hollandiában 68,2%, de még a legkevesebbnek számító Kanadában is 16% vett részt e szűrésen. Ezekben az esetekben az arány ott volt magasabb, ahol a FIT tesztet, vagyis az széklet immunkémiai tesztjét alkalmazták.[116]

A férfiak 69,2%-a szeretne, míg 6,5%-a nem szeretne tudatában lenni annak, hogy feleségének, élettársának emlődaganata van. Ugyanezen kérdés kapcsán a háziorvosi női csoport 89,9%-a szeretné tudni, hogy van-e emlőrákja, ezen kitöltők szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

Azon állítással, hogy „Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad, az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.” a férfi kitöltők nagymértékben egyetértettek. A másik állítással, miszerint „Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának a kockázatát.”, a férfiak inkább egyetértettek. A háziorvosi női csoport esetében az állítások a következők voltak: „Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad és, ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.”, a megkérdezettek nagy részben egyetértettek az állítással, valamint megyeszékhelyen élők jobban egyetértettek ezen állításunkkal, mint az egyéb városban lakók. Ezen megkérdezettek tulajdonképpen tisztában voltak azon ténnyel, hogy a mammográfiai vizsgálat szükséges az emlődaganat korai felismeréséhez, akárcsak Olajide és munkatársai kutatásában a kitöltők 71,6%-a.[91] A második kijelentés szerint: „Az egészséges életmód, mint például az alacsony zsír-és összkalória-tartalmú étrend, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát, ezen állítással a nők részben egyetértenek, és a megyeszékhelyen, valamint faluban/községben/tanyán élő nők inkább egyetértettek az állítással, mint az egyéb városban élők. A harmadik kijelentés: „A mammográfiás vizsgálat, fájdalmas szűrősi módszernek számít.”, ezzel a válaszadók részben értenek csak egyet. A következő kijelentés azt vizsgálta, hogy a megkérdezettek félnek-e attól, hogy a szűrővizsgálat valamilyen elváltozást mutat ki, megállapítható, hogy a kitöltők inkább félnek az emlőrák kialakulásától. Az utolsó kijelentés kapcsán azt vizsgáltuk, hogy mennyire tartják a nők intim vizsgálati módszernek a mammográfiás szűrővizsgálatot. A nők nem igazán tartják intim vizsgálati módszernek az emlőszűrést, viszont az életkor és a kijelentés között gyenge negatív korrelációs kapcsolat igazolható. Ezen utolsó állítással egyetértő nők szignifikánsan gyakrabban jelezték, a kérdőív végén, hogy nem kívánnak részt venni a jövőbeni emlőszűrésen. A mammográfiás csoport esetében az első kijelentés, hogy az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad, és ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét, a megkérdezettek szinte teljes mértékben egyetértettek az állítással, valamint a kijelentés és az életkor között gyenge pozitív korrelációs kapcsolat igazolódott. A második kijelentés, így hangzott: „Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát.”, a válaszadók nagy részben egyetértettek az állítással, és azon válaszadók, akiknek baráti/ismeretségi körében még nem fordult

elő emlőkarcinóma jobban egyetértenek e kijelentéssel. Ezen kijelentéssel mindhárom csoportban részben egyetértettek a válaszadók, amit a legújabb szakértői eredmények becslése is alátámaszt, hiszen a sikeres életmódváltás az emlőrákos esetek 25-30%-át megelőzheti.[117] A harmadik kijelentés kapcsán, azt vizsgáltuk, hogy a mammográfiás csoport kitöltői félnek-e attól, hogy a szűrővizsgálat valamilyen elváltozást fog kimutatni. A megkérdezettek inkább félnek a betegség kialakulásától, de ezen kijelentés, valamint az iskolai végzettség között közepes erősségű negatív korrelációs kapcsolat bizonyítható.

A kérdőív kitért arra is, hogy a férfi kitöltő véleménye szerint feleségének/házastársának mekkora az esélye, a többi nőhöz viszonyítva, az emlődaganat kialakulásának. A férfi megkérdezettek 7%-a szerint nagyon kevés az esélye, 9,5% szerint kevés, 57,7% mondta, azt hogy ugyanannyi esélye feleségének/élettársának a betegség kialakulására, mint minden más nőnek. A férfiak 1%-a szerint magas, és 0,5%-a szerint nagyon magas az esélye annak, hogy felesége/élettársa esetében kialakul emlőrák. A háziorvosi női csoport esetében 72,7%-a állította, hogy ugyanannyi esélye van, hogy a emlődaganat kialakuljon nála, mint minden más nőnek. A megkérdezettek 15%-a kevésnek, 6,2% nagyon kevésnek, 4,4%-a magasnak, 1,8% nagyon magasnak tartja annak az esélyét, hogy esetében emlőrák alakuljon ki. Felmérésünkben azon kitöltők, akiknek családjában, vagy baráti/ismeretségi körében emlődaganat előfordult, szignifikánsan nagyobbnak ítéli annak esélyét, hogy élete során ő is megbetegedjen. A mammográfiás csoport kitöltői esetében 80,1% szerint ugyanannyi esélyük van a betegség kialakulására, mint minden más nőnek. 5% nagyon kevésnek, 5,5% kevésnek, 9% magasnak, és 0,5% gondolja nagyon magasnak, annak a kockázatát, hogy emlőkarcinóma alakuljon ki esetében. A falun/községben/tanyán élők szignifikánsan magasabbnak érzik annak az esélyét, hogy esetükben kialakuljon e betegség, mint a megyeszékhelyen élő társaik. Felmérésünkben a többség úgy gondolta ugyanannyi esélye van emlődaganat kialakulására, mint minden más nőnek, Trupe és munkatársai kutatásában azonban eredményeinktől való eltérés nagyon szembetűnő, hiszen a megkérdezettek túlbecsülték az emlőrák személyes kockázatát, 47,7%-a jelezte, hogy valószínűséggel életük során kialakul melldaganat.[95]

A férfi kitöltők 52,2%-a, a háziorvosi női csoport 63,4%-a és a szűrővizsgálati csoport 67,7%-a szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban. Akik a háziorvosi női csoportban több információt szerettek volna kapni szignifikánsan fiatalabbak, és nagyobb eséllyel valamilyen egészségügyi szakképzettséggel rendelkeznek. A szűrővizsgálati csoportban, aki szerettek volna több információt kapni a mammográfiai szűréssel kapcsolatban szignifikánsan alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

A háziorvosi női kitöltők 72,7%-a eldöntötte, hogy részt vesz, 24,2%-a gondolkodik, és 3,1%-a jelezte, hogy nem vesz részt a jövőben emlőszűrésen. Azok, akik jelezték, hogy részt fognak venni szűrésen szignifikánsan idősebbek. A mammográfiai csoport 96,5%-a jelezte, hogy részt fog venni a szűrésen, és mindösszesen 3,5% válaszolta, hogy gondolkodik rajta. Azok, akik gondolkodnak azon, hogy részt vegyenek-e a jövőben emlőszűrésen, szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Donelly[92] és Carrasco-Garrido[100] kutatása egyaránt kimutatta, hogy a tudatosság összefügg a magasabb iskolai végzettséggel.

Összességében kiemelendő, hogy a válaszadók ismeretei nem megfelelőek. A kitöltők ismeretbeli hiányosságai megmutatkoznak már a mammográfiai szűréssel kapcsolatos kérdések esetében is. Bár a külföldi kutatások eredményeivel hazánk hasonlóságot mutat a mammográfiás szűrési irányelvek, az emlőönvizsgálattal kapcsolatos tudás, valamint az emlőrák gyógyíthatóságának tekintetében, az eredmények jóval elmaradnak a várttól. Nagy hiányosságok tapasztalhatók az emlőönvizsgálattal kapcsolatos életkor, vagy elvégzésének ideje esetében. Jobb eredményeket láthatunk a gyógyíthatóság, tünetmentesség, illetve gyakoriság esetében, sőt az emlőrák gyakoriságát felmérésünkben a kitöltők jóval reálisabban látták, mint a külföldi vizsgálatokban. Az emlőrák tüneteivel, és főleg kockázati tényezőivel kapcsolatos informáltság tekintetében az eredmények elkeserítőek. Bár a külföldi kutatások megkérdezettjei nagyobb tudással rendelkeztek a kockázati tényezők kapcsán, azonban a mi felmérésünkben többen voltak tisztában azon ténnyel, hogy az emlőben tapintható csomó az emlőrák szimptómája lehet. Pontosan ezen alacsony tudásszint miatt lényeges lenne az egyes információs csatornákon keresztül leginkább az emlődaganat tüneteinek kihangsúlyozása. Külföldi

vizsgálatban a mi felmérésünkhöz viszonyítva többen említik az orvosukat, mint információforrást a mammográfiai szűrés vonatkozásában. Szintén fontos feladat lenne, egy egészségügyi szakember által megtanítani a még serdülőkorban lévő lányoknak az önvizsgálat idejét és lépéseit, akár egy felvilágosító óra keretein belül. Meglepő tény volt, hogy a férfi nem sok esetben nem mutatott akkora eltérést az ismeretekkel kapcsolatban, mint azt első körben gondoltuk volna. Az attitűd témakörébe tartozó kérdések kapcsán elmondható, hogy még a férfi csoport kitöltőinek több mint fele szeretne több információt kapni a szűrővizsgálattal kapcsolatban, természetesen ettől lényegesen jobb eredmények születtek a másik két kutatási csoport esetében. Azon kérdés kapcsán, hogy részt kívánnak-e venni jövőbeni emlőszűrésen a válaszadók igen magas százaléka részt kíván venni, esetleg gondolkodik rajta.

1. hipotézis: A háziorvosi rendelők női kitöltőinek emlőrákkal kapcsolatos ismerete jóval elmarad a mammográfiás csoport ezen kérdéscsoportban mért tudásától.

Ezen hipotézisünk nem nyert teljes mértékben alátámasztást. Ugyan a mammográfiai szűréssel, valamint az emlőönvizsgálattal kapcsolatos életkor, az emlődaganathazánkban mért mortalitási gyakoriságával, és az emlőrák tüneteivel kapcsolatban jobb eredmények születtek, ez a többi kérdés esetében nem mondható el. A két csoport szinte azonos százalékos megoszlást mutatott az önvizsgálat elvégzésének ideje, az emlőrák gyógyíthatóságával, tünetmentességével, illetve kockázati tényezőivel kapcsolatban, sőt az emlőszűréssel kapcsolatos időköz esetében lényegesen több helyes választ kaptunk a háziorvosi rendelőkben megkérdezett női csoporttól.

2. hipotézis: A mammográfiás csoport szinte teljes mértékben tisztában lesz az emlőszűrés kapcsán ajánlott életkorral, illetve időközzel.

Ezen feltételezésünk ismét részlegesen nyert bizonyítást, hiszen a mammográfiai szűréshez szükséges életkort a kitöltők nagy százaléka tudta, viszont az időközzel kapcsolatban a legrosszabb eredmények a mammográfiás csoportban születtek, még a férfiak is jobban informáltak voltak e tekintetben.

3. hipotézis: Az ismeretek tekintetében legkevésbé jól informált csoportnak a férfi csoport tekinthető.

Ezen hipotézisünk alátámasztást nyert, bár némely esetben a jó válaszok százalékos aránya megközelíti a háziorvosi női, vagy a mammográfiás csoport százalékos megoszlását, sőt a fent már említett kérdés kapcsán (a mammográfiai szűréshez szükséges időköz) a férfi kitöltők jobb eredményt értek el, mint a mammográfiás csoport.

4. hipotézis: Az egyes csoportok ismereteit, attitűdjeit jelentősen befolyásolja a válaszadó iskolai végzettsége.

A férfi csoport esetében az iskolai végzettség nem jelent meg, mint befolyásoló tényező. A háziorvosi női csoportnál több helyen is igazolható volt szignifikáns különbség a magasabb iskolai végzettség, és az egyes válaszok között (az önvizsgálattal kapcsolatos életkor, a mellrák tünetmentessége, tünetei, mortalitási gyakorisága hazánkban, illetve, hogy a kitöltő szeretne tudatában lenni, annak, hogy van-e emlőrákja). A legtöbb szignifikáns kapcsolat a mammográfiás csoportban bizonyítható a magasabb iskolai végzettség és az ismeret, valamint attitűd témakörében feltett kérdések kapcsán (az önvizsgálattal kapcsolatos életkor, az emlődaganat tünetmentessége, gyógyíthatósága, tünetei, kockázati tényezői, kevésbé félnek a szűrésen kimutatott elváltozástól, nem szeretnének több információt kapni, és gondolkodnak rajta, hogy a jövőben részt vesznek-e emlőszűrésen).

5. *hipotézis: A leggyakoribb információforrásnak az internet számít.*

A férfi, illetve a háziorvosi női csoport esetében is a leggyakoribb információforrásnak a televízió számított, viszont ezt követte az internet. A mammográfiás csoportban a leggyakoribb információforrás a háziorvos, vagy más szakorvos volt, ezt követte a barát, ismerős, munkatárs, majd a televízió, és az internet, ebben az esetben csupán a negyedik leggyakrabban alkalmazott információforrásként szerepelt.

Erősségek és korlátok

A kutatásunk során nem véletlenszerű mintavételt alkalmaztunk, amely a megkérdezettek önkényes kiválasztásából fakadó torzítást vonja maga után. Két vizsgálati csoport esetében is a háziorvosi rendelőt felkereső páciensek kerültek bevonásra, amely szintén torzítást vonhat maga után, néhány kérdés kapcsán: „Milyen gyakran szokott orvoshoz fordulni?”, „Mennyire bízik Ön az orvosokban/egészségügyben?”. A harmadik vizsgálati csoport esetében is előfordulhat torzítás, egyes kérdéseink kapcsán, mint például: „A következő állítások közül, mely a legjellemzőbb Önre, a jövőbeni emlőszűrésen való részvételére?”. Ezen kérdés kapcsán próbáltuk kiküszöbölni a torzítást azzal, hogy a szűrés elvégzése után, az eredményt váró időben kapták meg a mammográfiás csoport tagjai a kérdőívet. Az asszisztensek és orvosok kérésünkre nem nyújtottak semmiféle segítséget a kérdőív kitöltésében a megkérdezetteknek, amellyel az egészségügyi dolgozók közelségéből adódó torzítást küszöböltük ki.

6 Új eredmények összefoglalása

Háziorvosi rendelőkben összevont két csoport

- Az idősebbek szignifikánsan tájékozottabbak, mind az emlőszűrés kapcsán javasolt életkor, mind pedig ezen szűréshez javasolt időköz tekintetében.
- A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők jobban informáltak voltak a mellrák tüneteivel kapcsolatban.

Férfi csoport

- Azon férfiak, akiknek baráti/ismeretségi körükben előfordult már emlődaganat, nagyobb eséllyel voltak tájékozottabbak az emlődaganattüneteivel kapcsolatban.
- Azon férfiak, akik szerint gyakori daganatos haláloknak számít az emlőkarcinóma hazánkban, baráti, ismeretségi körében nagyobb eséllyel fordult elő ezen betegség.
- Azon férfiakról, akiket jól informáltnak tekintettünk az emlőrák tüneteinek terén, elmondható, hogy házas/élettársuk egészségügyi végzettséggel rendelkezik
- Azon férfiak, akik tudták, hogy esetükben is előfordulhat emlődaganat, nagyobb eséllyel fordult elő, hogy házas/élettársuk egészségügyi végzettségű.

Háziorvosi női csoport

- A háziorvosi női csoportban az idősebbek jobban informáltnak számítottak az emlőszűrés kapcsán ajánlott időköz tekintetében.
- Azon háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők, akik tudták, hogy hány éves kortól ajánlott az emlőönvizsgálat elvégzés, szignifikánsan fiatalabbak, magasabb iskolai, és nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek.

- Azon háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők, akik tudták, hogy az emlőrák korai stádiumban lehet tünetmentes, magasabb iskolai végzettséggel, valamint nagyobb eséllyel valamilyen egészségügyi képzettséggel rendelkeztek.

- Azon háziorvosi női kitöltők, akik szerint gyakori daganatos haláloknak számít az emlőrák Magyarországon, magasabb iskolai, nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek, illetve nagyobb eséllyel fordult elő baráti, illetve ismeretségi körükben e daganattípus.

- Azon háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők, akik a tünetek terén jól informáltnak minősítettük, szignifikánsan magasabb iskolai, és nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek.

- A háziorvosi női kitöltők 89,9%-a szeretné tudni, hogy van-e emlődaganata, ezen kitöltők szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

- „Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad és, ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.”, állítással a megyeszékhelyen élő háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők jobban egyetértettek ezen állításunkkal, mint az egyéb városban lakók.

- „Az egészséges életmód, mint például az alacsony zsír-és összkalória-tartalmú étrend, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát.” állítással a megyeszékhelyen, valamint faluban/községben/tanyán élő háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők inkább egyetértettek ezen állítással, mint az egyéb városban élők.

- A háziorvosi rendelők női kitöltői esetében az életkor és a mammográfiai szűrés, mint intim vizsgálati módszer között gyenge negatív korrelációs kapcsolat igazolható, valamint ezen állítással egyetértő nők szignifikánsan gyakrabban jelezték, a kérdőív végén, hogy nem kívánnak részt venni a jövőbeni emlőszűrésen.

- Azon háziorvosi női csoport válaszadói, akiknek családjában, vagy baráti/ismeretségi körében emlődaganat előfordult, szignifikánsan nagyobbnak ítéli annak esélyét, hogy élete során ő is megbetegedjen.
- Azon háziorvosi rendelőkben megkérdezett nők, akik szeretnének több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban, fiatalabbak, és nagyobb eséllyel valamilyen egészségügyi szakképzettséggel rendelkeznek.
- Azon háziorvosi rendelők női kitöltői, akik jelezték, hogy részt fognak venni szűrésen szignifikánsan idősebbek.

Mammográfiás csoport

- Azon mammográfiás kitöltők, akik tudták hány éves kortól ajánlott az önvizsgálat, magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek.
- A mammográfiás csoport azon válaszadói, akik szerint az emlőrákgyógyítható betegség, ha időben felfedezik, magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.
- Azon mammográfiás csoportba tartozó nők, akik tudták, hogy az emlőrák korai stádiumban lehet tünetmentes, magasabb iskolai végzettséggel, illetve nagyobb eséllyel valamilyen egészségügyi képzettséggel rendelkeztek.
- Akiket a mammográfiás csoportban jól informáltnak tekintettünk a rizikófaktorok tekintetében, magasabb iskolai, valamint nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek.
- Azon mammográfiás csoportba tartozó nők, akik a tünetek terén jól informáltnak minősítettük, szignifikánsan magasabb iskolai, és nagyobb eséllyel egészségügyi végzettséggel rendelkeztek.
- „Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad és, ezáltal az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.” kijelentés és az életkor között gyenge pozitív korrelációs kapcsolat igazolódott a mammográfiás csoport esetében.

- „Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának kockázatát.”, állítással, akiknek baráti/ismeretségi körében még nem fordult elő emlőrák jobban egyetértenek e kijelentéssel a mammográfiás csoport esetében.

- A mammográfiás csoport, azon kitöltői, akik félnek attól, hogy a szűrővizsgálat valamilyen elváltozást fog kimutatni esetükben közepes erősségű negatív korrelációs kapcsolat bizonyítható az iskolai végzettséggel összefüggésben.

- A mammográfiás csoportban a falun/községben/tanyán élők szignifikánsan magasabbnak érzik annak az esélyét, hogy esetükben kialakuljon e betegség, mint a megyeszékhelyen élő társaik.

- A mammográfiás csoportban, akik szeretnének több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

- A mammográfiás csoport esetében, akik jelezték, hogy gondolkodnak azon, hogy részt vegyenek-e a jövőben emlőszűrésen, szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

7 Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni témavezetőmnek Dr. Kiss István Professzor Úrnak a tanulmányaim és az értekezésem megírása során nyújtott támogatását és segítségét.

Külön köszönettel tartozom a háziorvosok és az asszisztenseik áldozatos munkájáért, mert nélkülük nem jöhetett volna létre e doktori értekezés.

Szeretném megköszönni családomnak, kiváltképp férjemnek és kislányomnak, valamint barátaimnak, hogy minden nehézség ellenére kitartottak mellettem, támogattak és hittek bennem.

8 Mellékletek

1. Melléklet: A háziorvosi női csoport kérdőíve

Tisztelt Hölgyem!

Kissné Reményi Diána vagyok, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Doktori Iskola hallgatója. Az értekezésem az emlőrák megelőzésével és az ehhez kapcsolódó mammográfiás szűrővizsgálattal, valamint a részvételi hajlandósággal foglalkozik. A kutatás információkkal szolgálhat a szűrővizsgálaton való részvétel elősegítéséhez.

Elkészítéséhez szükségem van az Ön közreműködésére is, ezért kérem, segítse munkámat az alábbi kérdőív kitöltésével. A kérdőív kitöltése névtelen és önkéntes.

Válaszát kérem **X- szel jelölje,** vagy írjon a vonalra, az ettől eltérő kitöltési módot külön jelezni fogom. Kérem, **minden kérdésre adjon választ**, ha bizonytalan, akkor jelölje azt, amit leginkább igaznak tart.

Őszinte válaszait előre is köszönöm!

Kérem, válaszoljon néhány **általános** kérdésre.

1. Életkor: ……év

2. Hol lakik Ön?

☐Megyeszékhely

☐ Egyéb város

☐ Falu/Község/Tanya

3. Családi állapota?

☐ Nőtlen/Hajadon

☐ Házas/Élettársi kapcsolatban él

☐ Elvált/Külön él

☐ Özvegy

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

☐ Kevesebb, mint 8 általános

☐ 8 általános

☐Szakiskola/Szakmunkásképző

☐ Középiskola/Gimnázium

☐ Felsőfokú szakképesítés

☐ Főiskola/Egyetem

5. Milyen az Ön foglalkoztatottsági státusza?

☐ Aktív kereső

☐ Munkanélküli

☐ Szülési szabadság (GYES, GYED)

☐ Nyugdíjas

☐ Rokkantnyugdíjas

☐ Eltartott

☐ Háztartásbeli

☐Egyéb,

éspedig:……..

6. Milyennek ítéli a család/háztartás jelenlegi anyagi helyzetét?

☐ Nagyon rossz

☐ Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

7. Hívő embernek tartja magát?

☐ Igen

☐ Nem

8. Tartozik-e valamilyen egyházhoz, felekezethez?

☐ Igen

☐ Nem

9. Milyennek ítéli az egészségi állapotát?

☐ Nagyon rossz

☐ Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

10. Rendelkezik Ön egészségügyi végzettséggel? (pl. ápoló, gyógytornász, orvos, védőnő)

☐ Igen

☐ Nem

11. Milyen messze lakik Ön a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól (kórház, klinika, rendelőintézet)?

☐ 1 kilométeren belül

☐ 1 kilométernél távolabb, de 5 kilométeren belül

☐ 5 kilométernél távolabb, de 10 kilométeren belül

☐ 10 kilométernél távolabb

12. Járt-e a háziorvosánál az elmúlt 6 hónapban?

☐ Igen

☐ Nem

13. Mennyire bízik Ön az orvosokban/egészségügyben?

☐ Egyáltalán nem

☐ Kis mértékben

☐ Eléggé bízom

☐Teljes mértékben

14. Milyen gyakran szokott orvoshoz fordulni?

☐ Nem járok

☐ 2-3 évente

☐ Évente kb. 1 alkalommal

☐ Félévente

☐ Negyedévente

☐ Havi rendszerességgel

15. Általában milyen okból keresi fel háziorvosát?

☐ Csak ha igazolást, táppénzt vagy receptet kér.

☐ Minden esetben, ha betegnek érzi magát.

☐ Nincs panasz, de szükségesnek tartja a rendszeres ellenőrzést.

☐ Betegsége miatt rendszeresen járnia kell orvoshoz.

16. Az alábbi okok közül, valamelyik visszatartotta-e valaha abban, hogy felkeresse az orvost? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Anyagiak (sok pénzbe kerülne, ha kezelnének).

☐ Időhiány.

☐ Nem engedhette meg magának a jövedelem kiesést.

☐ Távolság az orvostól, kórháztól.

☐ Nem bízom az orvosokban.

☐ Félek az orvosoktól/kórháztól/kezeléstől.

☐ Nem tudtam kihez forduljak.

☐ Egyéb: ……

☐ Egyik sem

Az alábbi kérdések a szűrővizsgálattal kapcsolatosak.

17. Volt-e az elmúlt 1 évben valamilyen szűrővizsgálaton? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Tüdő szűrővizsgálat.

☐ Nőgyógyászati szűrővizsgálat. (méhnyak szűrés)

☐ Vastagbéldaganat szűrés

☐ Vércukorszint mérés

☐ Koleszterinszint mérés

☐ Fogászati szűrővizsgálat

☐ Érrendszeri szűrővizsgálat

☐ EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálata

☐ Hasi ultrahang vizsgálat

☐ Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegy, allergia vizsgálat)

☐ Egyik sem

18. Az elmúlt 2 évben részt vett emlőszűrésen?

☐ Igen

☐ Nem

Amennyiben Ön „Igen” -nel felelt a 18- as kérdésre, kérem a 20- es kérdéssel folytassa a kérdőívet!

19. Amennyiben betöltötte a szükséges életkort, és még nem vett részt emlőszűrésen, mi az, ami visszatartja, hogy részt vegyen a vizsgálaton?

☐ Fájdalmas vizsgálatnak gondolja

☐ Túlságosan intim vizsgálatnak tartja

☐ Fél az eredménytől

☐ Lakhelyétől messze található a szűrőállomás

☐ Kicsinek tartja annak esélyét, hogy Önnél emlőrák alakuljon ki

☐ Egyéb:…….

20. Mikor gondolja úgy, hogy szükséges elmennie valamilyen szűrővizsgálatra?

☐ Ha bármilyen tünetet észlel.

☐ Ha az orvosom javasolja.

☐ A tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként.

☐ Egészséges vagyok, nincs szükségem szűrővizsgálatokra.

☐ Nem tudom/ Nem kívánok válaszolni.

21. Ön szeretne tudatában lenni annak, hogy van-e emlődaganata?

☐ Igen

☐ Nem

22. Ön szerint hány éves kortól ajánlott emlőszűrésen való részvétel átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ 25 éves kor felett

☐ 35 éves kor felett

☐ 45 éves kor felett

☐ 55 éves kor felett

☐ 65 éves kor felett

☐ Nem tudom

23. Ön szerint milyen időközönként ajánlott emlőszűrésen való részvétel átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ Félévente

☐ Évente

☐Kétévente

☐ Háromévente☐ Nem tudom

24. Ön szerint elegendő információval rendelkezik az emlőszűrésről?

☐ Igen

☐ Nem

25. Az *alábbiakban állításokat olvashat, kérem, jelölje meg, hogy <u>mennyire ért egyet az adott állítással:</u>*

Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad, az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

Az egészséges életmód, mint például az alacsony zsír- és összkalória- tartalmú étrend, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának a kockázatát.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

A mammográfiás vizsgálatot fájdalmas szűrési módszernek gondolom.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

Félek, hogy a vizsgálat eredménye, valamilyen elváltozást, daganatot mutat ki.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

A vizsgálatok túlságosan intim, nagyon szégyellném magam.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

26. Tudja, hogyan kell emlőinek önvizsgálatát végezni?

☐ Igen

☐ Nem

27. Milyen rendszerességgel végez emlőönvizsgálatotot?

☐ Soha

☐ 1 évben 1-2 alkalommal

☐ Negyedévente

☐ Havonta

28. Ön szerint hány éves kortól szükséges elvégezni az emlőönvizsgálatot?

☐ 20 éves kor felett

☐ 25 éves kor felett

☐ 30 éves kor felett

☐ 35 éves kor felett

☐ 40 éves kor felett

☐ Nem tudom

29. A menstruációs periódus mely szakaszában kell az emlőönvizsgálatot végezni?

☐ Minden hónapban közvetlenül a menstruáció előtti hétvégén

☐ Minden hónapban a menstruációs periódus félidejében

☐ Minden hónapban közvetlenül a menstruáció utáni hétvégén

☐ Nem tudom

30. Ön szerint mekkora esélye van az emlődaganat kialakulására más nőkhöz viszonyítva az élete során?

☐ Nagyon kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Ugyanannyi esélyem van a betegség kialakulására, mint minden más nőnek.

☐ Magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Nagyon magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

31. Ön szerint az emlődaganat gyógyítható betegség, ha korai stádiumban szűrik ki?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

32. Az Ön egyenesági, közeli hozzátartozói (szülők, nagyszülők, dédszülők) körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

33. Az Ön baráti, ismerősi körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

34. Ön szerint az emlődaganat korai stádiumban lehet tünetmentes?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

35. Ön milyen forrásból kapott információt az emlődaganattal kapcsolatban?
(Több választ is jelölhet)

☐ Háziorvostól, más szakorvostól

☐ Egészségügyi dolgozótól (ápoló, asszisztens stb.)

☐ Barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól

☐ Családtagoktól

☐ Televízióból

☐ Internetről

☐ Újságokból, írott tájékoztatókból

☐ Egyéb:……..

☐ Nem hallottam róla.

36. Kérem, jelölje meg azon tényezőket, amelyek hozzásegítenek ahhoz, hogy az emlődaganat kialakuljon. *(Több válasz is lehetséges)*

☐ Kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása és magas összkalória-bevitel

☐ Túlzott alkoholfogyasztás

☐ Fizikai behatás (pl. mellet ért ütés)

☐ 55 év feletti életkor

☐ Késői menopauza

☐ Túlsúly vagy elhízás

☐ Dohányzás

☐ Magas vérnyomás

☐ Hormonpótlás menopauza után

☐ Kevés testmozgás

☐ Fogamzásgátló szedése

☐ Fájdalomcsillapítók szedése

☐ Mellkast ért sugárkezelés

☐ Korai menstruáció

☐ Örökölt hajlam

☐ Magas koleszterin szint

☐ HPV- fertőzés

☐ Cukorbetegség

☐ Erős UV- sugárzás

☐ A gyermek anyatejes táplálása

☐ Gyermektelenség

37. Véleménye szerint milyen tünetei lehetnek az emlőráknak? *(Több válasz is lehetséges)*

☐ Az emlőben csomót tapint

☐ Az emlő feszülése, fájdalma

☐ Az emlőbimbó behúzódik

☐ Az emlő bőrén behúzódást észlel

☐ Az emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg

☐ Az emlő bőre - az ellenoldalihoz képest - duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik

☐ Az emlőbimbóból véres váladékozást észlel

☐ Hónalj alatt csomót tapint

38. Ön szerint az emlőrák gyakori daganatos halálok Magyarországon?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

39. Szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban?

☐ Igen

☐ Nem

40. A következő állítások közül, mely a legjellemzőbb Önre, a jövőbeni emlőszűrésen való részvételére?

☐ Eldöntöttem, részt veszek a szűrésen.

☐ Gondolkozom azon, hogy részt vegyek-e vagy sem.

☐ Nem fogok a szűrésen részt venni.

2. melléklet: Férfi csoport kérdőíve

Tisztelt Uram!

Kissné Reményi Diána vagyok, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Doktori Iskola hallgatója. Az értekezésem az emlőrák megelőzésével és az ehhez kapcsolódó mammográfiás szűrővizsgálattal, valamint a részvételi hajlandósággal foglalkozik. A kutatás információkkal szolgálhat a szűrővizsgálaton való részvétel elősegítéséhez.

Elkészítéséhez szükségem van az Ön közreműködésére is, ezért kérem, segítse munkámat az alábbi kérdőív kitöltésével. A kérdőív kitöltése névtelen és önkéntes.

Válaszát kérem **X- szel jelölje,** vagy írjon a vonalra, az ettől eltérő kitöltési módot külön jelezni fogom. Kérem, **minden kérdésre adjon választ**, ha bizonytalan, akkor jelölje azt, amit leginkább igaznak tart.

Őszinte válaszait előre is köszönöm!

Kérem, válaszoljon néhány **általános** kérdésre.

1. Életkor: ……év

2. Hol lakik Ön?

☐ Megyeszékhely

☐ Egyéb város

☐ Falu/Község/Tanya

3. Családi állapota?

☐ Nőtlen/Hajadon

☐ Házas/Élettársi kapcsolatban él

☐ Elvált/Külön él

☐ Özvegy

☐ Nem él párkapcsolatban

Amennyiben Ön nem él párkapcsolatban, kérem csak a vastagon kijelölt kérdésekre válaszoljon.

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

☐ Kevesebb, mint 8 általános

☐ 8 általános

☐ Szakiskola/Szakmunkásképző

☐ Középiskola/Gimnázium

☐ Felsőfokú szakképesítés

☐ Főiskola/Egyetem

5. Milyen az Ön foglalkoztatottsági státusza?

☐ Aktív kereső

☐ Munkanélküli

☐ Szülési szabadság (GYES, GYED)

☐ Nyugdíjas

☐ Rokkantnyugdíjas

☐ Eltartott

☐ Háztartásbeli

☐ Egyéb,

éspedig:……..

6. Milyennek ítéli az Önök jelenlegi anyagi helyzetét?

☐ Nagyon rossz

☐Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

7. Hívő embernek tartja magát?

☐ Igen

☐ Nem

8. Tartozik-e valamilyen egyházhoz, felekezethez?

☐ Igen

☐ Nem

9. Milyennek ítéli Ön házastársa/ élettársa egészségi állapotát?

☐ Nagyon rossz

☐ Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

10. Rendelkezik Ön egészségügyi végzettséggel? (pl. ápoló, gyógytornász, orvos, védőnő)

☐ Igen

☐ Nem

11. Rendelkezik e házastársa/ élettársa egészségügyi végzettséggel?

☐ Igen

☐ Nem

12. Milyen messze laknak Önök a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól (kórház, klinika, rendelőintézet)?

☐ 1 kilométeren belül

☐ 1 kilométernél távolabb, de 5 kilométeren belül

☐ 5 kilométernél távolabb, de 10 kilométeren belül

☐ 10 kilométernél távolabb

13. Járt-e a háziorvosánál az elmúlt 6 hónapban?

☐ Igen

☐ Nem

14. Járt e házastársa/ élettársa háziorvosnál az elmúlt 6 hónapban?

☐ Igen

☐ Nem

15. Mennyire bízik Ön az orvosokban/egészségügyben?

☐ Egyáltalán nem

☐ Kis mértékben

☐ Eléggé bízom

☐ Teljes mértékben

16. Milyen gyakran szokott orvoshoz fordulni?

☐ Nem járok

☐ 2-3 évente

☐ Évente kb. 1 alkalommal

☐ Félévente

☐ Negyedévente

☐ Havi rendszerességgel

17. Milyen gyakran szokott házastársa/ élettársa orvoshoz fordulni?

☐ Nem jár

☐ 2-3 évente

☐ Évente kb. 1 alkalommal

☐ Félévente

☐ Negyedévente

☐ Havi rendszerességgel

18. Általában milyen okból keresi fel háziorvosát?

☐ Csak ha igazolást, táppénzt vagy receptet kér.

☐ Minden estben, ha betegnek érzi magát.

☐ Nincs panasz, de szükségesnek tartja a rendszeres ellenőrzést.

☐ Betegsége miatt rendszeresen járnia kell orvoshoz.

19. Általában milyen okból keresi fel házastársa/ élettársa háziorvosát?

☐ Csak ha igazolást, táppénzt vagy receptet kér.

☐ Minden estben, ha betegnek érzi magát.

☐ Nincs panasz, de szükségesnek tartja a rendszeres ellenőrzést.

☐ Betegsége miatt rendszeresen járnia kell orvoshoz.

20. Az alábbi okok közül, valamelyik visszatartotta-e valaha abban, hogy felkeresse az orvost? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Anyagiak (sok pénzbe kerülne, ha kezelnének).

☐ Időhiány.

☐ Nem engedhette meg magának a jövedelem kiesést.

☐ Távolság az orvostól, kórháztól.

☐ Nem bízom az orvosokban.

☐ Félek az orvosoktól/kórháztól/kezeléstől.

☐ Nem tudtam kihez forduljak.

☐ Egyéb: ……

☐ Egyik sem

Az alábbi kérdések a szűrővizsgálattal kapcsolatosak.

21. Volt-e az elmúlt 1 évben valamilyen szűrővizsgálaton? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Tüdő szűrővizsgálat.

☐ Vastagbéldaganat szűrés

☐ Vércukorszint mérés

☐Koleszterinszint mérés

☐ Fogászati szűrővizsgálat

☐ Érrendszeri szűrővizsgálat

☐ EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálata

☐ Hasi ultrahang vizsgálat

☐ Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegy, allergia vizsgálat)

☐ Egyik sem

22. Volt-e az elmúlt 1 évben házastársa/ élettársa valamilyen szűrővizsgálaton?
(Több választ is megjelölhet)

☐ Tüdő szűrővizsgálat.

☐ Emlőszűrés.

☐ Nőgyógyászati szűrővizsgálat. (méhnyak szűrés)

☐ Vastagbéldaganat szűrés

☐ Vércukorszint-mérés

☐ Koleszterinszint mérés

☐ Fogászati szűrővizsgálat

☐ Érrendszeri szűrővizsgálat

☐ EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálata

☐ Hasi ultrahang vizsgálat

☐ Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegy, allergia vizsgálat)

☐ Egyik sem

23. Mikor gondolja úgy, hogy szükséges elmennie valamilyen szűrővizsgálatra?

☐ Ha bármilyen tünetet észlel.

☐ Ha az orvosom javasolja.

☐ A tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként.

☐ Egészséges vagyok, nincs szükségem szűrővizsgálatokra.

☐ Nem tudom/Nem kívánok válaszolni.

24. Ön szeretne tudatában lenni annak, hogy a házastársának/ élettársának van-e emlődaganata?

☐ Igen

☐ Nem

25. Ön szerint hány éves kortól ajánlott a nők emlőszűrésen való részvétele átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ 25 éves kor felett

☐ 35 éves kor felett

☐ 45 éves kor felett

☐ 55 éves kor felett

☐ 65 éves kor felett

☐ Nem tudom

26. Ön szerint milyen időközönként ajánlott a nők emlőszűrésen való részvétel átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ Félévente

☐ Évente

☐ Kétévente

☐Háromévente

☐ Nem tudom

27. Ön szerint elegendő információval rendelkezik a nők emlőszűrésről?

☐ Igen

☐ Nem

28. Az *alábbiakban állításokat olvashat, kérem, jelölje meg, hogy <u>mennyire ért egyet az adott állítással:</u>*

Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad, az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.

nem értek egyet |----------| egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának a kockázatát.

nem értek egyet |----------| egyetértek

1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

29. Ön szerint mekkora esélye van, a többi nőhöz viszonyítva az emlődaganat kialakulásának házas,- illetve élettársa esetében?

☐ Nagyon kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nála.

☐ Kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nála.

☐ Ugyanannyi esélye van a betegség kialakulására, mint minden más nőnek.

☐ Magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nála.

☐ Nagyon magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nála.

30. Ön szerint az emlődaganat gyógyítható betegség, ha korai stádiumban szűrik ki?

☐ Igen

☐ Nem

☐Nem tudom

31. Házastársa/ élettársa egyenesági, közeli hozzátartozói (szülők, nagyszülők, dédszülők) körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐Nem tudom

32. Az Ön baráti, ismerősi körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

33. Ön szerint az emlődaganat korai stádiumban lehet tünetmentes?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

34. Ön milyen forrásból kapott információt az emlődaganattal kapcsolatban?
(Több választ is jelölhet)

☐ Háziorvostól, más szakorvostól

☐ Egészségügyi dolgozótól (ápoló, asszisztens stb.)

☐ Barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól

☐ Családtagoktól

☐ Televízióból

☐ Internetről

☐ Újságokból, írott tájékoztatókból

☐ Egyéb:……..

☐ Nem hallottam róla

35. Kérem, jelölje meg azon tényezőket, amelyek hozzásegítenek ahhoz, hogy az emlődaganat kialakuljon. *(Több válasz is lehetséges)*

☐ Kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása

☐ Túlzott alkoholfogyasztás

☐ Örökölt hajlam

☐ 50 év feletti életkor

☐ Késői menopauza

☐ Túlsúly vagy elhízás

☐ Dohányzás

☐ Magas vérnyomás

☐ Hormonpótlás

☐ Kevés testmozgás

☐ Fogamzásgátló szedése

☐ Fájdalomcsillapítók szedése

☐ Sugárhatások

☐ Korai menstruáció

☐ HPV- fertőzés

☐ Egészségtelen táplálkozás

☐ Magas koleszterin szint

☐ Cukorbetegség

36. Ön szerint az emlőrák gyakori daganatos halálok Magyarországon?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

37. Véleménye szerint milyen tünetei lehetnek az emlőráknak? *(Több válasz is lehetséges)*

☐ az emlőben csomót tapint

☐ az emlő feszülése, fájdalma

☐az emlőbimbó behúzódik

☐ az emlő bőrén behúzódást észlel

☐ emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg

☐ az emlő bőre - az ellenoldalihoz képest - duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik

☐ az emlőbimbóból véres váladékozást észlel

☐ hóna alatt csomót tapint

38. Véleménye szerint a férfiak esetében is előfordulhat emlőrák?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

39. Szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban?

☐ Igen

☐ Nem

3. melléklet: Mammográfiás csoport kérdőíve

Tisztelt Hölgyem!

Kissné Reményi Diána vagyok, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Doktori Iskola hallgatója. Az értekezésem az emlőrák megelőzésével és az ehhez kapcsolódó mammográfiás szűrővizsgálattal, valamint a részvételi hajlandósággal foglalkozik. A kutatás információkkal szolgálhat a szűrővizsgálaton való részvétel elősegítéséhez.

Elkészítéséhez szükségem van az Ön közreműködésére is, ezért kérem, segítse munkámat az alábbi kérdőív kitöltésével. A kérdőív kitöltése névtelen és önkéntes.

Válaszát kérem **X- szel jelölje** vagy írjon a vonalra, az ettől eltérő kitöltési módot külön jelezni fogom. Kérem, **minden kérdésre adjon választ**, ha bizonytalan, akkor jelölje azt, amit leginkább igaznak tart.

Őszinte válaszait előre is köszönöm!

Kérem, válaszoljon néhány **általános** kérdésre.

1. Életkor: ……év

2. Hol lakik Ön?

☐ Megyeszékhely

☐ Egyéb város

☐ Falu/Község/Tanya

3. Családi állapota?

☐ Nőtlen/Hajadon

☐ Házas/Élettársi kapcsolatban él

☐ Elvált/Külön él

☐ Özvegy

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

☐ Kevesebb, mint 8 általános

☐ 8 általános

☐ Szakiskola/ Szakmunkásképző

☐ Középiskola/ Gimnázium

☐ Felsőfokú szakképesítés

☐ Főiskola/ Egyetem

5. Milyen az Ön foglalkoztatottsági státusza?

☐ Aktív kereső

☐ Munkanélküli

☐ Szülési szabadság (GYES, GYED)

☐ Nyugdíjas

☐ Rokkantnyugdíjas

☐ Eltartott

☐ Háztartásbeli

☐ Egyéb,

éspedig:……..

6. Milyennek ítéli a család/háztartás jelenlegi anyagi helyzetét?

☐ Nagyon rossz

☐ Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

7. Hívő embernek tartja magát?

☐ Igen

☐ Nem

8. Tartozik-e valamilyen egyházhoz, felekezethez?

☐Igen

☐Nem

9. Milyennek ítéli az egészségi állapotát?

☐ Nagyon rossz

☐ Rossz

☐ Éppen megfelelő

☐ Jó

☐ Nagyon jó

10. Rendelkezik Ön egészségügyi végzettséggel? (pl. ápoló, gyógytornász, orvos, védőnő)

☐ Igen

☐ Nem

11. Milyen messze lakik Ön a legközelebbi egészségügyi szolgáltatótól (kórház, klinika, rendelőintézet)?

☐ 1 kilométeren belül

☐ 1 kilométernél távolabb, de 5 kilométeren belül

☐ 5 kilométernél távolabb, de 10 kilométeren belül

☐ 10 kilométernél távolabb

12. Járt-e a háziorvosánál az elmúlt 6 hónapban?

☐ Igen

☐ Nem

13. Mennyire bízik Ön az orvosokban/egészségügyben?

☐ Egyáltalán nem

☐ Kis mértékben

☐ Eléggé bízom

☐ Teljes mértékben

14. Milyen gyakran szokott orvoshoz fordulni?

☐ Nem járok

☐ 2-3 évente

☐ Évente kb. 1 alkalommal

☐ Félévente

☐ Negyedévente

☐ Havi rendszerességgel

15. Általában milyen okból keresi fel háziorvosát?

☐ Csak ha igazolást, táppénzt vagy receptet kér.

☐ Minden estben, ha betegnek érzi magát.

☐ Nincs panasz, de szükségesnek tartja a rendszeres ellenőrzést.

☐ Betegsége miatt rendszeresen járnia kell orvoshoz.

16. Az alábbi okok közül, valamelyik visszatartotta-e valaha abban, hogy felkeresse az orvost? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Anyagiak (sok pénzbe kerülne, ha kezelnének).

☐ Időhiány.

☐ Nem engedhette meg magának a jövedelem kiesést.

☐ Távolság az orvostól, kórháztól.

☐ Nem bízom az orvosokban.

☐ Félek az orvosoktól/kórháztól/kezeléstől.

☐ Nem tudtam kihez forduljak.

☐ Egyéb: ……

☐ Egyik sem

Az alábbi kérdések a szűrővizsgálattal kapcsolatosak.

17. Volt-e az elmúlt 1 évben egyéb szűrővizsgálaton? *(Több választ is megjelölhet)*

☐ Tüdő szűrővizsgálat.

☐ Nőgyógyászati szűrővizsgálat. (méhnyak szűrés)

☐ Vastagbéldaganat szűrés

☐ Vércukorszint mérés

☐ Koleszterinszint mérés

☐ Fogászati szűrővizsgálat

☐ Érrendszeri szűrővizsgálat

☐ EKG (Elektrokardiográfia) szív vizsgálata

☐ Hasi ultrahang vizsgálat

☐ Bőrgyógyászati szűrővizsgálat (anyajegy, allergia vizsgálat)

☐ Egyik sem

18. Mikor gondolja úgy, hogy szükséges elmennie valamilyen szűrővizsgálatra?

☐ Ha bármilyen tünetet észlel.

☐ Ha az orvosom javasolja.

☐ A tünetek észlelése előtt, rendszeres időközönként.

☐ Egészséges vagyok, nincs szükségem szűrővizsgálatokra.

☐ Nem tudom/ Nem kívánok válaszolni.

19. Jelenleg miért vesz részt emlőszűrésen?

☐ Fontosnak tartja, hogy tisztában legyen az egészségi állapotával

☐ Átlagosnál magasabb rizikójú csoportba tartozik

☐ Elváltozást talált a mellében

☐ Orvosa javasolta

20. Ön szerint hány éves kortól ajánlott emlőszűrésen való részvétel átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ 40 éves kor felett

☐ 50 éves kor felett

☐ 60 éves kor felett

☐ 70 éves kor felett

☐ Nem tudom

21. Ön szerint milyen időközönként ajánlott emlőszűrésen való részvétel átlagos kockázattal rendelkezőknél?

☐ Félévente

☐ Évente

☐ Kétévente

☐ Háromévente

☐ Nem tudom

22. Ön szerint elegendő információval rendelkezik az emlőszűrésről?

☐ Igen

☐ Nem

23. Az *alábbiakban állításokat olvashat, kérem, jelölje meg, hogy <u>mennyire ért egyet az adott állítással:</u>*

Az emlőszűrésen való részvétel biztonságérzetet ad, az egyén kontroll alatt tudja tartani az egészségét.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek
1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

Az egészséges életmód, mint például az egészséges táplálkozás, rendszeres mozgás, csökkenti az emlődaganat kialakulásának a kockázatát.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek
1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

Félek, hogy a vizsgálat eredménye, valamilyen elváltozást, daganatot mutat ki.

Nem értek egyet |----------| Egyetértek
1-------2-------3-------4-------5-------6-------7

24. Tudja, hogyan kell emlőinek önvizsgálatát végezni?

☐ Igen

☐ Nem

25. Milyen rendszerességgel végez emlőönvizsgálatot?

☐ Soha

☐ 1 évben 1-2 alkalommal

☐ Negyedévente

☐ Havonta

26. Ön szerint hány éves kortól szükséges elvégezni az emlőönvizsgálatot?

☐ 20 éves kor felett

☐ 25 éves kor felett

☐ 30 éves kor felett

☐ 35 éves kor felett

☐ 40 éves kor felett

☐Nem tudom

27. A menstruációs periódus mely szakaszában kell az emlőönvizsgálatot végezni?

☐ Minden hónapban közvetlenül a menstruáció előtti hétvégén

☐ Minden hónapban a menstruációs periódus félidejében

☐ Minden hónapban közvetlenül a menstruáció utáni hétvégén

☐ Nem tudom

28. Ön szerint mekkora esélye van az emlődaganat kialakulására az élete során?

☐ Nagyon kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Kevés az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Ugyanannyi esélyem van a betegség kialakulására, mint minden más nőnek.

☐ Magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

☐ Nagyon magas az esélye annak, hogy a betegség kialakul nálam.

29. Véleménye szerint milyen tünetei lehetnek az emlőráknak? *(Több válasz is lehetséges)*

☐ Az emlőben csomót tapint

☐ Az emlőbimbó behúzódik

☐ Az emlő feszülése/ fájdalma

☐ Az emlő bőrén behúzódást észlel

☐ Emlőbimbón ekcémának tűnő elváltozás jelent meg

☐ Az emlő bőre - az ellenoldalihoz képest - duzzadttá, keménnyé, illetve pirossá válik

☐ Az emlőbimbóból véres váladékozást észlel

☐ Hóna alatt csomót tapint

30. Ön szerint az emlődaganat gyógyítható betegség, ha korai stádiumban szűrik ki?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

31. Az Ön egyenesági, közeli hozzátartozói (szülők, nagyszülők, dédszülők) körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

32. Az Ön baráti, ismerősi körében előfordult már emlődaganat?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

33. Ön szerint az emlődaganat korai stádiumban lehet tünetmentes?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

34. Ön szerint az emlőrák gyakori daganatos halálok Magyarországon?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

35. Ön milyen forrásból kapott információt az emlődaganattal kapcsolatban?
(Több választ is jelölhet)

☐ Háziorvostól, más szakorvostól

☐ Egészségügyi dolgozótól (ápoló, asszisztens stb.)

☐ Barátoktól, ismerősöktől, munkatársaktól

☐ Családtagoktól

☐ Televízióból

☐ Internetről

☐ Újságokból, írott tájékoztatókból

☐ Egyéb:……..

☐ Nem hallottam róla

36. Kérem, jelölje meg azon tényezőket, amelyek hozzásegítenek ahhoz, hogy az emlődaganat kialakuljon. *(Több válasz is lehetséges)*

☐ Kevés gyümölcs, zöldség fogyasztása

☐ Túlzott alkoholfogyasztás

☐ Fizikai behatás (mellet ért ütés)

☐ Örökölt hajlam

☐ 55 év feletti életkor

☐ Késői menopauza

☐ Túlsúly vagy elhízás

☐ Dohányzás

☐ Magas vérnyomás

☐ Hormonpótlás

☐ Kevés testmozgás

☐ Fogamzásgátló szedése

☐ Fájdalomcsillapítók szedése

☐ Sugárhatások

☐ Korai menstruáció

☐ HPV- fertőzés

☐ Egészségtelen táplálkozás

☐ Magas koleszterin szint

☐ Cukorbetegség

☐ A gyermek anyatejes táplálása

☐ Gyermektelenség

37. Szeretne több információt kapni az emlőszűréssel kapcsolatban?

☐ Igen

☐ Nem

38. A következő állítások közül, mely a legjellemzőbb Önre, a jövőbeni emlőszűrésen való részvételére?

☐ Eldöntöttem újra részt fogok venni szűrésen.

☐ Gondolkozom azon, hogy részt vegyek-e vagy sem.

☐ Nem fogok újra szűrésen részt venni.

9 Az értekezés szerzőjének publikációi

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

1. Diána Reményi Kissné , Noémi Gede, Zsolt Szakács, István Kiss

   Breast cancer screening knowledge among Hungarian women: a cross-sectional study

   BMC Womans Health 15;21(1):69. (2021.)

A disszertációhoz nem kapcsolódó közlemények:

1. Gede, N; Remenyi, Kiss D; Kiss, I

   Colorectal cancer and screening awareness and sources of information in the Hungarian population

   BMC FAMILY PRACTRISE 19:1 Paper: 106, 6 p. (2018.)

2. Gede, N; Horváthné, Kívés Zs ; Kiss, I ; Kissné, Reményi D ; Vajda, R ; Berényi, K

   Vastag-és végbéldaganat szűrésével és egyéb más szűrésekkel kapcsolatos attitűdök vizsgálata

   MAGYAR EPIDEMIOLÓGIA 12: 1-2 pp. 23-30., 8 p. (2016)

3. Gede, N; Berényi, K; Kiss, I ; Kissné, Reményi D ; Vajda, R; Horváthné, Kívés Zs

   Vastagbéldaganattal és annak szűrésével kapcsolatos ismeretek vizsgálata

   MAGYAR EPIDEMIOLÓGIA 11: 3-4 pp. 77-85. , 9 p. (2014)

4. Kissné, Reményi D; Cseh, J; Polyák, É; Gede, N; Berényi, K

   A C-vírus hepatitis epidemiológiája és kezelésének eredménye pegilált interferon és ribavirin terápia kapcsán

MAGYAR EPIDEMIOLÓGIA 11: 3-4 pp. 99-104., 6 p. (2014)

Konferenciák és előadások:

1. Reményi, D

   A C-vírus hepatitis epidemiológiája és kezelésének eredménye pegilált interferon és ribavirin terápia kapcsán

   In: Fiatal Higiénikusok Fóruma X.: Program és összefoglalók (2014) pp. 83-83. , 1 p.

2. Reményi, D ; Brückner, L

   A schengeni határátkelőhely népegészségügyi jelentősége (Mohács)

   In: Magyar Higiénikusok Társasága XLIII Vándorgyűlése (2014) pp. 78-78. , 1 p.

10 Irodalomjegyzék

[1] The International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2012, France. (Hivatkozva: 2020. április 27.) http://globocan.iarc.fr.

[2] Peto, J., (2001) Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411(6835), old. 390-395.

[3] Momenimovahed, Z., Salehiniya, H., (2019) Epidemiological charasteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer*, 11, old. 151- 164.

[4] Döbrössy, L., (2013) Emlőszűrés. Kovács, A., (szerk.), *Daganatok szűrése minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató (old. 141-229.)*. Budapest, Magyarország: Országos Tisztifőorvosi Hivatal

[5] Basu, P., Ponti, A., Anttila, A., Ronco, G., Senore, C., Vale, D.B., Segnan, N., Tomatis, M., Soerjomataram, I., Zakelj, M.P., Dillner, J., Elfström, K.M., Lönnberg, S., Sankaranarayanan, R.,: (2018) Status of implementation and organization of cancer screening in The European Union Member States- Summary results from the second European screening report International. *Int J Cancer*,142, old. 44-56.

[6] Giordano, L., von Karsa, L., Tomatis, M., et al. (2012): Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation .*J Med Screen*, 19 (1), old. 72- 82.

[7] Tompa, A., (2011) A daganatos betegségek előfordulása: A hazai és nemzetközi helyzet ismertetése, *Magyar Tudomány*, 172(11), old. 1333-1346.

[8] Hortobagyi, G.N., de la Garza, Salazar, J., Pritchard, K., et al., (2005) ABREAST Investigators. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clin Breast Cancer*, 6(5), old. 391–401.

[9] Ottó, Sz., Kásler, M., (2005) A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása. *Magy Onkol*, 49(2), old. 99-107.

[10] Sárváry, A., (2015) A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálozásának jellemzői 1980 és 2011 között. *Acta Med Soc*, 6, old. 59-78.

[11] Kásler, M., Ottó, Sz., Kenessey, I., (2017) A rákmorbiditás és mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orvi Hetil*, 158(3), old. 84-89.

[12] Ember, I., Kiss, I., Cseh, K., (2013.) *Népegészségügyi orvostan*, Pécs, Magyarország: PTE ÁOK, old. 178- 180.

[13] Nemzeti Rákregiszter. (Hivatkozva:2021.április25.) https://onkol.hu/nemzeti-rakregiszter/

[14] Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukiełka-Budny, B., Burdan, F., (2017) Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*, 24(4), old. 549–553.

[15] Paci E., (2012) EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit angd harm balance sheet. *J Med Screen*, 19(1), old. 5-13.

[16] https://www.cochrane.org/CD001877/BREASTCA_screening-for-breast-cancer-with-mammography; (Hivatkozva:2018.szeptember2.)

[17] Egan, K.M., Newcomb, P.A., Longnecker, M.P., Trentham-Dietz, A., Baron, J.A., Trichopoulos, D., Stampfer, M.J., Willett, W.C., (1996) Jewish religion and risk of breast cancer. *Lancet*, 347(9016), old. 1645-6.

[18] Laitman, Y., Boker, L.K., Liphsitz, I., Weissglas-Volkov, D., Litz-Philipsborn, S., Schayek, H., Friedman, E., (2015) Cancer risks in Jewish male BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat* 150(3), old. 631-5.

[19] Bowen, R., Stebbing, J., Jones, L., (2006) A review of the ethnic differences in breast cancer. *Pharmacogenomics*, 7(6), old. 935–942.

[20] Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., Asmat Ullah Khan, A.U., (2017) Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res*, 50(1):33.

[21] Stark, G., Grandel, S., Spilker, G., (1992) Tissue suction of the male and female breast. *Aesthetic Plast Surg*, (16), old. 317–24.

[22] Tanis, P., Nieweg, O, Olmos, R., Kroon, B., (2001) Anatomy and physiology of lymphatic drainage of the breast from the perspective of sentinel node biopsy1. *J Am Coll Surg*, (192) old. 399–409.

[23] Thomsen, S., Tatman, D., (1998) Physiological and pathological factors of human breast disease that can infuence optical diagnosis. *Ann N Y Acad Sci*, 838(1), old. 171–93.

[24] World Health Organization, (Hivatkozva:2022.06.28) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

[25] Waks, A.G., Winer, E.P., (2019) Breast Cancer Treatment: A Review, *JAMA*, 321(3), old. 288-300.

[26] Heim, E., Valach, L., Schaffner, L., (1997) Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med*, (59), old. 408–18.

[27] Bednarek, A., Sahin, A., Brenner, A., Johnston, D., Aldaz, C., (1997) Analysis of telomerase activity levels in breast cancer: positive detection at the in situ breast carcinoma stage. *Clin Cancer Res*, 3(1), old. 11–6.

[28] Segal, R., Evans, W., Johnson, D., Smith, J., Colletta, S., Gayton, J., (2001) Structured exercise improves physical functioning in women with stages I and II breast cancer: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, (19), old. 657–65.

[29] Moran, M., Schnit, S., Giuliano, A., Harris, J., Khan, S., Horton, J., (2014) Society of surgical oncology–American society for radiation oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, (88), old. 553–64.

[30] Jacquillat, C., Weil, M., Baillet, F., Borel, C., Auclerc, G., Maublanc, M., (1990) Results of neoadjuvant chemotherapy and radiation therapy in the breast-conserving treatment of 250 patients with all stages of infiltrative breast cancer. *Cancer*, (66), old. 119–29.

[31] Neuman, H., Morrogh, M., Gonen, M., (2015) Stage IV breast cancer in the Era of targeted therapy, Does surgery of the primary tumor matter. *Cancer*, (116), old. 1226–33.

[32] Raul, G., Zunzunegui, M.D., Maureen, A., Chung, M.D., Jovita Oruwari. M.D., et al., (2003) Casting-Type Calcifications With Invasion and High-Grade Ductal Carcinoma In Situ A More Aggressive Disease? *Arch Surg*, 138(5), old. 537-540.

[33] West, A., Wullkopf, L., Christensen, A., Leijnse, N., Tarp, J.M., Mathiesen, J., et al., (2017) Division induced dynamics in non-Invasive and invasive breast cancer. *Biophysical Journal*, (112), old. 123–5.

[34] Dillon, D., Guidi, A.J., Schnitt, S.J., (2014) Pathology of invasive breast cancer. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. Diseases of the Breast. 5th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health

[35] Chuba, P., Hamre, M., Yap, J., Severson, R., Lucas, D., Shamsa, F., (2005) Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma-in-situ: analysis of surveillance, epidemiology, and end results data. *J Clin Oncol*, 23:5534–41.

[36] Clauser, P., Marino, M.A., Baltzer P.A., Bazzocchi, M., Zuiani, C., (2016) Management of atypical lobular hyperplasia, atypical ductal hyperplasia, and lobular carcinoma in situ. *Exp Rev Anticancer ther*. (16), old. 335–6.

[37] Ziperstein, M.J., Guzman, A., Kaufman, L.J., (2016) Evaluating breast cancer cell morphology as a predictor of invasive capacity. *Biophys J,* (110), old. 621–5.

[38] Arpino, G., Bardou, V.J., Clark, G.M., Elledge, R.M., (2004) Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res*, (6), old. 149–52.

[39] Somiari, R., Sullivan,. A., Russell, S., Somiari, S., Hu, H., Jordan, R., George, A., Katenhusen, R., Buchowiecka, A., Arciero, C., Brzeski, H., (2003) High-throughput proteomic analysis of human infiltrating ductal carcinoma of the breast. *Proteomics*, 3(10), old. 1863–73.

[40] Joglekar-Javadekar, M., Van Laere, S., Bourne, M., Moalwi, M., Finetti, P., Vermeulen, P.B., et al., (2017) Characterization and targeting of platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) in inflammatory breast cancer (IBC). *Neoplasia*, (19), old. 564–73.

[41] Errichetti, E., Avellini, C., Pegolo, E., De Francesco, V., (2017) Dermoscopy as a supportive instrument in the early recognition of erosive adenomatosis of the nipple and mammary paget's disease. *Ann Dermatol*,(29), old. 365–7.

[42] World Health Organization. (Hivatkozva:2021.május1.) http://www.who.int/

[43] Key, T.J., Verkasalo, P.K., Banks, E., (2001) Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*, 2(3), old. 133-140.

[44] Rojas, K., Stuckey, A., (2016) Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*, 59(4), old. 651-672.

[45] Anderson, K.N., Schwab, R.B., Martinez, M.E., (2014) Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature., *Breast Cancer Res Treat*, 144(1), old. 1-10.

[46] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, (2002) Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of invidual data from 47 epidemiological

studies in 30 countries, including 50302 woman with breast cancer and 96973 woman without disease. *Lancet*, (360), old. 187-195.

[47] Trabert, B.,Sherman, M.E., Kannan, N., Stanczyk, F., (2020) Progesterone and Breast Cancer, *Endocrine Reviews*, 41(2), old. 320-344.

[48] Reynolds, P., (2013) Smoking and breast cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 18(1), old. 15-23.

[49] Luo, J., Margolis, K.L., Wactawski-Wende J., et al., (2011) Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *BMJ, (*342)d1016.

[50] Xue, F., Willett, W.C., Rosner, B.A., Hankinson, S.E., Michels, K.B., (2011) Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med*, 171(2), old. 125–133.

[51] Key, T.J., Reeves, G.K., (2016) Alkohol, diet, and risk of breast cancer. *BMJ*,(353)i2503, old. 1-2.

[52] Benabu, J.C., Stoll, F., Gonzalez, M., Mathelin, C., (2015) Night work, shift work: Breast cancer risk factor? *Gynecol Obstet Fertil*, 43(12), old. 791–799.

[53] Wolf, I., Sadetzki, S., Catane, R., Karasik, A., Kaufman, B., (2005) Diabetes mellitus and breast cancer. *Lancet Oncol*, 6(2), old. 103–111.

[54] Valencia, O.M., Samuel, S.E., Viscusi, R.K, Riall, T.S., Neumayer, L.A., Aziz, H., (2017) The Role of Genetic Testing in Patients With Breast Cancer: A Review. *JAMA Surg*, 152(6), old. 589-594.

[55] Sheikh, A., Hussain. S.A., Ghori, Q., Naeem, N., Fazil, A., Giri, S., Sathian, B., Mainali, P., Al Tamimi D.M., (2015) The spectrum of genetic mutations in breast cancer. *Asian Pac J of Cancer Prev,* 16(6), old. 2177-2185.

[56] Arindam, P., Soumen P., (2014) The breast cancer susceptibility genes (BRCA) in breast and ovarian cancers. *Front Biosci*, (19), old. 605–618.

[57] Aisenberg, C., Finkelstein, D., Doppke, K., et al., (1997) High risk of breast carcinoma after irradiation of young woman with Hodgkin's disease. *Cancer*, (79), old. 1203-1210.

[58] Swerdlow, A., Barber, J., Hudson, G., et al., (2000) Risk of second malignancy after Hodgkins's disease in a collaborative British cohort: the relation to age treatment. *J Clin Oncol*, 18(3), old. 498-509.

[59] Döbrőssy, L., (2004.) *Megelőzés az alapellátásban*, Budapest, Magyarország: Medicina Könyvkiadó, old. 193- 214.

[60] WHO. (Hivatkozva: 2022.február11.) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

[61] van Geel, A.N., van Slooten, E.A., Marrunac, M., Hart, A.A.M., (1985) A retrospective study of male breast cancer in Holland. *Brit J Surg*, (72) old. 724-7.

[62] Erdélyi, M., Göblyös, P., (1972) A férfi emlő röntgendiagnosztikája. *Magyar Radiol*, (24), old. 129- 37.

[63] Korde, L.A., Zujewski, J.A., Kamin, L. et al., (2010) Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. *J Clin Oncol*, (28), old. 2114–2122.

[64] Abdelwahab, Yousef, A.J., (2017) Male Breast Cancer: Epidemiology and Risk Factors. *Semin Oncol*, 44(4), old. 267-272.

[65] Thompson, D., Easton, D., (2001) Variation in cancer risks, by mutation position, in BRCA2 mutation carriers. *Am J Hum Genet*, 68(2), old. 410–9.

[66] Evans, D.G.R., Bulman, M., Young, K., Howard, E., Bayliss, S., Wallace, A., Lalloo, F., (2008) BRCA1/2 mutation analysis in male breast cancer families from North West England. *Familial cancer*, 7(2), old. 113-117.

[67] Giordano, S.H., (2018) Breast Cancer in Men. *N Engl. J. Med*, 378(24), old. 2311-2320.

[68] Giordano, S.H., Cohen, D.S., Buzdar, A.U., Perkins, G., Hortobagyi. G.N., (2004) Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer*, 101(1), old. 51-7.

[69] Niell, B.L., Freer, P.E., Weinfurtner, R.J., Arleo, E.K., Jennifer S. Drukteinis, J.S., (2017) Screening for Breast Cancer. *Radiol Clin N Am*, 55(6), old. 1145–1162.

[70] Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A., (2019) *A rosszindulatú daganatok szűrővizsgálata*, Budapest, Magyarország: Medicina könyvkiadó Zrt. old. 129-179.

[71] Oestreicher, N., Lehman, C.D., Seger, D.J., Buist, D.S., White, E., (2005) The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screeining program. *Am J Roentgenol*, 184(2), old. 428-432.

[72] Pisani, P., Parkin, D.M., Ngelangel, C., et al., (2006) Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Phillippines. *Int J Cancer*, 118(1) old. 149-154.

[73] Semiglazov, V.F., Moiseenko, V.M., Bagli, J.L., et al., (1992) The role of BSE in early breast cancer detection (results of the 5 years OSSR/WHO randomized study in Leningrad). *Eur J Epdemiol*, 8(4), old. 498-502.

[74] Thomas, D., Gao, D., Ray, R., et al., (2002) Randomized trial of breast self-examination in Sanghai: Final results. *J Natl Cancer Inst*, 94(19), old. 1445-1457.

[75] Pippin, M.M., Boyd, R., Breast Self Examination, *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*; 2022 Jan.

[76] Forrai, G., Ambrózay, É., Bidlek, M., Borbély, K., Kovács, E., Lengyel, Zs., Ormándi, K., Péntek, Z., Riedl, E., Sebő, É., (2016) Diagnosztikus Radiológia/ Nukleáris Medicina Szakmai Bizottság, A képalkotó vizsgálómódszerek alkalmazása az emlődaganatok korszerű szűrésében, diagnosztikájában és ellátásában- Szakmai útmutató a III. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján. *Magy Onkol*, (60), old. 181-193.

[77] Bidlek, M., Kovács, E., Fehér, K., Gődény M., (2015) Újdonságok, új lehetőségek az emlődaganatok képalkotó diagnosztikájában. *Magy Onkol*, (59), old. 44-55.

[78] Alan, B., (2019) Hollingsworth, Redefining the Sensitivity of Screening Mammography: a Review, *Am J Surg*, 218(2), old. 411–418.

[79] Shapiro, S., Venet, W., Strax, P., Venet, L., Roeser, R., (1985) Selection, follow-up, and analysis int he Health Insurance Plan Study: a randomized trial with breast cancer screening. *Natl Cancer Inst Monogr*, (67), old. 65-74.

[80] Tabar, L., Fagenberg, C.J., Gas, A., et al., (1985) Reduction in mortality from breast cancer after mass screening wit mammography. Randomized trial from Breast Cancer Screening Working Group of Swedish National Bord of Health and Welfare. *Lancet*, i(8433), old. 829-832.

[81] Loberg, M., Lousdal, M.L., Bretthauer, M., Kalager, M., (2015) Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Res*, 17(1), old. 63

[82] Ohuchi, N., Suzuki, A., Sobue, T., et al., (2016) Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial. *Lancet*, 387(10016), old. 341–348.

[83] Corsetti, V., Houssami, N., Ghirardi, M., et al., (2011) Evidence of the effect of adjunct ultrasound screening in women with mammography-negative dense breasts: interval breast cancers at 1 year follow-up. *Eur J Cancer*, 47(7), old. 1021–1026.

[84] Skaane, P., Bandos, A.I., Gullien, R., et al., (2013) Comparison of digital mammography alone and digital mammography plus tomosynthesis in a population-based screening program. *Radiology*, 267(1), old. 47–56.

[85] Fiorica, J.V., (2016) Breast Cancer Screening, Mammography, and Other Modalities. *Clin Obstet Gynecol*, 59(4), old. 688-709.

[86] Kolb, T., Lichy, J., Newhouse, J., (2002) Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology*, 225(1), old. 165–175.

[87] Sasková, P., Pavlista, D., (2016) Breast self- examination. Yes or no? *Ceska Gynekol*, 81(6), old. 463-469.

[88] Thornton, H., Pillarisetti, R.R., (2008) 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *Eur J Cancer*, 44(15), old. 2118-21.

[89] Mark, K., Temkin, S.M., Terplasn, M., (2014) Breast self-awareness: the evidence behind the euphenism. *Obstet Gynaecol*, 123(4), old. 734-736.

[90] Elobaid, Y.E., Aw, T.C., Grivna, M,, Nagelkerke, N., (2014) Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among arab women in the United Arab Emirates: a cross-sectional survey. *PLoS One*, 9(9), e105783.

[91] Olajide, T.O., Ugburo, A.O., Habeebu, M.O., Lawal, A.O., Afolayan, M.O., Mofikoya, M.O., (2014) Awareness and practice of breast screening and its impact on early detection and presentation among breast cancer patients attending a clinic in Lagos, Nigeria. *Niger J Clin Pract*, 17(6), old. 802-7.

[92] Donelly, T.T., Al Khater, A., Al-Bader, S.B., Al Kuwari, M.G., Malik, M., Al-Meer, N., Singh, R., Fung, T., (2014) Factors that Inluence Awareness of Breast Cancer Screening among Arab Woman in Qatar: Results from a Cross Sectional Survey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(23), old. 10157-10164.

[93] Tazhibi, M., Feizi, A., (2014) Awareness Levels about Breast Cancer Risk Factors, Early Warning Signs, and Screening and Therapeutic Approaches among Iranian Adult Woman: A large Population Based Study Using Latent Class Analysis. *BioMed Res Int*, 2014:306352.

[94] Kanaga, K.C., Nithiya, J., Noor Shatirah, M.F.V., (2011) Awareness of Breast Cancer and Screening Procedures Among Malaysian Woman. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(8), old. 1965-1967.

[95] Trupe, L.A., Rositch, A., Dickerson, L., Lucas, S., Harvey, S.C., (2017) Knowledge and Attitudes About Breast Cancer in Limpopo, South Africa. *J Glob Oncol*, 3(5), old. 509- 514.

[96] Pires Batiston, A, Mamoru Tamaki, E, Alves de Souza, L, et al., (2011) Knowledge of and practices regarding risk factors for breast cancer in women aged between 40 and 69 years [in Portuguese]. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 11(2), old. 163–171.

[97] Erbil, N., Bölükbas, N., (2012) Beliefs, Attitudes, and Behavior of Turkish Woman about Breast Cancer and Breast Self- Examination According to a Turkish Version of the Champion Heath Belief Model Scale, *Asian Pac J Cancer Prev*, 13(11), old. 5823-5828.

[98] Wegwarth, O., Widschwendter, M., Cibula, D., Sundström, K., Portuesi, R., Lein, I., Felix G Revitschek, F.G., on behalf of the FORECEE (4C) consortium, (2018) What do European woman know about their female cancer screeining? A cross-sectional online intervention survey in five European countries. *BMJ Open*, 8(12), e023789.

[99] Marmarà, D., Marmarà, V., Hubbard G., (2017) Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 17(416), old. 19.

[100] Carrasco- Garrido, P., Hernandez- Barrera, V., Lopez de Andres, A., Jimenez-Trujillo, I., Gallardo Pino, C., Jimenez- Garcia, R., (2014) Awareness and uptake of colorectal, breast cervical and prostate cancer screening test sin Spain. *Eur J Public Health*, 24(2), old. 264-70.

[101] Dreier, M., Borutta, B., Töppich, J., Bitzer, E.M., Walter, U., (2012) Früher von Brust- und Gebärmutterhalskrebs- ein systematischer Review zu Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten der Frauen in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 74(11), old. 722-735.

[102] Csizmadia, P., (2016) Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, 57(3), old. 41-44.

[103] Nutbeam, D., (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, (13), old. 349-364.

[104] Koltai, J.A., Kun E., (2016) A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 57(3), old. 3-20.

[105] Boncz, I., Döbrőssy, L., Péntek, Z., Kovács, A., Budai, A., Imre, L., Vajda, R., Sebestyén, A., (2013) A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008-2009) szűrési körének részvételi arányai. *Orv Hetil*, 154(50), old. 1975-1983.

[106] Schliemann, D., Tin Tin, S., Paramasivam, D., Treanor, C., Dahlui, M., Loh, S.Y., Donnelly, M., (2019) Effectiveness of Mass and Small Media Campaigns to Improve Cancer Awareness and Screening Rates in Asia: A Systematic Review. *J Glob Oncol*, (5), old. 1-20.

[107] Park, K., Hong, W.H., Kye, S.Y., et al., (2011) Community-based intervention to promote breast cancer awareness and screening: The Korean experience. *BMC Public Health.*, 11:468, old. 10.

[108] Heo, J., Chun, M., Lee, K.Y., et al., (2013) Effects of a smartphone application on breast self-examination: A feasibility study. *Healthc Inform Res.*, 19(4), old. 250–260.

[109] Móczár, Cs., Ambrózay, É., Lehoczky, Ny., (2017) Mit tehet a háziorvos a mammográfiás szűréseken való részvétel javításáért? A prevenciós nővér szerepe. Orv Hetil, 158(8), old. 311-315.

[110] Döbrössy, B., (2017) Az egészségértés fogalma, mérése és hatása az emlőszűrésen való részvételre. *Metszetek*, 6(2), old. 167-185.

[111] Boncz, I., Sebestyén, A., Gulácsi, L., Pál, M.,, Dózsa, Cs., (2003) Az emlőrák szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Magy Onkol*,, 47(2), old. 149-154.

[112] Betlehem, J., Kriszbacher, I., (2008) A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése. *Egészs gazd Szemle*, (6), old. 22-25.

[113] Statistics Canada (Hivatkozva:2019.július 4.) (2009)An update on mammography use in Canada: http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10873-eng.htm 2019.július 4.

[114] Word Health Organization (Hivatkozva:2019.július4.) (2008.) Word Health Statistics: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf 2019. július 4.

[115] A., Altová, I., Kulhánová, L., Brůha, M., Lustigová, (2021) Breast and cervical cancer screening attendance among czech woman. *Cent Eur J Public Health* 29(2), old. 90-95.

[116] M., Navarro, A., Nicolas, A., Ferrandez, A., Lanas, (2017) Colorectal cancer population screening pragrams wordwide in 2016: An update. *Word Journalof Gastroenterology*, 23(20), old. 3632-3642.

[117] M., Harvie, A., Howell, G., Evans (2015) Can diet and lifestyle prevent breast cancer: what is the evidence? *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 35, old. 66-73.

7. sz. melléklet

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: Kissné Reményi Diána

születési név: Reményi Diána

anyja neve: Schuller Márta

születési hely, idő: Mohács, 1988.06.04.

Emlőrákkal, illetve mammográfiával kapcsolatos ismeretek és attitűdök felmérése

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom az

Egészségtudományi Doktori Iskola

Onkológia-Egészségtudomány (6.) Programjához/témacsoportjához

Témavezető neve: Prof. Dr. Kiss István

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet
- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító igényléséhez.

Dátum: 2022. 11. 14.

.....
doktorvárományos aláírása

....
témavezető aláírása társtémavezető aláírása