

Magyar nyelvű összefoglaló

**KÖZÉP- ÉS IDŐSKORÚ NŐK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA,
EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA ÉS ÉLETMINŐSÉGE**

Dr. Maróti-Nagy Ágnes

BEVEZETÉS

A fertőző betegségek visszaszorításával párhuzamosan új kihívás jelent meg a 21. században az egészségügyi ellátás területén, a genetikai és környezeti hatások mellett az egészségtelen életmód következtében kialakuló krónikus nem fertőző betegségek formájában.

Hazánkban a közép- és időskorú nők morbiditási és mortalitási statisztikáiban vezető helyen áll két krónikus betegség: a csontritkulás és egyes, a női nemre specifikus daganatos megbetegedések, az emlőtumor és egyéb nőgyógyászati ráktípusok.

Magyarországon évente kb. 80 ezer csonttörés történik csontritkulás következtében, melyek egyötöde a csípőt és a combcsontot érinti és évente kb. 2500 halálesetért felelős.

Napjainkban a mellrák még mindig a nők három „leghalálosabb” daganatos betegségének egyike, annak ellenére, hogy megelőzésére hazánkban 2002 óta országos szűrőprogram működik.

Mindkét kórkép kialakulásában és progressziójában jelentős szerepet játszanak az életmódi tényezők: elsősorban a táplálkozás és a testmozgás, ezen kívül a dohányzás, valamint a kávé-és az alkoholfogyasztás, melyek egészségtudatos befolyásolása fontos eleme a fenti betegségek megelőzésének.

A betegségek kifejlődésével, a tünetek megjelenésével az életminőség is megváltozik. Ennek mértéke többek között a tünetek súlyosságától, az egyén tűrőképességétől és szociális támogatottságától függ.

Bár a csontritkulás és az emlő/nőgyógyászati tumorok népegészségügyi szempontból egyaránt komoly terhet jelentenek, alapvető különbség van közöttük súlyosság és túlélés tekintetében. Míg az osteoporosis az esetek többségében egyáltalán nem okoz tünetet, ún. „néma járvány”, addig a tumor „életet veszélyeztető” betegségként él a köztudatban, s az utóbbi esetében a betegek túlélése jelentős mértékben függ a daganat stádiumától a diagnózis időpontjában, és sokkal bizonytalanabb a betegség kimenetele is.

Vizsgálatunk célja az volt, hogy meghatározzuk e két betegcsoporthoz tartozók egészségi állapotát, egészségmagatartását és életminőségét, és azonosítsuk azokat a szociodemográfiai és egészséggel kapcsolatos paramétereket (BMI, egyéb krónikus betegség jelenléte, rendszeres gyógyszeresedés stb.), amelyek befolyásolják életmód változtatásukat, különös tekintettel betegségük eltérő jellegére, valamint amelyek összefüggésben vannak a jobb életminőségükkel.

VIZSGÁLT SZEMÉLYEK ÉS MÓDSZER

Csontritkulás

A kérdőíves alapú keresztmetszeti vizsgálat során az adatok gyűjtése kérdezőbiztos segítségével történt 2007-ben az SZTE csontsűrűség mérő centrumában, 40 év feletti nők körében. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. A felmérésbe 500 beteg bevonását terveztük, akik közül 424-en töltötték ki a kérdőívet, melyek átvizsgálása során további 65 kérdőívet vettünk ki, hiányzó adatok, illetve a nők premenopausalis státusza miatt; így összesen 359 beteg adatait értékeltük.

Tumorok

Az önkitöltős, kérdőíves felmérés 2008. december és 2009. február közötti időszakban történt az SZTE ÁOK Onkoterápiás Klinikájának közreműködésével. Összesen 201 önkéntes, véletlenszerűen kiválasztott beteget kérdeztünk meg, majd a kérdőívek átvizsgálása után 46 beteget kivontunk a vizsgálatból hiányzó adatok miatt; így 155 nőbeteg adatait analizáltuk.

A két betegcsoportnál alkalmazott kérdőív számos közös elemet tartalmazott. A kérdőívek alapvetően két – mindkettőben fellelhető – fő részből tevődtek össze: az életminőség mérése a WHOQOL-BREF standardizált mérőeszközzel, míg az egyéb jellemzők vizsgálata saját fejlesztésű kérdések alapján történt. A WHOQOL-BREF két általános kérdés (általános egészség és általános életminőség megítélés) és 4 témakör (fizikai, pszichológiai, szociális és környezeti) alapján értékeli az életminőséget. Az egyes kérdésekre 1-5-ig pontok adhatók; a magasabb pontszámok jobb életminőséget jelentenek. A saját fejlesztésű kérdőív szocio-demográfiai helyzetre (életkor, iskolázottság stb.), általános egészségi állapotra (egyéb krónikus betegség, rendszeres gyógyszeres kezelés stb.), egészségmagatartásra (pl. táplálkozás, kávé-, alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai aktivitás), egészségügyi ellátásra (pl. beutaló orvos szakterülete), és egyéb, a betegségekre vonatkozó specifikus kérdéseket tartalmazott.

A statisztikai analízist SPSS 15.0 for Windows programmal végeztük. Kategorikus adatok esetén az egyes csoportok összehasonlítása χ^2 próbával történt (pl. tejfogyasztás gyakorisága a különböző csontsűrűség csoportokban). Az átlagok összevetésére one-way ANOVA-t használtunk (pl. életminőség pontok összehasonlítása). Logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk az egyes változtatásokat befolyásoló paraméterek hatásának vizsgálatára.

EREDMÉNYEK

A csontsűrűség mérésen részt vett nők átlagéletkora $64,0 \pm 8,24$ év, közülük a csonttritkulásban szenvedő nők átlag kora $66,21 \pm 8,28$ év, míg a tumoros betegeké $57,6 \pm 11,83$ év volt. A csonttritkulásos betegek és a daganatos nők többsége egyaránt középiskolai végzettségű, párkapcsolatban, városban élő, nem aktívan dolgozó volt.

Az osteoporosis szűrésre történő beutalás leginkább bizonyos tünetek – fájdalom, fáradékonyság, menstruációs zavarok stb. – megjelenésével összefüggésben történt. 35,7%-uknak volt már spontán csonttörése, az alkar és csigolyatörések voltak a leggyakoribbak. Kezelés céljából 90%-uk kapott valamilyen gyógyszert vagy vitamin/ásványianyag készítményt: ~50%-ban szedtek biszfoszfonátokat, ~6%-ban SERM-t (szelektív ösztrogén receptor modulátor), ~73%-ban D-vitamint, ~67%-ban kalciumot. A csonttritkulásos nők nagy része dohányzott, átlagban 14 cigarettát szívtak naponta. Az alkoholfogyasztást leginkább a vörösbor fogyasztása jellemezte, az egy alkalommal történő átlagos bevitel $1,19 \pm 0,63$ egység volt. Gyermekkorában az osteoporosisos betegek 73,4%-a ivott minden nap tejet vagy evett valamilyen tejterméket. A diagnózist követően 52,7%-uk változtatott a táplálkozásán és 36,5%-uk a fizikai aktivitásán is. Életminőségüket pozitív irányba befolyásoló tényezők voltak az egyetemi/főiskolai végzettség (OR: 3,85), az aktív munkavégzés (OR: 5,12), a párkapcsolat megléte (OR: 3,42) és az idősebb életkor (65 év fölött OR: 3,11).

A daganatos minta legnagyobb részét az emlőrákos betegek tették ki (34,8%), méhnyakrákot diagnosztizáltak a vizsgáltak 22,6%-ánál, méhdaganatot 23,1%-nál, petefészekrákot 15,4%-nál és hüvelyi daganatot 1,5%-nál. A megkérdezettek 2,5%-ánál az emlő és a nemi szervek egyaránt érintettek voltak. A betegek azonos arányban (~85%) vettek valaha részt mammográfiás vizsgálaton, illetve méhnyakszűrésen. Orvoshoz fordulásuk oka ~75%-ban a tünetek jelentkezése volt, ~7%-uk általános ellenőrzésre ment, ~14%-uk pedig rákszűrésre. A felmérés ideje alatt 84%-uk részesült kezelésben daganatos betegsége miatt. Kétharmadukat műtötték, illetve ugyanennyien részesültek sugárkezelésben. Kétötödük dohányzott a tumor diagnózisa előtt, mely arány a felére csökkent a diagnózis után; a diagnózis előtt 86,5%-uk fogyasztott rendszeresen kávé, és 2,5%-uk ivott alkoholt minden nap; a fogyasztott mennyiség alkalmanként $2,36 \pm 2,28$ egység volt. A diagnózis után 78,7%-uk változtatott a táplálkozásán. Ezt leginkább az egészségügyi személyzettől kapott támogatás (OR: 6,05), a tumor típusa (OR: 3,36) befolyásolta, illetve ha aktívan dolgozott (OR: 2,70) az illető. Életminőségüket pozitívan befolyásolta a tumor típusa (nőgyógyászati, OR: 3,71) és a párkapcsolatban élés (OR: 3,31).

KÖVETKEZTETÉSEK

Összességében a vizsgált nők többsége érettségizett volt és párkapcsolatban élt a vizsgálat idején. Demográfiai jellemzők szerint a csontritkulásos betegek idősebbek és alacsonyabb végzettségűek voltak, mint a tumoros nők. A daganatos betegek körében nagyobb arányban voltak elhízottak, aktív munkavégzők, dohányzók és kávéfogyasztók, és a rendszeres gyógyszerfogyasztás is magasabb arányú volt náluk, mint az osteoporosisban szenvedőknél. Az egyéb krónikus betegségek gyakorisága hasonló volt a két csoportban, jellemző volt a kardiovaszkuláris kórképek túlsúlya.

Az életmódján mindkét csoport változtatott: a tumoros betegek leginkább a táplálkozásukon, a csontritkulásban szenvedők pedig a fizikai aktivitásukon. Az életmód változtatás legfőbb mozgatója az egészségügyi személyzet tanácsadó tevékenysége volt, ez a tény felhívja a figyelmet az egészségügyben, elsősorban az alapellátásban dolgozók felelősségére a prevenció és terápia során. Összességében a tumoros betegek nagyobb arányban, nagyobb mértékben, és az életmód több területén változtattak egészségmagatartásukon, ami összefüggésben állhat e betegség életet veszélyeztető jellegével, és az ebből fakadó fokozottabb félelemmel, mely változtatásra ösztönöz.

A csontritkulásos betegekben az életminőséget az iskolai végzettség és az aktív munkavégzés befolyásolta leginkább. Daganatos nőbetegekben az idősebb kor, az aktív munkavégzés, az egyéb krónikus betegségek hiánya, a párkapcsolatban élés és a rendszeres gyógyszeresedés hiánya pozitív irányba befolyásolták az életminőséget. Összességében a tumoros nők életminősége pozitívabb volt a csontritkulásos betegekéhez képest. Ez valószínűleg összefügg azzal, hogy nagyobb mértékben változtattak életmódjukon, mely tény szintén hozzájárulhat a jobb közérzet kialakításához és ezen keresztül a gyorsabb gyógyuláshoz.