



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

A VÉDŐNŐK FELKÉSZÍTÉSE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS LAKOSSÁGI RÉSZVÉTELÉNEK ÖSZTÖNZÉSÉRE

TANANYAG A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELMÉLETÉRŐL ÉS LAKOSSÁGI
KOMMUNIKÁCIÓJÁRÓL, VALAMINT AZ ÖNMINTAVÉTELI ELJÁRÁSOKRÓL

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Budapest

2019.

A tananyag az EFOP-1.8.1-VEKOP-1-2016-00001 számú, „Komplex népegészségügyi szűrések” című
kiemelt projekt keretében készült

TARTALOMJEGYZÉK

1. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELMÉLETI HÁTTERE	6
BEVEZETÉS	6
SZŰRŐVIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON - TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS	6
A MÉHNYAKRÁK EPIDEMIOLÓGIÁJA	8
SZAKDOLGOZÓI SZŰRÉS: VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSI PROGRAM	12
2. A SZŰRÉS SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEI	13
A SZŰRŐVIZSGÁLATOK BIOLÓGIAI ALAPJA: A DAGANATOK FEJLŐDÉSMENETE.....	13
MIT NEVEZÜNK SZŰRŐVIZSGÁLATNAK?	14
A CÉLBETEGSÉGEK KIVÁLASZTÁSA: MILYEN ESETEKBEN KEZDEMÉNYEZHETŐ A SZŰRŐVIZSGÁLAT?	14
KÖVETELMÉNYEK A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZERTŐL	15
A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZER ALKALMASSÁGÁNAK ÉRTÉKMÉRŐI	15
LEHETSÉGES TÉVEDÉSEK.....	15
SZŰRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN: ALKALOMSZERŰ ÉS SZERVEZETT SZŰRÉS	16
ALKALOMSZERŰ (OPPORTUNISZTIKUS) SZŰRÉS.....	16
A SZERVEZETT (ORGANIZÁLT) SZŰRÉS	17
A SZŰRŐVIZSGÁLATOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSE	17
CSÖKKENT A MEGBETEGEDÉSEK SZÁMA?	17
JAVUL AZ ÉLETMINŐSÉG?	17
JAVUL A KLINIKAI STÁDIUM-MEGOSZLÁS?	17
MEGHOSSZABBODOTT TŰLÉLÉS?	18
A HALÁLOZÁS MÉRSÉKLŐDÉSE	18
A SZŰRŐVIZSGÁLATOK TUDOMÁNYOS MEGÍTÉLÉSE: SZAKTERÜLET MAI ÁLLÁSA	18
EGYÉB TUDNIVALÓK A SZERVEZETT SZŰRÉSRŐL	18
CSAK HASZONNAL JÁR A SZŰRÉS, VAGY OKOZHAT KÁRT IS?.....	18
A TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ÖNKÉNTESÉG ELVE.....	19
A SZŰRÉS: ETIKAI TÖBBLETFELELŐSSÉG.....	20
3. A SZERVEZETT MÉHNYAKSZŰRÉS STRATÉGIÁJA	21
BEVEZETÉS	21
A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZŐ ÁLLAPOTAI ÉS RÁKJA.....	21
A SZERVEZETT SZŰRÉS STRATÉGIÁJA: ÉLETKOR ÉS GYAKORISÁG	22
SZELEKTÍV SZŰRÉS	23
SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZEREK ÉS AZOK ÉRTÉKE.....	23
NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉS?.....	23
A MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉNEK ÉS VÉGREHAJTÁSÁNAK IRÁNYELVEI	24
A MEGHÍVÓLEVÉL.....	24
A SZŰRŐVIZSGÁLAT: MINTAVÉTEL.....	24
A KENET FIXÁLÁS, KENETKÉSZÍTÉS, LABORATÓRIUMBA SZÁLLÍTÁS.....	24
A CITOLÓGIAI LELET : AJÁNLÁS A VÉDŐNŐ TENNIVALÓIRA.....	25

4. A VÉDŐNŐ SZEREPE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉBEN

26

BEVEZETÉS	26
MÉHNYAKSZŰRÉSI GYAKORLAT NEMZETKÖZI ÁTTEKINTÉSE.....	26
A VÉDŐNŐ HELYE, SZEREPE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS BEN.....	27
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELŐNYE ÉS HÁTRÁNYA	28
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS ORSZÁGOS KITERJESZTÉSE.....	28
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS JOGSZABÁLYI HÁTTERE	29
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG FELTÉTELE.....	30
VÉDŐNŐI SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG LÉPÉSEI	31
ÚJ SZŰRÉSI MÓDSZEREK – LIQUID BASED (LBC).....	31
ÚJ SZŰRÉSI MÓDSZEREK II.- A HPV ÖNMINTAVÉTEL TECHNIKÁJA.....	32
KOMMUNIKÁCIÓ	32
A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ ÁLTALÁNOS CÉLJA A PROGRAMBAN	32
A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ KONKRÉT CÉLJA A PROGRAMBAN	34
7 TÉVHIT A KOMMUNIKÁCIÓVAL KAPCSOLATBAN.....	34
A PROGRAM KOMMUNIKÁCIÓS KÖRNYEZETÉNEK SAJÁTOSSÁGA	36
A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS, MINT SZOLGÁLTATÁS „ELADÁSA” A KLIENSEKNEK.....	37
A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS „ELADÁSA” AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓKNAK	38
A KONFLIKTUSOK MEGELŐZÉSE. AZ „ÉN-ÜZENETEK” SZEREPE A KOMMUNIKÁCIÓBAN.....	40
A PÁCIENS ÉS A VÉDŐNŐ TALÁLKOZÁSÁNAK HATÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	41
A FOLYAMATOS SZŰRÉS FONTOSAGÁNAK KOMMUNIKÁLÁSA	42
KOMMUNIKÁCIÓ LÁTOGATÁS ALKALMÁVAL.....	43
KOMMUNIKÁCIÓ A LAKOSSÁG ÖSZTÖNZÉSÉRE, TÁJÉKOZTATÁSÁRA	43
EGYÜTTMŰKÖDÉSEK KIALAKÍTÁSA A RÉSZVÉTELI ARÁNY NÖVELÉSE ÉRDEKÉBEN.....	44
5. NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK	45
MÉHNYAKSZŰRÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON.....	45
VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS KONTRA NŐGYÓGYÁSZATI RÁKSZŰRÉS	45
HPV FERTŐZÉS	46
HPV TÍPUSOK.....	46
HPV FERTŐZÉSTŐL A MÉHNYAKRÁKIG.....	47
MÉHNYAKRÁK ÉS RÁKMEGELŐZŐ ÁLLAPOT (PRAECANCEROSIS).....	47
BETHESDA KLASSZIFIKÁCIÓ	47
MÉHNYAKRÁK KIALAKULÁSA.....	50
6. A SZŰRÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGA, LÉLEKTANI HATÁSAI.....	51
A RÁK KÉPE A KÖZTUDATBAN	51
A “KÓR” ÉS A ”BETEGSÉG”	52
A SZŰRÉS CÉLÁLLAPOTA	52
A NEGATÍV LÉLEKTANI KÖVETKEZMÉNYEK FORRÁSAI	53
A „CÍMKÉZÉS”	53

AZ ÁLDOZAT HIBÁZTATÁSA.....	53
A KOCKÁZAT, MINT BETEGSÉG. A TALÁLT RENDELLENESÉG ÉRTELMEZÉSE.....	53
MIT JELENT A KOCKÁZAT?	54
A KOCKÁZAT „MEDIKALIZÁCIÓJA”	54
A SZŰRÉS NEMKÍVÁNATOS LÉLEKTANI HATÁSAI: A SZŰRÉS A PÁCIENS SZEMSZÖGÉBŐL	54
EGÉSZSÉGNEVELÉS: „SZŰRÉSI PROPAGANDA”	55
AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS A MEGELŐZÉS FEGYVERE	55
AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS CÉLCSOPORTJAI.....	56
AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETHORDOZÓI.....	56
AZ EURÓPAI RÁKELLENES „TÍZPARANCSOLAT”	56
A SZŰRÉS ELFOGADOTTSÁGÁNAK NÖVELESE	56
SZŰRÉS ELFOGADOTTSÁGA AZ „EGÉSZSÉGÜGYI KULTÚRA” RÉSZÉ.....	56
AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETE	57
7. MELLÉKLET	58
8. AJÁNLOTT ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM.....	61

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: A lakosság átszűrtségének és a méhnyakrák előfordulásának összefüggése (Nagy-Britannia)	6
2. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai standardizált incidenciája az Európai Unió tagállamaiban (2006)	8
3. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai incidenciájának alakulása (2003-2015) (Forrás: WHO HFA)	9
4. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás standardizált arányszáma az Európai Unió tagállamaiban (2006)	10
5. ábra: A 15-64 éves női lakosság méhnyakrákból eredő halálozási mutatói 2010-2014 között megyei szinten	11
6. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás alakulása a 25-64 évesek körében (1990-2016)	11
7. ábra: A méhnyakrák új eseteinek és haláleseteinek a száma Magyarországon 2001-2015 között .	12
8. ábra: A daganatok kialakulásának folyamatmodellje	13
9. ábra: A méhnyak hámjának két típusa és a kétféle hám átmenete	21
10. ábra: A hámtávolítás folyamata a rák kialakulásában	22
11. ábra: Hagyományos és LBC módszerrel készített kenet	32
12. ábra: Humán Papilloma vírus	46
13. ábra: A védőnői méhnyakszűrés során használt citológiai lap.....	49

KÖSZÖNTŐ

Kedves Védőnő Kolléganő!

Hazánkban a méhnyakrák miatti relatív halálozási kockázat magas: az európai uniós országok átlagának mintegy háromszorosa. A méhnyakrák miatt bekövetkező halálozások száma az elmúlt években alig változott, évente közel 400 nőt veszítünk el. Ez azt jelenti, hogy naponta elveszítünk egy anyát, egy testvért, egy barátnőt, egy társat. Ez leginkább annak tudható be, hogy méhnyakszűrésre meghívott hölgyek egy része ritkán vagy egyáltalán nem vesz részt ezen a szűréstípuson. A komoly, akár halálos kimenetelű esetek többsége ezt a csoportot érinti leginkább. A probléma megoldásának egyik lehetséges módja azon hölgyek személyes meggyőzése, akik soha nem vagy nagyon ritkán mennek el a szűrésre.

Ezt a célt szolgálta a védőnői méhnyakszűrés program országos kiterjesztése, vagyis a szűrés lakóhelyhez közel, vagyis „helybe-vitele”. Te és közel 2400 védőnő kolléganő részese a védőnői szakma megújításának, annak a társadalmi szerepvállalásnak, amely népegészségügyi szempontból rendkívüli jelentőséggel bír.

Bízom benne, hogy a tananyagban lévő ismeretanyag a napi gyakorlatban is sikeresen hasznosítható lesz.

Jó tanulást és további eredményes munkát kívánok!

Árváné Egri Csilla

védőnő

Védőnői Módszertani Osztály

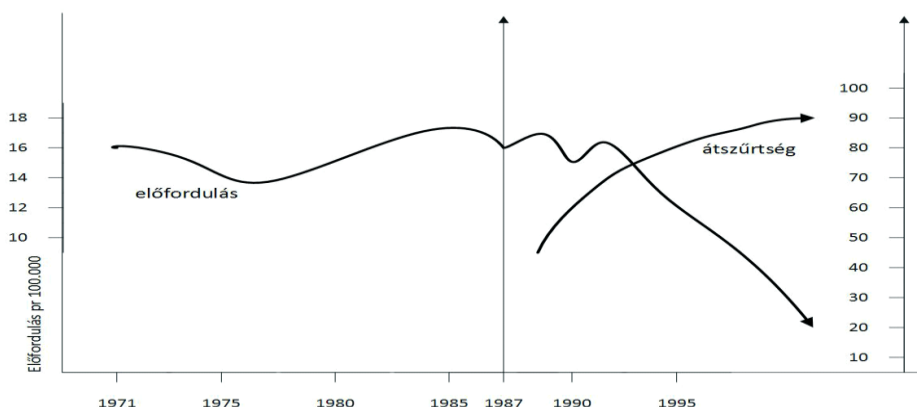
1. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELMÉLETI HÁTTERE

BEVEZETÉS

A fejlett világ számos országában a méhnyakrák elleni küzdelem – a méhnyakszűrés – az egészségügyi ellátás sikertörténete. A szűrővizsgálat teszi lehetővé a még tüneteket és panaszokat nem okozó méhnyakrák és megelőző állapotainak korai felismerését és kezelését, és így a betegség teljes eradikálását, gyökeres felszámolását ígéri. Ezekben az országokban minden egyes méhnyakrákból származó halálesetet az „inkompetencia”, más szóval a hozzá nem értés, hanyagság, bűnös mulasztás következményének tartanak, amelyért vagy az egészségügyi ellátórendszer fogyatékoságait, vagy az áldozatoknak önmaguk sorsával szemben tanúsított közömbösségét terheli a felelősség.

Magyarországon a méhnyakrák még ma is figyelemreméltóan fontos népegészségügyi probléma. Ennek az oka egy *elszalasztott lehetőség*. A sejtvizsgálatra (citológia) alapozott népegészségügyi méretű, szervezett lakosságszűréssel már évtizedek óta olyan lehetőség birtokában vagyunk, amelytől a méhnyakrák miatt bekövetkező halálozás gyökeres mérséklése várható. Ezt példázzák azok az országok (Finnország, Nagy Britannia), amelyekben nemzetközi ajánlásoknak megfelelően kihasználják a szervezett lakosságszűrés lehetőségeit, és ilyen módon vetettek gátat a „méhnyakrák-epidemiának”, azaz a méhnyakrák tömeges előfordulásának és a magas halálozásnak. Ezekben az országokban, ahogy emelkedett a lakosság átszűrtsége, azaz a szűrővizsgálaton részt vettek száma, úgy csökkent a méhnyakrák előfordulása és a méhnyakrák miatt bekövetkező halálozás. (1. ábra)

Magyarországon sajnálatos módon a méhnyakrák elleni lakosságszűrés bizonyítottan hatásos lehetőségeit nem használtuk ki megfelelően, mert a „hagyomány” megkötötte a kezünket.



1. ábra: A lakosság átszűrtségének és a méhnyakrák előfordulásának összefüggése (Nagy-Britannia)

SZŰRŐVIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON - TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS

Magyarországon ugyanis a „nőgyógyászati rákszűrésnek” sok évtizedes hagyományai vannak. Kezdetei az 1950-es évekre nyúlnak vissza: a főhatóság már 1954-ben elrendelte a 30 év feletti nők „tömeges szűrését” (Eü. Min. 6634/31/1954). A szűrővizsgálat egyedüli módszere akkor a külső méhszáj kolposzkópos megtekintése volt, amit értelemszerűen nőgyógyász szakorvosok végeztek.

Az akkoriban „kolpocitológiának” nevezett sejtvizsgálat: a méhszájról és a nyakcsatornából vett sejtkenet mikroszkópos vizsgálata, az 1960-as évek elején jelent meg, és egyes újításra törekvő nőgyógyászok a kolposzkópos vizsgálattal együtt kezdték alkalmazni.

A patológusok később ébredtek. Meggondolva, hogy a sejtkenet mikroszkópos vizsgálata lényegében morfológiai jártasságot igényel, az 1960-as évtized folyamán jól működő patológiai osztályokra telepítve kialakult a „citodiagnosztikai állomások” országos hálózata, majd felismerve azt, hogy a tömeges szűrővizsgálatból származó sejtvizsgálat meghaladja a munkával túlterhelt patológusok

teljesítőképességét, 1972-ben – amerikai példa nyomán – megindult a *citológiai előszűrő szakasszisztensek* rendszeres képzése.

1976-ban megjelent az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet és az Országos Onkológiai Intézet közös módszertani levele, amely a nőgyógyászokat tette meg a szűrővizsgálatok „kapuőrének”, a szűrővizsgálat módszereként a kolposzkópos vizsgálattal kiegészített teljes nőgyógyászati vizsgálatot nevezte meg, amelynek része a kenetvétele citológiai vizsgálat céljára. Ilyen módon létrejött az ország nőlakosságát ellátni képes szűrővizsgálati kapacitás. Ekkor honosodott meg a „*nőgyógyászati rákszűrés*” elnevezés, mint „*olyan nőgyógyászati vizsgálat, amely kolposzkópos vizsgálatot, citológiai vizsgálatot, valamint bimanuális kismedencei vizsgálatot, és emlővizsgálatot foglal magába.*” Eszerint a szűrővizsgálat szakorvosi feladattá vált.

Mindez a nőgyógyászati szakellátás aktivizálódásához vezetett. Kedvező talajt jelentett az 1981-ben meghirdetett „*Cervix-program*”. A program keretében az évtized során évente 1.3 millió sejtvizsgálattal kiegészített „*nőgyógyászati szűrővizsgálatot*” végeztek, eredményessége mégis kétséges maradt, mert csökkent ugyan az elhanyagolódott rákesetek száma, emelkedett a korai felismerés és kezelés, a méhnyakrák miatt bekövetkezett halálozás nem csökkent.

A „*Cervix-program*” tehát nem érte el célját. Elemzések szerint azért nem, mert *alkalomszerű* volt, hiányzott a szervezettség: a *célközönség személy szerinti azonosítása*. Csak a vizsgált kenetek számát ismerték, de azt nem, hogy kit és hányszor vizsgáltak. A nagyszámú szűrés ellenére a nőlakosság átszűrtsége alacsony maradt (kb. 30%), mert ebben az intenzív, de szabályozatlan „*tömegszűrésben*” a lakosság egészségtudatosabb hányada szükségtelen gyakorisággal, a lakosság nagyobb hányada viszont sohasem részesült szűrésben. Ezekből került ki a halált okozó méhnyakrákos esetek nagyobb hányada.

Ezt a zsákutcás helyzetet felismerve az egészségügyi kormányzat úgy döntött, hogy a szűrővizsgálat rendszerét a mértékadó nemzetközi *szakmai és szervezési irányelvek* alapján újjá kell szervezni. Érvényesíteni kell a „*szervezett szűrés*” koncepcióját, amelynek lényeges eleme a veszélyeztetett korban lévő nők személy szerinti nyilvántartása és meghívása.

Fontos eleme az ajánlott új koncepciónak, hogy a *citológiai vizsgálat* szűrővizsgálatot, azaz a méhszájból és a nyakcsatornából származó sejtkenet vizsgálatát nyilvánította a szűrővizsgálat *szuverén módszerének* azzal indokolva, hogy a nyakcsatorna a kolposzkópos vizsgálat számára „*néma*” terület, a bimanuális vizsgálat nem kellően érzékeny sem a méhtest, sem a méhfüggelékek elváltozásainak felismerésére, az emlő elváltozásainak felismerésére pedig a tapintásos vizsgálat önmagában alkalmatlan. Eszerint a hagyományos „*nőgyógyászati rákszűrés*” elnevezés helyett a „*méhnyakszűrés*” (cervix-szűrés) elnevezést ajánlotta.

Az átállást és a szervezett szűrés gyakorlatát elősegítendő, a méhnyakszűrés „*modellezése*” helyet kapott a Világbank és a Magyar Kormány között megkötött kölcsönszerződés keretében finanszírozott népegészségügyi „*felzárkózási programok*” sorában.

A *szervezett népegészségügyi lakossági méhnyakszűrés* 2003-ban vette kezdetét. Jóllehet az eredményesség minden feltétele biztosítva volt, az első évek tapasztalatai alapján a méhnyakszűrés törekvések minősített kudarcnak tarthatók, mert a megjelenési arány elfogadhatatlanul alacsony volt. Ennek nyilvánvaló oka az, hogy „*a rossz szokások nehezen halnak el*”: Magyarországon mind a nőgyógyász szakmában, mind a népességben rögzült a *hagyományos gyakorlat*. A szűrés „*kapuőrei*” a nőgyógyászok maradtak (akikre a kenetvétele az ajánlás szerint is hárult), akik a hagyományos módon elvégzett szűrővizsgálatot nem jelentették a Szűrési Nyilvántartásnak, a meghívott népesség pedig zömében a nőgyógyászok programon kívüli szolgáltatását vette igénybe. A népegészségügyi méhnyakszűrés eredményessége, hatásossága eszerint sok kívánnivalót hagyott maga után.

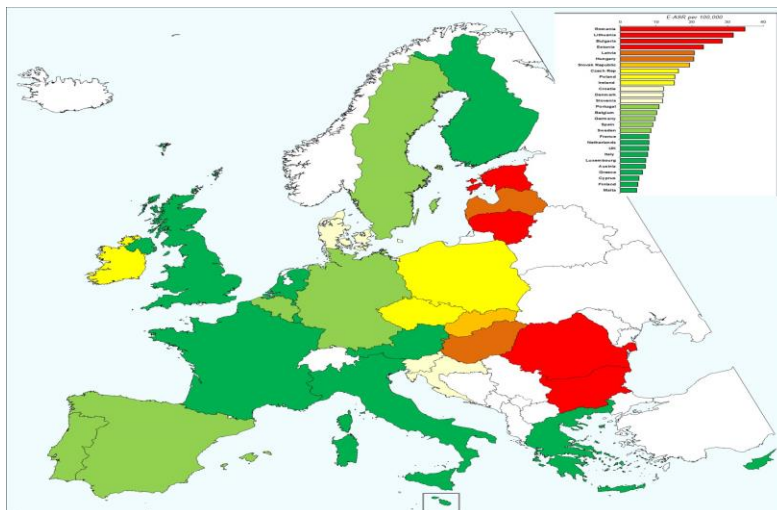
A megoldást a „*szakdolgozói szűrés*” jelenthet.

A MÉHNYAKRÁK EPIDEMIOLÓGIÁJA

A méhnyakrák helyzete *világszerte* rendkívül változatos. Jelentős különbségek vannak előfordulásában, és a halálozásban is. Az Egészségügyi Világszervezet Lyoni Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége (WHO/IARC) által közreadott, a rák világhelyzetét bemutató jelentés szerint 2014-ben a méhnyakrák 523.000 új megbetegedéssel a 4. leggyakrabban előforduló daganat volt. Ugyanakkor 266.000 nő halt meg e betegségben, ezzel ugyancsak a 4. helyen állt a rosszindulatú daganatok miatti halálozás sorrendjében. A megnevezett jelentés szerint a méhnyakrákok mintegy 70%-a az alacsony és közepes *humán fejlettségi mutatóval* (HDI) jellemezhető országokban fordul elő zömében; ezekben az országokban a második leggyakrabban előforduló daganat, gyakorisága 15.7/100.000 volt. (A Human Development Index egy mutatószám, amely a születéskor várható élettartam, az írástudás, az oktatás és az életszínvonal alapján a világ országainak összehasonlítását teszi lehetővé.) Minden ötödik méhnyakrákot Indiában diagnosztizálnak. A világ 184 országából 39 országban a méhnyakrák a leggyakoribb daganat, 45 országban pedig a vezető daganatos halálok; ezek közé sorolhatók Afrika Szahara alatti régiói, Ázsia és Latin-Amerika egyes országai. Előfordulása legalacsonyabb Nyugat-Európa, Észak-Amerika országaiban, Ausztráliában és Új-Zélandon. Ezekben az országokban átlagosan 9-9/100.000 gyakorisággal a 8-13 leggyakoribb daganat.

Jelentős az eltérés a méhnyakrák miatti halálozás sorrendjében is. A halálozási ráta átlagértékei világviszonylatban 100.000 nőlakosra viszonyítva 6.8, az alacsony és közepesen fejlett országokban 8.3, a felett országokban 3.3 volt.

Európában a helyzet kevésbé drámai. A kontinens egészét, azaz az Európai Uniót kívüli országokat tekintve, mind az előfordulás, mind a halálozás mutatói magasabbak az Európai Unió tagországainak átlagánál. A mutatók régióként, azon belül országonként is változnak. Legalacsonyabbak Nyugat-, és Észak-Európában (10.6 és 11.6/100.000). Finnországban például 100.000 nőlakosra jut egyetlen méhnyakrák-halálozás (1.4/100.000). Az értékek a Közép-Kelet-Európai országok átlagában a legkedvezőtlenebbek (21.7/100.000). (2. számú ábra)

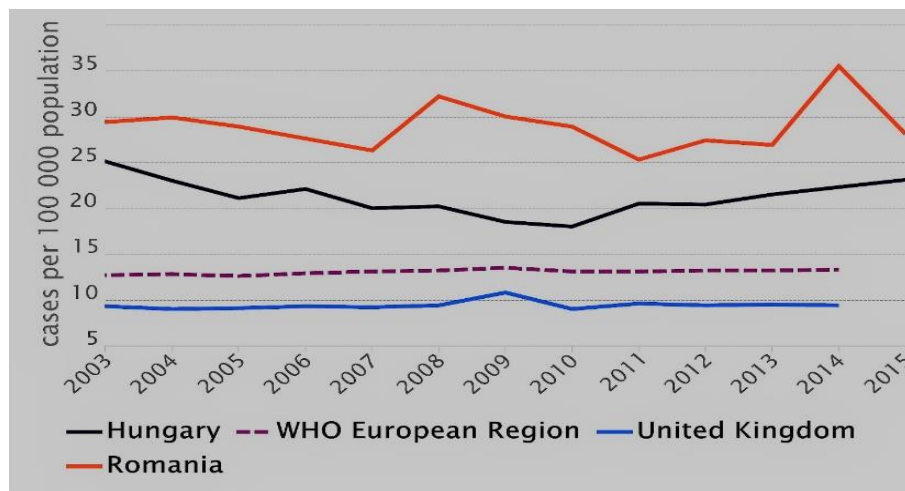


2. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai standardizált incidenciája az Európai Unió tagállamaiban (2006)

Az Európai Unió tagállamaiban a méhnyakrák incidenciája az észak- és nyugat-európai országokban alacsonyabb (7-10/100 000 fő), mint a közép- és kelet-európai országokban (15-35/100 000fő).

Magyarországon a méhnyakrák incidenciája 2003-ban a népegészségügyi célú szűrővizsgálat bevezetésekor 25/100000 fő volt, majd ezt követően a minimum érték 18/100000 fő volt. Ezek az értékek egyértelműen jelzik a probléma súlyos betegségterhét hazánkban. Magyarországon a méhnyakrák (C53) nem tömegpusztító betegség. Összehasonlítva más daganatok halálhálójával, szerepével,

előfordulása és az okozott halálozás viszonylag nem magas: a nők daganatos halálainak sorrendjében 8-9. helyen áll. Az új megbetegedések arányszáma jóllehet viszonylag tág határok között ingadoznak, az évek során kezdetben csökkenő, majd enyhén emelkedő tendenciát mutatnak (3. sz. ábra). A halálozás mutatószámai, jóllehet évről-évre ingadozóak, ugyancsak csökkenő irányzatúak. A KSH adatai szerint 2001-ben 539, 2004-ben 493, 2014-ben „csak” 418 nő halt meg méhnyakrák miatt.

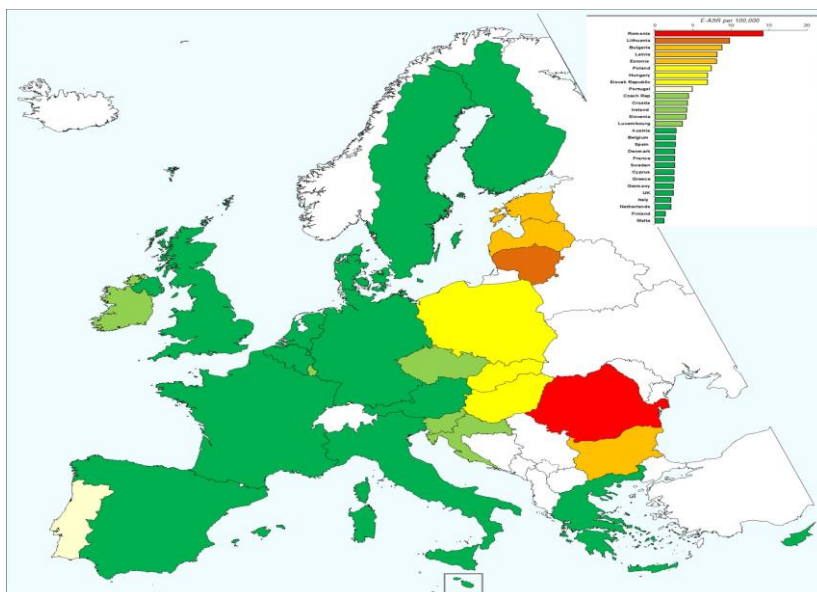


3. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai incidenciájának alakulása (2003-2015) (Forrás: WHO HFA)

Az Európai Unió tagállamaiban a standardizált halálozási arányszám elsősorban a nyugat- és észak-európai országokban alacsonyabb, míg a közép- és kelet-európai országokban ettől lényegesen magasabb (4. sz. ábra).

A méhnyakrák előfordulásának és a halálozásnak az utóbbi 30 évben szerte Európában csökkenő tendenciájának magyarázatát keresve számolni kell a halálozás éves-évtizedes, fokozatos, spontán csökkenő trendjével („szekuláris trend”), amelynek oka magyarázat nélküli, a betegséggel közvetlen kapcsolatban nem álló tényező, amely különösen a gazdasági-társadalmi jólét magasabb szintje felé törekvő országok esetében figyelhető meg. (Szembetűnőek ugyanakkor a függetlenségüket utóbb visszanyert közép-kelet európai országok magas és helyenként még emelkedő mutatói).

A méhnyakrák okozta betegségteher nagyságát tekintve Magyarország az Európai Unió tagországainak sorrendjében évenként 20.5/100.000 megbetegedéssel, és 6.7/100.000 halálozási rátával a mezőny alsó harmadában áll.



4. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás standardizált arányszáma az Európai Unió tagállamaiban (2006)

(Forrás: IARC)

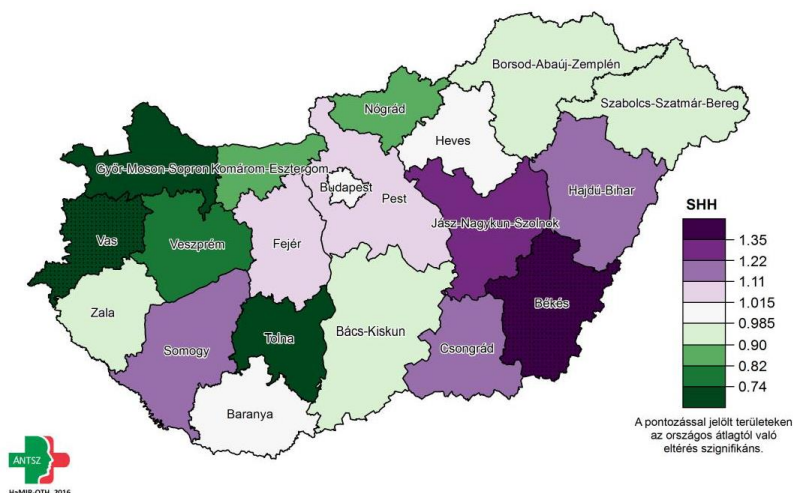
A méhnyakrák rosszindulatú daganata okozta halálozási arányszám 100 000 megfelelő lakosra jutó aránya, valamint a halálozások abszolút száma hazánkban a 9. helyre rangsorolja a megbetegedést (1. sz. táblázat).

	Daganat típusa	halálozások száma (fő)	százezer megfelelő lakosra jutó arány
1.	A légső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	3 397	88,9
2.	Női emlő rosszindulatú daganata	2 220	22,9
3.	Vastagbél rosszindulatú daganata	1 488	32,8
4.	Hasnyálmirigy rosszindulatú daganata	1 032	20,1
5.	Petefészek rosszindulatú daganata	727	7,4
6.	Végbél rosszindulatú daganata	695	18,1
7.	Gyomor rosszindulatú daganata	647	15,2
8.	Fehérvérűség	523	10,9
9.	Méhnyak rosszindulatú daganata	476	4,8
10.	Nyirok- és vérképző szövet rosszindulatú daganata	425	8,6

1. táblázat: A főbb daganatos megbetegedésekből eredő halálozások alakulása nők körében Magyarországon

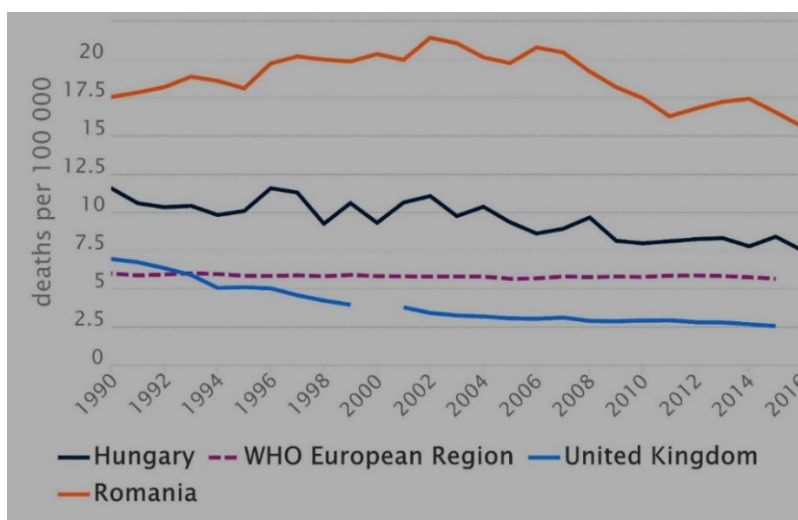
(Forrás: KSH, 2015)

Jelentős területi eltérések figyelhetők meg azonban a halálozás vonatkozásában, mely szerint az országos átlaghoz viszonyítva a jobb helyzetben lévő megyékben a standardizált halálozási hányados mindössze 70%, míg a rosszabb helyzetben lévő megyékben ez az érték 135% (5. sz. ábra).



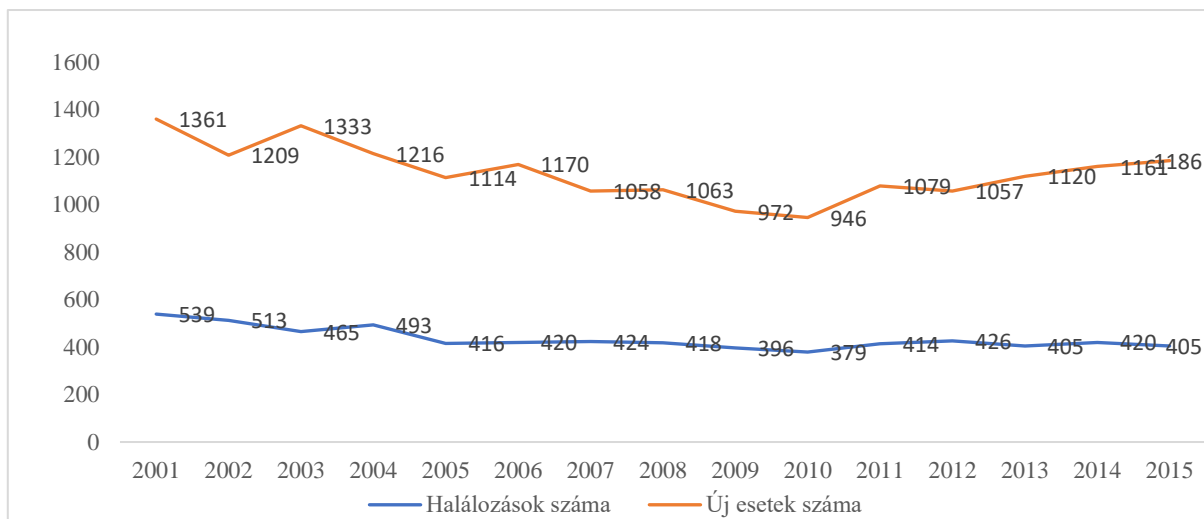
5. ábra: A 15-64 éves női lakosság méhnyakrákból eredő halálozási mutatói 2010-2014 között megyei szinten
(Forrás: HaMIR-OTH)

A népegészségügyi célú méhnyakszűrés célcsoportjában Magyarországon 2003-tól megfigyelhető egy enyhe csökkenő tendencia, azonban ezt követően – ellentétben az Egyesült Királysággal – stagnálás észlelhető (6. sz. ábra).



6. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás alakulása a 25-64 évesek körében (1990-2016)
(Forrás: WHO HFA)

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a gyógykezelésben elért eredményeket, és azt sem, hogy mind több országban vezették be, és működtetnek ilyen-olyan hatékonysággal népegészségügyi szervezett, a méhnyakrák és megelőző állapotainak korai felismerését célzó *szűrővizsgálatokat*: nem zárható ki, hogy a mutatók csökkenése az évtizedek óta folytatott szűrési igyekezetünket tükrözi. Azokban az országokban ugyanis, ahol a szervezett méhnyakszűrést a nőlakosság nagy hányada rendszeresen igénybe veszi, a szűrővizsgálat bizonyítottan mérsékli mind a méhnyakrák megelőző állapotainak felismerését és kezelését, ezúton a méhnyakrák előfordulását, mind a korai felismerés és kezelés révén a méhnyakrák miatti halálozást. Ennek ellenére nem vezetett áttörő javuláshoz az incidencia és a halálozások száma vonatkozásában a népegészségügyi célú, szervezett méhnyakszűrés (7.sz ábra).



7. ábra: A méhnyakrák új eseteinek és haláleseteinek a száma Magyarországon 2001-2015 között

SAKADOLGOZÓI SZŰRÉS: VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSI PROGRAM

2008-ban az Állami Számvevőszék vizsgálatot folytatott azzal a céllal, hogy „ellenőrizze az onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulását”. Megállapításai a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrésre nézve súlyosan elmarasztalók voltak. Megállapították, hogy „a kitűzött célok nem teljesültek”. Jelentésükben azt javasolták az egészségügy kormányzatnak, hogy „szervezze újra a méhnyakszűrés rendszerét”, „tartalmát redukálja a citológiai kenetvételekre és annak vizsgálatára”, „vigye közelebb az alapellátáshoz”, egyszóval „módszertanát igazítsa a nemzetközi gyakorlathoz”, azaz a szakterület mai állásához. A javaslatokat megfontolva, 2009-ben az egészségügyi kormányzat a „szakdolgozói szűrés” gyakorlatának fokozatos bevezetése, azaz a területi védőnők által vett sejtkenet citológiai vizsgálat, és a nem-negatív eredménnyel járó személyek nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra utalása mellett döntött.

A döntés nyomán az ezt követő négy évben az Országos Tisztifőorvosi Hivatal önkéntesen jelentkező védőnők részvételével „mintaprogramokat” kezdeményezett: elméleti, kommunikációs képzés és nőgyógyász felügyelete mellett végzett gyakorlati (kenetvételek) oktatás után a területükön munkába álló védőnők alkalmasnak bizonyultak a feladat elvégzésére.

2. A SZŰRÉS SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEI

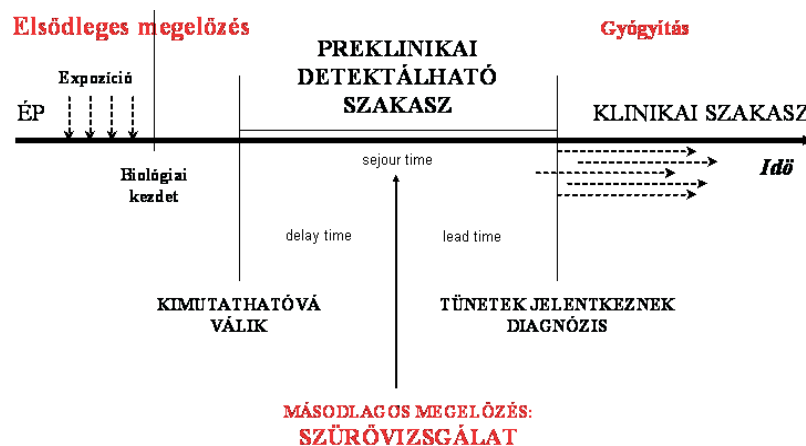
A daganatos betegségek által okozott halálozás mérséklésére – legalábbis rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia, mert

- a mégolyan hatékonyan alkalmazott elsődleges megelőzési programok is – daganatbiológiai okokból – csak évtizedekkel később mutatkoznak, és
- a rosszindulatú daganatos betegségek kezelése klinikai stádiumtól függő, gyógyulás ezért csak a korán, a szóródás megindulása előtt alkalmazott kezeléssel érhető el.

A betegség korai felismerésének az eszköze a *szűrővizsgálat*, amelynek igyekezete arra irányul, hogy beavatkozzon a betegség természetes fejlődésének menetébe, megszakítsa a betegség kialakulásának folyamatát, elejét vegye teljes kibontakozásának, ilyen módon az invazív, az áttétképző daganaténak is. Erre a „megelőzésre”, tehát a súlyosabb következmények, a szövödmények és a fatális kimenetel bekövetkezésének a megelőzésére utal a *másodlagos megelőzés* fogalma.

A SZŰRŐVIZSGÁLATOK BIOLÓGIAI ALAPJA: A DAGANATOK FEJLŐDÉSMENETE

A daganatok fejlődésmenetének („natural history”) koncepciója (8. ábra) a daganatok élettörténetét írja le; azt a többé-kevésbé általánosítható jelenséget fejezi ki, hogy a betegség kialakulása a normális, azaz az élettani állapotból kiinduló, több, fokozódó súlyosságú fejlődési szakaszból álló, időben elhúzódó folyamat eredménye.



8. ábra: A daganatok kialakulásának folyamatmodellje

Forrás: Dr. Döbrössy Lajos ábrája

Az első „szakaszhatár” a daganathoz vezető folyamat *biológiai kezdete*. Ezt megelőzően a még normális szervezetet károsító hatások érik („expozíció”), amelyek hatására a molekulák szintjén a daganatkeletkezéshez vezető kóros folyamatok indulnak meg. Ezek kiiktatása, kivédése az *elsődleges megelőzés* feladata. (A kockázati tényezők, vagy az életmódtól függő rizikófaktorok, és azok hatásmódjának ismerete a védőnőktől joggal elvárható, minthogy a népesség egészséges életmódra nevelése is munkaköri feladatukat jelenti.)

A tüneteket és panaszokat okozó, később az életet veszélyeztető rák általában már hosszú éveken át észrevétlenül fejlődik a szervezetben. A panaszok és tünetek jelentkezésével veszi kezdetét a betegség *klinikai szakasza*. A megbetegedettek hagyományosan – de még ma sem kivételesen – a panaszok és tünetek megjelenése miatt fordulnak orvoshoz. A betegség kórisméjét klinikai vizsgálattal állapítják meg. A panaszok és tünetek jelentkezésével csak „a jéghegy csúcsa” mutatkozik meg.

A betegség biológiai értelemben vett kezdetétől a tünetek jelentkezéséig tart a betegség *preklinikai*

szakasza. Ezen belül elkülönül egy olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó szakasz, amely alatt a még rejtetten, tünetmentesen fejlődő daganat valamilyen módon már jelt ad magáról. Például úgy, hogy jellegzetes morfológiájú sejtek válnak le a felszínről, és azok megjelennek a sejtketben. Ezt a szakaszt nevezik a *preklinikai kimutathatóság szakaszának*, azt az időtartamot pedig, amíg a kialakuló daganat ebben a tünetmentes, de kimutatható szakaszban tölt „tartózkodási idő”-nek („sejour time”) nevezik. Ennek hossza különböző.

A preklinikai kimutathatóság szakasza a szűrővizsgálatra felhasználható idő. Attól függően, hogy mikor kerül sor a szűrővizsgálatra, megnyert időről („lead time”), vagy éppen elvesztegetett időről („delay time”) beszélünk.

MIT NEVEZÜNK SZÜRŐVIZSGÁLATNAK?

A daganatok fejlődésmentének koncepciója világossá teszi, hogy a szűrővizsgálat célja nem egyszerűen a más módon még fel nem ismert daganat kimutatása. A szűrés – a definíció szerint - *tünet- és panaszmentes személyek időről-időre megismételt, alkalmas módszerrel végzett vizsgálatát jelenti abból a célból, hogy kizárja, vagy éppen valószínűsítse a „célbetegséget”, azaz a méhnyakráknak, vagy az azt megelőző kóros állapotoknak a fennállását.*

A szűrővizsgálat törekvése tehát az, hogy „kiszűrje” a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegséget, mint amilyen a még nem invazív, un. *in situ* rák; de még inkább a rákkelékezés számára talajt jelentő daganatmegelőző állapotokat, mint amilyenek a gyűjtőnéven háms-diszpláziának ismert rák megelőző állapotok, amelyekből esetleg, több-kevesebb eséllyel invazív rák alakulhat ki.

A szűrővizsgálat kezdeményező, felkutató jellegű. Nem diagnosztikus módszer, csak figyelemfelkeltésre szolgál. A normálistól eltérő lelet esetén a szűrővizsgálatot szakorvosi diagnosztikus vizsgálatnak kell követnie a daganat-gyanú megerősítése, vagy kizárása céljából. A szűrővizsgálatnak az ad fontosságot, hogy segítségével korábban ismerik fel a tüneteket és panaszokat még nem adó betegséget, mint szűrés nélkül tették volna. Esélyt ad arra, hogy a vizsgált személy még a betegség kialakulatlan, korai állapotában kerüljön orvos kezébe, korábban, mintha csak a tünete jelentkezése miatt fordult volna orvoshoz. Időben előbbre hozza a klinikai diagnózist és szükség esetén a gyógykezelés megkezdését is, ezáltal javul a gyógyulás esélye. Javul az életminőség. Mérséklődik a halálozás.

A CÉLBETEGSÉGEK KIVÁLASZTÁSA: MILYEN ESETEKBE KEZDEMÉNYEZHETŐ A SZÜRŐVIZSGÁLAT?

Szűrés csak azoknak a daganatos betegségeknek a korai felfedezésére kezdeményezhető, amelyek megfelelnek a következő feltételeknek:

- Előfordulásuk gyakorisága és halálteki szerepük miatt *jelentős népegészségügyi problémát* jelentenek. (Amint fentebb rámutattunk, hazánkban a méhnyakrák epidemiológiai mutatói szerint nem tartozik a vezető halálteki közé, a halálozás azonban a rendelkezésünkre álló módszertani lehetőségekkel jelentősen tovább mérsékelhető lenne. *Minden méhnyakrák miatti haláleset bűnös mulasztás következménye, amelyért vagy az egészségügyi ellátórendszer felelős, ha nem kínálja fel a szűrés lehetőségét, vagy az áldozat, ha nem él vele.*)
- *Fejlődésmentük ismert*; olyan daganatok alkalmasak szűrésre, amelyek viszonylag hosszú ideig maradnak tünetmentes, de alkalmas módszerrel kimutatható állapotban. A tüdőrák néhány hónapig, a méhnyakrák 8-10 évig tartózkodik a szűrésre alkalmasat kínáló „preklinikai kimutathatóság szakaszában”.
- A szűrővizsgálatban részesült személyek esetében a *korai kezelése kedvezően befolyásolja a betegség természetes kórlefolását*; ennek feltételei biztosítva vannak.
- Alapvető kívánalom, hogy a rejtett célállapot, azaz a klinikai tüneteket még nem okozó korai betegség felismerésére *alkalmas módszer* álljon rendelkezésre.

KÖVETELMÉNYEK A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZERTŐL

A szűrővizsgálati módszerek számos gyakorlati követelménynek kell megfelelniük, éspedig:

- Legyen *alkalmas* a rejtett elváltozások kimutatására: pontosan jelezze a célbetegséget.
- Legyen *egyszerű*, könnyen, gyorsan kivitelezhető. Ne legyen mértéken felüli eszközigénye. Elvégzése ne igényeljen különösebb szakértelmet. Előnyére válik, ha elvégzése nincs orvos kezéhez kötve, hanem kellő képzettséggel és gyakorlattal bíró szakszemélyzet is képes elvégezni. (Példa erre a citológiai kenetvétele a védőnők által, vagy a citológiai kenetek „előszűrése” citológiai előszűrő szakasszisztensek által).
- Legyen *biztonságos*, ne legyenek nemkívánatos orvosi és lélektani mellékhatásai.
- Ne okozzon a kelleténél nagyobb kényelmetlenséget, különösen ne fájdalmat. Ne járjon egészségkárosodás kockázatával. Szem előtt kell tartani, hogy a tünet- és panaszmentes, egészséges, vagy magukat egészségesnek vélő személyek túróképessége alacsonyabb a panaszok miatt orvoshoz fordulóknál.
- Legyen *olcsó*, és *költség-hatékony*, azaz az anyagi ráfordítás legyen arányos a korai kimutatással együtt járó előnyökkel.
- Legyen társadalmilag elfogadott, azaz a céllakosság részvétele („compliance”) kielégítő legyen.

A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZER ALKALMASSÁGÁNAK ÉRTÉKMÉRŐI

Az alkalmas módszer *érzékeny*: ráknak mondja a rákot, ugyanakkor *fajlagos* is: azaz csak a rákot mondja ráknak.

Az *érzékenység* (szenzitivitás) annak a mutatója, hogy a szűrővizsgálati módszer milyen biztonsággal képes felfedezni a rejtett célbetegséget, azaz a vizsgálatban részesült összes daganatos személy hány százalékában járt a vizsgálat pozitív eredménnyel. Mértéke egy viszonyszám, amelynek számlálójában a vizsgálat felismert daganatos esetek, nevezőjében pedig a vizsgálaton részt vett összes, azaz mind a felismert, mind a fel nem ismert daganatos esetek száma áll. A módszert akkor mondjuk érzékenynek, ha a tévesen negatív esetek száma alacsony.

A *fajlagosság* (specifitás) a szűrővizsgálati módszernek azt a képességét fejezi ki, hogy a vizsgálat a vizsgálatra került nem-daganatos esetekben milyen biztonsággal zárja ki a daganat fennállását, azaz, a daganatmentes esetek hány százalékában ad negatív eredményt. A módszer akkor kellően fajlagos, ha kevés a tévesen pozitív esetek száma.

Az egyes módszerek érzékenysége 50-95% között változik, fajlagosságuk 90% körüli.

LEHETSÉGES TÉVEDÉSEK

A szűrővizsgálati módszer értékelésében mindkét irányban lehet tévedéssel számolni. Az érzékenység értékmérője a tévesen negatív, a fajlagosságé a tévesen pozitív esetek száma.

Tévesen *negatívnak* azokat a negatívnak lelevezett eseteket minősítjük, amelyekben később – általában két egymást követő szűrővizsgálat közötti időben – klinikai vizsgálat útján fedezik fel a daganatot, és ezt a szövettani vizsgálat, vagy a kórlefolyás igazolja. Az ún. *intervallum-rákok* nagy valószínűséggel már a szűrővizsgálat idejében fennálltak, ám a vizsgálat – valamilyen okból – felismerésükkel adós maradt. Előfordulhat természetesen, hogy az előző szűrővizsgálat óta keletkezett, gyorsan növekvő daganatról van szó; ezeket nevezik valódi intervallum-ráknak. Az *intervallum-rákok a szűrőprogram minőségének legbeszédesebb mutatói!*

A *tévesen pozitív* esetekben a szűrővizsgálat felveti a daganat lehetőségét, ezt azonban a szövettani vizsgálat, vagy a kórlefolyás nem igazolja.

Akár egyik, akár másik irányú tévedés nem kívánatos következményekkel jár. A *tévesen negatív*

szűrővizsgálati lelet késlelteti a helyes diagnózis felállítását és a kezelés megkezdését, ezáltal rontja a beteg gyógyulásának kilátásait, és ezért a szűrővizsgálat értelmét veszti. Kárt okoz azáltal is, hogy megalapozatlan biztonságérzetet kölcsönöz a betegnek, aki azt hiszi, hogy nem beteg, jóllehet valójában beteg. A *tévesen pozitív* lelet, mert szükségszerűen klinikai kivizsgálás követi, feleslegesen terheli az egészségügyi ellátórendszert. Emellett a vizsgált személyt, ha csak átmenetileg is, a betegségtudat negatív élményével terheli meg.

SZŰRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN: ALKALOMSZERŰ ÉS SZERVEZETT SZŰRÉS

A nemzetközi gyakorlat a szűrés két modelljét különbözteti meg. A különbség nem a szűrés céljaiban vagy orvos-biológiai tartalmában, hanem a szervezési irányelvek különbözőségében van. Az egyik alkalmazásmód a rejtett célállapot felismerésére alkalmas módszerek *alkalomszerű*, más célból létrejött orvosi tevékenységhez kapcsolt, vagy az azt spontán igénylőkön történő alkalmazása, az ún. opportunisztikus szűrési mód. A másik a célzott vagy *szervezett lakosságszűrési modell*, azaz *az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoporthoz kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program*.

A hazai egészségügyi ellátórendszer a szervezett szűrővizsgálati modell megvalósítása mellett kötelezte el magát.

ALKALOMSZERŰ (OPPORTUNISZTIKUS) SZŰRÉS

Az alkalomszerű szűrés része a mindennapos orvos gyakorlatnak. Kezdeményezője maga az orvos, még akkor is, ha az első lépést a vizsgált személy teszi is meg azáltal, hogy hívás nélkül, bármilyen más célból, keresi fel orvosát. Művelésére minden orvos-beteg találkozás alkalmat kínál. Hiszen minden gyakorló orvostól – nemcsak az onkológiai szakellátásban, hanem akár az alapellátásban, és más szakorvosi vizsgálat alkalmával is – joggal elvárható, hogy az *onkológiai éberség* jegyében gondoljon az életkornak és nemnek megfelelő daganatos betegség lehetőségére akkor is, ha nincsenek arra utaló panaszok és tünetek, és éljen a korai daganat-felismerésre kínálkozó lehetőségekkel. Ezt teheti akár úgy, hogy maga végzi el a szakképzettségének és adottságainak megfelelő vizsgálatokat, akár úgy, hogy felhívja az egyének figyelmét a szűrővizsgálatok szükségességére, és őket a vizsgálatok elvégzésére jogosult egészségügyi szolgáltatókhoz utalja.

Napjainkban – az egészségpropaganda hatására, megnyugvást keresve és mintegy garanciát arra, hogy jó egészségben vannak – mind több tünetmentes személy keresi fel háziorvosát, szakorvosát ilyen, vagy olyan szűrővizsgálat elvégzését kérve. Az ilyen „spontán szűrés” is alkalomszerűnek minősül, mert a szolgáltatóknak nincs befolyásuk a részvételre. Hasonlóképpen egyes munkahelyek, vagy rákellenes társadalmi csoportosulások által esetenként rendezett szűrővizsgálati „kampányok” is. Az alkalomszerű szűrést az esetlegesség, a *tervezettség és szervezettség hiánya* jellemzi, ezért tekintik orvosi, nem pedig népegészségügyi tevékenységnek. A mértékadó szakmai megítélés ezeket jogos kritikával illeti, mondván, hogy jelentős közösségi forrásokat használ fel anélkül, hogy haszna – amelynek mutatója és mértéke, mint látni fogjuk, a célbetegségből származó halálozás csökkenése – lakosságszinten demonstrálható lenne.

Elemzések szerint az eredmények elmaradásának az a magyarázata, hogy a nagyszámú szűrővizsgálat elvégzése ellenére a céllakosság átszűrtsége alacsony marad, mert ebben a szervezés és szabályozás nélküli gyakorlatban – ellentétben a szűrés szervezett formáival – nem működik szűrési nyilvántartás. Emiatt a céllakosság egy hányada, azok, akiknek mintegy szokásává vált a „szűrésre járás”, szükségtelen gyakorisággal részesülnek szűrővizsgálatban, míg a céllakosság nagyobb, és a tapasztalatok szerint rászorultabb hányada, sohasem. Ezzel szemben a szervezett szűrésben alkalmazott szervezési elemek azt a célt szolgálják, hogy optimálissá tegyék a céllakosság részvételét a szűrő programban.

A SZERVEZETT (ORGANIZÁLT) SZŰRÉS

A szervezett szűrési program egy adminisztratív elem, nyilvántartás beiktatásával a szűrővizsgálaton való részvétel optimalizálását célozza. *Területileg szervezett lakosságyszűrés* útján meghatározott közigazgatási egységekben (kerület, város, megye) valósul meg.

Szakmai konszenzuson alapuló, az egészségügyi kormányzat által jóváhagyott *szűrési stratégia* szabályozza a szűrővizsgálatban résztvevők körét, úgymint az *életkort*, amelyben a szűrést el kell kezdeni, és amelyben már szükségtelen folytatni, továbbá a szűrővizsgálatok megismétlésének *gyakorosságát*, azaz a szűrés és újra-szűrés közötti intervallumot, valamint a szűrővizsgálatban alkalmazott *módszereket*.

A Nemzeti Népegészségügyi Központ *szűrési nyilvántartást* működtet, amelynek alapja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatbázisából nyert, időről-időre felújított *lakosságlista*, amelyben a céllakosság nem csak lélekszám szerint meghatározott, hanem a szűrésre jogosult *személyek egyénileg is azonosíthatók*. A személyre szóló, számítógépes alapú *behívási, visszahívási, követési rendszer* útján értesíti a szűrésre meghívandó személyeket a szűrővizsgálat esedékességéről, helyéről és idejéről, valamint tartalmazza a szükséges szűrés előtti tájékoztatást. A meghívás névre szóló, személyes hangú levél útján történik, amely tartalmazza a szükséges szűrés előtti tájékoztatást is. Ha a meghívásra a megszólított nem jelenik meg, emlékeztető levelet küldenek. A szűrési nyilvántartás feladata a szűrés értékelése is.

A SZŰRŐVIZSGÁLATOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSE

A szakmai közmegegyezés *kettős mércét* állít a szűrővizsgálati módzatokkal szemben. Az alkalmoszerű szűrés szükségességét az orvosi ítélőképesség határozza meg, és egyedüli kritériuma az *alkalmasság*. Ezzel szemben a szervezett lakosságyszűrést, mint népegészségügyi programot csakis *bizonyítottan hatásos* szűrővizsgálati módszer birtokában lehet kezdeményezni.

Az orvosi gyakorlat több olyan mutatót használ a hatásosság bizonyítékaként, amelyet a népegészségügyi gyakorlat nem fogad el bizonyítékként. A szűrés haszna sokféle lehet.

CSÖKKENT A MEGBETEGEDÉSEK SZÁMA?

Csökkenhet a daganat-előfordulás (*morbiditás, vagy incidencia, azaz az egy naptári évben diagnosztizált új megbetegedések száma*), különösen akkor, ha a később ismertető rákmegelőző állapotokat is a szűrés célállapotának fogadjuk el.

JAVUL AZ ÉLETMINŐSÉG?

A korán felismert betegség kezelése egyszerűbb, kevésbé radikális beavatkozás is megoldja, így a szűrés hatására javulhat a páciens *életminősége* is.

JAVUL A KLINIKAI STÁDIUM-MEGOSZLÁS?

A szűrés hatására kedvezőbb lehet a talált daganatok klinikai stádium-megoszlása a szűrővizsgálati anyagban, mint a hagyományos kórházi anyagban: több a korai, jobb életkilátásokat kínáló eset, és kevesebb a késői, elhanyagolt klinikai stádiumban lévő. Ezeket a mutatókat azonban nem fogadják el a hatásosság bizonyítékának, mondván, hogy a gyorsabban növő, viszonylag rosszabb indulatú daganatok mintegy „átsuhannak” a tünetmentes kimutathatóság szakaszán, ezért „nem akadnak fenn a szűrőn”. Ezzel szemben a lassabban növő, viszonylag jobb indulatúak tovább időznek ebben a szakaszban, ezért nagyobb esélyük van „fennakadni a szűrőn”, ezért vannak a korábbi stádiumban lévő daganatok túlképviseelve a szűrés „hozamában”. (A tünetmentes kimutathatóság szakaszában tartózkodás időbeli hosszára utalva, a szakirodalom „lenght-bias” néven emlegeti ezt a jelenséget.)

A kedvezőbb stádium-megoszlást tehát lehet a jobb prognózis jelének tekinteni, de a szűrés hatásosságának bizonyítékeként nem.

MEGHOSSZABBODOTT TÚLÉLÉS?

A túlélési idő – a meghatározás szerint – a diagnózis felállítása és a halálozás bekövetkezése között eltelt idő. Ennek meghosszabbodását hasonlóképpen nem tekinthetjük a hatásosság bizonyítékának, mert abban az esetben, ha szűrés a korábbi felismerés révén előre hozza a diagnózis felállításának idejét, mint az szűrés nélkül megszületett volna, ámde ugyanakkor következik be, mint szűrés nélkül történt volna, a túlélési idő meghosszabbodása csak látszólagos. Ezt nevezik „lead-time bias”-nek.

A HALÁLOZÁS MÉRSÉKLŐDÉSE

A szervezett, célzott népegészségügyi lakosságszűrés hatásosságának egyetlen elfogadható bizonyítéka az, ha a szűrési program eredményeképpen számottevően csökken a célbetegségből eredő halálozás a szűrőtevékenység által lefedett teljes (tehát nemcsak a szűrésben részesült) népességben.

A SZŰRŐVIZSGÁLATOK TUDOMÁNYOS MEGÍTÉLÉSE: SZAKTERÜLET MAI ÁLLÁSA

A szűrés célja tehát a daganatok miatti halálozás elkerülése. Az egészségpolitikai döntések szempontjából mértékadó nemzetközi szervezetek: az Egészségügyi Világszervezet (WHO), annak lyoni Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége (IARC), és a Nemzetközi Rákellenes Unió a szakterület mai állása szerint bizonyítékon alapuló, egyszerű és hatásos szűrővizsgálati eljárás a *méhnyakrák*, az emlőrák és a vastagbélrák korai felismerésére áll rendelkezésre. Ezek alkalmazhatók népegészségügyi stratégiaként. Ezt az álláspontot tükrözik az Európa Tanács 2003-as ajánlásai is.

A WHO/IARC tudományos becslése szerint a szervezett lakosságszűrésben rejlő lehetőségek kihasználása esetén, a 25-65 éves nők 3 évenkénti, a sejtvizsgálaton (citológia) alapuló méhnyak-szűrővizsgálata a méhnyakrák miatti halálozást akár 80%-kal csökkentheti.

A tüneteket még nem okozó daganatok felismerésére ugyan alkalmas, de a népességbeli halálozás bizonyítékait máig nélkülöző módszerek sora hosszú. Ilyenek a prosztatata, szájüreg, tüdő, bőr, here, a méh és függelékeinek vizsgálata. Ezeket a „szűrővizsgálatokat” az alapellátásban, járó- és fekvőbeteg-ellátásban a más célból kezdeményezett orvosi vizsgálatokhoz kapcsolódó alkalomszerű szűrővizsgálatként, az „onkológiai éberség” jegyében bátorítani lehet, azonban meghíváson és visszahíváson alapuló, szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatként nem alkalmazhatók.

EGYÉB TUDNIVALÓK A SZERVEZETT SZŰRÉSRŐL

CSAK HASZONNAL JÁR A SZŰRÉS, VAGY OKOZHAT KÁRT IS?

A szűrés – mint bármely más tevékenység – a várt haszon mellett magában hordja a károkozás lehetőségét is: az elérhető haszon és az okozható kár között törékeny egyensúly áll fenn (2. sz. táblázat).

Lehetséges haszon és okozható kár a vizsgált személy számára

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Javítja a gyógyulás esélyeit, csökkenti a halálozást• Kevésbé radikális gyógyymódot lehet alkalmazni• A negatív eredménnyel járó szűrővizsgálat megnyugtatja a vizsgált személyt | <ul style="list-style-type: none">• Ha nem javítja a prognózist, meghosszabbítja a betegség tudatában töltött időt• Határesetekben „túldiagnosztizálást” és túlkezelést eredményezhet• Nemkívánatos lélektani mellékhatásai lehetnek |
|--|--|

2. táblázat: Lehetséges haszon és okozható kár a vizsgált személy számára

(Forrás: saját szerkesztés, Döbrössy)

A célbetegség korai, tünetmentes állapotban történő felismerése és kezelése jelentősen megnövelheti a jó életminőségű túlélés esélyeit, a teljes gyógyulás kilátásait. Ámde, mindez csak akkor igaz, ha a korábban alkalmazott kezelés *valóban* javítja a betegség prognózisát; ha a kezelés nem eredményez gyógyulást, a túlélési idő meghosszabbodása csak látszólagos, a korábbi felismerés miatt a beteg hosszabb ideig tud a betegségéről, így tovább tart a betegsége, mint szűrés nélkül tartott volna anélkül, hogy ebből bármi haszna származna.

A korábbi felismerés elkerülhetővé teheti a radikális, csonkoló műtétek alkalmazását. Ámde, ha a felfedezés „túl korai”, a szűrővizsgálat olyan *határeseteket* hoz felszínre és juttat kezelésre, amelyek szűrővizsgálat nélkül mindvégig néma, tünetmentes állapotban maradtak, vagy kezelés nélkül is visszafejlődtek volna. A *túldiagnosztizálás* és *túlkezelés* pedig inkább kárt jelent, mint hasznot.

Az emberek általában nem azért mennek el szűrővizsgálatra, hogy betegségüket kimutassák, hanem azért, hogy megnyugvást találjanak: nem szenvednek ilyen, vagy olyan rákban. A negatív szűrővizsgálati eredmény azzal a lélektani haszonnal jár, hogy megnyugvást hoz, a vizsgált személy számára, helyre állítja biztonságérzetét. Ámde, ha a vizsgálat ál-negatív eredménnyel jár (pedig erre van esély, hiszen egyetlen szűrési teszt sem 100%-os érzékenységgel), a megnyugvás alaptalan, sőt késlelteti a diagnózis felállítását.

Ennél nagyobb kárt is okozhat, ha a beteg – a negatív szűrővizsgálati eredmény birtokában – tüneteinek, panaszainak nem tulajdonít jelentőséget és késlekedik orvoshoz fordulni.

Gyakoribb – és veszélytelenebbnek vélt – károkozással jár az ál-pozitív szűrővizsgálati lelet, amely miatt az „áldozatnak” végig kell mennie a tisztázás hosszadalmas és gyakran fájdalmas procedúráján, indokolatlanul terhelve ezzel az egészségügyi ellátórendszert. Az ezzel járó lélektani károsodás talán ennél is súlyosabb, hiszen a tisztázó leletre várakozás ideje alatt bizonytalanság érzése, aggodalmak, betegségtudattal (rák-tudattal) járó félelmek kínozzák a „beteget”, amiről végül kiderül, hogy mindez alaptalan. A szűrészt szolgáltatóknak arra kell törekedniük, hogy növeljék a szűréssel elérhető hasznot és mérsékeljék az okozható kárt.

A TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ÖNKÉNTESSÉG ELVE

A szervezett szűrővizsgálaton való részvétel *jogi értelemben* nem kötelező, a részvétel *önkéntes*. Jogos kívánság azonban, hogy a vizsgálatra hívott személy kellő támogatást kapjon döntése meghozatalában. A támogatás egyik lehetséges formája a *tájékoztatás*, amely már a meghívólevélben is benne van. A tájékoztatás tartalmazza a szűrés mindennemű előnyét, valamint hívja fel a figyelmet arra, hogy korai felismeréssel nagyobb esély van a gyógyulásra is. Nem hallgathatók el azonban a

vizsgálat korlátai, különösen a vizsgálati módszer érzékenységének és fajlagosságának hiányosságai sem. Az sem, hogy óhatatlanul előfordulhat tévesen negatív lelet, mert nincs „bombabiztos” módszer. Erre tekintettel fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ha panaszok jelentkeznek, vagy tünetek mutatkoznak, akkor is haladéktalanul orvoshoz kell fordulni, ha az megelőző szűrővizsgálat negatív volt. Az egészségügyi szakemberek, különösen a háziorvosok, védőnők feladata, hogy pontos, részletes információval szolgáljanak. A meghívott ezután mérlegel, majd dönt: részt vesz-e a felajánlott szűrővizsgálaton, vagy elutasítja a részvételt. A részvétel olyan „ráutaló magatartás”, amely – akár jogi értelemben is – pótolhatja a tudomásulvétel elismerését aláírással. Meglehet, hogy a hibalehetőségek őszinte feltárása némelyeket eltérít a részvételtől, ennek következtében olyan halálesetek következnek be, amelyek elkerülhetőek lettek volna. Ám ezen az áron is meg kell tenni, mert egyfelől a meghívottnak joga van tudni, hogy mire számíthat, másfelől a szolgáltatót – a daganat esetleges „elnézése” esetén mentesítheti a későbbi jogkövetkezmények alól.

A SZŪRÉS: ETIKAI TÖBBLETFELELŐSSÉG

A szűrővizsgálat tünet és panaszmentes, egészséges (vagy magukat egészségesnek vélő) személyek vizsgálata, amelyet a szolgáltató kezdeményez. Olyan személyeké, akik maguk nem kérték a vizsgálatot. Meghívás a szűrővizsgálatra választás elé állítja a meghívottat anélkül, hogy tudná: milyen következményekkel jár a meghívás elfogadása, vagy elutasítása. Semmit sem tud arról, hogy mi fog vele történni, s alig valamit arról, hogy miért. Leginkább csak azért fogadják el, mert el akarják kerülni azt, hogy később esetleg megbánják, hogy nem fogadták el. A szűrés ebben különbözik az orvos-beteg kapcsolat minden más alkalmától. Egészséges, vagy legalábbis abban a tudatban élő embereket mozdít ki nyugalmukból, villantja fel előttük – ha csak időlegesen is – a betegség lehetőségét. Ha csak átmenetileg is, a „beteg szerepébe” helyezi azokat, akik szűrésre meghívás nélkül – okkal, vagy ok nélkül – zavartalanul éltek volna napjaikat.

A szűrést szolgáltatóknak ezért etikai kötelezettséget kell vállalniuk arra, hogy a szűrővizsgálatok minden fázisában igyekeznek maximálni a nyerhető hasznot és minimumra szorítani az okozható kárt, beleértve a szűrővizsgálattal járó, sokféle nemkívánatos lélektani mellékhatásokat is.

3. A SZERVEZETT MÉHNYAKSZŰRÉS STRATÉGIÁJA

BEVEZETÉS

A citológiai vizsgálatra alapozott méhnyakszűrés hatásosságát a gyakorlat még azt megelőzően bizonyította, hogy a hatásosság bizonyítására experimentális epidemiológiai vizsgálatok elvégzése tudományos elvárássá vált volna. Randomizált, ellenőrzött vizsgálatokat később már azért nem végeztek, mert etikailag megengedhetetlennek tartották a kontroll-csoportok kirekesztését a méhnyakszűrés áldásaiból.

Hatásosságának leginkább meggyőző bizonyítékai az északi országok népességvizsgálataiból származnak, ahol a szervezett lakosságszűrést az 1960-as évektől kezdődően vezették be. Finnországban, Svédországban és Izlandon az ország egészére, Dániában és Norvégiában az ország kisebb-nagyobb hányadára terjedt ki. A szűrésbe különböző korcsoportokat vontak be, és a szűrővizsgálatokat különböző időközönként ismételték meg. Azt találták, hogy a szűrés bevezetését követő 15-20 év alatt mind a méhnyakrák előfordulásának mutatói (morbidity), mind a halálozás (mortality) mutatói mintegy 30-80 %-kal csökkentek, a szűrővizsgálatok intenzitásával és a lakosság átszűrtségével arányosan. Azóta a méhnyakszűrés hatásosságát számos népességi- és eset-kontroll vizsgálat megerősítette, és széles körben alkalmazott népegészségügyi tevékenységgé vált. A hatásosság bizonyítékai vezették a fejlett országok egészségügyi kormányzatait arra a döntésre, hogy hazájukban a szervezett méhnyakszűrést a népegészségügy napirendjére tűzzék. Mára ez a döntés Magyarországon is megérlelődött.

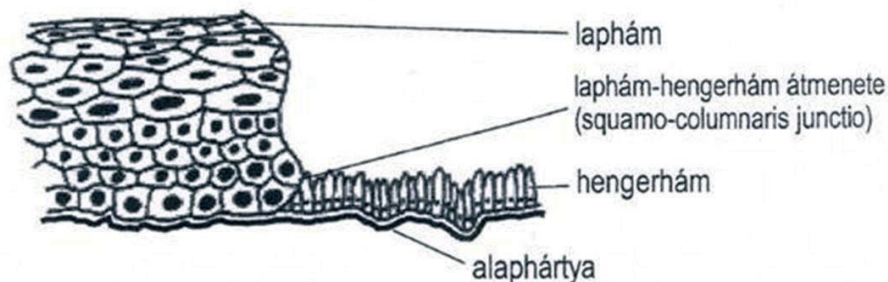
A méhnyakszűrés végrehajtásában kitüntetett szerepet játszanak a területi védőnők azáltal, hogy rájuk hárul a nők egészségnevelése, a személyes tanácsadás, a citológiai vizsgálatra szánt sejt-kenetvétel, valamint a szűrésen résztvevők felelősségteljes követése.

A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZŐ ÁLLAPOTAI ÉS RÁKJA

A méhnyakrák keletkezése időben elhúzódó, többszakaszos folyamat, amely fokozódó súlyosságú hámelváltozások során alakul ki. Kialakulását a méhnyak „rák megelőző állapotai” mintegy 8-10 évvel megelőzik. Ezek a rák kialakulását megelőző hámelváltozások jelentik a méhnyakszűrés tényleges célállapotait.

A méhnyakrák és megelőző állapotai keletkezésének megértése, valamint a citológiai kenetvétel feltételezi a külső nemi szervek, és a méhnyak anatómiájának ismeretét.

E tekintetben a méhnyak hüvelybe domborodó része, a „portio” és a külső méhszáj és az azt borító többrétegű laphám, valamint a méh üregét a hüvellyel összekötő, egyrétegű hengerhám bélélt nyakcsatorna, és a nyakcsatornába nyíló belső méhszáj bír jelentőséggel. A portio laphámjának és a nyakcsatorna hengerhámjának találkozási vonalát *squamocolumnaris junkció-nak* nevezik, amelynek az ad fontosságot, hogy innen indulnak ki a méhnyak hámrendellenességei (9. ábra).



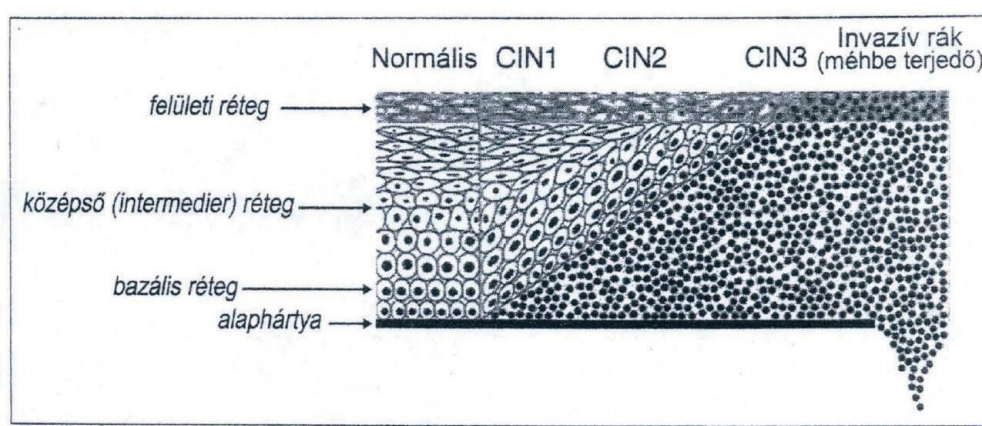
9. ábra: A méhnyak hámjának két típusa és a kétféle hám átmenete

Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control – a guide to essential practise. WHO. 2006.

Szempontunkból jelentősége van annak, hogy ez a találkozási pont a serdülőkorban, a reprodukciós korban, a terhesség alatt és után, valamint a menopauza alatt és után kifelé a portio felszínre, vagy befelé a nyakcsatornába áthelyeződik. Az átmeneti zóna „mozgásában” hormonális hatások játszanak szerepet.

A „rák megelőző állapotok” elnevezés alatt fokozódóan súlyos hámelváltozásokat értünk. Megjelölésükre a leíró jellegű kórszövettani osztályozás a „sejt-atípiá”, vagy „cervikális diszplázia” elnevezést ajánlotta, amelyek gyűjtőfogalmak. Összefoglalják azokat az állapotokat, amelyekben a hámtól részben, vagy egészben a daganatsejtek biológiai és morfológiai jellegzetességeit mutató sejtek foglalják el (érés-gátlás, a differenciálódás elmaradása, fokozott oszlási tevékenység), de nem lépik át a hámborítás alaphártyáját.

A hámelváltozások három fokozatát különítik el kiterjedésük és az „atípiá” súlyossága szerint. Legenyhébb változata a normális, ép hámtól alig különbözik (cervikális intraepiteliális neoplázia, CIN 1), súlyosabb fokozatai viszont (CIN 2, CIN 3) a hámborításon belül maradó ráktól szinte már meg sem különböztethető „határesetek”. A legsúlyosabb elváltozást (CIN 3), amely már mutatja a rák minden alaki jellegzetességét a mélybeterjedés (invázió) kivételével, *in situ ráknak is nevezik.* (10. ábra)



A méhnyak hámon belüli rendellenessége (CIN, Cervicalis Intraepithelialis Neoplasia)

10. ábra: A hámelváltozás folyamata a rák kialakulásában

A kezeletlen diszpláziás esetek nagy többsége néhány éven belül visszafejlődik („regrediál”), más hányaduk súlyosbodik, és végül valódi rákká alakulhat („progrediál”); ennek valószínűsége a korral nő. Ez a tény óvatosságra int. Ha a szűrővizsgálat csak a fiatalabb korcsoportokra összpontosít, fennáll a „túl diagnosztizálás” és „túlkezelés” kockázata.

A SZERVEZETT SZŰRÉS STRATÉGIÁJA: ÉLETKOR ÉS GYAKORISÁG

A szervezett szűrés gyakorlatában a két leginkább vitatott kérdés, hogy milyen korcsoportokra ajánlatos kiterjeszteni a szűrést, és milyen gyakorisággal kell végezni.

Mértékadó ajánlások a szűrés megkezdését a 25. életévtől ajánlják. Az ajánlás alapja az a patológiai-statisztikai megfigyelés, amely szerint a méhnyakrák okozta halálozás a népességben (jóllehet, a klinikai gyakorlatban szórványosan, korábbi életkorban is előfordulhat) a 35. életévtől válik mind gyakoribbá; előfordulása az 50. életév körül tetőzik, majd csökken, és 60 év körül közép magas szinten állandósul, majd csökkenőre fordul. Ugyanakkor a méhnyakrák fejlődésmenetéről tudjuk, hogy a méhnyakrák megelőző állapotai hosszú évekig időznek a preklinikai kimutathatóság (PCDP) szakában, és – ha progrediálnak – mintegy 10 évvel előzik meg az invazív méhnyakrák kialakulását. Ebből következik,

hogy a 25. életévtől kezdődő rendszeres szűrővizsgálat teljes biztonságot ad az invazív méhnyakrák kialakulásával szemben. A 65. életévben határozták meg azt a korhatárt, amikor – kivételektől eltekintve – a nőket már szükségtelen szűrésre behívni. Mértékadó ajánlások a szűrés háromévenkénti ismétlését tartják szükségesnek és elégségesnek.

Magyarországon számos nőgyógyász szakember tartja kívánatosnak a 25 év alatti, szexuálisan aktív, fogamzásgátlót használó nők rendszeres szűrését, valamint a szűrés évenkénti ismétlését minden életkorban. Ezt a gyakorlatot azonban a megszokáson túl semmiféle érv nem támasztja alá. (A népegészségügyi, szervezett szűrővizsgálatra vonatkozó ajánlás természetesen nem szól az évenkénti, vagy akár gyakoribb nőgyógyászati ellenőrzésen, gondozáson való részvétel ellen.)

SZELEKTÍV SZŰRÉS

Mind elméletileg, mind gazdaságossági szempontból vonzó az úgynevezett szelektív szűrés, amely a különböző epidemiológiai és kóroki kritériumok alapján „előválogatott” népességcsoportra szorítkozik. Ez azonban tudományosan nem kellően megalapozott, és a gyakorlatban nem keresztülvihető. A szűrővizsgálatra jogosultság egyetlen kritériuma az életkor marad.

SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZEREK ÉS AZOK ÉRTÉKE

A mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek ajánlása szerint a méhnyakszűrés bizonyítottan hatásos, elengedhetetlen módszere a sejtvizsgálat, azaz a citológiai vizsgálat.

NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉS?

Meg kell jegyezni, hogy Magyarországon az úgynevezett „nőgyógyászati szűrés”-nek vannak hagyományai. Ez úgy történik, hogy a nőgyógyász szakorvos teljes nőgyógyászati vizsgálatot végez, amelynek elemei: a külső nemi szervek megtekintése, hüvelyi feltárás, a portio megtekintése, két kézzel végzett (bimanuális) tapintásos vizsgálat, amely kiterjed a méhtestre és a méhfüggelékekre (petefészek) is, valamint az emlők tapintásos vizsgálata. Elengedhetetlen része a kiterjesztett kolposzkópos vizsgálat (egy optikai eszköz, amely a méhnyak hüvelybe benyúló felszínét mintegy 20-szoros nagyításban enged vizsgálni). A nőgyógyászati vizsgálat része a kenetvétel citológiai vizsgálat céljából. Az e gyakorlat mellett szóló érv az, hogy alkalmat ad a méhtest és a petefészek vizsgálatára is, nem is szólva az emlők vizsgálatáról.

Megengedve azt, hogy a teljes nőgyógyászati vizsgálatnak számos hasznos mellékterméke lehet, bizonyos, hogy a lakossági szűrővizsgálat céljaihoz nem visz közelebb, hiszen

- a nyakcsatorna, ahonnan a méhnyakrákok nem elhanyagolható hányada kiindul, az optikai eszköz (kolposzkóp) számára „néma” területet jelent;
- nem járul hozzá a méhtest nyálkahártyájában képződő daganatok felismeréséhez;
- a tapintásos vizsgálat nem kellően érzékeny a petefészek daganatainak felismeréshez;
- a tapintásos emlővizsgálat önmagában nem tekinthető szűrővizsgálati módszernek, csak lágyszöveti röntgenvizsgálattal (mammográfia) együtt.

A méhnyakrák és megelőző állapotainak felismerését szakorvosi vizsgálathoz köti, a tömegesen elvégzendő szűrővizsgálatot nehézkessé teszi, és a lakosságszűrést ellehetetleníti. Ez a magyarázata annak, hogy a „nőgyógyászati szűrés” fogalmát a nemzetközi gyakorlat jószerével nem ismeri, és csakis a citológiai vizsgálatot végzett „méhnyakszűrés” szerepel a népegészségügyi programokban.

A méhnyakszűrés bizonyítottan hatásos, szuverén módszere tehát *a hüvelyi feltárás után a méhnyak hüvelyi felszínéről (portio), a laphám és hengerhám találkozás helyéről, valamint a nyakcsatornából vett sejt minta citológiai vizsgálata.*

A MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉNEK ÉS VÉGREHAJTÁSÁNAK IRÁNYELVEI

A MEGHÍVÓLEVÉL

Elfogadott tény, hogy csak a személyes meghívás-visszahívás alapján szervezett szűrőprogramok hatékonyak. A *meghívás* tehát kulcsszerepet játszik abban, hogy a részvételi arány magas legyen. Ugyanakkor maga a meghívás fontos pozitív vagy negatív szerephez juthat a résztvevők tapasztalatainak formálásában is. Ez sokban függ a meghívás módjától, a meghívólevél tartalmától. A meghívólevél kézhezvétele is már önmagában aggodalommal, félelemmel töltheti el a címzettet.

Az aggodalom és félelem szerephez juthat úgy is, hogy a meghívólevél kézhezvétele nyomán a szűrővizsgálatra megjelenőket nemcsak a szűrés preventív értékéről alkotott meggyőződésük vezeti, hanem a felszólítás mögött megérezett orvosi tekintély is. Ilyen esetekben „a feltételezett döntésmegbánás” azaz a „*nem-cselekvés*” *negatív következményeitől való félelem viszi el a szűrésre a meghívottat*. Azaz azért megy el a nő a szűrésre, hogy később ne bánja meg, hogy nem ment el. Az ilyen résztvevő nincs kellő hittel és információval felvértezve az esetleges nem negatív lelet megfelelő értékelésére. A „külső vezérlésű” szűrésrésztvevőnek az a hátránya a „belső vezérlésűvel” szemben, hogy nem létezik nála az a védő mechanizmus – a szűrésbe vetett hite – ami tompíthatná a negatív lélektani hatásokat.

A meghívólevélnek fontos stratégiai szerepe van. Informálnia kell a meghívottakat a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról, röviden elmagyaráznia a lehetséges eredmények jelentését. Figyelembe véve a rák képét a köztudatban, az ezekről szóló *szűrővizsgálat előtti tájékoztatás*, a tények, lehetőségek, következmények pontos ismerete társadalmilag elfogadhatóbbá tenné a szűrést. Sajnos ez a lehetőség gyakran kihasználatlan marad.

A SZŰRŐVIZSGÁLAT: MINTAVÉTEL

A területi védőnő nyilvántartásba veszi a megjelentek adatait, megnyeri a tájékoztatáson alapuló beleegyezést.

A szűrővizsgálat legfontosabb eleme a *mintavétel* citológiai vizsgálat céljaira, amely a következő módon történik: *hüvelyi feltárás után a méhnyak hüvelyi részének (portio) hámborításáról, a laphám-hengerhám találkozásának helyéről, valamint a nyakcsatornából speciális eszköz segítségével sejtkenetet vesz.*

A kenetvevő eszköz megválasztása fontos. A nem megfelelő eszköz és mintavételi technika a citológiai szűrés hitelességét kockáztatja. A mintavétel csak mintavételi eszközzel történhet. A vattatamponnal történő kenetvétel nem fogadható el!

A meghonosodott anyagvételi eljárások enyhe mechanikus hatást alkalmaznak, mert ennek hatására a hámfelszínről frissen levált sejtek jobb minőségűek, részletgazdagabbak, értékelésre alkalmasabbak, a spontán levált („exfoliált”), esetleg a hüvelyboltozatban összegyűlt, pangott sejteknél.

A kenetvétel döntő fontosságú a vizsgálat értékelhetősége szempontjából. A jó minőségű kenet sejtekben gazdag. A sejtösszetétel képviseli a hám állapotát a kenetvétel helyén. A sejtek megtartott szerkezetűek, azokat bomlás (citolízis, autolízis) nem károsítja. Tiszta háttérű, mert vér, gyulladáshoz vezető sejtek, sejtörmelék stb. nem zavarják az áttekinthetőségét. Fontos követelmény, hogy az átmeneti zóna és a nyakcsatornát bélelő sejtek a kenetekben képviselve legyenek. Ha a nyakcsatornából származó (endocervikális, EC) sejtek nincsenek a kenetben, a kenet értékelhetetlen!

A KENET FIXÁLÁS, KENETKÉSZÍTÉS, LABORATÓRIUMBA SZÁLLÍTÁS

A keneteket a kenetvétel után azonnal tárgylemezre kell vinni, és *fixálni* kell: fixáló spray-vel kell kezelni, vagy fixáló keverékbe helyezni úgy, hogy a kenet a fixálás előtt ne száradjon ki.

A tárgylemezeket gondosan, lelkiismeretesen azonosítani kell, ennek legbiztosabb módja a TAJ-

szám használata. A kenetek esetleges összekeveredésének végzetes következményei lehetnek!

A megjelölt, fixált keneteket a megfelelően kitöltött „Citológiai vizsgálati kéréslappal” együtt a kijelölt citológiai laboratóriumba kell szállítani, ahol a Papanicolaou által 1942-ben kidolgozott festési eljárással megfestik, és értékelik.

Elterjedőben van a „folyadék-alapú” citológiai kenet: a kenetvevő eszközről a vizsgálati anyagot „belemossák” a fixáló folyadékba, majd a centrifugálással ülepitett anyagot tárgylemezre viszik, és úgy vizsgálják.

A CITOLÓGIAI LELET : AJÁNLÁS A VÉDŐNŐ TENNIVALÓIRA

A citológiai laboratórium a kitöltött „kérelapot”, mint leletet, visszajuttatja a területi védőnőhöz. A leletlapon jól elkülönítve, a védőnők tennivalóira vonatkozóan az alábbi lehetséges ajánlás van feltüntetve, és pedig *negatív, nem-negatív, a kenetvételt meg kell ismételni.*

- *A negatív eredménnyel záruló szűrővizsgálat után újabb 3 évig nincs tennivaló. A területi védőnő erről értesíti a szűrővizsgálaton részt vett nőt. Megnyugtítja, hogy jelenleg nincs oka aggodalomra, a szűrővizsgálat nem utalt rosszindulatú, vagy egyéb, orvosi figyelmet igénylő elváltozásra. Mindazonáltal felhívja a figyelmét arra, hogy ha bármiféle rendellenességet észlel, keressen fel nőgyógyász szakorvost.*
- *A nem-negatív lelet mögött gyulladással vagy ennél súlyosabb elváltozás áll. Felmerül a rákmegelőző állapot, vagy rák alapos gyanúja. Ennek eldöntése már nem a területi védőnő feladata. A védőnő feladata az, hogy tisztázás vagy kezelés céljából a páciens a legrövidebb úton nőgyógyászati szakrendelésre kell irányítania!*

Fontos, hogy a kenetvételt mielőbb meg kell ismételni, ha azt a citológus technikai okokból értékelésre alkalmatlannak találja (sejtszegény, vastag, véres, törmelékes, nem áttekinthető stb.), vagy ha nem tartalmaz a nyakcsatornából származó endocervikális (EC) sejteket.

4. A VÉDŐNŐ SZEREPE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉBEN

BEVEZETÉS

A méhnyakrákos megbetegedések, és az abból adódó halálozások magas száma nem csupán hazánkban jelent kiemelkedő népegészségügyi problémát. A Magyarországon regisztrált megbetegedések és halálozások száma annak ellenére, hogy az elmúlt években csökkenő tendenciát mutatnak, mégis meghaladja az európai országokban előforduló átlagos adatokat.

A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2003. szeptember 1-jén került bevezetésre. A szervezett szűréssel kapcsolatos eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy szükséges a részvételi szándékot növelni. A régi, megszokott opportunista szűrés keretei közül nehéz áttérni a szervezett népegészségügyi szűrés gyakorlatára, bizonyítja ezt az is, hogy 20-szor annyi kenetet vesznek le a népegészségügyi szűrés keretén kívül, mint annak keretében.

Országunkban a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan, méhnyakszűrő programok szervezése és kivitelezése zajlik, melyek nagymértékben járulhattak hozzá a méhnyakrák miatt bekövetkezett halálozás redukálódásához, részvételi szándék növeléséhez.

A 2009-ben zajlott Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram eredményei bizonyították, hogy a védőnők képesek arra, hogy a körzetükben élő lakosságot megszólítsák, és ennek során a szűrésen való részvételre ösztönözzék. Tapasztalatok alapján, a védőnő azáltal, hogy személyesen felkereste a szűrésre jogosult személyt, illetve megfelelő tájékoztatást nyújtott a szűrés fontosságáról és eloszlatta a tévhitet, növelte a szűrésen való megjelenési törekvéseket. A védőnők, olyan nők számára tudtak méhnyakszűrést biztosítani, akik 10 éve vagy annál régebb óta nem jártak szülész-nőgyógyász szakorvosi rendelésen. A szűrésre jogosultak személyes felkeresésével a védőnők nem csupán az érintett egyén, hanem családtagjai egészséghez való hozzáállásának és egészségtudatos magatartásának fejlesztéséhez is hozzájárulnak. A védőnői méhnyakszűrés hozzájárul a lakosság egészségének megőrzéséhez és a szűrésen való részvételi arány növekedéséhez.

A védőnői hivatás mindig igazodott a kor aktuális népegészségügyi helyzetéhez, kihívásaihoz. Most a XXI. században a védőnők bekapcsolódhatnak a daganatos megbetegedések leküzdésébe és a szervezett méhnyakszűrésben is eredményes munkát végezhetnek. A védőnők és a szakma megítélésének növelésében óriási lehetőséget nyújt ez a szűrőprogram.

MÉHNYAKSZŰRÉSI GYAKORLAT NEMZETKÖZI ÁTTEKINTÉSE

A méhnyakszűrési gyakorlat az 1987-ben indított „Európa a rák ellen” elnevezésű program megvalósulása óta ajánlott az Európai Unióban. A szervezett szűrés módszertanát és a kiszűrt egyének kezeléséről szóló ajánlásokat elsőként az 1993-ban kiadott Európai minőségbiztosítási irányelv írta le. Az 1960-as és 1970-es években már elindultak a méhnyakszűrő programok Izland, Svédország, Finnország és Dánia területén, melyek alapja a személyes meghívás volt. Ezt követően folyamatosan nőtt azon országok száma, ahol szintén megkezdődtek a szűrési programok megvalósítása. A programok a 2000-es évekig létrejöttek az Egyesült Királyság, Belgium, Norvégia, Hollandia és Olaszország területén. A szűrési gyakorlat azonban nem egységes, jelenleg is számos országban opportunisztikus (alkalomszerű) szűrés valósul meg. A szűrések között eltelt intervallumban és a célcsoport meghatározásban is eltérések tapasztalhatóak. *Luxemburgban* már 15 éves kortól kenetvételt végeznek, *Ausztria és Németország* területén 20 éves kor felett tartják ajánlottnak a szűrésen való részvételt, míg *Finnországban, és Hollandiában* 30 éves kortól kezdve tanácsolják. A szűrésre való meghívás alapját országonként más és más lista szolgálja, mint például egészségügyi szolgáltatók nyilvántartásai, háziorvosok birtokában lévő adatok (3. sz. táblázat).

	meghívottak életkora	szűrési intervallum	szűrést végző szakdolgozó	meghívás
Finnország	30-60	5 év	ápolónő, szülésznő	központi népeség-nyilvántartó rendszer
Svédország	23-50	3 év	szülésznő	laboratórium
	51-60	5 év		
Románia	25-64	3 év	szülész-nőgyógyász	nincs
USA	21-65	3 év	szülész-nőgyógyász	nincs

3. táblázat: Nemzetközi méhnyakszűrési gyakorlat

Forrás: saját készítés

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11072216>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598502>; <http://annals.org/data/Journals/AIM/24199/10FF1.png>)

A nemzetközi szervezetek ajánlását követve Európa legtöbb országában alkalmazott szűrési gyakorlat az, hogy a szűrés a lakossághoz közel elérhető, a szűrést képzett szakdolgozók végzik, és csak a kiszűrt nőket küldik további vizsgálatok céljából szakorvoshoz.

A VÉDŐNŐ HELYE, SZEREPE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŪRÉSBEN

„A méhnyakszűrés Magyarországon mind ez ideig minősített kudarcnak ítéltető. Ezzel szemben a fejlett világ számos országában a méhnyakrák elleni küzdelem – méhnyakszűrés – az egészségügyi ellátórendszer sikertörténete.”

Az egészségpolitika választása azért esett a Védőnői Szolgálatra, mert:

- a védőnői ellátás az egészségügyi alapellátás része
- országos lefedettségű
- a védőnők felsőfokú végzettségű szakdolgozók
- a védőnő tevékenysége kiterjed a nővédelmi feladatok ellátására is.

A védőnők Magyarországon közel egy évszázados hagyománnyal rendelkeznek a megelőző egészségügyi alapellátás területén. Elsősorban a megelőzésre képzett, felsőfokú egészségügyi képesítéssel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú- és család egészségének védelemében, valamint a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében. Önállóan végeznek vizsgálatokat, szűrővizsgálatokat a várandós anyák és a 0-18 éves gyermekek megelőző ellátásában a korai észlelés, jelzés és szükség esetén a mielőbbi kezelés megkezdése érdekében. A védőnő nővédelmi feladatának eddig is része volt „a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében részvétel”, most a szűrés végzésében is közreműködhet. Nővédelmi gondozása így átöleli a nő éle szakaszának nagyobb hosszát, a reprodukív koron túl is. Közzelebb kerülnek ezáltal a település felnőtt lakosságához. A tapasztalatok szerint a védőnők segítő hozzáállása minden értékes teljesítmény kiindulópontja. Kimagasló a szűrendő lakosság megnyerése, jó az együttműködés az alapellátás dolgozóival. Egyfajta szolgáltatási kör, a családközpontú gondozás nagyobb teret nyert. A védőnők kitüntetett szerepet játszanak e felelősségteljes feladat elvégzésében.

A népegészségügyi célú méhnyakszűrés a védőnők egyetemi graduális képzésébe is beillesztésre került. A 2014/2015-ös tanévben felvételt nyert védőnő hallgatók már úgy végezték az alapképzést 2018-ban, hogy képesek a szűrés végzésére. Így „összeért” a védőnők graduális és posztgraduális képzése, ma már a képzési kimeneteli követelmény része, hogy a védőnő ismeri és alkalmazza a

méhnyakszűrést. A méhnyakrák kiemelkedő népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy az elkerülhető halálozások közé tartozik. A védőnőknek sosem szabad elfeledkezni arról, hogy képesek a feladat elvégzésére!

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELŐNYE ÉS HÁTRÁNYA

A védőnők által végzett méhnyakszűrés alapvető előnye, hogy nincs szakorvosi vizsgálathoz kötve, ezáltal az alapellátás keretein belül érik el a szűrésre jogosultak populációját. Előnyként tartható számon, hogy a lakosságszűrés keretében megvalósítható méhnyakszűrés helyben, lakóhelyhez közel érhető el, ez feltehetően növeli a részvételi hajlandóságot. A nagyobb részvételtől következik, hogy a méhnyakat ért elváltozások korai, panaszt nem okozó szakaszban kerülnek felismerésre. Ennek hatására a kezelések korábban kezdhetők meg, kisebb beavatkozások is elegendőek, melyek nem jelentenek olyan jelentős mértékű lelki megterhelést, mint a súlyosabb elváltozások alkalmával végzett radikális nőgyógyászati műtétek. A kezelések korai megkezdése nagyobb lehetőséget nyújt a daganatos betegségekből való teljes gyógyulásra is. A védőnő személyesen ismeri a körzetében élők jelentős részét és tájékozottabb az emberek életmódját, szokásait illetően. A helyi egészségvédelmi programokon is hangsúlyozható a prevenció jelentősége, és a helyi befolyásos személyek, szervezetek jó együttműködése elősegítheti a szemléletváltást. Megvalósulhat a védőnői körzetekhez tartozó céllakosság nyilvántartása a méhnyakszűrés esedékessége szempontjából. A citológiai vizsgálat eredményét a védőnő személyesen adja át, mely „rossz hír” közlése esetén ismeret és lelki támasz biztosításával mérsékelni tudja a negatív emóciókat, valamint meg tudja erősíteni, hogy a mielőbbi szakorvosi vizsgálat, szükség esetén a kezelés teljes gyógyulást eredményezhet. Megvalósulhat a nem-negatív esetek szakorvosi ellátásban való mielőbbi részvételének ösztönzése és a nem-negatív eredmények követése.

A védőnők által végzett szűrés hátránya, hogy az célzottan a méhnyakat ért elváltozások szűrésére irányul. Abban az esetben, ha a kenetvételel követően az értékelés során valamilyen eltérést észlelnék, a szűrésen részt vett nőnek fel kell keresnie egy szülész-nőgyógyász szakorvosi rendelőt az eltérés kezelése érdekében, amely a korábbi nehézségeket vetheti fel a nők számára (utazási költségek, időhiány, korábbi negatív tapasztalatok).

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály szakemberei által végzett 2016 évi kutatás a következő eredményeket adta:

Vizsgálták az új tevékenység elfogadottságát a védőnők körében, és a szolgáltatással kapcsolatos szakmai attitűdjüket. A képzésben részt vett védőnők szűrési tevékenységgel kapcsolatos részvételi hajlandósága közel 40%-os, a szűrési tevékenység elfogadottsága, támogatottsága a védőnők körében nem megfelelő. A hatékonyság növelése érdekében szükséges az új kompetencia megbecsülésének, elismertségének a növelése.

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS ORSZÁGOS KITERJESZTÉSE

A hazánkban 2003-ban bevezetésre került szervezett szakorvosi szűrés lehetőségével a női lakosság csak kis számban élt. Az OEP adatai szerint a szűrendő nők 5-7 %-a kereste fel „meghívólevelével” az adott szakrendelőt. Ezért - a mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek javaslatának megfelelően, mely szerint a méhnyakszűrést képzett egészségügyi szakdolgozók végzik - a méhnyakrákos megbetegedések és halálozások csökkentése érdekében az Egészségügyi Minisztérium által bevezetésre került a „szakdolgozói szűrés” (Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram 2009.év). A Mintaprogram során önként jelentkező 110 védőnő akkreditált továbbképzés keretében sajátította el a szűrés szervezéséhez és végzéséhez szükséges elméleti és gyakorlati ismereteket, majd a körzetükben a nővédelmi tanácsadás keretében szűrést végeztek a védőnői tanácsadóban. A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram „közel vitte” a szűrést a községekben élő nőkhöz, így nőtt a szűréshez való hozzáférhetőség, és az elérhetőség. A védőnők látogatásai során felkeresték a szűrendő nőket, tájékoztatták őket a szűrés fontosságáról, módjáról, „meghívták” a nőket a szűrésre. A visszaérkezett

lelet eredményéről és az esetleges teendőkről a védőnő tájékoztatta a nőt. A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram jó eredménnyel zárult, a szűrésre meghívót kapó nők 15,8 %-a elment a védőnőhöz szűrésre. Olyan nőket is meg tudtak nyerni a szűrésre, akik régóta (10 évnél is régebben) nem voltak méhnyakszűrőseken. A keneteket értékelő citológiai laboratórium értékelése szerint a védőnői kenetvételek minősége megfelelt a szakmai követelményeknek.

A védőnői méhnyakszűrés a kísérleti időszakban alkalmasnak bizonyult az országos kiterjesztésre. A Minisztérium a következő években is támogatta a védőnői méhnyakszűrő programok folytatását, a már képzett védőnők szűrési tevékenységének folytatását, illetve újabb védőnők képzését és bevonását a szűrés végzésébe. Minisztériumi támogatás mellett az első mintaprogram eredményei is hozzájárultak a Védőnői Méhnyakszűrő Programok megvalósulásához. 2010-ben 125, 2012-ben 50 védőnő vett részt, 2013-15 között a TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 azonosítójelű „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című projekt keretében 2176 védőnő vett részt képzésen, közülük 1148 elméleti és gyakorlati képzésen is. 2015-ben 732 védőnő szerzett tanúsítványt a népegészségügyi célú méhnyakszűrésben.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok eredményei azt mutatják, hogy a védőnők képesek és alkalmasak

- a méhnyakszűrés (kenetvétel) megtanulására
- a községben élő lakosság megszólítására
- a községben élő lakosság megnyerésére a szűrésre, a részvétel ösztönzésére
- a méhnyakszűrés (kenetvétel) végzésére
- a lakosság egészségtudatos magatartásának növelésére.

„A daganatok szűrésére törekednünk kell. Nemcsak azért, mert olcsó (olcsóbb, mint a kezelés), hanem azért is, mert sokak számára teszi lehetővé a szenvedéstől mentes, emberhez méltó életet.”

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS JOGSZABÁLYI HÁTTERE

- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény előírja, hogy a területi védőnők kezelhetik azon személyek egészségügyi és személyazonosító adatait, akik a lakossági célzott szűrővizsgálat, és a népegészségügyi szűrővizsgálat célcsoportjába tartoznak.
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló rendelet tartalmazza a 25 és 65 év közötti női lakosság népegészségügyi céllal végzett 3 évenkénti méhnyakszűrését. Előírja a védőnők közreműködését a célzott szűrővizsgálatokon való megjelenés szervezésében.
- A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet előírja, hogy a területi védőnők nővédelmi tevékenysége kiegészül a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével. Tartalmazza az új tevékenység végzéséhez szükséges személyi feltétel szükségességét, és mellékként rögzíti az elengedhetetlen tárgyi feltételeket (operációs rendszerrel rendelkező számítógép, internet elérés, nőgyógyászati vizsgáló asztal, paraván, kenetvételhez szükséges eszközök).
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló rendelet írja elő a szűrés végző területi védőnők szolgáltatói számára, hogy minden tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (volt OEP, továbbiakban NEAK) számára jelentést kell küldenie az elvégzett szűrések számáról. A jelentés alapján az esetek száma szerint a díjazást az elvégzett szűrések után. A védőnőknek a 33. számú mellékletben szereplő formanyomtatványban kell regisztrálni a szűrésen résztvevők adatait.

- A védőnői képzés kiegészítéseként a méhnyakszűrésre vonatkozó követelmények bekerültek a 15/2006. (IV. 3.) OM rendeletbe. Az oktatást végző intézmények módosították a képzési kerettantervüket és a képzési programjaikat.
- 60/2003. (X.20) ESZCSM rendeletben az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket írják elő:

3. § (1) Az egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell

a) a négy szemközti konzultációt is lehetővé tevő rendelőhelyiséget, amelyben

aa) az adott egészségügyi szolgáltatásra előírt tárgyi feltételek használata, illetve szakszerű tárolása - ideértve a gyógyszerek, a mérgező hatású anyagok és a veszélyes hulladék tárolását is - biztosított,

ab) az aa) pontban foglaltakon túl rendelkezésre áll a beteg fektetésére alkalmas vizsgálóágy,

ac) a beteg ellátását végző egészségügyi dolgozó számára a kézmosási, illetve kézfertőtlenítési lehetőség és a szükséges bútorzat biztosított;

b) a rendelőhelyiséggel közvetlen kapcsolatban lévő, vagy azon belül elkülönített öltöző területet, kivéve, ha az ellátás jellegéből adódóan a beteg fizikális vizsgálata nem szükséges;

c) váróhelyiséget;

d) kézmosási lehetőséggel ellátott mellék helyiséget;

e) az egészségügyi dokumentációnak az egészségügyi adatokra vonatkozó szabályok szerinti tárolását, illetve kezelését.

(3) A (2) bekezdés szerinti esetben az egészségügyi szolgáltató székhelyén, illetve telephelyén biztosítani kell az ellátáshoz szükséges tárgyi feltételek szakszerű tárolását.

(4) A betegek számára a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak biztosítani kell az akadálymentes közlekedés lehetőségét, továbbá ezen egészségügyi szolgáltatóknál a fogyatékossgal élők részére biztosítani kell az (1) bekezdés d) pontja és a 4. § (1) bekezdés b) pontja szerinti feltételek speciális kialakítását.

- Az egészségügyi szolgáltatás általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15) Kormányrendelet 8. § (1)-(4) bekezdése, és a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) 35. § (1) bekezdése a kérelem tartalmát és mellékleteit határozza meg.

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG FELTÉTELE

A védőnőknek ahhoz, hogy a népegészségügyi méhnyakszűrést önálló tevékenységként végezhessek tanácsadójukban a népegészségügyi gondozás keretei között, szükséges a személyi feltételek megléte, vagyis a képzésen való részvétel után, graduális képzés során elsajátított, képesítés birtokában végezheti e szűrési feladatokat. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet szerint:

„4.§ (3) A 3. § a) pont ad) alpontja szerinti tevékenység végzésére az a védőnő jogosult, aki igazolja, hogy az e tevékenység elsajátítására irányuló,

a) az orvos- és egészségtudományi képzést folytató felsőoktatási intézmény által szervezett, legalább 40 órás időtartamú választható képzést vagy

b) egészségügyi szakirányú választható szakmai továbbképzést elvégezte, valamint a tanácsadó helyisége rendelkezik az 5/A. számú mellékletben meghatározott feltételekkel.”

A 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet 5/A mellékletben előírt tárgyi feltételek megléte szükséges az új feladat elvégzéséhez.

VÉDŐNŐI SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG LÉPÉSEI

„A daganatok szűrésére törekednünk kell. Nemcsak azért, mert olcsó (olcsóbb, mint a kezelés), hanem azért is, mert sokak számára teszi lehetővé a szenvedéstől mentes, emberhez méltó életet.”

- Meghívólevél kapcsán védőnői látogatás, tájékoztatás
- Adatok felvétele, dokumentáció kitöltése (Bethesda 2001)
- Anamnézis
- Tárgylemez előkészítése
- Külső nemi szervek megtekintése
- Hüvely feltárása, kenetvétel
- Kenet rögzítése
- Speculum eltávolítása
- Szűrés zárása (kenet postázása, dokumentálás)
- Tájékoztatás a méhnyakszűrés eredményéről

ÚJ SZŰRÉSI MÓDSZEREK – LIQUID BASED (LBC)

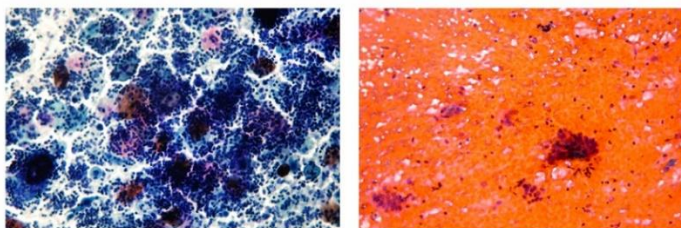
A Papanicolaou módszerrel (CP) végzett teszt ma már nem a tökéletes módszer. A CP sejtgyűjtés során a méhnyakról és nyakcsatornáról a mintavevő eszközzel vett sejteknek csak egy része vihető fel a tárgylemezre, a többi a mintavevő eszközön marad, kenetkészítés során a sejtek műviileg károsodhatnak, kiszáradhatnak, ezáltal megnehezítik a diagnosztikát, illetve a mintavétel során a jelenlévő vér, nyák, gyulladáscsökkentő izzadmány, törmelék, ugyancsak tovább nehezíti a kenet diagnosztizálását.

Ezeket a korlátokat szünteti meg az úgynevezett folyadék alapú (liquid based) citológiai méhnyakrák szűrés (LBC), a vizsgálati minta új előállítási módszere. LBC-t elsősorban méhnyakrák szűrő programban alkalmazzák, de a nem-nőgyógyászati citológiai készítményekben is széles körben elfogadott számos európai országban.

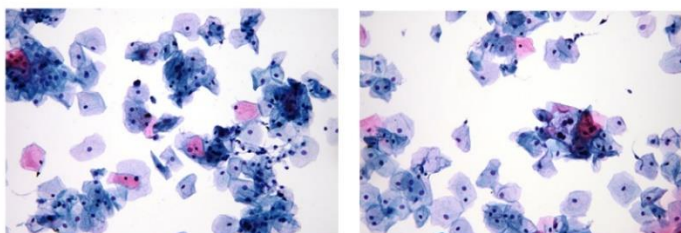
Az LBC során a kenetvevő a kenetvételi eszközzel a méhszájról és a nyakcsatornáról nem kenetet készít, hanem az ezen lévő összes sejtet a műanyag edényben lévő (Preserv Cyt[®]) fixáló oldatba helyezi. Ezt követően a citológiai laborban a speciális (ThinPrep[®] 2000 Processor) folyadékban lévő mintából speciális eljárással készítik el a kenetet (11. sz. ábra).

A folyadék alapú (LBC) méhnyakszűrés lehetővé teszi a legkorábbi méhnyakrák megelőző állapotok felismerését és gyógyítását. Az LBC méhnyakszűrés nagy előnye a citopatológiai sejtkenetvétellel szemben az, hogy a sejtek nem vesznek el, mert nincs kenetkenés, így fixálási hiba, vagy kiszáradás sem léphet fel. A sejtek eloszlása a folyadék jelenléte miatt egyenletes, továbbá egy mintából több vizsgálat is elvégezhető, pl. a chlamydia is. Az eszköz kezelése egyszerű, olyannyira, hogy alkalmas lehet önmintavételre is, amennyiben a páciens megfelelő tájékoztatást kap a használatáról. Az így kapott kenetek sejtűs, tiszták és jól festődnek, a minták részletgazdagabbak lehetnek, mint a hagyományos kenetvételi technikával vett kenetek.

Az LBC méhnyakszűrést jelenleg nem támogatja a NEAK, de egyeztetések zajlanak és biztató előrelépések mutatkoznak a NEAK támogatottság elérése kapcsán.



HAGYOMÁNYOS PC FESTETT KENETEK
(DIAGNOSZTIKÁRA ALKALMATLANOK, NAGYFOKÚ GYULLADÁS, VÉRZÉS MIATT)



A FENTI ESETEKBŐL AZ LBC MÓDSZERREL KÉSZÍTETT KENETEK
(DIAGNOSZTIKÁRA ALKALMAS, NINCS GYULLADÁS, VÉRZÉS)

11. ábra: Hagyományos és LBC módszerrel készített kenet

(Forrás: Prof. Dr. Bak Mihály cytopathológus)

ÚJ SZŰRÉSI MÓDSZEREK II.- A HPV ÖNMINTAVÉTEL TECHNIKÁJA

A humán papillómavírus az egyik leggyakoribb nemi úton terjedő fertőzés. Az esetek 10%-ában a HPV bizonyos típusai nemi szemölcsöket okoznak, ezek az ún. alacsony kockázatú (low-risk) HPV-típusok. A magas rizikójú (high-risk) HPV vírusok, ahogyan a vírus gyűjtőneve is mutatja, már bizonyíthatóan szerepet játszanak bizonyos daganatok kialakulásában, mint pl. a méhnyakrák vagy a végbél és szájüregi rák. Ez is mutatja, hogy a HPV teszt nagyon fontos kiegészítése lehet a jövőben a citológiai kenetvételnek, azonban nem helyettesíti azt. A HPV teszt azt mutatja meg, hogy fennáll-e a HPV fertőzöttség, és ha igen, annak mely típusai mutathatóak ki a vizsgált szervezetben, valamint felhívja arra a figyelmet, hogy valamely daganat kockázata fennáll. A két típusú vizsgálat kombinálása jelentősen megnöveli a szűrés hatékonyságát.

Sok nő érzi magát kényelmetlenül a szokásos évenkénti vagy két-, háromévenkénti méhnyakszűrési vizsgálaton, így ez sokakat visszatarthat attól, hogy ismét elmenjenek orvoshoz a HPV teszt miatt is. Számukra jó megoldás az otthon is elvégezhető HPV önmintavétel, melynek menete egy rövid útmutató segítségével könnyedén elsajátítható.

A HPV önmintavevő egységcsomag tartalmaz egy hosszú önmintavételi pálcát. A pálcát ütközésig, azaz kb. 10 cm-ig kell a hüvelybe helyezni, majd kétszer megforgatni. A kihúzást követően az így begyűjtött mintát a levegőn hagyni kell száradni ügyelve arra, hogy ne érje a fehér részt semmilyen szennyeződés. A száradást követően a vattás részt a mintatárolóba kell helyezni és körültekintően lezárni azt.

Az új mintavételi technikákkal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy nem leváltani hivatottak a sejtkenetvételen alapuló citológiát, hanem éppenhogy növelni annak objektivitását és szenzitivitását.

KOMMUNIKÁCIÓ

A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ ÁLTALÁNOS CÉLJA A PROGRAMBAN

„Ha valami jól működik, csináld többször, ha valami nem működik, csinálj mást”. (Szabo, Meier, Hankovszky 2010)

Nem szabad szem elől tévesztenünk azt, hogy a program célcsoportját azok a nők alkotják, akiknek az egészséggel kapcsolatos ismeretei, a mindennapi élete, a problémái, az iskolázottsága (kulturális tőkéje), a nyelvhasználata stb. jelentősen eltérhet a középosztály, sőt akár a többségi társadalom jellemzőitől is. Más ismeretekkel, normákkal, hiedelmekkel, jövőre vonatkozó elképzelésekkel rendelkeznek, mint a jól képzett védőnők, s ezért a kommunikációs tartalmakat és formákat is hozzájuk kell igazítani. Több évtizedes távlatokról beszélni az egészség megőrzésével kapcsolatban ott, ahol a kliensek alapvetően a jelenben, a mában élnek, és hiányoznak a jövőre vonatkozó távlati elképzeléseik, és írott anyagokat ajánlani ott, ahol súlyos olvasási, megértési nehézségekkel küzdenek – alapvetően kudarcra ítélt módszer.

Mindannyian rendelkezünk azzal a képességgel, tudással, hogy megtaláljuk a megfelelő kommunikációs módszert az adott klienssel. Ehhez „csak” elég bátornak kell lenni, hogy szakítsunk a „helyesnek tartott” (más helyzetben egyébként jól működő) módszerekkel, és a saját tapasztalatainkra, gyakran az intuíciónkra (de soha ne a sztereotípiáinkra vagy előítéleteinkre) támaszkodjunk. Kísérletezzünk bátran és figyeljük a hatást, az eredményt. S ha beválik, alkalmazzuk máskor is.

A védőnői kommunikáció célja ebben a programban a vizsgálatba vonásuk, egy olyan eljárás elfogadtatása a nőkkel, amelyről sokan ugyan már hallottak, egy részük részt is vett rajta, ám a vizsgálat elvégzésére ez idáig csak az orvosoknak volt jogositványuk.

A védőnők vagy más egészségügyi szakdolgozók szerepe a korábbiakban „legfeljebb” a nők meggyőzésében, az orvoshoz fordulásuk elősegítésében stb. nyilvánult meg. Ezek a feladatok is rendkívül aktív szerepvállalást igényeltek a védőnőktől, s nélkülük valószínűleg jóval kevesebb nő vett volna részt a különböző szűrővizsgálatokon. A segítő szerepből azonban a védőnők most aktív szakértői szerepbe lépnek át a méhnyakszűrés (a citológiai kenetvétel) elvégzésével, s ezzel nem csupán a feladatkörük bővül, hanem minőségileg is más partnerei lesznek a gondjaikra bízott nőknek, családoknak. Az új, „szakértői szerep” az egészségügyi dolgozók közötti kapcsolatokat is módosíthatja, hiszen a védőnők az orvosok, elsősorban a szülésznőgyógyász szakorvosok partnereivé válnak bizonyos dimenziókban. Ez akkor is így van, ha egy szűrővizsgálat elvégzése a védőnők részéről még nem jelenti azt, hogy a szakorvosok feladatai megszűnnének, vagy akár csak lényeges mértékben is csökkennének, és a védőnők átvennék a helyüket a diagnosztikában és a gyógyításban.

Azzal, hogy a védőnők egy új szerepkörben jelennek meg, a páciensekkel, a nőkkel kapcsolatos kommunikáció is új megközelítést igényel. Nagyon fontos, hogy az új kompetenciákhoz ne az egészségügyi ellátás területén domináló hagyományos biomedikális szemléletet illesszék, vegyék át és tartsák fenn. A 21. század páciensei, különösen a nők, új formákra törekuszenek a személyközi kommunikációban, az egészségügyi ellátás területén is, és növekvő tudatosság jellemzi őket. A védőnők e területen, a nők felelősségvállalásának elősegítésében úttörő szereppel bírhatnak.

A napjainkban sokat kárhoztatott biomedikális szemlélet gyökere a 17. századi filozófustól, Decartestől ered, aki szerint az ember két elkülönülő részben, testben és lélekben létezik, melyek kapcsolatban állnak, ám mégsem kapcsolhatók egymáshoz. Ez a paradigma a modern medicinában is erősen tartja magát – függetlenül attól, hogy e nézetet a filozófia és más tudományok már régen meghaladták. (Csabai 2001) A medicina óriási technikai fejlődése, mely jelentős növelte az orvosi beavatkozások hatékonyságát, úgy tűnt, hogy nem is teszi szükségessé az orvossal, egészségügyi személyzettel való kapcsolat egyéb vonatkozásait. Kutatások ezrei bizonyították, és saját hétköznapi tapasztalataink igazolják ennek az ellenkezőjét. A páciens együttműködését, gyógyulását ugyanis alapvetően az határozza meg, hogy mennyire elégedett az egészségügyi ellátás során tapasztalt pszichológiai és kommunikációs környezettel. Ez az elégedettség jelentős mértékben hat arra a döntésre is, hogy akár panasz, betegség esetén, akár a megelőzés érdekében orvoshoz, vagy más egészségügyi szakemberhez fordul-e valaki.

Az orvos személye kiemelkedő a pácienseknek a gyógyító és preventív ellátáshoz való beállítódásában, de nem lehet eléggé hangsúlyozni az egészségügyi ellátás más szakembereinek, így például a védőnőknek a szerepét ebben a gyakran rendkívül bonyolult viszonyrendszerben. A védőnő a teljes személyiségével, viselkedésével, érzelmeivel – akár tudatosan benne akár nem – aktívan vesz részt a

folyamatban, amely elsősorban a kliensek prevencióval kapcsolatos beállítódásainak alakítására, és a prevenció szolgáltatások igénybevételére irányul. A védőnők - tevékenységük jellegéből adódóan - elsősorban a páciensek egészségét, egészségvédelmét, egészségfejlesztését szolgálják. E feladatokhoz igazodó kapcsolati és kommunikációs kultúrát, modelleket kell alkalmazniuk, nem pedig a ma már elavult, de még gyakran tapasztalható paternalisztikus modellre épülő orvos-beteg kapcsolati modellt másolniuk.

A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ KONKRÉT CÉLJA A PROGRAMBAN

A védőnői kommunikáció konkrét célja a program megvalósítása során

egyrészt, ismereteket adni a pácienseknek arra vonatkozóan, hogy mi a beavatkozás

- célja,
- hasznossága;

másrészt, feltárni, hogy a páciensnek milyen elképzelései vannak

- az egészsége megőrzésében betöltött szerepéről,
- a saját egészségéért érzett felelősségéről,
- a saját egészség megőrzésének lehetőségeiről;

harmadrészt,

- kialakítani egy bizalmi viszonyt a pácienssel
- megalapozni egy hosszú távú kapcsolatot a védőnő és a páciens között, amelynek fontos része, hogy
- az érintett célcsoport részt vegyen a kenetvételi vizsgálaton, mégpedig saját döntése alapján (ez utóbbi alatt azt értjük, hogy az érintettek megismerkedhetnek a szabad választás érzésével, azaz ők dönthetik el, hogy részt vesznek-e a vizsgálaton vagy sem. Ezt a döntést tiszteletben kell tartani, annak nyitva hagyásával, hogy véleményük megváltoztatásához bármikor joguk van).

A kommunikációs folyamat során a védőnő korrekt tájékoztatása a vizsgálat céljáról, előnyeiről, esetleges következményeiről, valamint a páciens folyamatos kérdezése („beszéltetése”) a saját egészségével kapcsolatos elképzeléseiről, a vizsgálatra vonatkozó beállítódásairól stb. építi a bizalmat. A létrejövő bizalom pedig nagymértékben elősegíti a szűrővizsgálat elvégzésébe való beleegyezést, valamint hosszú távú kapcsolatot épít ki a páciens és a védőnő között.

Ehhez azonban az szükséges, hogy ne alkossunk előzetes ítéleteket arról, „mit gondolhat a páciens”. A saját előfeltevéseinknek megfelelően fontos információt zárhatunk így ki a kommunikáció során akkor is, ha azokat a páciens konkrétan megfogalmazza. Ilyen előfeltevésekkel (gyakran sztereotípiákkal, előítéletekkel) élve ugyanis csak arra figyelünk (azt halljuk meg), ami alátámasztja az előzetes feltevéseinket, s ezzel szelektáljuk a bejövő információkat, melyek aztán torzíthatják a reakciónkat és a cselekedeteinket is.

7 TÉVHIT A KOMMUNIKÁCIÓVAL KAPCSOLATBAN

1) Az üzenet mindig eljut a közlőtől a befogadóig

Az állítás téves, mert a közlés (az üzenet, amit el akarunk juttatni a befogadóhoz) nem jelent automatikus befogadást a hallgató számára. Az üzenet ugyanis szűrőkön keresztül jut el a befogadóig, és ezek a szűrők társadalmilag, kulturálisan, valamint egyénileg is meghatározottak. Mindezek következménye, hogy a befogadott információ már nem lesz teljesen azonos az elküldött közléssel.

Nem csak információértékéből veszíthet, hanem át is értelmeződhet a tartalma. Ezek a szűrők, amelyek alakítják a befogadást, mind a befogadóban, mind a közlőben megtalálhatóak.

2) *Ha jól fogalmazzuk meg a gondolatainkat, azt a befogadó fél meg is érti*

Egy ember átlagosan körülbelül 500 szóra képes gondolni egy perc alatt, kimondani azonban csak 125-155 szót mond ki ugyanennyi idő alatt. Ennek az a következménye, hogy nem mindig azt juttatjuk a szóbeli megnyilvánulásaink során kifejezésre, amit mondani szeretnénk (egyszerűen nem vagyunk képesek rá).

3) *Mindig azt hallják meg, amit mondunk*

Sajnos ez sem így van, mivel az emberek figyelme az üzenet befogadása során nem azonos aktivitási szinten van. Az első szakaszt, melyre az aktív figyelem jellemző, az értelmezés szakasza, majd a válasz megfogalmazásának szakasza követi. Ily módon, az első szakaszban a befogadó fél még képes figyelni, a második és harmadik szakaszban a figyelem megosztása miatt már sok információ elveszik az üzenetből.

4) *Mindig teljesen megértik azt, amit mondunk*

Azt gondolhatjuk, ha a befogadó fél érti azt a nyelvet, amelyet mi használunk, akkor annak tartalmát is automatikusan megérti. Az információ feldolgozási szakaszban azonban erőteljesen működnek a személyes beállítódások, vélekedések az adott témával, eseménnyel, személlyel kapcsolatban. Ezek olyan sémák, amelyek nagymértékben meghatározzák, hogy egy közlést milyen mértékben fog fel, és ért meg valaki. Sokan ezt – tévesen – a befogadó fél képzettségével, mentális/értelmi intelligenciájával (IQ) magyarázzák. Gondoljunk csak arra, ha a velünk azonos képzettségű, hasonlóan vélt értelmi intelligenciájú munkatársainkkal, családtagjainkkal beszélünk meg valamit, és a téma számunkra különösen érzékeny vagy nagyon határozott véleményünk van róla. Ilyen esetekben is gyakran értetlenül állunk az előtt, hogy mások miért nem „képesek” megérteni a mi álláspontunkat, hogyan különbözhet oly jelentősen egymástól a véleményünk?

5) *Arra emlékeznek az emberek, amit mondunk nekik*

Az emberek az eljuttatott közlésből elsősorban a számukra fontos, vagy a már korábbról ismerős elemekre fognak emlékezni és kevésbé azokra, amelyek ismeretlenek (pl. újak) voltak, vagy kevésbé tűntek számukra fontosnak.

6) *Az emberek úgy cselekszenek majd, amit mi a közlésünk révén „helyes viselkedésként” közvetítünk számukra*

Az eddig leírtakból nyilvánvaló, hogy ez a legkritikább esetben alakul ilyen egyértelműen. Ha nem jut el az üzenet (az információ torzul), vagy azt nem értik meg teljesen (mert mi sem jól fogalmazzuk meg a gondolatainkat, vagy nem figyelnek rá), ha nem emlékeznek majd annak tartalmára, akkor a cselekvések sem feltétlenül a mi szándékainknak megfelelően fognak alakulni.

7) *Kommunikálni mindenki tud*

Sajnos még a legképzettebb emberek, szakértők sem tudnak mindig kommunikálni, legalábbis jól, hatékonyan, hitelesen, az adott célcsoporthoz igazodóan. Maga a fogalom - a modern társadalmak csodafegyvere (Buda 2007) - a kommunikáció is lejáratódott, mivel gyakran rossz cél érdekében, rossz eszközökkel, sőt akár szándékosan félrevezetésre (manipulációra) is használják. A magyar társadalom bizalmi szintje oly alacsony szinten van, hogy gyakran a szakértői kommunikáció hitelessége is megkérdőjeleződik.

Amit az előzőekben leírtunk, azt nap mint nap tapasztalhatjuk, akkor is, ha nem mindig tudatosul bennünk. A hétköznapi kommunikációs problémák a családon belül, a munkatársi, a baráti kapcsolatokban sokszor tetten érhetőek. Mi úgy véljük, hogy érthetően, gondolatainkat szabatosan megfogalmazva kommunikáltunk a partnerünkkel, gyermekünkkel, munkatársainkkal, főnökünkkel, barátainkkal, és nem utolsósorban a kliensekkel, a páciensekkel, ám e kommunikáció eredménye

mégsem az lesz mindig, amit várunk. Máskor mi okozzuk a „csalódást” azzal, hogy félreértjük ugyanezen személyeket (mert másként cselekszünk, reagálunk a „megbeszéltek” ellenére).

A hétköznapi kommunikáció csapdái a védőnői munka végzése során különösen érvényesek, mivel emberi környezetben, páciensekkel, kliensekkel és más egészségügyi szakértőkkel együtt végezzük napi munkánkat, melynek során folyamatosan kommunikálunk.

A PROGRAM KOMMUNIKÁCIÓS KÖRNYEZETÉNEK SAJÁTOS SÁGA

A program olyan településeken valósul meg, amelyek – szakszóval –, az urbanizációs lejtő alacsonyabb szintjén helyezkednek el, azaz nem elsősorban a nagyvárosokban. Mint tudjuk, Magyarországon a nagyobb településektől való távolabb élés hátrányokkal járhat, és nemcsak az infrastrukturális feltételeket, az oktatási és foglalkoztatási stb. lehetőségeket tekintve. Az egészségügyi ellátáshoz, különösen a szakellátáshoz való hozzáférés is szűkösebb, ezért az orvosok mellett az egészségügyi személyzet, így a védőnők szakmai tudása, szerepük a prevencióban nagymértékben felértékelődik.

A kisebb településeken a felnőtt lakosság iskolázottsága, jövedelme, életmódja és életminősége is elmarad az esetek döntő többségében a társadalom átlagától. A munkanélküliség, a szegénység magasabb morbiditással és idő előtti halálalással jár, különösen e települések hátrányos helyzetű lakosságcsoportjai körében.

Ahhoz, hogy mint védőnők az egészségvédelem számára elérjük őket, felül kell bírálnunk néhány közkeletű vélekedést, tévhitet. Ezek közé tartoznak az alábbiak:

- Az emberek teljesen szabadon választhatnak az egészséggel kapcsolatos magatartások között, és az, hogy ki milyen magatartást választ, egyfajta erkölcsi kérdés.
- Aki nem él egészségesen, az azért teszi azt, mert nem tudja, hogyan kell egészségesen élni.
- A hátrányos helyzetűek, szegények, romák, idősek, fogyatékkal élők, falun élők stb. egészségkultúrája alacsonyabb.
- E csoportok azok, akiknek nem érték az egészség, ezért nem is törődnek vele, és nem vállalnak érte felelősséget.

Sokan ezt tanultuk, ezt erősítik meg számunkra a közvetlen (bár gyakorta felületes) tapasztalatok, a jó szándékkal (sajnos sokszor nem megfelelő eszközökkel) végzett egészségfejlesztési munka kudarcai e nehéz társadalmi, emberi környezetben. A fenti „ismeretek” (pontosabban nézőpontok) határozzák meg a cselekvéseinket, mely cselekvések aztán azokat az „eredményeket” hozzák, amelyek ismét megerősítik a kiinduló „ismereteinket”, amelyeket immár tényként kezelünk.

Kérdés, hogy tudunk-e „szakítani” ezekkel az „ismeretekkel”, saját beállítódásainkkal, képesek vagyunk-e másként tekinteni e csoportokra? Szembe tudunk-e nézni azzal, hogy ezek nem biztos, hogy tények, csak a mi (és mások) nézőpontjai? És ha teljesen másként tekintünk rájuk, képesek leszünk-e másként, az eddigiektől teljesen eltérő módon cselekedni és kommunikálni velük? És ha másként tekintünk rájuk, ha teljesen új módon cselekszünk, kommunikálunk, vajon hiszszük-e, hogy másfajta eredményt fogunk kapni, mint korábban? Olyat, ami felülírja a korábbi „ismereteinket”, megváltoztatja a nézőpontunkat, beállítódásunkat, aktivitásunkat és újradefiniálja a „tényekről” alkotott tudásunkat?

Ami biztosan igaz, hogy e csoportok valóban komolyan veszélyeztetettek az egészségi állapotukat tekintve, és hogy a legkisebb arányban veszik igénybe a prevenciószolgáltatásokat (vagy férnek hozzá). Hozzá tudunk-e járulni a helyzet megváltoztatásához, vagy elfogadjuk, hogy ez van, és szkeptikusan vágunk bele egy olyan új feladatba, aminek a sikerében már az első pillanatban sem hiszünk? Akármir is gondolunk, biztosan igazunk lesz!

„Ha az ember azt hiszi, hogy képes valamire, akkor az úgy is van. Ha azt hiszi, hogy nem, akkor az is úgy van.” (Henry Ford, a Ford Motor vállalat alapítója, az autóipar egyik úttörője)

Azt is mondhatjuk, hogy szerencsés helyzetben vagyunk, mivel a célcsoportot nők alkotják. A nők pedig az élet szinte minden területén nyitottabbak a változtatásra, csak a megfelelő eszközökkel kell elérnünk őket.

Az is kedvező helyzetet teremt számunkra, hogy a célcsoport egy részét már korábban ismerjük. Nőként, kismamaként, sőt, lehet, hogy már gyermekként is ismertük őket. Mindez jó alapot jelent a cél eléréséhez, a megfelelő kommunikáció tudatos építéséhez.

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS, MINT SZOLGÁLTATÁS „ELADÁSA” A KLIENSEKNEK

Mint minden egészségügyi szolgáltatást, így a méhnyakszűrést is „el kell adni”, mégpedig a célcsoportnak. Ez akkor is így van, ha ez az „eladás” nem profit-célokat szolgál, és elsősorban a célcsoport érdekében történik. Relatíván könnyű az eladás akkor, ha egy szolgáltatás (pl. a gyógyítás) igénybevétele a „vevő” (azaz a páciens) részéről sürgető szükségletként jelentkezik (pl. megbetegedés esetén). Lényegesen nehezebb azonban, ha azt olyanoknak kell „eladni”, akik számára a kínált szolgáltatás (pl. egy szűrővizsgálat) még igényként sem (nemhogy szükségletként) merülne fel.

Az „eladásnak”, a vizsgálaton való részvétel motivációja felkeltésének számos formája létezik. Ennek legfontosabb módszereit, mint a személyes meggyőzést, az egyéni tanácsadást, a konzultatív tanácsadást a védőnők a napi munkájukból adódóan nagyon jól ismerik, és szinte rutinszerűen alkalmazzák. Itt most csak ezekre a jól bevált technikákra, módszerekre hívjuk fel ismét a figyelmet, s figyelembe véve a célcsoport sajátosságait, továbbra is javasoljuk ezek használatát. E módszerek segítik a hölgy klienseket abban, hogy a korrekt módon átadott információkra építve, saját autonómiájukat megőrizve hozhassanak felelős döntéseket.

Nagy előnye a programnak emellett, hogy kisebb lélekszámú településeken valósul meg, ahol a közösségre alapozott egészségfejlesztésnek, egészségvédelemnek a legtöbb helyen vannak már hagyományai, illetve ezek kialakításának emberi feltételei jobban rendelkezésre állnak, mint a nagyobb lélekszámú településeken. A célcsoportba tartozó nők körében könnyebben teremthető olyan helyzet, ahol az egészség védelme és az ezért való cselekvés „divattá” tehető. A nők könnyebben győzhetőek meg, hogy olyan programokon vegyenek részt, amelyek az egészségük védelmét, fejlesztését szolgálják.

A nők közösségeire alapozott programok sorában lehetnek speciálisan kizárólag a méhnyakszűrésre, illetve a szűrésen való megjelenés meggyőzésére irányulóak. Ilyenek a hagyományos egészségnevelő előadások, amelyeket tarthat önállóan a védőnő, vagy együtt a szakorvossal, háziorvossal, más egészségügyi dolgozóval, egészségügyi civil szervezet aktivistájával stb. Az ilyen típusú előadások jelentős szervezést igényelnek, és az egészségfejlesztésben dolgozók egy részének tapasztalatai alapján nem túl hatékonyak: alacsony számban jelennek meg rajta a célcsoport tagjai, és a közvetített üzenetek tartósan nem épülnek be a kliensek gondolkodásába. Ebben a felállásban minden a védőnőn „áll vagy bukik”, s meglehetősen jelentős karizmával kell rendelkeznie ahhoz, hogy magával ragadja a klienseket és hosszú távú hatást érjen el.

Hatékonyabbnak tűnnek azok az összejövetelek, rendezvények, ahol valamilyen közösségi részvételi aktivitáshoz kapcsolódik a méhnyakszűrés fontosságának, hasznosságának „eladása”. A több célt is megvalósító programokon azok a hölgyek is részt vesznek, akik önmagukban a méhnyakszűrést népszerűsítő előadásra nem mentek volna el. Egy jól szervezett, színes programok sokaságát (pl. sportprogramok, főzés, ajándékozási ötletek, tánc stb.) tartalmazó napba jól belefér az egészségnevelés, így a szűrővizsgálat népszerűsítése is.

Ha az „eladásról” már újszerű módon gondolkodunk, érdemes a módszereink területén is bátran új eszközöket és technikákat kipróbálni. Gondoljunk csak végig, hogy akár a képzésünk során, akár a továbbképzéseken mi gyakorolt ránk a legnagyobb hatást, maradt meg bennünk a legjobban? A nagy előadások, a frontális oktatás, ahol az előadó mondta el, hogy mi a jó és a helyes? Ültünk a sötétben és sűrűn teleírt diákat olvastunk az előadó gyakran monoton beszédét hallgatva? Hány percig tudtunk figyelni a legnagyobb erőfeszítésünk ellenére is? Ha a válaszuk ezekre a kérdésekre kétkedő, akkor

nyugodtan engedjük el ezeket a kevésbé hatásos módszereket, és válasszunk mást, olyat, ami nekünk és a célcsoportnak is több örömet, izgalmat és hatékonyságot eredményez. Igaz, a kihívás is több benne!

Nincsenek általános szabályok és kitűnő, bombabiztos ötletek! Minden védőnőnek magának kell kikísérleteznie a „hasznosnak” és hatékonynak tűnő módszert a saját kliensei (életkoruk, társadalmi státuszuk stb.) ismeretében.

Ez nem azt jelenti, hogy nem használhatunk power pointos prezentációt – legfeljebb az időtartama ne legyen hosszabb 10 percnél, és csak a legfontosabb üzeneteket emeljük ki rajta. A szövegeket ábrákkal, képekkel is helyettesíthetjük, vagy az üzenetek megerősítésére használhatjuk azokat. A humor és az érzelmekre való hatás a leghatékonyabb „csodafegyver” ahhoz, hogy a fontos mondanivaló célba találjon. Ne csak informáljunk, hanem meséljünk történeteket is, melyek segítenek megerősíteni a mondanivaló tartalmát. Ne feledjük, a személyesség bevitele egy előadásba közel hozza az előadót és a hallgatóságot egymáshoz. Akit pedig közel érzünk magunkhoz, attól a közvetített tudást, információt, tanácsot is jobban elfogadjuk.

Az előadások mellett a kiscsoportos beszélgetések, ahol a védőnő szinte csak moderátorként van jelen, aki időnként összefoglal (és közben beépíti a szakmai tartalmakat is a beszélgetésbe), szintén nagyon hatékony formája az „eladásnak”. E közös beszélgetés során felszínre kerülnek azok az ismeretek, vélekedések, hiedelmek, beállítódások, amelyek „akadályozhatják” a célcsoportot a méhnyakszűrésen való részvételen, vagy éppen elősegíthetik azt. Ha a célcsoport tagjai úgy érzik, hogy a beszélgetés a kölcsönös tiszteletre és egyenrangúságra épül, amelyben az ő egészséggel kapcsolatos tudásukat is figyelembe, a szorongásaikat, félelmeiket, bizonytalanságukat pedig komolyan veszik, a bizalom légkörében valószínűleg helyes döntéseket fognak hozni a szűrővizsgálattal kapcsolatban is.

Használhatunk szórólapokat, plakátokat (pl. a program során központilag biztosítottakat), vagy online eszközöket (személyre szóló e-mail, közösségi oldalak), a médiát (helyi sajtótájékoztató, helyi újság, kábel televízió) is a figyelemfelhívásra, a konkrét szűrési időpontok megadására. Mindig figyeljünk arra azonban, hogy kiket is akarunk elérni ezzel? Tudják-e értelmezni (pl. a szórólapot), használják-e (pl. számítógépet) azt a közvetítő eszközt, amelyen keresztül üzeni kívánunk nekik?

Fontos feltérképeznünk azt is, hogy erre mennyi forrás áll rendelkezésünkre? Egy profi, grafikus által tervezett, nyomdai úton kivitelezett szórólap, poszter előállítására nem biztos, hogy lesz lehetőségünk. Ilyenkor jöhetnek a helyi segítők, mint például a jól rajzoló, esetleg humorral is megáldott kollégák, gyerekek az iskolából, a közvetlen környezetünkből. Egy „meghívólevelet” a szűrésre az iskolában is elő tudnak állítani a gyerekek az édesanyjuknak, nagymamájuknak mégpedig a saját rajzokkal ellátva. A személyességnek ez a szintje érzelmileg is másként érinti a nőket, mint az orvosi váróban kitett plakát, amely természetesen szintén fontos informáló funkcióval bír. A különböző eszközöket bátran párosítsuk, mert van, akinél a személyes meggyőzés, másnál a hagyományos meghívólevél, s lesznek olyanok, akiket a közösségi oldalon közzétett felhívás fog elérni, meggyőzni.

Ha a lehető legjobb tudásunk szerint megtettünk mindent annak érdekében, hogy felhívjuk a nők figyelmét a méhnyakszűrés fontosságára, még előfordulhat, hogy a klienseink mégsem bennünket választanak, hanem szakorvoshoz fordulnak. Ez ne keserítsen el bennünket, ugyanis az a küldetésünk, hogy segítsük a nőket az egészségük megőrzésében, mégiscsak teljesült. Legyünk büszkék rá!

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS „ELADÁSA” AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓKNAK

Az egészségügyi ellátásban, mint minden más szektorban egy új szolgáltatás bevezetése azonnal felkelti a potenciális versenytársak figyelmét, vajon ez mennyire sérti a szakmai vagy piaci érdekeiket. Nincs ez másképp a védőnői méhnyakszűrés esetében sem.

A nyugati típusú orvoslásban, egészségügyi ellátásban a polgári állam kialakulása óta a gyógyítás végzésére és a hozzá kapcsolódó tevékenységekre (pl. betegvizsgálat) egyedül az orvos kapott legitim felhatalmazást. Az azóta eltelt évszázadok, különösen a 20. század utolsó évtizedei és a 21. század eleje ugyan jelentős változásokat hoztak, a beállítódás ezzel kapcsolatban azonban alapvetően nem

változott. Ennek okai: az orvosok különösen hosszú és nehéz képzés során szerzik meg azt a tudást, amely a feljogosítja őket a gyógyításra, a szakmai tudás különösen magas fokával rendelkeznek, tevékenységüket szigorú eljárások szabályozzák stb. Az orvosi tudáson alapuló egészségügyi szolgáltatás éppen ezért különösen drága, és még ma is nehezen hozzáférhető a világ számos országában. Az orvostársadalom pedig – saját jól felfogott szakmai és piaci érdekei miatt – próbálja megvédeni a nehezen megszerzett monopóliumát a gyógyítás területén, valamint új piacokat szerezni, pl. a medikalizáció révén.

Ez minden szakmában így van, nemcsak az orvoslás sajátossága. Képzelnék csak el, ha a védőnők feladatainak egy részét kívánná az egészségpolitika más olyan szakemberekre bízni, akik ehhez nem azt a szakmai képzést kapták meg, amelyet a védőnők. A kérdések sora, a kétkedés, sőt az ellenállás a védőnők körében is beindulna, még akkor is, ha tanulmányok sorával bizonyítanák azt számukra, hogy ez ugyanolyan megfelelő eljárás és még költséghatékonyabb is, mintha azt a védőnők végeznék. Az ilyen típusú helyzetek mindig kérdéseket vetnek fel, amelyek szőnyeg alá söprése óhatatlanul konfliktusokhoz vezethet.

Ugyanilyen problémákat, potenciális konfliktusokat jelenthet a többi egészségügyi dolgozóval kapcsolatos viszony az új feladat kapcsán. Miért éppen a védőnők kapták meg ezt az új feladatot (miért ők a szakmailag legalkalmasabbak erre), milyen plusz előnyöket jelent ez a számukra (akár a pénzt, akár a munkahely megőrzésének biztonságát tekintve) – mind jogos emberi és szakmai kérdések, amelyeket mi magunk is feltennénk hasonló helyzetben.

Az első lépés minden ilyen esetben a másik fél szempontjainak megértése, az ő helyzetébe való beleélés. Milyen szakmai kérdések merülhetnek fel bennük, milyen vélt vagy valós érdekeket sérthet egy új szereplő belépése az orvos-beteg, vagy más egészségügyi dolgozó-kliens kapcsolatba, milyen következményekkel járhat ez a velük való viszonyunkra stb.

Mi az, amit NEM érdemes tennünk:

- Homokba dugni a fejünket és úgy tenni, mintha ezek a feszültségek, esetleg ki sem mondott kérdések nem léteznének.
- Az első provokáló, vagy egyet nem értést kifejező megjegyzésre sértettséggel, támadással reagálni.
- Leegyszerűsíteni a másik fél ellenállását vagy a konfliktust a pénz (hálapénz) kérdésére (ne vegyük át a bulvármédia felületet, vagy a politika bűnbakképző megközelítését).
- Arra hivatkozni, hogy „nem lehetett kitérni a feladat elől, muszáj volt elvállalni”, mert ezzel teljesen hiteltelenné tesszük magunkat más szakemberek előtt.
- A várható vagy ténylegesen manifesztálódó feszültségek miatt azonnal feladni és visszaadni a feladatot.

Amit érdemes tennünk:

- Az első lépéstől kezdve tájékoztatni az érintett szakembereket, kollégákat arról, hogy milyen új feladatot vállaltunk. Ennek során pontosan elmondani nekik, hogy miben is áll a mi tevékenységünk (ezt nekünk is nagyon kell tudnunk), s az hogyan kapcsolódik az ő munkájukhoz (nem helyettesítve, hanem kiegészítve a tevékenységüket).
- Kifejezni elismerésünket a másik fél szakmai kompetenciája iránt és biztosítani arról, hogy mi ebben a folyamatban a partnerei, és nem a versenytársai vagyunk (figyelve arra, nehogy félreértsék: ők ettől még nem a főnökeink, csak a partnereink). Kifejezhetjük azt is, hogy szükség esetén számítunk a szakmai tanácsukra, segítségükre.
- Ha szükséges, érvelni lehet emellett is, hogy ez az új tevékenységünk – megítélésünk szerint – miért nem sérti az ő érdekeiket.

- Mivel Magyarországon szinte mindenki arra kíváncsi, hogy ezért a tevékenységért milyen díjazásban részesülünk, kérdés esetén erre is kitérhetünk (felsorolva természetesen azt is, hogy ebből milyen költségek terhelnek bennünket). Ez elegendő érv lesz ahhoz, hogy világossá váljon, nem ebből fogunk jelentős plusz jövedelemre szert tenni.
- Ha a beszélgetés kollegiális és nem csupán a száraz tényekre koncentrálok, nyugodtan kifejezhetjük abbéli meggyőződésünket, hogy mi a „bőség-szemléletet” képviseljük, azaz úgy látjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások területén, főként az olyan nehezebb terepen, mint ahol Önök együtt dolgoznak, bőségesen jut mindenkinek feladat.

Ez utóbbi érv is felhívja arra a figyelmet, hogy akár a célcsoportnak, akár a szakmabelieknek kell „eladni” a programot, saját tevékenységünket, mindenképpen a bizalomra kell építeni. Ennek első legfontosabb feltétele a személyes bizalom, azaz az ÖNBIZALOM! Az önbizalom azt a képességünket jelenti, hogy célokat tűzünk ki magunk elé, megtartjuk a fogadalmunkat, véghezvisszük azt, amit mondtunk, hogy bizalmat keltsünk másokban. (Covey 2011) Ha mi magunk sem bízunk magunkban, hogyan várhatnánk el másoktól ugyanezt? Más következményei is vannak emellett az önbizalomhiánynak: ha nem bízunk meg saját magunkban, másokban sem fogunk soha igazán megbízni. S ezzel a kör be is zárult! Ha befolyással akarunk lenni tehát másokra, először magunk felett kell kialakítanunk a befolyásunkat, utána tudunk eredményesen másokra is hatni. A folyamat tehát belülről kifelé indul, soha nem fordítva.

A KONFLIKTUSOK MEGELŐZÉSE. AZ „ÉN-ÜZENETEK” SZEREPE A KOMMUNIKÁCIÓBAN

Minden olyan esetben, amikor a véleményünk nem egyezik meg a páciens, a háziorvos, a szakorvos kolléga, vagy más egészségügyi szakdolgozó véleményével, a saját álláspontunkat bátran kifejezhetjük, érvelhetünk, sőt akár – ha nem győzték meg bennünket a beszélgetés során – ki is tarthatunk mellette. Egyet nem tehetünk, nevezetesen, hogy a másik (velünk egyet nem értő) felet negatívan minősítjük a véleményeltérése miatt.

Előfordulhat, hogy a másik fél nem ilyen módon kommunikál velünk, és véleményünkre, érvelésünkre, magatartásunkra, sőt, akár személyünkre is sértő megjegyzéseket tesz. Ilyen esetben kifejezhetjük az ezzel kapcsolatos érzéseinket és ún. „én-üzenetek” formájában fogalmazhatjuk meg azokat. Lássunk erre néhány elképzelt példát:

Első elképzelt szituáció:

A páciens bár megígéri, nem jön el a megbeszélt időpontban a kenetvétele.

Helytelen reagálás a következő találkozáskor: „Nagyot csalódtam Önben, nem gondoltam, hogy ilyen megbízhatatlan.”

Helyes reagálás: „Csalódtam voltam egy kicsit, hogy nem jött el, nagyon vártam a rendelőben. Remélem legközelebb el tud jönni, én számítok Önre.”

Második elképzelt szituáció:

A nőgyógyász szakorvos becsmélő megjegyzéseket tesz a védőnők szakmai kompetenciájára és megkérdőjelezi az elvégzendő feladatra való alkalmasságukat (pl. „Egy szakorvos 6+5 évet tanul azért, hogy betegeket kezelhessen, a védőnőknek ehhez elég néhány nap?”) Helytelen reagálás: „Sok orvost ismerek, akinek a tudása ugyanúgy megkérdőjelezhető!” (Vagy más „visszavágás”, amely csak elmélyíti a konfliktust a két fél között.)

Helyes reagálás: „A védőnőket nem a betegségek diagnosztizálására és a betegek kezelésére képezték ki, hanem csupán a citológiai kenetvételekre azon nők körében, akik nem vagy nehezen és ritkán jutnak el szakorvoshoz. A szakemberek (nőgyógyász, citopathológus stb.) tudására és aktív közreműködésükre – az én határozott véleményem szerint – a diagnosztikában, a gyógyításban

továbbra is rendkívül nagy szükség van. Minden elváltozás, betegsége utaló jel, vagy panasz esetén a páciens orvoshoz fogomirányítani. Ezt írja elő a szakmai protokoll, és ezt diktálja a lelkiismeretem is. Remélem, hogy megfelelő segítő partnere tudok Önnek lenni ebben a munkában.”

Harmadik elképzelt szituáció:

Valamelyik szakdolgozó kolléga kétkedő vagy cinikus megjegyzéseket tesz az Ön új feladatára vonatkozóan: „Hallom, orvosnak képezed magadat. Szólíthatlak doktornőnek?” Helytelen reagálás az is, ha védekezik, és az is, ha ugyanebben a hangnemben válaszol: „Ha meg akarom tartani a munkám, jobbnak tartottam elvállalni, és egyébként is fizetnek érte valamit.” „Igen, hozzád képest én nyugodtan lehetek akár orvos is.”

Helyes reagálás: „Az életben néha adódik néhány új kihívás, feladat, és én örülök, hogy kipróbálhatom magamat egy új területen. Örömet találok benne, és remélem, hogy a klienseimnek is hasznára tudok lenni.”

Az „én-üzenetek” tehát (mivel azokban saját érzéseinket mondjuk el az adott helyzettel kapcsolatban, és nem a másik felet minősítjük), nem sértőek, nem gerjesztenek újabb vitákat és ellenállásokat, valamint esélyt adnak a kommunikáció és a (munka)kapcsolat helyes irányba való terelésére.

A PÁCIENS ÉS A VÉDŐNŐ TALÁLKOZÁSÁNAK HATÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Amennyiben tényleges találkozó jön létre a páciens és a védőnő között, melynek során megtörténik a kenetvétel, azt már a kommunikációs tevékenységünk sikerének tekinthetjük önmagában is. Nem lényegtelen azonban, hogy a páciens mennyire lesz elégedett ezzel a találkozóval és a vizsgálattal, hiszen a további együttműködés (a következő vizsgálaton való részvétel esélye), a vizsgálat „jó” vagy „rossz” (kellemes vagy kellemetlen) hírének terjesztése más potenciális páciensek (nők) körében nagyban függ ettől az elégedettségtől.

Az elégedettséget sok tényező befolyásolja, melyek közül csupán néhányat emelünk ki:

- mennyire sikerült meggyőzni a páciens e konkrét vizsgálat szükségességéről, annak az egészség megőrzésében betöltött funkciójáról,
- mennyire sikerült a páciensnek a vizsgálattal és a vizsgálat várható eredményével kapcsolatos előzetes szorongásait, aggodalmait csökkenteni,
- mennyire vált informáltabbá a páciens a saját egészsége védelméről, és ebben az ő saját szerepéről, felelősségéről,
- mennyire érezte magát a páciens partnernek ebben a folyamatban, azaz, hogy a döntést a vizsgálatról ő maga hozta meg (a védőnő tájékoztatása alapján),
- mennyire hiszi azt a páciens, hogy a későbbiekben is partnere maradhat a védőnőnek az egészségének védelmében, azaz kontrollt gyakorolhat a saját egészségével kapcsolatos döntések felett, és ehhez a védőnőtől kap majd megfelelő segítséget,
- mennyire alakult ki bizalmi kapcsolat a védőnő és a páciens között, melynek kezdeményezése, a bizalom építésének megindítása elsősorban a védőnő feladata,
- hosszabb távon hogyan alakul a páciens egészséghez, preventív szolgáltatásokhoz való viszonya, lát-e lehetőséget, cselekvési alternatívákat - a saját élethelyzetét is figyelembe véve – mindezek megvalósítására?

Hangsúlyozzuk, hogy a páciensek elsősorban nem a védőnő szűken értelmezett szakmai kompetenciáját „vizsgálják”, amikor kifejezik elégedettségüket vagy elégedetlenségüket, annak rövid és hosszú távú következményeivel együtt. Nem lényegtelen természetesen az sem, de nem a rendelő

felszereltsége, az orvosi technika csillogó csodái, a védőnő szakmailag adekvát (a kliens számára ezért néha érthetetlen) nyelvhasználata, hanem a kettőjük közötti viszony lesz a meghatározó ebben.

Itt emeljük ki azt a fontos szempontot, amely látszólag technikai kérdés, ám nagyon fontos, a kliens elégedettsége és a további bizalom megalapozása miatt is. Ma az egészségügyi ellátásban számtalan rossz példát lehet még mindig látni az orvos-beteg, illetve az egészségügyi dolgozók-betegek kapcsolatában. Ne kövessük ezt a gyakorlatot akkor sem, ha azt „racionálisnak”, „időt spórolónak” stb. gondolunk, s ha velünk is így bánnak gyakran mások.

Ha ezt követjük, akkor abban segítjük az általunk egészségesnek tekintett (és önmagát is annak tartó) kliensünket, hogy autonóm személyből a kenetvétele idejére pácienssé váljon, majd ismét „visszakapja” döntésképes felnőtt személyiségét.

Sokan mondhatják, hogy „de hiszen ez csak egy egyszerű vizsgálat, nem az én feladatom, hogy megváltoztassam a nők saját egészségéhez való viszonyát vagy „emberközelibbé” tegyem a prevenciót, vagy akár az egészségügyi ellátást.”

A védőnők hatása a nők és családok egészségének formálásában rendkívüli, akkor is, ha tudatában vannak mindennek, és akkor is, ha nincsenek. Minden kimondott szó, mondat, megformált mozdulat, alkalmazott mimika, hangszín és hangsúly, aktív és empátikus figyelem a páciensre akár évekre befolyásolhatja a nők prevencióhoz, a prevenciós szolgáltatások igénybevételéhez való hozzáállását. A védőnő, akár az orvos, nem csak a szaktudásával, hanem a személyiségével és a viselkedésével is (mint legfontosabb „kommunikációs eszközökkel”) dolgozik, s ennek hatásai jól előrevetítik a kapcsolat alakulását. A védőnők, akik ebben a programban részt vesznek, mindezeket jól ismerik a mindennapi tapasztalataikból, ám újbóli tudatosításuk soha nem haszontalan.

A vizsgálat érdekében folytatott meggyőző közlésnek NEM lehet része

- a szakmai fölény hangsúlyozása („én tudom, hogy mi a jó a páciensnek, nekem van ehhez megfelelő szaktudásom”), valamint
- a szűrővizsgálat nem vállalása esetén a negatív következményekkel (pl. súlyos betegséggel, korai halállal) való riogatás.

Ezzel szemben

- a vizsgálat hasznosságával kapcsolatos információadás,
- a tanácsadás, melynek során segíteni tudunk a nőknek abban, hogy megértsék egészségviselkedésüket, és azon változtatni tudjanak a saját léptékük szerint, valamint
- a cselekvési lehetőségek (pl. a vizsgálaton való részvétel) felvázolása, amelyekhez a védőnő is aktív segítséget nyújthat segíti a megfelelő kapcsolat kiépítését, azaz eredményes és hatékony kommunikáció jöhet létre a pácienssel.

A FOLYAMATOS SZŰRÉS FONTOSSÁGÁNAK KOMMUNIKÁLÁSA

A jó kapcsolat kiépítése, a tisztelet és fontosság érzetének megadása a kliensnek egyben előkészíti a következő szűrésen való részvételt is. A két szűrés közötti kapcsolat fenntartása is fontos része a méhnyakszűrést végző védőnők munkájának. A védőnőknél senki sem tudja jobban, hogy milyen fontos, hogy ismerjük a ránk bízott kliensek életének legfontosabb történéseit, hétköznapi örömeiket, gondjaikat. A kapcsolatba bevitt személyesség éppen úgy működik a munkánk során, mint ahogy az ránk is hatással van – az élet más területein. Gyorsan bizalmat szavazunk azoknak, akik emlékeznek a keresztnévünkre, ismerik a gyerekeink életkorát és nemét, megkérdezik, hogy jól sikerült-e a múltkori családi összejövétel, felgyógyultunk-e az influenzából stb., azaz azt jelzik számunkra, hogy fontosak vagyunk nekik. Ezekhez a dimenziókhöz tartozó rövid, a személyesség szférájába (de nem a személyes adatok körébe) tartozó feljegyzések készítése még nem fog adatvédelmi törvényekbe ütközni, de segít

bennünket a másokra való tudatos odafigyelés gyakorlatának elsajátításában. Lehet, hogy kezdetben ez nehezebben megy, de gyakorlással elsajátítható és belső szükségletünké válik.

KOMMUNIKÁCIÓ LÁTOGATÁS ALKALMÁVAL

Lehetőség szerint a védőnő az összes 25-65 év közötti nőt keresse fel. Fontos, hogy a védőnő nagy körültekintéssel, tapintattal érdeklődjön a számára ismeretlen nők iránt a személyes megkeresés során. Minden esetben a meggyőző kommunikáció a hatékony, tájékoztatás során a meggyőzésnek kell mindig elsődlegesnek lenni, nem a rábeszélésnek.

Fontos a pontos tájékoztatás:

- A szűrésen való megjelenés fontosságára hívja fel a kliens figyelmét attól függetlenül, hogy orvoshoz vagy védőnőhöz szeretne menni. Az is a védőnő sikere, ha a hölgy a nőgyógyászt választja.
- Beszéljen a méhnyakrák megbetegedésről, a szűrési lehetőségekről, a szűrés fontosságáról, céljáról, menetéről.
- Fontos a megfelelő tájékoztatás a két szűrés különbségéről, mert akkor van lehetősége a szűrendő nőnek választani, ha megkapja a pontos információkat.
- Hívja fel a páciens figyelmét, hogy
 - zuhanyozzon vagy fürödjön meg vizsgálat előtt;
 - tisztálkodásra lehetőleg csak szappant, tusfürdőt és vizet használjon;
 - vizsgálat előtt nem tanácsos a hüvelybemenet környékét hintőporozni, bekrémezni vagy egyéb kozmetikumot használni, ne történjék hüvelyöblítés sem;
 - vizsgálat előtt 24 órával szexuális együttlét ne történjen;
 - menstruáció ideje alatt szűrővizsgálatot nem lehet végezni;
 - kényelmes ruházatot és alsóneműt viseljen;
 - a vizsgálatához le kell majd vetkőzni, így olyan öltözetet célszerű választani, ami gyorsan le- és felvehető, amit nem kell hosszasan gombolgatni.
- Vizsgálat előtt kérdéseket tehet majd fel a szűrést végző védőnő/szakorvos, erre készítse fel a kliensét (régebbi betegség, a családban előfordult megbetegedések, arról, hogy mikor volt az első havi vérzés, és mikor volt a legutóbbi vérzés első napja). Vizsgálat előtt gondolja át ezeket az adatokat, vigye magával korábbi zárójelentéseit, menstruációs naptárát.
- Családtaggal való találkozáskor hagyjon elérhetőséget, és kérdezzen vissza, mikor alkalmas az újbóli felkeresés.
- Valós információt csak a megszólított nőtől fogadjon el!
- Mindig hallgassa meg a szűrendő nőt, biztosítsa, arról, hogy van lehetősége kérdezni.

KOMMUNIKÁCIÓ A LAKOSSÁG ÖSZTÖNZÉSÉRE, TÁJÉKOZTATÁSÁRA

Az egészségnevelés a méhnyakszűrési tevékenységet támogatja. Célszerű megfelelő lépésekkel, megválasztott eszközökkel és megfelelő csatornákon át népszerűsíteni a szűrést, mint egyfajta szolgáltatást.

Ezek az eszközök audiovizuális, nyomtatott és elektronikus formátumú

- ismeretterjesztő, információközlő füzetek, szórólapok;
- személyes hangú, névre szóló levelek;
- plakátok.

Az ismeretterjesztő anyagok kihelyezhetők kültéri vagy házi orvosi rendelőbe, védőnői tanácsadóba, gyógyszerárakba, munkahelyekre. Az egészségnevelés a tömegkommunikáció eszközeivel (hangosbemondó vagy kábeltelevízió) és személyes ráhatással hat a szűrés társadalmi elfogadottságára. A cél, hogy a célcsoport minél nagyobb körben vegye igénybe a szűrést. Az üzenet

megfogalmazásánál vegye figyelembe a célcsoport szociológiai, gazdasági, kulturális különbözőségeit! Ezáltal a népesség „egészség kultúrája” javul és a jövőre irányuló gondolkodási készség fejlődik.

A szűrővizsgálathoz kapcsolódó egészségfejlesztési feladatok:

- Javítsa a daganatos betegségekkel kapcsolatos, társadalomban rögzült nyomasztó, kedvezőtlen képet és korrigálja a téves felfogásokat és hiedelmeket.
- Tudatosítsa a daganat korai felismerésének és korai kezelésének előnyeit.
- Hívja fel a nők figyelmét, hogy éljenek a felkínált szűrési lehetőséggel.
- Ismertesse a szűrésre jogosulttal a szűrővizsgálat folyamatát, az esetleges tisztázó vizsgálatok mibenlétét.
- Tájékoztasson a vizsgálat előnyeiről, korlátairól és nemkívánatos orvosi és lélektani mellékhatásairól.
- Tájékoztasson a betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők szerepéről, azok elkerülésének lehetőségéről, az ehhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokról.

Az egészségnevelési „üzenet” tartalmazhat általános és konkrét egészségmegőrzési tanácsokat, eligazítást a felmerülő kérdésekkel kapcsolatban. A részletes, pontos felvilágosítás, mely mindig figyelembe veszi a gondozott szociális és kulturális sajátosságait és lehetőségeit, oldja a szorongást. Civil szervezetek, egészség klub programok segíthetik a női lakosság meggyőzését a szűrésben való részvételhez.

Egészségnevelés téma alapját adhatja a „Három nő” című film, mely részben kitalált szereplőkkel készült, de valós történeteken alapul. A film a TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása című projekt keretében készült, az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megbízásából. A következő linken érhető el:

<https://www.youtube.com/watch?v=RbYhRUudH0k&feature=youtu.be>

EGYÜTTMŰKÖDÉSEK KIALAKÍTÁSA A RÉSZVÉTELI ARÁNY NÖVELÉSE ÉRDEKÉBEN

A védőnői méhnyakszűrésen való részvételi arány növelése és az eredményesség érdekében együtt kell működni a társszakmákkal. A szűrésre jogosultak illetékes házi orvosával, a házi orvos munkatársaival (asszisztensek, ápolónők), a nőgyógyász szakorvosokkal. Már a szűrési tevékenység megkezdéséről, a helyi szervezésről, és a szűrés kezdésének várható időpontjáról adjunk tájékoztatást számukra. Kérjük segítő támogatásukat a szűrendő nők tájékoztatásában.

A nőgyógyászati szakrendeléssel egyeztessünk, hogy a kiszűrt eseteket, illetve azon nőket, akiknél a védőnői méhnyakszűrés nem végezhető el, odairányíthatjuk-e, illetve milyen módon (pl. előzetes egyeztetés által).

A szűrendő nők tájékoztatását segíthetik helyi szervezetek, intézmények. Az önkormányzatok, az óvodák, iskolák dolgozói különböző módon segíthetik a nők tájékoztatását (pl. plakátok kihelyezése által). A helyi újságban, kábeltelevízióban elhelyezett hirdetés is felhívhatja a nők figyelmét a helyi szűrésre.

A védőnői ellátás fenntartójának (pl. polgármester), vezetőjének tájékoztatása is az elsők között kell megtörténni. A helyi kisebbségi önkormányzatok tájékoztatása és aktív támogatása ugyancsak hozzájárulhat a nők szűrésen való részvételéhez.

A Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály, a járási népegészségügyi osztály támogatják a szűrés országos szervezését, és a helyi szűrések összehangolását. Az egészségnevelők, szűrési koordinátorok és a vezető védőnők segítő közreműködésére is lehet számítani.

5. NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK

MÉHNYAKSZŰRÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON

A cervix carcinoma a második leggyakoribb és a második legtöbb halált okozó rosszindulatú betegség a 45 év alatti női lakosságban. Hazánkban a méhnyakszűrés kiterjesztésére számos akció indult az elmúlt 20 évben (pl.: Egészséget 2000-re, Liliom-, Liliom 2 program, Népegészségügyi Program). A nem kellő szervezés, a szűrendők és a szűrők szempontjainak figyelmen kívül hagyása miatt a berendeltek alig 7%-a jelent meg a szűrésen. Hatékony szűrésről 70% feletti átszűrtség esetén lehet beszélni. Szerencsére az egészségtudatos viselkedés és a nőgyógyászati rákszűrés nagyarányú terjedésének hatására a méhnyakrák incidenciája az elmúlt 30 év alatt 30 %-kal csökkent. A csökkenés még erőteljesebben mutatkozik a méhnyakrák okozta halálozási adatokban. 30 év alatt az évi 600 feletti halálozás 387-re csökkent. Ez 36%-os csökkenést jelent.

A magyarországi méhnyakrák morbiditási és mortalitási adatok lakosságszámra vetítve még így is másfélszer-, kétszer magasabbak a fejlett államok adataihoz képest. Kitérést a primer prevenció, vakcináció - nem témája a tankönyvnek - és a szekunder prevenció, a választott populációban a méhnyakszűrés teljessé tétele jelenti.

A jól felkészített védőnői hálózat hatékonyan tud bekapcsolódni a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe. A szűrendő nőket – lehetőség szerint – személyesen felkeresi és tájékoztatja őket a méhnyakszűrés előnyeiről és a szűrés fontosságáról. A védőnői tanácsadóban pedig elérhetővé teszi a védőnői méhnyakszűrést. Így végre teljesülhet a 2000-ben meghirdetett népegészségügyi program ide vonatkozó része. A méhnyakrákos betegségek előfordulását 50%-kal, a 60 év alatti lakosság halálozását 60%-kal, míg a 70 éves kor alatti női lakosság méhnyakrák halálozását 70%-kal kell csökkenteni, úgy, hogy az átszűrtség érje el a 70%-ot.

A védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés kiváló kiegészítése lesz a nőgyógyászati vizsgálatok során elvégzett méhnyakszűrésnek. Illúzió lenne azt hinni, hogy a szervezett méhnyakszűrés hatására teljesen el fog tűnni a méhnyakrák betegség, hiszen a szervezett szűrésre a 25 és 65 év közötti női lakosság kap meghívást. A szűrés nem 100 %-os érzékenységből eredendő intervallumrákok számával továbbra is számolni kell. Ezen esetek aránya csak becsülhető, kb. 20-25% között mozog teljes, 100%-os lakossági átszűrtség esetén.

VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS KONTRA NŐGYÓGYÁSZATI RÁKSZŰRÉS

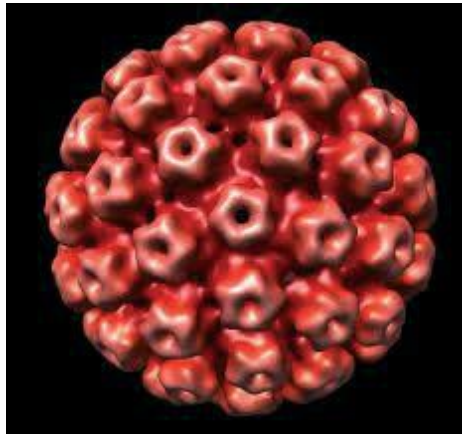
A nőgyógyászati rákszűrés során az orvos a méhnyak citológiai kenetvételén kívül a méhnyak hámjának kolposzkópos vizsgálatát is elvégzi. A jellegzetes érfelszíni elváltozások ecetsav próbával, kolposzkópos ellenőrzés mellett „előhívhatók” a méhszájról, mely gyakorlott vizsgáló részére figyelemfelhívók, vagy citológiai elváltozást (atípiát) alátámasztók. A nőgyógyászati vizsgálat során a méhszájon túl ellenőrzésre kerülnek a szeméremtest, a hüvely, a méhtest kismedence elváltozásai is. A kolposzkópia fontos útmutató az atípiák követése, kezelése szempontjából. Az USA-ban úgynevezett „kolposzkópos” klinikák működnek a pozitív citológiájú nők további vizsgálatára, gondozására. A nőgyógyászati vizsgálat és a védőnői méhnyakszűrés nem „ellenfelek”, hanem kiegészítik egymást. A nőgyógyászati rákszűrés pontosabb, többet mond, de nagyobb költséggel jár. A népegészségügyi célú, szervezett méhnyakszűrés célja a 25-65 év közötti nők szervezett szűrésen való részvételének fokozása. A védőnőket az ebben való közreműködésre kérte fel az egészségpolitika, a szervezett méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe való közreműködésre. A védőnők bevonásával csökkenhet az évi ezres nagyságrendű új méhnyakrák előfordulás és az évi 400 fős halálozás.

HPV FERTŐZÉS

A szexuális aktus következtében kialakuló bakteriális, virális és gombás fertőzések elsősorban hüvelyi folyást okoznak. Ezeket a fertőzéseket szexuális úton történő fertőzéseknek, angolul sexual transmitted diseasesnek (STD) nevezzük, típusaik száma folyamatosan nő. A fiatal felnőttek körében az egyik leggyakoribb a Humán Papillomavírus (HPV) fertőzés. Hazai felmérések szerint 20-25%-ban mutattak ki HPV fertőzést a 20-25 éves, szexuális életet élő lányoknál.

A szexuálisan aktív nők 80%-a legalább egyszer átesett HPV fertőzésen az élete során.

HPV fehérje burokból és vírus DNS-ből áll. A felületi fehérjék a laphámsejten való megtapadást segítik, míg egyéb fehérjék E6, E7 a megtámadott sejt apoptózisáért felelős gén kikapcsolását segítik elő (12. ábra). A vírus a laphám mikro-makro sérülésein keresztül jut a méhnyak hámjának bazális sejtjeihez, ahol a sejtekbe hatol, átalakítja a sejt működését és rákényszeríti a sejtet, hogy a HPV felépítéséhez szükséges fehérjéket és DNS-t szintetizáljon. Ezután a sejt a méhnyakhám kiérésének megfelelően felszínére jutva, a kifejlett vírusokat méhnyaknyákba juttatja, melynek eredményeképpen szexuális úton a vírusfertőzés továbbadható. A HPV vírussal fertőzött sejt jellegzetes citológiai elváltozást mutat, melyet koilocytosisnak neveznek.



12. ábra: Humán Papilloma vírus

Forrás: <http://advocatesaz.org/wp-content/uploads/2012/04/hpv-11vlp.png>

HPV TÍPUSOK

Jelenleg több mint 130 feletti HPV törzset különítettek el, ezeket a daganatképző tulajdonságuk alapján magas (high risk HPV, HR-HPV) vagy alacsony rizikójú (low risk HPV, LR-HPV) csoportba soroljuk. A méhnyakrák szempontjából a leggyakrabban előforduló típusok a HPV 16, 18 – a méhnyakrákos esetek 71%-ban lehet kimutatni –, a HPV 45, 31, 33 típusok 10%-ban fordulnak elő. A többi magas rizikójú típus csak elenyésző arányban mutatható ki. Az alacsony rizikójú típusok bizonyíthatóan nem hozhatók összefüggésbe a méhnyakrákkal. Az első kimutatható citológiai elváltozástól akár 10 év is eltelhet a rák kialakulásáig. Ritkán ez sokkal rövidebb idő alatt bekövetkezik, azonban a rapid lefolyású rák típusok szűréssel csak véletlenül vehetők észre. A HPV fertőzés önmagában nem jelent rákmegelőző állapotot. 30 éves kor alatti, szexuálisan aktív nők a magas rizikójú típusokkal 25%-ban fertőzöttek, mégis náluk a méhnyakrák előfordulása igen alacsony.

A carcinogenesisben az első figyelemfelhívó tény az egy éven túli, azonos HPV törzshöz kapcsolt fertőzés fennállása (perzisztenciája). Lehetőség van a méhnyakból vett mintavétellel a HPV fertőzés igazolására, illetve a HPV típusának meghatározására. Mivel 30 éves kor alatt a fertőzés gyakori és alacsony az esélye a méhnyakrák kialakulásának, így 30 éves kor alatt a HPV tipizálás nem ajánlott, a rákmegelőző állapot kialakulásának megítélésében nem ad értékelhető információt.

A HPV a sejtekbe jutva koilocytosist okoz, melyet a sejtek atípusossá válása követ. Kenetvétel során ezen atípusos sejteket keressük és mutatjuk ki. A nők igen nagy százaléka esik át HPV fertőzésen, de mégsem alakul ki sejtatípiá, illetve méhnyakrák. Ma úgy tudjuk, hogy a méhnyakrákok 99,7%-ért a magas rizikójú HPV fertőzés a felelős. Meg kell említeni, hogy jóval kisebb arányban, de más laphám rákok kialakulásában is szerepet játszik a magas kockázatú HPV fertőzés, pl. vulva, hüvely rectum, szájüregi rákok stb.

HPV FERTŐZÉSTŐL A MÉHNYAKRÁKIG

A HPV fertőzés kialakulhat a szexuális előjáték (bőr-bőr kontaktus, petting), hüvelyi, anális és orális aktus során, valamint szülés közben. Fontos, a gumi óvszer (kondom) nem véd a HPV fertőzés ellen!

A HPV fertőzés feltétele, hogy a kontaktus során legyen jelen HPV, laphám sérülés, fogékony szervezet, ne legyen jelen HPV ellenes antitest. Első lépésben a laphám sérülés területén a hámréteg bazális sejtsorát fertőzi meg a HPV. A sejthártyán átjutva a vírus DNS hozzákapcsolódik a sejt DNS-éhez, majd megváltoztatva azt, pl. p53, p107 gének kiiktatása, a sejt apoptózisát „kikapcsolja”. Így a sejt kontrollálatlan osztódás útjára lépve először kóros sejté, majd daganatos sejté alakul át. Az életkor előre haladtával növekedik a kóros sejtek száma. Ezek aránya és száma függ a hajlamosító tényezőktől és nem utolsó sorban függ az egyén genetikájától. Az ilyen sejt tovább él, korlátlanul osztódik, előbb a hámrétegben (praecancerosis), majd a bazálmembránt áttörve a méhnyakba, később a környező szervekbe, nyirokcsomókba terjed.

MÉHNYAKRÁK ÉS RÁKMEGELŐZŐ ÁLLAPOT (PRAECANCEROSIS)

A rákmegelőző állapotot (praecancerosis) számos módon próbálták leírni, osztályozni. Az 1950-es évektől a Papanicolaou beosztás terjedt el, melyet a köztudat „P” beosztásnak ismer. Szerepe historikus, de a mai leleteken gyakran fel van tüntetve. A Papanicolaou kenetértékelő rendszer hiányosságainak megszüntetésére 1988-ban létrehozták a Bethesda-beosztást, melyet azóta már többször megújítottak.

BETHESDA KLASSZIFIKÁCIÓ

A Bethesda beosztás célja, hogy az onkológiai szempontok mellett egyéb a diagnosztikát befolyásoló tényeket is figyelembe véve adja meg az eredményt.

A Bethesda 2001 citológiai vizsgálati lap (13. sz. ábra) értelmezése:

A betegazonosításon kívül információt közöl a fogamzásgátlásról, előző citológiai, szövettani leletről, műtétekről, esetleges hormonkezelésről. A Bethesda beosztás külön jelzi a kenet értékelhetőségét, a kenet általános minőségét. Részletes eredményt ad az egyéb, nem neoplasztikus elváltozások, valamint a kóros neoplasztikus hámelváltozás laphám és mirigyhám elváltozásáról.

A védőnői szűrés részére alkalmazott citológiai lapon szerepelnek még a védőnők teendői. Javaslat a későbbi teendőkről, citológus előszűrő szakasszisztens, szükség esetén citopatológus szakorvos véleményét tükrözi.

A kenet értékelhetőségén az eredmény megbízhatóságát értjük: értékelhető, nem értékelhető, egyéb kiegészítő tesztek szükségesek. Az értékelhetőség hiánya az endocervicalis azaz a transzformációs zóna hiányából (laphám hengerhám átmenet), nem megfelelő vagy elégtelen fixálásból, sejtszegény kenetből adódik. Sejtszegény kenettel általában menopauza után, szoptatás alatt, vagy amenorrhoea esetén találkozunk. Zavaró egyéb tényezők között a vér, és a gyulladásos elváltozás van felsorolva. A trichomoniasis, gomba, vegyes baktérium és vírusok elváltozásai szintén szerepelnek. A sugárkezelés gyakran befolyásolja az értékelést. A legújabb átdolgozásban került kiírásra az endometrium sejtek megjelenése 40 éves kor fölött, mely fontos információ tartalommal bír.

Külön kezeli a kenetben a sejt atípiát, vagy biztosan daganatsejtet. A Bethesda szerinti értékeléstől elvárható, hogy a citológiai lelet jó egyezést mutasson a szükség esetén elvégzett szövettani anyagvétel eredményével, utaljon a kórokozókra, a reaktív, vagy reparatív jellegű elváltozásokra és azok kórlényegére (gyulladás, sorvadás, sugárhatás, méhbe helyezhető fogamzásgátló eszköz [IUD], vagy egyéb), sőt a hormonális státust is értékelje.

Leglényegesebb eleme a hámelváltozások leírása és minősítése: a hámrendellenesség súlyosságának a minősítése mellett utal annak eredetére is. Tájékoztat, hogy laphámából, avagy mirigyhámából indul a folyamat, enyhe, vagy súlyos fokú rendellenességéről van-e szó.

Neoplasticus hámelváltozások két nagy csoportja különíthető el: laphámsejt és mirigyhámsejt eredetűek.

Laphám esetén külön csoportba került az úgynevezett *atípusos laphámsejtek*, melyből két csoportot határoznak meg: *a nem meghatározható okból kialakult atípusos hámsejteket ASCUS és a magas rizikójú, nem meghatározott laphámsejt elváltozás ASC-H*. Előzöre jellemző, hogy a kenetben lévő sejtek nem tekinthetők onkológiai szempontból negatívnak, bár rákos elfajulás nem várható.

Az ASC-H szintén nem meghatározott sejteltváltozás, de van kockázata a rákos elfajulásnak.

Enyhe fokú sejt elváltozást low grade squamosus intraepithelialis lesionak (L-SIL) nevezzük, mely esetén szoros citológiai és HPV tipizálásos követés ajánlott. A súlyos fokú sejt elváltozás a high grade squamosus intraepithelialis lesio (H-SIL) szövettani anyagvételt tesz szükségessé. Ez a méhszájból szövet kimetszéssel történik.

A H-SIL csoportnál végzett szövettani mintavétel valódi rákot is kimutathat. A beosztás használja a cervicalis intraepithelialis carcinoma (CIN) megnevezést és ennek fokozatait. Tájékoztatót ad arról, hogy az atípusos sejtek a cervix hám mekkora részét érintik. Fokozatai: CIN 1: bazálmembrán feletti 1/3 hámréteget, CIN 2 bazálmembrán feletti 2/3 hámréteget, vagy CIN 3 a teljes hámréteget érintik a kóros sejtek. Ezek a fokozatok a praecancerosis előrehaladásának lépéseit is jelzik. A szakmai irányelv szerint a CIN 1 és ettől kisebb fokú atípiát még nem tekinthető a méhnyakrák praecancerosisának, de fokozott ellenőrzés indokolt, míg a CIN 2 és ettől súlyosabb fokú laphám atípiát beavatkozást igényel.

Invázió gyanúja alapos gyanúját veti fel a laphámsejtes karcinóma jelenlétének, de igazolni még nem tudja. A *laphámsejtes carcinoma* egyértelmű carcinoma jelenlétét jelenti. A mirigyhám sejtek tekintetében az *atípusos mirigyhámsejtek AGC-NOS* onkológiai szempontból kis kockázatú, de nem negatív hámelváltozás.

Endocervicalis adenocarcinoma in situ AIS, az alapmembránt nem áttörő adenocarcinoma. Az *Adenocarcinoma* egyértelmű rákos elváltozást igazol. A javaslatot a citopathológiai értékelést adó szakember adja az általa talált elváltozások alapján. Ezt klinikai szempontból szükséges újra értékelni és ez alapján egyéb ellátást, illetve kontroll vizsgálatot végezni. A Papanicolaou diagnózis ugyan szerepelhet a citológiai lapon, de ma ennek kitöltése inkább zavaró, így nem használjuk.

BETHESDA 2001 CYTOLÓGIAI VIZSGÁLATI LAP

Név:	AZONOSÍTÓSZÁM: <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"></table>
Lakeim:	Kenetvévő védőnő S o r s z á m a : <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"></table>
TAJ szám: Szül. idő:évhónap	
Utolsó menstruáció:	Telefonszáma:
Kenetvévél ideje:	
*Kolposzkópos dg: normál <input type="checkbox"/> kóros <input type="checkbox"/> éspedig:	
Jelenleg terhes: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> lactál <input type="checkbox"/>	
Fogamzásgátlás: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> éspedig: IUD: <input type="checkbox"/> hormon <input type="checkbox"/> egyéb <input type="checkbox"/>	
*Előzmény:	
*cytológia: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> hol: mikor eredmény	
*szövetten: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Dg.:	
*műtét: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> éspedig:	
kezelés: hormon nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> éspedig:	
egyéb: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> éspedig:	
*Eszközös vétel: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	
Kenet <input type="checkbox"/> Pap. <input type="checkbox"/> L.B. <input type="checkbox"/> Automatikus Kenet értékelhetőség <input type="checkbox"/> Feldolgozott <input type="checkbox"/> Nem feldolgozott <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> Endocervicalis/transformatio <input type="checkbox"/> Értékelhető <input type="checkbox"/> zóna hiányzik <input type="checkbox"/> Nem értékelhető <input type="checkbox"/> Nem azonosítható kenet <input type="checkbox"/> Elégtelen fixálás <input type="checkbox"/> mert <input type="checkbox"/> Sejtszegény <input type="checkbox"/> Zavaró mértékű vér Kiegészítő tesztek <input type="checkbox"/> Zavaró mértékű lob <input type="checkbox"/> Egyéb: <input type="checkbox"/>	
A kenet általános minősítése <input type="checkbox"/> Negatív a kóros, neoplasticus hámelváltozásokra <input type="checkbox"/> Kóros hámelváltozás <input type="checkbox"/> Egyéb	
Részletes vélemény Kórokokok <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Gomba <input type="checkbox"/> Herpes simplex vírus <input type="checkbox"/> Vegyes baktérium <input type="checkbox"/> Egyéb:	
Egyéb, nem neoplasticus elváltozások <input type="checkbox"/> Reaktív sejtelváltozásokkal járó <input type="checkbox"/> Gyulladás (reparatio) <input type="checkbox"/> Sugárhatás <input type="checkbox"/> (IUD) Mechanikus hatás <input type="checkbox"/> Atrophia <input type="checkbox"/> Endometrium sejtek ≥ 40 éves kor <input type="checkbox"/> Egyéb:	
Védőnő teendői: <input type="checkbox"/> Negatív: 3 év múlva szűrés javasolt <input type="checkbox"/> Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt <input type="checkbox"/> Daganat gyanúja miatt nőgyógyászati vizsgálat kötelező <input type="checkbox"/> Ismétlés szükséges a kenet technikai hibája miatt, vagy EC sejtek hiánya miatt.	
Beérkezés ideje:	Lelet kelte:
* A kitöltés nem kötelező	P.H.
cytológus előszűrő szakaszsztens	cytopathológus szakorvos

13. ábra: A védőnői méhnyakszűrés során használt citológiai lap

A védőnő teendői négyes megosztásban vannak jelölve:

- 1, Negatív jelentése, hogy a szűrés a jelenlegi gyakorlatnak megfelelően történt, három év múlva ismétlés javasolt.
- 2, 3, Gyulladásos vagy daganatos elváltozás gyanúja esetén nőgyógyászati vizsgálat szükséges, Daganat gyanú miatt nőgyógyászati szakvizsgálat kötelező.
- 4, Korlátozott értékű vagy egyéb technikai hiba miatt nem értékelhető citologia, ismétlése indokolt.

MÉHNYAKRÁK KIALAKULÁSA

A méhnyakrák a lassan kialakuló rákok közé tartozik. Először rákot megelőző állapot – praecancerosis – alakul ki, majd több éves fennállás esetén (átlagosan 5–10 év, de van gyorsan kialakuló forma is) invazív rákká alakul. Ez a ráktípus leggyakrabban felszínen nő, előrehaladott stádiumban szabad szemmel látható. Kolposzkóppal a praecancerosis jellegzetes, kimutatható elváltozást mutat.

A rák kialakulásának helye a laphám és mirigyhám találkozási pontja, latinul squamo-columnaris junctio.

Laphám-mirigyhám vetélkedése kóros sejtostódást eredményezhet, úgynevezett atípusos sejtek keletkeznek, melyekben kóros DNS állomány jöhet létre. A sejtekben ezek kijavítására javító, (repair) funkciók működnek. Ez a funkció, a DNS állományban lévő génekben van kódolva pl.: p21, p27, p53, p107, p130 génben. Szerepüket leegyszerűsítve úgy lehet meghatározni, hogy ezen gének „figyelik” az adott sejt genetikai állományát, működését, és ha nagyfokú zavart észlelnek, akkor a sejt elpusztítja önmagát. Ezt az önpusztító rendszert apoptózisnak (tervezett sejthalálnak) nevezzük. Ha ez a funkció jól működik, a kialakuló atípusos vagy rákos sejtek időben elpusztításra kerülnek, így a praecancerosis vagy rákos átalakulás nem jön létre.

6. A SZŰRÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGA, LÉLEKTANI HATÁSAI

A szervezett szűrővizsgálatok minőségének egyik legbeszédesebb mutatója a *megjelenési vagy részvételi arány* („compliance”). Ez az a szám, amely kifejezi, hogy a szűrővizsgálatra meghívottak mekkora hányada tesz eleget a meghívásnak és vesz részt a vizsgálaton.

Ez az arányszám mutatja meg azt, hogy mennyire hatékonyak a népesség mozgósítására irányuló szervezési igyekezetek, hiszen – szemben az alkalmoszerű szűréssel, amelyet a spontaneitás, a szervezés hiánya, esetleg alkalmoszerű toborzás jellemez – a szervezett szűrésnek a célja éppen a céllakosság részvételének optimálissá tétele adminisztratív intézkedések, azaz a személy szerinti meghívás és követés által.

Mutatja az egészségnevelés, és a lakosság „egészség-kultúrájának” emelését célzó tevékenységek eredményességét is, lévén, hogy azoknak kimondott célkitűzése, hogy kedvezően befolyásolja az embereknek a rosszindulatú daganatok megelőzhetőségébe vetett hitét, és a megelőzés felkínált lehetőségeinek elfogadását. Tudatosítsa bennük azt, hogy önmaguk is tehetnek, és tenniük kell saját egészségük megőrzéséért és a „nagyobb baj” megelőzéséért, érdemes tehát élni a szűrés felkínált lehetőségével.

Minősíti a szűrést szolgáltatók munkáját is. Aki megelégedett, jó hírével viszi a szűrésnek. Akinek az első tapasztalata rossz, nem jelenik meg az ismételt hívásra, sőt – mert a rossznak, különösen kisebb közösségekben, gyorsan híre megy – másoknak is kedvét szegi a részvételtől.

A részvétel befolyásolja a szűrés költséghatékonyságát is, minthogy a megfelelő szűrési kapacitás fenntartása és az alacsony igénybevétel pénzügyi értelemben is rossz hatásfokú. Egy kellően hatásos és költséghatékony szűrési program az egyes területek lakosságlistáján szereplő céllakosság legalább 60%-os, ideálisan pedig 75-80%-os részvételét tételezi fel.

A lakossági részvétel optimális szintre emelése érdekében szervezési, munkaszervezési, minőségbiztosítási, egészségnevelési és a céllakosság más, szociológiai elemzésen alapuló módszereket is igénybe kell venni. A meggyőzés eszközei egyaránt irányuljanak a lakosságra és a szolgáltatókra is. A szervezett szűrőtevékenység eredményessége megkívánja olyan egészségnevelési program működtetését, amely figyelemmel van mind a szűrést igénybevevők, mind az azt szolgáltatók szükségleteire.

A RÁK KÉPE A KÖZTUDATBAN

Számos tanulmány mutatja, hogy *a ráktól és a velejáró következményektől való félelem* a szorongás fő forrása a méhnyakszűrésen résztvevő nők körében. Ez a szorongás nem teljesen megalapozott, mert a szűrési programok – mint arra már utaltunk – nem a rák kimutatását tűzik ki célul, hanem elsősorban a biológiai kockázati tényezőket. Tapasztalat szerint sok gyötrelem származik abból, hogy a szűrésen résztvevők *nem kapnak megfelelő információt* a preklinikai fázisnak természetéről, ezért sok a szükségtelen szorongás és stressz. Mihelyt szóba kerül a rák, mint lehetséges „veszedelem”, az *információhiány* azt eredményezi, hogy a nő a lehető legrosszabbat feltételezi. A laikus értelmezés közelebb áll a hagyományos orvosi, mint a megelőző orvosi értelmezéshez és az ehhez az állapothoz kapcsolódó jelentést erősen befolyásolja az a kép, ami a köztudatban él a rákról. Ez úgy állítja be a betegséget, mint elkerülhetetlen rombolóerőt. *A legendásabb utalás a rákra ugyanazt a negatív metaforikus képet hordozhatja, mint a teljes egészségben kifejlődött betegség.*

Az emberek az összes létező betegség közül a rákot tartják a legijesztőbbnek. A megkérdezettek általában különlegesen negatív képekkel írják le a rákot, mint az emberi test és lélek megállíthatatlan pusztítóját.

A ráktól való általános félelem magyarázza azt az általános tapasztalatot is, hogy az emberek túlbecslik a rák elterjedtségét, a rákkal együtt járó rokkantságot, életstílus-változtatás és fájdalom mértékét, és alábecsülik annak túlélési arányait.

A rák végzetet hordozó képéhez hozzájárul az a rejtelmesség, mely körülveszi annak okait. Úgy vélik, hogy a rák véletlenszerűen csap le. Sokan elég jól ismerik a rákot okozó tényezőkről a jelenlegi hivatalos elméleteket – mint az életmód, és különösen a dohányzás – de megkérdőjelezhető, hogy mennyire hiszik azt, amit a szakemberek mondanak. Mások azt hangoztatják, hogy a rák „valamennyiünkben jelen van, de csak nem mindenki kezdi el működni”. Jobban kételkedtek a hivatalos elméletekben, sokkal inkább hisznek személyes tapasztalataiknak, illetve annak, amit a saját társadalmi „hálózatuk” egyéb tagjaitól hallottak. Ez azt sugallja, hogy valamennyien sebezhetőek vagyunk a rákkal szemben.

A kórokokkal kapcsolatos bizonytalanság az egyik oka annak, hogy a köztudatban a rák még mindig nagymértékben gyógyíthatatlan betegségnek számít. Bár egyre több tapasztalat szól amellett, hogy az időben észrevett rák gyógyítható, és a szűrés nagy általánosságban hasznosnak tartják, mégis ez a látszólagos optimizmus bizonyíthatóan nem elég erős ahhoz, hogy legyőzze a köztudatban élő negatív, pusztító képet. Jellemző az is, hogy a szűrés értékét nem a megelőzésben látják az emberek, hanem jórészt egy biztosítéknyújtásban. A „korai felismerés” nem teljesen egyértelmű fogalmában korai rákról, vagy rákmegelőző állapotról van-e szó.

A „KÓR” ÉS A „BETEGSÉG”

Különbséget kell tennünk a „kór” biológiai realitása és a „betegség” társadalmi realitása között. A szervi betegség és annak személyes, lélektani megtapasztalása közötti kapcsolat nem automatikus, nem egyértelmű és szükségszerű, hanem egy komplex, több okra, tényezőre visszavezethető folyamat eredője, amely függ ugyan a kór biológiai, vagy kórtani lényegétől, de sok más tudati és társadalmi tényezőtől is. Az ember ugyanúgy, mint bármely más élőlény, egy *organikus test*. Ennek a testnek lehetnek bajai. Ezt nevezzük *kór*nak. A kór patológiai rendellenesség, melyet jeleken és tüneteken keresztül az orvosok diagnosztizálnak. Ezt látjuk a mikroszkóp alatt, vagy a röntgenfelvételen. Ez a biológiai realitás, mely lehetővé teszi, hogy több ezer éve halott emberek csontjaiból megállapítsuk, hogy azok miféle kórban haltak meg. De – és ez nekünk lényeges – azt már nem tudhatjuk, hogy az adott kór mit jelentett az abban szenvedőnek. Nem tudhatjuk, hogy félt-e tőle, súlyosnak ítélte-e, aggodalommal töltötte-e el. Szociológiai megfogalmazás szerint, a *betegség a rossz egészségi állapot szubjektív értékelése, megélése, megtapasztalása*. Az az állítás, hogy az egyén beteg, azt jelenti, hogy ennek a kóros állapotnak a következményei túllépnek a szervi rendellenesség biológiai következményein és az egész szociális létét, életérzését befolyásolják. Ez a megállapítás fokozottan érvényes a szűrővizsgálatra.

A szűrővizsgálat – definíció szerint – egészséges, vagy látszólag egészséges személyek vizsgálata abból a célból, hogy kizárja, vagy valószínűsítse egy adott célbetegség, vagy az azt megelőző állapot fennállását. A „pozitív” szűrővizsgálati eredmény a célbetegség valószínűsítését jelenti csupán; a pozitív esetek további tisztázó diagnosztikus vizsgálatai vezethetnek el a célbetegség kórisméjéhez.

Nyilvánvaló, hogy *nem* a patológiai rendellenesség természete alakítja a pozitív szűrővizsgálati eredményt adó egyén lelki-szociális tapasztalatait, hanem az, hogy az orvos hogyan reagál rá, és társadalmilag hogyan értékeljük a betegség *címkét*. Világos példa erre egy *hamis pozitív* eredmény, ahol a „felmentő diagnózis” megszületéséig az egyén átél egy rettegett állapotot, úgy, hogy a kór biológiai realitása eltér a betegség szociális realitásától.

A SZŰRÉS CÉLÁLLAPOTA

Ha végiggondoljuk, hogy tulajdonképpen mi a pozitív szűrővizsgálati lelet valódi tartalma, és mi az a patológiai rendellenesség, ami a rendszeres időközönként végrehajtott méhnyakszűrés célállapota, akkor rájövünk, hogy a fenti elemzés logikája nemcsak a hamis pozitívokra vonatkozik.

A méhnyakszűrés tulajdonképpeni célállapota nem maga a méhnyakrák, hanem a diszplázia különböző súlyosságú fokozatait, amit „preneoplasztikus” állapotnak neveznek, és a rák preklinikai fázisának tartanak. Ez azt sugallja, hogy ezek a rendellenességek egy elkerülhetetlen, progresszív betegségnek szerves részei. Ez, mint tudjuk, nem feltétlenül felel meg az epidemiológiai valóságnak, tehát nem

szükségszerűen a rák preklinikai fázisai, hanem csak *potenciálisan* azok. Amíg az első interpretációban a ráknak egy korai, könnyen kezelhető formájáról van szó, addig a második értelmezésben már nem rákról, hanem annak egy biológiai rizikótényezőjéről beszélünk. A szociális realitás, a résztvevő tapasztalatainak szempontjából egyáltalán nem mindegy, melyik értelmezésben éli meg az egyén a szűrést.

A NEGATÍV LÉLEKTANI KÖVETKEZMÉNYEK FORRÁSAI

Ahhoz, hogy értelmes gyakorlati javaslatokat tudjunk nyújtani a szűrés elfogadhatóvá tételéhez, meg kell értenünk a szűrővizsgálathoz társuló *félelem, aggodalom okait*, fel kell ismernünk ennek méreteit és jelentőségét.

A „CÍMKÉZÉS”

A rák köztudatban élő képének egyik nagyon fontos aspektusa a szűrés káros következményeit illetően az a hozzáállás, amivel az emberek a betegséghez és a rákbetegekhez viszonyulnak. Egyértelműen bizonyítható, hogy a rák *stigmatizáló betegség*, ezért a „címké” felragasztásának és jelentésének hosszú távú következményei vannak. Még a tévesen pozitívak esetében is tönkreteszi az identitást, mert „még a gyanú árnyéka is megbélyegző”. Tanulmányok kimutatták, hogy a rákbetegeknél csak az AIDS-betegek, az alkoholbetegek és a szellemi fogyatékosok egyes csoportjait ítéli meg a közvélemény kedvezőtlenebbül. A sok orvos által kimutatott a rákkal és a rákos betegekkel kapcsolatos negatív érzelmek; a jól ismert érzelmi visszahúzódnás; a barátok és családtagok kapcsolatkerülése és meg nem értése a rákos betegek iránt; valamint a munkabeli megkülönböztetés sokféle formája a kezelés után dolgozni visszatérő munkavállalók irányában csak néhány példa azon események hosszú sorából, amelyek bizonyítják, hogy a rák stigma nagyon is létezik.

AZ ÁLDOZAT HIBÁZTATÁSA

Ma a rák olyan betegség, ami *erős morális színezettel rendelkezik*. Ennek fő okát azok a tömegtájékoztatásban szereplő, a betegségek áldozatait hibáztató elméletek képezik, amelyeket az orvosi gyakorlat is megerősít. Talán a legtipikusabb esete ennek a méhnyakrák. Alig van ebben a témában olyan tanulmány, amely meg ne jegyezné, hogy „az apácák nem kapják meg, de a prostituáltak igen”. Az ilyen kijelentések nemcsak felelőtlenek, de ártalmasak is, mivel morális fogyatékossgal vádolják a beteget, és tökéletes példaként szolgálnak „áldozat-hibáztató” ideológiához.

Ezek a kulturális összefüggések, úgymint a rák képe a köztudatban és a szűréssel kapcsolatos tévhitek jelentősen befolyásolják a szűrés gyakorlatát. Az egyik ilyen tévhit a szűrés által felszínre hozott patológiai rendellenességek értelmezésével függ össze.

A KOCKÁZAT, MINT BETEGSÉG. A TALÁLT RENDELLENESÉG ÉRTELMEZÉSE

Miután a pozitív szűrővizsgálati eredmény a diagnózis által megerősítést nyert, a szűrt egyén belép a beteg szerepbe. Mint ezt már említettük, a "betegség" egy szociálisan értelmezett és szubjektíven megélt állapot, amelynek alapja egy, az orvosok által diagnosztizált, objektív biológiai realitásban gyökerező patológiai állapot, azaz "kór". A kór jelentését és "valódiságát", realitását adottnak veszi az orvostudomány és a társadalom is. Ám ez az értelmezés sem egyértelmű.

Azt állítottuk, hogy a pozitív eredménnyel szűrt egyénnek az aggodalmát és félelmét nem feltétlenül a talált rendellenesség, hanem annak értelmezése okozza. Az átlagember számára abszurdnak tűnik az a gondolat, hogy más egy dolog és más annak jelentése. A mi szempontunkból viszont ez kulcskérdés. Ha valamit igaznak gondolunk, az igaz is lesz a következményeiben. De hogy vonatkozik ez a mi esetünkre? A következőkben a szűrés célállapotának, a méhnyakrák kimutatható preklinikai fázisának epidemiológiai, orvosi és „szenvető alanyi” értelmezéséről beszélünk.

Epidemiológiai szempontból a kimutatott enyhe, mérsékelt és előrehaladott diszplázia formái biológiailag úgy jellemezhetőek, mint potenciálisan megnövekedett esély arra, hogy rosszindulatúvá váljanak. Tehát az átlagosnál magasabb az esély arra, hogy a szóban forgó egyén rákos lesz (ami alatt itt invazív rákot értünk).

MIT JELENT A KOCKÁZAT?

A gyakorló orvos szempontjából ez az állapot a ráknak egy korai és kezelhető fázisa. A páciens viszont a *biológiai kockázatot egy jelenlegi, vagy későbbi betegség valós tüneteként éli meg*. Az *epidemiológusnak a kockázat egy objektív, tudományos és statisztikai fogalom*, mely a népesség szintjén összefüggéseket ír le valószínűségként megfogalmazva; például, carcinoma in situ esetek 40%-a invazív méhnyakrákká alakul. Ez azonban nem nyújt gyakorlati segítséget a *gyakorló orvosnak*, akinek arra kell gondolnia, hogy egy adott betegében kifejlődik-e a betegség vagy sem, mert egy adott személy esetében *döntést kell hoznia*, és a döntés magában foglalja a tévedés, a hiba kockázatát.

Ez kiváló példa a „*döntéshozási szabályokra*”, amelyek diagnosztikai bizonytalanságok esetében irányítják az orvos viselkedését. Azt a szabályt, hogy bizonyos hibákat jobban el kell kerülni, mint másokat, normális esetben nem lehet megkérdőjelezni. Általánosan elfogadott, hogy nagyobb hiba egy beteg embert egészségesnek nyilvánítani, mint egy egészségeset betegnek. Ez a döntéshozási szabály erősen az orvosi beavatkozás malmára hajtja a vizet a szűrés esetében is. Ez a szabály két feltételezésen nyugszik. Az első az, hogy „a kór” egy meghatározott, megállíthatatlanul súlyosbodó folyamat, amely kezelés és beavatkozás nélkül az egyén életét, testi épségét veszélyezteti. Ez, mint láttuk, nem feltétlenül van így. A második feltételezés az, hogy az orvosi diagnózis és beavatkozás önmagukban nem károsak a páciensre nézve. A mi esetünkben ez sem mondható el maradéktalanul.

A KOCKÁZAT „MEDIKALIZÁCIÓJA”

A kockázat mindkét dimenziója: az epidemiológiai kockázat és az orvosi tévedés kockázata, úgy oldódik meg, hogy egy *klinikai problémává* válik. A patológiai rendellenesség a kór „fizikai” jelévé változik, és az orvos úgy oldhatja meg a helyzetet, hogy fizikailag eltávolítja a testből. Így a rendellenesség feltételezett későbbi viselkedése (az t.i., hogy idővel invazív rákká fejlődhet) az önmagában nem rosszindulatú diszpláziának tulajdonított szabályszerű viselkedéssé, a „preneoplasztikus” állapot szerves részévé válik. Ez a folyamat – amelyet a „*kockázat medikalizációjá*”-nak neveznek – klinikai úton oldja meg a bizonytalanságot úgy, hogy egy bizonytalan kimenetelű rendellenességet biztos betegséggé kezel. Ez az árnyalt jelentésváltás az, ami a szűrés esetén sötétre festi az egyén betegség megtapasztalását azáltal, hogy a *prekarcinómát* megfosztja a *potenciális* jelzőtől. Bár sokak szerint ez szőrszálhasogatás, ez döntően befolyásolja a szűrés megtapasztalását. Ez az a pont, ahol a másodlagos megelőzésként hirdetett szűrés elveszti preventív jellegét, és a gyakorlatban „gyógyító” orvoslássá változik. A résztvevők a betegség klinikai bizonyosságát tapasztalják meg. *A résztvevők betegséggé élik meg a kockázatot*. A pozitív eredménnyel szűrt egyének halálos betegséggé élik meg. Arra van szükség, hogy a rák árnyékát minél távolabb keressük el a szűréstől. A résztvevőkkel meg kell értetni, hogy az egyáltalán nem szükségszerű, hogy a szűréssel felismert „korai”, vagy „rákmegelőző” állapotuk valamikor is rákká fejlődött volna, de azért – biztos, ami biztos – az orvosi beavatkozás szükséges.

A SZŰRÉS NEMKÍVÁNATOS LÉLEKTANI HATÁSAI: A SZŰRÉS A PÁCIENS SZEMSZÖGÉBŐL

„Mielőtt a szűrés és következményei ezt tönkretették volna, azt hittem magamról, hogy egy fitt, egészséges nő vagyok, aki tud magára vigyázni. Az egész azzal kezdődött, hogy a háziorvosom felhívott és telefonon értesített arról, hogy a legutóbbi citológiai kenetem eredménye abnormális sejtek jelenlétére utal. Meglepően rosszul reagáltam a hírré. Napokig csak a halálra tudtam gondolni.”

Ez az idézet jól illusztrálja, hogy milyen aggodalom és félelemforrás lehet a szűrés és annak eredménye a vizsgált nők számára. Bár a szűréssel egyre többen foglalkoznak mind döntéshozó, mind szakorvosi körökben, a résztvevők tapasztalatairól, *a folyamat szubjektív megéléséről* kevés szó esik.

A szűrés személyes, lélektani megtapasztalása az a „pénzben nem kifejezhető ár”, amit a résztvevő „fizet”. Ez több figyelmet érdemel, mint az orvosi gyakorlat negatív pszichés mellékhatásai általában, mert a szűrés egy olyan beavatkozás, amelyet a szűrést szolgáltatók kezdeményeztek, nem pedig a „páciens” tünete, vagy panaszai miatt kerül rá sor. Az úgynevezett szervezett, tehát személyes meghívásos és követéses rendszerű tömegszűrés esetében *nem a beteg fordul orvoshoz* létező panaszaira gyógyítást várva, hanem a megelőző orvoslás fordul a lakosság felé és – szociológiai értelemben legalábbis – „megbetegíthet” egészséges, vagy a magát egészségesnek vélő embereket, és ezeket, – ha csak átmenetileg is – a „*beteg*” szerepébe utalhatja.

A nagyszámú, egészséges populáción végzett szűrővizsgálat szolgáltatóinak nemcsak a hatásköre nő meg, hanem a felelőssége is a résztvevő testi-lelki jólétéért. Ennek tudatában kell lennie szűrést szolgáltató szakemberek minden kategóriájának, és mindent meg kell tennie azért, hogy *csökkentsék a résztvevők által elszenvedett, lélektani értelemben vett negatív élményeket és tapasztalatokat*. Ez nemcsak etikai, emberbaráti, hanem gyakorlati szempontból is fontos, mert befolyásolja a szűrés hosszú távú eredményességét és hatékonyságát, sőt költséghatékonyágát is. Nem egyszeri beavatkozásról van ugyanis szó, hanem egy bizonyos időközönként rendszeresen ismétlődő eseményről, s mint ahogyan ezt szociológiai kutatások is alátámasztják, az első szűrővizsgálat során szerzett tapasztalatok döntően befolyásolják azt, hogy az egyén elfogadja-e az ismételt meghívást, és jelentkezik-e a soron következő szűrési alkalmakkor is.

A szűrés negatív lélektani következményeit azért is érdemes felismerni, mert ezek *többsége elkerülhető, vagy legalábbis jelentősen csökkenthető*. Nem a szűrővizsgálatok szükségszerű velejárójáról van szó, hanem az egyénben tudatosodott, az orvos és a társadalom által értékelt, definiált betegségtudatról.

EGÉSZSÉGNEVELÉS: „SZŪRÉSI PROPAGANDA”

A lakosságszűrés eredményességét nagyban elősegíti a szűrés propagandája a veszélyeztetettnek minősülő, a szűrésbe bevonandó népesség körében. A szervezett egészségnevelés a szervezett szűrőtevékenység fontos eleme.

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS A MEGELŐZÉS FEGYVERE

A szűrési propaganda része az általános, az egészségmegőrzést, egészségfejlesztést, az egészséges életmódot népszerűsítő, az egészséget károsító életvitel megváltoztatására ösztönző egészségnevelési stratégiának. Illeszkedik a betegségmegelőzést szolgáló, a közvéleményt befolyásolni igyekvő „népnevelő” tevékenységek sorába, amelyek – már az iskoláskortól kezdődően – felvilágosítják a népességet a betegséghez vezető kockázati tényezők sokaságáról, és tanítják azok elkerülésének módjait.

Különösen nagy hangsúlyt kap a népesség egészségnevelése a rákmegelőzésben. A rákot kiváltó, vagy keletkezését elősegítő tényezők megismertetése az emberekkel és annak a tudatosítása, hogy ki-kik sokat tehet a rák kockázatának csökkentéséért, régóta és mindmáig talán a leghatásosabb – ha nem is kellően kihasznált – módja az elsődleges rákmegelőzésnek. Az „onkológiai éberség”-re nevelés, az egyes betegségek gyanújeleinek és korai tüneteinek, valamint annak ismerete, hogy mi a teendő azok jelentkezésekor, mindmáig legjobb módja a kialakulóban lévő, vagy éppen kialakult rák idejében való felismerésének, kezelésének, így a súlyosabb következmények megelőzésének. Ahogy szaporodtak az életmóddal összefüggő rák-kockázat mellett érvelő ismereteink (dohányzás, táplálkozás, alkohol, szexuális viselkedés), úgy vált az egészségnevelés mind fontosabbá a rákmegelőzés fegyvertárában.

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS CÉLCSOPORTJAI

Az üzenet megfogalmazása alkalmazkodjon a célba vett lakosságcsoportokhoz. Vegye tekintetbe a célcsoportok különféleségét szociológiai, gazdasági, kulturális szempontból. Hangszerelje az üzenetet a céllakosság területi, életkor, foglalkozás, vagyoni helyzet és iskolázottság szerinti különbözőségének megfelelően. Fordítson különös figyelmet a fokozott mértékben veszélyeztetett, hátrányos helyzetben lévő csoportokra, például a rossz anyagi helyzetben lévőkre, idősekre, etnikai kisebbségekre.

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETHORDOZÓI

Jól válassza meg az üzenethordozókat és a terjesztési csatornákat. Ezek lehetnek ismeretterjesztő, információközlő füzetek, szórólapok, kültéri, vagy házi orvosi-, védőnői rendelőkben, gyógyszerárakban, női munkahelyeken, fodrásznál, élelmiszerüzletekben elhelyezett plakátok, a különféle médiumok nyújtotta nyilvánosság. Óvatosan szólítsa meg azokat a lakosságcsoportokat, akik számára a szervezett szűrési szolgáltatások még nem elérhetőek. Ne keltsen olyan igényeket, amelyek kielégítésére – helyi okokból – még nincs lehetőség; ez káros visszahatást eredményezhet.

AZ EURÓPAI RÁKELLENES „TÍZPARANCSOLAT”

Semmi nem illusztrálja jobban az elmondottakat, mint az Európai Unió „Európa a rák ellen” elnevezésű programjának rák elleni szabályrendszere, mintegy „Tízparancsolata”, azaz az „Európai rákellenes kódex”. A „Tízparancsolat”, mert 10 ajánlást tartalmaz, tudományosan megalapozott, de egyszerűen, nem tiltóan, hanem pozitívan fogalmazott irányelveket ad a „nagyközönségnek” arra nézve, hogy lehet rák (és néhány más nemfertőző krónikus betegség) keletkezését, vagy halálos kimenetelét megelőzni elsősorban a helyes életmóddal. Figyelmeztet a rák korai jeleire, tüneteire. A 9. és 10. „parancsolat” a bizonyítottan hatásos szűrővizsgálatok igénybevételére buzdít:

9. Rendszeresen járj méhnyakszűrésre! Fogadd el a háromévenkénti meghívást!

10. Ellenőrizd rendszeresen az emlőidet, és 45 év után fogadd el a felajánlott mammográfiás szűrővizsgálatot!

A SZŪRÉS ELFOGADOTTSÁGÁNAK NÖVELÉSE

Némelyek a szűrési „propagandában” a marketing-koncepció alkalmazását látják. A marketing – meghatározás szerint – célszerű lépések láncolata, amelynek során csoportok – célszerűen megválasztott eszközökkel és csatornákon át – szükségleteiket kielégítő „termékeket” cserélnek ki egymás között. Esetünkben a „termék”: a szűrés, mint szolgáltatás. A „célcsoport”: a társadalom nem és életkor szerint meghatározott szegmense. A „célja”, hogy a célcsoport minél nagyobb körben vegye igénybe a kínált szolgáltatást. „Eszközei” és „csatornái” pedig az audiovizuális, nyomtatott és elektronikus médiumok, ismeretterjesztő anyagok levelek, szórólapok, plakátok stb, de nem utolsósorban a szűrést szolgáltató szakszemélyzet is, akik a célcsoportokat igyekeznek befolyásolni a részvételre. A „szűrési propaganda” célja az, hogy az egészségnevelés, a tömegkommunikáció és a személyes ráhatás eszközeivel elősegítse a szervezett szűrés társadalmi elfogadottságát. Azt, hogy a céllakosság minél nagyobb hányada ismerje, igényelje és a tájékoztatáson alapuló személyes döntést figyelembe véve vegye igénybe a szűrés felkínált szolgáltatásait.

SZŪRÉS ELFOGADOTTSÁGA AZ „EGÉSZSÉGÜGYI KULTÚRA” RÉSZÉNEK

Az egészségnevelés – általában szólva – egyik célkitűzése az, hogy igyekezzen javítani a népesség „egészségügyi kultúráját”, a kultúra szót itt – a ma szokásossá vált tágabb értelemben – a gondolkodási, viselkedési és cselekvési mód leírására is alkalmazva. Ennek egyik megnyilvánulása az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak igénybevétele. Az egészségnevelés feladata megtanítani az embereket, hogy fogorvoshoz menjenek, ha a foguk fáj, de ne csak azért menjenek,

mert fáj, hanem azért is, hogy ne fájjon! A csak a jelen gondjaival és élvezeteivel elfoglalt emberek többségéből hiányzik a jövőre irányuló gondolkodásra való készség. Márpedig a *szűrés a jövőre irányuló cselekvés*. E téren, a *betegségmegelőzési viselkedésmód* elsajátítása terén nagyon sok a tanulnivalója a magyar népességnek! Ez egy nagy kihívás a szűréssel összefüggő egészségnevelés számára.

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETE

Az egészségnevelés feladata az, hogy a felajánlott szűrővizsgálatok elfogadását elősegítő üzenetet juttasson el a célzott lakosságcsoportokhoz. Feladata az, hogy (*) javítsa a ráknak a társadalomban rögzült, nyomasztóan kedvezőtlen képét és korigálja a téves felfogásokat és hiedelmeket. Vegye fel a harcot a rákkal szembeni vereséget előre elkönyvelő magatartás ellen.

- Tudatosítsa a rák korai felismerésének és korai kezelésének előnyeit, és a szűrővizsgálat kulcsszerepét ebben. Azt, hogy éppen a tünetmentesség indokolja a részvételt a szűrővizsgálaton. Érveljen a „Miért mennék, hiszen nincs semmi bajom?“, „Nem hiszem, hogy a szűrés megvéd a ráktól“, „Miért keressem a bajt magamnak?“, „Jobb, ha nem tudom, hogy rákom van!“ „Ha már megkaptam, úgysem lehet meggyógyítani!“ típusú érvelésekkel szemben.
- Hívja fel a lakosság figyelmét arra, hogy helyben, vagy közelben hol érhetőek el a szűrővizsgálatok. Motiválja őket arra, hogy éljenek a felkínált lehetőséggel.
- Ismertesse meg a szűrésre jogosultakkal a szűrővizsgálat folyamatát és az esetleges további, tisztázó vizsgálatok mibenlétét. Adjon tájékoztatást a vizsgálat előnyeiről, korlátairól és esetleges nemkívánatos orvosi és lélektani mellékhatásairól.

Az egészségnevelés „üzenete” tartalmazhat általános egészségmegőrzési tanácsokat és eligazítást is, valamint olyan sajtószerű kérdéseket is, mint például az „Ismerd meg saját emléidet!”, az emlékek önvizsgálatával kapcsolatban.

7. Melléklet

A SZŰRÉS SZERVEZÉSE SORÁN GYAKRAN FELTETT LAKOSSÁGI KÉRDÉSEK ÉS A SZAKEMBER VÁLASZAI

Fontos megemlíteni néhány gyakori kérdést, melyet a szűrésre invitált nőtől kaphat a védőnő, és a kérdésekre adható helyes válaszokat.

Kérdés az okokról és a kockázati tényezőkről

Kérdés: Mi a rák?

Válasz: A rák egyes sejtek olyan féktelen burjánzása a szervezet valamely helyén, amelyek kivonják magukat a szervezet ellenőrzése alól; általában olyan „növedéket” képeznek, amelyek nem határolódnak el élesen környezetüktől, a véráram vagy a nyirokkeringés útján távoli szervekben úgynevezett áttéteket okoznak, és a szervezet normális működésében zavarokat idéznek elő.

Kérdés: Mi a méhnyakrák?

Válasz: A méhnyakon kiinduló rák. Itt a sejtek burjánzanak, és ha nem kezelik, rákot okoznak. A méhnyakrák keletkezését fokozódó súlyosságú hámelváltozások előzik meg, amelyek vagy maguktól vagy kezelésre meggyógyulhatnak. Ilyen módon a méhnyakrák megelőzhető betegség.

Kérdés: Mi okozza a méhnyakrákot?

Válasz: A méhnyakrákot a Humán Papillomavírus okozza (HPV), amely szükséges, de önmagában nem elégséges oka a méhnyakráknak. A HPV-fertőződés gyakori, többnyire kezelés nélkül is gyógyul. Néha azonban a fertőzött sejtek sokáig fennmaradnak, és elindítják a rákhoz vezető folyamatot. Nincs megnyugtató magyarázat arra, hogy a HPV miért okoz egyesekben rákot, másokban viszont nem.

Kérdés: A méhnyakrák egy szexuálisan átvitt betegség?

Válasz: Nem, de a HPV-fertőződés szexuális érintkezés útján terjed, és nemcsak nőkben, hanem férfiakban is gyakori. Ha nem kezelik - hosszú évekkal a HPV-fertőződés után - rák alakulhat ki.

Kérdés: Megelőzhető-e a méhnyakrák?

Válasz: Igen, ha mérsékeljük a szexuális partnerek számát, késleltetjük az első közösülés idejét, nem dohányzunk, illetve 3 évente rendszeresen eljárunk szűrővizsgálatra.

Nagy reményeket fűznek a nemrégén kifejlesztett HPV-vakcinához.

Kérdés: Ki tekinthető veszélyeztetettnek a méhnyakrák keletkezése szempontjából?

Válasz: Minden szexuálisan aktív nő veszélyeztetettnek tekinthető, mert nagy valószínűséggel fertőződik HPV-vel. A méhnyakrák leggyakrabban a 40-es és 50-es korosztályban jelentkezik. A legnagyobb kockázatúak azok a nők, akik soha nem vettek részt szűrővizsgálaton, korán kezdik a szexuális életet, több szexuális partnerrel közösülnek vagy olyanokkal, akiknek több szexuális partnerük van, illetve akik dohányoznak. A HIV-fertőzöttek is fokozott kockázatúak.

Kérdés: A hormonális fogamzásgátlót szedő hölgyek fokozottan veszélyeztetettek?

Válasz: Ha hosszú időn keresztül élnek fogamzásgátlóval, mérsékelten veszélyeztetettek lehetnek. Ezért az ő esetükben különösen fontos, hogy szűrővizsgálaton rendszeresen részt vegyenek. Mindazonáltal, a fogamzásgátlók előnye, haszna meghaladhatja a kockázatot, az esetleges károkozást.

Kérdés: A szeméremtáji szemölcsök okozhatnak rákot?

Válasz: Nem. A mintegy 100 HPV-típus közül ezeket az alacsony kockázatú, a rákot pedig a magas kockázatú HPV okozza.

Kérdések a méhnyakszűrésről

Kérdés: Mi a szűrővizsgálati módszer, mi a szűrővizsgálati eredmény (lelet)?

Válasz: A szűrővizsgálati módszer olyan egyszerű, fájdalomtalan vizsgálati módszer, amelyet tünet és panaszmentes személyeken alkalmaznak abból a célból, hogy a rák fennállását nagy valószínűséggel kizárhassák (ha a vizsgálat negatív), vagy éppen ellenkezőleg, tisztázzák a rák fennállását (ha a vizsgálat eredménye nem-negatív).

A szűrés nem diagnosztikus módszer! A nem-negatív lelet nem azt jelenti, hogy rák áll fenn, hanem azt jelzi, hogy további nőgyógyász szakorvosi vizsgálatra van szükség a rák megállapítása, vagy kizárása céljából. Az idejében felismert rák is - megfelelő kezeléssel - gyógyítható!

Kérdés: Kiknek van szükségük szűrővizsgálatra?

Válasz: A nemzetközi ajánlások szerint a 25-65 év közötti tünet és panaszmentes nőket kell szűrni, az esetleges korai elváltozások kimutatása céljából. A 25 éves kornál fiatalabb nőknél és a nemi életet soha nem élt nőknél a rák előfordulása ritkaság számba megy, ezért az ő szűrővizsgálatuk mellőzhető.

Kérdés: Pontosan mi történik a szűrés során?

Válasz: A méhszájról és a méh nyakcsatornájából vett kenet mikroszkópos vizsgálata, azaz a citológiai vizsgálat a méhnyakszűrés módja. A szűrést végző egészségügyi szakembereknek tájékoztatást kell adnia arról, hogy pontosan mi történik a szűrővizsgálat során.

Kérdés: Mi a helyzet, ha a citológiai lelet negatív?

Válasz: Azt jelenti, hogy nem található semmi olyan elváltozás, ami a méhnyakrák kialakulásával fenyeget, vagy ami további nőgyógyász szakorvosi vizsgálatot igényel. Ez esetben a méhnyakszűrést 3 év múlva kell megismételni.

Kérdés: Mi történik, ha a citológiai lelet nem-negatív?

Válasz: A nem-negatív citológiai lelet azt mutatja, hogy további tisztázó nőgyógyászati, klinikai diagnosztikus vizsgálatokra van szükség. Amennyiben rákmegelőző állapot áll fenn, akkor járóbetegellátásban kezelhető. Amennyiben méhnyakrák áll fenn, akkor kórházi kezelésre van szükség.

Kérdések a rákmegelőző állapotokról és a méhnyakrákról

Kérdés: Melyek a rákmegelőző, (pre-cancerosus) állapotok?

Válasz: A méhnyakat borító vagy a méh nyakcsatornáját bélelő hámnak a jellemző típusostól különböző mértékben eltérő elváltozásait nevezik így. A hosszabb ideje fennálló HPV-fertőzöttség okozza. Vagy spontán gyógyulnak, vagy - ha nem kezelik - addig súlyosbodnak, hogy rákká alakulnak.

Kérdés: Melyek a méhnyakrák jelei?

Válasz: A korai méhnyakráknak nincs árulkodó jele, ez adja a szűrővizsgálat fontosságát! A rák jelei lehetnek: hüvelyi vérzés, különösen közösülés után, vérzés a két menstruáció közötti időben, a kezeléssel dacoló bűzös folyás a hüvelyből. Ha ezek közül a jelek közül valamelyik jelentkezik, haladéktalanul nőgyógyászhoz kell fordulni, mert a mielőbbi gyógykezelés javítja a gyógyulás esélyeit.

Kérdés: Kezelhető-e a méhnyakrák?

Válasz: A legtöbb méhnyakrák sikeresen kezelhető, ám a mielőbbi gyógykezelés javítja a gyógyulás esélyeit. Azoknál a középkorú nőknél, akik sohasem vettek részt szűrésen, előfordulhat, hogy a rákot nagyon későn diagnosztizálják, amikor már jelentősen csökken az esély a gyógyulásra.

Kérdés: Gyógyítható-e a méhnyakrák?

Válasz: Igen, gyógyítható, ha még a szóródás megindulása előtt ismerik fel. Minél előbb ismerik fel, annál ígéretesebb a gyógyulás.

Kérdés: Hogyan gyógyítják a méhnyakrákot?

Válasz: Műtéti úton távolítják el, vagy sugárkezeléssel pusztítják el a rákos sejteket. Néha mindkét módszert alkalmazzák.

8. Ajánlott és felhasznált irodalom

1. A védőnői Méhnyakszűrő Program 3 éve - Fehér Erika, Országos Tisztiorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, vezető-főtanácsos védőnő, VMMP koordinátor - XXII. Évfolyam 2012/2. szám – MAVÉ
2. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E.: Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries, *Br J Cancer*, 2004.; 91(5): pp. 935-41. Bosch FX et al. *J Clin Pathol* 2002.; 55: pp. 244–65.
3. Csermely Gy., Koiss R., Ungár L., Marcsek Z.: Az onkogén humán papillomavírus (HPV)-törzsek kimutatásának klinikai jelentősége HPV fertőzöttséget igazoló citológiai leletek esetén, *Magyar Nőorvosok Lapja.*, 1998; 61., 305-310. oldal
4. Dr. Döbrössy Lajos: A daganatok szűrése, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2013.
5. Dr. Döbrössy Lajos: Daganatos betegségek szűrése Magyarországon, Spring Med Kiadó, 2005.
6. Dr. Döbrössy Lajos, Dr. Kovács Attila, Dr. Budai András, Cornides Ágnes: Nőgyógyászati rákszűrés, vagy méhnyakszűrés? Klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése, *Orv. Hetil.*, 2012., 153(33): 1301-1313. oldal
7. European Commission: Cancer screening in the European Union, Report on the implementation of the council recommendation on cancer screening. IARC Lyon, France, 2017.
8. Elfstrom K.M., Arnheim-Dahlstrom L., Von Karsa L., Dillner J. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes *European Journal of Cancer*, 2015; 51 (8), pp. 950-968.
9. Fehér Erika: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve, Védőnő, XXII. Évfolyam, 2. szám, 2012., 5-9 oldal
10. Gyulai Anikó, Dr. Kósa Zsigmond, Árváné Egri Csilla, Csire Tamás Béla, Takács Péter: A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrésben résztvevők szakmai attitűdjének vizsgálata, *A Magyar Tudomány Ünnepe 2016: Oknyomozó tudomány*, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, 2016., 9-10.
11. Hanka, K.: My life in my hands! Why does not the organized cervical cancer screening work in Hungary? (Kezemben az életem! Miért akadozik a szervezett méhnyakrák szűrés hazánkban?), *Nővér* 2008., 21 (4), 22-26. oldal (Hungarian)
12. Dr. Kovács Attila, Dr. Döbrössy Lajos, Dr. Budai András, Dr. Boncz Imre, Cornides Ágnes: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, *Orvosi Hetilap*, 148. évfolyam 12. szám, 2007.
13. KSH Népegészségtudományi Intézet kiadványa: Demográfiai évkönyv 2012, Szerk.: Óri P. Spéder Zs., 64-69. oldal
14. Dr. Lampé László: Szülészeti-Nőgyógyászat 1- 3, Medicina könyvkiadó, 1987.
15. Méhnyakrák megelőzése és Népegészségügyi célú méhnyakszűrés, ÁNTSZ, Budapest, 2005.
16. Multicenter Cervical Cancer Study Group, *N. Engl. J. Med*, 2003.; 348: pp. 518–27.
17. Dr. Döbrössy Lajos (szerk.): Népegészségügyi Onkológiai Szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2005.
18. Méhnyakszűrési Munkacsoport (OTH): Lakossági méhnyakszűrés az Egészség évtizede program keretében: történések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon, *Orv. Hetil.* 2004;145(1): 3540. oldal

19. Parkin DM, Bray F. Vaccine. 2006.; 24 Suppl 3: S3/11-25
20. Stewart, B. and Wild, C.P. (eds): World Cancer Report 2014., IARC. Lyon, 2014.
21. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER), 2002–2006.
22. Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P. Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, First Report, European Communities, Brussel, 2008.
23. Dr. Döbrössy Lajos, Dr. Pap Károly, Tóth Tímea, Dr. Füzesi Zsuzsanna, Nagy Attila: A méhnyakrák megelőzése, Népegészségügyi célú méhnyakszűrés, 2014.
24. https://www.antsz.hu/data/cms61695/ANTSZ_Mehnyak_1resz_belivek.pdf
Letöltés: 2019.07.10.
25. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet 3. § ac
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0400049.esc>
Letöltés: 2019.07.10.
26. Dr. Döbrössy Lajos: Népegészségügyi célú méhnyakszűrés, Oktatási anyag a védőnői méhnyakszűrés támogatására, 2014.
<https://docplayer.hu/1691986-Nepegeszsegugyi-celu-mehnyakszures-oktatasi-anyag-a-vedonoi-mehnyakszures-tamogatasara-dr-dobrossy-lajos.html>
Letöltés:2018.06.19.
27. Állami Számvevőszéki jelentés egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről, 2008. május
<https://www.asz.hu/storage/files/files/%C3%96sszes%20jelent%C3%A9s/2008/0805j000.pdf?ctid=749>
Letöltés: 2019.07.10.
28. Dr. Döbrössy Lajos: Oktatási anyag a védőnői méhnyakszűrés támogatására, 2014.
https://www.antsz.hu/data/cms64295/Nepegeszsegugyi_eloadas.pdf
Letöltés: 2019.07.10.
29. Árváné Egri Csilla (OTH): Projekt beszámoló, 2015.
<https://docplayer.hu/12698072-A-tamop-6-1-3-a-kiemelt-projekt-vedonoi-mehnyakszuresi-alprojekt-eredmenyei.html>
Letöltés: 2019.07.10.
30. Több életet ment a méhnyakrák szűrés legújabb módszere
<http://genium-med.hu/a-mehnyakrak-szures-legujabb-modszere/>
Letöltés: 2019.07.10.
31. Útmutató a Qvintip önmintavételi eszköz használatához
http://www.genoid.net/images/uploads/QVINTIP_%C3%9ATMUTAT%C3%93_%C3%89S_K%C3%89R%C5%90LAP.pdf
Letöltés: 2019.07.10.
32. IARC adat Globocan a 2008. http://globocan.iarc.fr/DataSourc_and_methods.asp.
33. Országos Tisztiorvosi Hivatal Méhnyakszűrési Munkacsoport. Lakossági méhnyakszűrés az Egészség évtizede program keretében: történések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. Orv Hetilap 2004; 145(1):3540.

34. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S et al. International Agency for Research on Cancer
35. Oktatási, elméleti tananyag védőnők számára 2010 Döbrössy, Odor Andrea, kiadásért felelős Kovács Attila
36. Dr. Füzesi Zs. (2013): Kommunikációs ismeretek védőnőknek egy speciális program kapcsán, In: A védőnői méhnyakszűrés szervezése, végzése és napi tevékenységbe illesztése, Továbbképzés a Védőnői Méhnyakszűrő Programban részt vett védőnők számára, ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest 2013.