



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZÚRÉS

TANANYAG A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZÚRÉSHEZ

A VÉDŐNŐK FELKÉSZÍTÉSE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZÚRÉS SZERVEZÉSÉRE ÉS VÉGZÉSÉRE

Továbbképzési tananyag

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Budapest

2019.



Komplex Népegészségügyi Szűrések
EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001

SZÉCHENYI 2020



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tartalomjegyzék

KÖSZÖNTŐ	6
-----------------------	---

1. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS; OKTATÁSI TANANYAG A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA	7
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

BEVEZETÉS.....	7
SZŰRŐVIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS	8
A SZŰRÉS SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEI.....	15
1.1 A SZŰRŐVIZSGÁLATOK BIOLÓGIAI ALAPJA: A DAGANATOK FEJLŐDÉSMENETE.....	16
1.2 MIT NEVEZÜNK SZŰRŐVIZSGÁLATNAK?.....	17
1.3 A CÉLBETEGSÉGEK KIVÁLASZTÁSA: MILYEN ESETEKBEN KEZDEMÉNYEZHETŐ A SZŰRŐVIZSGÁLAT? 17	
1.4 KÖVETELMÉNYEK A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZERTŐL.....	17
A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZER ALKALMASSÁGÁNAK ÉRTÉKMÉRŐI.....	18
LEHETSÉGES TÉVEDÉSEK.....	18
1.5 SZŰRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN: ALKALOMSZERŰ ÉS SZERVEZETT SZŰRÉS ALKALOMSZERŰ (OPPORTUNISZTIKUS) SZŰRÉS	19
A SZERVEZETT (ORGANIZÁLT) SZŰRÉS.....	20
1.6 A SZŰRŐVIZSGÁLATOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSE.....	20
CSÖKKENT A MEGBETEGEDÉSEK SZÁMA?	20
JAVUL AZ ÉLETMINŐSÉG?	21
JAVUL A KLINIKAI STÁDIUM-MEGOSZLÁS?	21
MEGHOSSZABBODOTT TÚLÉLÉS?	21
A HALÁLOZÁS MÉRSÉKLŐDÉSE	21
A SZŰRŐVIZSGÁLATOK TUDOMÁNYOS MEGÍTÉLÉSE: SZAKTERÜLET MAI ÁLLÁSA.....	21
1.7 NÉHÁNY EGYÉB TUDNIVALÓ A SZERVEZETT SZŰRÉS RŐL.....	22
CSAKHASZONNALJÁR-EASZŰRÉS, VAGYOKOZHAT-EKÁRTIS?	22
A TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ÖNKÉNTESSÉG ELVE	23
A SZŰRÉS: ETIKAI TÖBBLETFELELŐSSÉG.....	23

2. A MÉHNYAKSZŰRÉS	24
---------------------------------	----

2.1 A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZŐ ÁLLAPOTAI ÉS RÁKJA	24
2.2 A SZERVEZETT SZŰRÉS STRATÉGIÁJA: ÉLETKOR ÉS GYAKORISÁG	26
SZELEKTÍV SZŰRÉS	26
SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZEREK ÉS AZOK ÉRTÉKE	26
NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉS? MÉHNYAKSZŰRÉS!.....	26
2.3 A MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉNEK ÉS VÉGREHAJTÁSÁNAK IRÁNYELVEI	27
HELYZETFELMÉRÉS.....	27
2.4 A SZŰRŐVIZSGÁLAT: MINTAVÉTEL.....	28
2.5 A KENET FIXÁLÁS, KENETKÉSZÍTÉS, LABORATÓRIUMBA SZÁLLÍTÁS.....	28
2.6 A CITOLÓGIAI LELET: AJANLAS A VEDONO TENNIVALORA	28

3. LAKOSSÁGI RÉSZVÉTEL: A SZŰRÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGA, LÉLEKTANI MELLÉKHATÁSAI 30

3.1	EGÉSZSÉGNEVELÉS: „SZŰRÉSI PROPAGANDA”	30
	AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS A MEGELŐZÉS FEGYVERE	30
	AZ EURÓPAI RÁKELLENES „TÍZPARANCSOLAT”	31
	EGÉSZSÉGNEVELÉS A SZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA	31
	SZŰRÉS ELFOGADÁSA: AZ „EGÉSZSÉGÜGYI KULTÚRA” RÉSE	31
3.2	AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETE	32
3.3	AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS CÉLCSOPORTJAI	32
	AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETHORDOZÓI	32
	A SZŰRÉS NEMKÍVÁNATOS LÉLEKTANI MELLÉKHATÁSAI: A SZŰRÉS A PÁCIENS SZEMSZÖGÉBŐL	33
	A ”KÓR” ÉS A ”BETEGSÉG”	33
	A SZŰRÉS CÉLÁLLAPOTA	34
	A NEGATÍV LÉLEKTANI KÖVETKEZMÉNYEK FORRÁSAI	34
	A RÁK KÉPE A KÖZTUDATBAN	35
	A „CÍMKÉZÉS”	35
	AZ ÁLDOZAT HIBÁZTATÁSA	36
	A KOCKÁZAT, MINT BETEGSÉG. A TALÁLT RENDELLENESÉG ÉRTELMEZÉSE	36
	MIT JELENT A KOCKÁZAT?	36
	A KOCKÁZAT „MEDIKALIZÁCIÓJA”	37
3.4.	A MEGHÍVÓLEVÉL	37
3.5.	A SZŰRŐVIZSGÁLAT ELŐTTI TÁJÉKOZTATÁS	38
3.6.	A SZŰRŐVIZSGÁLAT FOLYAMATA ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	38
	VÁRAKOZÁS: BIZONYTALANSÁGI PERIÓDUSOK	38
3.7.	A SZŰRÉS UTÁNI TÁJÉKOZTATÁS	39
	MELLÉKLETEK	40
	ÁBRAJEGYZÉK	41
	TÁBLÁZATJEGYZÉK	41
	IRODALOM	42

4. NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK A PROGRAMHOZ 43

4.1.	MÉHNYAKSZŰRÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN	43
	VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS KONTRA NŐGYÓGYÁSZATI RÁKSZŰRÉS	43
4.2.	MÉHNYAKRÁK KIALAKULÁSA	44
	HPV FERTŐZÉS	45
	BETHESDA KLASSZIFIKÁCIÓ	46
	A VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYICÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SORÁN ALKALMAZOTT FELOSZTÁS	48
4.3.	MÉHNYAKRÁK TÜNETEI	48
4.4.	ANATÓMIAI ISMERETEK A MÉHNYAK FELTÁRÁSHOZ	49
4.4.1.	KÜLSŐ NEMI SZERVEK	50
4.4.2.	HÜVELYBEMENET	50
4.4.3.	HÜVELY (VAGINA)	51
4.4.4.	MÉH	51
4.4.5.	MÉHSZÁJ FEJLŐDÉSE, HÁMBORÍTÁSA	51
4.5.	A MÉHNYAK SEJTKENETVÉTEL MENETE	53
4.5.1.	KENETVEVŐ ESZKÖZÖK ÉS ELJÁRÁSOK	53
4.5.2.	FELTÁRÁS	53

4.5.3. KENETVÉTEL TECHNIKÁJA	54
4.5.4. KENET KIKENÉSE.....	54
KENETVÉTEL KIZÁRÓ – ZAVARÓ KÖRÜLMÉNYEK	55
HATÉKONY VÉDŐNŐI KENETVÉTELLEL KAPCSOLATOS KÖVETKEZMÉNYEK – NŐGYÓGYÁSZ TANÁCSAI	55
ÁBRAJEGYZÉK	57
TÁBLÁZATJEGYZÉK	57
IRODALOM.....	57

5. A VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE

5.1 BEVEZETÉS.....	58
5.2 MÉHNYAKRÁK EPIDEMIOLÓGIÁJA.....	58
5.3 MÉHNYAKSZŰRÉSI GYAKORLAT NEMZETKÖZI ÁTTEKINTÉSE.....	59
5.4 A VÉDŐNŐ HELYE, SZEREPE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSBEN	60
5.5 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS ELŐNYE ÉS HÁTRÁNYA.....	61
5.6 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS ORSZÁGOS KITERJESZTÉSE	61
5.7 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS JOGSZABÁLYI HÁTTERE.....	62
5.8 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG FELTÉTELE	64
5.9 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG ENGEDÉLYEZÉSI ELJÁRÁSA.....	65
5.10 NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE.....	66
5.10.1. KÖZPONTI, ORSZÁGOS SZERVEZÉS	66
5.10.2. HELYI SZERVEZÉS – A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE.....	66
5.10.3. A SZŰRENDŐK LISTÁJA	67
5.10.4. SZŰRENDŐK LÁTOGATÁSA	67
5.11. A SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG	67
TERÜLETI VÉDŐNŐ FELADATAI A MÉHNYAKSZŰRÉS ELVÉGZÉSÉBEN	67
5.11.1. ANAMNÉZIS	69
5.11.2. A TÁRGYLEMEZ ELŐKÉSZÍTÉSE.....	69
5.11.3. CERVIKÁLIS KENETVÉTEL	69
5.11.4. HÜVELY FELTÁRÁSA, MÉHSZÁJ MEGVILÁGÍTÁSA, KENETVÉTEL LEHETŐSÉGEINEK MEGÁLLAPÍTÁSA:	70
5.11.5. KENETVÉTEL.....	70
5.11.6. A KENETET TÁRGYLEMEZRE KELL KENNI	71
5.11.7. A KENET FIXÁLÁSA.....	71
5.11.8. A SPECULUM ELTÁVOLÍTÁSA.....	72
A SZENNYEZETT ESZKÖZÖKET A VESZÉLYES HULLADÉKGYŰJTŐBE TESSZÜK.	72
A SZEMÉLYT FELSEGÍTJÜK. MEGKÉRJÜK, HOGY ÖLTÖZZÖN FEL, MAJD TÁJÉKOZTATJUK A TOVÁBBI TUDNIVALÓKRÓL:	72
5.12. SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG LEZÁRÁSA.....	72
KENETVÉTEL UTÁNI TEENDŐK	72
A VÉDŐNŐ SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉGÉNEK DOKUMENTÁLÁSA, ADATSZOLGÁLTATÁS	74
5.13. ÚJ SZŰRÉSI MÓDSZEREK – LIQUID BASED (LBC)	74
5.14. KOMMUNIKÁCIÓ.....	75
KOMMUNIKÁCIÓ SZŰRÉS ELŐTT, LÁTOGATÁS ALKALMÁVAL.....	75
5.14.1. KOMMUNIKÁCIÓ KÖZVETLEN SZŰRÉS ELŐTT.....	76
5.14.2. KOMMUNIKÁCIÓ SZŰRÉS ALATT	76
5.14.3. KOMMUNIKÁCIÓ SZŰRÉS UTÁN	77
KOMMUNIKÁCIÓ A LAKOSSÁG ÖSZTÖNZÉSÉRE, TÁJÉKOZTATÁSÁRA.....	77

5.15. EGYÜTTMŰKÖDÉS - TÁRSSZAKMÁKKAL, HELYI INTÉZMÉNYEKKEL, SZERVEZETEKKEL, VALAMINT A KORMÁNYHIVATALOK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLYAIVAL	78
5.16. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER (OSZR) MŰKÖDÉSE.....	79
BEHÍVÓ-VISSZAHÍVÓ RENDSZER	80
OSZRCOMM MODUL.....	80
A SZŰRÉSI WEBLAP	80
A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER	80
A SZŰRÉS MENETE.....	80
A. BEJELENTKEZÉS.....	81
B. KI VAGYOK ÉN ÉS KIJELENTKEZÉS	81
C. SAJÁT ADATOK MEGVÁLTOZTATÁSA	82
D. SZŰRÉSI LISTA KEZELÉS	82
E. ADATOK FELVITELE, MEGTEKINTÉSE	84
F. FELHASZNÁLÓI GYORSLISTÁK	85
5.17. A SZŰRÉSI WEBLAP.....	86
FELHASZNÁLÓI REGISZTRÁCIÓ.....	86
TOVÁBBI HOZZÁFÉRÉS IGÉNYLÉSE.....	87
A KOMMUNIKÁCIÓS MODULBAN HASZNÁLT JELÖLÉSEK	89
5.18. NEAK E-JELENTÉS FÁJL ELKÉSZÍTÉSÉNEK MÓDJA	90
AZ ADATSZOLGÁLTATÁS FORMAI KÖVETELMÉNYEI.....	90
JELENTÉS LÉTREHOZÁSA.....	90
JEGYZETÖMB ELINDÍTÁSA	90
MELLÉKLETEK.....	94
1. SZÁMÚ MELLÉKLET AZ OSZRCOMM MODUL ELÉRHETŐSÉGEI.....	94
2. SZÁMÚ MELLÉKLET	94
ÁBRAJEGYZÉK	97
TÁBLÁZATJEGYZÉK.....	97
AJÁNLOTT ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM	98

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.

Nagy örömmre szolgál, hogy újabb közel 1450 védőnő kapcsolódik be a védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe, végzésébe. Ennek egyik fontos eleme a védőnői méhnyakszűrésre felkészítő elméleti és gyakorlati ismereteket tartalmazó tananyag frissítése, új ismeretek bemutatása, megosztása. Célunk az volt, hogy a védőnők a továbbképzés elméleti és gyakorlati ismereteinek elsajátítása révén alkalmasak legyenek a méhnyakszűrés végzésére és a lakosság szűrésre való mozgósítására.

Bízom benne, hogy a tankönyvben lévő ismeretanyag a napi gyakorlatban is sikeresen hasznosíthatók lesznek.

Jó tanulást és további eredményes munkát kívánok!

Árváné Egri Csilla
védőnő
Védőnői Módszertani Osztály

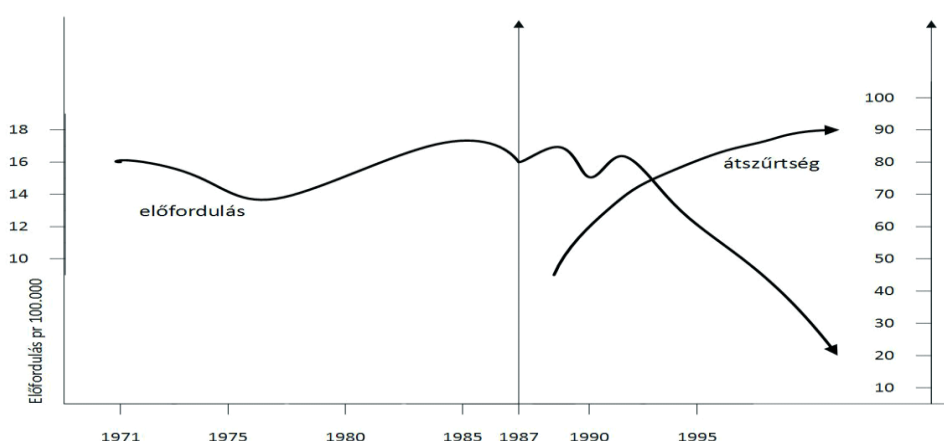
1. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS; OKTATÁSI TANANYAG A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA

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 fogyatékosait, 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-epidémia”-nak, 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. sz. 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 újírtásra 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 kenetvétel citológiai vizsgálat céljára. Ilyen módon létrejött az ország nőlakosságát ellátni képes szűrővizsgáló kapacitás. Ekkor honosodott meg a „*nőgyógyászati rákszűrés*” elnevezés, mint „*olyan nőgyógyászati vizsgálat, amely kolposzkópos vizsgálatot, citológiai vizsgálatot, valamint bimanuális kismencedei 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*nak. 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 elváltozásinak 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” helyett 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 kenetvétel az ajánlás szerint is hárult), akik a hagyományos módon elvégzett szűrővizsgálatot nem jelentették a Szűrés 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.

2008-ban az Állami Számvevőszék vizsgálatának megállapításai a szervezett méhnyakszűrésre nézve súlyosan elmarasztalók voltak: megállapították, hogy „a kitűzött célok nem teljesültek.” Az egészségügyi kormányzatnak javasolták, hogy „szervezze újra a méhnyakszűrés rendszerét”, „tartalmát redukálja a citológiai kenetvételre és annak vizsgálatára”, „vigye közelebb az alapellátáshoz”, egyszóval, „módszertanát igazítsa a nemzetközi gyakorlathoz, azaz a szakterület mai állásához.” Mindezt megfontolva, az egészségügy kormányzat 2009-ben a „*szakdolgozói szűrés*” fokozatos bevezetése, azaz területi védőnőknek a szűrésbe bevonása mellett döntött. Ez azt jelenti, hogy a szakszerűen *kiképzett védőnők veszik a nőktől a kenetet, citológiai vizsgálatra küldik, a negatív eredményt produkáló személyeket megnyugtatják, a nem-negatív személyeket pedig nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra juttatják el*. Az elvégzett „mintaprogramok” tanúsága szerint a védőnők alkalmasak a feladat elvégzésére.

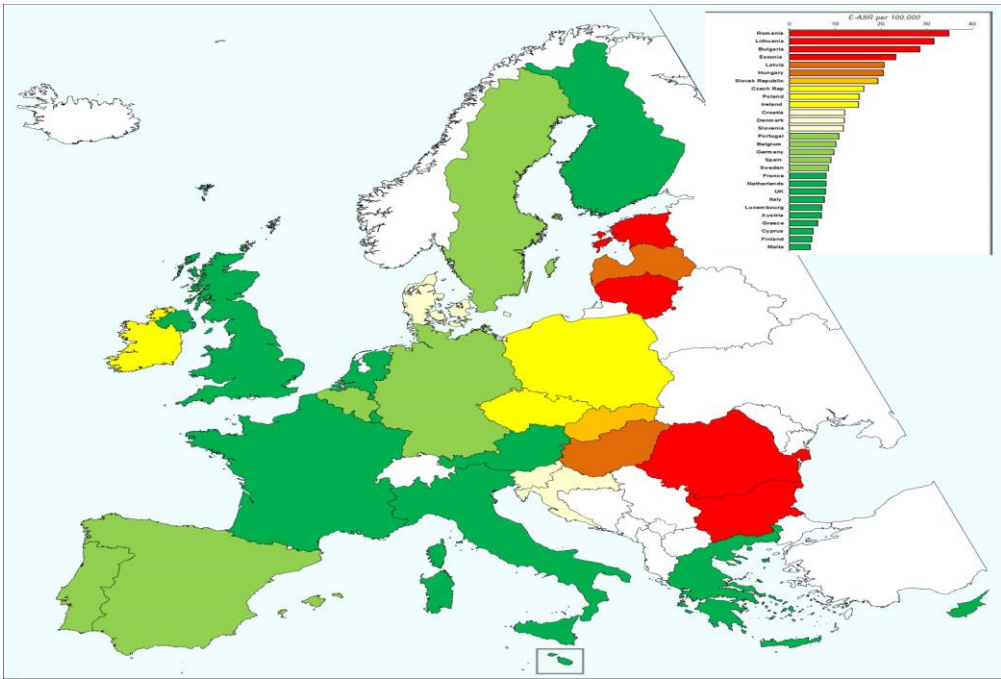
A méhnyakrák epidemiológiája

A méhnyakrák helyzete *világszerte* rendkívül változatos. Jelentős különbségek vannak előfordulásában, és a halálkozásban 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. leggyakoribban előforduló daganat volt. Ugyanakkor 266.000 nő halt meg e betegségben, ezzel ugyancsak a 4. helyen állt a rosszindulatú daganatok miatti halálkozás sorrendjében. A megnevezett jelentés szerint a méhnyakrákok mintegy 70%-a az alacsony és közepes *humán fejlettségi mutatóval* (HDI) jellemezhető országokban fordul elő a leggyakrabban; ezekben az országokban a második leggyakoribban 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 diagnosztizálják. 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 a 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 a változatosság 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. Az eltérés valóban jelentős!

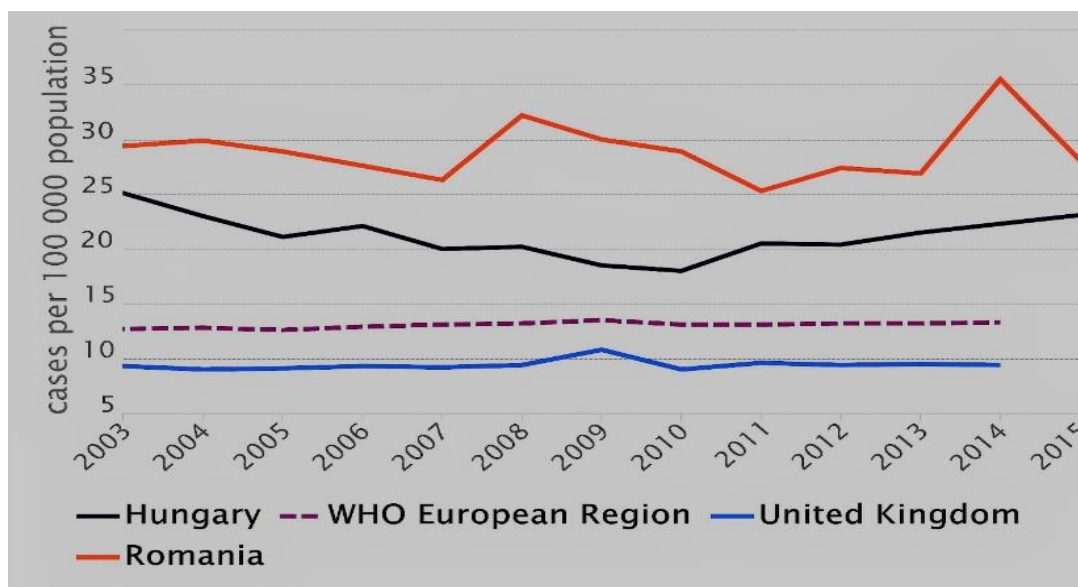
Európában a helyzet kevésbé drámai. A kontinens egészét, azaz az Európai Unió kívüli országokat tekintve, mind az előfordulás, mind a halálozás mutatói magasabbak az Európai Unió tagországainak átlagánál. A mutatók régióként, azon belül országonként is változnak. Legalacsonyabbak Nyugat-, és Észak-Európában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



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

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).

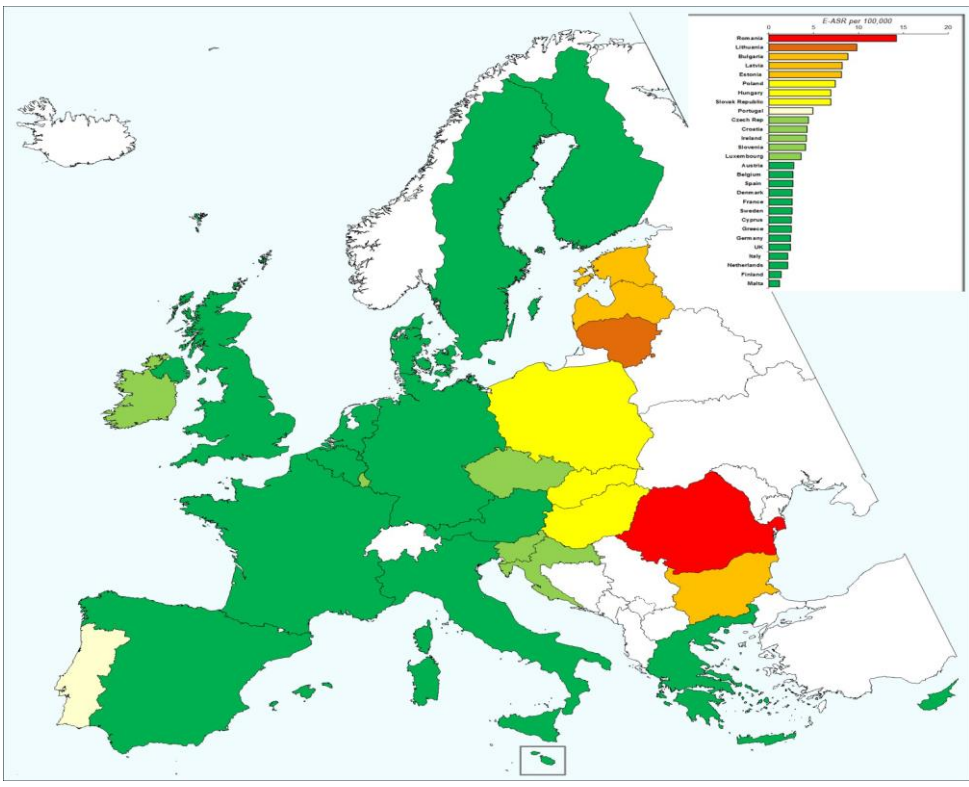
Magyarországon a méhnyakrák incidenciája 2003-ban a népegészségügyi célú szűrővizsgálat bevezetésekor 25/100000 fő volt, majd ezt követően a minimum érték 18/100000 fő volt. Ezek az értékek egyértelműen jelzik a probléma súlyos betegségterhét hazánkban.



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

Magyarországon a méhnyakrák (C53) nem tömegpusztító betegség. Összehasonlítva más daganatok halálhatalmával, előfordulása és az okozott halálozás viszonylag nem magas: a nők daganatos halálhatalmának 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.

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 méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás standardizált arányszáma az Európai Unió tagállamaiban (2006) (Forrás: IARC)

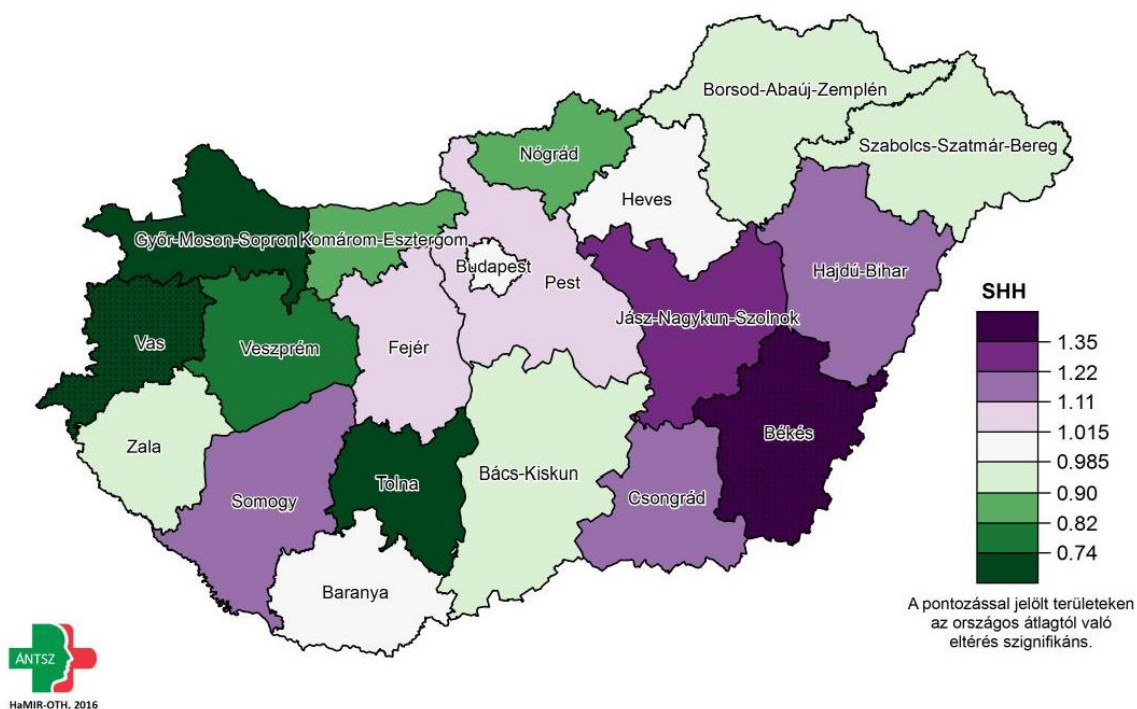
	Daganat típusa	halálozások száma (fő)	százezer megfelelő lakosra jutó arány
1.	A légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	3 397	88,9
2.	Női emlő rosszindulatú daganata	2 220	22,9
3.	Vastagbél rosszindulatú daganata	1 488	32,8
4.	Hasnyálmirigy rosszindulatú daganata	1 032	20,1
5.	Petefészek rosszindulatú 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. sz. táblázat A főbb daganatos megbetegedésekből eredő halálozások alakulása nők körében Magyarországon (Forrás: KSH, 2015)

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.

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.

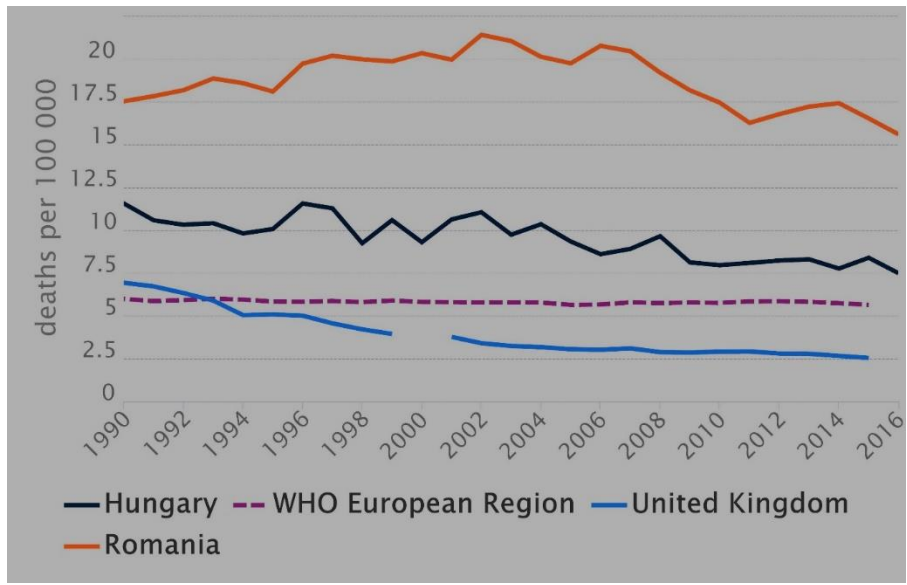
A méhnyakrák előfordulásának és a halálozásnak az utóbbi 30 évben szerte Európában csökkenő tendenciájának magyarázatát keresve számolni kell a halálozás éves-évtizedes, fokozatos, spontán csökkenő trendjével („szekuláris trend”), amelynek oka magyarázat nélküli, a betegséggel közvetlen kapcsolatban 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).



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

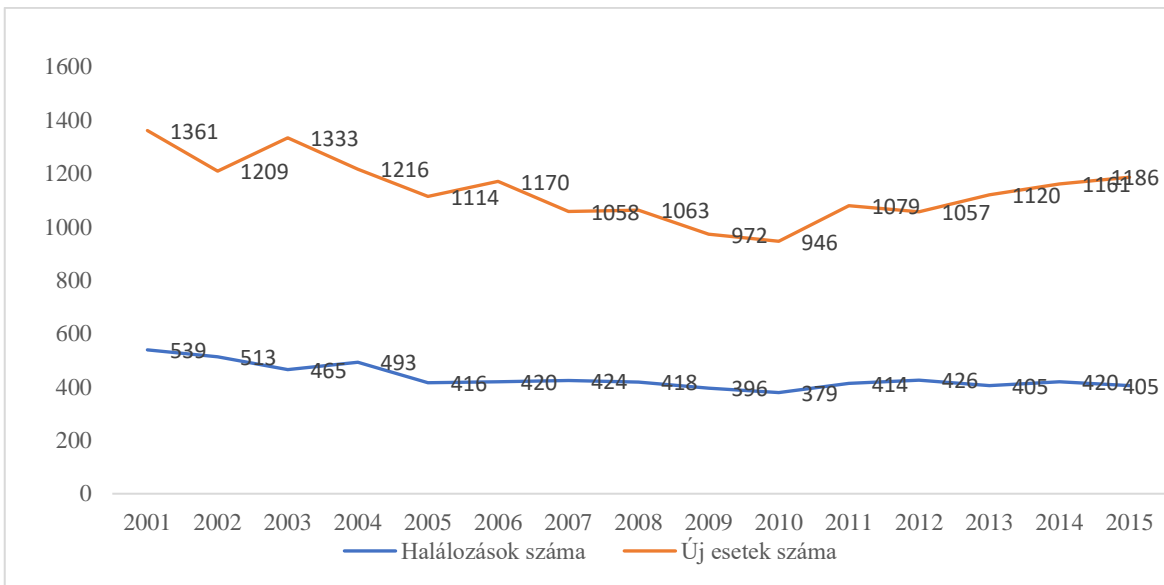
Jelentős területi eltérések figyelhetők meg azonban a halálozás vonatkozásában, mely szerint az országos átlaghoz viszonyítva a jobb helyzetben lévő megyékben a standardizált halálozási hányados mindössze 70%, míg a rosszabb helyzetben lévő megyékben ez az érték 135%.

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

Szakedolgozói szűrés: Védőnői méhnyakszűrési program

2008-ban az Állami Számvevőszék vizsgálatot folytatott azzal a céllal, hogy „ellenőrizze az onkológiai szűrési programok hasznosulására fordított pénzeszközök hasznosulását”. Megállapításai a népegészségügyi szervezett méhnyakszűrésre nézve súlyosan elmarasztalók voltak. Megállapították, hogy „a kitűzött célok nem teljesültek”. Jelentésükben azt javasolták az egészségügy kormányzatnak, hogy „szervezze újra a méhnyakszűrési 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 „szakedolgozói szűrés” gyakorlatának fokozatos bevezetése, azaz a területi védőnők által vett sejtkenet citológiai vizsgálata, és a nem negatív eredménnyel járó személyek nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra utalása mellett döntött.

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

Az elvégzett mintaprogramokban eredményesnek bizonyuló „védőnői szűrővizsgálat” mindennapos gyakorlattá válását kívánja segíteni a kézben tartott tananyag, amelynek célja az, hogy összefoglalja

- I. a daganatok szűrésének szakmai és szervezési irányelveit,
- II. a méhnyakszűrési, mint szakterület mai állását és a mértékadó szakmai ajánlásokat,
- III. a méhnyakszűréshez kapcsolódó nőgyógyászati ismereteket, továbbá
- IV. a védőnők méhnyakszűrési benjátszott szerepének beépítését a mindennapos védőnői tevékenységbe,
- V. ismertesse a védőnői méhnyakszűrési szervezéséhez és végzéséhez elengedhetetlen kommunikációs ismereteket, valamint
- VI. a szervezett védőnői szűrésre kiszolgáló adatszolgáltatási rendszer működtetéséből a védőnőkre háruló tennivalókat.

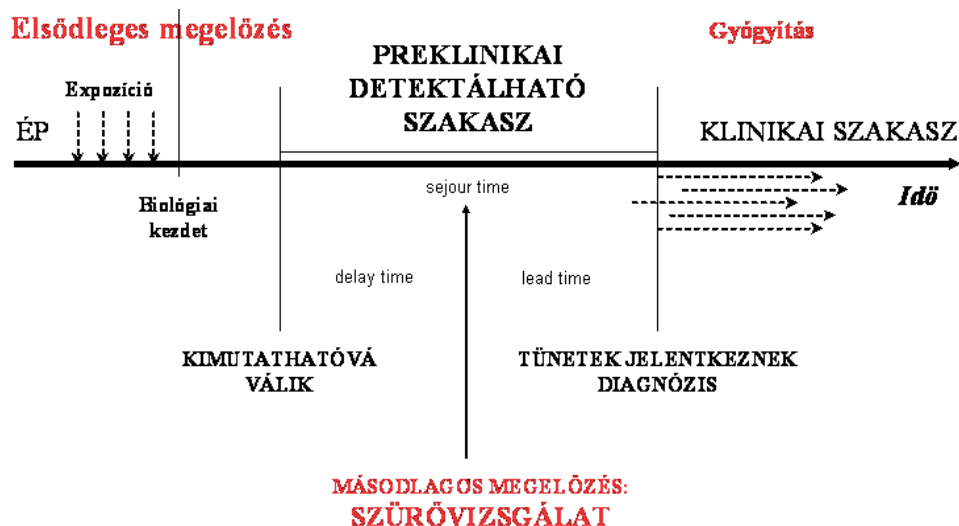
A SZŪRÉS SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEI

A daganatos betegségek által okozott halálozás mérséklésére – legalábbis rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia, mert (i) a mégolyan hatékonyan alkalmazott elsődleges megelőzési programok is – daganatbiológiai okokból – csak évtizedekkel később mutatkoznak, és (ii) 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 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 szövődmények és a fatális kimenetel bekövetkezésének a megelőzésére utal a *másodlagos megelőzés* fogalma.

1.1 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. sz. 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 sejtkenetben. 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.

1.2 Mit nevezünk szűrővizsgálatnak?

A daganatok fejlődésmenetének 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 „célbetegségnek”, 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 rákkeletkezés számára talajt jelentő daganatmegelőző állapotokat, mint amilyenek a gyűjtőnéven hám-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.

1.3 Acélbetegségek kiválasztása: milyen esetekben kezdeményezhető a szűrővizsgálat?

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

- Előfordulásuk gyakorisága és haláloki szerepük miatt *jelentős népegészségügyi problémát* jelentenek. (Amint fentebb rámutattunk, hazánkban a méhnyakrák epidemiológiai mutatói szerint nem tartozik a vezető halálokok 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.*)
- *Fejlődésmenetük 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 alkalmat kínáló „preklinikai kimutathatóság szakaszában”.
- A szűrővizsgálatban részesült személyek esetében *a korai kezelése kedvezően befolyásolja a betegség természetes kórlefolását*; ennek feltételei biztosítva vannak.
- Alapvető kíváncságot, hogy a rejtett célállapot, azaz a klinikai tüneteket még nem okozó korai betegség felismerésére *alkalmas módszer* álljon rendelkezésre.

1.4 Követelmények a szűrővizsgálati módszertől

A szűrővizsgálati módszernek 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 kenetvétel 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 tűrőképessége 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* (specifititás) 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 leletezett 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.

Ákár 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 betegség tudat negatív élményével terheli meg.

1.5 Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben: alkalomszerű és szervezett szűrés

A nemzetközi gyakorlat a szűrés két modelljét különbözteti meg. A különbség nem a szűrés céljaiban vagy orvosi-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 lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program.

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

Alkalomszerű (opportunistikus) 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 daganatfelismerésre kínáló 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 házi orvosát, 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 lakosságszűrés* 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 *gyakoriságát*, 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.

1.6 A szűrővizsgálatok eredményességének megítélése

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

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

Csökkenet a megbetegedések száma?

Csökkenhet a daganat-előfordulás (*morbidity, vagy incidencia*, azaz az egy naptári évben diagnosztizált új megbetegedések száma), különösen akkor, ha a később ismertető rák megelőző 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 nöövő, viszonylag rosszabb indulatú daganatok mintegy „átsuhannak” a tünetmentes kimutathatóság szakaszán, ezért „nem akadnak fenn a szűrőn”. Ezzel szemben a lassabban nöövő, viszonylag jobb indulatúak tovább időznek ebben a szakaszban, ezért nagyobb esélyük van „fennakadni a szűrőn”, ezért vannak a korábbi stádiumban lévő daganatok túlképviselve a szűrés „hozamában”. (A tünetmentes kimutathatóság szakaszában tartózkodás időbeli hosszára utalva, a szakirodalom „length-bias” néven emlegeti ezt a jelenséget.)

A kedvezőbb stádium-megoszlást tehát lehet a jobb prognózis jelének tekinteni, de a szűrés hatásosságának bizonyítékaként 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 előbbre 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 lakosságyszűrésben 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 vizsgálathoz kapcsolódó alkalomszerű szűrővizsgálatként, az „onkológiai éberség” jegyében bátorítani lehet, azonban meghíváson és visszahíváson alapuló, szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatként nem alkalmazhatók.

1.7 Néhány egyéb tudnivaló a szervezett szűrésről

Csak haszonnal jár-e a szűrés, vagy okozhat-e 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. melléklet).

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 betegségről, 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 érzékenységgű), 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 „betegét”, amiről végül kiderül, hogy mindez alaptalan. A szűrést 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 elkerülhetők 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 szűrés: 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 nyugalomból, 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.

2. A MÉHNYAKSZŰRÉS

A módszer gyors elterjedésének tudható be, hogy 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 (morbiditás), mind a halálozás (mortalitás) mutatói mintegy 30-80 %-kal csökkentek, a szűrővizsgálatok intenzitásával és a lakosság átszűrtségével arányosan. Azóta a méhnyakszűrés hatásosságát számos népességi- és eset-kontrol 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.

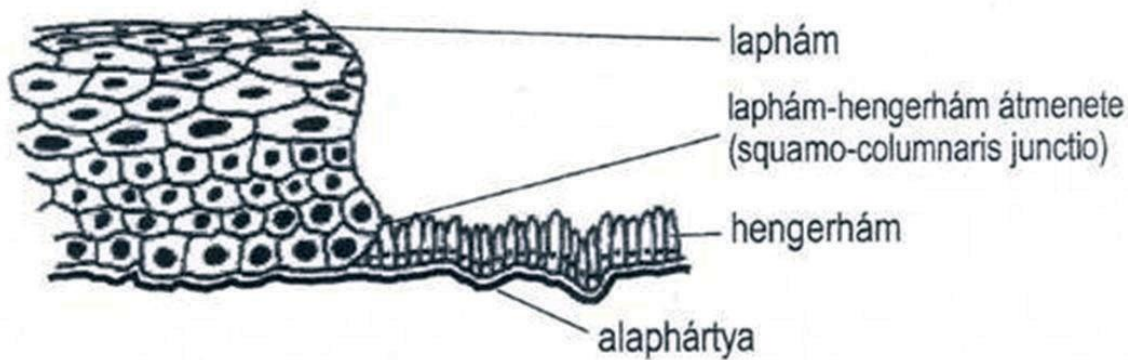
A méhnyakszűrés végrehajtásában kitüntetett szerepet játszanak a területi védőnők azáltal, hogy rájuk hárul a nők egészségnevelése, a személyes tanácsadás, a citológiai vizsgálatra szánt sejt-kenetvétel, valamint a szűrésen résztvevők követésének felelősségteljes feladata.

2.1 A méhnyakrák megelőző állapotai és rákja

A méhnyakrák keletkezése időben elhúzódó, többszakaszos folyamat, amely fokozódó súlyosságú hámelváltozások során alakul ki. Kialakulását a méhnyak „rákmegelőző 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. (Lásd a „Nőgyógyászati ismeretek” fejezetet).

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 hengerhámmal bélelt nyakcsatorna, és a nyakcsatornába nyíló belső méhszáj bír jelentőséggel. A portiolaphámjának és a nyakcsatorna hengerhámjának találkozási vonalát *squamocolumnáris junkció-nak* nevezik, amelynek az ad fontosságot, hogy innen indulnak ki a méhnyak hámrendellenességei. (9. ábra).

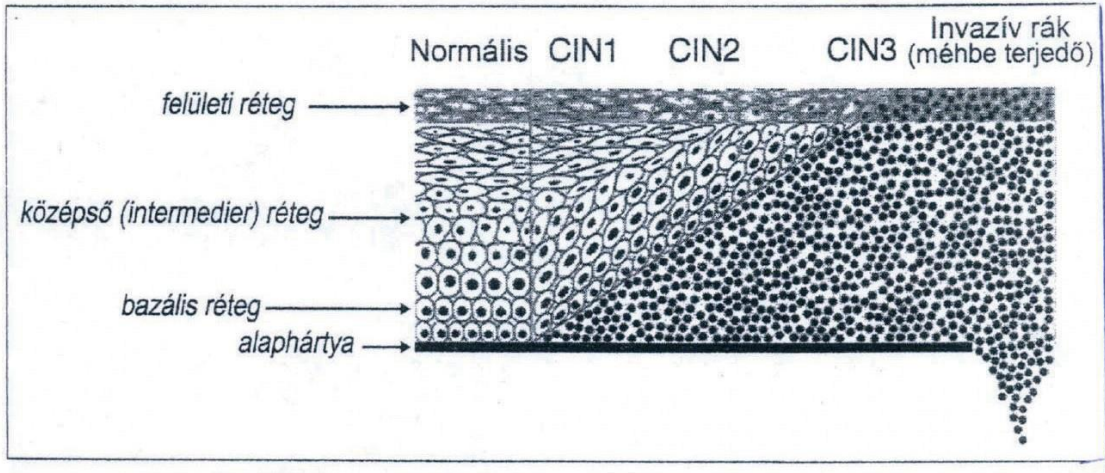


9. sz. ábra A méhnyak hámjának két típusa és a kétféle hám átmenete
 Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control – a guide to essential practise. WHO. 2006.

Szemponctunkból 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 hámváltozásokat értünk. Megjelölésükre a leíró jellegű kórszövettani osztályozás a „sejt-atípiá”, vagy „cervikális diszplázia” elnevezést ajánlotta, amelyek gyűjtőfogalmak. Összefoglalják azokat az állapotokat, amelyekben a hámot 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 hámváltozásoknak kiterjedésük, és az „atípiá” súlyossága szerint három fokozatát különböztetik el. 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. sz. ábra A hámtávolítás 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 kora nő. Ez a tény óvatosságra int: ha a szűrővizsgálat csak a fiatalabb korcsoportokra összpontosít, fennáll a „túl diagnosztizálás” és „túlkezelés” kockázata.

2.2 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? Méhnyakszűrés!

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 engedi 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 lágyszövetségtanvizsgálattal (mammográfia) együtt.

Ugyanakkor, minthogy az egyszerű és a méhnyakrák és megelőző állapotainak felismerését szakorvosi vizsgálathoz köti, a tömegesen elvégzendő szűrővizsgálatot nehezéssé teszi, és a lakosságszűrést ellehetetleníti. Ez a magyarázata annak, hogy a „nőgyógyászati szűrés” fogalmát a nemzetközi gyakorlat jószerével nem ismeri, és csakis a citológiai vizsgálattal 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 találkozási helyéről, és a nyakcsatornából vett sejt minta citológiai vizsgálata.

2.3 A méhnyakszűrés szervezésének és végrehajtásának irányelvei

Helyzetfelmérés

Mielőtt egy adott közigazgatási egység (községben) egészségügyi ellátásáért felelős szerve döntene a szervezett méhnyakszűrés bevezetéséről, szükséges felmérni a helyzetet a következő szempontok alapján:

- hány veszélyeztetettnek minősülő (25-65 év közötti) személy él a településen, azaz hány szűrővizsgálatra van szükség;
- biztosított-e a szervezett lakosságszűrés forrásigénye;
- biztosított-e a helyi háziorvosi szolgálat együttműködési készsége; rendelkeznek-e a szűrővizsgálat végrehajtásához szükséges tárgyi feltételekkel;
- rendelkeznek-e a szűrésre jogosultak személyes meghívásához, az egészségnevelési tevékenységhez szükséges felkészültséggel;
- rendelkezésre áll-e a citológiai kenetvételhez szükséges védőnői kapacitás;
- rendelkeznek-e a „kiszűrt” személyek ellátásához szükséges citológiai laboratóriumi, nőgyógyászati szakellátási, patológiai háttérkapacitással.

2.4 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, célszerű 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 kenetvétele 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 kenetvétele döntő fontosságú a vizsgálat értékelhetősége szempontjából. A jó minőségű kenet sejtekben gazdag. A sejtösszetétel képviseli a hám állapotát a kenetvétele helyén. A sejtek megtartott szerkezetűek, azokat bomlás (citólízis, autólízis) nem károsítja. Tiszta háttérű, mert vér, gyulladáscsökkentő eredetű 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!

2.5 A kenet fixálás, kenetkészítés, laboratóriumba szállítás

A keneteket a kenetvétele 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 eszközzel a vizsgálati anyagot „belemossák” a fixáló folyadékba, majd a centrifugálással ülepített anyagot tárgylemezre viszik, és úgy vizsgálják.

2.6 A citológiai lelet: ajánlás a védőnő tennivalóra

A citológiai laboratórium a „kérelapot” kitöltve, mint leletet, visszajuttatja a területi védőnőhöz. A leletlapon, jól elkülönítve, a védőnő tennivalóra vonatkozóan az alábbi lehetséges ajánlás van feltüntetve, és pedig

Negatív

Nem negatív

A kenetvételt meg kell ismételni

- *negatív eredménnyel* záruló szűrővizsgálat után újabb 3 évig nincs tennivaló. A területi védőnő erről értesíti a szűrővizsgálaton részt vett nőt. Megnyugtatta, 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.
- *nem negatív lelet* mögött gyulladásos 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.

3. LAKOSSÁGI RÉSZVÉTEL: A SZŰRÉS TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGA, LÉLEKTANI MELLÉKHATÁSAI

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 költséghatékonyágát 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.

3.1 Egészségnevelés: „szűrési 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 népeiséget a betegséghez vezető kockázati tényezők sokaságáról, és tanítják azok elkerülésének módjait.

Különösen nagy hangsúlyt kap a népesség egészségnevelése a rák megelőzésben. A rákot kiváltó, vagy keletkezését elősegítő tényezők megismertetése az emberekkel és annak a tudatosítása, hogy ki-ki sokat tehet a rák kockázatának csökkentéséért, régóta és mindmáig talán a leghatásosabb – ha nem is kellően kihasznált – módja az elsődleges rák megelőzésnek. 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 rák megelőzés fegyvertárában.

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. (5.sz. melléklet)

Egészségnevelés a szűrés támogatására

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 utolsó sorban a szűrést szolgáltató szakszemélyzet is, akik a célcsoportokat igyekeznek befolyásolni a részvétellel. 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.

Szűrés elfogadása: az „egészségügyi kultúra” része

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.

3.2 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 korrigálja 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 érhetők 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 sajtóságos kérdéseket is, mint például az „Ismerd meg saját emléidet!”, az emlékek önvizsgálatával kapcsolatban.

3.3 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, ételmezerüzetekben 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.

A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai: 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 házi orvosom 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” tünetei, 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 – *„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 költséghatékonyságát 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.

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 emberugyanúgy, 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 vizsgálatait 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 értékeli a betegség *cím*két. 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 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 gyötrellem 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 legenyhébb utalás a rákra ugyanazt a negatív metaforikus képet hordozhatja, mint a teljes egészében 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 szűrést 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 „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 visszahúzóadás; 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 jegyezne, hogy „az apácák nem kapják meg, de a prostituáltak igen”. Az ilyen kijelentések nemcsak felelőtlenek, de ártalmasak is, mivel morális fogyatékossggal 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 rendellenesség 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 preklínikai 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 betegségként 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 szűrőszálhasogatás, 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 betegségként élik meg a kockázatot*. A pozitív eredménnyel szűrt egyének halálos betegségnek 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.

3.4. 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 megérzett orvosi tekintély is. Ilyen esetekben „a feltételezett döntés-megbánás” azaz a „nem-

cselekvés” negatív következményeitől való félelem viszi el a szűrésre a meghívottat. Azért megy el az asszony 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.

3.5. A szűrővizsgálat előtti tájékoztatás

Ez is arra mutat, hogy *a meghívólevélnek többnek kell lennie egy egyszerű értesítésnél.* Fontos stratégiai szerepe van. Informálnia kell a meghívottakat a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról, röviden magyaráznia 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.

Figyelembe kell venni, hogy a meghívólevél nemcsak a szűrővizsgálaton való részvételt segítheti elő, hanem befolyással lehet – kedvezően, vagy kedvezőtlenül – a szűrés személyes megtapasztalásra is.

A meghívólevélben említést kell tenni a szűrővizsgálati módszer korlátairól is; arról, hogy nincs olyan – akár laboratóriumi, akár műszeres – vizsgálati módszer, amelynek érzékenysége 100%-os, azaz mentes lenne a diagnosztikus tévedések elkövetésének lehetőségétől. Figyelmeztetni kell a vizsgált személyt arra, hogy ha a két szűrővizsgálat közötti időben bármilyen tünete jelentkezne, forduljon orvoshoz akkor is, ha korábbi szűrővizsgálat negatív eredménnyel zárult.

3.6. A szűrővizsgálat folyamata és következményei

Nem meglepő az a megállapítás, hogy a kenetvétele súlyosan sérti az egyén intim szféráját.

A résztvevők sokszor kellemetlennek, fájdalmasnak tapasztalják meg a kenetvételt. Bár bizonyos fokú kellemetlenség, vagy fájdalomokozás elkerülhetetlen, kellő figyelmességgel jelentősen enyhíteni, így javítani lehetne a helyzeten. A fájdalom szubjektíven értékelt és megtapasztalt, és ami fáj egy bizonyos helyzetben, vagy lelkiállapotban, az nem biztos, hogy fáj egy másikban. Bizonyított például, hogy az aggodalom, izgalom szintje egyenes arányban befolyásolja a fájdalom értékelését. A megfelelő informáltság viszont csökkenti az aggodalmat és így a fájdalmat is. Egy „fájdalommentes” kontextus megteremtése ezért mindenképpen szerves része a szűrés társadalmi elfogadhatósága elérésének.

Várakozás: bizonytalansági periódusok

A szűrési folyamatnak másik sajátos eleme a *bizonytalansági periódusok*. Ilyenek a várakozási periódusok a meghívás és a vizsgálat ideje között, várakozás vizsgálat eredményére, a megismételt vizsgálat idejére (ha valamely okból ez elkerülhetetlen), a tisztázó, diagnosztikai vizsgálatok idejére, ha a szűrővizsgálat bizonytalan, „határeset” vagy pozitív volta ezt indokolja, majd várakozás a diagnózisra, s ha indokolt, a kezelés megkezdésére. Bizonytalansággal járó várakozási periódusok folyamán egy nagyon „veszélyes” életélménnyel kell a szűrésre meghívott, mindaddig egészségessége tudatában élő személynek megbirkózni, betegségeként megélve,

aggodalommal megtapasztalva a rák, az életveszély lehetőségét. A negatívan szűrt résztvevők csak kevés helyen kapnak *értesítést a negatív eredményről*, nekik a bizonytalansági periódus csak akkor szűnik meg, ha saját maguk lépnek kapcsolatba orvosukkal. Ha a teszt technikailag nem megfelelő, az eredmény pozitív, vagy nem egyértelmű, ismételt vizsgálatra, újabb bizonytalansági periódusra kerül sor. Tekintetbe véve a rák képét a köztudatban, nem meglepő, hogy a bizonytalanságban várakozás, szorongást, félelmet vált ki az asszonyokból, amelyek negatív hatása egy életre elkísérheti az egyént.

3.7. A szűrés utáni tájékoztatás

A negatív eredményt is közölni kell, hiszen a szűrővizsgálat egyik célja a megnyugtatás. A negatív eredmény jó híre felszabadítja a nőt a szorongásból, és visszaadja nyugalomát. El kell mondani azt is, hogy a szűrővizsgálat kizárta a rákmegelőző állapotot, vagy a rák valószínűségét, mégis ajánlatos háromévenként megismételni a vizsgálatot. Arra is fel kell hívni a nő figyelmét, ha bármi panasza lenne, ajánlatos orvoshoz fordulni.

Ha a vizsgálat nem negatív eredmény, késedelem nélkül szakorvoshoz kell juttatni a nőt. Ugyanakkor el kell mondani azt is, hogy a nem negatív szűrővizsgálati eredmény nem jelenti azt, hogy rákja van, az eredmény tisztázása érdekében forduljon szakorvoshoz. Az egyértelműen pozitív eredmény sem bizonyítja, hanem csak valószínűsíti a „bajt”, ezért az feltétlenül tisztázásra szorul.

A védőnőnek fel kell készülnie arra, hogy pozitív eredménnyel szakorvoshoz utaltak kérdések özönét zúdítják rá. „Mi bajom?”, „Miért van ez a bajom?”, „Hogyan gyógyulhatok meg belőle?” Az ilyen beszélgetéseknél figyelembe kell vennie az egyén fokozottan szorongó lelkiállapotát, és fel kell mérnie, hogy a nő milyen mértékben tájékozott saját állapotáról. Kellő tapintattal, de őszintén kell beszélnie. Erre vonatkozóan a kommunikációról szóló fejezet nyújt szakszerű útmutatást.

Mellékletek

1. számú melléklet

A méhnyakrák (C53) a nők daganatos halálainak sorrendjében Magyarország, KSH. 2011.

1. tüdőrák
2. vastagbélrák
3. emlőrák
4. vérképző rendszer daganatai
5. hasnyálmirigyrák
6. gyomorrák
7. méhtestrák
8. méhnyakrák
9. petefészekrák

2. számú melléklet

Szűrővizsgálatok:

lehetséges haszon és okozható kár a vizsgált személy számára

- Javítja a gyógyulás esélyeit, csökkenti a halálozást
- Kevésbé radikális gyógymódot lehet alkalmazni
- A negatív eredménnyel járó szűrővizsgálat megnyugtatja a vizsgált személyt
- Ha nem javítja a prognózist, meghosszabbítja a betegség tudatában töltött időt
- Határesetekben „túldiagnosztizálást” és túlkezelést eredményezhet
- Nemkívánatos lélektani mellékhatásai lehetnek

3. számú melléklet:

Európai Rákellenes Tízparancsolat (European Code against Cancer)

1. Ne dohányozz!
2. Alkoholos italokat, bort és sört is, csak mértékkel fogyassz!
3. Óvakodj a túlzott napozástól!
4. Tartsd be a munkahelyeken a munkavédelmi előírásokat!
5. Egyél sok friss gyümölcsöt, zöldségfélét és rostban gazdag ételeket!
6. Óvakodj az elhízástól. Kerüld a zsíros ételeket!
7. Fordulj orvoshoz, ha valahol csomót tapintasz, ha észreveszed, hogy régi anyajegyed „megmozdult”, vagy rendellenes vérzésed támad!
8. Fordulj orvoshoz, ha bármilyen elhúzódó problémát észlelész, mint amilyen a hosszantartó köhögés, vagy rekedtség, bélműködési szokásaid megváltozása, vagy váratlan súlyvesztés!
9. Rendszeresen járj méhnyakszűrésre! Fogadd el a háromévenkénti meghívást!
10. Ellenőrizd rendszeresen az emlőidet, és 45 év után fogadd el a felajánlott mammográfiás szűrővizsgálatot!

Commission of European Union

„Europe against Cancer” Programme

Ábrajegyzék

1. sz. ábra. A lakosság átszűrtségének és a méhnyakrák előfordulásának összefüggése (Nagy-Britannia).....	2. oldal
2. sz. ábra. A méhnyak rosszindulatú daganatai standardizált incidenciája az Európai Unió tagállamaiban (2006)	5. oldal
3. sz. ábra. A méhnyak rosszindulatú daganatai incidenciájának alakulása (2003-2015).....	6. oldal
4. sz. ábra. A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás standardizált arányszáma az Európai Unió tagállamaiban (2006).....	7. oldal
5. sz. ábra. A 15-64 éves női lakosság méhnyakrákból eredő halálozási mutatói 2010-2014 között megyei szinten ...	8. oldal
6. sz. ábra. A méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás alakulása a 25-64 évesek körében (1990-2016)	9. oldal
7.sz. ábra. A méhnyakrák új eseteinek és haláleseteinek a száma Magyarországon 2001-2015 között.....	9. oldal
8. sz. ábra. A daganatok kialakulásának folyamatmodellje.....	11. oldal
9. sz. ábra. A méhnyak hámjának két típusa és a kétféle hám átmenete.....	20. oldal
10. sz. ábra. A hámeltávolítás folyamata a rák kialakulásában.....	21. oldal

Táblázatjegyzék

1. sz. táblázat. A főbb daganatos megbetegedésekből eredő halálozások alakulása nők körében Magyarországon	7. oldal
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Irodalom

1. Döbrössy L. A daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2013.
2. Stewart, B. and Wild, C.P. (eds): World Cancer Report 2014. IARC. Lyon. 2014.
3. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Cornides Á. Nőgyógyászati rákszűrés, vagy méhnyakszűrés? Klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése. Orv. Hetil. 153(33): 1301-1313. 2012.
4. 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):935-41.
5. 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.
6. European Commission: Cancer screening in the European Union (2017) Report on the implementation of the council recommendation on cancer screening. IARC Lyon, France, 2017
7. 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.

4. NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK A PROGRAMHOZ

4.1. Méhnyakszűrés helyzete Magyarországon nemzetközi összehasonlításban

A cervix carcinoma a második leggyakoribb és a második legtöbb halált okozó rosszindulatú betegség a 45 év alatti női lakosságban. (1) Hazánkban a méhnyak szűrés 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 (2) – 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 (3). 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 (4).

A magyarországi méhnyakrák morbiditási és mortalitási adatok, lakosság számra vetítve, még így is másfélszer-, kétszer magasabbak a fejlett államok adataihoz képest.

Kitörést 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 (2) 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 év és a 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. A szervezett méhnyakszűrés részére nem elérhető méhnyakrákos betegek száma csökkenhető az online országos informatikai rendszer fejlesztésével és a nőgyógyászati rákszűrés továbbfejlesztésével. A szakmai szabályok szerint a nemi életet élő nők esetén nőgyógyászati vizsgálat részét képezi az onkocitológiai kenetvétel a méhnyakról. A szervezett méhnyakszűrés megindításáig ez jelentette az egyetlen méhnyakszűrést.

Védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés kontra nőgyógyászati rákszűrés

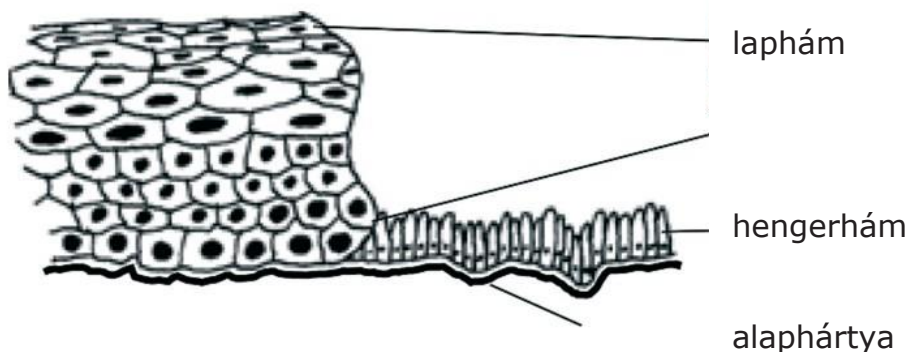
A nőgyógyászati rákszűrés során az orvos a méhnyak citológiai kenetvételén kívül a méhnyak hámjának kolposzkópos vizsgálatát is elvégzi. A jellegzetes éfelszíni elváltozások ecetsav próbával, kolposzkópos ellenőrzés mellett „előhívhatók” a méhszájról, mely gyakorlott vizsgáló részére, figyelemfelhívók, vagy citológiai elváltozást (atípiát)

alátámasztók. A nőgyógyászati vizsgálat során a méhszájon túl, ellenőrzésre kerülnek a szeméremtest, hüvely, 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 fő halálozás.

4.2. 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 – ez nem része a védőnői szűrésnek így - itt nem tárgyaljuk.

A rák kialakulásának helye a laphám és mirigyhám találkozási pontja, latinul squamo-columnaris junctio. (variációk leírása anatómiánál a méhszáj részben) (1. ábra)



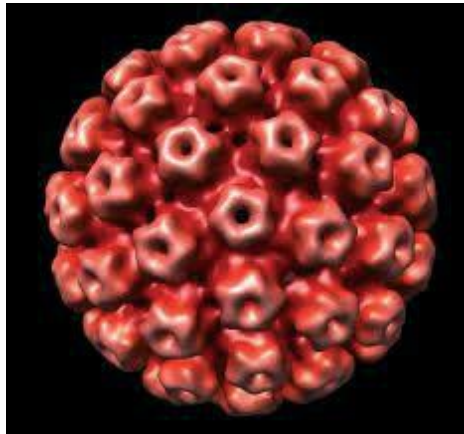
1. sz. ábra Squamo-collumnáris junctio, bazálmembrán

Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHQ 2006., 31 oldal: Sellors JV, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon, Francé, IARC Press, 2002.

Laphám-mirigyhám vetélkedése kóros sejtsztódást 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 sejthalál) 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.

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 disease (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 (5).



2. sz. ábra Humán papilloma vírus

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

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 (2. 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 méhnyak nyákba juttatja, melynek eredményeképpen szexuális úton a vírusfertőzés továbbadható. A HPV vírussal fertőzött sejt jellegzetes citológiai elváltozást mutat, melyet koilocytosisnak neveznek (6).

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 (7). 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 rák megelőző állapotot. 30 éves kor alatti, szexuálisan aktív nők a magas rizikójú típusokkal 25%-ban fertőzöttek, mégis náluk a méhnyakrák előfordulása igen alacsony (8).

A carcinogenesisben az első figyelem felhívó 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 rák megelőző állapot kialakulásának megítélésében nem ad értékelhető információt.

A HPV a sejtekbe jutva koilocytosist okoz, melyet a sejtek atípusossá válása követ. Kenetvétele 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 (9, 10).

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: 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 sejtthártyán 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 sejtté, majd daganatos sejtté 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 rák megelőző állapot (praecancerosis)

A rák megelőző 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 értelmezése:

Első rész: 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 gyulladással 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 hámváltozások 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 hámváltozások 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*. Előzőre jellemző, hogy a kenetben lévő sejtek nem tekinthetők onkológiai szempontból negatívnak, bár rákos elfajulás nem várható.

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

Enyhe fokú sejt elváltozást low grade squamous intraepithelialis lesionak (L-SIL) nevezzük, mely esetén szoros citológiai és HPV tipizálásos követés ajánlott. A súlyos fokú sejt elváltozás a high grade squamous 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 hámváltozás.

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 citologiai lapon, de ma ennek kitöltése inkább zavaró, így nem használjuk.

A védőnő teendői négyes megosztásban vannak jelölve.

1, Negatív jelentése, hogy szűrés 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, míg korlátozott értékű vagy egyéb technikai hiba miatt nem értékelhető citologia ismétlése indokolt.

A Védőnői népegészségügycélú méhnyakszűrés során alkalmazott felosztás

Cél a minél egyszerűbb, logikus, áttekinthető rendszer alkalmazása, mely a páciens sorsát meghatározza. El kell dönteni, tovább kell-e küldeni vagy nem, illetve mikor javasolt a kontroll citológia, meg lehet-e várni a 3 évet.

A lelet nem értékelhető, ismétlés javasolt. Eredmény birtokában ismételt kenetlevétel szükséges, mely történhet védőnő által, de szülész-nőgyógyász szakorvoshoz is küldheti.

Technikailag nem értékelhető kenet: idetartoznak a következő fogalmak:

- Nincs elegendő értékelhető sejtes elem a keneten, amelynek oka lehet a túl óvatos mintavétel.
- Az endocervicalis sejtek hiányoznak, amelynek oka a nem megfelelő mintavétel.
- Túl véres lett a kenet, amelynek oka lehet a menstruáció alatt vett minta, vagy a méhnyakon zajló elváltozás. Minden esetben ismételt mintavétel javasolt, amelynek időpontja a lehetséges legkorábbi legyen. Amennyiben a véres kenet oka a méhszájon zajló folyamat, akkor az ismételt mintavétel nőgyógyászati feladat.

A lelet eredménye negatív, 3 év múlva kontrollszűrésre visszavárjuk. A kenet értékelhető – korlátozás nincs –, hámelváltozás nincs, HPV infekció nincs. A gyulladásos vagy egyéb megjegyzés nem szerepel.

Teendő: Tájékoztatás a negatív eredményről, felhívni a nő figyelmét arra, hogy 3 év múlva újabb szűrés javasolt - ha akkor még nem lesz 65 éves kor felett.

Egyéb elváltozás, gyulladás, korlátozottan értékelhető.

Teendő: nőgyógyászati kontroll vizsgálat indokolt. Értékelhetőségben korlátozás van feltüntetve – „korlátozottan értékelhető” megnevezéssel –, egyébként a lelet ugyanaz, mint az 1. pontban. Javasolt: a Bethesda-értékelés „javaslat” mezőben szereplő kontroll időpontjában nőgyógyászati szakrendelésre küldés – leggyakrabban 3 és 6 hónap szerepel.

Suspect (gyanús) hámelváltozás szerepel a leletben – bármelyik sorban „X”. Teendő: nőgyógyászhoz irányítani, felhívni a figyelmet a szakorvosi vizsgálat szükségességére. Fontos tudni, hogy a legtöbb esetben ismételt citológia történik, mely levételének időpontja ne legyen rövidebb, mint az előző citológia után 3 hónap. A korábban levett citológia gyakran fals negatív, vagy kisebb elváltozást mutat.

4.3. Méhnyakrák tünetei

A védőnő gyakran találkozik panasszal jelentkező pácienssel. Érdemes ismerni a méhnyakrákra utaló tüneteket. A

méhnyakrák alattomos rákok közé tartozik, mert panaszt korai stádiumban nem okoz. Az első tünet – ez már késői tünet – a kontaktvérzés (a méhszáj mechanikus érintése, nyomása esetén kialakuló vérzést jelent). Ilyen vérzés előfordul, hogy csak több centiméteres tumor esetén észlelhető, mely megfelel I/B vagy előrehaladottabb stádiumú méhnyakrákos állapotnak. Ilyenkor a daganat már gyakran a vér és nyirok útján a méh körüli szövetekbe is terjed. Kezelésében a kiterjesztett nőgyógyászati műtét és sugárkezelés segíthet.

Sajnos, szűrés nélkül a méhnyakrákos nők egy része még később veszi észre a daganatot. Előfordul, hogy a folyamat már a medencefalat is eléri, vagy betör a húgyhólyagba, végbélbe. Ezek a legalább III. stádiumú esetek. Kezelésében a sugár vagy sugár és kemoterápia jön szóba. Minél előrehaladottabb stádiumban derül ki a méhnyakrák, annál rosszabb a kezelés hatékonysága, a teljes gyógyulás esélye, és rövidebb élettartam várható. Megjegyzendő, hogy a praecancerosisban kezelt betegek 100%-ban meggyógyulnak.

TNM és 2009-es FIGO méhnyak stádium beosztása

TNM	FIGO	
TX		Elsődleges daganat nem igazolható
T0		Nincs bizonyítható elsődleges daganat
Tis	0	Carcinoma in situ
T1a	IA	Invaszív daganat csak mikroszkopikusan látható Az infiltráció mélysége legfeljebb 5 mm, és nem szélesebb, mint 7 mm
T1a1	IA1	Stroma infiltráció nem mélyebb, mint 3 mm és nem szélesebb, mint 7 mm
T1a2	IA2	Stroma infiltráció 3 mm és 5 mm között van és nem szélesebb, mint 7 mm
T1b	IB	Klinikai vizsgálattal látható daganat Az elváltozás a méhnyakra korlátozódik, az elváltozás nagyobb, mint IA
T1b1	IB1	Tumor átmérője 4 cm-nél nem nagyobb
T1b2	IB2	Daganat átmérője 4 cm-nél nagyobb (Bulky Daganat)
T2a	IIA	Daganat a hüvely felső 2/3-át beszűri
T2b	IIB	Daganat a parametriumot részlegesen beszűri
T3a	IIIA	Daganat a hüvely alsó 1/3-át beszűri
T3b	IIIB	Daganat a parametriumot a medencefalig beszűri (lezárt vese, néma vese)
T4a	IVA	Daganat a húgyhólyag, és / vagy a végbél nyálkahártyát beszűri
T4b	IVB	Távoli áttét igazolható A nyirokrendszer, és / vagy ér érintettség nem módosítja a stádiumot!

1. táblázat: Méhnyakrák TNM és FIGO beosztása

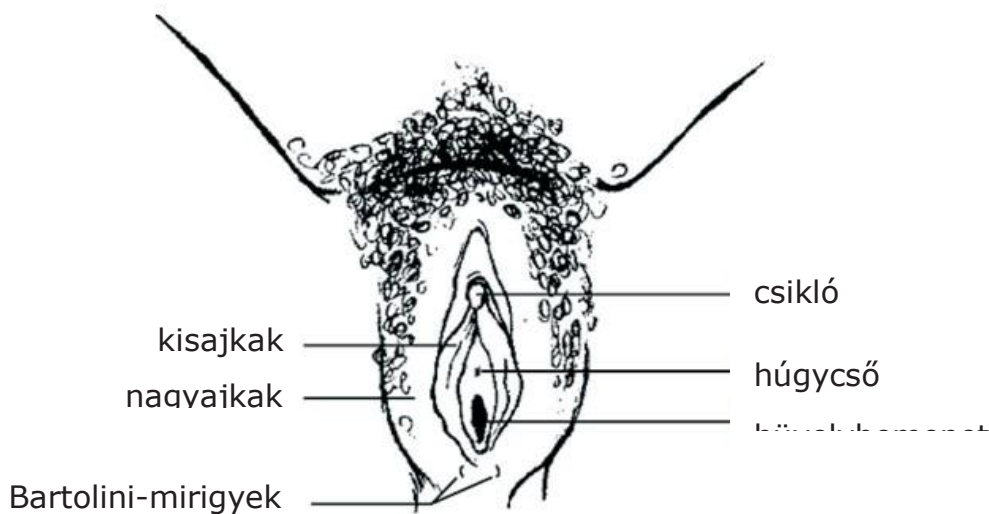
Ismerete azért javasolt, mert meggyőződhetünk egy-egy betegünk állapotáról, a rák kiterjedéséről.

4.4. Anatómiai ismeretek a méhnyak feltáráshoz

A szűrést végző védőnő részére elengedhetetlen a méhszáj feltárása, annak látótérbe hozása, rögzítése, hogy a megfelelő kenetvételi eszközzel a lesodorható sejteket eltávolítsa és tárgylemezre kenje. A védőnők hüvelyi vizsgálatot, feltárást eddig nem végeztek. Vannak közöttük, akik tanulmányuk óta ilyen feladattal nem találkoztak. Ahhoz, hogy ezt a beavatkozást könnyen, rutinszerűen elvégezzék, szükség van az anatómiai ismereteik felfrissítésére, illetve az itt elhelyezkedő szervek rendellenességeinek megismerésére.

4.4.1. Külső nemi szervek

Az egészséges női külső nemi szervek anatómiája látható a 3. ábrán. A külső női nemi szervnek nevezzük: a nagy- és a kisajkakat, a csiklót (clitoris), a húgycsőnyílást (urethra) és a hüvelybemenetet. A latinul vulvának nevezett külső nemi szervek és a végbélnyílás közötti területet gátnak (perineum) nevezik. A Bartholini-mirigyek a hüvelybemenet két oldalán helyezkednek el – normális esetben nem láthatók. Előfordul, cystás átalakulása, ilyenkor az egyik oldalon galambtojás nagyságtól akár lúdtojásnyi nagyságú gumilabdaszerűen feszülő képletet tapintunk. Előfordulhat a mirigyek cisztás, gyulladásos elváltozása, amikor a hüvelybemenet valamely oldalán duzzadt terület észlelünk, mely érintésre fájdalmas is lehet. Ekkor ne végezzünk feltárást, irányítsuk a páciens nőgyógyászati szakvizsgálatra.



3. sz. ábra Külső nemi szervek, hüvely bemenet (introitus)

Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006, 28. oldal

4.4.2. Hüvelybemenet

A külső és belső nemi szervek határa a hüvelybemenet, a hymenalis gyűrű vagy annak maradványa. Megtekintése minden esetben indokolt. Előfordulhat, hogy a páciens még nem élt nemi életet, így feltárással sérülést okozhatunk. Helyes eljárás: tájékozódunk, él(t)-e nemi életet, szült-e, tud-e valamilyen elváltozásról mely a hüvelyt és méhet érinti (pl.: hólyagsérv, végbélsérv, méhsüllyedés, fejlődési rendellenesség, myoma, hátrahajló méh stb.), majd bal kéz hüvelyk és középső ujjával a nagyajkakat széthúzzuk (bal kezesek jobb kézzel), megtekintjük a hüvelybemenetet (introitus). Megíthető a hüvelybemenet tágassága, a hymenális gyűrű vagy annak maradványa. Normális anatómiai viszonyokat a 4. ábra mutatja.

Eltérés – kóros állapot: az introitus alján főleg a páciens jobb oldalán hegesedett repedés látszik a korábbi gátmetszés helye - feltárást nem zavarja. Idősebb nőknél gyakori a hólyag vagy végbél sérv (cysto-rectocele) előfordulása. Észlelése: introitus megtekintésekor a mellső vagy hátsó hüvelyfal bedomborodik és elfoglalja a hüvely bemenetet. Ha a páciens haspréslésre szólítjuk fel, a képlet elődomborodása fokozódik. Feltárásnál nem jelent gondot, értelemszerűen a képletet megkerüljük. Lehetőleg szélesebb feltárót használunk. Méhsüllyedés esetén a méhszáj is megjelenhet a bemenetben, ez csak könnyebbé teszi a feltárást.

4.4.3. Hüvely (vagina)

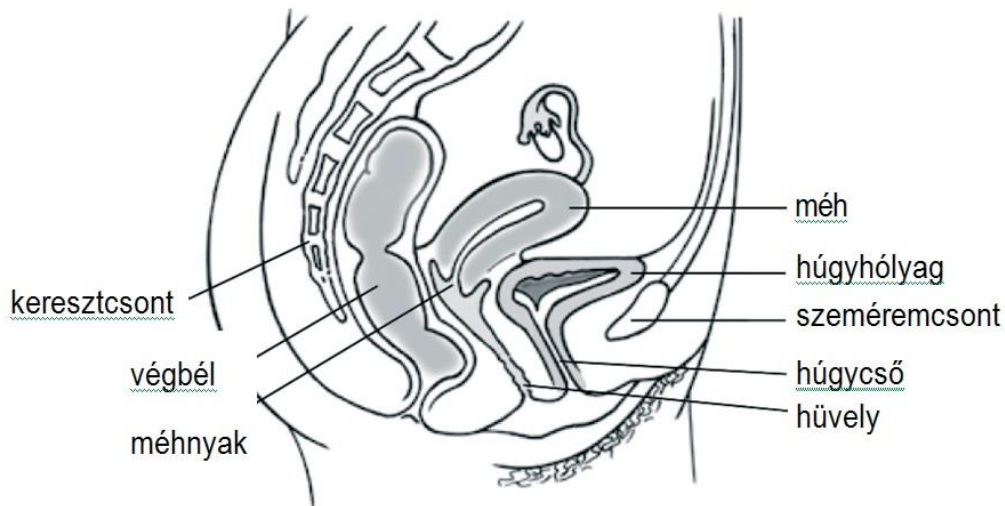
A hüvely rugalmas szerv, feltárást zavaró eltérése ritka. Síkjá a hasfalhoz képest 60 fokkal hátrafelé halad. Fejlődési rendellenessége előfordulhat, azonban ennek felismerése nem védőnői feladat.

4.4.4. Méh

A 25-65 év közötti nők méhének átlagos hossza 4 cm-től akár 10 cm-ig is terjedhet. Helyzetét tekintve a leggyakoribb az előre hajló és dőlő méh (4. ábra). Ez azt jelenti, hogy a hüvely belső végénél – a fornixban – helyezkedik el a méhszáj (portio), mely a hüvely tengelyére merőlegesen előlről található. A hátra hajló és dőlő méh esetén a portio a hüvely tengelyével tompaszöget zár be és a fornixba hátulról csatlakozik – ez fontos lesz a feltárási kivitelezésében. Portio helyzetét a méh süllyedése, megnagyobbodása, összenövésai befolyásolják.

A méh és környezetének vizsgálata nem része a védőnői méhnyakszűrésnek, de a sikeres portio feltárási érdekében válogatott esetben érdemes a méh nagyságáról és helyzetéről szóban tájékozódni.

Megjegyzés: a méhszáj megtekintése során a rákos folyamat felismerhető. A rákos elváltozásra jellemző a vérzékeny felszín, a méhszájnyílás mellett kialakult krátterszerű bemélyedés széli felrakódással, vagy szerkezet nélküli karfiolszerű kiemelkedés, mely a boltozatra is ráterjedhet. A rák gyanú felvetése a látott kép alapján néha nehéz, így a legkisebb bizonytalanság esetén a szűrésen részvevő nőt szükséges nőgyógyászhoz irányítani.



4. sz. ábra A méhnyak normál, anatómiai helyzete, a hüvely és a méhszáj tengelyének szemléltetése

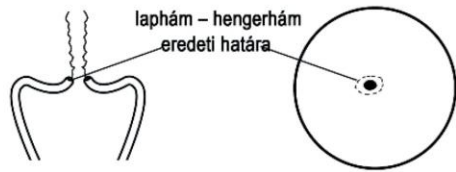
Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006., 29. oldal

4.4.5. Méhszáj fejlődése, hámborítása

A méhnyakrák fejlődésmenetének ismerete befolyással van a szűrési stratégiára, azaz a szűrővizsgálatok kivitelezését meghatározó ajánlásokra. Tekintetbe kell venni ugyanis, hogy a rákmegelőző állapotok kialakulásához hosszú időre van szükség, és ez alatt az időszak alatt a betegség panasz- és tünetmentes. A rákmegelőző állapotok méhnyakról vett sejtkennettel kimutathatók.

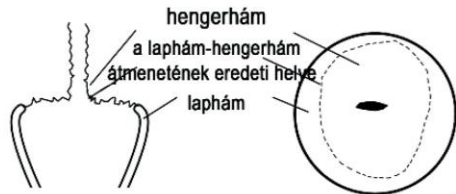
A méhnyak két eltérő hám találkozási pontja. A hüvely falát borító többrétegű el nem szarusodó laphám és a méh nyakcsatornáját bélelő egyrétegű hengerhám együttesen alkotják a méhnyak hámját. A laphám–hengerhám találkozási pontját hívjuk squamocollumnáris junctionnak (5. ábra a. pontja). Ez a demarkációs vonal az életkor előrehaladtával a méhnyak

hüvelyi felszínéről a nyakcsatornába „vándorol”.



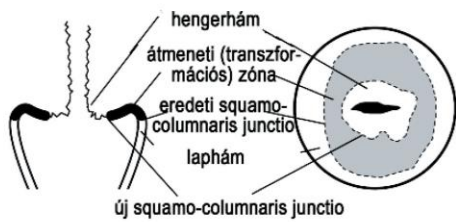
a. Születéstől a serdülőkorig

A laphám és hengerhám eredeti átmenete (squamocolumnaris junctio) eredetileg a külső méhszájban, vagy annak közelében található.



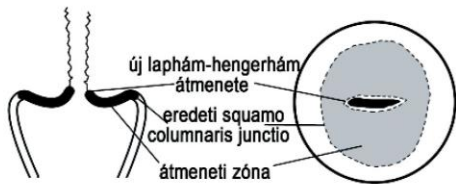
b. Az első menstruációtól a korai reprodukív korig

Amikor a pubertás-korban a petefészek megkezdzi az ösztrogén-termelést, a méhnyak megnövekedik, a nyakcsatorna hengerhámja és az eredeti laphám-hengerhám átmenet a nyakcsatorna külső felszínén válik láthatóvá.



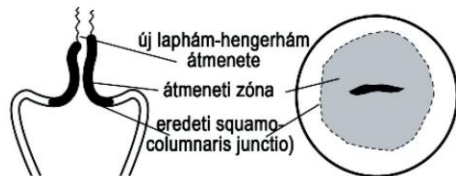
c. 30-as éveiben járó nő

Az ösztrogén hatására normális érési folyamat: laphám-metaplázia megy végbe, így mind az eredeti, mind az új laphám-hengerhám átmenet láthatóvá válik.



d. A menopauza körüli időszakban

A menopauza körüli korban az ösztrogénhatás csökken, a méhnyak zsugorodik, így a laphám és az átmeneti zóna a méhszáj külső felszínéről a nyakcsatornába húzódik vissza.



e. A menopauza utáni időszakban

A menopauza utáni korban az ösztrogén hatás megszűnik, az eredeti átmeneti zóna még látható, de az új átmeneti zóna és a metaplasztikus hám visszahúzódik a nyakcsatornába.

5. sz. ábra A méhszáj felszíni elváltozásai életszakaszoknak megfelelően

Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006., 34. oldal: Sellors JW, Sankarana-rayanan

R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manuál. Lyon, Francé, IARC Press, 2002

Fiatal felnőtt korban a squamocollumnáris junctio a méhszáj hüvelyi felőli felszínén a méhszájnyílástól távol található, azaz a méhszáj (portio) felszínét hengerhám (mirigyhám) borítja be, míg a portio széli részét laphám. Életkor előrehaladtával a hengerhám-laphám találkozás a méhszájnyílás felé közelít, a laphám „rákúszik” a hengerhámra, ezzel új squamocollumnáris vonalat hozva létre (5. ábra). A régi és az új squamocollumnáris vonal között elhelyezkedő területet nevezzük átmeneti zónának. Ez azt jelenti, hogy a laphám és hengerhám „vetélkedése” széles sávban lesz látható, így a hámsejtek kóros átalakulásnak esélye növekszik. A citológiai kenetvétel célja, ezen területről a sejtek lesodrása, eltávolítása (exfoliatív citológia). Az átmeneti zóna kolposzkóppal jól vizsgálható – a tankönyv anyaga nem tárgyalja.

Menopauza előtti időre az átmeneti zóna akár a portio nyílásba – külső méhszájba – is kerülhet, menopauza után a

nyakcsatornába kerül. Jelentősége: széles átmeneti zónánál a sejtkenet mintavétel egyszerűbb, mert könnyen látótérbe hozható a hüvelyi feltárás során. Idősebb életkorban, amikor az átmeneti zóna a nyakcsatornában helyezkedik el, a sejtkenet mintavétel nehezebb, mert az átmeneti zóna nem látható. Ezekben az esetekben törekedni kell, hogy a mintavétel elsősorban a nyakcsatornából történjen.

4.5. A méhnyak sejtkenetvétele menete

A védőnői méhnyakszűrés célja; a hüvelyi feltárásból, a méhnyak felszínéről és nyakcsatornából, a laphám-hengerhám találkozás helyéről citológiai kenetvétele, exfoliatív citológiai vizsgálat céljára. A kenetvétele egyszerű művelet, amely a vizsgálat eredményessége szempontjából döntően fontos. Az értékelhetőséget a megfelelő helyről, megfelelő eszközzel és technikával vett kenet biztosítja. Minthogy a legtöbb méhnyakrák a méhnyak átmeneti zónájában, a laphám és hengerhám találkozásának helyén alakul ki, fontos követelmény, hogy a nyakcsatorna átmeneti zónájának a sejtjei a kenetben képviselve legyenek. A citológiai vizsgálat céljára vett sejt minta értékelhetőségének a feltétele az, hogy a kenetben ép, normális nyáktermelést mutató nyakcsatorna mirigyhámsejtek, sejtcsoportok is láthatók legyenek. Ha ilyen sejtek nem találhatók, a kenetet a citológus nem minősítheti. A jó minőségű kenet sejtekben gazdag, laphámból és hengerhámból származó sejteket is tartalmaz. A sejtösszetétel reprezentálja a hám állapotát a kenetvétele helyén. A sejtek megtartott szerkezetűek, mert a bomlás (citólízis, vagy autólízis) nem károsítja azokat.

4.5.1. Kenetvevő eszközök és eljárások

A helyesen megválasztott kenetvevő eszköz, valamint annak megfelelő használata döntő hatással bír a kenet minőségére és értékelhetőségére. A meghonosodott anyagvételi eljárások többsége enyhe mechanikus behatást alkalmaz, mert a tapasztalat szerint a hámfelszínről frissen levált, vagy leválasztott sejtek jobb minőségűek, részletgazdagabbak, vizsgálatra alkalmasabbak a „spontán levált”, esetleg a hüvelyboltozatban összegyűlt, pangott sejtanyagnál. A modern – hozzáférhető – anyagvételi eszközök valamelyikének használata – a piactörvény által szabályozott ára ellenére is – kívánatosabb és kifizetődőbb. A vattatamponos eljárás semmilyen körülmény között nem fogadható el. Ezért használata tilos! Csak kenetvételere kifejlesztett eszközös anyagvétele fogadható el.

Cervix-brush - védőnői szűrés ezt alkalmazza – leggyakrabban és általánosan használt eszköz, mely „tulipán” alakú műanyag seprűre hasonlít – két szélén rövidebb, közepén hosszabb szálakat tartalmaz. A szálakon műanyag visszafelé álló sörték vannak. Szerepe a felszínről minél nagyobb számú sejt eltávolítása. Az alakja alapján jól használható a portión látható átmeneti zóna esetén. A középső, hosszabb szálak a nyakcsatornába jutva a hengerhám sejteket is eltávolítják. Hasonlóan jól használható a *Szalai-spatula*, mely készülhet műanyagból és fából. A fa spatulát előtte fiziológiás sóba kell mártani, hogy a ledörzsölt sejtek a tárgylemezre átkerüljenek. Szalai-spatulából számtalan forma van forgalomba, mely sorozatból kiválasztható a méhszájhoz a legmegfelelőbb eszköz.

A *cyto-brush* leginkább üvegmosó keféhez hasonlít, a nyakcsatornából lehet sejteket gyűjteni. Abban az esetben alkalmazzuk, ha a portión nem látható az átmeneti zóna.

4.5.2. Feltárás

A hüvelyi feltárás a nő intim zónájába hatolás, mely bizalmi légkört igényel. A nők nagy része kevésbé szégyenlős azonos nemű vizsgáló előtt, de ennek az ellenkezője is igaz. A vizsgálat előtt szükséges tájékoztatni a szűrendő nőt, hogy mi fog történni, mire számítson, illetve feltétlenül megjegyzendő, hogy nem nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat fog történni,

hanem egy védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés keretén belüli védőnői hüvelyi feltárás és kenetvétel a méhszájról. Jogilag a hüvelyi feltáráshoz írásos beleegyezés nem szükséges, elég a személy „ráutaló magatartása”, azaz levetkőzik, önszántából felfekszik a vizsgáló asztalra. Ha az egyén ezt nem teszi, erőltetni nem lehet, törvényellenes. Hozzunk létre olyan légkört, melyben a szemérem érzete, emberi méltósága nem csorbul. Legyen eltakart helyen a vetkőzőfülke, az ajtó legyen zárva, „átmenő forgalom”, benyitás, kukucsálásnak még lehetősége se maradjon. Ablakon keresztül belátni ne lehessen.

A vizsgáló asztal legyen tiszta, lehetőleg egyszer használatos papírlepedővel letakarva - vizsgálatonként cserélve - illetve a fertőtlenítő szerrel, az asztal felülete fertőtlenítve. Kenetvételt a vizsgáló részére legoptimálisabb helyzetben kell elvégezni: asztal magasság, dőlés, világítás (természetes fény) figyelembevételével. A páciens kőmetsző helyzetbe hozzuk, lábát lábtartóba vagy kengyelbe helyezzük. Fektetésnél érdemes a vizsgálandó nőt lecsúsztatni a vizsgáló asztalon úgy, hogy a keresztcsontján támaszkodjon, farpofák lógjanak. A feltárást segíti, ha 20-30 fokkal a keresztcsont alatti asztal részt megemeljük. Az asztalok egy részében van ilyen funkció, ha nincs, kemény párnát lehet alkalmazni. Az előre hajló és dőlő méh esetén – ilyen a legtöbb nő – szólítsuk fel, hogy felfelé „billentse meg” a medencéjét. A feltárást továbbiakban anatómia helyzet szerint végezzük el. Először javasolt tájékozódni; élt-e már nemi életet, szült-e már, volt-e már nőgyógyászati vizsgálata. Majd feltárjuk az introitust, kiválasztjuk a megfelelő szélességű feltáró eszközt (egyszer használatos műanyag Cusco-tükör), jobb kézbe (balkezesek balba) fogva sikamlóssá tesszük testmeleg fertőtlenítő oldattal – meleg víz is megteszi. Az eszközt 90 fokkal elfordítva a gát felé nyomva (lefelé), beillesztjük a hüvelymenetbe, 1-2 cm magasságban befelé toljuk, majd a hüvely hossz tengelyébe állítva a hüvely kb.: 1/3-ig behatolunk. Ez után 90 fokkal visszafordítjuk ügyelve, hogy a kisajak és egyéb szövet ne csípődjön be. A szárát 2-3 cm-re kinyitjuk, majd óvatos be-ki felé mozzgatással a portiot megkeressük, látótérbe hozzuk. Ügyelünk, hogy a Cusco-tükör alsó és felső szára a portio mögé, a hüvely fornixába kerüljön. Az eszköz száraival rögzítjük a portiót, hogy elvégezhessük a kenetvételt.

4.5.3. Kenetvétel technikája

Kenetvétel előtt megtekintjük a portio felszínét. Javaslat: a feltárás után a feltáró lapoc mellső és hátsó szárával a portiót rögzítjük. Érdemes vatta tamponnal óvatosan a méhnyaknyakot eltávolítani (körkörös mozdulatokkal, de nem dörzsölve), hogy a portiót tisztán ítélhessük meg. Megtekintjük az átmeneti zónát, és a citológiai mintavételi eszközt óra járásának megfelelően, 3 óránál elkezdve körbe forgatom, és 3 óránál befejezem. Értelme, hogy ha vérzés alakul ki, a vér a graviáció miatt a portion 3 óra irányba folyik, és nem festi meg a kenetvevő eszközt.

4.5.4. Kenet kikenése

Érdemes előre előkészíteni és kikészíteni minden szükséges eszközt a mintavétel előtt. Legyen minden egy kézzel elérhető távolságban. A cytopathológusok a jól kikent kenetről tudnak értékelhető véleményt adni. A cervix-brush kikenése: az eszközt ráfektetem a tárgylemez egyik végére, hosszanti irányban elhúzom, majd megfordítva az eszköz másik oldaláról is csíkot húzok (6. ábra). Ügyeljünk arra, hogy az eszköz közepe mindig a tárgylemez közép vonalában mozogjon. Így biztosítva van, hogy a nyakcsatornából levett sejtek a tárgylemez hosszanti középvonalán helyezkednek el, míg a nyakcsatornától távoli részről vett sejtek a tárgylemez hosszanti két szélén találhatóak. Fontos, hogy a tárgylemez ne legyen véres, a kenet ne legyen vastag, gyulladásszerű, nyákos váladékot ne tartalmazzon.



6. ábra Kenetvevő eszköz kikenési technikája a tárgylemezre (saját készítés).

Kenetvételel kizáró – zavaró körülmények

Menstruáció alatt kenetvételel nem végzünk, mert a zavaró vér és egyéb sejtek elfedik a portio hámat, így a kenet korlátozottan vagy egyáltalán nem értékelhető.

Szülés után, szoptatási időszakban – szűrés irányultságú – kenetvételel nem végzünk, mert a sejtek csupaszok lesznek, nehezen értékelhetők, több lesz az „álpozitív” eset. Javasolt a szoptatás utáni időszakra tenni a mintavételt, azonban évekig fennálló szoptatás esetén a 3 évenkénti szűrés indokolt.

Korábbi teljes méheltávolítás után nincs méhszáj, így szűrést sem végzünk, kivéve, ha műtét onkológiai eredet miatt történt – nem védőnői feladat. Ekkor azonban a beteget javasolt nőgyógyászhoz irányítani. Fontos felhívni a figyelmet, hogy az országban egyre több helyen végeznek Chrobak szerinti hysterectomiát vagy laparoscopos supra cervicalis hysterectomiát. Ez azt jelenti, hogy a beteg méhének csak a testét távolítjuk el, így a méhnyak helyben marad. Ezeknél a nőknél a méhnyakszűrés továbbra is indokolt.

Hatékony védőnői kenetvételel kapcsolatos következmények – nőgyógyász tanácsai

A program hosszú távú, így egy meggyőzött – sikeres kenetvételel átesett – egyén vissza fog jönni és meg fogja győzni ismerőseit is a szűrésen való részvételre. Tapasztalati tény, hogy egy elégedetlen személy a szűrővizsgálat ellen „kampányt” indíthat, mely a helyi szűrőprogramot akár veszélyeztetheti is. Ezért fontos, hogy a páciens mindig elégedetten távozzon.

Igyekezzünk az igazat mondani. Ha negatív eredményt hall és elégedett lesz:

„Ezt is meg tudtam csinálni”. Ha a lelet pozitivitást mutat és további vizsgálatra, vagy kezelésre lesz szükség, érzi, hogy érdemes volt elmenni, mert még idejében vették észre az elváltozást, így akár életét is megmentette. Ne felejtjük el, Magyarországon évente körülbelül négyszáz nő hal meg méhnyakrákban, jelentős részük nem járt méhnyakszűrésen.

A páciensnek akkor is igazat kell mondani, ha az adott helyzetben kellemetlen pl.:

„Nem tudom levenni, valami eltérés látható...” Lehet, hogy abban a pillanatban nem veszi jónéven, de hosszútávon elfogadja, megtérül a korrekt tájékoztatás.

A védőnők eddigi tevékenységük során hüvely vizsgálatot, feltárást nem végeztek, csak a tanulmányaik során láttak ilyet. A feladattól nem szabad megijedni. Senki sem született nőgyógyásznak, ők is a gyakorlattal sajátították el! Kellő ismeretek alapján meg lehet tanulni. A védőnők és a nőgyógyászok nem ellenségek, de még nem is ellenfelek, az új védőnői feladattal is egymás munkáját egészítik ki. Ha a védőnő szakmailag megalapozottan fogja küldeni a kóros vagy gyanús eredményű pácienseket a nőgyógyászhoz, akkor meg van a lehetősége a jó munkakapcsolat kialakulásának.

Javasolható egy-egy sikeres eset kiértékelése. A pozitív visszacsatolás javítja a munka elismertségét, de akár hatékonyságát is. Hasonlóan előnyös, akár szervezeten, akár kiscsoportosan a tapasztalatokat megosztani egymás között, mert így emelkedhet a védőnői méhnyakszűrés szakmai elismertsége.

Ábrajegyzék

1. sz. ábra Squamo-collumnáris junctio, bazálmembrán.....	39. oldal
2. sz. ábra Humán papilloma vírus.....	40. oldal
3. sz. ábra Külső nemi szervek, hüvely bemenet (introitus).....	45. oldal
4. sz. ábra A méhnyak normál, anatómiai helyzete, a hüvely és a méhszáj tengelyének szemléltetése..	46. oldal
5. sz. ábra A méhszáj felszíni elváltozásai életszakaszoknak megfelelően.....	47. oldal
6. sz. ábra Kenetvevő eszköz kikenési technikája a tárgylemezre (saját készítés).....	50. oldal

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Méhnyakrák TNM és FIGO beosztása.....	44. oldal
----------------------------------------------------	-----------

Irodalom

1. IARC adat Globocan a 2008. http://globocan.iarc.fr/DataSourc_and_methods.asp.
2. Állami Számvevőszéki jelentés egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről 2008. május
3. KSH Népegészségtudományi Intézet kiadványa: Demográfiai évkönyv 2012 Szerk.: Óri P. Spéder Zs.64-69 o.
4. Országos Tisztiorvosi Hivatal Méhnyakszűrési Munkacsoport. Lakossági méhnyakszűrés az Egészség évtizede program keretében: történések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. Orv Hetilap 2004; 145(1):3540.
5. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S et al. International Agency for Research on Cancer
6. Multicenter Cervical Cancer Study Group. N Engl J Med 2003; 348: 518–27
7. 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
8. A méhnyakrák megelőzése Népegészségügyi célú méhnyakszűrés
9. Oktatási, elméleti tananyag védőnők számára 2010 Döbrössy, Odor Andrea kiadásért felelős Kovács Attila
10. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) 2002–2006
11. Bosch FX et al. J Clin Pathol 2002; 55: 244–65.
12. Parkin DM, Bray F. Vaccine. 2006;24 Suppl 3:S11-25

5. A VÉDŐNŐI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE

5.1 Bevezetés

A méhnyakrákos megbetegedések, és az abból adódó halálozások magas száma nem csupán hazánkban jelent kiemelkedő népegészségügyi problémát. A Magyarországon regisztrált megbetegedések, és halálesetek 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 opportunist 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 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 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, mind a szűrés fontosságáról, mind pedig a tévhitek eloszlásáról, tovább 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 kialakításához is hozzájárulnak.

A védőnői méhnyakszűrés hozzájárul a lakosság egészségének megőrzéséhez, és a szűrésen való részvételi arány növekedéséhez.

A védőnőknek és a szakma megítélésének óriási lehetőséget nyújt ez a szűrőprogram.

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.

5.2 Méhnyakrák epidemiológiája

A 2000-es évek elején az apró falvak lakóit az országos átlagnál 11%-kal magasabb arányban érintették a daganatos megbetegedések, ami jórészt abból adódik, hogy az egészségügyi szakellátás, a szűrőtevékenység távol esik a lakóhelyüktől.

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2017. januárban kiadott EGÉSZSÉGJELENTÉS 2016 kiadvány a következőket foglalta össze: „A magyar nők 2013-as halálozási arányai minden vizsgált betegség esetében magasabbak voltak az EU15 országok megfelelő értékeinél. A daganatok okozta halálozás gyakorisága 1,5-szerese volt az EU15-ben tapasztalhatónak. Részletesebben vizsgálva a méhnyakrák okozta halálozásé 3-szorosa volt az EU15 megfelelő értékeinek.” Annak ellenére, hogy a méhnyakrák okozta magyar halálozások aránya 1985 óta egyenletesen csökkenő tendenciát mutat.

5.3 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 módszertanára, 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 opportunistikus (alkalomszerű) szűrés valósul meg. A szűrés között eltelt intervallumban és a célcsoport meghatározásban is eltérések tapasztalhatóak. *Luxemburgban* már 15 éves kortól kenetvételez 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, házi orvosok birtokában lévő adatok.

	meghívottak életkora	szűrési intervallum	szűrést végző szakdolgozó	meghívás
Finnország	30-60	5 év	ápolónő, szülésznő	központi népesség-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

1. 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>)

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 magyarországi gyakorlat ettől eltérő, a méhnyakszűrés az alapellátásban nem elérhető, a szűrést végző nőgyógyász szakorvoshoz a szakrendelőbe kellett utazni. Ez hozzájárul a szűrésen való alacsony részvételi arányhoz.

5.4 A védőnő helye, szerepe a népegészségügyi célú méhnyakszűrésben

„A méhnyakszűrés Magyarországon mind ez ideig minősített kudarcnak ítélnélhető. 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, 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 életszakaszának nagyobb hosszát, a reprodukív koron túl is. A védőnők kitüntetett szerepet játszanak e felelősségteljes feladat elvégzésében. A tapasztalatok szerint a védőnők segítő hozzáállása minden értékes teljesítmény kiindulópontja. Egyfajta szolgáltatási kör, a családközpontú gondozás nagyobb teret nyert.

Kimagasló a szűrendő lakosság megnyerése, jó az együttműködés az alapellátás dolgozóival. A védőnőknek sosem szabad elfeledkezni arról, hogy képesek a feladat elvégzésére! Közelebb kerülnek ez által a település felnőtt lakosságához.

A méhnyakrák kiemelkedő népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy az elkerülhető halálozások közé tartozik. 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.

5.5 Népegészségügyi célú méhnyakszűrés előnye és hátránya

A védőnők által elsajátított méhnyakszűrés alapvető előnye, hogy nincs szakorvosi kézhez 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, feltehetően ez növeli a részvételi hajlandóságot. A nagyobb részvételből következik, hogy a méhnyakat ért elváltozások, korai, panaszt nem okozó szakaszában kerülnek felismerésre, ennek hatására a kezelések korábban kezdhetőek 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, szokásokat 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 részvétel 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 kenetvételt követően az értékelés során valamilyen eltérést észlelnek, a szűrésen részt vett nőnek fel kell keresnie egy szülész-nőgyógyász szakorvosi rendelést az eltérés kezelése érdekében, amely a korábbi nehézségeket vetheti fel a nők számára (utazási költségek, időhiány, korábbi negatív tapasztalatok).

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

Vizsgálták az új tevékenység elfogadottságát a védőnők körében, és a szolgáltatással kapcsolatos szakmai attitűdjét. 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.

5.6 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 szakrendelést. Ezért a méhnyakrákos megbetegedések és halálozások csökkentése érdekében - a mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek javaslatának megfelelően, mely szerint a méhnyakszűrést képzett egészségügyi szakdolgozók végzik - 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 szűrést végeztek körzetükben, a védőnői tanácsadóban nővédelmi tanácsadás keretében. A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram „közel vitte” a szűrést a községekben élő nőkhez, 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 méhnyakszűrésen. 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 azonosító-jelű „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbélvizsgáló programok) kiterjesztésének támogatása című projekt keretében 2176 védőnő elméleti képzésen vett részt, 1148 elméleti és gyakorlati képzésen is részt vett. Így az újonnan képzett védőnők száma 1148 fővel bővült. 2015-ben 732 védőnő vett részt a népegészségügyi célú méhnyakszűrésben. Jelenleg közel 1700 képzett védőnő van.

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 szűrésre megnyerésére, részvételre való ösztönzésre
- 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.”

5.7 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 mellékletben 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 szűrést végző területi védőnők szolgálati 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 mellékhelyiséget;

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 szolgáltatónak biztosítani kell az akadálymentes közlekedés lehetőségét, továbbá ezen egészségügyi szolgáltatóknál a fogyatékkal 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.

5.8 Népegészségügyi célú méhnyakszűrési tevékenység feltétele

A védőnőknek ahhoz, hogy a népegészségügyi méhnyakszűrést önálló tevékenységként végezhessek tanácsadójukban a nővédelmi 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 óras 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.

A szűréshez szükséges eszközök:

- nőgyógyászati vizsgáló asztal,
- paraván/vizsgálat intimitását biztosító elkülönítés,
- vizsgálólámpa/fejlámpa,
- hüvely feltáró eszközök (több méretben),
- pálcás tampon,
- kenetvevő eszköz,
- tárgylemez,
- tárgylemez tartó (5 db-os és 25 db-os),
- fixáló,
- papírvatta,
- gumikesztyű,
- veszélyes hulladék tárolására alkalmas hulladékgyűjtő,
- citológiai vizsgálati lap,
- postázáshoz szükséges feltételek: buborékos boríték, A/4-es boríték, postakönyv.

A népegészségügyi méhnyakszűrés csak a fent említett minimum feltételek teljesítését követően kezdhető meg.

5.9 Népegészségügyi célú méhnyakszűrési tevékenység engedélyezési eljárása

A védőnői szolgálat fenntartója nyújtja be a kérelmet és egyben módosíttatja a működési engedélyt a területileg illetékes Népegészségügyi Osztály Egészségügyi Igazgatásánál.

A kérelem benyújtását elősegítik a www.antsz.hu weboldaltól letölthető „A”, „B”, „C”, „D” lap elnevezésű formanyomtatványok („Letölthető adatlapok az egészségügyi szolgáltatás végzéséhez szükséges működési engedély iránti kérelemhez”). Az eljárásért az 1/2009. (I.30.) EüM rendelet 1. számú melléklete I.1.1.- I.1.5. pontjai szerinti (a kérelem tárgyától függően) igazgatási szolgáltatási díjat kell megfizetni. Az eljáró hatóság számlaszámát az 1/2009. (I.30.) EüM rendelet 2. számú melléklete tartalmazza.

Az eljárás igazgatási szolgáltatási díját az eljárás megindításakor kell az intézet számlájára átutalással, készpénzutasítással megbízással, belföldi postautalvány útján megfizetni vagy az intézet házipénztárába befizetni. A díj befizetését a kérelem benyújtásakor igazolni kell. Az igazgatás-szolgáltatási díj mértéke jelenleg 20.700 Ft illetve 30.000 Ft attól függően, hogy az eljárás során helyszíni ellenőrzésre kerül-e sor.

A védőnői méhnyakszűrési tevékenység közfinanszírozott feladat, így a nyilvántartó rendszernek és a működési engedélynek is tartalmaznia kell információt arra nézve, hogy a védőnői szolgálat esetében a tevékenység finanszírozható. Ehhez elengedhetetlen a védőnői szolgálatra korábban kiadott működési engedély módosítása. A védőnői méhnyakszűrési tevékenység a területi védőnői szakmán belül végezhető, a szervezeti egység nevében jelölik, hogy méhnyakszűrési tevékenységet is végez a szolgáltató. A feladatellátással egyidejűleg a védőnői tanácsadás helye is változik, a megszűnő telephelyre vonatkozó engedély visszavonásával egyidejűleg az új telephelyre kap a szolgáltató engedélyt. Működési engedélyről szóló határozatot az ügyfeleken túl az Egészségügyi Igazgatás közli a NEAK-kal, vagy az egészségügyi közszolgáltatást finanszírozó más állami szervvel. Fontos a szűrést végző védőnő munkaköri leírásának módosítása is, hogy a méhnyakszűrési feladat rögzítve legyen. Ezt is a védőnői szolgálat fenntartója módosítja saját hatáskörben.

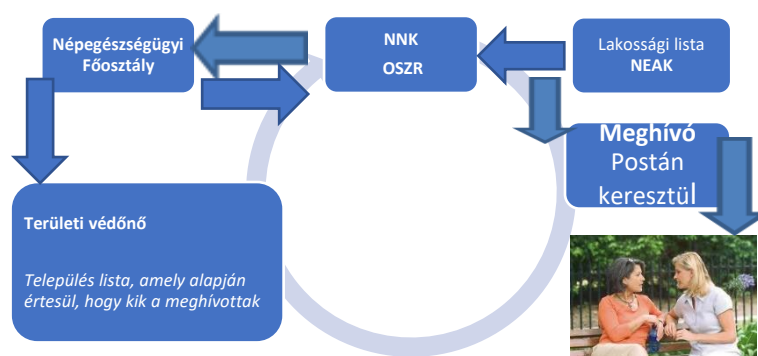
A védőnők szűrési tevékenységének elvégzéséhez hozzátartozik a levett kenetek a citopatológiai laboratóriumba juttatása, a laboratórium általi értékelés és a lelet közlése a védőnők felé. A kenetek értékelése és a leletek közlése miatt minden egyes egészségügyi szolgáltatónak, aki ezt a tevékenységet végzi, szerződést kell kötnie citopatológiai laboratóriummal, lehetőség szerint a védőnők képzésébe beépített Bethesda klasszifikáció szerint értékelést végző laboratóriummal. Azokkal a citopatológiai laboratóriumokkal köthető meg a szerződés, ahol citopatológiai szakvizsgálóval rendelkező szakember dolgozik, vagy a laboratóriumban vállalkozóként végzi ezt a tevékenységet.

A védőnői szolgálat fenntartójának, a szűrés során keletkezett veszélyes hulladék elszállítására alkalmas partnerrel is szükséges szerződést kötnie. A citopatológiai laboratóriumra és a veszélyes hulladék elszállítására vonatkozó szerződést, valamint a képzés elvégzéséről szóló igazolást kérelemhez mellékelni kell.

5.10 Népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrés szervezése

5.10.1. Központi, országos szervezés

A méhnyakszűrés szervezése területi (közigazgatási egység) alapon történik. A szűrővizsgálatra jogosultak meghívását a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) által működtetett szűrési nyilvántartás (Országos Szűrési rendszer - OSZR) biztosítja olyan módon, hogy – a NEAK adatbázisából származó teljes lakossági lista alapján - a területi (megyei) szűrési koordinátorokon keresztül a meghatározott területen élő, minden szűrővizsgálatra jogosult nőnek - postai úton- névre szóló személyes hangú ún. „Meghívó levelet” küld. A szűrendők a területi védőnőhöz, illetve a szakorvoshoz kapnak meghívást a méhnyakszűrésre. A páciensnek döntési joga van, hogy hol vesz részt a szűrésen.



1. sz. ábra A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrés szervezésének folyamata

5.10.2. Helyi szervezés – a védőnői méhnyakszűrés szervezése

A méhnyakszűrés képzéssel, és a szűrés végzéséhez szükséges működési engedéllyel rendelkező védőnőknek az eddig megszokott, begyakorolt munkarendjét, munkatervét át kell szervezni az új feladat elvárásainak megfelelően. Be kell illeszteni a védőnőnek a mindennapi munkájában e nővédelmi tevékenységet (a szűrés szervezését, és végzését, valamint a szűrés utáni, a szűréssel kapcsolatos további teendők elvégzését).

Már a szűrés szervezése előtt meg kell jelölni azt az időpontot, amikor tanácsadójában a méhnyakszűrést végezni fogja.

A méhnyakszűrés nővédelmi tevékenység, így a nővédelmi tanácsadás keretében történik. Amennyiben a szűrendők helyi igénye, a „hozzáférhetőség” biztosítása miatt indokolt, hogy a nővédelmi tanácsadás időpontjától eltérő időpontban is történjenek szűrések – pl. a szűrendővel történő egyeztetett időpontokban fontos, hogy ennek a lehetőségéről a védőnői ellátás szolgáltatójának vezetőjével előzetesen egyeztessenek. Csak a szolgáltató engedélye, támogatása esetén történhetnek egyeztetett időpontban a szűrések.

A nővédelmi tanácsadás ne zavarja meg az eddig megszokott más tanácsadások rendjét. Ha egy tanácsadóban több védőnő dolgozik, fontos az egymással való egyeztetés is, ne szervezzenek egy időpontra tanácsadást. A védőnő írja ki az új tanácsadás/szűrővizsgálat (a méhnyakszűrés) idejét a tanácsadó várójában, az információs táblára, esetleg a településén működő helyi kábeltelevízióban, újságban jelentesse meg.

5.10.3. A szűrendők listája

A védőnő az elektronikus Országos Szűrési Rendszeren (OSZR) keresztül kap tájékoztatást, hogy körzetében kik az aktuális szűrendők, kik kaptak Meghívó levelet.

5.10.4. Szűrendők látogatása

A szűrendő nő felkeresése és megnyerése napi munkafeladatukba illeszkedjen be, mely szervezést és időbeosztást igényel. Lehetőség szerint az összes szűrendő nőt keresse fel, szólítsa meg! A heti vagy havi munkatervében – védőnőtől függ, ki melyiket alkalmazza – illessze be azokat a szűrendő nőket, akiket felkeres otthonában. Fontos, hogy a szűrendők „listáján” szereplő nőket a gondozottak látogatási tervével egyeztesse. Pl.: egy várandóst ma meglátogat az Ady Endre utcában, akkor ebben az utcában élő szűrésre behívó nőket is keresse fel. Feleslegesen ne fáradjon! Pontos szervezést igényel a látogatások összehangolása. Sikeresnek azt a látogatást nevezzük, amikor közvetlen az érintett személlyel találkozunk, beszélünk.

Fontos a látogatási tevékenység folyamatos dokumentálása a védőnői dokumentációba, illetve az OSZR rendszerbe történő, a látogatással kapcsolatos adatszolgáltatás!

5.11. A szűrési tevékenység

A védőnő a szűrési tevékenységét a tanácsadóban Nővédelmi tanácsadás keretében végzi.

Területi védőnő feladatai a méhnyakszűrés elvégzésében

- a. Előkészíteni a tanácsadót a szűréssel kapcsolatos tevékenységre.
- b. Négy szemközti beszélgetés a szűrésen résztvevő személlyel. Fontos a bizalmas légkör és elegendő idő biztosítása.
- c. Azonosítani a méhnyakszűrésre jelentkezőt. Népegészségügyi célú szűrésre csak az jogosult, aki az adott évben a Szűrési lista/Utcalistában szerepel és meghívólevéllel rendelkezik. Adatai azonosíthatók a személyi igazolvány és a lakcímkártya, TAJ kártya alapján.

Teendő:

Ha a szűrésre jelentkező nő meghívólevéllel nem rendelkezik, vagy a meghívót nem hozza magával, ellenőrizni szükséges a Szűrési listában/Utcalistában szerepel –e. Amennyiben igen, az adatlapot ki kell nyomtatni az OSZR Kommunikációs Modul által. Ezt a nyomtatott adatlapot kell a kenettel együtt a Citológiai laboratóriumba küldeni.

A védőnőhöz szóló meghívólevéllel lehet menni a nőgyógyászhoz is szűrésre!

- d. Felkészíteni a méhnyakszűrésre jogosult nőt a szűrővizsgálatra, és tájékoztatáson alapuló beleegyezését kérni a kenetvételelre.

A tájékoztatás a következőket tartalmazza:

- A szűrővizsgálat célja, fontossága,
- A szűrés elmulasztásával járó kockázatokról
- A szűrés módjáról, megbízhatóságáról (mely 85-90 % körüli!)
- A szűrés mellékhatásairól,

- A szűrés ellenjavallatairól,
- Az elhangzott információk és adatok bizalmas kezeléséről.

El kell magyarázni a szűrővizsgálaton résztvevő személynek, hogy mi fog vele történni, mit jelent a vizsgálat eredménye, miért fontos visszajönnie a leletéért, és hogy fontos követni a kapott útmutatásokat.

Időt kell hagyni a felmerült kérdések megválaszolására.

A gondozott jelenlegi panaszait meg kell hallgatnunk. A páciensnek érezni kell, hogy a problémájukon segíteni akaró védőnővel állnak szemben.

Ennek feltételei a szaktudáson kívül:

- Meghittség, bizalmas légkört teremtve, harmadik személy jelenléte nélkül.
 - Türelem, a résztvevő személyt hagyni kell beszélni, lényeges, hogy elmondhassa minden közölnivalóját célzott kérdéseink előtt.
- e. Az adatokat fel kell venni, és a szűréshez szükséges dokumentumokat ki kell tölteni.

A Bethesda 2001 Cytológiai Vizsgálati Lap 3 példányos, önjelölt, önindítható tömb. A felső bekeretezett részben lévő adatokat értelemszerűen kell kitölteni, mind a szűrésre jelentkező nőre és a kenetet vevő védőnőre vonatkozóan. Az onkocitológiai vizsgálati lap a legszükségesebb adatokat tartalmazza, minimális adminisztrációt igényel. A *-gal jelölt adatok kitöltése nem kötelező. Az azonosító szám részére folyamatosan növekvő sorszámmal kell vezetni a védőnői szűrésben részesült nőket.

BETHESDA 2001 CYTOLÓGIAI VIZSGÁLATI LAP

Név:	AZONOSÍTÓSZÁM:
Lakcím:	
TAJ szám: Szül. idő:évhónap	Kenetvevő védőnő Sorszáma:
Utolsó menstruáció:	Telefonszáma:
Kenetvétel ideje:	
*Kolposzkópos dg: normál <input type="checkbox"/> kóros <input type="checkbox"/> éspedig:	
Jelenleg terhes: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> laktál <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:	
*szövettan: 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:	
kezelés: egyéb nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> éspedig:	
*Eszközök vétel: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	
Kenet <input type="checkbox"/> Pap. <input type="checkbox"/> L.B. <input type="checkbox"/> Automatikusan	
Kenet értékelhetősége	
<input type="checkbox"/> Feldolgozott <input type="checkbox"/> Nem feldolgozott	
<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> Endocervicális/transformatio	
<input type="checkbox"/> Értékelhető <input type="checkbox"/> zóna hiányzik	
<input type="checkbox"/> Nem értékelhető <input type="checkbox"/> Nem azonosítható kenet	
<input type="checkbox"/> mert <input type="checkbox"/> Elegenden fixálás	
<input type="checkbox"/> Zavaró mértékű vér	
<input type="checkbox"/> Zavaró mértékű lób	
<input type="checkbox"/> Egyéb:	
Kiegészítő tesztek	
<input type="checkbox"/> Egyéb:	
A kenet általános minősítése	
<input type="checkbox"/> Negatív a kóros, neoplasticus hámlváltozásokra	
<input type="checkbox"/> Kóros hámlváltozás	
<input type="checkbox"/> Egyéb:	
Részletes vélemény	
Kórokozók	
<input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Actinomyces	
<input type="checkbox"/> Gomba <input type="checkbox"/> Herpes simplex vírus	
<input type="checkbox"/> Végyes 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 \geq 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.	
Kóros neoplasticus hámlváltozások	
Laphámsejtek	
<input type="checkbox"/> Atypusos laphámsejtek (ASC)	
<input type="checkbox"/> Nem meghatározható okból (ASC-US)	
<input type="checkbox"/> Nem zárható ki HSIL (ASC-H)	
<input type="checkbox"/> Eryhe fokú intraepithelialis laphám laesio (LSIL)	
<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> CIN 1	
<input type="checkbox"/> Kifejezett fokú intraepithelialis laphám laesio (HSIL)	
<input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3	
<input type="checkbox"/> Invasio gyanúja	
<input type="checkbox"/> Laphámsejtes carcinoma	
Mirigyhámsejtek	
<input type="checkbox"/> Atypusos mirigyhámsejtek (AGC-NOS)	
<input type="checkbox"/> Endocervicális sejtek	
<input type="checkbox"/> Endometriális sejtek	
<input type="checkbox"/> Mirigyhámsejtek - NOS	
<input type="checkbox"/> Atypusos mirigyhámsejtek, inkább neoplasticus (AGC)	
<input type="checkbox"/> Endocervicális sejtek	
<input type="checkbox"/> Mirigyhámsejtek - NOS	
<input type="checkbox"/> Endocervicális adenocarcinoma in situ (AIS)	
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	
<input type="checkbox"/> Endocervicális	
<input type="checkbox"/> Endometriális	
<input type="checkbox"/> Extracervicális	
<input type="checkbox"/> NOS	
<input type="checkbox"/> Egyéb malignus tumor	
Javaslat	
<input type="checkbox"/> Ismétlés klinikai megítélés szerint	
<input type="checkbox"/> Ismétlés kezelés után	
<input type="checkbox"/> lobellenes <input type="checkbox"/> hormonális	
<input type="checkbox"/> Ismétlés 3-6 hónap múlva	
<input type="checkbox"/> HPV tipizálás	
<input type="checkbox"/> Szövettanai vizsgálat	
<input type="checkbox"/> Egyéb:	
BNO-kód:	
Beérkezés ideje:	Lelet kelte:
	P.H.
cytológus előszűrő szakasszisztens	cytopathológus szakorvos

* A kitöltés nem kötelező

2. sz. ábra A védőnői méhnyakszűrés során használt citológiai lap

A kenetek azonosíthatósága alapfeltétel, hogy a tárgylemez és a kísérő adatlapon álló adatok azonosak és pontosak legyenek, mely szintén minőségbiztosítási kritérium.

5.10.5. Anamnézis

Az adatok felvételét megfelelő szaktudás alapján feltett kérdésekkel tárhatjuk fel. Fontos támpontjaink lehetnek a ciklus szabályossága, havi vérzés mennyisége, időtartama, esetleges társuló jelenségek. Elengedhetetlen ismernünk a korábbi nőgyógyászati betegségeket, műtéteket, és azok lehetséges szövődményeit. Lényeges a korábbi várandósságok száma és azok lefolyása, jelenleg várandós–e esetleg. Célszerű a fogamzásgátlási módszerek és azok tapasztalatainak ismerete. A szociális és demográfiai anamnézis felvétele során tájékozódunk az életkörülményekről (életkor, iskolai végzettség, munkahely, nehéz, egészségre ártalmas fizikai munka, családi állapot, lakáskörülmény stb.), melyek a méhnyakrák szempontjából rizikótényezők lehetnek. Tájékozódunk az életmód egyes tényezői és addikciók (pl.: dohányzás) jellemzőiről. Kérdezzen rá, hogy HPV oltással rendelkezik-e? Meghallgatás során alkalmunk nyílik már figyelni az esetleges rendellenességekre.

A méhnyakszűrés során a tisztasági szabályokat be kell tartani (kézmosás, kesztyű használata, vér, testnedvek, biztonságos hulladékkezelés)

5.10.6. A tárgylemez előkészítése

Körütekintést érdemel a tárgylemez előkészítése, mely zsírtalanított, portól óvott legyen, a tárgylemez vége matt, ceruzával írható (hagyományos ceruzával, nem „rotring”-gal!). Fontos az olvasható és pontos adat az azonosíthatóság szempontjából.

Az alábbi adatokat kell ráírni három sorban a tárgylemez matt részére:

- A felső sorba- a szűrendő azonosító száma/évszám utolsó 2 számjegye (pl. 16/18 melyből a „16” a citológiai tömbben a 16. a szűrésen résztvevő sorszáma, a „18” pedig a 2018. év jelzésére szolgál.)
- A középső sorba- a védőnő kódszáma/sorszáma (pl. 285, mely szerint a kenetet a 285. sorszámú védőnő vette.)
- Az alsó sorba- a szűrésen résztvevő nő monogramja (pl. Szabóné Tóth Éva szűrt nő esetén: Sz. T. É.)

5.10.7. Cervikális kenetvétele

A vizsgálat előtt elküldjük vizeletet üríteni a páciens, hogy a hólyag teltsége ne okozzon kellemetlenséget.

A vizsgálandó nőt megkérjük, hogy fekdjön fel a vizsgálóasztalra. A vizsgálóasztalon, a beteg háton fekszik, térdben behajlított lába kényelmesen nyugszik a lábtartón (kőmetsző helyzet). Ily módon könnyebb a hüvelyi feltárás.

Egyszer használatos vizsgáló kesztyűt kell húzni! (párban, mindkét kézre)

A vizsgálat első lépése a külső nemi szervek megtekintése.

Jól láthatók a vulva gyulladással elváltozásai, az elülső és a hátsó hüvelyfal sérve (cystocele, rectocele), a méh előesése (prolapsus), visszérképződés, aranyér tünetei. Ugyancsak szembetűnik a gát esetleges heges torzulása. A megtekintés során megítélhető, hogy milyen méretű speculumot (ún. „kacsát”) kell használnunk. A vizsgálat lényege az, hogy a hüvelyfalat, boltozatokat, de mindenekelőtt a méhnyakat látótérbe hozzuk.

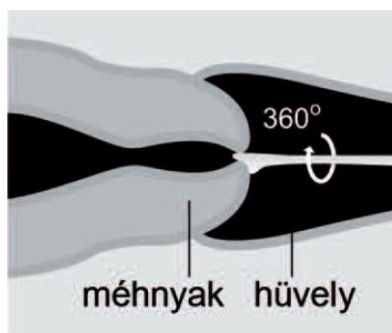
5.10.8. Hüvely feltárása, méhszáj megvilágítása, kenetvételezés lehetőségének megállapítása:

a vizsgálat meneteként, szabadon lévő kezünkkel a kisajkakat egymástól távol tartjuk, s a hüvelybemenetet feltárva a speculumot oldalra fordított helyzetben a gátra gyakorolt enyhe nyomással kell bevezetni a hüvelybe. A méhnyak magasságát elérve a feltárást elősegítő emelőrészt 6 óra irányában forgatva, az eszközt szét kell nyitni, és még 2-3 cm-el mélyebbre kell vezetni. Az eszköz tengelyének iránya a méh helyzetétől függően változik. Amikor a méhnyak felszíne látótérbe kerül, ezt a helyzetet kell rögzíteni. A bevezetés során gondosan megfigyelhető a hüvelyfal és a boltozat. A jó feltárási előfeltétele az anyagvételnek! Ilyenkor felismerhető például condyloma acuminatum, cervix-polypus, ún. „vörös folt” (erythroplakia) és „kritikus elváltozások”. Ezen elváltozások értékelése és a diagnózis felállítása nem védőnői feladat! Fiatal lányoknál nem végezhetünk hüvelyi feltárást a szokásos eszközeinkkel az ép hymenális gyűrű miatt. Erre a célra eltérő típusú vaginoscopot alkalmaznak, mely esetében nőgyógyászhoz irányítjuk. Érdemes vatta tamponnal óvatosan eltávolítani a méhnyakat (letörölni körkörös mozdulattal), hogy a portiot tisztán ítélhessük meg.

5.10.9. Kenetvételezés

A méhnyakszűrés elengedhetetlen eleme a hüvelyi feltárást követően a méhnyak (portio) felszínéről a laphám-hengerhám találkozási helyéről és a nyakcsatornából történő kenetvételezés citológiai vizsgálat céljára. A kenetvételezés egyszerű műveletnek tűnik, de a vizsgálat eredményességét döntően meghatározza. A méhnyakrak leggyakrabban a méhnyak átmeneti zónájában a laphám és a hengerhám helyén alakul ki. Követelmény, hogy a nyakcsatorna átmeneti zónájának sejtjei a kenetben reprezentálva legyenek. Az értékelhetőség feltétele a kenetben ép, normális nyaktermelést mutató endocervicalis mirigyhámsejtek, sejtcsoportok láthatóságuk. Menstruáló vagy heveny fertőzés jeleit mutató nőtől ne vegyenek kenetet. A jó minőségű kenet sejtben gazdag. A hám állapotát a sejtösszetétel reprezentálja a kenetvételezés helyén. A sejtek szerkezete megtartott, mert a bomlás (citolízis vagy autolízis) nem károsítja azokat. Tiszta „háttérű”, mert gyulladás, vér, nem zavarja áttekinthetőségüket.

A kenetvevő eszköz, döntő hatással van a kenet minőségére, értékelhetőségére. A kenetvevő eszköz középső részét a méhnyakba kell vezetni, az azt körülvevő seprűszerű részeket a külső méhszájra fektetni, és 360 fokkal fordulattal 3 órától az óramutató járásának megfelelően megforgatjuk.



3. sz. ábra A kenetvételel

(Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006., 116. oldal)

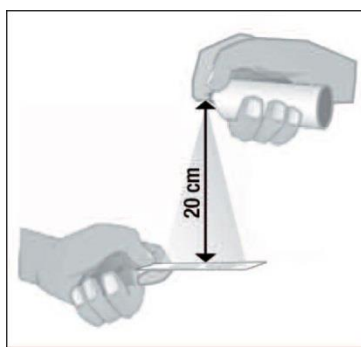
A mintavételhez enyhe mechanikus behatást alkalmazunk, mert a hámfelszínről frissen leválasztott sejtek jobb minőségűek, részletgazdagabbak, vizsgálatra alkalmasabbak. A nem megfelelő mintavételi technika a citológiai szűrés hitelességét is kockáztathatja. A modern anyagvételi eszköz kívánatosabb és kifizetősebb. Fontos a nőgyógyászok, mind az értékelést végző citológusok jó tapasztalata az eszközök megválasztásánál.

5.10.10. A kenetet tárgylemezre kell kenni

A kenetvevő eszköz mindkét felszínén lévő anyagot gondosan szét kell szélesíteni a tárgylemezen – a tárgylemez matt részétől az anyagvevőt 45 %-os szögben a tárgylemez végéig laposan kihúzzuk, majd az eszközt 180 fokkal megfordítva ugyanezen módszerrel végighúzzuk a tárgylemezen. Kívánalom, hogy a kenet vékony, egyenletes legyen, és a portio felszínéről, valamint a nyakcsatornából származó sejtek anyaga lehetőleg elkülönüljön.

5.10.11. A kenet fixálása

A keneteket azonnal fixáló spray-vel kell kezelni, hogy a kenet fixálás előtt ne száradjon ki, mely a jó festődés előfeltétele. A fixáló spray-t 15-20 centire tartva kell a kenetre permetezni.



4. sz. ábra A fixálás

(Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006, 117. oldal)

A tárolás előtt hagyjuk száradni, mintegy 15-30 percig az értékelhetőség szempontjából. Az azonnali fixálás után a kenetek már szárazon és károsodás nélkül szállíthatók. A levegőn, fixálás nélkül hagyott kenet festési

sajátosságai megváltoznak, részletszegény, repedezett lesz a kenet, benne műtermékek keletkeznek. A megfelelően végzett fixálás a minőségbiztosítás fontos része. A rosszul fixált kenet a rossz munka minőségének egyik mutatója.

5.10.12. A speculum eltávolítása

A speculumot összezárt állapotban távolítjuk el, ügyelve azonban arra, hogy se a portiot, se a hüvelyfalat ne csípjuk a speculum lapátjai közé.

A szennyezett eszközöket a veszélyes hulladékgyűjtőbe tesszük.

A személyt felsegítjük. Megkérjük, hogy öltözzön fel, majd tájékoztatjuk a további tudnivalókról:

- Ha olyan rendellenességet tapasztalunk, amely további orvosi vizsgálatot igényel, el kell magyarázni, hogy miért van szükség a vizsgálatra, mikor, hova, kihez kell menni.
- Meg kell kérdezni a szűrésen részt vett személytől, hogy van-e kérdése, elégedett volt-e az ellátással, hogy érzi magát.
- El kell magyarázni, hogy mikor, milyen módon kapja meg az eredményét, és hogy ennek megbeszélése fontos, valamint a következő találkozás időpontját le kell egyeztetni.
- Köszönjük meg az együttműködést.

Segítségére lehet a TÁMOP 6.1.3 projekt oktató filmje, mely az alábbi linken elérhető:

https://www.antsz.hu/felso_menu/rolunk/projektek/tamop_613_szuroprogram/almenuk/alprojektek/mehnya_kszures/20150113-projektbemutato-film.html

5.11. Szűrési tevékenység lezárása

Kenetvétele utáni teendők

Szűrés során használt eszközök tárolása

A szennyezett eszközöket veszélyes hulladékgyűjtőbe kell helyezni, melyet hűtve kell tárolni. A veszélyes hulladéokra vonatkozó előírások betartása nagyon fontos!

Meg kell említeni, hogy az egyszer használatos eszközöket, felszereléseket szárazon és fénytől óvva tárolják, lejárt eszközök nem felhasználhatóak!

Kenetek tárolása tárgylemeztartóban

Fontos, hogy a kenetek szállítására, tárolására alkalmas doboz jól lezárható és törés-biztos legyen. A tárolók egymásra helyezhetőek, fontos, hogy száraz, hűvös, fénytől óvva tároljuk postázásig.

A kenetvételek dokumentálása, adatszolgáltatás

A Citológia vizsgálati lap harmadik példánya a védőnő dokumentuma. Ez a méhnyakszűrés egészségügyi dokumentációja és forgalmi naplója is, melyet lefűzve – az adatvédelmi szabályoknak megfelelően - kell tárolni. Az OSZR rendszeren keresztül jelenteni kell a szűrés megtörténtét.

Kenetek postázása

A védőnő a keneteket meghatározott időként (kéthetente vagy 15 kenet esetén hamarabb) postázza a citológiai laboratórium számára. A vizsgálat végeztével a Laboratórium a citológiai leletet a védőnőnek visszajuttatja, és a védőnő tájékoztatja a szűrt nőt az eredményről.

A postázás: keneteket tartalmazó tárgylemeztartókat buborékos borítékba kell tenni, majd ezt A/4-es borítékba. Az A/4-es borítékra feladóként rá kell írni a védőnő nevét, tanácsadó címét, illetve címzettként a szerződésünkben álló Citológiai labor hivatalos postai címét. A borítékba a szűrendő nők Citológia vizsgálati lapjainak első és második példányát kell beletenni, továbbá a kitöltött "Meghívólevél" bizonylatát. A boríték feladása a postahivatalba személyes beadással történik. A postázást a védőnő dokumentálja.

Tájékoztatás a méhnyakszűrés eredményéről

A Citológiai laboratóriumból visszaérkezett kenet eredményt rögzíteni kell a szűrt védőnői egészségügyi dokumentációjában (a Citológiai lap harmadik, védőnőnél levő példányában).

Majd a nő számára – aláírás ellenében – átadjuk a „leletet”, és tájékoztatjuk a további teendőkről. Fontos, hogy a védőnő nem értékeli a leletet!

Teendője a szervezett szűrés következő idejére való figyelemfelhívás (negatív lelet esetén), nőgyógyászati vizsgálatra irányítás (nem negatív lelet esetén), illetve ismételt kenetvételek megbeszélése (értékelhetetlen kenet esetén).

A védőnő teendői tehát a szűrővizsgálat eredményei alapján a következők lehetnek:

- Negatív: 3 év múlva szűrés javasolt: azt jelenti, hogy nem található semmi olyan elváltozás, ami a rák kialakulásával fenyeget, vagy ami további nőgyógyász szakorvosi vizsgálatot igényel. Ez esetben a méhnyakszűrést 3 év múlva kell megismételni.

Tájékoztatni kell a nőt arról, hogy három év múlva újabb meghívást fog kapni újabb szűrővizsgálatra; ha azonban ez idő alatt bármiféle nőgyógyászati panasza lenne, haladéktalanul jelentkeznie nőgyógyász szakorvosnál.

- Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt, mert a kenetben látott elváltozások gyulladásra utalnak. A kenetben nincs rosszindulatú daganat gyanúját keltő sejtváltozás.

Tájékoztatni kell a nőt, hogy a gyulladás kezelése szakorvosi kezelést indokol, mielőbb keressen fel szakorvost.

- Daganat gyanúja miatt nőgyógyászati vizsgálat kötelező: a kenetben rosszindulatú daganatot megelőző elváltozásra vagy rosszindulatú daganatra utaló sejtváltozások vannak, ezért további tisztázó nőgyógyászati vizsgálatra, esetleg kórszövettani diagnosztikus vizsgálatok elvégzésére van szükség.

Fel kell hívni a nő figyelmét, hogy haladéktalanul fel kell keresnie nőgyógyász szakorvost. („Pozitív” esetről csak a tisztázó kolposzkópos, esetleg kórszövettani eredmény birtokában beszélhetünk.)

- Ismétlés szükséges EC sejtek hiánya miatt, mert a kenetben nem található olyan endocervikális sejtek (jelölése: EC), amelyek a nyakcsatorna állapotáról tájékoztatnának, ezért a kenet nem értékelhető. Tájékoztatni kell, hogy a szűrést emiatt meg kell ismételni. Időpontot máris lehet egyeztetni!
- Értékelhetetlen, ismételni kell a kenetvétele hibája miatt: a kenetvétele megisméltése szükséges a kenetvétele hibája miatt (sejtszegény, véres kenet stb.). Tájékoztatni kell, hogy a szűrést emiatt meg kell ismételni.
- A nem-negatív citológiai vizsgálati eredménnyel járó esetek

A lelet átadás során a védőnő kérje meg a szűrt nőt, hogy tájékoztassa a további kivizsgálások eredményéről. Fontos, hogy a védőnő ösztönözze a nőt a további vizsgálatok, kezelések szükségességéről. Érezze a nő, hogy a védőnő számára fontos az Ő esete, gyógyulása, és számíthat rá a későbbiekben is.

Amennyiben a kivizsgálással kapcsolatos leletet mutat be a nő, a védőnő ezt rögzítse az egészségügyi dokumentációjában.

A védőnő szűrési tevékenységének dokumentálása, adatszolgáltatás

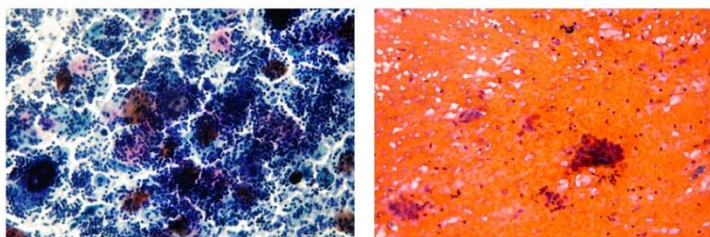
A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos valamennyi tevékenységet - mind a lakos felkeresése, a kenet laborba küldése, a visszaérkezett lelet átadását a szűrt nőnek - dokumentálni kell, illetve adatot kell szolgáltatni az OSZR Kommunikációs Modul által. A kenetvételehez kapcsolódó adatokat lehetőség szerint folyamatosan dokumentálja, de légkésőbb az adott héten péntek 12 óráig pótolhatja a hiányzó adatokat.

5.12. Új szűrési módszerek – Liquid based (LBC)

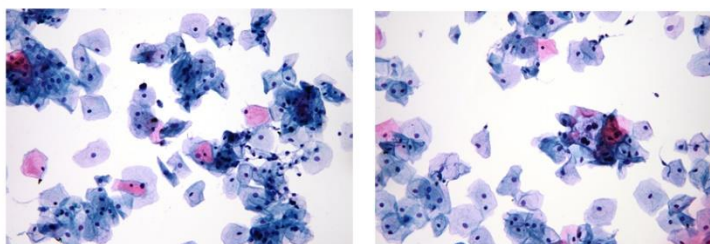
A Papanicolaou módszerrel (CP) végzett teszt ma már nem a tökéletes módszer. A CP sejtgyűjtés során a méhnyakról és nyakcsatornáról a mintavevő eszközzel vett sejteknek csak egy része vihető fel a tárgylemezre, a többi a mintavevő eszközön marad, kenetkészítés során a sejtek művileg károsodhatnak, kiszáradhatnak, ezáltal megnehezítik a diagnosztikát, illetve a mintavétel során a jelenlévő vér, nyák, gyulladáscsökkentő anyag, 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^R) fixáló oldatba helyezi. Ezt követően a citológiai laborban a speciális (ThinPrep^R 2000 Processor) folyadékban lévő mintából speciális eljárással készítik el a kenetet.



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



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

5. sz. ábra Hagyományos és LBC módszerrel készített kenet

(Forrás: Prof. Dr. Bak Mihály cytopathológus)

A folyadék alapú (LBC) méhnyakrák szűrés lehetővé teszi a legkorábbi méhnyakrák megelőző állapotok felismerését és gyógyítását. LBC méhnyakszűrést jelenleg nem támogatja a NEAK.

5.13. Kommunikáció

Kommunikáció szűrés előtt, látogatás alkalmával

Lehetőség szerint, a védőnő az összes meghívó levelet kapott nőt keresse fel. Fontos, hogy a védőnő nagy körültekintéssel, tapintattal érdeklődjön a számára ismeretlen szűrésre meghívott nők iránt mindenképpen személyes megkeresés útján. Minden esetben a meggyőző kommunikáció a hatékony, tájékoztatás során a meggyőzésnek kell mindig elsődlegesnek lenni, nem a rábeszélésnek.

Látogatás, vagy az első találkozás alkalmával, fontos a pontos tájékoztatás:

- Ismeretlen kliens esetén mutatkozzon be és tájékoztassa a nőt arról, hogy Ön részt vesz a népegészségügyi méhnyakszűrési tevékenységben.
- 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,
- Beszéljen a szűrési lehetőségekről, szűrés fontosságáról, céljáról, menetéről
- Egyeztessen tanácsadási időpontot, („előjegyzésbe vétel”), ezért is fontos, hogy legyen határidőnaplója, vagy előjegyzési naptára, amiben rögzíti a szűrésre jelentkező nő adatait, miután a népegészségügyi célú védőnői szűrést választja a nő a nőgyógyász általi komplex szűréssel szemben.

- Fontos a megfelelő tájékoztatás a két szűrés különbségéről, mert akkor van lehetősége a szűrendő nőnek választani, ha megkapja a pontos információkat. A komplex vizsgálat tartalmazza a külső nemi szervek megtekintését, hüvelyi feltárásban végzett citológiai mintavételt, kolposzkópos vizsgálatot (ecetsav-próba, Schiller féle jódpóba), bimanuális vizsgálatot és az emlők tapintásos vizsgálatát.
- Kenetvételt menstruáció alatt nem lehet végezni.
- 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 hüvely bemenet környékét hintőporozni, bekrémezni vagy egyéb kozmetikumot használni. Ne történjék hüvelyöblítés sem! Vizsgálat előtt 24 órával szexuális együttlét ne történjen!
- Kényelmes ruházatot és alsóneműt viseljen. A vizsgálatához le kell majd vetkőzni, így olyan öltözetet célszerű választani, amit nem kell hosszasan gombolgatni, ami gyorsan le- és felvehető.
- Vizsgálat előtt szintén kérdéseket tehet majd fel a védőnő, erre készítse fel a kliensét (régábbi 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, hozza 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.

5.10.13. Kommunikáció közvetlen szűrés előtt

Biztosítsa arról, hogy titoktartási kötelezettség Önre is, mit minden egészségügyi dolgozóra vonatkozik.

- Tájékoztassa a szűrendő nőt, hogy mi történik a vizsgálat alkalmával, kerülje az orvosi szakkifejezéseket, csak a legszükségesebb mértékig használja.
- Tegye fel az anamnézis felvételéhez szükséges kérdéseket.
- Hagyjon lehetőséget a szűrendő nőnek a kérdésésre.
- Válaszoljon a kliens kérdéseire.
- Kérje a nő beleegyezését a kenetvételhez.
- Kérje meg a nőt, hogy vetkőzzön le a vizsgálatához.

5.10.14. Kommunikáció szűrés alatt

- Minden egyes lépésről tájékoztassa a nőt. Ha kellemetlenség várható figyelmeztesse előre, ez megnyugtathatja, csökkentheti a szorongását.
- A vizsgálat után kérje meg, hogy öltözzön fel.

5.10.15. Kommunikáció szűrés után

- Magyarazza el mit tapasztalt a vizsgálat során, és válaszoljon a felmerülő kérdésekre.
- Beszéljék meg a citológiai eredmény várható időpontját és a személyes találkozási lehetőséget az eredmény átadására.

Kommunikáció a lakosság ösztönzésére, tájékoztatására

77

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

Ennek módszerei lehetnek:

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, gyógyszertárakba, munkahelyekre. Az egészségnevelés a tömegkommunikáció eszközeivel (hangosbemondó vagy kábeltelevízió) és személyes ráhatással bír 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! A céllakosság személyes döntés alapján a felkínált szolgáltatást ezáltal nagyobb arányban veszi igénybe. A népesség „egészség kultúrája” javul és a jövőre irányuló gondolkodási készség fejlődik.

A szűrővizsgálathoz kapcsolódó egészségfejlesztési feladata:

- Javítsa a daganatos betegséggel kapcsolatos társadalomba 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 egészségnevelés „üzenet” tartalmazhat általános és konkrét egészség-megőrzési 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 valós történeteken alapul, részben kitalált szereplőkkel készült.

A Három nő film alábbi linken érhető el:

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

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.

5.14. Együttműködés - társszakmákkal, helyi intézményekkel, szervezetekkel, valamint a Kormányhivatalok Népegészségügyi Főosztályaival

A védőnői méhnyakszűrésen való részvételi arány növelése és az eredményesség érdekében együtt kell működni a társszakmákkal: a szűrésre jogosultak illetékes háziorvosával/háziorvosaiával, a háziorvos 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 segítették a nők tájékoztatását (pl. plakátok kihelyezése által). A helyi újságban, kábeltelevízióban elhangzó hirdetés is felhívhatja a nők figyelmét is a helyi szűrésre.

A védőnői ellátás szolgáltatójának, vezetőjének tájékoztatása is (pl. polgármester) az elsők között kell, hogy történjen. 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.

Ezen együttműködése fontosságát támasztja alá a 2016-ban védőnők körében végzett „A védőnői méhnyakszűrő tevékenység időfelhasználásának és a résztvevők szakmai attitűdjének vizsgálata”, melynek eredménye az alábbi táblázatban látható.

Ki és milyen mértékben támogatja Önt a Védőnői méhnyakszűrési tevékenysége során? <i>1= Egyáltalán nem támogat 5= Teljes mértékben támogat)</i>	Átlag
A védőnői szakfelügyelet vezető védőnői	4,48
A szűrésben résztvevő védőnő kolleganők	4,46
A szűrési koordinátorok	4,42
A Program országos szervezésében résztvevők (OTH) munkatársai	4,34
A település önkormányzata vagy a munkáltató	3,91
A körzetben élő gondozottak	3,64
A háziorvos	3,02
A Magyar Védőnők Egyesülete	2,83
A szülész-nőgyógyász szakorvosok	2,63
A szűrésben részt nem vevő védőnő kolleganők	2,62
A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata	2,50

6. sz. ábra Szakmai együttműködések

(Forrás: Árváné Egri Csilla, Gyulai Anikó, Kósa Zsigmond, Takács Péter - Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2015 A védőnői méhnyakszűrő tevékenység időfelhasználásának és a résztvevők szakmai attitűdjének vizsgálata)

5.15. Az Onkológiai Szűrési Rendszer (OSZR) működése

- NEAK

A NEAK TAJ adatbázisa a szűrési rendszer lakosság adatainak szolgáltatója. Az NEAK szolgáltatja a szűrések szervezéséhez szükséges háziorvos listát is. Ezek az adatok képezik a behívó/visszahívó alrendszer alapját.

- OSZR

Az ÁNTSZ részéről a rendszerben szerepet játszanak a következő munkatársak:

- Országos szűrési koordinátor és asszisztensei
- Országos Értékelő és Ellenőrző Bizottság
- Megyei és fővárosi szűrési koordinátorok asszisztenseikkel
- Számítástechnikai szakszemélyzet (nem teljes munkaidőben)

- Rákregiszter

A Rákregiszter szolgáltatja a bizonyítottan rákos esetek adatai alapján származtatott hibalistákat, ami a minőségbiztosítási feladatok ellátásának alapja.

- Háziorvosok

A háziorvosok minden szűrésről értesítést kapnak. Tevőleges szerepet azonban csak a vastagbélrák szűrésben játszanak.

- Szűrőállomások

Szűrőállomás gyűjtőnéven foglaljuk össze a szűrést végző egyedhalmazokat:

- Mammográfias szűrőállomás az emlő szűrés esetében;

- Védőnő – citológiai laboratórium a méhnyak szűrés esetében;
- Nőgyógyászok – Magánrendelés is jelentésre kötelezett;
- Házi orvos – diagnosztikai laboratórium a vastagbél szűrés esetében;
- Diagnosztikus és terápiás intézmények
Mindazon fent fel nem sorolt intézmény, mely a nem negatív esetekben a további diagnózist és / vagy kezelést végzi.
- Lakosság
A lakosságlistából a szűrési szempontok alapján kiválasztott vizsgálandó egyedek.

Behívó-visszahívó rendszer

Az alrendszernek a feladata a Területi Koordinátorok tervező munkájának a segítése, valamint annak biztosítása, hogy minden szűrésre jogosult állampolgár a megfelelő időközönként behívásra kerüljön.

OSZRComm Modul

- Minden behívásról, megjelenésről és eredményről értesíti a házi orvost;
- Regisztrálja a szűrés megtörténtét, illetve a szűrési eredményeket;
- Kommunikál a szűrésekhez kapcsolódó informatikai rendszerekkel;
- Lehetővé teszi a szűrési szereplők számára az egyedi szűrési eseményekhez kapcsolódó adatszolgáltatást;

A szűrési weblap

A szűrésekhez kapcsolódó weblap kettős feladatot lát el a rendszerben, infó-kommunikációs eszközként a lakosság és a szűrési folyamatok résztvevőinek tájékoztatását szolgálja, valamint lehetőséget ad a szűrésben résztvevő szakmai szereplők belső kommunikációjához, a szakmai anyagok elsősorú publikációs helye.

A minőségbiztosítási rendszer

A szűrőállomások a teljesítményértékelésről a megkívánt időszakonként és módon jelentést készítenek és küldenek az ÁNTSZ Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályra, amit az továbbít az országos szintre, ahol az Országos Értékelő és Ellenőrző Bizottság a területi szűrőprogramok összességének eredményességének értékelését végzi.

A szűrés menete

A lakosságlista és házi orvosi lista a célzott korosztályra havonta megérkezik az NEAK-tól az Országos Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályon működő Központi Szűrési Nyilvántartójába. Az adatok feldolgozása után a Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályok elkészítik a szűrési listákat. Mivel a meghívás nem konkrét időre szól, nincs szükség pontos kapacitás-allokációra és nem kell (nem is lehet) tájékoztatni a szűrést végző citológiai laboratóriumokat a meghívottakról, a védőnők a behívottak listáját megkapják.

A szűrés során a következő tevékenységek elvégzésére kerül sor:

- Védőnők feladata:
 - kenetvétele;
 - kenet beküldése citológiai laboratóriumba;
 - a citológiai laboratóriumból visszaérkező eredmény közvetítése a páciens felé;
 - nem-negatív esetben továbbirányítás az egészségügybe;
 - OSZRComm Modulban a szűréshez kapcsolódó események adminisztrálása.
- Citológiai laboratórium feladata:
 - kenet értékelése;
 - statisztikai jelentések, megjelenések és eredmények küldése a Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztálynak;

A területi onkológiai szűrési koordinátorok által végzett szűrés-specifikus tevékenység.

A Területi Onkológiai Szűrési Koordinátorok a lakosságlisztából a területen dolgozó védőnők, ambulanciák és citológiai laboratóriumok kapacitásának és munkarendjének figyelembevételével készítik el meghívóleveleket, amelyeket a központi informatikai rendszer segítségével nyomtatnak, majd postáznak.

OSZRComm modul elérhetősége: <https://szures.antsz.hu/OSZRComm/>

A. Bejelentkezés

Szerepkörök: mindenki

A kezdő címen a bejelentkezés oldal nyílik meg. A különböző szerepkörű felhasználók az alábbi azonosítókat használhatják:

- védőnő: a regisztrációkor megadott felhasználónév
- vezető védőnő: a regisztrációkor kiosztott felhasználónév

A felhasználók kezdeti jelszava a regisztrációkor megadott. Amennyiben nem emlékszik

a jelszavára, vagy többszöri sikertelen bejelentkezési kísérlet után vegye fel a kapcsolatot az alkalmazásgazdával.

B. Ki vagyok én és kijelentkezés

Szerepkörök: mindenki

A saját adataimat megjeleníteni, valamint az alkalmazásból kijelentkezni a jobb felső sarokban levő felhasználói azonosítóra kattintással lehet. A megjelenő menüben látható a teljes név és cím, valamint a Kijelentkezés menüpont.



7. sz. ábra Profil az OSZR-ben

Kijelentkezés után ismét a bejelentkező oldal nyílik meg. Soha ne hagyja felügyelet nélkül az alkalmazást, amíg be van jelentkezve!

C. Saját adatok megváltoztatása

Szerepkörök: mindenki

A jobb felső sarokban levő felhasználói azonosítóra kattintás után a megjelenő menüben ki kell választani a nevet.

Ezután megjelennek a személyes adatok, amelyeket a felhasználói azonosító kivételével meg lehet változtatni.

Az ellátási körzetek listája nem szerkeszthető, ezek csak tájékoztatás céljából szerepelnek.

A Mentés gombbal a változások elmenthetők, az alkalmazás visszatér a fő képernyőre.

Ellátási körzetek	
Település	Cím
Tuzsér	Kossuth út 64/b

8. sz. ábra Saját adatok megváltoztatása

D. Szűrési lista kezelés

Szerepkörök: védőnő, vezető védőnő (csak olvasható)

Bejelentkezés után a felhasználó a szűrési lista kezelő oldalra kerül. Itt megtekintheti a hozzá rendelt szűrési listákat a készítésük sorrendjében. Amennyiben a védőnőnek több tanácsadója is van, akkor a fent baloldali legördülő listából választhatja ki az aktuálisat. A szűrési listák ablakrészben mindig csak azok a szűrési listák láthatók, amelyek a látható (kiválasztott) tanácsadóhoz tartoznak.

Abban az esetben, ha több védőnő is ugyanabban a tanácsadóban dolgozik, akkor mindegyiküknél láthatóak azok a szűrési listák, amelyek ahhoz a tanácsadóhoz tartoznak. A védőnők önállóan bejelentkezve akár egyidejűleg is kezelhetik ugyanazt a szűrési listát, amely a közös tanácsadóhoz tartozik. Ekkor a védőnők egymás közt (pl. utcalistára) előzetesen felosztották a településen belüli területeket, és ennek megfelelően jelölik ki a lakosaikat. A szűrési listák ablakrészben a szűrési listára kattintva a képernyő alsó részén megjelennek a szűrési listába sorolt lakosok adatai.

A szűrési listák és a lakosok listája közötti pontot megragadva a két terület nagysága tetszőlegesen beállítható.

A lakosok listáján be kell jelölni, hogy kik azok a lakosok, amikkel a Védőnő a későbbiekben foglalkozni óhajt. Ezt a lista M oszlopában található legördülő lista megfelelő beállításával jelölheti be:

- I = hozzám tartozik, meghívólevél igénylése
- N = hozzám tartozik, de meghívólevél nem lehetséges
- üres = nem hozzám tartozik

A Védőnő csak azokat a lakosokat jelölheti meg „N” jellel, akiről biztosan tudja, hogy elköltöztek, meghaltak, vagy műtéten estek át, ill. méhnyakrákkal vannak nyilvántartva (gondozás alatt vannak).

A védőnő a nem megjelölt (üres) lakos adatokat lehetőségként hagyja, hogy az esetlegesen a területen másik védőnő azok közül választhassa ki a saját lakosait.

A védőnők általi lakos adatok kijelölését követően a nem megjelölt (üres) lakosok nőgyógyászhoz fognak kapni meghívólevelet méhnyakszűrésre.

A lakosok listája rendezhető TAJ, név, születési dátum és cím szerint, a megfelelő adatoszlop fejlécére kattintva. Az utcalistát a védőnő a cím szerinti rendezéssel kapja meg. A lista lapozható az alján található gombok segítségével. A lakos lista kereshető a fölötté található keresőmezők segítségével. A kereső kifejezéseknél az „és” elv érvényesül, tehát több mező kitöltése esetén mindegyik feltételnek érvényesülnie kell. A keresőfeltételek az adott mezőben bárhol előforduló karaktersorra keresnek, a kis és nagybetűk nem számítanak, az ékezetek igen. A keresőmezők jobb oldalán levő legördülő listák segítségével a már megszárt, adattal feltöltött lakosokra lehet keresni. Helyszűke miatt az oszlopok csak kóddal vannak jelölve. Az egérmutatóval az oszlopok fejléce fölé navigálva megjelenik a segítség a kódok értelmezéséhez.

A lista alatti lapozóval lehet az oldalakat váltani, ugyanitt beállítható az oldalanként megjelenített lakosok száma.

A lapozó alatt található Keresőmezők ürítés gombbal a keresés alapállapotba áll és újra a teljes lista látszik.

Ellátási körzetek

Balatonfüred 8230 Csárda u.1. ▾

Szűrési lista

Készítés

janna_0099_01_Mikekarácsonyfa 2011.04.20.

Páciensek

▲ TAJ	Név	Születési dátum	Cím	M
062210108	TÜSKE PÁLNÉ	1947.03.13.	Mikekarácsonyfa 8949 PETŐFI SÁNDOR UTCA 73.	I ▾
062456326	VARGA BÉLÁNÉ	1947.07.22.	Mikekarácsonyfa 8949 PETŐFI SÁNDOR UTCA 49.	I ▾
063444779	CZIGÁNY BÁLÁNÉ	1948.11.28.	Mikekarácsonyfa 8949 PETŐFI SÁNDOR UTCA 29.	I ▾
063798072	NAGY JÁNOSNÉ	1949.05.28.	Mikekarácsonyfa 8949 KOSSUTH LAJOS UTCA 40.	N ▾
064287135	BARANYAI GÉZÁNÉ	1950.01.21.	Mikekarácsonyfa 8949 KOSSUTH LAJOS UTCA 34.	I ▾
064507620	ORSÓS ARANKA	1950.05.01.	Mikekarácsonyfa 8949 DÓZSA GYÖRGY UTCA 18.	I ▾
064881719	BÁLINT LÁSZLÓNÉ	1950.10.26.	Mikekarácsonyfa 8949 DÓZSA GYÖRGY UTCA 7.	N ▾
064950806	FARKAS GYULÁNÉ	1950.12.01.	Mikekarácsonyfa 8949 PETŐFI SÁNDOR UTCA 32.	N ▾
065354757	FUNDELIUS LEÓ VILMOSNÉ	1951.06.09.	Mikekarácsonyfa 8949 KOSSUTH LAJOS UTCA 47.	▾
066012478	HORVÁTH FRIGYESNÉ	1952.04.24.	Mikekarácsonyfa 8949 ADY ENDRE UTCA 3.	▾

1-10 of 40

Csak meghívottak

9. sz. ábra Lakosok szűrési listája

E. Adatok felvitele, megtekintése

Szerepkörök: védőnő, vezető védőnő (csak olvasható)

A páciens M oszlopának beállítása után a TAJ számra kattintva megnyílik a szűrési adatok felvitele képernyő. A képernyő bal oldalán a páciens adatai találhatóak, a jobb oldalán a szűrési adatokat, valamint az interjúra adott válaszokat lehet felvinni. A dátum mezőkre kattintva egy dátum kiválasztó ablak jelenik meg. A Mentés gombbal az adatok elmenthetők, a Vissza gombbal visszalép a lista oldalra.

TAJ-szám	062210108	Meghívó levél igény	Igen ▾
Létrehozás dátuma	2011.04.20.	Kenetvétel dátuma (első)	<input type="text"/>
Utolsó módosítás dátuma	1970.01.01.	Kenet betküldés dátuma (első)	<input type="text"/>
Páciens neve	TÜSKE PÁLNÉ	Eredmény dátuma (első)	<input type="text"/>
Megye kód	20	Eredmény (első)	▾
Megye	Zala	Kenetvétel dátuma (második)	<input type="text"/>
Város	Mikekarácsonyfa	Kenet betküldés dátuma (második)	<input type="text"/>
Utca	PETŐFI SÁNDOR UTCA	Eredmény dátuma (második)	<input type="text"/>
Ajtó	73.	Eredmény (második)	▾
Irányítószám	8949	Kenetvétel dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Kapcsolati kód	5962198	Kenet betküldés dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Születési dátum	1947.03.13.	Eredmény dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Születési hely	MIKEKARÁCSONYFA	Eredmény (harmadik)	▾
Születési név	ANDA ZSUZSANNA	Int. Miért nem teljesíthető a szűrés?	▾
Anyja neve	NÉMETH ERZSÉBET	Int. Egyéb ok indoklás	<input type="text"/>
Körzeti orvos	200090037	Int. Meghívólevelet kapott?	▾
Vizsgálatra küldte	<input type="text"/>	Int. Kenetvételre kihez menne?	▾
Vizsgálatra küldte	<input type="text"/>	Int. Miért nem akar részt venni?	▾
Azonosító	<input type="text"/>	Int. Egyéb ok indoklás	<input type="text"/>

10. sz. ábra Adatok felvitele, megtekintése

F. Felhasználói gyorslisták

Szerepkörök: mindenki, szerepkör szerint

A Felhasználói gyorslisták menüpont alatt az adminisztrátor által előre elkészített, a munkát segítő lekérdezések érhetőek el. A lekérdezések nem paraméterezhetők, és általában a saját felhasználóhoz valamilyen módon kapcsolódó adatokat jelenítik meg. A Lekérdezés neve listából ki kell választani a kívánt lekérdezést, majd az Indít gombra kattintással elindítani a generálást. A jelentés kisvártatva megjelenik letölthető fájl formájában, amely a legtöbb táblázatkezelő programmal megnyitható (LibreOffice, MicroSoft Excel, OpenOffice).

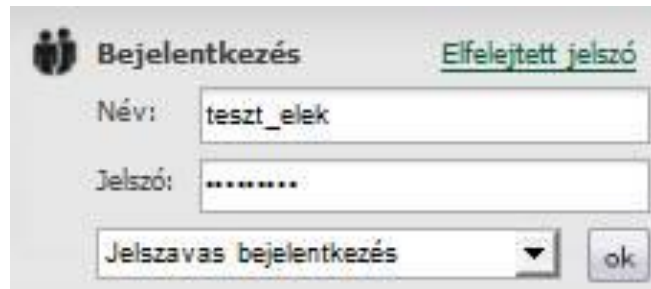
5.16. A szűrési weblap

Felhasználói regisztráció

Nem kell regisztráció, mert minden területi védőnő már regisztrált, rendelkezik jogosultsággal a belépéshez.

Amennyiben nem a regisztrációs felület a következő címen érhető el: <https://www.antsz.hu/regisztracio>

A rendszerbe ÁNTSZ portál fejlécének jobb oldalán található bejelentkezési ablakban lehet belépni.



11. sz. ábra Felhasználói regisztráció

Sikeres bejelentkezés után az „Üdvözljük [regisztrációkor megadott családi név és keresztnév páros]” felirat jelenik meg. Csakis ekkor jelenik meg az elérhető szakrendszer-lista a portál bal oldali menüsora alatt. A szakrendszeri linke kattintva érhető el a megfelelő OSZIR alkalmazás.



12. sz. ábra OSZIR elérése

További hozzáférés igénylése
Bejelentkezés után a <https://www.antsz.hu/regisztracio> oldalra lépve a 'Jelenlegi' rádiógombot választva lehetőség van a bejelentkezett partnerhez további szerepkört, szerepköröket igényelni.

További jogosultság igénylése

További információk

Az ÁNTSZ portálon történő ügyintézéshez regisztrálnia kell magát. A regisztrációhoz ki kell töltenie az alábbi adatlapot. Az adatlap kitöltése után a hozzáférési igényt a rendszer adminisztrátorai bírálják el, és engedélyezik. Kérjük csak érvényes adatokat adjon meg, az adatok ellenőrzésre kerülnek.

Partner:

Jelenlegi Új

A hozzáférési kérés leírása

Kérjük válassza ki a szakrendszert amelyhez hozzáférést szeretne kapni, és a szöveges mezőben írja le a hozzáférési kérését.

Szakrendszer: *

Jogosultságok: *

Kérem, írja be a képen látható karaktereket!



13. sz. ábra További jogosultság igénylése

Bejelentkezés után a <https://www.antsz.hu/regisztracio> oldalra lépve az 'Új' rádiógombot választva lehetőség van a bejelentkezett felhasználóhoz további partner(ek)e)t - és azokhoz tartozó szerepköröket - igényelni.

További jogosultság igénylése

További információk

Az ÁNTSZ portálon történő ügyintézéshez regisztrálnia kell magát. A regisztrációhoz ki kell töltenie az alábbi adatlapot. Az adatlap kitöltése után a hozzáférési igényt a rendszer adminisztrátorai bírálják el, és engedélyezik. Kérjük csak érvényes adatokat adjon meg, az adatok ellenőrzésre kerülnek.

Partner:

Jelenlegi Új

Partner adatai

Adószám: - - *

Partner neve: *

Település: ✖

A hozzáférési kérés leírása

Kérjük válassza ki a szakrendszert amelyhez hozzáférést szeretne kapni, és a szöveges mezőben írja le a hozzáférési kérését.

Szakrendszer: *

Jogosultságok: **Kérem válasszon szakrendszert!** *

Kérem, írja be a képen látható karaktereket!



14. sz. ábra További partnerek igénylése

A kommunikációs modulban használt jelölések

Jelek			Jel értelmezése	
Csoport	Jel	Meghatározása	Jelentése	Leírása
M	I	Behívólevél igénylője a választott lakosnak	Igen	A bejelentkezett védőnőhöz kap meghívólevelet a lakos
	N		Nem kap meghívólevelet a lakos	
H	üres	Interjú kérdés: Meghívólevelet kapott?	Védőnő nem szűri	Nőgyógyászhoz kap meghívólevelet a lakos
	hY		Igen	A lakos kapott meghívólevelet
I	hN	Interjú kérdés: Interjú kérdésre kihez menne?	Nem	A lakos nem kapott meghívólevelet
	IV		Védőnőhöz	A lakos védőnőhöz menne kenetvétele
N	IG	Interjú kérdés: Miért nem akar részt venni?	Nőgyógyászhoz	A lakos nőgyógyászhoz menne kenetvétele
	nL		Lelete van	A lakos azt mondja, hogy lelete van a szűrésről, de nem mutatja be
	nB		Bemutatta	A lakos a bemutatott lelettel igazolta, hogy volt már szűrésen
E	nC	Interjú kérdés: Miért nem akar részt venni?	Nincs	A lakos azt mondja, hogy nincs lelete, de nem kívánja a szűrést
	nE		Egyéb	A lakos egyéb ok miatt nem akar részt venni a szűrésen, és ekkor meg kell adni szövegesen, hogy mi a lakos egyéb indoka
	eH		Meghalt	A lakos a védőnő tudomása szerint meghalt
V	eK	Interjú kérdés: Miért nem tejeszthető a szűrés?	Elkötözött	A lakos a védőnő tudomása szerint elköltözött a védőnő területéről
	eM		Műtét	A lakos a védőnő tudomása szerint a szűrést kizáró műtéten esett át
	eA		Egyéb	A védőnő egyéb információja, hogy a lakos miért nem vehet részt a szűrésen – és ezt szövegesen meg kell adni a lakoshoz
K	I	Kenetvétel	Első	A lakos első kenetvétele megtörtént
	2		Második	A lakos második kenetvétele megtörtént
	3		Harmadik	A lakos harmadik kenetvétele megtörtént
A levett kenet értékelése	IN	A levett kenet értékelése	Negatív	A lakos 1. kenet értékelése: NEGATÍV
	ID		Daganat gyanúja	A lakos 1. kenet értékelése: DAGANAT GYANÚJA
	IGY		Gyulladás	A lakos 1. kenet értékelése: GYULLADÁS
	IE		EC sejtek hiánya	A lakos 1. kenet értékelése: EC SEJTEK HIÁNYA
	IT		Technikai hiba	A lakos 1. kenet értékelése: TECHNIKAI HIBA
	2N		Negatív	A lakos 2. kenet értékelése: NEGATÍV
	2D		Daganat gyanúja	A lakos 2. kenet értékelése: DAGANAT GYANÚJA
	2GY		Gyulladás	A lakos 2. kenet értékelése: GYULLADÁS
	2E		EC sejtek hiánya	A lakos 2. kenet értékelése: EC SEJTEK HIÁNYA
	2T		Technikai hiba	A lakos 2. kenet értékelése: TECHNIKAI HIBA
	3N		Negatív	A lakos 3. kenet értékelése: NEGATÍV
	3D		Daganat gyanúja	A lakos 3. kenet értékelése: DAGANAT GYANÚJA
	3GY		Gyulladás	A lakos 3. kenet értékelése: GYULLADÁS
	3E		EC sejtek hiánya	A lakos 3. kenet értékelése: EC SEJTEK HIÁNYA
	3T		Technikai hiba	A lakos 3. kenet értékelése: TECHNIKAI HIBA

1. táblázat A kommunikációs modul jelölései

5.17. NEAK e-jelentés fájl elkészítésének módja

Az adatszolgáltatás formai követelményei

Általános előírások

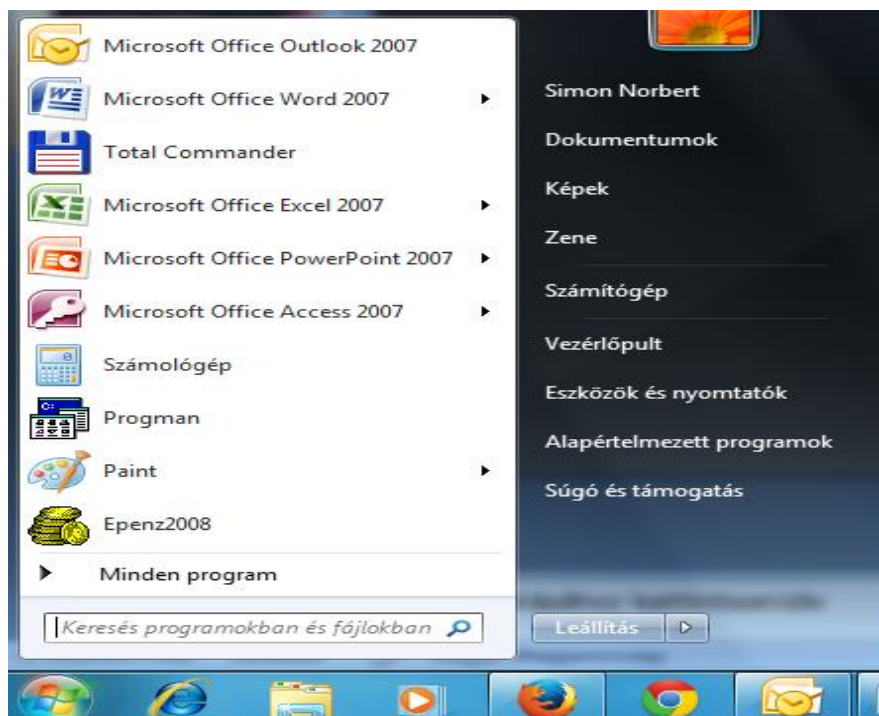
Az alábbiakban leírt formátumú és adattartamú TXT adat FILE-okat kell online adatátviteli vonalon a NEAK-nak elküldeni (E-Jelentés rendszer).

1. Egy szolgáltató egy havi teljesítmény-jelentést nyújthat be (függetlenül a szolgálatok számától)
2. A havi méhnyakszűrésre vonatkozó teljesítmények jelentését text (ASCII) formátumban kell elkészíteni. A text állományban a rekordon belül mezőelválasztó karakter nincs. A mező hossza kötött, az üres mezőket space (szóköz) jelöli. A rekordot sorvégjel (CRLF) zárja.
3. A jelentés visszaigazolásaként az OEP a jelentés adattartalmának megfelelő kísézőjegyzéket küld vissza.

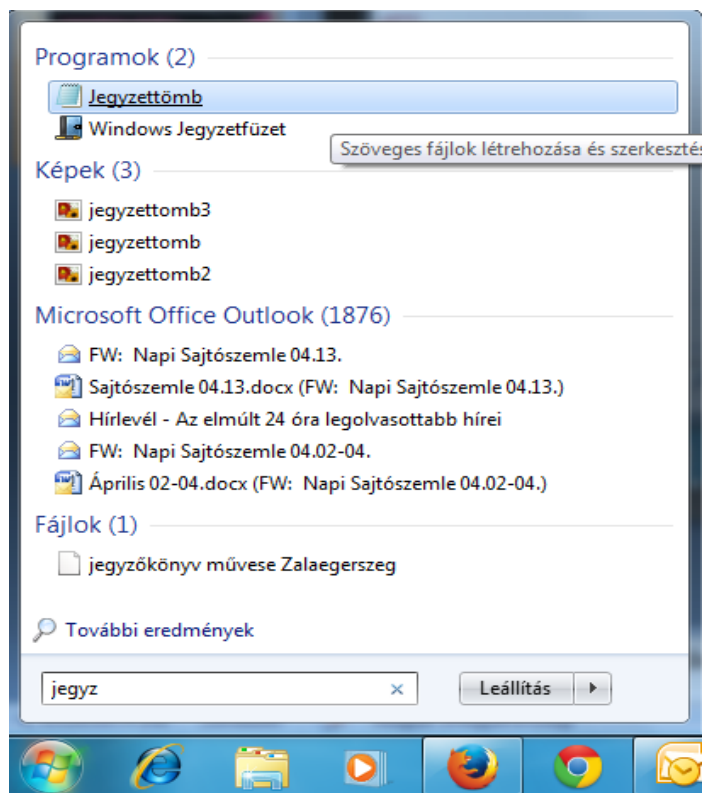
Jelentés létrehozása

- Jegyzetömb elindítása
- Fájl nevének megadása
- Jelentés adatok megadása

Jegyzetömb elindítása

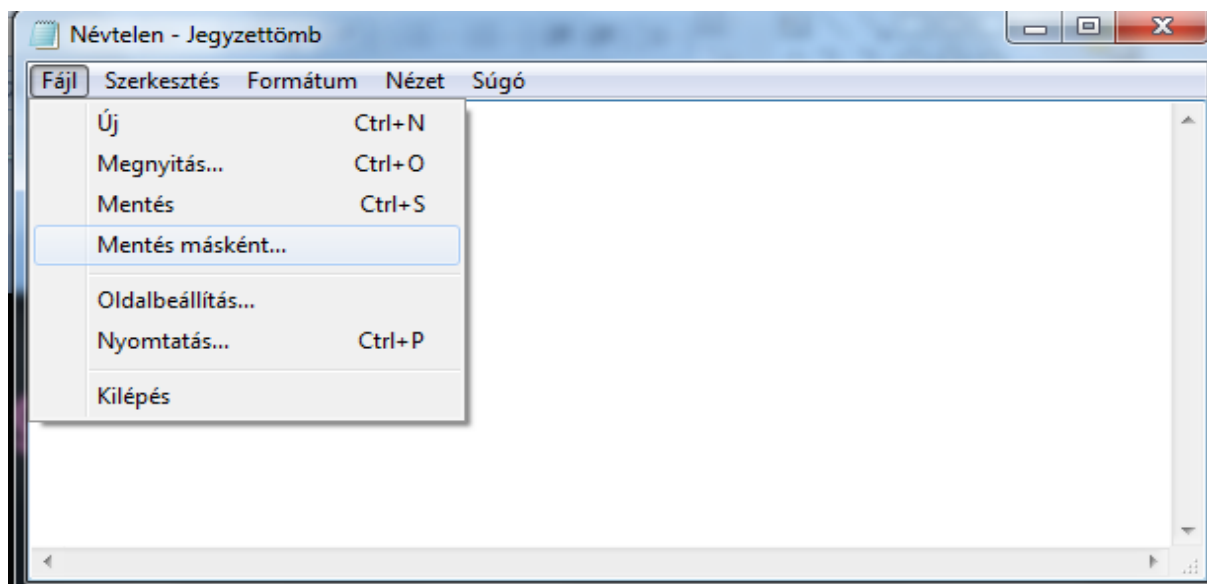


15. sz. ábra Jegyzetömb elindítása 1.

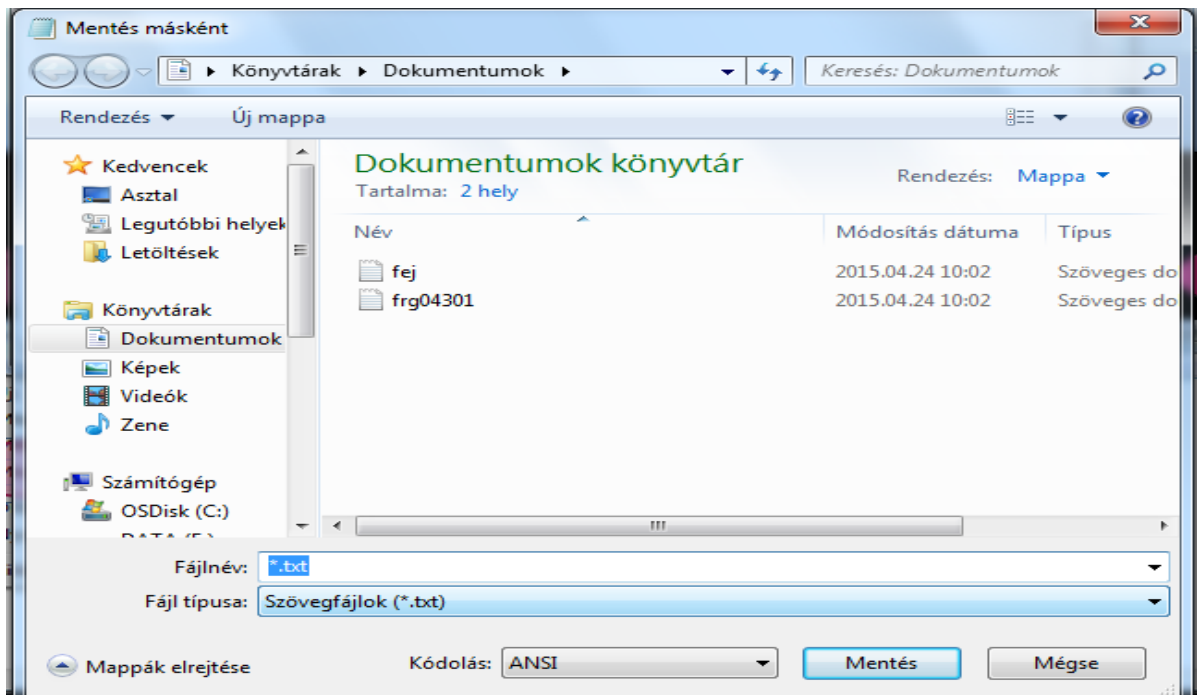


16. sz. ábra Jegyzetömb elindítása 2.

Fájl nevének megadása



17. sz. ábra File név megadása 1.



18. sz. ábra File név megadása 2.

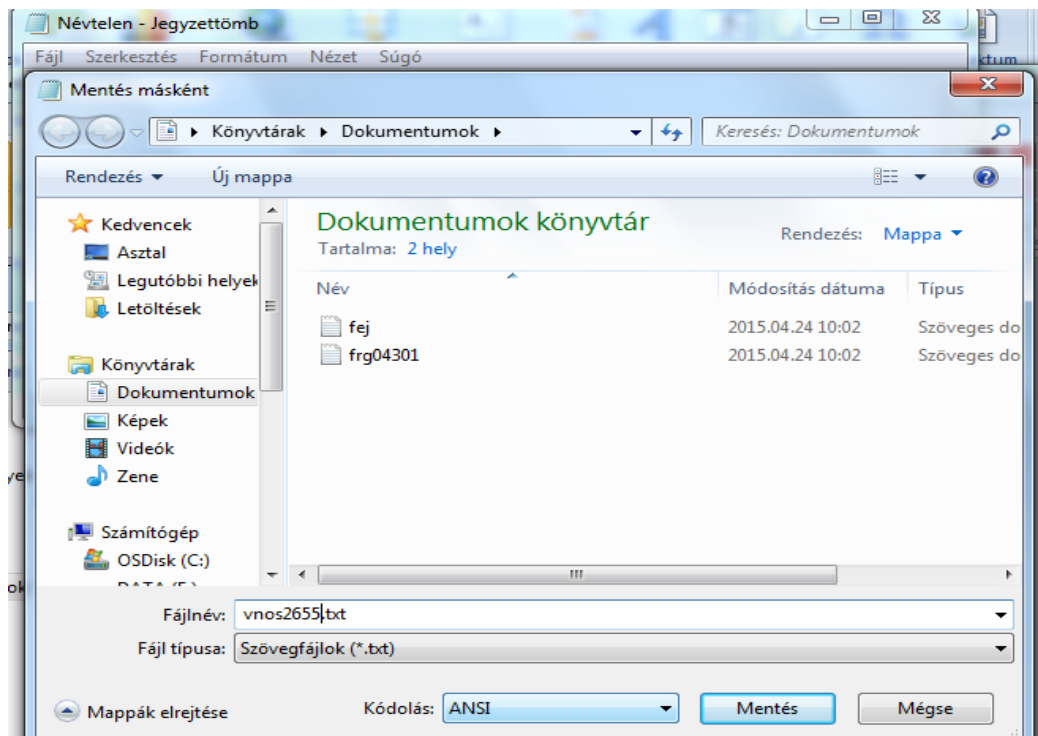
Az adat FILE tartalma: Védőnői méhnyakszűrés

Az adat FILE formátuma: TXT

Az adat FILE neve TXT formátumban:

VNOSÿÿÿÿ.TXT

Szolgáltató OEP kódja (pl.: 2655 - Dióskál -)



19. sz. ábra File név megadása 3.

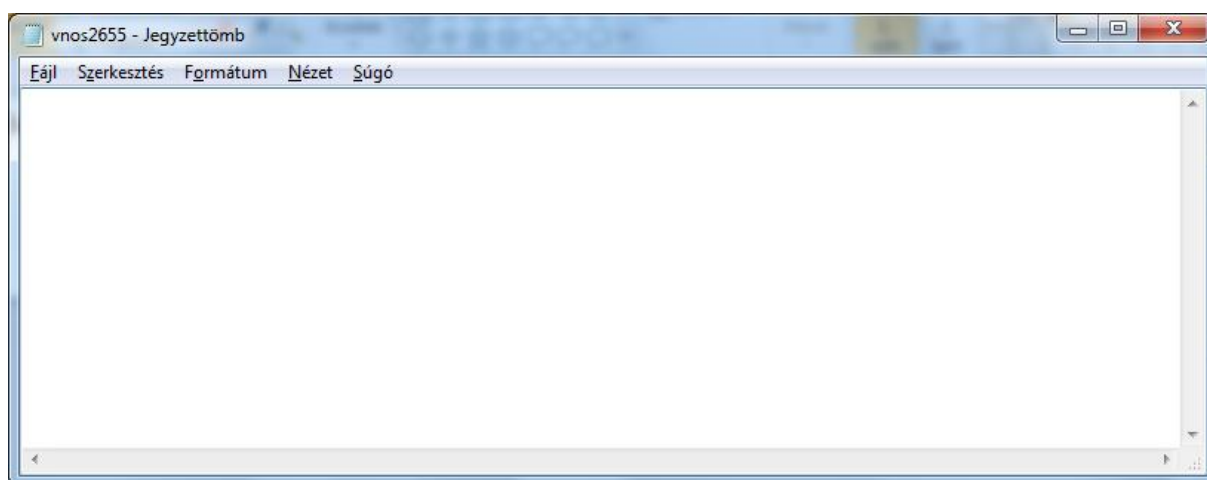
Formai követelmények

Az adat FILE tartalma:	Védőnői méhnyakszűrés
Az adat FILE formátuma:	TXT
Az adat FILE neve TXT formátumban:	VNOS□□□□.TXT Szolgáltató OEP kódja

Mező kód	Pozíció	Hossz	Típus	Mező deffiníció
MEGYE_KOD	1	2	C	A megye OEP szerinti kódja
OEP_KOD	3	4	C	A szolgáltató OEP kódja
SZOLG_KOD	7	9	C	A szolgálat finanszírozási kódja
SORSZAM	16	5	N	Az ellátás sorszáma
DATUM	21	8	D	Az ellátás dátuma
TAJ	29	9	C	Az ellátott TAJ száma
SZULIDO	38	8	D	Az ellátott születési ideje
AZ_TIP	46	1	C	személyazonosító típusa
ALLAMP	47	3	C	érvényes biztosítás országának vagy a kezelt állampolgárságának kódja
TERKAT	50	2	C	térítési kategória
IRSZAM	52	4	C	Az ellátott irányítószáma
OENO	56	5	C	A végzett tevékenység OENO kódja
MODIDO	61	6	C	Jelentés időszaka (ÉÉÉÉHH formában)
MODTIPUS	67	1	C	Módosítás típusa
CRLF	68	2		CR+LF

2. táblázat Formai követelmények

Jelentési adatok megadása



20. sz. ábra Jelentési adatok megadása

(Forrás: Simon Norbert OEP Informatikusa)

MELLÉKLETEK

1. számú melléklet Az OSZRComm Modul elérhetőségei

<https://szures.antsz.hu/OSZRComm/>

(Munkaidőben folyamatos üzemeltetésű rendszer, esetleges rendszer karbantartási időszakok hétköznap 24.00-03.00 között, vagy hétvégén)

2. számú 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 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 burjánoznak, és ha nem kezelik, rákot okoznak. A méhnyakrák keletkezését fokozódó súlyosságú hámváltozások 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 közöskölnék 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 járó-betegellátásban 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 szűrvizsgálat 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.

Ábrajegyzék

1. sz. ábra A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrés szervezésének folyamata.....	61. oldal
2. sz. ábra A védőnői méhnyakszűrés során használt citológiai lap.....	64. oldal
3. sz. ábra A kenetvétel.....	66. oldal
4. sz. ábra A fixálás.....	67. oldal
5. sz. ábra Hagyományos és LBC módszerrel készített kenet	70. oldal
6. sz. ábra Szakmai együttműködések.....	74. oldal
7. sz. ábra Profil az OSZR-ben.....	77. oldal
8. sz. ábra Saját adatok megváltoztatása.....	77. oldal
9. sz. ábra Lakosok szűrési listája.....	79. oldal
10. sz. ábra Adatok felvitele, megtekintése.....	80. oldal
11. sz. ábra Felhasználói regisztráció.....	81. oldal
12. sz. ábra OSZIR elérése.....	81. oldal
13. sz. ábra További jogosultság igénylése.....	82. oldal
14. sz. ábra További partnerek igénylése.....	83. oldal
15. sz. ábra Jegyzetömb elindítása 1.....	85. oldal
16. sz. ábra Jegyzetömb elindítása 2.....	86. oldal
17. sz. ábra File név megadása 1.....	86. oldal
18. sz. ábra File név megadása 2.....	87. oldal
19. sz. ábra File név megadása 3.....	87. oldal
20. sz. ábra Jelentési adatok megadása.....	88. oldal

Táblázatjegyzék

1. táblázat Nemzetközi méhnyakszűrési gyakorlat.....	55. oldal
2. táblázat A kommunikációs modul jelölései.....	84. oldal
3. táblázat Formai követelmények.....	88. oldal

Ajánlott és felhasznált irodalom

1. Dr. Döbrössy Lajos Daganatos betegségek szűrése Magyarországon, Spring Med Kiadó 2005
2. Fehér Erika: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve, Védőnő, XXII. Évfolyam, 2. szám (5-9 oldal) 2012
3. Lampé László Szülészeti-Nőgyógyászati 1-3, Medicina könyvkiadó 1987
4. Méhnyakrák megelőzése és Népegészségügyi célú méhnyakszűrés 2005 ÁNTSZ
5. Népegészségügyi Onkológiai Szűrések Minőségbiztosítási Kézikönyv és Módszertani Útmutató Szerk. Dr. Döbrössy Lajos, 2005 ÁNTSZ
6. 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
7. Hanka, K.: My life in my hands! Why does not the organized cervical cancer screening work in Hungary?
8. Kezemben az életem! Miért akadozik a szervezett méhnyakrák szűrés hazánkban? Nővér, 2008, 21(4), 22–26.
9. Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, Orvosi Hetilap, 148. évfolyam 12. szám, 2007.
10. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet 3. § ac
11. Forrás: Gyulai Anikó, Kósa Zsigmond, Árváné Egri Csilla, Csire Tamás Béla, Takács Péter A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrésben résztvevők szakmai attitűdjének vizsgálata (2016)
12. Árváné Egri Csilla Projekt beszámoló 2015 OTH
13. 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
14. Dr. Döbrössy Lajos Oktatási anyag a védőnői méhnyakszűrés támogatására
15. <https://docplayer.hu/1691986-Nepegeszsegugyi-celu-mehnyakszures-oktatasi-anyag-a-vedonoi-mehnyakszures-tamogatasara-dr-dobrossy-lajos.html> Letöltés:2018.06.19.
16. <http://genium-med.hu/a-mehnyakrak-szures-legujabb-modszere/>