

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE  
ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE

**Továbbképzés  
a Védőnői Méhnyakszűrő Programban  
részvett védőnők számára**

**HALLGATÓI TANANYAG**

ÁNTSZ ORSZÁGOS TISZTFŐORVOSI HIVATAL  
BUDAPEST  
2013

A tananyag az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megbízásából  
a "Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési illetve  
vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása" című pályázat  
megvalósításához a TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 azonosító jelű program  
keretében készült.

*Szerkesztette:*

Dr. Koiss Róbert Ph.D.  
szülész-nőgyógyász, nőgyógyász onkológus

*Szerzők:*

Tóth Tímea védőnő  
Dr. Füzesi Zsuzsanna orvos, szociológus, egyetemi tanár  
Nagy Attila programozó matematikus – közgazdász

*Lektorálta:*

Gyulai Anikó védőnő, egészségtan tanár

*Készült:*

az OTH Nyomdájában 2013-ban.

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEKÖSZÖNTŐ</b> .....	<b>5</b>
<b>I. A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE</b> .....	<b>7</b>
1. Méhnyakrák okozta megbetegedés és halálozás .....	7
1.1. Magyarországi adatok, nemzetközi kitekintés, összehasonlítás.....	7
1.2. A daganat fogalma, eredete .....	11
1.2.1. Biológiai kezdet .....	13
1.2.2. Klinikai szakasz .....	13
1.2.3. Preklinikai kimutathatóság szakasza .....	13
1.3. Méhnyakrákról .....	14
1.3.1. A méhnyakrák előtti állapot.....	14
2. Szűrés, mint lehetőség a méhnyakrák megelőzésében .....	16
2.1. Szűrés .....	16
2.1.1. Szervezett szűrés elemei, kritériumai .....	18
2.1.2. A szűrővizsgálatok haszna .....	18
2.1.3. Az önkéntesség elve.....	19
2.2. Méhnyakszűrés története Magyarországon .....	19
2.3. Kolposzkópos vizsgálat értékei és korlátai .....	21
2.4. Citológiai lelet.....	22
2.4.1. Papanicolau-féle osztályozás .....	23
2.4.2. A Bethesda-osztályozás .....	23
3. Védőnők bevonása a népegészségügyi célú, szervezett méhnyakszűrésbe ....	25
3.1 Védőnői méhnyakszűrő programok eredményei, tapasztalatai.....	25
3.1.1. Heves és Nógrád megyei felmérés (2011) .....	27
Miért választotta a védőnői szűrést? .....	28
Van-e igény a védőnői szűrésre? .....	28
3.2. A védőnő helye, szerepe a méhnyakszűrésben .....	29
3.2.1. A szűrési tevékenység szervezése .....	32
Központi, országos szervezés .....	32
Helyi szervezés – a védőnői szűrés szervezése .....	32
1. A szűrendők listája .....	33
2. Szűrendők látogatása .....	34
3.2.2. A szűrési tevékenység .....	35
3.2.3. Együttműködés - társ szakmákkal, helyi intézményekkel, szervezetekkel, valamint a Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szerveivel.....	42
Ajánlott és felhasznált irodalom .....	43
<b>II. KOMMUNIKÁCIÓS ISMERETEK VÉDŐNŐKNEK EGY SPECIÁLIS PROGRAM KAPCSÁN</b> .....	<b>45</b>
Mi a kommunikáció?.....	46
7 tévhit a kommunikációval kapcsolatban.....	46
A kommunikáció néhány fontos alapelve .....	48
A védőnői kommunikáció általános célja a programban .....	51
A védőnői kommunikáció konkrét célja a programban .....	53
A program kommunikációs környezetének sajátossága .....	54
A védőnői méhnyakszűrés, mint szolgáltatás „eladása” a klienseknek.....	57
A védőnői méhnyakszűrés „eladása” az egészségügyi dolgozóknak .....	60
A konfliktusok megelőzése. Az „én-üzenetek” szerepe a kommunikációban ....	63

A páciens és a védőnő találkozásának hatásai és következményei .....	64
A folyamatos szűrés fontosságának kommunikálása .....	67
A leletek tájékoztatásához kapcsolódó kommunikáció .....	68
Szűrés szervezése, a társszakmákkal való kapcsolat, a helyi közösség bevonása.....	71
A hiányzó, az utolsó kilométer megtétele .....	72
Ajánlott és felhasznált irodalom .....	73
A szerzőről.....	73
<b>III. SZŰRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER / OSZRComm MODUL .....</b>	<b>75</b>
A továbbképzés céljai.....	76
Az OSZR rendszer működése.....	77
A szűrés ismertetése .....	77
A szűrés elemei .....	77
A lakosságlista .....	78
A megjelenési lista.....	79
A megbetegedési lista .....	79
A szűrési rendszer környezete .....	79
Szervezeti környezet, szereplők .....	79
Behívó-visszahívó rendszer .....	80
OSZRComm modul.....	81
Szűrés - microsite.....	81
A minőségbiztosítási rendszer.....	81
A méhnyak szűrése .....	83
A szűrés menete.....	83
A területi onkológiai szűrés koordinálási osztályok által végzett szűrés-specifikus tevékenység .....	83
Résztevők és adatáramlás .....	85
Az OSZRComm modul működése .....	86
Bejelentkezés.....	86
Ki vagyok én és Kijelentkezés.....	86
Saját adatok megváltoztatása.....	87
Szűrési lista kezelés .....	87
Adatok felvitele, megtekintése.....	90
Felhasználói gyorslisták .....	91
A Kommunikációs modulban használt jelölések .....	92
A szűrési microsite.....	93
Felhasználói regisztráció .....	93
További hozzáférés igénylése.....	97
Tervezett fejlesztések.....	99
Felhasználókezelés integráció .....	99
Védőnői Látogatások száma .....	99
védőnői körzetek kezelése .....	99
<b>MELLÉKLET .....</b>	<b>100</b>
Az OSZRComm modul elérhetőségei .....	100
Teszt rendszer .....	100
Éles rendszer .....	100
Szűrés microsite .....	100

# **BEKÖSZÖNTŐ**

## **TISZTELT VÉDŐNŐK!**

Nagy örömmre szolgált a továbbképző hallgatói tananyag szerkesztése. A szűrési tevékenység nem csak kenetvételt jelent, hanem egészségnevelést, betegtájékoztatást, preventív gondolkodást. Önök már rendelkeznek ezekkel a képességekkel, de ezt a kincset ápolni, gondozni kell. Célunk ezzel a tananyaggal a meglévő ismereteik bővítése, a méhnyakszűrés során felmerült kérdésekre történő válaszadás. A tankönyv szerkesztésekor figyelembe vettük azokat a kommunikációs, szervezési és informatikai nehézségeket, amelyekkel munkájuk során minden nap találkoznak. A szerzők munkájukba beépítették az Önöktől érkező kérdéseket, problémákat, és fejezeteikben olyan megoldási lehetőségeket kínálnak, amelyeket sikeresen alkalmazhatnak a szűrési tevékenységükben.

Forgassák a tananyagot, mint gyakorlati kézikönyvet, és bátran hasznosítsák a benne lévő ismeretanyagot a napi gyakorlatban!

Jó tanulást és további sikeres munkát kívánok!

*dr. Koiss Róbert szakmai vezető*



## I. A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE

### 1. MÉHNYAKRÁK OKOZTA MEGBETEGEDÉS ÉS HALÁLOZÁS

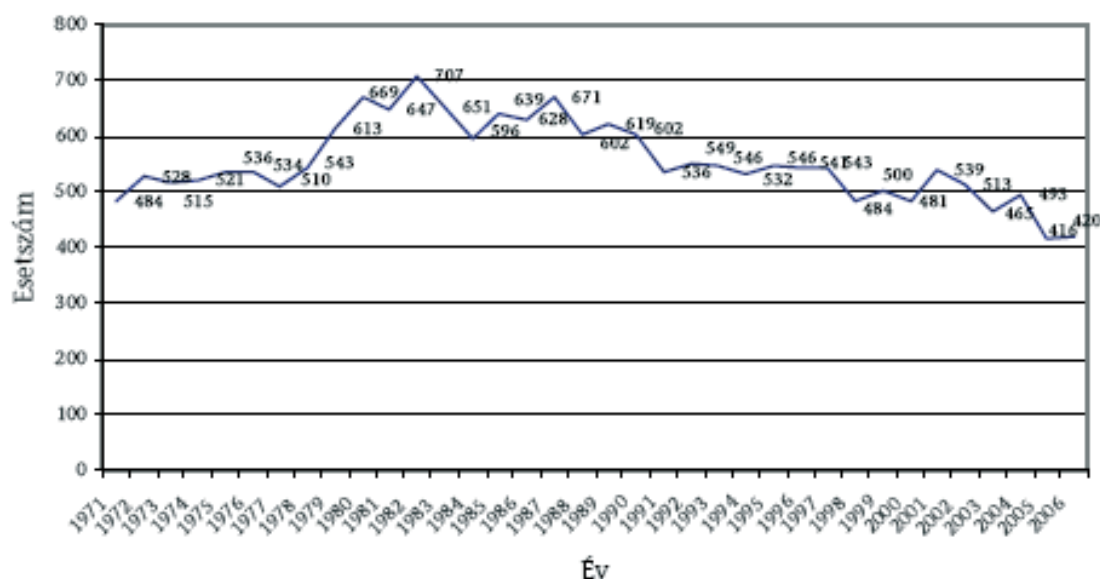
#### 1.1. MAGYARORSZÁGI ADATOK, NEMZETKÖZI KITEKINTÉS, ÖSSZEHASONLÍTÁS

Magyarországon igen magas a daganatos megbetegedések és halálozások száma. 2007-ben a meghaltak 23,8 %-a (31 639 fő) valamilyen daganatos betegségben halt meg. (2007-ben 132 938 meghalt ) ( *forrás: KSH* )

A nők daganatos halálozása – a daganat típusától függően - 28-37%-kal magasabb az uniós átlagnál, és 12-23%-kal haladja meg a 2004-ben és 2007-ben az unióhoz csatlakozott országokban tapasztalható átlagos szintet.

2007-ben Magyarországon 424 nő halt meg méhnyakrák okozta halálozás miatt. A halálozási esetszámok - sajnos - hosszú évek óta a 400 fő/év körül mozognak, dacára a sok évtizedes „nőgyógyászati rákszűrés” igyekezetnek<sup>1</sup>.

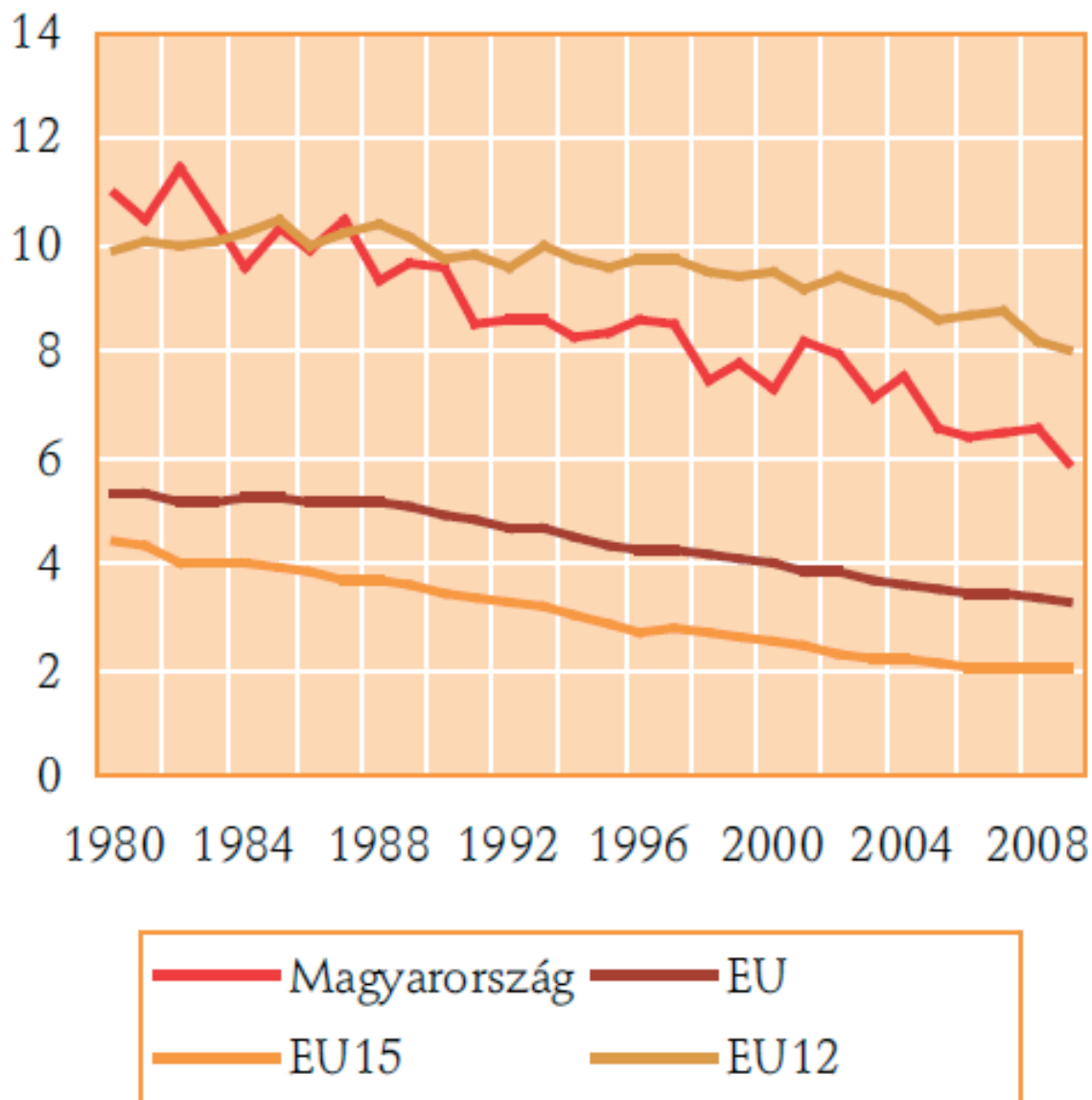
Magyarországi méhnyakrák halálozási esetszámok 1971 és 2006 között



1 Forrás: Jelentés az egyes onkológia szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről - Ász,2008.május

Hazánkban a méhnyakrák okozta halálozás ma háromszorosa az unió legfejlettebb országai halálozásának.<sup>2</sup>

### SMR 1/100 000



**Méhnyakrák okozta halálozás alakulása Magyarországon és az EU 12, EU 15 országában, illetve az EU átlagához viszonyítva 1980-2009<sup>3</sup>**

<sup>2</sup> Demográfiai portré 2012. 6. fejezet 68. oldal

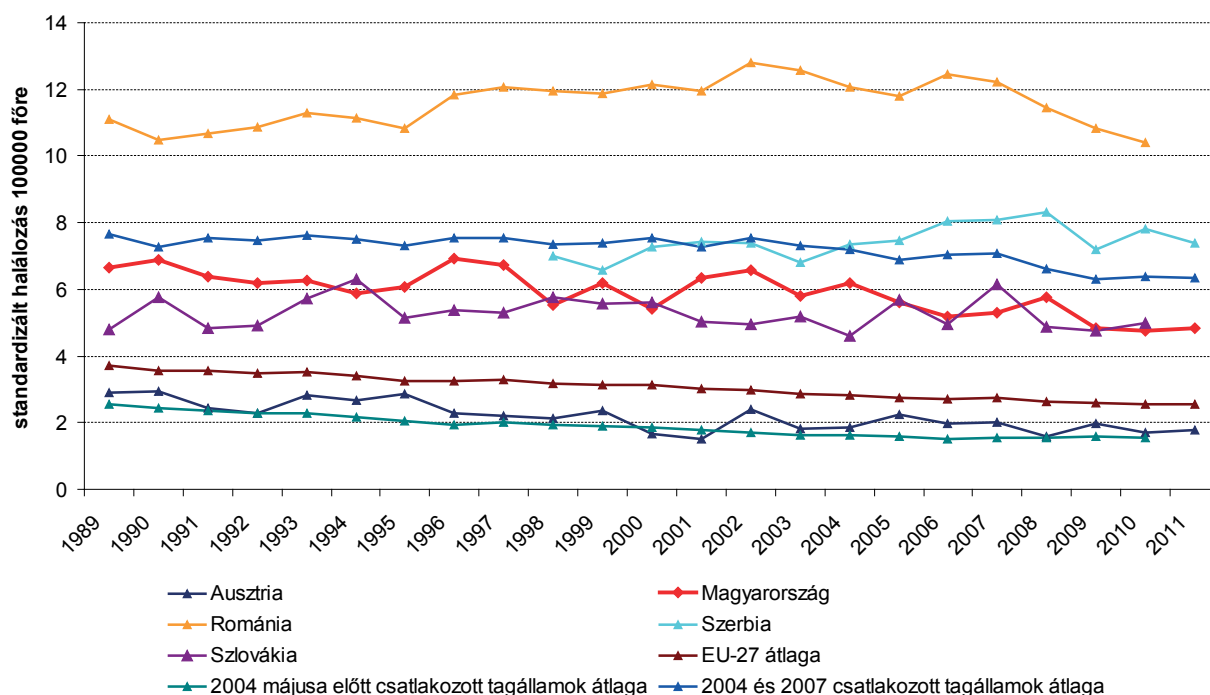
<sup>3</sup> Forrás: European Health For All Database (HFA-DB).



## A 0-64 éves korú nők méhnyakrák okozta standardizált halálozásának alakulása (1989-2011\*)

Hazánk adataiban – az ingadozások ellenére – összességében egy kismértékű csökkenés tapasztalható. Eredményeink a 2004 és 2007 között csatlakozott tagállamok átlagánál kedvezőbbek, ugyanakkor a hazai okspecifikus halálozási adatok az EU-27 átlagát 2011-re sem érték el, elmaradásunk továbbra is jelentős.

## A 0-64 éves nők méhnyakrák okozta standardizált halálozásának alakulása (1989-2011\*\*)<sup>4</sup>



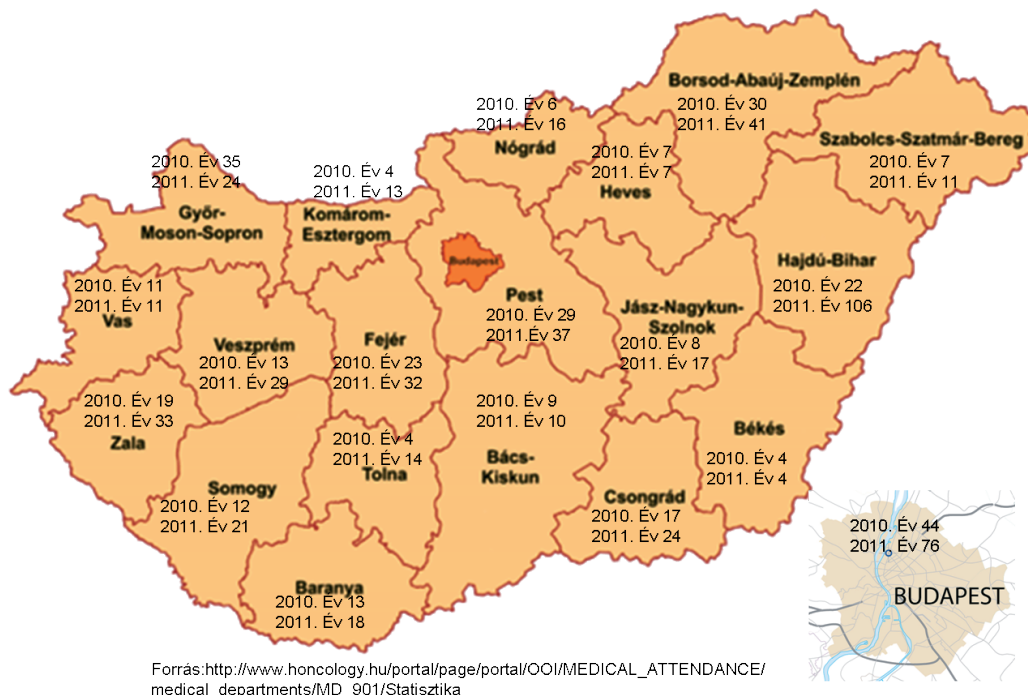
\*Utolsó rendelkezésre álló év 2010 vagy 2011 volt

\*\*Standardizált Halálozási Arányszám (SHA): direkt módszer szerint standardizált mutató; Standard: európai népesség kormegoszlása, 1976

4 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2/offline-version>

**A 2010-2011. évi újonnan felfedezett in situ carcinoma esetek gyakoriságát vizsgálva (incidencia) az alábbiakat látjuk: <sup>5</sup>**

Méhnyakrák újonnan felfedezett in situ carcinomája (2010-2011)



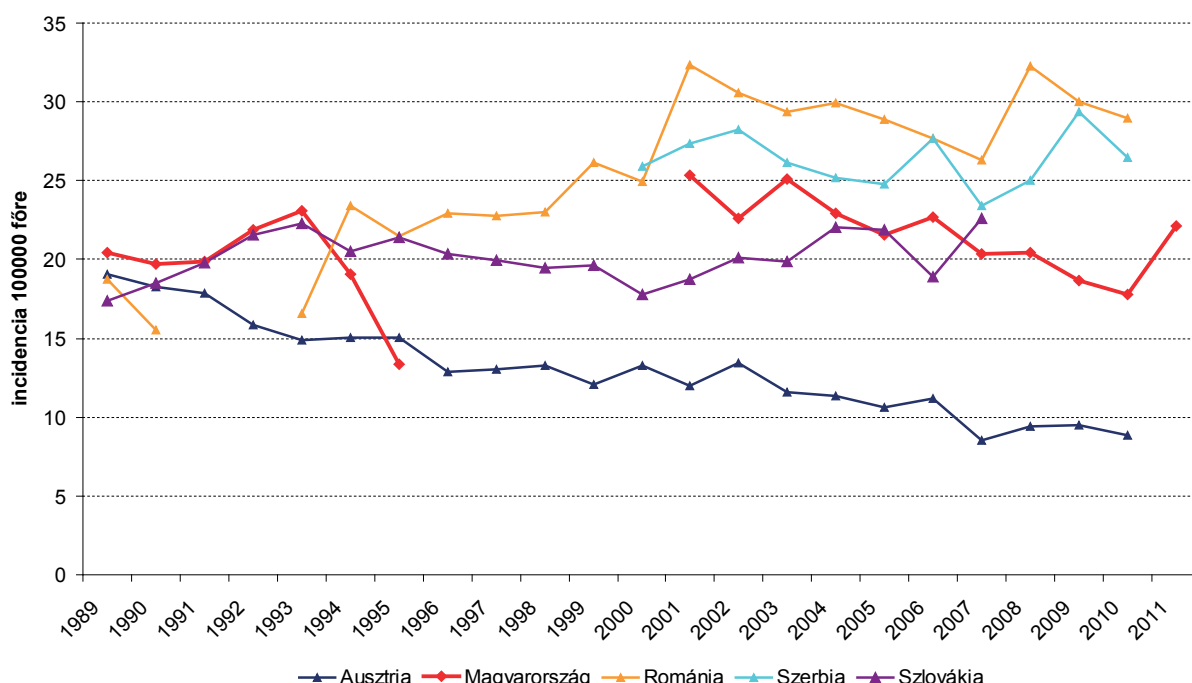
### Néhány európai országhoz hasonlítva:

***Az újonnan diagnosztizált méhnyakrák incidenciája hazánkban és néhány európai országban (0-x évesek, 1989-2011\*)<sup>6</sup>***

- egyértelmű tendencia hazánk esetében a jelentős ingadozások és a hiányzó adatok miatt nem állapítható meg;
- az utolsó olyan év alapján, amelyben minden vizsgált országból rendelkezésre álló adat (2007) hazánk eredményei Románia, Szerbia és Szlovákia mutatóinál kedvezőbbek, Ausztria megbetegedési mutatóinál viszont csaknem 2,5-szer magasabbak voltak.

<sup>5</sup> Forrás: [http://www.honcology.hu/portal/page/portal/OOI/MEDICAL\\_ATTENDANCE/medical\\_departments/MD\\_901/Statiztika](http://www.honcology.hu/portal/page/portal/OOI/MEDICAL_ATTENDANCE/medical_departments/MD_901/Statiztika)

<sup>6</sup> <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2/offline-version>



## 1.2. A daganat fogalma, eredete

A daganat (neoplasma) a szervezet saját, de maradandóan megváltozott sejtjeiből – jelenleg többnyire ismeretlen okból – keletkező kóros szövettömeg.

Legalapvetőbb jellemzői a következők:

- növekedése nincs összhangban a kiindulás helyét képező szövet növekedésével,
- mértéken túli burjánzása akkor is fennáll, amikor a feltételezett kiváltó stimulus hatása már megszűnt,
- szöveti szerkezete többé-kevésbé eltér a kiindulás helyét képező szövet felépítésétől,
- a szervezetszabályozó mechanizmusaitól bizonyos mértékig független (autónóm) növekedést mutat,
- a szervezet számára haszontalan, sőt gyakran egyenesen káros tevékenységet folytat.

A daganat minden olyan sejtől kiindulhat, amely a születés után szaporodóképességét megőrizte. Érthető tehát, hogy az emberi daganatok szerkezetükben igen változatosak lehetnek. A daganatok leggyakrabban olyan szövetekből erednek,

melyek sejtjei normál körülmények között is állandóan pusztulnak és megújulnak, s melyek környezete különböző károsító ágensek hatásának leginkább ki vannak téve (pl. bőr, gyomor, bélrendszer stb.).

A daganatok kiindulhatnak igen magasan differenciált, speciális szövetekből is, melyek normális körülmények között rendkívül alacsony osztódási aránnyal (pl. máj, pajzsmirigy, mellékvese, porc, zsírszövet stb.) rendelkeznek.

A jó és rosszindulatú daganatok elkülönítésének legmegbízhatóbb eszköze a szövettani vizsgálat, melynek során alkalmunk van a daganat szerkezetének, differenciáltsági fokának megítélésére, a daganatsejtek citológiai vonásainak meghatározására.

A benignus daganatok szinte kivétel nélkül rendkívül jól differenciáltak, velük ellentétben a malignus daganatok differenciáltsági foka rendkívül változó lehet.

A legkifejezettebb elváltozások talán a sejtkapcsoló struktúrák számában és jellegében mutatkoznak. A daganatok esetében a sejtkeltekés és sejtpusztulás közötti egyensúly borul fel, és eredményezi a sejtszisztem progresszív növekedését.

Tudva lévő, hogy a daganatos betegség által okozott halálozás mérséklésére a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia. A „szűrés” meghatározásában foglaltak kifejeznek minden olyan tevékenységet, melyek a panasz és tünetmentes személyek vizsgálata útján rejtett, még tünetmentes daganat kimutatását célozzák. A daganatok fejlődésmentének („natural history”) koncepciója 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.

A szervezet ép szöveteit - az élettani állapotot - az élet során számos károsító behatás éri. A rák kialakulását kockázati tényezők befolyásolhatják. Bizonyos kockázati tényezők feltárása elejét veheti a betegség kialakulásának. **A folyamat megindulásának megelőzését célzó tevékenység a betegségek „elsődleges megelőzése”.**

A betegség kialakulásának folyamatában két határpont van: az egyik a betegség biológiai kezdete, amely még tüneteket nem okoz, a másik a panaszok és a tünetek megjelenése, amelyek nyomán a beteg orvoshoz fordul.

### **1.2.1. BIOLÓGIAI KEZDET**

A daganatok keletkezése többlépcsős folyamat, amelynek során a „rákkeltők” hatására a sejtekben molekuláris-genetikai események sora megy végbe. A sejtek genetikai anyaga, a DNS károsodást szenved. A sejtosztlást szabályozó, gátló („szuppresszor”) mechanizmusok hatása nem érvényesül. A programozott sejtelhalás („apoptózis”) visszafordíthatatlan módosulása következtében a sejtek „halhatatlanná” válnak, ellenőrizetlenül oszlanak. Megindul a rákra jellemző kontrollálatlan sejtburjánzás. Némán, az érzékelés küszöbe alatt, azaz észrevétlenül kezdetét veszi a daganatképződés.

### **1.2.2 KLINIKAI SZAKASZ**

A panaszok és a tünetek megjelenésével veszi kezdetét a betegség klinikai szakasza. A megbetegedettek gyakran ezen panaszok és tünetek fellépése után fordulnak orvoshoz. A betegség kórisméjét klinikai vizsgálatokkal állapítják meg.

### **1.2.3. PREKLINIKAI KIMUTATHATÓSÁG SZAKASZA**

A panaszok és tünetek jelentkezésével csak „a jéghegy csúcsa” mutatkozik. A betegség biológiai értelemben vett kezdetétől a tünetek jelentkezéséig terjed a betegség teljes preklinikai szakasza. Ezen belül elkülönül egy olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó szakasz, amely alatt a még rejtetten, tünetmentesen fejlődő daganat valamilyen paraméterében már jelt ad magáról. Például úgy, hogy a méhnyak felszínéről rákmegelőző állapotban jellegzetes morfológiájú sejtek válnak le. Ezt a szakaszt nevezik a preklinikai kimutathatóság szakaszának, amely alkalmat kínál a tünetmentes célbetegség felismerésére: a szűrésre. Azt az időtartamot, amíg a kialakuló daganat a preklinikai kimutathatóság szakaszában tartózkodik „tartózkodási idő”-nek nevezik.

A preklinikai kimutathatóság szakasza maga is több szakaszra tagolható attól függően, hogy sor kerül-e szűrővizsgálatra, és ha igen, mikor. A szűrővizsgálat ideje és a tünetek jelentkezése között eltelt időt a szakirodalom „időelőny”-nek nevezi; ez azt az időtartamot jelenti, amellyel a szűrővizsgálat egy-egy adott esetben ténylegesen előbbre hozza a daganat felismerését, és ennek köszönhetően korábban kerülhet sor a kórismézésre, illetve a kezelés megkezdésére; ez a beteg életkilátásai szempontjából „megnyert” idő. Ha viszont a szűrés késedelmeskedik, elvesztegetett időről vagy „késedelmi”-ről beszélnek. A szűrővizsgálat esélyt ad a gyógyítás mielőbbi megkezdésére, esetenként az invazív növekedés és áttétképződés, sőt a halálos kimenetel kivédésére is.

### **1.3. MÉHNYAKRÁKRÓL**

A méhnyakrák hosszú idő, mintegy 10 év alatt fokozódó súlyosságú hámelváltozásokon keresztül kialakuló progresszív betegség, ezért – a szakterület mai állása szerint - 3 évenkénti, később 5 évenkénti szűrővizsgálatnak jó esélye van „tetten érni” a folyamatot, mielőtt még invazív rákká alakulna. A kimutatható hámelváltozások egy része súlyosbodik (progreddiál), más részük akár kezelés nélkül is normális hámmá alakul vissza, azaz regrediál.

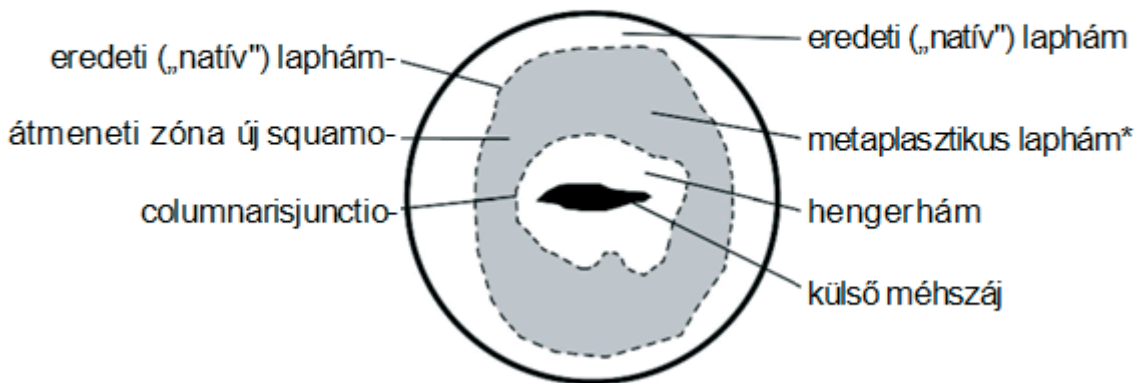
#### **1.3.1. A MÉHNYAKRÁK ELŐTTI ÁLLAPOT**

A **cervikális diszplázia** elnevezést használják a méhnyakrákot megelőző hámelváltozások megjelölésére. Ez a gyűjtőfogalom foglalja össze a méhnyak hámjának valamennyi kérés gátlással, a differenciálódás elmaradásával, és fokozott osztódási képességgel bíró állapotát, a rák kivételével. Minél súlyosabb az elváltozás, annál inkább elveszíti a hám szabályos rétegződését, egyre több mitózis fordul elő. A kóros átalakulás ott kezdődik, ahol a méhnyak külső felszínének laphám-borítása és a nyakcsatorna hengerhám-bélése találkozik, ez a terület a squamo-columnaris junctio.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control- A guide to essential practice, WHO, 2006., 32. oldal: Sellors JW, Sankarana- rayanan R Colposcopi and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. Lyon, France, IARCPress, 2002.

**Az átmeneti zóna szülőkorbán levő, szült nőben**



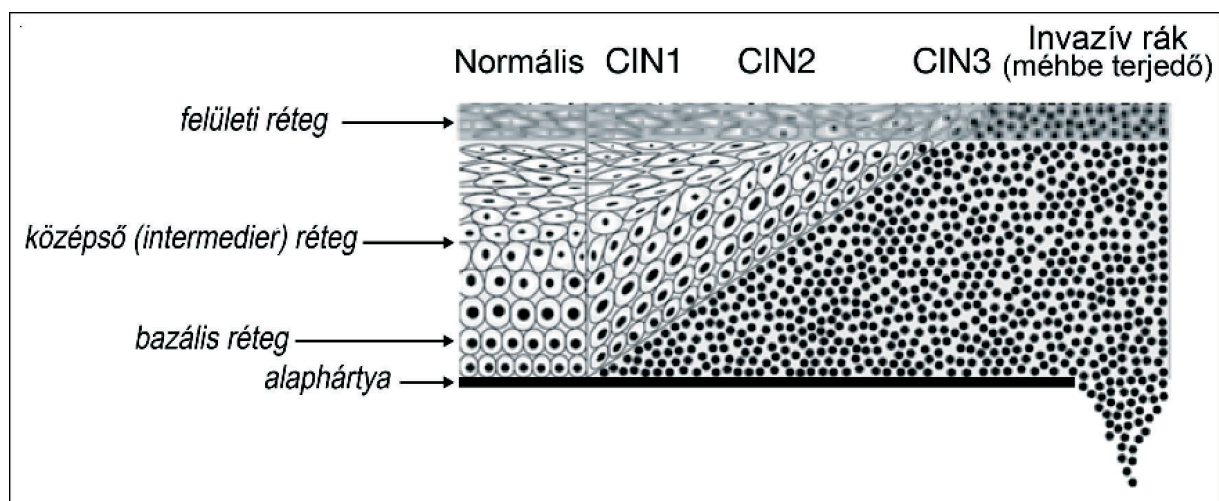
Átmeneti zónának nevezzük azt a területet, amely a régi és az új squamo-columnaris vonal közé esik.

A **cervikális diszplázia** tulajdonképpen fokozódó, súlyosbodó hámelváltozások gyűjtőneve, amelyben akár daganatsejtek biológiai és morfológiai jellegzetességei is kimutathatók. A legenyhébb fokozata a normális, ép hámtól alig különbözik (CIN1), legsúlyosabb fokozata (CIN3) a hámborításon belül maradó ráktól szinte már el sem különíthető. Ennek ellenére külön kategóriába soroljuk a hámborítást át nem lépő in situ carcinomát (CIS), mely már mutatja a rák minden alaki jellegzetességét, megbetegedés, az invázió kivételével. A rákmegelőző állapotok gyűjtőneve: CIN

- CIN1: Megfelel az enyhe fokú diszpláziának.
- CIN2: Mérsékelt diszplázia.
- CIN3: Súlyos diszplázia.

Az idők folyamán a citológiai észlelt diszpláziák mintegy egytizedéből alakul ki invazív rák. A súlyos fokú diszpláziából tízszer nagyobb valószínűséggel alakul ki rák, mint az enyhe fokú diszpláziából. Epidemiológiai megfigyelések igazolták, hogy a méhnyak in situ rákjának is van esélye a visszafejlődésre, különösen fiataloknál. Az invazív rákká alakulás valószínűsége a korral nő.

*A méhnyak kóros hámelváltozásának különböző súlyossági fokai*



## **2.SZŰRÉS, MINT LEHETŐSÉG A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZÉSÉBEN<sup>8</sup>**

### **2.1. Szűrés**

A szűrővizsgálat olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy állapotának – ide értve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

A szűrés arra irányul, hogy alkalmunk legyen beavatkozni a betegség természetes lefolyásába, megszakítva ezzel kialakulásának folyamatát. A szűrés segítségével elejét vehetjük a betegség teljes kibontakozásának. Célja tehát több mint, felismerni a más módon még fel nem ismert betegséget.

A szűrés célja a daganatok miatti halálozás csökkentése. Az elkerülhető halálokok körébe azok a rosszindulatú daganatok tartoznak, amelyek korai, még tünetmentes állapotban szűrővizsgálattal felismerhetők.

<sup>8</sup> Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control – A guide to essential practice, WHO, 2006., 38. oldal: Sellors JW, Sankarana-eayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manuál. Lyon, Francé, IARCPress, 2002.



A nemzetközi szakmai-politikai szervezetek, mint a Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC), a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC), és az Európai Unió (EU) ajánlásai szerint a 25 éves korban elkezdett és 65 éves korig periodikusan megismételt szűrés - a méhnyak hüvelyi felszínéről és a nyakcsatornából hüvelyi feltárással vett sejt minta citológiai vizsgálata - jelent védettséget az invazív méhnyakrák kialakulásával szemben.

Az elvégzett vizsgálatok eredményei szerint, a 18-25 év közötti szűrtek körében a szűrés a méhnyakrák népszerűségi előfordulására alig van hatással. A szakemberek kívánatosnak tartják a 25 év alattiak szűrését a szexuális úton terjedő betegségek és a fogamzásgátlók használata miatt. Ezek vizsgálata szakorvosi feladat, ezért nem szerepel a nemzetközi ajánlások között. A szűrésbe bevonandó korcsoport meghatározásának gazdasági kihatásai is vannak, amely a népegészségügyi szűrés tervezésénél nem elhanyagolható szempont. A kérdésben a döntéshozók maguk döntenek.

Magyarországon az évenkénti szűrés igénye rögzült a szakmai köztudatban, de a megszokáson kívül szinte semmi sem érvel mellette. A Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC) elemzést végzett a szervezett szűrőprogram adataival.

A követési idő meghaladta az első vizsgálatától számított 10 évet. Azt találták, hogy az évenkénti, valamint a két, illetve három évenként ismételt szűrések védelmet biztosító hatása közt elenyésző a különbség. Olyan országokban, mint Anglia, Finnország, ahol rendszeresek a szűrővizsgálatok, 3 évente hívják be az asszonyokat.

Joggal megállapítható, hogy az évenkénti szűrés többlet haszna elhanyagolható, viszont az egészségügyi ellátórendszer forrásigénye többszörös. A nemzetközi szakmai fórumok a 3 évenként ismételt szűrővizsgálatokat ajánlják, mely szerint egy negatív citológiai kenetvizsgálat - a méhnyakból is levett sejt minta citológiai vizsgálata - legalább 3 évre nyújt védelmet az invazív méhnyakrák keletkezése ellen.

A daganatos halálozások számának csökkentése érdekében az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja - a **46/2003 (IV. 16.) OGY** határozat alapján - célul tűzte ki, hogy a szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10%-al mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig. Az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet kettő népegészségügyi célú, szervezett szűrést határozott meg: az emlőszűrést és a méhnyakszűrést.

### **2.1.1. SZERVEZETT SZŰRÉS ELEMEL, KRITÉRIUMAI**

A szűrővizsgálat megalapozott módszere a nagy jelentőséggel bíró népegészségügyi problémák halálozási számának mérséklését célozza meg.

Olyan daganatos elváltozás a méhnyakrák, melynek fejlődésmenetét ismerjük és hosszú ideig – átlagosan 8-10 évig - fejlődik ki, ezért a „preklinikai kimutathatóság szakaszában” kitűnően alkalmas a szűrővizsgálat. A betegség lefolyását a korai kezelés kedvezően befolyásolja. Fontos eleme a lakosság szervezett szűrésének, hogy meghatározott közigazgatási egységben valósul meg, ahol a céllakosság is egyénileg azonosítható. A népegészségügyi szűrővizsgálatokat a méhnyakszűrés szakmai protokollja szabályozza, és meghatározza a résztvevők életkorát és a vizsgálatok megismétlésének a gyakoriságát, azaz a szűrés és az újra-szűrés közötti intervallumot. Személyre szól a behívási, visszahívási és követési rendszer.

A népegészségügyi szűrésben a védőnő munkáját segíti a számítógépes nyilvántartás működése és használata. A minőségbiztosítási program a háttérből biztosítja a szűrés megvalósulását. Fontos kritérium, hogy a szűrés az egyén számára könnyen kivitelezhető és biztonsággal elvégezhető legyen. A vizsgált személy szempontjából fontos, hogy ne okozzanak fájdalmat és kényelmetlenséget. Továbbá kívánalom, hogy a célzott szűrővizsgálat minél költséghatékonyabb legyen a korai felismerés szempontjából.

### **2.1.2. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK HASZNA**

A szűrések költségesek, de a másik oldalról eredményként várható, hogy emelkedik a korai klinikai stádiumok kezelése, és csökken az elhanyagolt, előrehaladott esetek száma, valamint az utógondozás és a halálozások száma.

A szűrések érzékenysége (szenzitivitás) annak a mutatója, hogy a szűrővizsgálati módszer milyen biztonsággal képes feltárni a célbetegséget. A módszer akkor érzékeny, ha a tévesen negatív esetek száma alacsony. A fajlagosság (specificitás) azt mutatja meg, hogy az adott szűrővizsgálati módszer mennyire pontos az adott betegség kimutatásában. A méhnyak esetében ez azt jelenti, hogy a méhnyak felszínéről levett kóros sejtek csak a méhnyakból származhattak, vagyis a méhnyak

daganatra utalnak, és nem a petefészek, méhtest vagy hüvelyrákra. A citológiai vizsgálat érzékenysége 70-85% közötti, míg a specifitása 90-95%. Ezért fontos a szűrésben résztvevők követése!

### **2.1.3. AZ ÖNKÉNTESSÉG ELVE**

A szervezett szűrésen való részvétel önkéntes.

A szűrendő hölgyek központilag meghívó levél formájában kapnak értesítést a szűrésről. A védőnőnek abban van kiemelkedően fontos szerepe, hogy a vizsgálatra hívott személyt kellő támogatásban részesítse a döntés meghozatalában.

A tájékoztatás tartalmazza a szűrés minden előnyét, megnyugtatót kap a hölgy a korai felismerés és kezelés lehetőségéről, a megelőzés és a gyógyulás esélyéről. Fel kell hívni a figyelmet a tévesen negatív leletre, ha panasza jelentkezik, vagy tünet mutatkozik, haladéktalanul forduljon orvoshoz!

Feladatuk a pontos, részletes információ átadása, a konzultatív tanácsadás alkalmazása, a tanácsadás standard lépéseinek a követése.

A részvétel, mint egyfajta ráutaló magatartás, jogi értelemben is kiváltja a beleegyező nyilatkozat szükségességét. Ismerniük kell, hogy a szűrővizsgálat az egészség tudatában lévő embereket mozdítja ki a nyugalomból, és felvillantja előttük a betegség lehetőségét, zavartalan életüket átmenetileg a „beteg szerepébe” helyezi.

## **2.2. MÉHNYAKSZŰRÉS TÖRTÉNETE MAGYARORSZÁGON**

Magyarországon a „nőgyógyászati rákszűrésnek” hagyományai vannak. Az Országos Onkológiai Hálózat működési szabályzata 1954-ben előírta a 30 éven felüli női lakosság „tömeges szűrővizsgálatát”. A szűrés módszere kolposzkópos vizsgálat volt, mely egy optikai vizsgálóeljárás, lehetővé téve a portio-felszín húszszoros nagyításban történő térbeli vizsgálatát. A vizsgálat az ép szövetek és a kóros szövetek portiofelszínen kialakult, eltérő szövetrajzolatát figyeli meg, ami szabad szemmel nem látható. Tájékoztat a szövetek helyzetéről, viselkedéséről. Előnye, hogy az egész portiofelszín áttekintésére alkalmas. Az 1960-as években vette kezdetét a komplex nőgyógyászati vizsgálat, melynek része lett a kenet citológiai vizsgálata-

ta. 1976-ban készítették el a módszertani levelet a szülészeti-nőgyógyászati szakellátás és onkológiai hálózat együttműködéséről.

Az első „cervix-program” 1981-ben vette kezdetét, a 20-65 év közötti nők két évenkénti citológiai szűrővizsgálatát jelentette. 1981-ben mintegy 0,7 millió citológiai vizsgálat történt Magyarországon, mely szám folyamatosan emelkedett.

1987-1989-ben elérte az 1,3 milliót, ezután pedig jelentősen csökkent. A szűrővizsgálatoknak köszönhetően ritkább lett az elhanyagolt esetek száma, viszont gyakoribbá vált a felfedezett rákmegelőző és a korai valódi rákok száma.

Ennek ellenére a várt hatás, a halálozás csökkenése a népesség szintjén alig mutatkozott meg. Ennek magyarázata, hogy a lakosság átszűrtsége alacsony maradt. A szűrésen szokás szerint, a spontán megjelenő résztvevőket vizsgálták, mely a veszélyeztetettnek minősülő asszonyoknak csak egy részét jelentette.

2003-ban az OGY 46/2003. országgyűlési határozat megerősítette a népegészségügyi program keretében végzett méhnyakszűrés korszerűsítését, a meghívásokövetési rendszerre történő átállást. A 25-65 éves korú nők számára a méhnyakszűrés népegészségügyi célú, szervezett szűrésként biztosítottá vált - az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet módosítása alapján. A szűrés módszere, a méhnyakszűrés bizonyítottan hatásos módszere, a méhnyak felszínéről és a nyakcsatornából hüvelyi feltárással vett sejt minta citológiai vizsgálata maradt – a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásának megfelelően. A szervezett szűrés keretében a 25-65 éves korú nők egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően 3 évenként meghívást kapnak méhnyakszűrésre.

A Nemzeti Rákellenes Program 3.2.1 pontjában a szervezett szűrések fejezetében, a méhnyakszűrés területén a sikeres külföldi példákat követve feladatául határozza meg az előképzett szakdolgozók, így a védőnők bevonását is (2006. február). Ezzel is növelve a szűrésre való hozzáférhetőséget és elérhetőséget, mely hozzájárulhat az átszűrtség növekedéséhez.

Számos ország tapasztalata mára kétségtelenné tette, hogy az alkalmoszerű szűrések nem hoznak olyan eredményeket, amelyeket a népességbeli halálozás csökkenésével mérni lehetne. A méhnyakrák fejlődésmenetének ismerete befolyással van a szűrési

stratégiára. Ismert összefüggés van a méhnyakrák relatív kockázata, és az asszonyok gazdasági és társadalmi helyzete között. A társadalmilag hátrányos helyzetben lévők közt kétszer gyakoribb a méhnyakrák. A korán kezdett szexuális élet, a 20 év alatti első várandósság megháromszorozza a kockázatot ahhoz mérten, mint akik 25 év után vállalnak először terhességet. Fokozza a kockázatot a szülések és a szexuális partnerek száma. Befolyásoló a genitális higiéné és a humán papillomavírus (HPV) fertőzés.

### **2.3. KOLPOZKÓPOS VIZSGÁLAT ÉRTÉKEI ÉS KORLÁTAI**

A hatályos nőgyógyászati szűrési protokoll szerint a kolposzkópos vizsgálat a szűrés elengedhetetlen eleme, ezért értékeinek és korlátainak számbavétele a népességügyi méhnyakszűrés szempontjából is fontos.

Magyarországon a „nőgyógyászati rákszűrés” honosodott meg, mely általános nőgyógyászati vizsgálat keretében történik. Az általános vizsgálat alkalmával kenetvétel, kolposzkópia, bimanuális kismencedencei vizsgálat, és az emlők megtekintése történik. A szakterület mai állásának megfelelő nemzetközi ajánlásokat követve, a „nyugati világ” a méhnyakrák szűrésére kizárólag a citológiát alkalmazza! **A kolposzkópos vizsgálatot csak a szűrés második lépésében, azaz a sejtvizsgálattal észlelt rendellenességek, vagy a felvetett gyanút tisztázó nem-negatív esetekben alkalmazzák.** Kétségtelen, hogy a klinikai értékét növeli a szűrővizsgálatnak, de a gyakorlattal bírók úgy vélik, hogy a lakossági szűrővizsgálat céljaihoz nem visz közelebb. A kolposzkópos vizsgálatnak, mint rákszűrési módszernek a hatásosságát epidemiológiai paraméterekkel mérve sosem vizsgálták, ezért statisztikai értelemben véve a bizonyítékra alapozott orvoslás koncepciója szerinti értékét nem lehet megállapítani. Tömeges szűrővizsgálatok egyedüli módszereként sehol nem alkalmazzák. A „komplex nőgyógyászati vizsgálat” kivitelezése nehézkessé teszi a tömegesen végzendő szűrővizsgálatot, ennek következtében a lakosságszűrést ellehetetleníti. Ez a magyarázata annak, hogy csakis a „cervix-szűrés” szerepel a népességügyi gyakorlatban. Soron lévő feladat a méhnyakszűrést a teljes népesség érdekeit szem előtt tartva népességügyi eljárás rangjára emelni, anélkül, hogy veszélyeztetné a szakmai együttműködést a védőnők részéről is.

A nemzetközi ajánlások, csupán a népegészségügyi méhnyakszűrésre vonatkoznak, és nem teszik vitatottá az évenkénti nőgyógyászati ellenőrző vizsgálat szükségességét. Hosszú távú cél, hogy a méhnyakszűrés módszertanát a nemzetközi gyakorlathoz közelítsük, mely az alapellátás személyzete (védőnő) által vett kenet vizsgálatára szorítkozik. Az első tapasztalatok kedvezőek, ha a további tapasztalatok a várakozásokat igazolják, áttörés várható a lakosság részvételében.

## 2.4. CITOLÓGIAI LELET

A védőnő által vett kenet vizsgálatát jelenleg csak a szerződött citológiai laborban végzik. A kiértékelt leleteket a citológiai laborok visszajuttatják a védőnőnek. A szűrővizsgálatban részesült nőket a védőnő tájékoztatja a szűrés eredményéről. Negatív eredmény esetén tájékoztatja, hogy a sejtminta citológiai vizsgálatának az eredménye negatív, a következő szervezett szűrés 3 év múlva esedékes, de bármilyen későbbi nőgyógyászati panasz esetén forduljon nőgyógyász szakorvoshoz. Nem-negatív lelet esetében nőgyógyász szakorvoshoz küldi tovább, a lelet tisztázása, illetve az esetleges kezelés céljából. A védőnő nem értékeli a leleteket, ugyanakkor fontos, hogy a védőnő is tisztában legyen a citológiai leletek jelentésével és jelentőségével. A szűrővizsgálatok értékelésére számos gyakorlat alakult ki, melyek a kívánalmakat különböző mértékben elégítik ki.

A citológiai vizsgálatban részesültek követésének protokollja

### **Nem negatív lelet**

- nőgyógyász szakorvoshoz irányítás

### **Negatív lelet**

- korábban nem részesült méhnyakszűrésben = visszahívás 3 év múlva
- korábbi citológiai lelete negatív = visszahívás 3 év múlva
- 65 év feletti asszony korábbi 3 negatív szűrési eredménnyel = nem kell visszahívni
- korábban normálistól eltérő szűrési eredmény

### **Értékelhetetlen kenet = *a kenetvételt meg kell ismételni***

- technikai hiba vagy
- gyulladás miatt

### **2.4.1. PAPANICOLAU-FÉLE OSZTÁLYOZÁS**

Fontos ismernünk a Papanicolau-féle osztályozást és mindenek kritikáját: a méhnyakrák keletkezését és lefolyását nem tükrözi.

Nem nyújt támpontot, amely az egyes citológiai kategóriák és annak megfelelő patológiai állapotok, illetve szövettani kifejezésmód közötti összefüggést kifejezné.

Nem teszi lehetővé a kóros, de nem daganatos, például mikrobiológiai és egyéb állapotok, „diagnózisok” kifejezését.

Az idő folyamán számos módosításon ment át, így egységesen nem értelmezhető.

Az un. „P” osztályozás gyenge pontja, hogy az emelkedő számsorban kifejezett kategóriáknak a használata annak a szerencsétlen és alaptalan értelmezésnek ad alapot, mintha rosszindulatú daganat jelenléte szempontjából a P3. csoport a P2-nél súlyosabb, s a P4-nél enyhébb eseteket jelölne.

Ez természetesen távolról sem így igaz. A P3. kategória alkalmazása a citológiai gyakorlat legveszélyesebb és legsebezhetőbb pontja!

Túl az esetenkénti megítélés „objektív nehézségein”, búvóhelyet kínál a vizsgáló számára, az egyértelmű állásfoglalás alól. A Papanicolau-féle osztályozás alkalmazásával a vizsgált személyt nem kívánatos lélektani mellékhatásoknak tesszük ki! Ha túl szigorúan alkalmazzák, óhatatlanul növeli a tévedések számát, mely a módszer hitelét csorbítja.

### **2.4.2. A BETHESDA-OSZTÁLYOZÁS**

A Bethesda-leletező rendszer nagymértékben elterjedőben van, mely sokkal több, mint a látottak egyértelmű osztályozása.

A levett kenetek értékelését orvosi konzultatív tevékenységnek fogja fel, mely el is várja, hogy a kenetvevő minden érdemleges klinikai információt tudasson a citológussal, másfelől a citopatológust teszi felelőssé a diagnózis összes természetes következményeiért. A Bethesda-leletező rendszer megállapítja, hogy a kenet értékelhető-e, vagy sem, és részletezi az értékelhetetlenség technikai okát.

Ez a leletezés törekszik a szavakban megfogalmazott lelet kiállítására a számjegyek helyett. A „leíró” diagnózis az esetlegesen jelenlévő kórokozó megnevezésére is ki-

terjed, utal a vizsgált személy hormonális státuszának értékelésére és a reaktív, vagy reparatív jellegű elváltozások kórelőzményére (gyulladás, sorvadás, sugárhatás).

Lényeges eleme a leletező rendszernek a hámelváltozások minősítése és leírása. Ebben leginkább megjeleníti a hámrendellenességek súlyosságát (enyhe vagy súlyos fokú, vagy meg nem határozható), és utal az eredetére is: laphám vagy mirigyhám.  
Kóros neoplasticus hámelváltozások:

- **Laphám enyhe fokú léziója** (LSIL), amely CIN1 megfelelője, mely utalhat humán papillóma vírus (HPV) fertőzés jelenlétére is.
- **Laphám súlyos fokú léziója** (HSIL), amely CIN2, CIN3 illetve in situ carcinoma megfelelője.

A leíró részben megnevezi azok valószínű eredetét (ectocervicalis, endocervicalis vagy endometriális) és bevezeti a mirigyhámsejtek, illetve invazív és insitu cervicalis adenocarcinoma diagnózisának új kategóriáit.

A Bethesda-leletező rendszer Magyarországon széles körben elterjedőben van, és egyre inkább kiszorítja a hagyományos Papanicolau-féle osztályozást.

Információgazdagság és konzultatív jellege miatt ideálisabb eszköze a leletezésnek.

A Bethesda-rendszer javaslatot tesz a tennivalókra, állást foglal egyértelműen abban, hogy javasolt a kontroll vizsgálat, és annak mi az oka és célja. A citopatológus megalapozott indokkal kéri a további vizsgálatokat, ha bármely okból bizonytalanságban van, és az ismételt vizsgálatról a bizonytalanság eloszlását reméli. A javaslatok tehát minden esetben azt célozzák, hogy pontos legyen a citológiai diagnózis. Az új terminológia alkalmazása lehetőséget kínál a minőségi ellenőrzésre is, „minőségi normák” alkalmazásával. A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciója 1999 áprilisában konszenzus nyilatkozatot írt alá a leletezési rendszerről, ahol a kettős klasszifikációt alkalmazzák, de szándék a Bethesda-rendszer előnyeit kihasználva a Papanicolau-féle osztályozás elhagyása.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Forrás: Daganatok szűrésének irányelvei, minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, 126. oldal (3. átdolgozott, bővített kiadás) Döbrössy Lajos



## A citológiai leletezésben használt terminológiák összehasonlítása

Papanicolaou	WHO	CIN	Bethesda
P.I			normális
P.II	enyhe dysplasia	CIN1	benignus , ASC LSIL
P.III	mérsékelt	CIN2 CIN3	HSIL
P.IV	carcinoma in situ	CIN3	
P.V	invazív carcinoma	invazív carcinoma	invazív carcinoma

CIN 1 = enyhé fokú CIN

CIN 2 = közepes fokú CIN

CIN 3 = súlyos fokú CIN

SIL = squamosus intraepitheliális lézió

LSIL = egyhé fokú (low grade) SIL

HSIL = súlyos fokú (high grade) SIL

ASCUS = ismeretlen jelentőségű atipias laphámsejtek

AGUS = ismeretlen jelentőségű atipias mirigyhámsejtek

### 3. VÉDŐNŐK BEVONÁSA A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ, SZERVEZETT MÉHNYAKSZŰRÉSBE

#### 3.1 VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRŐ PROGRAMOK EREDMÉNYEI, TAPASZTALATAI

A hazánkban 2003-ban bevezetésre került szervezett szűrés lehetőségével csak kevesen élnek.

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 szűrést képzett egészségügyi szakdolgozók végzik - az Egészségügyi Minisztérium 2009-ben elindította a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogramot (VMMP).

A Mintaprogram során önként jelentkező védőnők akkreditált továbbképzés keretében sajátították 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. A védőnői méhnyakszűrés által nőtt a szűréshez való hozzáférhetőség, és az elérhetőség, a szűrés a védőnői tanácsadóban elérhetővé vált. A védőnők látogatásaik során – lehetőség szerint felkeresték a szűrendő nőket. Tájékoztatták őket a szűrés fontosságáról, módjáról, „meghívták” a nőket a szűrésre. A szűrés a nővédelmi tanácsadás keretében történt. A visszaérkezett lelet eredményéről és az esetleges teendőkről a védőnő tájékoztatta a nőt.

A védőnői tevékenységnek több hozzáadott értéke is volt, ezek egyike, hogy felhívták a lakosság figyelmét arra, hogy az egészségük megőrzéséért tenni is kell, legalább annyit, hogy élni kell a térítésmentes szűrővizsgálat lehetőségével.

Ezen kívül a látogatás, tanácsadás során felmerült egyéb egészségügyi, szociális problémák esetén a megfelelő szakemberhez való irányítással hozzájárultak az eredményesebb megelőző ellátás biztosításához.

A VMMP 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 Méhnyakszűrő „pilot” Program beváltotta a hozzá fűzött reményeket (lásd: 2011. évi Heves, Nógrád megyei felmérés):**

- Nőtt a méhnyakszűréshez való hozzáférés lehetősége a falvakban lakók számára.
- Megszólította azt a réteget, akik nem jártak rendszeres szűrésre, köztük azokat is, akik több mint 3 éve nem vettek részt OEP finanszírozott szűrésen.
- Meg tudta nyerni a szűrésen való részvételre az alacsony iskolázottságú, hátrányosabb helyzetű lakossági réteget (igen nehéz feladat).
- Lehetőséget biztosított azoknak, akik számára fontos, hogy nő végezze a szűrést.
- A védőnők építeni tudtak a védőnővel való korábbi kapcsolatra.

- Megvalósult a nem-negatív esetek szakellátásba történő irányítása, nyomon követése.

A Minisztérium a következő években (2010, 2011, 2012, 2013) is támogatta a VMMP folytatását, a már képzett védőnők szűrési tevékenységének folytatását, illetve újabb védőnők képzését és bevonását a szűrés végzésébe. Jelenleg 285 képzett védőnő van, akiknek 78 %-a végez szűrést. 242 településen kaptak meghívó levelet a nők, összesen 102 tanácsadóban volt elvégezhető a szűrés.

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

- a méhnyakszűrés (kenetvétel) megtanulására,
- a községben élő lakosság megszólítására, szűrésre megnyerésére,
- a méhnyakszűrés (kenetvétel) végzésére,
- a lakosság egészség tudatos magatartásának növelésére.

### **3.1.1. HEVES ÉS NÓGRÁD MEGYEI FELMÉRÉS (2011)**

A védőnői méhnyakszűrés eredményeinek és lehetőségeinek a bemutatására, valamint a lakossági fogadtatás felmérésére Heves és Nógrád megyében, a védőnői méhnyakszűrést végző védőnők kérdőíves felmérést végeztek a méhnyakszűrésen megjelent nők körében, 2011. május-június hónapban. Címe: A védőnői szűrés lakossági fogadtatása.

A kérdőíves felmérés célja a **védőnői szűrésen résztvevő nők**:

1. Társadalmi helyzetének és egészségkultúrájának megismerése
  - életkor,
  - iskolai végzettség,
  - méhnyakszűrésen való részvételi gyakoriság szerint.
2. A védőnői szűrésen való részvétel indokai.
3. A védőnői kenetvétellel kapcsolatos tapasztalataik, észrevételeik megismerése.
4. Annak feltérképezése, hogy van-e igény a lakosság részéről a védőnői méhnyakszűrésre.

#### Az adatgyűjtés módja:

- Kérdőíves forma.
- Önkéntes, egyéni és anonim módon történő kitöltés.
- Egységes kérdőív, zárt kérdésekkel, alternatív (2 válasz lehetőség) és szelektív (több válasz is lehetséges) válaszadási lehetőségekkel, a végén egy nyitott kérdéssel (egyéb vélemények megfogalmazása).

#### A felmérés időszaka:

- 2011. május – június hónap

#### **A felmérés eredménye:**

- **Életkor szerinti megoszlás:** A szűrésen résztvevő nők 53,7 %-a 45 - 65 év közötti.
- **Iskolai végzettség:** A válaszadók 42,0 %-a alacsony iskolai végzettségű.
- **Szűrési hajlandóság:** A válaszadók 63,0 %-a nem jár rendszeresen szűrésre. A válaszadók 56,0 %-a 4 évnél régebben, 19 %-a 11 évnél régebben vett részt méhnyakszűrésen.

#### **MIÉRT VÁLASZTOTTA A VÉDŐNŐI SZŰRÉST?**

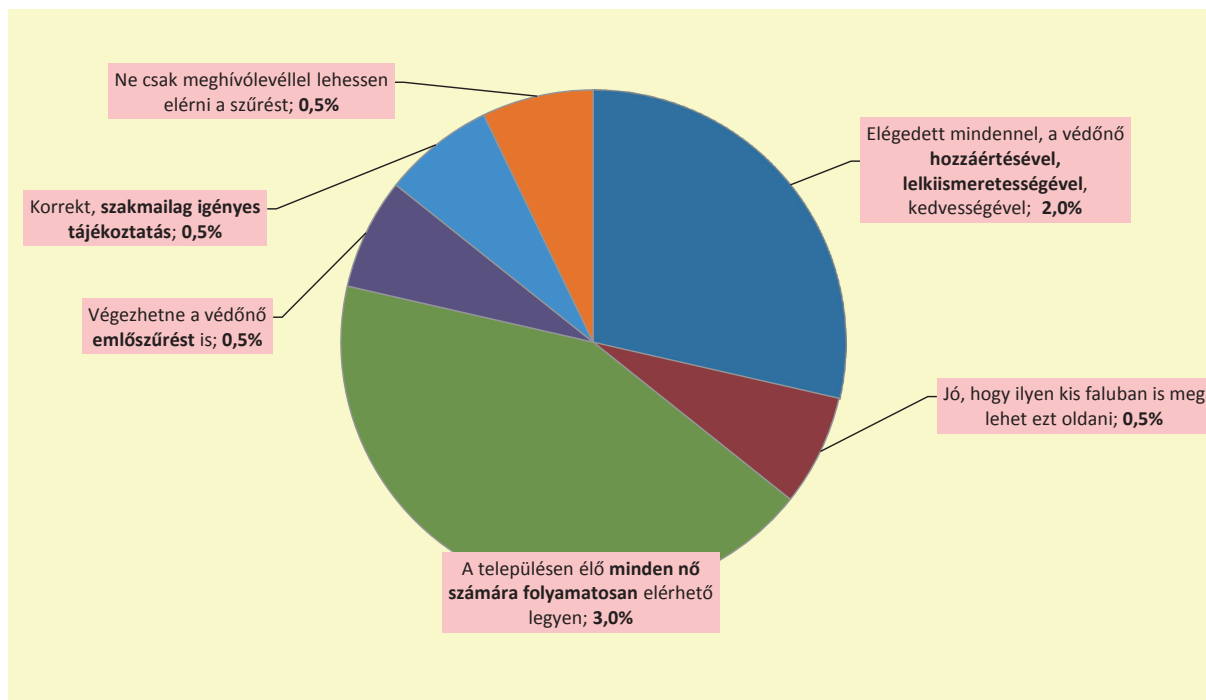
- 81,7 % - lakóhelyhez közel, utazás nélkül tudta igénybe venni a szűrést.
- 54,0 % - a védőnővel való korábbi kapcsolat meghatározó volt.
- 46,0 % - a kenetvételt nő végezte.

#### **Milyen tapasztalatai voltak a védőnői szűrésen?**

- 84,6% - teljes körű tájékoztatást kapott a védőnői szűrésről.
- 77,8% - tapintatot, diszkréciót, intimitást tapasztalt.
- 75,4% - elégedett volt a kenetvétel körülményeivel.

#### **VAN-E IGÉNY A VÉDŐNŐI SZŰRÉSRE?**

- 4,0% - kellemetlen tapasztalat.
- 99,2 % - részt venne máskor is a védőnői szűrésen.



### 3.2. A VÉDŐNŐ HELYE, SZEREPE A MÉHNYAKSZŰRÉSBEN

A szervezett szűrés elvégzésében meghatározó, hogy elegendő-e a szakorvosok, a szakképesítéssel rendelkező nőgyógyászok, az onkológusok száma ahhoz, hogy ellássák a területi lakosság szűrést, és az ebből eredő többletmunkát.

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

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

„A méhnyakszűrés Magyarországon mind ez idáig minősített kudarcnak ítéltető. Ezzel szemben a fejlett világ számos országában a méhnyakrák elleni küzdelem – méhnyakszűrés – az egészségügyi ellátórendszer sikertörténete”.<sup>10</sup>

A szervezett szűrés ajánlott gyakorlatának átvétele érdekében – képzett szakdolgozók bevonása a szűrés végzésébe - indult el a védőnők bevonását célzó VMMP. 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 alapfeladata tevékenységében nővédelmi feladatokat is ellát.

A védőnő nővédelmi feladatának eddig is része volt „a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében részvétel”;<sup>11</sup> 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 ezáltal a település felnőtt lakosságához.

Védőnői Méhnyakszűrő Programok 2009-2012. tapasztalatai, eredményei alapján megfogalmazódnak az alábbiak:

---

10 (Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, Orvosi Hetilap, 148.évfolyam 12.szám, 2007.)

11 A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet 3. § ac

### **Milyen eredményeket várunk a védőnők bevonásától, a védőnői méhnyakszűréstől?**

Lakóhelyhez közel váljon elérhetővé a méhnyakszűrés, és a védőnői nővédelmi tanácsadás keretében váljon biztosítottá a hozzáférés lehetősége – különösen fontos ez a kis településeken (községekben) élő, sokszor hátrányos helyzetben, nehéz utazási körülmények között élők számára.

- Valósuljon meg a szűrendők személyes meghívása, és a szűrés fontosságáról történő tájékoztatás - felajánlva a részvételi lehetőséget (védőnőnél vagy szakorvosnál).
- A szűrendők kapjanak tájékoztatást a szűrés módjáról (ezáltal is csökkentve eseteleges félelmeiket, szorongásaikat).
- Kapjanak tájékoztatást és ösztönzést a nőgyógyászati szakellátás igénybe vételére:
  - nem-negatív kenet eredmény (daganat gyanú, gyulladás), ill. egyéb kiszűrt esetek (pl. polyp, stb.) szakellátásra irányítás,
  - kenet eredménytől függetlenül is nőgyógyászati panaszok esetén szakorvosi vizsgálat szükséges.

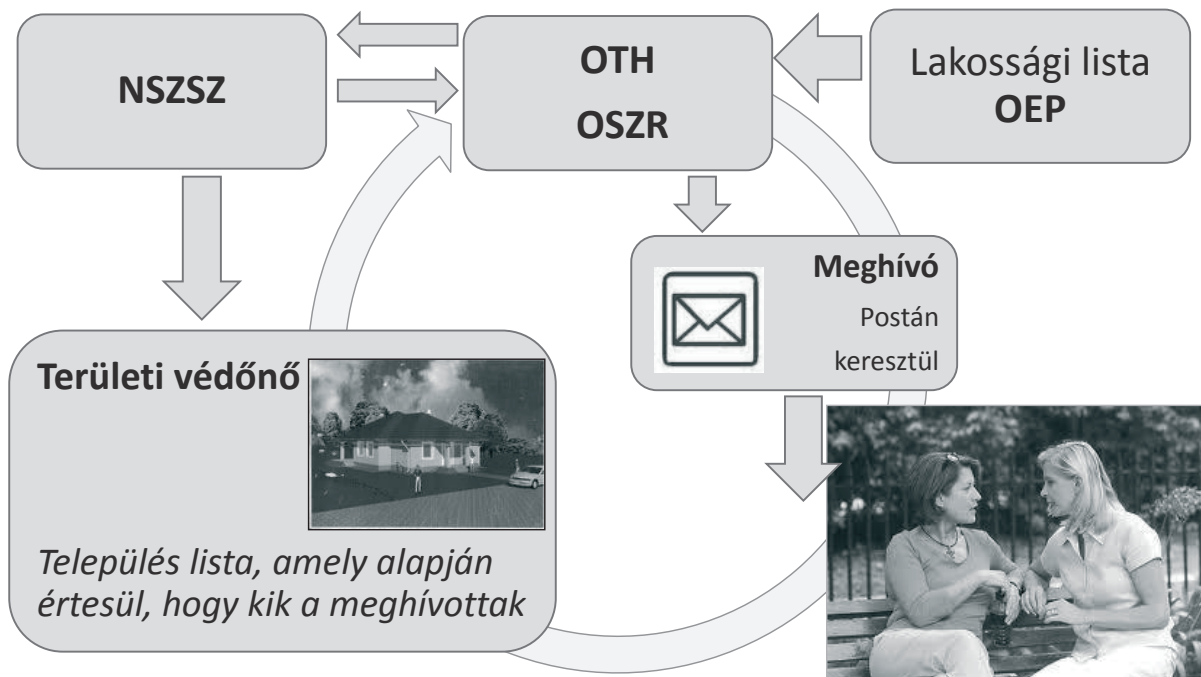
Összességében: **A védőnői méhnyakszűrés hozzájárul a lakosság egészségének megőrzéséhez, és a szűrésen való részvételi arány növekedéséhez.**

A védőnőknek és a szakma megítélésének óriási lehetőséget nyújt ez a szűrő-program.

A védőnői hivatás mindig igazodott a kor aktuális népegészségügyi helyzetéhez, kihívásaihoz. A XXI. században a védőnők bekapcsolódhatnak a daganatos megbetegedések leküzdésébe, és a szervezett méhnyakszűrésben is eredményes munkát végezhetnek.

### 3.2.1. A SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG SZERVEZÉSE

## Szervezési feltételek



#### KÖZPONTI, ORSZÁGOS SZERVEZÉS

A méhnyakszűrés szervezése területi (közigazgatási egység) alapon történik. A szűrővizsgálatra jogosultak meghívását az NSZSZ OTH által működtetett szűrési nyilvántartás (Országos Szűrési rendszer - OSZR) biztosítja olyan módon, hogy - az OEP adatbázisából származó teljes lakosságlista 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.

#### HELYI SZERVEZÉS – A VÉDŐNŐI SZŰRÉS SZERVEZÉSE

A méhnyakszűrési programban résztvevő védőnőknek az eddig megszokott, begyakorolt munkarendjét, munkatervét át kellett dolgozni az új feladat elvárásainak



megfelelően. Be kell illeszteni a védőnőnek a mindennapi munkájába e nővédelmi tevékenységet (a szűrés szervezését és végzését, valamint a szűrés utáni, a szűréssel kapcsolatos további teendők elvégzését).

Már a programra jelentkezés előtt meg kell jelölni azt az időpontot, amikor a tanácsadójában a méhnyakszűrést végezni fogja. Ez 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 kábel televízióban, újságban jelentesse meg. A tanácsadási időponttól való eltérés előfordulhat a szűrés ideje alatt. Van olyan nő, akinek nem alkalmas a megadott időpont, és esetleg munkaidő után, vagy hétvégén tud eljönni kenetvételeire. A VMMP-k idején előfordult a nővédelmi tanácsadási időpontjától eltérő időpontban történt szűrés. Amennyiben a szűrendő nő munkaideje miatt nem tudott volna részt venni a szűrésen a nővédelmi tanácsadás idején (pl. szerdán 14:00-16:00 között), akkor a szűrendő nővel történő egyeztetett időpontban – akár munkaidő után is - elvégezte a szűrést a védőnő. Ezt a nők nagyon fontos szempontnak tartották a védőnői szűrés választásánál, és hozzájárult a magasabb részvételi arányhoz.

Ne felejtjük azonban el, hogy a védőnői ellátás szervezése (így a munkaidőn kívüli ellátás szervezése is) érinti a védőnői ellátást működtetőjét, valamint a védőnőnek is szüksége van a pihenésre, szabadságra.

A védőnők legyenek körültekintőek, amikor a nővédelmi tanácsadás időpontjától eltérően szűrnének, így ha a munkaidőn kívül szerveznének szűrést. A védőnői ellátás szolgáltatójának vezetőjével előzetesen egyeztessenek erről, ennek a lehetőségéről, mert csak ez alapján történhetnek egyeztetett időpontban a szűrések.

## **1. A SZÜRENDŐK LISTÁJA**

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

## 2. SZÜRENDŐK LÁTOGATÁSA

A szűrendő nő felkeresése és megnyerése napi munkafeladatukba kell, hogy illeszkedjen mely átszervezést és időbeosztást igényel, hogy lehetőség szerint az összes szűrendő nőt felkeressék, megszólítsák. Fontos, hogy a védőnő nagy körültekintéssel, tapintattal érdeklődjön a számára ismeretlen szűrésre meghívott nők iránt (személyes megkeresés útján).

A heti vagy havi munkatervébe – védőnőtől függ, ki melyiket alkalmazza – illessze be azokat a szűrendő nőket, akiket felkeres az 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.** Családtaggal való találkozáskor hagyjon elérhetőséget, és kérdezzen vissza mikor alkalmas az újbóli felkeresés. Valós információt csak a megszólított nőtől fogadjon el!

*Látogatás vagy az első találkozás* alkalmával fontos a pontos tájékoztatás.

- A szűrésen való megjelenés fontosságára hívja fel a kliens figyelmét, attól függetlenül, hogy orvoshoz, vagy védőnőhöz szeretne menni.
- Ha a védőnőt választja, akkor egyeztessenek időpontot („előjegyzésbe vétel”), ezért is fontos, hogy legyen határidőnaplója, vagy előjegyzési naptára, amiben rögzíti a szűrésre jelentkező nő adatait.
- Kenetvételt menstruáció alatt nem lehet végezni.
- Hívja fel a szűrendő 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 vetkőznie, 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, és így tovább). Vizsgálat előtt gondolja át ezeket az adatokat, hozza magával korábbi zárójelentéseit, menses naptárát.

**Fontos a látogatási tevékenység dokumentálása a védőnői dokumentációba, illetve az OSZR rendszerbe történő adatszolgáltatás!**

### **3.2.2. A SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG**

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

A következőekben áttekintjük a vizsgálóeljárásokat, a kórelőzménytől a műszeres eljárásig.

Szükséges eszközök:

- Nőgyógyászati vizsgáló-szék, kellő fényerejű, állítható megvilágítással, fejlámpa.
- Egyszer használatos gumikesztyű (párban, mind két kézre).
- Paraván.
- Szék, vagy ruhafogas a levetett ruházat elhelyezésére.
- Különböző méretű spekulum (egyszer használatos) a hüvely feltárásához, és a méhszáj látótérbe hozásához.
- Egyszer használatos műanyag kenetvevő eszköz.
- Mattírozott szélű 7.6 x 2.5 cm méretű, zsírtalanított tárgylemez, amelyre ceruzával tartósan maradandó jelzés készülhet.
- Fixálószer (95%-os alkohol, vagy fixáló spray); a kenetek szállításra alkalmas szállító doboz.
- Vizsgálati kártya, amelyen fel van tüntetve a vizsgált személy (\*) neve, (\*) születési dátuma, (\*) pontos lakáscíme, (\*) személyazonosító TAJ-száma, valamint a tárgylemezen lévő azonosító szám.
- Postakönyv.
- Buborékos boríték.

### **Területi védőnő feladatai a méhnyakszűrés elvégzésében:**

- **Előkészíteni a tanácsadót a szűréssel kapcsolatos tevékenységre** (négy-szemközti beszélgetés).
- A méhnyakszűrés során a tisztasági szabályokat be kell tartani (kézmosás, kesztyű használata, biztonságos hulladékkezelés).
- **Azonosítani a méhnyakszűrésre jelentkezőt.** Népegészségügyi célú szűrésre csak az jogosult, aki az adott évben a Szűréslista/utcalistán szerepel és meghívólevéllel rendelkezik.
- **Felkészíteni a méhnyakszűrére jogosult nőt a szűrővizsgálatra** és a tájékoztatáson alapuló beleegyezést kérni a kenetvételre.

#### Fekésztítés a méhnyakszűrésre, kenetvételre, tájékoztatás:

- a szűrővizsgálat céljáról, fontosságáról,
- a szűrés módjáról, megbízhatóságáról (mely 85-90 % körüli!),
- a szűrés mellékhatásairól,
- a szűrés ellenjavallatairól.

El kell magyarázni a nőnek, hogy mi fog történni vele, mit jelent a vizsgálat eredménye, miért fontos visszajönnie a leletéért, és szükséges követnie a kapott útmutatásokat.

Időt kell hagyni a 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 nőt hagyni kell beszélni, elmondhassa minden közölnivalóját a célzott kérdéseink előtt.

#### **Végül: Belegyezését kell kérni a vizsgálat elvégzésére.**

- **Az adatokat fel kell venni, és a szűréshez szükséges dokumentumokat ki kell tölteni.** Az onkocitológiai vizsgálati lap a legszükségesebb adatokat tartalmazza, minimális adminisztrációt igényel. A kenetek azonosíthatósága alapfeltétel, hogy a tárgylemez és a kísérő adatlapon álló adatok azonosak és pontosak le-

gyenek, mely szintén minőségbiztosítási kritérium. Az adatok felvételét megfelelő szaktudás alapján feltett kérdésekkel tárhatjuk fel. Fontos támpontjaink lehetnek a ciklus szabályossága, a havi vérzés mennyisége, időtartama, az esetleges tár-suló jelenségek. Elengedhetetlen ismernünk a korábbi nőgyógyászati betegségeket, a műtéteket, és azok lehetséges szövődményeit. Lényeges a korábbi váran-dósságok száma és azok lefolyása. Célszerű a fogamzásgátlási módszerek és azok tapasztalatainak ismerete. A szociális anamnéziskor tájékozódunk az életkörülményekről, a táplálkozásról, a káros szenvedélyekről és a családi körülményeiről. Meghallgatás során alkalmunk nyílik már figyelni az esetleges rendellenességekre.

- **Tárgylemez előkészítés** körültekintést érdemel, 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.
- **Cervikális kenetvétel:** A vizsgálat előtt vizelni küldjük a páciens-t, hogy a hólyag teltsége ne okozzon kellemetlenséget.
  - A vizsgálandó nőt megkérjük, hogy feküdjön 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 húzni!
  - A vizsgálat első lépése a külső nemi szervek megtekintése, jól láthatók a vulva gyulladós elváltozásai, az elülső és a hátsó hüvelyfal sérve (cystokele, rektoccele), a méh előesése (prolapsus), a visszérképződés, az aranyér tünete. Ugyancsak szembetűnik a gát esetleges heges torzulása. A megtekintés során megítélhető, hogy milyen méretű „lapocot”, ún. „kacsát” (speculumot) kell használnunk. A vizsgálat lényege az, hogy a hüvelyfalat, a boltozatokat, de mindenekelőtt a méhnyakat látótérbe hozzuk.
  - A hüvely feltárása, a méhszáj megvilágítása, a kenetvétel lehetőségének megállapítása: a vizsgálat meneteként, a 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 portio magasságát elérve a feltárást elősegítő emelőrészt a 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 feltárás előfeltétele az anyagvételnek!** Ilyenkor felismerhető például condyloma acuminatum, cervix-polypus, ún. „vörös folt” (erythroplakia) és a „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.

- o Kenetvétel: A méhnyakszűrés elengedhetetlen eleme a hüvelyi feltárás után a méhnyak (portio) felszínéről, a laphám-hengerhám találkozási helyéről és a nyakcsatornából történő kenetvétel citológiai vizsgálat céljára. A kenetvétel egyszerű műveletnek tűnik, de a vizsgálat eredményességét döntően meghatározza. A méhnyakrák legtöbb esetben 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, hogy a kenetben ép, normális nyáktermelést mutató endocervicalis mirigyhámsejtek, sejtcsoportok láthatók legyenek. Menstruáló vagy heveny fertőzés jelét mutató nőtől ne vegyenek kenetet. A jó minőségű kenet sejtben gazdag. A hám állapotát a sejtösszetétel reprezentálja a kenetvétel 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 fokos fordulattal 3 órától az óramutató járásának megfelelően megforgatjuk. 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 kifizetődőbb. Fontos a nőgyógyászok, mind az értékelést végző citológusok jó tapasztalata az eszközök megválasztásánál.

- A kenetet tárgylemezre kenni: A kenetvevő eszköz mindkét felszínén lévő anyagot gondosan szét kell szélesíteni a tárgylemez – a tárgylemez mattírozott részétől az anyagvevőt 45 %-os szögben a tárgylemez végéig laposan kihúzzuk, majd az eszközt 180 fokkal megfordítva ugyanezen módszerrel végig húzzuk a tárgylemezen. Kívánalom, hogy a kenet vékony, egyenletes legyen, és a porciófelszínről, valamint a nyakcsatornából származó sejtek anyaga lehetőleg elkülönüljön.
- 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. 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.
- A speculumot eltávolítása: a speculumot összezárjuk és óvatosan eltávolítjuk a nő hüvelyéből.
- A szennyezett eszközöket a veszélyes hulladékgyűjtőbe tesszük.
- A nőt felsegítjük. Megkérjük, hogy öltözzön fel, majd tájékoztatjuk a további tudnivalókról:
  - Ha olyan rendellenességet tapasztalnak, amely további orvosi vizsgálatot igényel, magyarázzák el, hogy miért van erre szükség, mikor, hova, kihez kell menni.
  - Kérdezzék meg a nőt, van-e kérdése, elégedett volt-e az ellátással.

- Magyarázzuk el, hogy mikor, milyen módon kapja meg az eredményét, és hogy ennek megbeszélése fontos, valamint a következő találkozás időpontját egyeztesse le.
- Köszönjük meg az együttműködést.

### **Kenetvétel utáni teendők:**

A 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!

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

A kenetvétel 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 elvégzését.

### 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 „előnyomott, megcímezett” A/4-es borítékba. Az A/4-es borítékra feladóként rá kell írni a védőnő nevét, tanácsadó címét. A borítékba a szűrendő nők Citológia vizsgálati lapjainak első és második példányát kell beletenni. A boríték feladása a postahivatalba történő személyes beadással, postakönyvvel történik. Bélyeget nem kell ráragasztani (központi elszámolás).



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 szűrése következő idejére való figyelem felhívás (negatív lelet esetén), nőgyógyászati vizsgálatra irányítás (nem negatív lelet esetén), illetve ismételt kenetvétel 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 jelentkezzen nőgyógyász szakorvosnál.
- Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt, mert a kenetben látott elváltozások olyan súlyos fokú gyulladásra utalnak. A kenetben nincs rosszindulatú daganat gyanúját keltő sejteltváltozás.
- 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 sejteltváltozások vannak, ezért további tisztázó nőgyógyászati, vizsgálatra, esetleg kórszövettani diagnosztikus vizsgálatok elvégzésére van szükség.

- Fel kell hívni a nő figyelmét, hogy haladéktalanul keressen fel egy nőgyógyász szakorvost. („Pozitív” esetről csak a tisztázó kolposzkópos, esetleg kórszövetteni 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 3 hónap múlva a szűrést emiatt meg kell ismételni. Időpontot máris lehet egyeztetni!
- Értékelhetetlen, ismételni kell a szűrést a kenetvétele hibája miatt: a kenetvétele megismétlése szükséges a kenetvétele hibája miatt (sejtszegény, véres kenet stb.). Tájékoztatni kell, hogy a szűrést emiatt meg kell ismételni. Időpontot máris lehet egyeztetni!

● **A védőnő szűrési tevékenységének dokumentálása, adatszolgáltatása**

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.

**3.2.3. EGYÜTTMŰKÖDÉS - TÁRS SZAKMÁKKAL, HELYI INTÉZMÉNYEKKEL, SZERVEZETEKKEL, VALAMINT A KORMÁNYHIVATALOK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKIGAZGATÁSI SZERVEIVEL**

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

A nőgyógyászati szakrendeléssel egyeztessünk, hogy a kiszűrt eseteket, illetve azokat nőket, akiknél a védőnői méhnyakszűrés nem végezhető el, oda irányíthatjuk-e, illetve milyen módon (pl. előzetes egyeztetéssel).

A szűrendő nők tájékoztatását segíthetik helyi szervezetek, intézmények. Az elmúlt VMP-k idején az önkormányzatok, az óvodák, az iskolák dolgozói különböző módon segítették a nők tájékoztatását (pl. plakátok kihelyezése). A helyi újságban, kábel televízióban 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 Szakigazgatási Szervei, a járási népegészségügyi intézetek támogatják a szűrés országos szervezését, és a helyi szűrések összehangolását. Segítő közreműködésükre lehet számítani.

#### **AJÁNLOTT ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM**

Dr Lapis Károly: Pathológia I-III Egyetemi tankönyv (Medicina)

Lampé László: Szülészeti-Nőgyógyászat 3

Dr Pulay Tamás: Nőgyógyászati Onkológia 1999

Népegészségügyi Onkológiai Szűrések Minőségbiztosítási Kézikönyv és Módszertani Útmutató 2005 ÁNTSZ

Méhnyakrák megelőzése és Népegészségügyi célú méhnyakszűrés 2005 ÁNTSZ

Dr. Döbrössy Lajos: Daganatos betegségek szűrése Magyarországon (Springmed Kiadó, 2005)

Kovács Katalin: Az ok-specifikus halálozás trendjei (Demográfiai portré, 2012, Budapest)

Fehér Erika: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve (Védőnő, XXII. Évfolyam 2. szám 2012.)



Dr. Füzesi Zsuzsanna

## **II. KOMMUNIKÁCIÓS ISMERETEK VÉDŐNŐKNEK EGY SPECIÁLIS PROGRAM KAPCSÁN**

**(ALAPELVEK ÉS GYAKORLAT)**

## **MI A KOMMUNIKÁCIÓ?**

A kommunikációt nem egyszerűsíthetjük le az írott és beszélt nyelvre, azaz a nyelv csak egy szűk területe a kommunikációnak. A kommunikáció széles köréhez tartozik a testi, szellemi (mentális) kommunikáció is, melyeket a gesztusok, a mimika, a hangszín, a testtartás stb. alkotnak.

A kommunikáció teljesen egyszerűen úgy is fogalmazható, hogy a mindennapi életünk része, és az a célja, hogy véleményt, kérést közöljünk, rávegyünk másokat bizonyos cselekvésekre, azaz, hogy mi emberek megértsük egymást. A kommunikációs szakemberek egy része azt állítja, hogy teljes megértés tulajdonképpen nem létezik, csak többé-kevésbé hasznos félreértésekig lehet eljutnunk a kommunikációs folyamatban. Azt gondoljuk, hogy ezt elérni már komoly tudást és elköteleződést igényel annak érdekében, hogy megértsünk másokat és megértessük magunkat másokkal.

E rövid tananyag ehhez kíván segítséget nyújtani.

## **7 TÉVHIT A KOMMUNIKÁCIÓVAL KAPCSOLATBAN**

### **•Az üzenet mindig eljut a közlőtől a befogadóig.**

Az állítás téves, mert a közlés (az üzenet, amit el akarunk juttatni a befogadóhoz) nem jelent automatikus befogadást a hallgató számára. Az üzenet ugyanis szűrőkön keresztül jut el a befogadóig, és ezek a szűrők társadalmilag, kulturálisan, valamint egyénileg is meghatározottak. Mindezek következménye, hogy a befogadott információ már nem lesz teljesen azonos az elküldött közléssel. Nem csak információértékéből veszíthet, hanem át is értelmeződhet a tartalma. Ezek a szűrők, amelyek alakítják a befogadást, mind a befogadóban, mind a közlőben megtalálhatóak.

### **•Ha jól fogalmazzuk meg a gondolatainkat, azt a befogadó fél meg is érti.**

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

**• Mindig azt hallják meg, amit mondunk.**

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

Figyeljük meg tudatosan, ha hozzánk beszél valaki, mikor váltunk át az aktív figyelemről a hallottak értelmezésére, és kezdjük el megfogalmazni a válaszunkat, a saját észrevételeinket, esetleg végig sem várva, míg a másik befejezi a mondanivalóját. S hányszor tapasztaljuk ugyanezt, amikor mi beszélünk másokhoz.

**• Mindig megértik teljesen azt, amit mondunk.**

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

**• Arra emlékeznek az emberek, amit mondunk nekik.**

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

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

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

● **Kommunikálni mindenki tud.**

Sajnos még a legképzettebb emberek, szakértők sem tudnak mindig kommunikálni, legalábbis jól, hatékonyan, hitelesen, az adott célcsoporthoz igazodóan. Maga a fogalom - a modern társadalmak csodafegyvere (Buda 2007) - a kommunikáció is lejáratódott, mivel gyakran rossz cél érdekében, rossz eszközökkel, sőt akár szándékosan félrevezetésre (manipulációra) is használják<sup>12</sup>.

Amit az előzőekben leírtunk, azt nap mint nap tapasztalhatjuk, akkor is, ha nem mindig tudatosul bennünk. A hétköznapi kommunikációs problémák a családon belül, a munkatársi, a baráti kapcsolatokban sokszor tetten érhetőek. Mi úgy véljük, hogy érthetően, gondolatainkat szabatosan megfogalmazva kommunikáltunk a partnerünkkel, gyermekünkkel, munkatársainkkal, főnökünkkel, barátainkkal, és nem utolsósorban a kliensekkel, a páciensekkel, ám e kommunikáció eredménye mégsem az lesz mindig, amit várunk. Máskor mi okozzuk a „csalódást” azzal, hogy félreértjük ugyanezen személyeket (mert másként cselekszünk, reagálunk a „megbeszéltek” ellenére).

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

**A KOMMUNIKÁCIÓ NÉHÁNY FONTOS ALAPELVE**

A kommunikációs előadások, könyvek arra a kérdésre, hogy mit és hogyan kommunikáljunk, leegyszerűsítve az alábbi válaszokat adják: az igazat mondjuk, és beszéljünk

---

<sup>12</sup> A magyar társadalom bizalmi szintje oly alacsony szinten van, hogy gyakran a szakértői kommunikáció hitelessége is megkérdőjeleződik.



világosan. (Covey 2011) Könnyű ezt mondani, de nehezebb megvalósítani. Mert mit is jelent az igazság az egészséggel, egészségvédelemmel és a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kommunikáció során, és mit a világos beszéd a kommunikációban?

**Mi az igazság?** Az egészséggel, betegséggel, vizsgálatokkal, gyógyítással kapcsolatos valós információk átadása a klienseknek, a pácienseknek nagyon sok körültekintést igényel. Általános recept nem adható akkor sem, ha ezekről több tucat kézikönyv is született. A méhnyakszűrésen való részvétel kapcsán a kommunikáció tartalmának – a teljesség igénye nélkül – az alábbiakra kell irányulnia:

- A kenetvétele egy szűrővizsgálat.
- A szűrővizsgálat nem véd meg a betegségektől, de a már kialakulóban lévő elváltozást, betegséget időben felfedezi, és annak korai kezelése esetén jó esélyt biztosít a teljes gyógyuláshoz.
- A szűrővizsgálat, csak az adott időszakra vonatkozóan ad információt a kliens egészségéről, ezért azt időről-időre (legalább három évente) ismételni kell.
- Két szűrővizsgálat között is felléphetnek tünetek, panaszok, betegségre utaló jelek, amelyek esetén orvoshoz kell fordulni, ezért a páciens saját testi változásainak figyelése óriási jelentőséggel bír.
- A szűrővizsgálatok csak szűrnek (igaz, azt nagyon jó hatékonysággal teszik), ami nem jelenti azt, hogy 100%-os megbízhatósággal adnak eredményt a páciens egészségére vonatkozóan.
- Nem állíthatjuk azt, hogy ha a páciens nem vesz részt a szűrővizsgálaton, akkor mindenképpen meg fog betegedni, de azt igen, hogy kihagy egy olyan lehetőséget, ami segíthet időben felfedezni a problémát, ha az fennáll.
- Ha felmerül az a kérdés, hogy miért csak három évente történik szűrés, amikor az orvosok ennél gyakrabban is elvégzik, ne minősítsük mások gyakorlatát. Hivatkozzunk a nemzetközi ajánlásokra és a követéses vizsgálatokra. Ehhez érvek a szakmai anyagban („Szűrési stratégia alapelvei”) találhatóak.

Összességében tehát őszintén kell kommunikálnunk, de az őszinteséget nem alkalmazhatjuk szélsőségesen! Az egészségügyben dolgozók számára különösen jó

érzék kell ahhoz, hogy az őszinte beszéd ne váljon kíméletlen kommunikációvá. Ha pl. a kisgyermekünk tesz vicces megjegyzést őszinte rácsodálkozással növekvő testsúlyunkra, ez őszinte beszéd, akkor is ha nem tartjuk túl tapintatosnak e megnyilvánulását. Másként fogadjuk azonban, ha az orvosunk próbál meg hasonlóan „viccesen”, ám számunkra kíméletlen utalást tenni nemkívánatos súlygyarapodásunkra.

**Mit jelent a világos beszéd?** Hiába mondunk igazat, ha nem beszélünk világosan, azaz a befogadó fél nem érti meg a mondanivalónkat. A világos beszéd azt jelenti, hogy annyira egyértelműen kommunikálunk, hogy azt nem lehet félreérteni. Ha a kliens, a páciens rákérdez valamire, nem tarthatunk vissza információkat. „Túlbeszélni” azonban egyetlen helyzetet sem kell, mert az könnyen vezethet a kliens félelmeinek, aggodalmainak növekedéséhez. A kliens kérdéseinek bagatellizálása pedig félrevezető lehet, sőt azt is sugallhatja, „ezt az egészet nem kell komolyan venni”. Ami pedig végképp tilos, hogy a kommunikáció csúsztatásával a klienseink gondolatait, érzéseit vagy tetteit manipulálni próbáljuk, tegyük azt bármilyen általunk fontosnak tartott, vagy vélt cél érdekében is. Pillanatnyi sikert ugyan elérhetünk vele, de hosszabb távon a bizalmat súlyosan lerombolhatja köztünk és a klienseink között.

**Hogyan tegyük mindezt?** Gyakran előfordul, hogy az általunk kidolgozott, másoktól tanult és használt kommunikációs módszereink nem működnek, a pácienssel, páciensekkel nem értünk szót, a kenetvételen való megjelenés alacsony arányú, illetve nem térnek vissza hozzánk megismételt kenetvételekre. Ez a helyzet nem csupán ebben a programban fordulhat elő, életünk során többször is meg tapasztalhatjuk, a magánéletben, a munkában, és bármely szakmában előfordulhat. Így például, ha egy dohányost szeretnénk meggyőzni a dohányzás ártalmairól, segíteni neki a leszokásban, szándékunk gyakran kudarcba fullad. Az ilyenkor szokásos reakciónk, hogy még „keményebben” próbálkozunk. Még több érvel, még nagyobb szenvedéllyel, több tájékoztató anyaggal felszerelve győzködjük a kliensünket – az eredmény általában azonban hasonló marad. Ilyenkor a „keményebb” munka, az újabb és újabb próbálkozás helyett jobb, ha végiggondoljuk, hogy talán a módszereink, amelyek bizonyos helyzetben jól működnek, az adott szituációban egyáltalán nem érvényesek.

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

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

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

### **A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ ÁLTALÁNOS CÉLJA A PROGRAMBAN**

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

A védőnők vagy más egészségügyi szakdolgozók szerepe a korábbiakban „legfeljebb” a nők meggyőzésében, az orvoshoz fordulásuk elősegítésében stb. nyilvánult meg. Ezek a feladatok is rendkívül aktív szerepvállalást igényeltek a védőnőktől, s nélkülük valószínűleg jóval kevesebb nő vett volna részt a különböző szűrővizsgálatokon. A segítő szerepből azonban a védőnők most aktív szakértői szerepbe lépnek át a méhnyakszűrés (a citológiai kenetvétel) elvégzésével, s ezzel nem csupán a

feladatkörük bővül, hanem minőségileg is más partnerei lesznek a gondjaikra bízott nőknek, családoknak. Az új, „szakértői szerep” az egészségügyi dolgozók közötti kapcsolatokat is módosíthatja, hiszen a védőnők az orvosok, elsősorban a szülésznőgyógyász szakorvosok partnereivé válnak bizonyos dimenziókban. Ez akkor is így van, ha egy szűrővizsgálat elvégzése a védőnők részéről még nem jelenti azt, hogy a szakorvosok feladatai megszűnnének, vagy akár csak lényeges mértékben is csökkenének, és a védőnők átvonnák a helyüket a diagnosztikában és a gyógyításban.

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

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

Az orvos személye kiemelkedő a pácienseknek a gyógyító és preventív ellátáshoz való beállítódásában, de nem lehet eléggé hangsúlyozni az egészségügyi ellátás más

szakembereinek, így például a védőnőknek a szerepét ebben a gyakran rendkívül bonyolult viszonyrendszerben. A védőnő a teljes személyiségével, viselkedésével, érzelmeivel – akár tudatosan benne akár nem – aktívan vesz részt a folyamatban, amely elsősorban a kliensek prevencióval kapcsolatos beállítódásainak alakítására, és a prevenciós szolgáltatások igénybevételére irányul. A védőnők - tevékenységük jellegéből adódóan - elsősorban a páciensek egészségét, egészségvédelmét, egészségfejlesztését szolgálják. E feladatokhoz igazodó kapcsolati és kommunikációs kultúrát, modelleket kell alkalmazniuk, nem pedig a ma már elavult, de még gyakran tapasztalható paternalisztikus modellre épülő orvos-beteg kapcsolati modellt másolniuk.

### **A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ KONKRÉT CÉLJA A PROGRAMBAN**

A védőnői kommunikáció konkrét célja a program megvalósítása során *egyrészt*, ismereteket adni a pácienseknek arra vonatkozóan, hogy mi a beavatkozás

- célja,
- hasznossága;

*másrészt*, feltárni, hogy a páciensnek milyen elképzelései vannak

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

*harmadrészt*,

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

A kommunikációs folyamat során a védőnő korrekt tájékoztatása a vizsgálat céljáról, előnyeiről, esetleges következményeiről, valamint a páciens folyamatos kér-

dezése („beszéltetése”) a saját egészségével kapcsolatos elképzeléseiről, a vizsgálatra vonatkozó beállítódásairól stb. építi a bizalmat. A létrejövő bizalom pedig nagymértékben elősegíti a szűrővizsgálat elvégzésébe való beleegyezést, valamint hosszú távú kapcsolatot épít ki a páciens és a védőnő között.

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

Ennek megtapasztalására végezhetünk kísérletet is. Vegyük fel diktafonra például a barátunkkal, barátnőnkkel, párunkkal, gyermekünkkel történő beszélgetést (a másik beleegyezésével), ha lehet, valamilyen bennünket különösen érdeklő, nem megszokott témában. A beszélgetés alatt készíthetünk jegyzeteket, vagy a beszélgetés végén visszajelezhetünk röviden arról, hogy mit is találtunk különösen érdekesnek a másik mondanivalójában. Ezt egyrészt összevethetjük a beszélgető fél általi észrevételekkel (azaz, hogy ő valóban ezeket emelte-e ki, tartotta-e fontosnak), illetve a hangfelvételt ismét meghallgathatjuk figyelmesen (akár többször is visszajátszva) és „ellenőrizhetjük”, hogy vajon még mindig azokat a pontokat emelnék-e ki, amelyeket elsőre hangsúlyosnak éreztünk.

## **A PROGRAM KOMMUNIKÁCIÓS KÖRNYEZETÉNEK SAJÁTOSÁGA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A nők nyitottságára az egyik legjobb példa Bangladeshből a Grameen bank mikrohitel példája: évente kb. félmilliárd dollár kölcsönt helyeznek ki a szegényeknek, akár még a koldulásból élőknek is, hogy kikapaszkodhassanak valamilyen egyszerű vállalkozás, kereskedés létrehozásával a súlyos szegénységből. A kölcsönfelvevők 96%-a nő, és a hiteleket vissza is fizetik! Muhammad Yunus, közgazdász, egyetemi oktató, a Grameen Bank megalapítója szerint csak arra volt szüksége, hogy felismerjen egy nagyon fontos emberi szükségletet (a súlyos szegénység problémáját), találjon az enyhítésére egy megfelelő megoldást (a mikrohitelvezést) és bízson azokban, akiknek segíteni szeretne (a szegényekben, különösen a nőkben). Ehhez – ahogy ő fogalmazott – meg kellett hogy szabaduljon a „madártávlat perspektívájától”, vagyis attól, hogy mindent felülről, égi magaslatokból nézzen. Felvette a „kukac-szemszöveget”, arra figyelve, hogy mi van az orra előtt, és felismert egy fontos emberi szükségletet. A bank ma már közel 50 000 faluban működik Bangladesben és átlagosan 5-10 dollárt kapnak a kölcsönfelvevők. A mikrohitel konstrukció pedig azóta az egész világon elterjedt. Ha pénzügyi kérdésekben ennyire megbízhatóak a nők, miért ne hihetnénk azt, hogy a saját egészségükért érzett felelősség vállalásában is képesek a cselekvésre?

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



**A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS, MINT SZOLGÁLTATÁS „ELADÁSA” A KLIENSEKNEK**

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

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

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

A nők közösségeire alapozott programok sorában lehetnek speciálisan kizárólag a méhnyakszűrésre, illetve a szűrésen való megjelenés meggyőzésére irányulóak. Ilyenek a hagyományos egészségnevelő előadások, amelyeket tarthat önállóan a védőnő, vagy együtt a szakorvossal, háziorvossal, más egészségügyi dolgozóval, egészségügyi civil szervezet aktivistájával stb. Az ilyen típusú előadások jelentős szervezést igényelnek, és az egészségfejlesztésben dolgozók egy részének tapasztalatai alapján nem túl

hatékonyak: alacsony számban jelennek meg rajta a célcsoport tagjai, és a közvetített üzenetek tartósan nem épülnek be a kliensek gondolkodásába. Ebben a felállásban minden a védőnőn „áll vagy bukik”, s meglehetősen jelentős karizmával kell rendelkeznie ahhoz, hogy magával ragadja a klienseket és hosszú távú hatást érjen el.

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

Ha az „eladásról” már újszerű módon gondolkodunk, érdemes a módszereink területén is bátran új eszközöket és technikákat kipróbálni. Gondoljuk csak végig, hogy akár a képzésünk során, akár a továbbképzéseken mi gyakorolt ránk a legnagyobb hatást, maradt meg bennünk a legjobban? A nagy előadások, a frontális oktatás, ahol az előadó mondta el, hogy mi a jó és a helyes? Ültünk a sötétben és sűrűn teleírt diákat olvastunk az előadó gyakran monoton beszédét hallgatva? Hány percig tudtunk figyelni a legnagyobb erőfeszítésünk ellenére is? Ha a válaszuk ezekre a kérdésekre kétkedő, akkor nyugodtan engedjük el ezeket a kevésbé hatásos módszereket, és válasszunk mást, olyat, ami nekünk és a célcsoportnak is több örömet, izgalmat és hatékonyságot eredményez. Igaz, a kihívás is több benne!

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

Ez nem azt jelenti, hogy nem használhatunk power pointos prezentációt – legfeljebb az időtartama ne legyen hosszabb 10 percnél, és csak a legfontosabb üzeneteket emeljük ki rajta. A szövegeket ábrákkal, képekkel is helyettesíthetjük, vagy az üzenetek megerősítésére használhatjuk azokat. A humor és az érzelmekre való hatás a leghatékonyabb „csodafegyver” ahhoz, hogy a fontos mondanivaló célba találjon. Ne csak informáljunk, hanem meséljünk történeteket is, melyek segítenek megerősö-

síteni a mondanivaló tartalmát. Ne feledjük, a személyesség bevitele egy előadásba közel hozza az előadót és a hallgatóságot egymáshoz. Akit pedig közel érzünk magunkhoz, attól a közvetített tudást, információt, tanácsot is jobban elfogadjuk.

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

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

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

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

### **A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRÉS „ELADÁSA” AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓKNAK**

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

A nyugati típusú orvoslásban, egészségügyi ellátásban a polgári állam kialakulása óta a gyógyítás végzésére és a hozzá kapcsolódó tevékenységekre (pl. betegvizsgálat) egyedül az orvos kapott legitim felhatalmazást. Az azóta eltelt évszázadok, különösen a 20. század utolsó évtizedei és a 21. század eleje ugyan jelentős változásokat hoztak, a beállítódás ezzel kapcsolatban azonban alapvetően nem változott. Ennek okai: az orvosok különösen hosszú és nehéz képzés során szerzik meg azt a tudást, amely a feljogosítja őket a gyógyításra, a szakmai tudás különösen magas fokával rendelkeznek, tevékenységüket szigorú eljárások szabályozzák stb. Az orvosi tudáson alapuló egészségügyi szolgáltatás éppen ezért különösen drága, és még ma is nehezen hozzáférhető a világ számos országában. Az orvostársadalom pedig – saját jól felfogott szakmai és piaci érdekei miatt – próbálja megvédeni a nehezen megszerzett monopóliumát a gyógyítás területén, valamint új piacokat szerezni, pl. a medikalizáció révén.

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

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

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

Mi az, amit nem érdemes tennünk:

- Homokba dugni a fejünket és úgy tenni, mintha ezek a feszültségek, esetleg ki sem mondott kérdések nem léteznének.
- Az első provokáló, vagy egyet nem értést kifejező megjegyzésre sértettséggel, támadással reagálni.
- Leegyszerűsíteni a másik fél ellenállását vagy a konfliktust a pénz<sup>13</sup> (hálapénz) kérdésére (ne vegyük át a bulvármédia felületes, vagy a politika bűnbakképző megközelítését).
- Arra hivatkozni, hogy „nem lehetett kitérni a feladat elől, muszáj volt elvállalni”, mert ezzel teljesen hiteltelenné tesszük magunkat más szakemberek előtt.
- A várható vagy ténylegesen manifesztálódó feszültségek miatt azonnal feladni és visszaadni a feladatot.

Amit érdemes tennünk:

- Az első lépéstől kezdve tájékoztatni az érintett szakembereket, kollégákat arról, hogy milyen új feladatot vállaltunk. Ennek során pontosan elmondani nekik, hogy miben is áll a mi tevékenységünk (ezt nekünk is nagyon kell tudnunk), s az hogyan

---

<sup>13</sup> Az OEP az állami egészségügyi ellátás keretei között 95 Ft-t térít esetenként, illetve komplex vizsgálat végzésekor 1290 Ft-ot. Anyagi érdekeltségről beszélni tehát ebben az esetben – ahogy a védőnők esetében sem – helytálló.

kapcsolódik az ő munkájukhoz (nem helyettesítve, hanem kiegészítve a tevékenységüket).

- Kifejezni elismerésünket a másik fél szakmai kompetenciája iránt és biztosítani arról, hogy mi ebben a folyamatban a partnerei, és nem a versenytársai vagyunk (figyelve arra, nehogy félreértsék: ők ettől még nem a főnökeink, csak a partnereink). Kifejezhetjük azt is, hogy szükség esetén számítunk a szakmai tanácsukra, segítségükre.
- Ha szükséges, érvelni lehet amellet is, hogy ez az új tevékenységünk – megítélésünk szerint – miért nem sérti az ő érdekeiket.
- Mivel Magyarországon szinte mindenki arra kíváncsi, hogy ezért a tevékenységért milyen díjazásban részesülünk, kérdés esetén erre is kitérhetünk (felsorolva természetesen azt is, hogy ebből milyen költségek terhelnek bennünket). Ez elegendő érv lesz ahhoz, hogy világossá váljon, nem ebből fogunk jelentős plusz jövedelemre szert tenni.
- Ha a beszélgetés kollegiális és nem csupán a száraz tényekre koncentráló, nyugodtan kifejezhetjük abbéli meggyőződésünket, hogy mi a „bőség-szemléletet” képviseljük, azaz úgy látjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások területén, főként az olyan nehezebb terepen, mint ahol Önök együtt dolgoznak, bőségesen jut mindenkinek feladat.

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

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

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

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

*Első elképzelt szituáció:*

A páciens bár megígéri, nem jön el a megbeszélte időpontban a kenetvételezésre.

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

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

*Második elképzelt szituáció:*

A nőgyógyász szakorvos becsúszó megjegyzéseket tesz a védőnők szakmai kompetenciájára és megkérdőjelezi az elvégzendő feladatra való alkalmasságukat (pl. „Egy szakorvos 6+5 évet tanul azért, hogy betegeket kezelhessen, a védőnőknek ehhez elég néhány nap?”)

Helytelen reakció: „Sok orvost ismerek, akinek a tudása ugyanúgy megkérdőjelezhető!” (Vagy más „visszavágás”, amely csak elmélyíti a konfliktust a két fél között.)

Helyes reakció: „A védőnőket nem a betegségek diagnosztizálására és a betegek kezelésére képezték ki, hanem csupán a citológiai kenetvételezésre azon nők körében, akik nem vagy nehezen és ritkán jutnak el szakorvoshoz. A szakemberek (nőgyógyász, citopathológus stb.) tudására és aktív közreműködésükre – az én határozott véleményem szerint – a diagnosztikában, a gyógyításban továbbra is rendkívül nagy szükség van. Minden elváltozás, betegségre utaló jel, vagy panasz esetén a páciens orvoshoz fogom irányítani. Ezt írja elő a szakmai protokoll, és ezt diktálja a lelkiismeretem is. Remélem, hogy megfelelő segítő partnere tudok Önnek lenni ebben a munkában.”

*Harmadik elképzelt szituáció:*

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

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

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

Tegyünk ezzel kapcsolatban egy kísérletet a saját családjukban: A gyermekünk/párunk megígérte, hogy bevásárol, és rendet tesz a lakásban. Hazaérve szembesülünk azzal, hogy ezek közül egyiket sem végezte el. Mérgünkben ilyenkor gyakran kicsúszik a számon, hogy „megbízhatatlan vagy, soha nem csinálod meg azt amit megbeszélünk és így tovább...” (a folytatás ismerős, minimum egy elrontott estével számolhatunk). Csalódottságunk azonban kifejezhető énüzenet formájában is, amit nem a másik személyének minősítésével érünk el. „Ma közös esti sétát (kártyázást, filmnézést stb.) terveztem Veled, s most kicsit csalódott vagyok, hogy ehelyett mással kell töltenem az időmet.” Az eredmény megdöbbenően más lesz, mint az előző esetben! Próbálják ki bárkivel (partnerrel, barátal, munkatárssal), bármilyen más szituációban (közös családi program elmaradása, megígért találkozó utolsó percben való lemondása, határidő csúszása stb.). Megéri! Ha működik a magánéletben, miért ne működne munkánk során a másokkal való viszonyunkban?

## **A PÁCIENS ÉS A VÉDŐNŐ TALÁLKOZÁSÁNAK HATÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI**

Amennyiben tényleges találkozó jön létre a páciens és a védőnő között, melynek során megtörténik a kenetvétel, azt már a kommunikációs tevékenységünk sikerének tekinthetjük önmagában is. Nem lényegtelen azonban, hogy a páciens mennyire lesz elégedett ezzel a találkozóval és a vizsgálattal, hiszen a további



együttműködés (a következő vizsgálaton való részvétel esélye), a vizsgálat „jó” vagy „rossz” (kellemes vagy kellemetlen) hírének terjesztése más potenciális páciensek (nők) körében nagyban függ ettől az elégedettségtől. Az elégedettséget sok tényező befolyásolja, melyek közül csupán néhányat emelünk ki:

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

Hangsúlyozzuk, hogy a páciensek elsősorban nem a védőnő szűken értelmezett szakmai kompetenciáját „vizsgálják”, amikor kifejezik elégedettségüket vagy elégedetlenségüket, annak rövid és hosszú távú következményeivel együtt. Nem lényegtelen természetesen az sem, de nem a rendelő felszereltsége, az orvosi technika csillogó csodái, a védőnő szakmailag adekvát (a kliens számára ezért néha érthetetlen) nyelvhasználata, hanem a kettőjük közötti viszony lesz a meghatározó ebben.

Itt emeljük ki azt a fontos szempontot, amely látszólag technikai kérdés, ám nagyon fontos, a kliens elégedettsége és a további bizalom megalapozása miatt

is. Ma az egészségügyi ellátásban számtalan rossz példát lehet még mindig látni az orvos-beteg, illetve az egészségügyi dolgozók-betegek kapcsolatában. Ne kövessük ezt a gyakorlatot akkor sem, ha azt „racionálisnak”, „időt spórolónak” stb. gondolunk, s ha velünk is így bánnak gyakran mások. Néhány fontos „technikai” részlet a klienssel való találkozás, a kenetvétele során:

- Mindig köszönünk a kliensnek, és ha még nem találkoztunk, bemutatkozunk.
- Nem kérjük meg, hogy azonnal a vetkőzöbe fáradjon és fehérenemű nélkül térjen vissza, hanem először helyet kínáljuk, és megbeszéljük vele a vizsgálat célját, menetét és megkérdezzük, hogy van-e ezzel kapcsolatban kérdése.
- Ezt követően kérjük csak fel arra, hogy vegye le az alsóneműjét és helyezkedjen el a vizsgálóasztalon. A kenetvétele közben mindent részletesen elmondunk ami vele történik (mit teszünk éppen, mit fog érezni stb.).
- A kenetvétele követően megkérjük, hogy öltözzön fel, majd a felöltözést követően ismét megbeszéljük vele a még nyitott, vagy újonnan felmerülő kérdéseket, a további teendőket (pl. hogyan kap értesítést a lelet eredményéről).

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

Sokan mondhatják, hogy „de hiszen ez csak egy egyszerű vizsgálat, nem az én feladatom, hogy megváltoztassam a nők saját egészségéhez való viszonyát vagy „emberközelibbé” tegyem a prevenciót, vagy akár az egészségügyi ellátást.” A védőnők hatása a nők és családok egészségének formálásában rendkívüli, akkor is, ha tudatában vannak mindennek, és akkor is, ha nincsenek. Minden ki-mondott szó, mondat, megformált mozdulat, alkalmazott mimika, hangszín és hangsúly, aktív és empátikus figyelem a páciensre akár évekre befolyásolhatja a nők prevencióhoz, a prevenció szolgáltatások igénybevételéhez való hozzáállását. A védőnő, akár az orvos, nem csak a szaktudásával, hanem a személyiségével és a viselkedésével is (mint legfontosabb „kommunikációs eszközökkel”)

dolgozik, s ennek hatásai jól előrevetítik a kapcsolat alakulását. A védőnők, akik ebben a programban részt vesznek, mindezeket jól ismerik a mindennapi tapasztalataikból, ám újbóli tudatosításuk soha nem haszontalan.

#### A vizsgálat elvégzése érdekében folytatott meggyőző közlésnek nem lehet része

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

#### Ezzel szemben

- a vizsgálat hasznosságával kapcsolatos információadás,
- a tanácsadás, melynek során segíteni tudunk a nőknek abban, hogy megértsék egészségviselkedésüket, és azon változtatni tudjanak a saját léptékük szerint, valamint
- a cselekvési lehetőségek (pl. a vizsgálaton való részvétel) felvázolása, amelyekhez a védőnő is aktív segítséget nyújthat

segíti a megfelelő kapcsolat kiépítését, azaz eredményes és hatékony kommunikáció jöhet létre a pácienssel.

### **A FOLYAMATOS SZŰRÉS FONTOSSÁGÁNAK KOMMUNIKÁLÁSA**

A jó kapcsolat kiépítése, a tisztelet és fontosság érzetének megadása a kliensnek egyben előkészíti a következő szűrésen való részvételt is. A két szűrés közötti kapcsolat fenntartása is fontos része a méhnyakszűrést végző védőnők munkájának. A védőnőknél senki sem tudja jobban, hogy milyen fontos, hogy ismerjük a ránk bízott kliensek életének legfontosabb történéseit, hétköznapi örömeiket, gondjait. A kapcsolatba bevitt személyesség éppen úgy működik a munkánk során, mint ahogy az ránk is hatással van – az élet más területein. Gyorsan bizalmat szavazunk azoknak, akik emlékeznek a keresztnévünkre, ismerik a gyerekeink életkorát és nemét, megkérdezik, hogy jól sikerült-e a múltkori családi összejövetel, felgyógyultunk-e az influenzából stb., azaz azt jelzik számunkra, hogy fontosak

vagyunk nekik. Ezekhez a dimenziókhöz tartozó rövid, a személyesség szférájába (de nem a személyes adatok körébe) tartozó feljegyzések készítése még nem fog adatvédelmi törvényekbe ütközni, de segít bennünket a másokra való tudatos odafigyelés gyakorlatának elsajátításában. Lehet, hogy kezdetben ez nehezebben megy, de gyakorlással elsajátítható és belső szükségletünké válik.

### **A LELETEK TÁJÉKOZTATÁSÁHOZ KAPCSOLÓDÓ KOMMUNIKÁCIÓ**

A citológiai kenetvétel eredményét a kliensekkel közölni kell, s ez ugyanolyan fontos része a folyamatnak, mint a kenetvétel elvégzése. Ennek során adunk ugyanis visszajelzést az érintetteknek az egészségi állapotukról, és beszélhetjük meg a további teendőket, problémamentes esetben pedig a következő találkozás időpontját.

A leletek eredményei általában kedvezőek, esetenként azonban a páciensek egészségi problémáját jelezhetik. Ezt a nem negatív eredményt, alapvetően kellemetlen hírt közölni kell a pácienssel, és ez a feladat a kenetvételt végző védőnő feladata. A nem negatív eredmény típusa, a probléma – leletből megállapítható – súlyossága különböző lehet, a közlés alapelveire, módjára azonban általános szabályok vonatkoznak:

- A kapott eredményt (legyen az kedvező vagy kedvezőtlen) csak és kizárólag az érintettel lehet közölni. Az ő felhatalmazása alapján ezt az eredményt mással is meg lehet osztani, de ehhez valóban szükséges a kliens hozzájárulása (a célcsoport tagjai nagykörűek). Sajnálatos módon Magyarországon a titoktartást, mint alapvetően az egészségügyi ellátás során gyakran csak deklarációként értelmezik, a gyakorlatban nem tartják be. Informatikai hiányosságok, de alapvetően szemléleti kérdések miatt az egészségügyi adatok könnyen hozzáférhetőek, és sokan – akár jó szándéktól vezérelve is – úgy érzik, hogy ezek „szabadon” kommunikálhatóak bárkivel. Így fordulhat elő, hogy a szűkebb-tágabb környezet előbb tud meg bizonyos egészséggel kapcsolatos eredményeket (pl. a fodrásznál, a boltban stb.), mint maga az érintett.
- Ha a kapott lelet, eredmény nem negatív, azt őszintén el kell mondani a páciensnek. Elmondani azonban éppen annyit kell, amennyi a leletből kiolvasható, megállapítható. A páciens külön, gyakran az ijedtsége miatt feltett provokáló

kérdéseire sem szabad olyan kommunikációba belemenni, amely tovább növeli a szorongását, félelmét a következményekkel kapcsolatban.

- Nagyon sokat segít a páciensek szorongásának csökkentésében, ha a védőnő nyugodt és tárgyilagos marad. Ez nem zárja ki az empátiát, azaz az együttérzést a pácienssel, de ha a védőnő maga is szorong és nyugtalan, nem tart szemkontaktust az érintettel, azzal nem fog segíteni a páciensének. A lelet korrekt tisztázása és a következő lépések (orvoshoz fordulás, a kenetvétel megisméltése stb.) megbeszélése pontos eligazodást adhat a páciensnek és segíthet a megnyugtatózásában. Fontos, hogy erre elegendő időt szánjunk és a helyszínt is jól válasszuk meg. (Nem lehet utcán, boltban találkozáskor gyorsan elmondani, hogy „itt van valami eltérés, meg kell majd ismételnünk a kenetvételt, vagy sürgősen orvoshoz kell fordulnia”. Amit mi sem szeretnénk, azt másokkal sem tehetjük meg.)
- A megfelelő helyen, időtartamban és hangnemben folytatott konzultáció a pácienssel lehetőséget ad arra, hogy meggyőződjünk, a páciens valóban megértett-e bennünket és a tennivalókat, valamint megfigyelhetjük az érzelmeit az eredménnyel kapcsolatban. Vissza tudunk kérdezni, sőt azt is megkérdezhetjük, hogy igényli-e a segítségünket, pl. a szakorvoshoz való fordulásban, időpontfoglalásban, esetleg – ha súlyosan szorong – kíséret biztosításában stb.
- Már a kenetvétel alkalmával előfordulhat, hogy a védőnő látható elváltozásokat észlel. Ezt azonnal meg kell beszélni a pácienssel és tovább kell küldeni őt a megfelelő ellátó helyre (házi orvoshoz, vagy szakorvoshoz). Ezt bátran tegyük meg akkor is, ha fogalmunk sincs, mi lehet az az elváltozás. Ennek diagnosztizálása és kezelése nem a védőnők feladata.

Előfordulhat olyan eset is, különösen a kezdeti időszakban, hogy a kenetvétel sikertelen lesz, a kenet minősége miatt azt a citopathológiai labor nem tudja értékelni. Ilyen esetben a vizsgálat megisméltésére van szükség. Ennek megbeszélése a klienssel, és a kenetvétel újbóli elvégzése a védőnő feladata. Mit mondjunk a páciensnek ilyen esetben, hogy saját szakmai hitelességünk és a kliens belénk

vetett bizalma ne csökkenjen, ugyanakkor ne is kényszerüljünk valamilyen „külső (rajtunk teljesen kívülálló) okokra” való hivatkozásra.

Amit tehetünk:

- Elnézést kérünk a páciens-től a kellemetlenségért, hogy a kenetvételt meg kell ismételni.
- Magyarozatként arra hivatkozunk, technikai okok miatt kell megismételni az eljárást, amely az esetek bizonyos százalékában sajnos előfordul.
- Minden segítséget megadunk ahhoz, hogy ez az újbóli eljárás a számára legmegfelelőbb időpontban történjen.
- Megköszönjük, hogy idejét és türelmét áldozta az újabb vizsgálatra.

Ami ne tegyünk:

- Semmiképpen ne hibáztassuk magunkat a páciens előtt a sikertelenül levett kenetért.
- Ne hangoztassuk gyakorlatlanságunkat, hogy biztosan azért nem sikerült az eljárás, de talán majd most, vagy ha többször lesz lehetőségünk gyakorolni...
- Ne okoljuk kizárólagosan a citopathológiai laboratóriumot se, hogy biztosan ott rontották el az egészet (felelősség áthárítása).

Fontos természetesen az is, hogy szembenézzünk azzal, ez mennyire a mi szakmai gyakorlatlanságunk következménye. Ha a sikertelen kenetvétel gyakrabban fordul elő praxisunkban, érdemes felkeresnünk egy szakorvos mentort, akinek a segítségével gyakorolhatjuk a kenetlevételt. A szakmai hitelességünket az fogja biztosítani, ha a kenetvétel ugyanolyan szintű és minőségű lesz, mintha azt szakorvos végezné.

Azt is érdemes végiggondolnunk, hogy vajon nem a vizsgálatról való idegenkedésünk, szorongásunk okoz-e problémákat a kenetvétel során. Egy emberi test, sőt intim testtáj megérintése, testnyílásban történő beavatkozás kezdetben mindenki számára furcsa érzésekkel jár. Ezzel az orvostanhallgatók, fiatal orvosok is így vannak. Szükséges valamennyi idő ennek megszokásához, de leginkább az a „fejünkben” lévő döntés meghozatala lényeges, hogy ezt a feladatot képesek vagyunk elvégezni,

mert ehhez van elég bátorságunk, tudásunk és határozottságunk. Másként fogunk úgy a beteghez érni és elvégezni a szükséges beavatkozást, ha ez a hitünk szilárd. A nagyobb önbizalom pedig hozni fogja az eredményeket, amely aztán tovább erősít bennünket. Nyugodtan elhihetjük, mindenki így kezdte.

### **SZŰRÉS SZERVEZÉSE, A TÁRSSZAKMÁKKAL VALÓ KAPCSOLAT, A HELYI KÖZÖSSÉG BEVONÁSA**

A szűrés szervezését, a célcsoport meggyőzését végezhetjük egyedül is, de ez sokkal megterhelőbb és gyakran kevésbé eredményes, mintha partnereket keresünk e tevékenységhez. A kiindulópontunk az lehet, hogy a nők egészsége mások számára is fontos, nem csak mi érzünk ezért elhivatottságot.

Azok a humán erőforrások, amelyeket ebben az esetben mozgósíthatunk, ott vannak a közvetlen környezetünkben. Ilyenek például a legközvetlenebb munkatársaink (más egészségügyi dolgozók, orvosok), a helyi közösségben működő, az egészségért tenni akaró civil szervezetek, informális hálózatok, a településünk intézményei (az önkormányzattól a postán keresztül az iskoláig), a munkáltatók és maguk az érintettek is. Kereshetünk szponzorokat is, és apróbb ajándékokkal „jutalmazhatjuk” a szűrésre érkezőket.

Kezdetben az ő bevonásuk, segítségük igénybevétele időt és energiát igényel, de a jó munkakapcsolat kialakítása, a közös siker az együttműködést a későbbiekben már gyorsá és gördülékennyé teszi. Itt sem szabad elfelejtkezni arról, hogy mindezek alapja a bizalom építése, amely mindig tőlünk indul!

A hosszú távú és sikeres együttműködést a bizalom mellett az is segíti, ha nemcsak a munkában osztozunk, hanem a sikerekben is. A védőnőknek soha nem szabad elfelejtkezni a partnerek megemlékezéséről, munkájuk megköszönéséről, amikor a programról, annak eredményeiről számolnak be a nyilvánosság bármely fórumán, vagy akár csak a hétköznapi kommunikációban (higgyük el, a jó hír is terjed, vissza fogják mondani az érintetteknek). Sokat segít a partnerek elköteleződésének kialakításában, ha már a program megkezdésekor jelezzük, kikre, milyen szervezetekre, intézményekre számítunk a közös munkában. Melyik háziorvos

tenne a program ellen, ha a védőnő nagyra értékeli a munkáját a helyi sajtóban és jelzi, számít a segítségére?

### **A HIÁNYZÓ, AZ UTOLSÓ KILOMÉTER MEGTÉTELE**

A Védőnői Méhnyakszűrő Program a programot kitalálók, kidolgozók, közreműködők szerint nagyon fontos, jó, hasznos és reményeik szerint eredményes is lesz. Van tehát e programnak küldetése (azaz céljai, melyek értékekre és bizonyított eljárásokra épülnek), kiépültek azok a rendszerek, amelyek szervezeten működtetik a programot. Fel kell azonban még építeni a bizalmat a célcsoporttal, és be kell vonni őket a folyamatba. Az első kettő sem könnyű, az utóbbi kettő azonban nagyon nehéz, és ez a védőnők legfontosabb feladata. Ha az 1000 kilométerből, amely – tegyük fel – a programot szimbolizálja, 999 kilométer már megvan, az utolsó hiányzó kilométeren nem bukhat el! Ha nem Önök képesek ezt a programot a célba juttatni, ki más lenne erre alkalmas? Ha úgy érezzük, hogy eljött erre az idő, akkor mire is várnánk? Ezt a munkát Önök nem most kezdték, és értékes tevékenységet végeztek ezidáig is. A folytatás, a program fenntartása is Önökre vár!

Nem lehet eleget hangsúlyozni, hogy a kliensekkel és a szakmai partnereinkkel folytatott kommunikációkban kifejeződik a munkánk iránti elkötelezettségünk, a szenvedélyünk és a tehetségünk is. E tehetség nem csak IQ-ban (értelmi intelligenciában) mérhető, hanem például EQ-ban (érzelmi intelligenciában) és SQ-ban (társas intelligenciában) is, sőt! Ez utóbbiak (EQ és SQ) fejlettsége – kutatások által bizonyítottan – lényegesen eredményesebbé teszik az embereket a munkájukban és a magánéletükben egyaránt, mintha csak az IQ teszteken érnek el jó eredményeket. (Goleman 1995, 2010) Míg az IQ csak korlátozottan, az érzelmi és a társas intelligencia annál jelentősebben fejleszthető mindenkinél.

A vállalt feladatukhoz Önöknek minden segítséget meg kell kapniuk, de az Önök tudása, elkötelezettsége, szenvedélye nélkül nem lehet célba jutni, hiába már csak az az utolsó kilométer van vissza.



### **AJÁNLOTT ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM**

Buda B. (2007): Kommunikáció és egészségügy: Álmod és valóság. Egészség és kommunikáció – konferencia (Friedrich Ebert Alapítvány, OEFI) Budapest, 2007. április 17.

Buda B. (1986): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. Animula Kiadó, Budapest

Covey, S. M, R., Merrill R. R. (2011): A bizalom sebessége. HVG Könyvek.

Csabai M. (2001): Az orvos-beteg találkozás helye és szerepe a gyógyító folyamatban. In: Buda B., Kopp M, Nagy E. (szerk.) Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 509-522.

Goleman, D. (2010): Társas intelligencia. Az emberi kapcsolatok új tudománya. Nyitott Könyvműhely, Budapest

Goleman, D. (1995): Érzelmi intelligencia. Háttér Kiadó, Budapest

Pilling J. (szerk.) (2008): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Samling Solution Consulting Kft. (2012): Asszertív kommunikáció. Budapest

Szabo, P., Meier, D., Hankovszky K. (2010): Rövid és tartós coaching. Solutionsurfers.

### **A SZERZŐRŐL**

**Dr. Füzesi Zsuzsanna**, orvos, szociológus, egyetemi tanár.

Munkahelye a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Magatartástudományi Intézete, ahol egészségpszociológiát oktat és kutat.



Nagy Attila

### **III. SZŰRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER OSZRCOMM MODUL**

## **A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJAI**

A továbbképzés átfogó célja, hogy a résztvevőknek rálátást biztosítson a méhnyak szűréssel kapcsolatos folyamatokra, illetve az informatikai rendszer által nyújtott támogató funkciókat bemutassa. A képzés során áttekintjük a rendszer használatához szükséges előfeltételeket, illetve a védőnők számára hozzáférhető OSZRCOMM modul használatát.

## **AZ OSZR RENDSZER MŰKÖDÉSE**

### **A SZŰRÉS ISMERTETÉSE**

A betegség korai felismerésének az eszköze - a szűrővizsgálat - arra irányul, hogy beavatkozzon a betegség természetes fejlődésmenetébe, megszakítsa a betegség kialakulásának folyamatát, elejét vegye teljes kibontakozásának, ilyen módon az invazív, az áttétképző daganatának is. Az úgynevezett preklinikai kimutathatóság szakaszában tünet és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata a definíció szerinti szűrővizsgálat. A szervezett lakosságyszűrési modell az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő, népes lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott szűrési programja.

### **A SZŰRÉS ELEMEI**

Az ÁNTSZ a szervezett lakosságyszűrési modellt alkalmazza a népegészségügyi program keretein belül, melynek elemei:

- a szűrési program területileg szervezett lakosságyszűrés útján meghatározott közigazgatási egységekben (kerület, város, megye, háziorvos ellátási körzet) valósul meg;
- a céllakosság nem csak lélekszám szerint meghatározott, hanem azon belül a szűrésre jogosult személyek egyénileg is azonosíthatók;
- a szakterület mai állását tükröző ajánlások alapján készült szakmai protokoll szabályozza a szűrővizsgálatban résztvevők körét:
  - a szűrésre kerülők nemét;
  - korcsoportját, azaz azt az életkort, amelyben a szűrést el kell kezdeni, és amelyben már szükségtelen folytatni;
  - valamint a szűrővizsgálatok megismétlésének gyakoriságát, azaz a szűrés és újra-szűrés közötti intervallumot;

- személyre szóló behívási, visszahívási, követési rendszer működése biztosítja a szűrésre jogosultak magas részvételi arányát; a szűrővizsgálatra jogosultakat névre szóló, személyes hangú levél útján hívják meg;
- a Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályok a központi adatbázisból az informatikai rendszer segítségével a saját közigazgatási egységeikhez kapcsolódóan kezelik:
  - a személyes meghívás alapjául szolgáló lakosságlistát, azaz a területen lakó összes, veszélyeztetettnek minősülő, tehát szűrővizsgálatra jogosult személy név- és címjegyzékét és azonosító adatait;
  - a megjelenési és eredmény listát, azaz a szűrésben részesült személyekről készült listát a szűrés eredményével kiegészítve;
  - a különbség-listát, amely lehetővé teszi a meghívott, de meg nem jelent személyek névszerinti azonosítását;
- a szűrővizsgálat elvégzéséhez szűrőállomások, azaz a szükséges szaktudással rendelkező, megfelelő berendezéseket üzemeltető szolgáltató egységek biztosítottak;
- a szűrési tevékenység illeszkedik az egészségügyi ellátó rendszerhez. A negatív eredményt adó esetekben a szűrőállomással együttműködő szakellátási egységek (radiológia, nőgyógyászat, endoszkópia, sebészet, citológia és patológia) – a háziorvosi szolgálattal összehangoltan – biztosítja a tisztázó vizsgálatok elvégzését, a kezelést és a betegkövetést;

## **A LAKOSSÁGLISTA**

A lakosságlista a célzott korcsoportok egyedeit tartalmazza.

A személyes meghíváson alapuló lakosságszűrés alapfeltétele a teljes és pontos területi lakosságlista. Ennek érdekében a Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályoknak rendszeres időnként értesülnie kell a területet érintő migrációról, az elhalálzásokról.

Az adatáramlásban biztosítani kell a szervezett szűréseknek és az egyéb, kapcsolódó vizsgálatok részeként megvalósuló alkalomszerű szűrővizsgálatoknak az összhangját. El kell kerülni a célbetegségben szenvedők szűrésre hívását.

A lakosságlista alapvető forrása az OEP TAJ nyilvántartása. A lakosságlistát az informatikai rendszer havonta frissíti.

## **A MEGJELENÉSI LISTA**

A megjelenési lista tartalmazza a szűrésen megjelent személyek azonosítóját a szűrés eredményével negatív/nem negatív jelzéssel. A megjelenési listák elsődleges adatforrásai a szűrőállomások.

## **A MEGBETEGEDÉSI LISTA**

A megbetegedési lista tartalmazza a bizonyítottan rákos megbetegedésben szenvedő személyek azonosítóját szűréstípusokra vonatkozóan. A lista elsődleges adatforrása a Rákregiszter, amely a minőségbiztosítási szempontból kérdéses esetekben egyedi megkeresésre részletes információt ad a betegről.

## **A SZŪRÉSI RENDSZER KÖRNYEZETE SZERVEZETI KÖRNYEZET, SZEREPLŐK**

### **● OEP**

Az OEP TAJ adatbázisa a szűrési rendszer lakosság adatainak szolgáltatója. Az OEP szolgáltatja a szűrések szervezéséhez szükséges házi orvos 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:

- Mammográfiás szűrőállomás az emlő szűrés esetében;
- Védőnő – citológiai laboratórium a méhnyak szűrés esetében;
- Nőgyógyászok – magánrendelés is jelentésre kötelezett;
- Háziorvos – 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.

## **AZ INFORMATIKAI RENDSZER KOMPONENSEI**

### **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. Ezen belül:

- A külső adatszolgáltatóktól kapott információk alapján képes szűréstípusonként a lakossági adatbázis felépítésére, és folyamatos frissítésére;
- A lakossági adatbázis alapján végzi a szűréstípusokra meghatározott algoritmusok szerint a lakossági behívást;
- Rendszeresen ellenőrzi a megjelenést, szükség esetén megismétli a behívást;
- Szűréstípusonként a megfelelő periódus elteltével visszahívja a lakosokat;
- Képes egyénileg és különféle csoportosítások (települések, háziorvosok, kor) alapján is kezelni a lakossági adatokat;



- Lehetőséget ad a koordinátorok és a házi orvosok számára a lakosok adatainak pontosítására (behívhatóság és lakcímadatok tekintetében);
- Nyilvántartja és kezeli a szűrési algoritmusok alkalmazásához szükséges kapacitás adatokat;
- Nyilvántartja és kezeli a közigazgatási egységekkel nem minden esetben egyező szűrési területek felosztását;
- Támogatja a behívó levelek nyomtatását;

## **OSZRC<sub>oMM</sub> 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;

## **SZŰRÉS - MICROSITE**

A szűrésekhez kapcsolódó microsite kettős feladatot lát el a rendszerben, infokommunikációs eszközként a lakosság és a szűrési folyamatok résztvevőinek tájékoztatását szolgálja, valamint lehetőséget ad a szűrésben részvevő szakmai szereplők belső kommunikációjához, a szakmai anyagok elsőszámú 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. Ezek a jelentések azonban nem képesek a tévesen diagnosztizált eseteket, illetve két vizsgálat közötti a korábbi szűrésen negatívnak vélelmezett, később diagnosztizált rákos eseteket, az ún. intervallum rákokat jelezni.

Az intervallum rákoknak két csoportját különböztetjük meg:

- a tévesen negatív szűrővizsgálati eredmények, azaz a korábbi szűrővizsgálat alkalmával készült mammográfiás filmek / citológiai kenetek / székletminták utánvizsgálata során olyan elváltozásra utaló jeleket talál az utánvizsgáló, amelyeket az eredeti vizsgálat alkalmával vagy nem vettek észre, vagy észrevettek, de nem ráknak véleményezték;
- valódi intervallum-rákok száma, azaz olyan intervallum-rákos esetek, amelyekben a korábbi szűrővizsgálat alkalmával készült mammográfiás filmek / citológiai kenetek / székletminták gondos utánvizsgálata során rákra utaló jeleket nem talál az utánvizsgáló, ezért feltételezhető, hogy a klinikailag felfedezett emlő- / méhnyak-rák / vastag- ill. végbélrák a korábban elvégzett szűrővizsgálatot követően fejlődött ki.

Az Intervallum-rákok felismeréséhez nem elég a „szűrőn fennakadtak” követése, minden egyes szövettanilag emlőrának / méhnyak-rának / vastag- ill. végbélrának diagnosztizált eset szövettani leletét ismerni kell. Ezek az esetek a Rákregiszter rendszeres adatszolgáltatásából előtérbe kerülnek, és egyedi vizsgálatuk elvégezhető a vonatkozó adatkezelési engedélyek beszerzése után.

A szűrési nyilvántartóban minden egyes szűrővizsgálatban részesült személy azonosító és vizsgálati adatai tárolva vannak; ez lehetőséget ad arra, hogy a Rákregiszter rendszere a szövettanilag igazolt rákos esetekben a kapott adatokat összevesse a nyilvántartott személyek „szűrési előéletével” azt megállapítandó: a rákosnak bizonyult személyt korábban meghívták-e szűrővizsgálatra, részt vett-e szűrővizsgálaton, ha igen, milyen eredménnyel? Ezek a szűrőprogram eredményességének értékelése számára nélkülözhetetlen információk, melyet az információs rendszernek folyamatosan szolgáltatja a minőségbiztosítás működtetéséhez.

## **A MÉHNYAK SZŰRÉSE**

### **A SZŰRÉS MENETE**

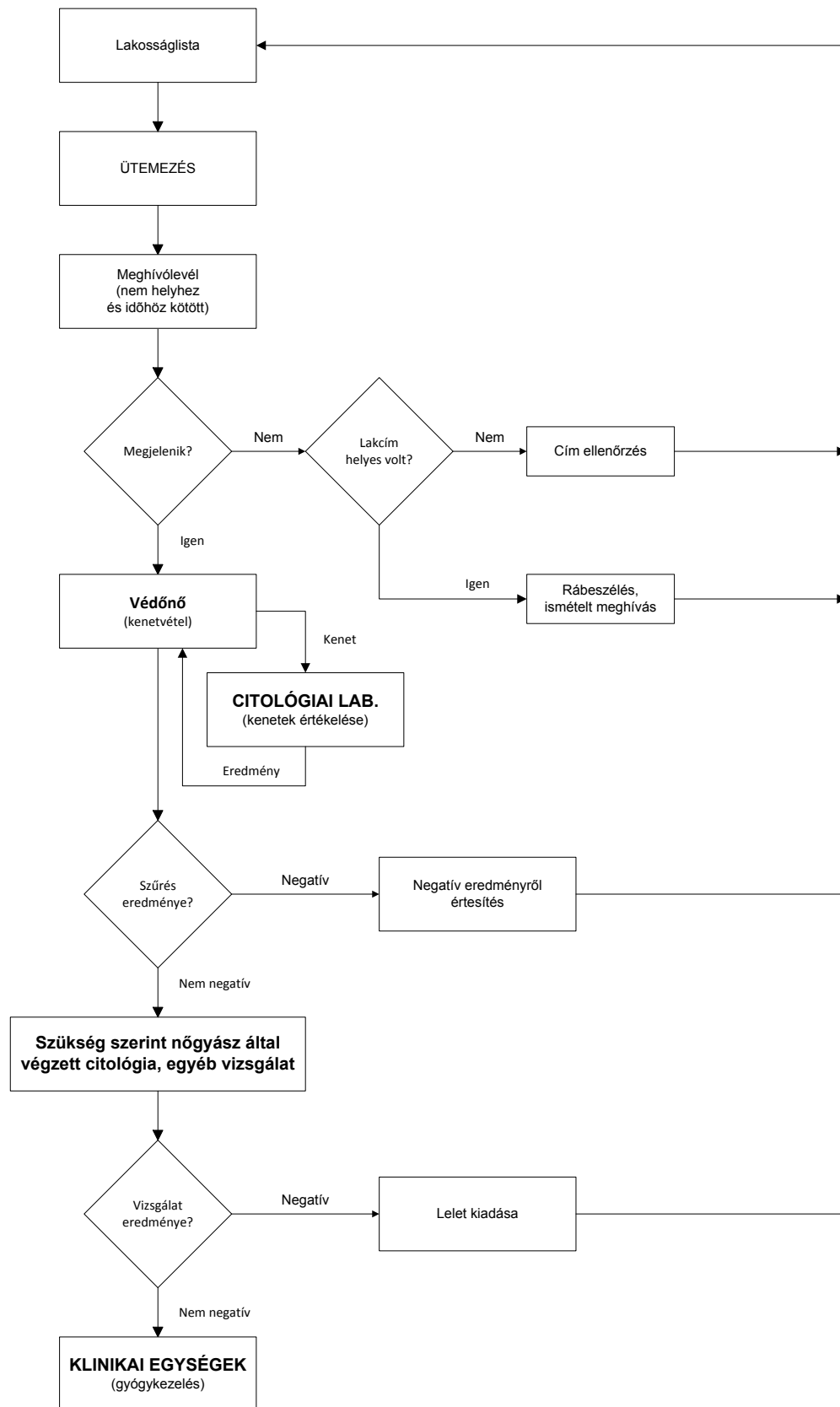
A lakosságlista és háziiorvosi lista a célzott korosztályra havonta megérkezik az OEP-től az ÁNTSZ Országos Onkológia Szűrési Koordinációs Osztályon működő Központi Szűrési Nyilvántartójába. Az adatok feldolgozása után a Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályok elkészítik a szűrési listákat. 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;

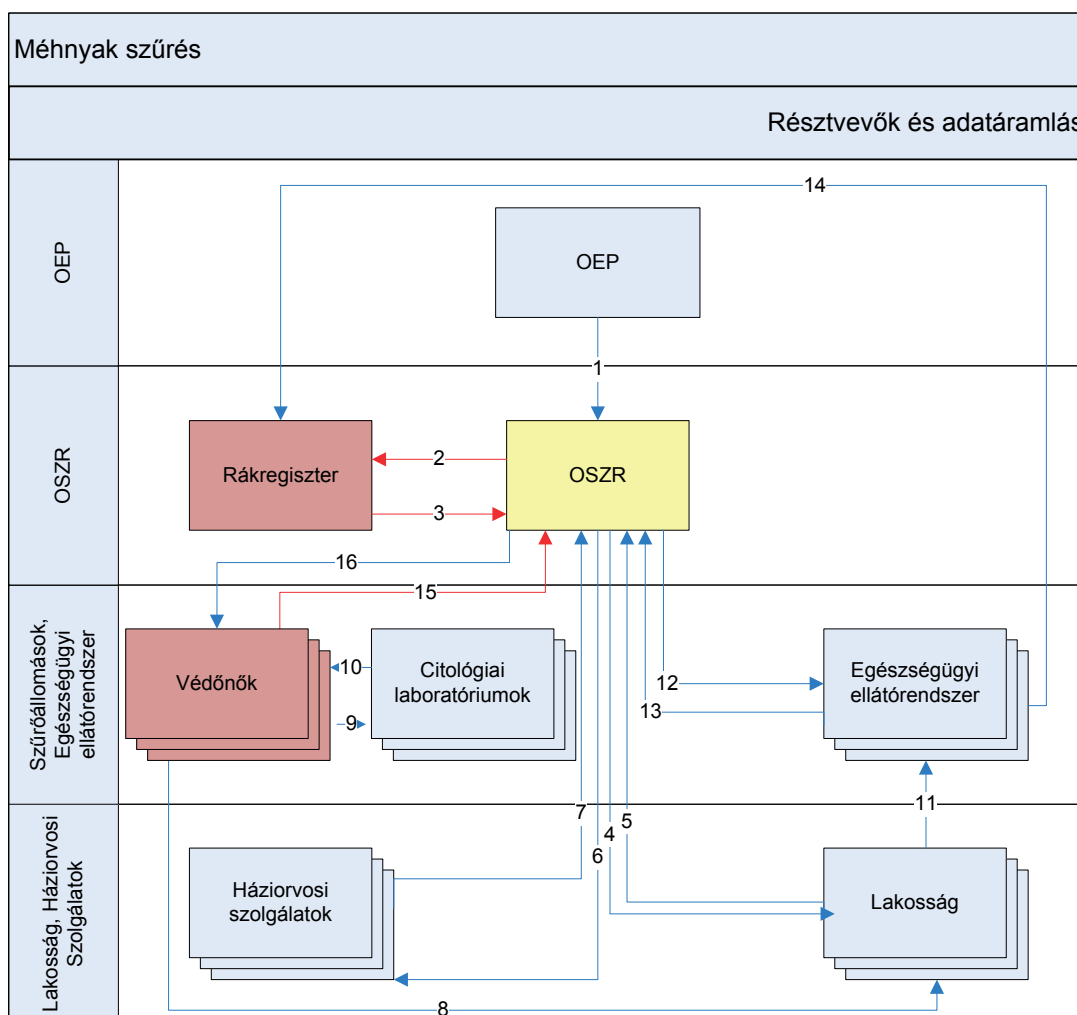
### **A TERÜLETI ONKOLÓGIAI SZŰRÉS KOORDINÁLÁSI OSZTÁLYOK ÁLTAL VÉGZETT SZŰRÉS-SPECIFIKUS TEVÉKENYSÉG**

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



2. ábra A Méhnyak szűrés folyamata

## RÉSZTVEVŐK ÉS ADATÁRAMLÁS



1. Lakosságlista és háziorvos adatok havi gyakorisággal minden lakosra;
2. Adatszolgáltatási kérelem a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó (negyedéves szűrési listák) esetekről;
3. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
4. Behívó levelek kiküldése a lakosságnak, szűrés szervezés;
5. Lakossági jelentkezések szűrésre, szervezéssel kapcsolatos visszajelzések;
6. Háziorvos értesítése a meghívó levelekről, illetve vizsgálati eredményekről;
7. Adat aktualizálás (lakcím, szűrési hívhatóság) az OSZR adatbázisban;
8. Vizsgálati eredmény küldése;
9. Minta elküldése;
10. Vizsgálati eredmény küldése;
11. Nem negatív esetek további vizsgálata az ellátórendszerben;
12. Adatszolgáltatási kérelem a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
13. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
14. Adatszolgáltatás a rákregiszter számára a rákos esetekről;
15. Megjelenések, szűrési eredmények, statisztikai adatok szolgáltatása;
16. Védőnő értesítése a meghívó levelekről, illetve vizsgálati eredményekről;

## AZ OSZR<sub>COMM</sub> MODUL MŰKÖDÉSE

### **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 alkalmazás gazdával.

### **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.

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat  
OSZR Kommunikációs Modul

Listaazonosító keresése  
Szűrési lista   
Típus: Citológiai  
Mehet

Nem hozzárendelt listák  
Nincs a keresésnek megfelelő lista

comidesagnesbp  
Dr. Comides Ágnes  
1138 Budapest, Váci út 174.  
Kijelentkezés

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

**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.

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat  
OSZR Kommunikációs Modul

Keresés szűrési lista alapján 220078

		Ellátási körzetek	
		Település	Cím
		Tuzsér	Kossuth út 64/b

Felhasználói azonosító:

Jelszó:

Név:

Email:

Fax:

Mobil telefon:

Telefonszám:

Cím:

Levelezési cím:

Számlaszám:

**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 választ-

hatja 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 mindegyikükénél 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.

Kezdetben 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)** lakosadatokat lehetőségként hagyja, hogy az esetlegesen a területen másik védőnő azok közül választhassa ki a saját lakosait.



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

A bejelentkezett Védőnő annál a lakosnál, akinél üresen van hagyva az M oszlop, nem végezhet további adatkezelést (erre a program hibaüzenettel figyelmeztet).


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 fölötte található keresőmezők segítségével. A keresőkifejezéseknél 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 megszűrt, 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.



Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

OSZR Kommunikációs Modul

260126

**Ellátási körzetek**

Balatonfüred 8230 Csárda u.1. ▾

Szűrési lista	Készítés
janna_0099_01_Mikekarácsonyfa	2011.04.20.

**Páciensek**

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

1-10 of 40

Csak meghívottak

## 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.

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat		OSZR Kommunikációs Modul	
TAJ-szám	062210108	Meghívó levél igény	Igen ▾
Létrehozás dátuma	2011.04.20.	Kenetvételek 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	Kenetvételek 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	Kenetvételek 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. Kenetvételekre kihez menne?	▾
Vizsgálatra küldte	<input type="text"/>	Int. Miért nem akar részt venni?	▾
Azonosító	<input type="text"/>	Int. Egyéb ok indoklás	<input type="text"/>
		<input type="button" value="Mentés"/> <input type="button" value="Vissza"/>	

## FELHASZNÁLÓI GYORSLISTÁK

**Szerepkörök:** mindenki, szerepkör szerint

A Felhasználói gyorslisták menüpont alatt az adminisztrátor által előre elkészített, a munkát segítő lekérdezések érhetők el. A lekérdezések nem paramétrezhetők, 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).

**A KOMMUNIKÁCIÓS MODULBAN HASZNÁLT JELÖLÉSEK**

Csoporthoz tartozó jelek		Jel értelmezése	
Csoport	Jel	Meghatározása	Jelentése
<b>M</b>	<b>I</b>	Behívólevél igénylése a választott lakosnak	<b>Igen</b>
	<b>N</b>		<b>Nem</b>
	<b>üres</b>		<b>Védőnő nem szűri</b>
<b>H</b>	<b>hY</b>	Interjú kérdés: Meghívólevelet kapott?	<b>Igen</b>
	<b>hN</b>		<b>Nem</b>
	<b>IV</b>		<b>Védőnőhöz</b>
	<b>iG</b>		<b>Nőgyógyászhoz</b>
	<b>nL</b>		<b>Lelete van</b>
<b>I</b>	<b>nB</b>	Interjú kérdés: Kenetvétele kihez menne?	<b>Bemutatta</b>
	<b>nC</b>		<b>Nincs</b>
	<b>nE</b>		<b>Egyéb</b>
	<b>eH</b>		<b>Meghalt</b>
<b>E</b>	<b>eK</b>	Interjú kérdés: Miért nem teljesíthető a szűrés?	<b>Elköltözött</b>
	<b>eM</b>		<b>Műtét</b>
	<b>eA</b>		<b>Egyéb</b>
	<b>I</b>		<b>Első</b>
<b>V</b>	<b>2</b>	Kenetvétele	<b>Második</b>
	<b>3</b>		<b>Harmadik</b>
	<b>1N</b>		<b>Negatív</b>
<b>K</b>	<b>1D</b>	A levett kenet értékelése	<b>Daganat gyanúja</b>
	<b>1GY</b>		<b>Gyulladás</b>
	<b>1E</b>		<b>EC sejtek hiánya</b>
	<b>1T</b>		<b>Technikai hiba</b>
	<b>2N</b>		<b>Negatív</b>
	<b>2D</b>		<b>Daganat gyanúja</b>
	<b>2GY</b>		<b>Gyulladás</b>
	<b>2E</b>		<b>EC sejtek hiánya</b>
	<b>2T</b>		<b>Technikai hiba</b>
	<b>3N</b>		<b>Negatív</b>
	<b>3D</b>		<b>Daganat gyanúja</b>
<b>3GY</b>	<b>Gyulladás</b>		
<b>3E</b>	<b>EC sejtek hiánya</b>		
<b>3T</b>	<b>Technikai hiba</b>		

## A SZŰRÉSI MICROSITE

### FELHASZNÁLÓI REGISZTRÁCIÓ

A regisztrációs felület a következő címen érhető el:

<https://www.antsz.hu/regisztracio> .

Főoldal > Regisztráció

### Regisztráció

**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.

**Az Ön neve és kapcsolatfelvételi adatai**

Családi név:  \*

Keresztnév:  \*

Típus:  \*

Email cím:  \*

**Partner adatai**

Adószám:  -  -  \*

Partner neve:  \*

Település:  település neve ✕

**Ügyfélkapu**

[ Jelenleg tesztelés alatt ] Ügyfélkapu hozzáféréssel rendelkezem, a rendszert ezen keresztül kívánom igénybe venni. Ha Ön rendelkezik ügyfélkapus azonosítóval, ez az ajánlott hozzáférési forma. Egyes jogosultságok csak ügyfélkapus bejelentkezés után érhetőek el.

**A hozzáférési kérés leírása**

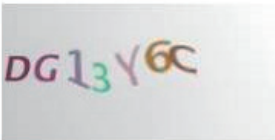
Kérjük válassza ki a szakrendszert amelyhez hozzáférést szeretne kapni, és a szöveges mezőben írja le a hozzáférési kérését.

Szakrendszer:  \*

Jogosultságok:  Kérem válasszon szakrendszert! \*

\*

**Kérem, írja be a képen látható karaktereket!**

6. 

7.

- Az Ön neve és kapcsolat-felvételi adatai

A bejelentő személy adatai. A megadott e-mail címre fog megérkezni a hozzáférés igénylés igazolása, valamint - a regisztrációs igény jóváhagyása után - a felhasználónév és jelszó páros. Esetleges visszautasítás esetén ide érkezik annak indokolása.

- Partner adatai

Azon cég, vállalkozó, vagy intézmény adatai, amelynek nevében a bejelentést szeretné megtenni.

A településkereső településnév vagy irányítószám beírásával megjeleníti a lehetséges találatok listáját, ebből kell a megfelelőt kiválasztani.



- Ügyfélkapu

Az ügyfélkapus hozzáférési lehetőség jelenleg nem elérhető.

- A hozzáférési kérés leírása

A legördülő menüből kiválasztható a kívánt szakrendszer, ezután megjelenik a szakrendszerhez igényelhető szerepkörök listája. A lista megfelelő elemére kattintva megjelölhetjük a kívánt lehetőséget (CTRL billentyű folyamatos nyomva tartásával több szerepkör is igényelhető.)

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

Szakrendszer:

Jogosultságok:

- További megjegyzések hozzáadásához használható a szabad szöveges doboz.

- CAPTCHA kód

A képen látható karaktereket a kép alatt található szöveges mezőbe kell beírni. Kis- és nagybetűre az ellenőrző program nem érzékeny. Amennyiben a karakterek nehezen ismerhetők fel, a képre kattintva új sorozat kérhető.

- Az „Elküldés” gomb

Erre kattintva a rendszer ellenőrzi a bevitt adatokat, hiba esetén felugró hiba-üzenetben figyelmeztet annak javítására. Sikeres regisztráció esetén „Antsz rendszer hozzáférés” tárgyú automatikus e-mailt küld a rendszer, amelyben a hozzáférési igény fogadásáról tájékoztat.

A belépéshez szükséges felhasználónév és jelszó párost a regisztrációkor megadott e-mail címre kerül kiküldésre.

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

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.

› **Közdesztelzés**

› Területi ellátási kötelezettség

› Ügyeletek

---

 **HELP**  
HUMAN EMERGENCY LIFE POINT

**Életmentő készülék:**  
1097 Budapest, Gyáli út 2-6. Főporta

---

**ESEMÉNYNAPTÁR**

◀ 2012. Augusztus ▶

H	K	SZ	CS	P	SZ	V
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Minden kategória ▾

---

› **Külső elérések**

↔ **Országos szűrési rendszer** ↔

A szakrendszeri linkre kattintva érhető el a megfelelő OSZIR alkalmazás.



**TOVÁBBI HOZZÁFÉRÉS IGÉNYLÉSE**

Bejelentkezés után a <https://www.antsz.hu/regisztracio> oldalra lépve a 'Jelenlegi' rádiógombot választva lehetőség van a bejelentkezett partnerhez további szerepkör(öke)t igényelni.

Főoldal > Regisztráció

**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

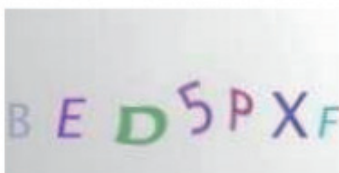
**A hozzáférési kérés leírása**

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!



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.

Főoldal » Regisztráció

## 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:  ✖

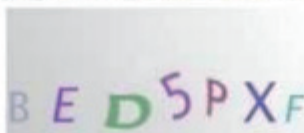
### A hozzáférési kérés leírása

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!



## **TERVEZETT FEJLESZTÉSEK**

### **FELHASZNÁLÓKEZELÉS INTEGRÁCIÓ**

A tervezett és folyamatban lévő informatikai fejlesztések során a szűrési rendszer felhasználókezelése integrálásra kerül az OTH központi felhasználókezelésével, így a későbbiekben a felhasználók bejelentkezése/kijelentkezése illetve az informatikai komponensek elérése változni fog. A változásokról a rendszer szereplőit elektronikus formában minden esetben előre értesítjük.

### **VÉDŐNŐI LÁTOGATÁSOK SZÁMA**

Az OSZR<sub>COMM</sub> modulban a citológiai szűrési eseményhez tartozó adatkör bővítését tervezzük, amely eredményeként a védőnő megadhatja az adott személynél a szűrési eseménnyel kapcsolatban tett látogatásainak a számát.

### **VÉDŐNŐI KÖRZETEK KEZELÉSE**

A TÁMOP-6.1.4 projektben kifejlesztendő informatikai rendszer egyik feladata a védőnői körzetek elektronikus nyilvántartásának a megvalósítása. A nyilvántartás elérhetősége esetén az OSZR rendszer által előállított lakoslisták csak az adott védőnőhöz tartozó ellátási körzetben állandó lakcímmel rendelkező személyeket fogja tartalmazni, így a lakoslistákban a lakosok megjelölése feleslegessé válik majd.

## MELLÉKLET

### Az OSZRComm MODUL ELÉRHETŐSÉGEI

#### **TESZT RENDSZER**

<https://oszr.antsz.hu/OSZRCommQA/>

(Folyamatos üzemeltetése nem biztosított)

#### **ÉLES RENDSZER**

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

(Munkaidőben folyamatos üzemeltetésű rendszer, esetleges rendszerkarbantartási időszakok hétköznapi 24.00-03.00 között, vagy hétvégén)

#### **SZŰRÉS MICROSITE**

<http://szures.antsz.hu>