

VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS
TANANYAG A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉSHEZ

A VÉDŐNŐK FELKÉSZÍTÉSE A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉRE ÉS VÉGZÉSÉRE

Továbbképzési tananyag

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Budapest

2014

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

Szerkesztette:

Dr. Koiss Róbert Ph.D.

szülész-nőgyógyász, nőgyógyász onkológus szakorvos

Szerzők:

Prof. Dr. Döbrössy Lajos szaktanácsadó

Dr. Pap Károly t. főiskolai tanár, szülész-nőgyógyász szakorvos

Tóth Tímea védőnő

Dr. Füzesi Zsuzsanna orvos, szociológus, egyetemi tanár

Nagy Attila programozó matematikus – közgazdász

Lektorálta:

Fogarasi-Grenczer Andrea védőnő, egyetemi adjunktus

Dr. Bózsai Szabolcs Ph.D. szülész-nőgyógyász, klinikai onkológus, egyetemi tanársegéd

Feróné Komolay Anikó pedagógia előadó, mestertanár, főiskolai docens

Krapecz Imre okleveles közgazdász, főiskolai docens

ISBN 978-963-86911-7-0

Készült:

az OTH Nyomdájában 2014-ben.

TARTALOMJEGYZÉK

Beköszöntő.....	7
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS; OKTATÁSI TANANYAG A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA	9
Bevezetés: Szűrővizsgálatok Magyarországon, történeti áttekintés	9
I. A szűrés szakmai és szervezési irányelvei	13
1. A szűrővizsgálatok biológiai alapja: a daganatok fejlődésmenete.....	14
2. Mit nevezünk szűrővizsgálatnak?	15
3. A célbetegségek kiválasztása: milyen esetekben kezdeményezhető a szűrővizsgálat?	16
4. Követelmények a szűrővizsgálati módszertől	17
4.1 A szűrővizsgálati módszer alkalmazásának értékmérői	17
4.2 Lehetséges tévedések	18
5. Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben: alkalmoszerű és szervezett szűrés.....	19
5.1 Alkalmoszerű (opportunistikus) szűrés	19
5.2 A szervezett (organizált) szűrés.....	20
6. A szűrővizsgálatok eredményességének megítélése	21
6.1 Csökkent a megbetegedések száma?	21
6.2 Javul az életminőség?	21
6.3 Javul a klinikai stádium-megoszlás?	22
6.4 Meghosszabbodott túlélés?	22
6.5 A halálozás mérséklődése	22
7. A szűrővizsgálatok tudományos megítélése: szakterület mai állása.....	23
8. Néhány egyéb tudnivaló a szervezett szűrésről	23
8.1 Csak haszonnal jár-e a szűrés vagy okozhat-e kárt is?.....	23
8.2 A tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve	24
8.3 A szűrés: etikai többletfelelősség.....	25
II. A méhnyakszűrés	26
1. A méhnyak rák megelőző állapotai és rákja	27
2. A szervezett szűrés stratégiája: életkor és gyakoriság.....	28
3. Szelektív szűrés	29
4. Szűrővizsgálati módszerek és azok értéke.....	29
4.1 Nőgyógyászati szűrés? Méhnyakszűrés!	30
5. A méhnyakszűrés szervezésének és végrehajtásának irányelvei	31
5.1 Helyzetfelmérés	31
5.2 Meghívás.....	31
5.3 A szűrővizsgálat: mintavétel	32
5.4 A kenet fixálás, kenetkészítés, laboratóriumba szállítás	32
6. A citológiai lelet: ajánlás a védőnő tennivalóra.....	33
III. Lakossági részvétel: A szűrés társadalmi elfogadottsága, lélektani mellékhatásai	34
1. Egészségnevelés: „szűrési propaganda”	35
1.1 Az egészségnevelés a megelőzés fegyvere	35
1.2 Az európai rákellenes „Tízparancsolat”	36
1.3 Egészségnevelés a szűrés támogatására.....	36
1.4 Szűrés elfogadása: az „egészségügyi kultúra” része	37
1.5 Az egészségnevelés üzenete	37
1.6 Az egészségnevelés célcsoportjai	38
1.7 Az egészségnevelés üzenethordozói	38

2. A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai: a szűrés a páciens szemszögéből	39
2.1 A "kór" és a "betegség"	40
2.2 A szűrés célállapota	41
2.3 A negatív lélektani következmények forrásai	41
2.3.1 A rák képe a köztudatban	41
2.3.2 A „címkézés”	43
2.3.3 Az áldozat hibáztatása	43
2.4 A kockázat, mint betegség. A talált rendellenesség értelmezése.....	44
2.4.1 Mit jelent a kockázat?	44
2.4.2 A kockázat „medikalizációja”	45
2.5 A meghívólevél	46
2.6 A szűrővizsgálat előtti tájékoztatás	46
2.7 A szűrővizsgálat folyamata és következményei	47
2.8 Várakozás: bizonytalansági periódusok.....	47
2.9 A szűrés utáni tájékoztatás	48
Ajánlott irodalom.....	49
Mellékletek	49
NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK A PROGRAMHOZ	55
1. Méhnyakszűrés helyzete Magyarországon nemzetközi összehasonlításban	55
2. Védőnői méhnyakszűrési program kontra nőgyógyászati rákszűrés	56
2.1 Méhnyakrák kialakulása	57
2.2 HPV fertőzés	58
2.2.1 HPV típusok	59
2.2.2 HPV fertőzéstől a méhnyakrákig	59
2.3 Méhnyakrák és rákmegelőző állapot (praecancerosis)	60
2.3.1 Bethesda klasszifikáció	60
2.3.2 A Védőnői Méhnyakszűrési Programban alkalmazott felosztás	61
2.3.3 Méhnyakrák tünetei	62
2.3.4 TNM és 2009-es FIGO méhnyak stádium beosztása	63
3. Anatómiai ismeretek a méhnyak feltáráshoz	64
3.1 Külső nemi szervek	64
3.2 Hüvelybemenet	65
3.3 Hüvely (vagina)	65
3.4 Méh.....	65
3.5 Méhszáj fejlődése, hámborítása	67
4. A méhnyak sejtkenetvétele menete	68
4.1 Kenetvevő eszközök és eljárások	68
4.2 Feltárás	69
4.3 Kenetvétele technikája.....	70
4.4 Kenet kikenése	71
4.5 Kenetvétele kizáró – zavaró körülmények.....	71
5. Hatékony védőnői program kenetvételel kapcsolatos következménye – nőgyógyász tanácsai.....	72
Hivatkozások	74
A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE, ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE	75
1. Védőnői méhnyakszűrő programok eredményei, tapasztalatai	75
2. Heves és Nógrád megyei felmérés (2011) adatainak bemutatása	77
3. A védőnő helye, szerepe a méhnyakszűrésben.....	82
Milyen eredményeket várunk a védőnők bevonásától, a védőnői méhnyakszűréstől?	83

4. Szűrési tevékenység szervezése, gondozási terv, nővédelmi tanácsadás, látogatás szervezése	84
Központi, országos szervezés	84
Helyi szervezés – a védőnői szűrés szervezése	85
1. A szűrendők listája	85
2. Szűrendők látogatása	86
5. A szűrés szervezése során gyakran feltett kérdések a lakosságtól a szakember válaszai	87
6. A szűrési tevékenység	90
A szűréshez szükséges eszközök	90
Területi védőnő feladatai a méhnyakszűrés elvégzésében	91
Felkészítés a méhnyakszűrésre, kenetvételre, tájékoztatásra	91
Ennek feltételei a szaktudáson kívül	92
Ajánlott és felhasznált irodalom	103
A lakosság tájékoztatásához nyújt segítséget a „Három nő” c. film	103

KOMMUNIKÁCIÓS ISMERETEK VÉDŐNŐKNEK EGY SPECIÁLIS

PROGRAM KAPCSÁN 105

Mi a kommunikáció?	105
7 tévhit a kommunikációval kapcsolatban	105
A kommunikáció néhány fontos alapelve a programban	108
Mi az igazság?	108
Mit jelent a világos beszéd?	109
Hogyan tegyük mindezt?	109
Mire építkezzünk?	111
Mit kell még figyelembe vennünk?	111
A hitelesség és a hiteles kommunikáció – a bizalom alapja	113
Asszertív viselkedés és kommunikáció	115
Az önérvényesítő emberek jellemzői	117
Az empátiás figyelem	121
A védőnői kommunikáció általános célja a programban	124
A védőnői kommunikáció konkrét célja a programban	126
A program kommunikációs környezetének és célcsoportjainak jellemzői	127
A védőnői méhnyakszűrés, mint szolgáltatás „eladása” a klienseknek	130
Egészség és egészségmagatartás a laikusok szempontjából	134
A védőnői méhnyakszűrés „eladása” az egészségügyi dolgozóknak	135
A szóhasználat, a terminológia fontossága	138
A konfliktusok megelőzése. Az „énüzenetek” szerepe a kommunikációban	139
A páciens és a védőnő találkozásának hatásai és következményei	142
A folyamatos szűrés fontosságának kommunikálása	146
A leletek tájékoztatásához kapcsolódó kommunikáció	146
Szűrés szervezése, a társszakmákkal való kapcsolat, a helyi közösség bevonása	149
A hiányzó, az utolsó kilométer megtétele	151
Ajánlott és felhasznált irodalom	152
A szerzőről	152

SZŪRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER (OSZRCOMM MODUL) 153

1. A továbbképzés céljai	153
2. Az OSZR rendszer működése	153
A. A szűrés ismertetése	153
B. A szűrés elemei	153
A lakosságlista	155
A megjelenési lista	155
A megbetegedési lista	155

C. A szűrési rendszer környezete	155
Szervezeti környezet, szereplők	155
D. Az informaticai rendszer komponensei	156
Behívó-visszahívó rendszer	156
OSZRComm modul.....	157
A szűrési weblap.....	157
A minőségbiztosítási rendszer.....	157
E. A méhnyakszűrés.....	158
A szűrés menete	158
3. Az OSZRComm modul működése	162
A. Bejelentkezés	162
B. Ki vagyok én, és Kijelentkezés	162
C. Saját adatok megváltoztatása.....	163
D. Szűrési lista kezelés	163
E. Adatok felvitele, megtekintése	165
F. Felhasználói gyorslisták	166
4. A szűrési weblap.....	166
A. Felhasználói regisztráció	166
B. További hozzáférés igénylése	171
5. Tervezett fejlesztések	172
A. Felhasználókezelés integráció	172
B. Védőnői látogatások száma	173
C. Védőnői körzetek kezelése	173
6. Mellékletek	173
A. Az OSZRComm modul elérhetőségei	173
Teszt rendszer	173
Éles rendszer	173
B. A szűrési weblap elérhetősége	173
C. A Kommunikációs modulban használt jelölések	174

BEKÖSZÖNTŐ

TISZTELT VÉDŐNŐK!

Nagy örömmre szolgált a védőnői méhnyakszűrésre felkészítő tananyag szerkesztése.

A tankönyv szerkesztésekor elsődleges szempont volt, hogy az elméleti ismeretek bemutatása mellett, a gyakorlati képzéshez is hasznos segítséget tudjunk nyújtani Önöknek. Az új kompetencia, új kihívásokkal jár. Célunk, hogy a tankönyvvel felkészítsük Önöket a méhnyakszűrésre. Az elméleti fejezetek mellett gyakorlatias képet is kapnak az új feladatokról. A szerzők fejezeteik írásakor figyelembe vették azokat a kommunikációs, szervezési és informatikai nehézségeket, amelyekkel munkájuk során minden nap találkozni fognak. A problémákra megoldásokat kínálnak, és bátorítják Önöket a feladat elvégzésére. A méhnyakszűrés nem csak sejtkenet mintavételből áll, hanem egészségnevelésből, népegészségügyi felvilágosító tevékenységből, és preventív gondolkodásból.

Úgy forgassák a tankönyvet, mint gyakorlati kézikönyvet, és biztatom Önöket arra, hogy hasznosítsák a benne lévő ismeretanyagot a napi gyakorlatban!

Jó tanulást és sikeres munkát kívánok!

dr. Koiss Róbert
szakmai vezető

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ MÉHNYAKSZŰRÉS; OKTATÁSI TANANYAG A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA

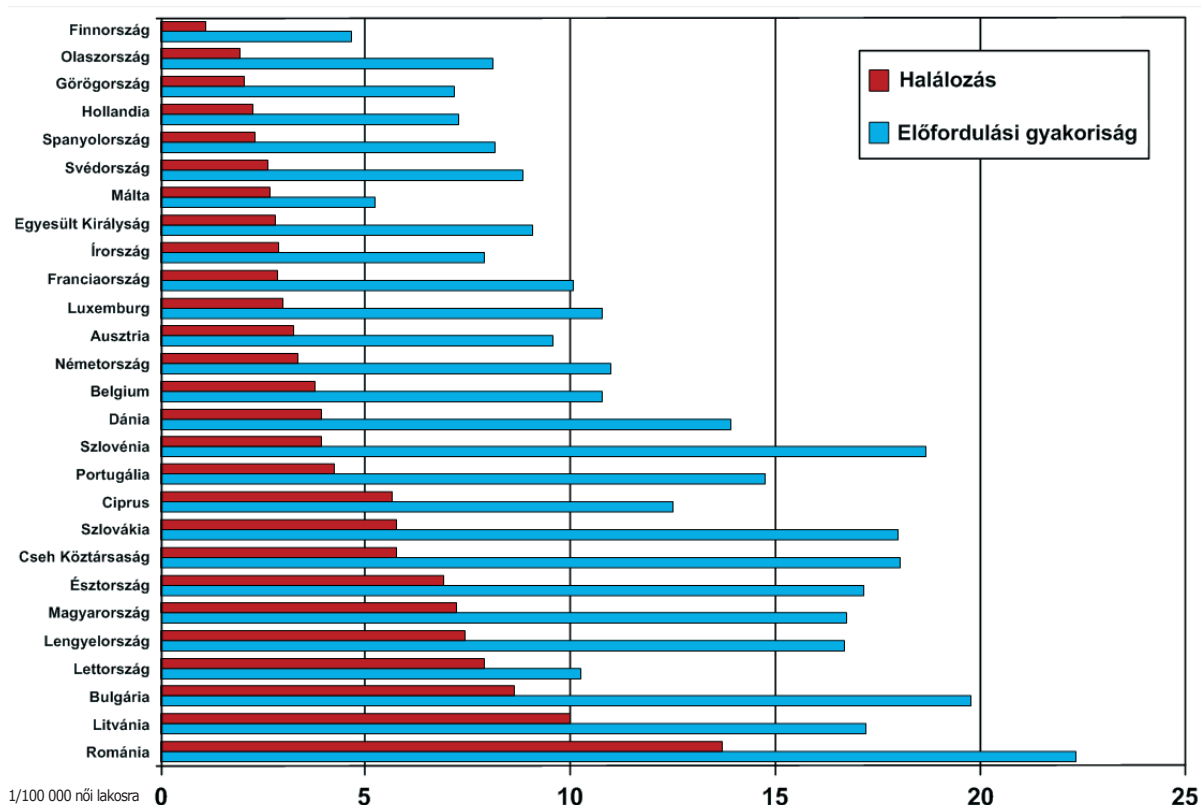
BEVEZETÉS: SZŰRŐVIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON, történeti áttekintés
Magyarországon a méhnyakrák nem tömegpusztító betegség. Összehasonlítva más daganatok haláloki szerepével, előfordulása és az okozott halálozás nem magas: évente „csupán” 1.200 körüli új megbetegedés fordul elő, és „mintegy” 400-450 nő halálát okozza. A rosszindulatú daganatok miatti halálozás sorrendjében a nők között „mindössze” a 8. helyen áll (1. melléklet). A halálozás mutatószámai, jóllehet évről-évre ingadozóak, mégis csökkenő irányzatúak. A csökkenés megfelelhet a méhnyakrák miatti halálozás világszerte mutatkozó csökkenő tendenciájának („szekuláris trend”), ám nem zárható ki, hogy az évtizedek óta folytatott szűrési igyekezetünket is tükrözi (1. ábra).

1. számú ábra A méhnyakrák miatti halálozás alakulása Magyarországon 1971-2011 között
(Forrás: KSH Demográfiai Évkönyv)



A nemzetközi összehasonlítás kevésbé kedvező: a halálozás rangsorában az európai országok mezőnyének utolsó negyedében van a helyünk: a halálozás négy-szer-öttször magasabb, mint az élmezőnyben lévő országoké (2. ábra).

2. számú ábra A méhnyakrák előfordulása és a halálozás az Európai Unió tagországaiban (WHO, 2010)



Magyarországon a méhnyakrák még ma is kiemelkedően fontos népegészségügyi probléma. Ennek oka egy elszalasztott lehetőség. A sejtvizsgálatra (citológia) alapozott szervezett lakosságszűréssel ugyanis már évtizedek óta olyan lehetőség birtokában vagyunk, amely a méhnyakrák miatt bekövetkező halálozás gyökeres csökkenését (ha nem is teljes eliminálását) ígéri. Ezt példázzák azok az országok (köztük Finnország, Nagy-Britannia), ahol a szervezett lakosságszűrés lehetőségével a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően élnek, és ilyen módon vetettek gátat „a méhnyakrák-epidemiának”, azaz a méhnyakrák tömeges előfordulásának és a magas halálozásnak (3. ábra), amely a lakosság átszűrtségének arányában csökkent.

3. számú ábra A méhnyakrák előfordulása és a lakosság átszűrtségének összefüggése (Anglia)



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

Magyarországon a „nőgyógyászati rákszűrésnek” ugyanis nagy hagyományai vannak. Kezdetei az 1950-es évekre nyúlnak vissza: az országos onkológiai hálózat működési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli nőlakosság „tömeges szűrővizsgálatát”. A szűrés kizárólagos módszere a méhszáj kolposzkópos megtekintése volt. Többségükben onkológus-nőgyógyászok művelték. 1960-as években kezdett szokássá válni a „komplex rákszűrés”: a vizsgálat során vett sejtkenet citológiai vizsgálatával egészült ki a nőgyógyászati szűrővizsgálat. 1976-ban az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, valamint az Országos Onkológiai Intézet közös módszertani levele a nőgyógyászokat tette a méhnyakszűrés „kapuőreivé”, szűrővizsgálati módszerként a kolposzkópos vizsgálatot kiegészített teljes nőgyógyászati vizsgálatot nevezte meg, amelynek része a kenetvétele, citológiai vizsgálat céljára. Úgy rendelkezett, hogy „minden 20 évnél idősebb nőn végzett nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”, amelynek

mind a kolposzkópos, mind a citológiai vizsgálat elengedhetetlen része. Mindez a nőgyógyászati szakellátás aktivizálódásához vezetett, és kedvező talajt teremtett az 1981-ben meghirdetett „cervix-program” számára, amelynek célkitűzése minden 20 és 65 év közötti nő évenkénti szűrővizsgálata volt. Ennek nyomán magasra rúgott az évenként végzett szűrővizsgálatok száma, ritkábbá váltak az elhanyagolt állapotban, gyakoribbá a korábbi klinikai stádiumokban diagnosztizált rákok, azonban nem csökkent a méhnyakrák miatti halálozás a céllakosságban. Ennek magyarázata az volt, hogy a magas vizsgálati szám ellenére a lakosság átszűrtsége alacsony maradt, mert – szűrési nyilvántartás hiányában – a női lakosság egy hányadát a kelletténél gyakrabban, más hányadát sohasem szűrték. A program szervezői az „alarm helyzetet” azaz a cervix-program csődjét 1991-ben ismerték be.

Mindeközben a mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek kidolgozták, és 1986-ban közzé tették a „szervezett szűrés” koncepcióját: bizonyítékok alapján a méhnyakszűrés szuverén módszerének a sejtkenet citológiai vizsgálatát, valamint, a lakossági részvétel optimálissá tétele érdekében a személyes meghívás rendszerét ajánlották.

Magyarországon – az akkori Nemzeti Népegészségügyi Program keretében – a 2003-ban megindult népegészségügyi lakossági méhnyakszűrés a „szervezett szűrés” koncepciója mellett kötelezte el magát. A méhnyakszűrés új gyakorlatára való átállás azonban csak lassan hatol be mind a népesség, mind a nőgyógyász társadalom tudatába. A hagyományos módszertan, amely a lakosságszűrést nőgyógyász-szakorvosi vizsgálathoz köti (és ezzel ellehetetleníti), átállása a nemzetközi ajánlásokban szereplő eljárás módra, elhúzódó folyamat. Ennek következtében hatásossága, eredményessége is kívánnivalókat hagy maga után.

Szakedolgozói szűrés: Védőnői méhnyakszűrési program

2008-ban az Állami Számvevőszék vizsgálatot folytatott azzal a céllal, hogy „ellenőrizze az onkológiai szűrési programok hasznosulására fordított pénzeszközök hasznosulását”. Megállapításai a népegészségügyi szervezett méhnyakszűrésre nézve súlyosan elmarasztalók voltak. Megállapították, hogy „a kitűzött célok nem teljesültek”. Jelentésükben azt javasolták az egészségügy kormánynak, hogy „szervezze újra a méhnyakszűrés rendszerét”, „tartalmát redukálja a citológiai ke-

netvétélre és annak vizsgálatára”, „vigye közelebb az alapellátáshoz”, egyszóval, „módszertanát igazítsa a nemzetközi gyakorlathoz”, azaz a szakterület mai állásához.

A javaslatokat megfontolva, 2009-ben az egészségügyi kormányzat a „szakdolgozói szűrés” gyakorlatának fokozatos bevezetése, azaz a területi védőnők által vett sejtkenet citológiai vizsgálata, és a nem negatív eredménnyel járó személyek nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra utalása mellett döntött.

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

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

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

I. A SZŪRÉS SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEI

A daganatos betegségek által okozott halálozás mérséklésére – legalábbis rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia, mert (i) a mégolyan hatékonyan alkalmazott elsődleges megelőzési programok is – daganatbiológiai okokból – csak évtizedekkel később mutatkoznak, és (ii)

a rosszindulatú daganatos betegségek kezelése klinikai stádiumtól függő, gyógyulás ezért csak a korán, a szóródás megindulása előtt alkalmazott kezeléssel érhető el.

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

1. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK BIOLÓGIAI ALAPJA: A DAGANATOK FEJLŐDÉSMENETE

A daganatok fejlődésmenetének („natural history”) koncepciója (4. ábra) a daganatok élettörténetét írja le; azt a többé-kevésbé általánosítható jelenséget fejezi ki, hogy a betegség kialakulása a normális, azaz az élettani állapotból kiinduló, több, fokozódó súlyosságú fejlődési szakaszból álló, időben elhúzódó folyamat eredménye.



Forrás: Dr. Döbrössy Lajos ábrája

Az első „szakaszhatár” a daganathoz vezető folyamat *biológiai kezdete*. Ezt megelőzően a még normális szervezetet károsító hatások érik („expozíció”), amelyek hatására a molekulák szintjén a daganatkeletkezéshez vezető kóros folyamatok indulnak meg. Ezek kiiktatása, kivédése az *elsődleges megelőzés* feladata. (A kockázati tényezők, vagy az életmódtól függő rizikófaktorok, és azok hatásmódjának

ismerete a védőnőktől joggal elvárható, minthogy a népesség egészséges életmódra nevelése is munkaköri feladatukat jelenti.)

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

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

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

2. MIT NEVEZÜNK SZŰRŐVIZSGÁLATNAK?

A daganatok fejlődésmenetének koncepciója világossá teszi, hogy a szűrővizsgálat célja nem egyszerűen a más módon még fel nem ismert daganat kimutatása. A szűrés – a definíció szerint -

tünet- és panaszmentes személyek időről-időre megismételt, alkalmas módszerrel végzett vizsgálatát jelenti abból a célból, hogy kizárja, vagy éppen valószínűsítse a „célbetegségnek”, azaz a méhnyakráknak, vagy az azt megelőző kóros állapotoknak a fennállását.

A szűrővizsgálat törekvése tehát az, hogy „kiszűrje” a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegséget, mint amilyen a még nem invazív, un. *in situ* rák; de

még inkább a rákkeletkezés számára talajt jelentő daganatmegelőző állapotokat, mint amilyenek a gyújtónéven hám-diszpláziának ismert rákmegelőző állapotok, amelyekből *esetleg*, több-kevesebb eséllyel invazív rák alakulhat ki.

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

3. A CÉLBETEGSÉGEK KIVÁLASZTÁSA: MILYEN ESETEKBEN KEZDEMÉNYEZHETŐ A SZŰRŐVIZSGÁLAT?

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

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

- alapvető kívánalom, hogy a rejtett célállapot, azaz a klinikai tüneteket még nem okozó korai betegség felismerésére *alkalmas módszer* álljon rendelkezésre.

4. KÖVETELMÉNYEK A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZERTŐL

A szűrővizsgálati módszernek számos gyakorlati követelménynek kell megfelelniük, és pedig

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

4.1 A SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZER ALKALMASSÁGÁNAK ÉRTÉKMÉRŐI

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

Az *érzékenység* (szenzitivitás) annak a mutatója, hogy a szűrővizsgálati módszer milyen biztonsággal képes felfedezni a rejtett célbetegséget, azaz a vizsgálatban részesült összes daganatos személy hány százalékában járt a vizsgálat pozitív eredménnyel. Mértéke egy viszonyszám, amelynek számlálójában a vizsgálat felismert daganatos esetek, nevezőjében pedig a vizsgálaton részt vett összes, azaz mind

a felismert, mind a fel nem ismert daganatos esetek száma áll. A módszert akkor mondjuk érzékenynek, ha a tévesen negatív esetek száma alacsony.

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

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

4.2 LEHETSÉGES TÉVEDÉSEK

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

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

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

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

5. SZŰRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN: ALKALOMSZERŰ ÉS SZERVEZETT SZŰRÉS

A nemzetközi gyakorlat a szűrés két modelljét különbözteti meg. A különbség nem a szűrés céljaiban vagy orvos-biológiai tartalmában, hanem a szervezési irányelvek különbözőségében van. Az egyik alkalmazásmód

- a rejtett célállapot felismerésére alkalmas módszerek *alkalomszerű*, más célból létrejött orvosi tevékenységhez kapcsolt, vagy az azt spontán igénylőkön történő alkalmazása, az un. opportunisztikus szűrési mód. A másik

- a célzott vagy szervezett lakosságszűrési modell, azaz az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program.

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

5.1 ALKALOMSZERŰ (OPPORTUNISZTIKUS) SZŰRÉS

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

Napjainkban – az egészségpropaganda hatására, megnyugvást keresve és mintegy garanciát arra, hogy jó egészségben vannak – mind több tünetmentes személy

keresi fel háziorvosát, szakorvosát ilyen, vagy olyan szűrővizsgálat elvégzését kérve. Az ilyen „spontán szűrés” is alkalmoszerűnek minősül, mert a szolgáltatóknak nincs befolyásuk a részvételre. Hasonlóképpen egyes munkahelyek, vagy rákellenes társadalmi csoportosulások által esetenként rendezett szűrővizsgálati „kampányok” is.

Az alkalmoszerű szűrést az esetlegesség, a *tervezettség és szervezettség hiánya* jellemzi, ezért tekintik orvosi, nem pedig népegészségügyi tevékenységnek. A mértékadó szakmai megítélés ezeket jogos kritikával illeti, mondván, hogy jelentős közösségi forrásokat használ fel anélkül, hogy haszna – amelynek mutatója és mértéke, mint látni fogjuk, a célbetegségből származó halálozás csökkenése – lakosságszinten demonstrálható lenne.

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

5.2 A SZERVEZETT (ORGANIZÁLT) SZŰRÉS

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

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

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

6. A SZŪRŐVIZSGÁLATOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSE

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

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

6.1 CSÖKKENT A MEGBETEGEDÉSEK SZÁMA?

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

6.2 JAVUL AZ ÉLETMINŐSÉG?

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

6.3 JAVUL A KLINIKAI STÁDIUM-MEGOSZLÁS?

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

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

6.4 MEGHOSSZABBODOTT TÚLÉLÉS?

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

6.5 A HALÁLOZÁS MÉRSÉKLŐDÉSE

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

7. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK TUDOMÁNYOS MEGÍTÉLÉSE: SZAKTERÜLET MAI ÁLLÁSA

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

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

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

8. NÉHÁNY EGYÉB TUDNIVALÓ A SZERVEZETT SZŰRÉSRŐL

8.1 CSAK HASZONNAL JÁR-E A SZŰRÉS, VAGY OKOZHAT-E KÁRT IS?

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

A célbetegség korai, tünetmentes állapotban történő felismerése és kezelése jelentősen megnövelheti a jó életminőségű túlélés esélyeit, a teljes gyógyulás kilátásait. Ámde, mindez csak akkor igaz, ha a korábban alkalmazott kezelés

valóban javítja a betegség prognózisát; ha a kezelés nem eredményez gyógyulást, a túlélési idő meghosszabbodása csak látszólagos, a korábbi felismerés miatt a beteg hosszabb ideig tud a betegségről, így tovább tart a betegsége, mint szűrés nélkül tartott volna anélkül, hogy ebből bármi haszna származna.

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

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

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

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

8.2 A TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ÖNKÉNTESÉG ELVE

A szervezett szűrővizsgálaton való részvétel *jogi értelemben* nem kötelező, a részvétel *önkéntes*. Jogos kívánság azonban, hogy a vizsgálatra hívott személy kellő támogatást kapjon döntése meghozatalában. A támogatás egyik lehetséges

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

8.3 A SZŰRÉS: ETIKAI TÖBBLETFELELŐSSÉG

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

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

II. A MÉHNYAKSZŰRÉS

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

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

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

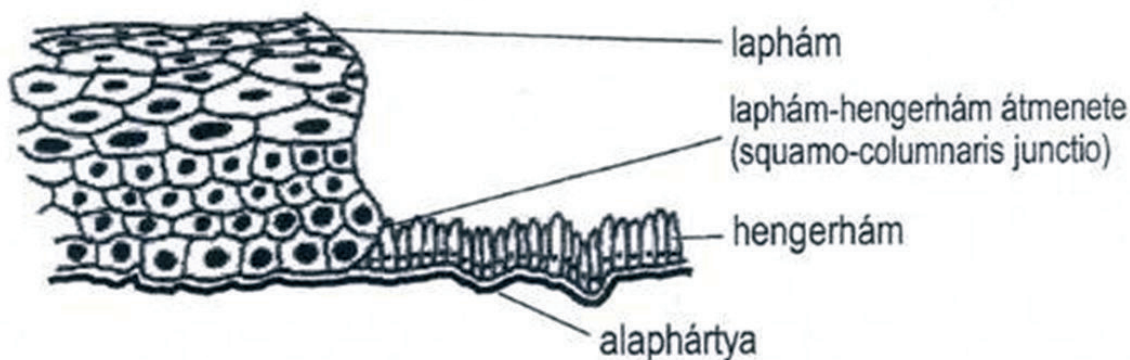
1. A MÉHNYAK RÁKMEGELŐZŐ ÁLLAPOTAI ÉS RÁKJA

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

A méhnyakrák és megelőző állapotai keletkezésének megértése, valamint a citológiai kenetvétel feltételezi a külső nemi szervek, és a méhnyak anatómiájának ismeretét. (Lásd a „Nőgyógyászati ismeretek” fejezetet).

E tekintetben a méhnyak hüvelybe domborodó része, a „portio” és a külső méhszáj és az azt borító többrétegű laphám, valamint a méh üregét a hüvellyel összekötő, egyrétegű hengerhámmal bélelt nyakcsatorna, és a nyakcsatornába nyíló belső méhszáj bír jelentőséggel. A portio laphámjának és a nyakcsatorna hengerhámjának találkozási vonalát *squamo-columnaris junctió-nak* nevezik, amelynek az ad fontosságot, hogy innen indulnak ki a méhnyak hámrendellenességei. (5. ábra).

5. számú ábra A méhnyak hámjának két típusa és a kétféle hám átmenete



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

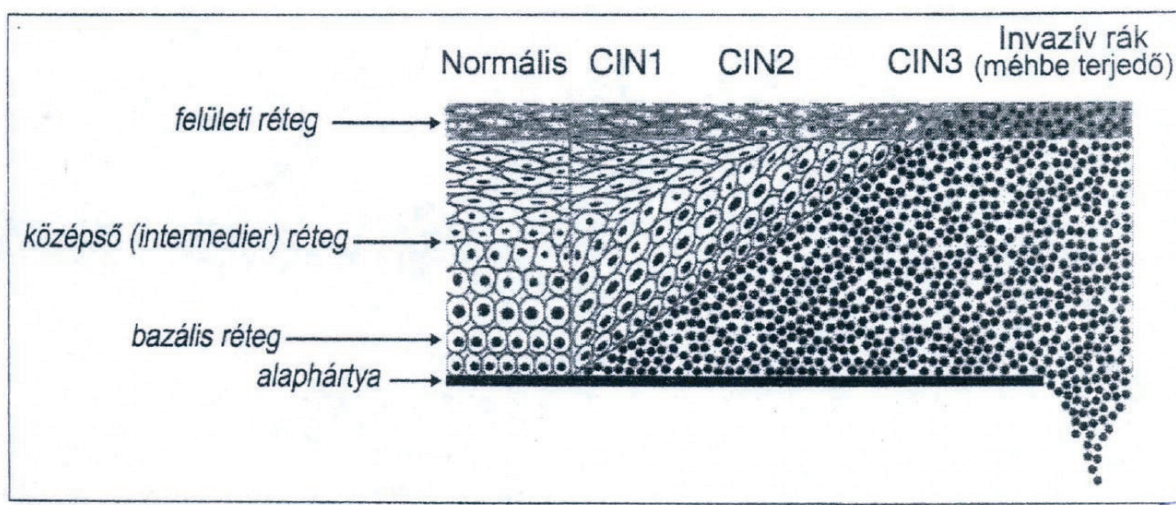
Szemponunktól jelentősége van annak, hogy ez a találkozási pont a serdülőkorban, a reprodukciós korban, a terhesség alatt és után, valamint a menopauza alatt és után kifelé, a portio felszínre, vagy befelé, a nyakcsatornába áthelyeződik. Az átmeneti zóna „mozgásában” hormonális hatások játszanak szerepet.

A „rákmegelőző állapotok” elnevezés alatt fokozódóan súlyos hámelváltozásokat értünk. Megjelölésükre a leíró jellegű kórszövettani osztályozás a „sejt-atípiá”, vagy „cervikális diszplázia” elnevezést ajánlotta, amelyek gyűjtőfogalmak. Összefoglalják azokat az állapotokat, amelyekben a hámot részben, vagy egészben

a daganatsejtek biológiai és morfológiai jellegzetességeit mutató sejtek foglalják el (érésatlás, a differenciálódás elmaradása, fokozott oszlási tevékenység), de nem lépik át a hámborítás alaphártyáját.

A hámelváltozásoknak kiterjedésük, és az „atípiá” súlyossága szerint három fokozatát különítik el. Legenyhébb változata a normális, ép hámtól alig különbözik (cervikális intraepiteliális neoplázia, CIN 1), súlyosabb fokozatai viszont (CIN 2, CIN 3) a hámborításon belül maradó ráktól szinte már meg sem különböztethető „határesetek”. A legsúlyosabb elváltozást (CIN 3), amely már mutatja a rák minden alaki jellegzetességét a mélybeterjedés (invázió) kivételével, *in situ ráknak is nevezik. (6. ábra)*

6. számú ábra A hámelváltozás folyamata a rák kialakulásában



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

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

2. A SZERVEZETT SZŰRÉS STRATÉGIÁJA: ÉLETKOR ÉS GYAKORISÁG

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

Mértékadó ajánlások a szűrés megkezdését a 25. életévtől ajánlják. Az ajánlás alapja az a patológiai-statisztikai megfigyelés, amely szerint a méhnyakrák okozta halálozás a népességben (jóllehet, a klinikai gyakorlatban szórványosan, korábbi életkorban is előfordulhat) a 35. életévtől válik mind gyakoribbá; előfordulása az 50. életév körül tetőzik, majd csökken, és 60 év körül közép magas szinten állandósul, majd csökkenőre fordul. Ugyanakkor a méhnyakrák fejlődésmentéről tudjuk, hogy a méhnyakrák megelőző állapotai hosszú évekig időznek a preklinikai kimutathatóság (PCDP) szakában, és – ha progrediálnak – mintegy 10 évvel előzik meg az invazív méhnyakrák kialakulását. Ebből következik, hogy a 25. életévtől kezdődő rendszeres szűrővizsgálat teljes biztonságot ad az invazív méhnyakrák kialakulásával szemben. A 65. életévben határozták meg azt a korhatárt, amikor – kivételektől eltekintve – a nőket már szükségtelen szűrésre behívni.

Mértékadó ajánlások a szűrés háromévenkénti ismétlését tartják szükségesnek és elégségesnek.

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

3. SZELEKTÍV SZŰRÉS

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

4. SZŰRŐVIZSGÁLATI MÓDSZEREK ÉS AZOK ÉRTÉKE

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

4.1 NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉS? MÉHNYAKSZŰRÉS!

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

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

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

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

A méhnyakszűrés bizonyítottan hatásos, szuverén módszere tehát

a hüvelyi feltárás után a méhnyak hüvelyi felszínéről (portio) a laphám és hengerhám találkozási helyéről, és a nyakcsatornából vett sejtminta citológiai vizsgálata.

5. A MÉHNYAKSZŰRÉS SZERVEZÉSÉNEK ÉS VÉGREHAJTÁSÁNAK IRÁNYELVEI

5.1 HELYZETFELMÉRÉS

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

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

5.2 MEGHÍVÁS

Az Országos Szűrési Nyilvántartástól kapott lakosságlista alapján a szűrésre meghívandó személyek névre szóló meghívást kapnak. (Ez a lakosságlista **időről-időre** „tisztított”, azaz nem tartalmazza az elhaltak, a méhnyakrák miatt kezelés alatt állók személyek, az elmúlt 3 évben szűrővizsgálatban részesültek adatait.) A meghívottak listáját a területi védőnő is megkapja. Igyekszik a meghívottakkal személyes kapcsolatot létesíteni. **Tájékoztatást ad a szűrővizsgálat mibenlétéről.** Kérdésekre válaszol. Igyekszik jobb belátásra bírni azokat a személyeket, akik bizonytalanok, vagy nem akarnak részt venni a szűrésen. Megállapodik a szűrővizsgálat idejéről és helyéről.

5.3 A SZŰRŐVIZSGÁLAT: MINTAVÉTEL

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

A szűrővizsgálat legfontosabb eleme a **mintavétel** citológiai vizsgálat céljaira, amely a következő módon történik:

hüvelyi feltárás után, a méhnyak hüvelyi részének (portio) hámborításáról, a laphám-hengerhám találkozásának helyéről, valamint a nyakcsatornából, cél-szerű eszköz segítségével sejtkenetet vesz.

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

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

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

5.4 A KENET FIXÁLÁS, KENETKÉSZÍTÉS, LABORATÓRIUMBA SZÁLLÍTÁS

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

A tárgylemezeket gondosan, lelkiismeretesen azonosítani kell; ennek legbiztosabb módja a TAJ-szám használata. A kenetek esetleges összekeveredésének végzetes következményei lehetnek!

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

(Elterjedőben van a „folyadék-alapú” citológiai kenet: a kenetvevő eszközzel a vizsgálati anyagot „belemossuk” a fixáló folyadékba, majd a centrifugálással üle-pített anyagot tárgylemezre visszük, és úgy vizsgáljuk.)

6. A CITOLÓGIAI LELET: AJÁNLÁS A VÉDŐNŐ TENNIVALÓRA

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

Negatív

Nem negatív

A kenetvételt meg kell ismételni

- *negatív eredménnyel* záruló szűrővizsgálat után újabb 3 évig nincs tennivaló. A területi védőnő erről értesíti a szűrővizsgálaton részt vett asszonyt. Megnyugtatja, hogy jelenleg nincs oka aggodalomra: a szűrővizsgálat nem utalt rosszindulatú, vagy egyéb, orvosi figyelmet igénylő elváltozásra. Mindazonáltal, felhívja a figyelmét arra, hogy ha bármiféle rendellenességet észlel, keressen fel nőgyógyász szakorvost.
- *nem negatív lelet* mögött gyulladós vagy ennél súlyosabb elváltozás áll: felmerül a rák megelőző állapot, vagy rák alapos gyanúja. Ennek eldöntése már nem a területi védőnő feladata. A védőnő feladata az, hogy **tisztázás** vagy kezelés céljából

a páciens a legrövidebb úton nőgyógyászati szakrendelésre kell irányítania!

Fontos, hogy a kenetvételt mielőbb meg kell ismételni, ha azt a citológus technikai okokból értékelésre alkalmatlannak találja (sejtszegény, vastag, véres, tör-

melékes, nem áttekinthető stb.), vagy ha nem tartalmaz a nyakcsatornából származó endocervikális (EC) sejteket.

Megjegyezzük, hogy a citológiai leletek osztályozására a Bethesda-osztályozás használatos. Ennek érdeme, hogy szóban fogalmazza meg a citológiai leletből kiolvasható elváltozásokat, hogy azok jó egyezésben legyenek a kórszövettani elváltozásokkal, és ezzel a citológus és a nőgyógyász közötti párbeszédet szolgálja. Előnyei miatt mára kiszorította a gyakorlatból a korábban évtizedeken keresztül használt Papanicolaou-féle osztályozást, amely jogos kritikára ad okot; minthogy azonban lényegesen egyszerűbb, és „a rossz szokások nehezen halnak el”, némelyek ma is ragaszkodnak a használatához. Hangsúlyozva, hogy a „kettős osztályozás” ellenkezik a szakterület mai ajánlásaival, tájékoztatásul mindkét osztályozást mellékeljük (3. és 4. melléklet.)

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

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

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

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

egészségük megőrzéséért és a „nagyobb baj” megelőzéséért, érdemes tehát élni a szűrés felkínált lehetőségével.

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

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

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

1. EGÉSZSÉGNEVELÉS: „SZŪRÉSI PROPAGANDA”

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

1.1 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS A MEGELŐZÉS FEGYVERE

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

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

1.2 AZ EURÓPAI RÁKELLENES „TÍZPARANCSOLAT”

Semmi nem illusztrálja jobban az elmondottakat, mint az Európai Unió „Európa a rák ellen” elnevezésű programjának rák elleni szabályrendszere, mintegy „Tízparancsolata”, azaz az „Európai rákellenes kódex”. A „Tízparancsolat”, mert 10 ajánlást tartalmaz, tudományosan megalapozott, de egyszerűen, nem tiltóan, hanem pozitívan fogalmazott irányelveket ad a „nagyközönségnek” arra nézve, hogy lehet rák (és néhány más nem-fertőző krónikus betegség) keletkezését, vagy halálos kimenetelét megelőzni elsősorban a helyes életmóddal. Figyelmeztet a rák korai jeleire, tüneteire. A 9. és 10. „parancsolat” a bizonyítottan hatásos szűrővizsgálatok igénybevételére buzdít. (5.sz. melléklet)

1.3 EGÉSZSÉGNEVELÉS A SZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA

Némelyek a szűrési „propagandában” a marketing-koncepció alkalmazását látják. A marketing – meghatározás szerint – célszerű lépések láncolata, amelynek során csoportok – célszerűen megválasztott eszközökkel és csatornákon át – szükségleteiket kielégítő „termékeket” cserélnek ki egymás között. Esetünkben a „termék”: a szűrés, mint szolgáltatás. A „célcsoport”: a társadalom nem és életkor szerint meghatározott szegmense. A „célja”, hogy a célcsoport minél nagyobb körben vegye igénybe a kínált szolgáltatást. „Eszközei” és „csatornái” pedig az

audiovizuális, nyomtatott és elektronikus médiumok, ismeretterjesztő anyagok levelek, szórólapok, plakátok stb, de nem utolsó sorban a szűrést szolgáltató szakszemélyzet is, akik a célcsoportokat igyekeznek befolyásolni a részvételre. A „szűrési propaganda” célja az, hogy az egészségnevelés, a tömegkommunikáció és a személyes ráhatás eszközeivel elősegítse a szervezett szűrés társadalmi elfogadottságát. Azt, hogy a céllakosság minél nagyobb hányada ismerje, igényelje és a tájékoztatáson alapuló személyes döntést figyelembe véve vegye igénybe a szűrés felkínált szolgáltatásait.

1.4 SZŪRÉS ELFOGADÁSA: AZ „EGÉSZSÉGÜGYI KULTÚRA” RÉSZE

Az egészségnevelés – általában szólva – egyik célkitűzése az, hogy igyekezzen javítani a népesség „egészségügyi kultúráját”, a kultúra szót itt - a ma szokássá vált tágabb értelemben – a gondolkodási, viselkedési és cselekvési mód leírására is alkalmazva. Ennek egyik megnyilvánulása az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak igénybevétele. Az egészségnevelés feladata megtanítani az embereket, hogy fogorvoshoz menjenek, ha a foguk fáj, de ne csak azért menjenek, mert fáj, hanem azért is, hogy ne fájjon! A csak a jelen gondjaival és élvezeteivel elfoglalt emberek többségéből hiányzik a jövőre irányuló gondolkodásra való készség. Márpedig *a szűrés a jövőre irányuló cselekvés*. E téren, a *betegségmegelőzési viselkedésmód* elsajátítása terén nagyon sok a tanulnivalója a magyar népességnek! Ez egy nagy kihívás a szűréssel összefüggő egészségnevelés számára.

1.5 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETE

Az egészségnevelés feladata az, hogy a felajánlott szűrővizsgálatok elfogadását elősegítő üzenetet juttasson el a célzott lakosságcsoportokhoz. Feladata az, hogy

- (*) javítsa a ráknak a társadalomban rögzült, nyomasztóan kedvezőtlen képét és korigálja a téves felfogásokat és hiedelmeket. Vegye fel a harcot a rákkal szembeni vereséget előre elkönnyvelő magatartás ellen;
- (*) tudatosítsa a rák korai felismerésének és korai kezelésének előnyeit, és a szűrővizsgálat kulcsszerepét ebben. Azt, hogy éppen a tünetmentesség indokolja a részvételt a szűrővizsgálaton. Érveljen a „Miért mennék, hiszen

nincs semmi bajom?”, „Nem hiszem, hogy a szűrés megvéd a ráktól”, „Miért keressem a bajt magamnak?”, „Jobb, ha nem tudom, hogy rákom van!” „Ha már megkaptam, úgysem lehet meggyógyítani!”-típusú érvelésekkel szemben.

(*) hívja fel a lakosság figyelmét arra, hogy helyben, vagy közelben hol érhetőek el a szűrővizsgálatok. Motiválja őket arra, hogy éljenek a felkínált lehetőséggel

(*) ismertesse meg a szűrésre jogosultakkal a szűrővizsgálat folyamatát és az esetleges további, tisztázó vizsgálatok mibenlétét. Adjon tájékoztatást a vizsgálat előnyeiről, korlátairól és esetleges nemkívánatos orvosi és lélektani mellékhatásairól.

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

1.6 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS CÉLCSOPORTJAI

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

1.7 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS ÜZENETHORDOZÓI

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

2. A SZŰRÉS NEMKÍVÁNATOS LÉLEKTANI MELLÉKHATÁSAI: A SZŰRÉS A PÁCIENS SZEMSZÖGÉBŐL

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

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

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

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

tapasztalatok döntően befolyásolják azt, hogy az egyén elfogadja-e az ismételt meghívást, és jelentkezik-e a soron következő szűrési alkalmakkor is.

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

2.1 A "KÓR" ÉS A "BETEGSÉG"

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

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

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

2.2 A SZŪRÉS CÉLÁLLAPOTA

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

A méhnyakszűrés tulajdonképpeni célállapota nem maga a méhnyakrák, hanem a diszplázia különböző súlyosságú fokozatai, amit „preneoplasztikus” állapotnak neveznek, és a rák preklinikai fázisának tartanak. Ez azt sugallja, hogy ezek a rendellenességek egy elkerülhetetlen, progresszív betegségnek szerves részei. Ez, mint tudjuk, nem feltétlenül felel meg az epidemiológiai valóságnak, tehát nem szükségszerűen a rák preklinikai fázisai, hanem csak *potenciálisan* azok. Amíg az első interpretációban a ráknak egy korai, könnyen kezelhető formájáról van szó, addig a második értelmezésben már nem rákról, hanem annak egy biológiai rizikó-tényezőjéről beszélünk. A szociális realitás, a résztvevő tapasztalatainak szempontjából egyáltalán nem mindegy, melyik értelmezésben éli meg az egyén a szűrést.

2.3 A NEGATÍV LÉLEKTANI KÖVETKEZMÉNYEK FORRÁSAI

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

2.3.1 A RÁK KÉPE A KÖZTUDATBAN

Számos tanulmány mutatja, hogy *a ráktól és a velejáró következményektől való félelem* a szorongás fő forrása a méhnyakszűrésen résztvevő nők körében. Ez a szorongás nem teljesen megalapozott, mert a szűrési programok - mint arra

már utaltunk - nem a rák kimutatását tűzik ki célul, hanem elsősorban a biológiai kockázati tényezőket. Tapasztalat szerint sok gyötrellem származik abból, hogy a szűrésen résztvevők *nem kapnak megfelelő információt* a preklinikai fázisnak természetéről, ezért sok a szükségtelen szorongás és stressz. Mihelyt szóba kerül a rák, mint lehetséges „veszedelem”, az *információhiány* azt eredményezi, hogy a nő a lehető legrosszabbat feltételezi. A laikus értelmezés közelebb áll a hagyományos orvosi, mint a megelőző orvosi értelmezéshez és az ehhez az állapothoz kapcsolódó jelentést erősen befolyásolja az a kép, ami a köztudatban él a rákról. Ez úgy állítja be a betegséget, mint elkerülhetetlen rombolóerőt. *A legenyhébb utalás a rákra ugyanazt a negatív metaforikus képet hordozhatja, mint a teljes egészében kifejlődött betegség.*

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

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

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

A kórokokkal kapcsolatos bizonytalanság az egyik oka annak, hogy a köztudatban a rák még mindig nagymértékben gyógyíthatatlan betegségnek számít. Bár egyre több tapasztalat szól amellett, hogy az időben észrevett rák gyógyítható, és a szűrést nagy általánosságban hasznosnak tartják, mégis ez a látszólagos optimizmus bizonyíthatóan nem elég erős ahhoz, hogy legyőzze a köztudatban élő negatív, pusztító képet. Jellemző az is, hogy a szűrés értékét nem a megelőzésben látják az

emberek, hanem jórészt egy biztosíték-nyújtásban. A „korai felismerés” nem teljesen egyértelmű fogalmában korai rákról, vagy rákmegelőző állapotról van-e szó.

2.3.2 A „CÍMKÉZÉS”

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

2.3.3 AZ ÁLDOZAT HIBÁZTATÁSA

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

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

2.4 A KOCKÁZAT, MINT BETEGSÉG. A TALÁLT RENDELLENESSÉG ÉRTELMEZÉSE

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

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

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

2.4.1 MIT JELENT A KOCKÁZAT?

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

Ez kiváló példa a „*döntéshozási szabályokra*”, amelyek diagnosztikai bizonytalanságok esetében irányítják az orvos viselkedését. Azt a szabályt, hogy bizonyos

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

2.4.2 A KOCKÁZAT „MEDIKALIZÁCIÓJA”

A kockázat mindkét dimenziója: az epidemiológiai kockázat és az orvosi tévedés kockázata, úgy oldódik meg, hogy egy *klinikai problémává* válik. A patológiai rendellenesség a kór „fizikai” jelévé változik, és az orvos úgy oldhatja meg a helyzetet, hogy fizikailag eltávolítja a testből. Így a rendellenesség feltételezett későbbi viselkedése (az t.i, hogy idővel invazív rákká fejlődhet) az önmagában nem rosszindulatú diszpláziának tulajdonított szabályszerű viselkedéssé, a „pre-neoplasztikus” állapot szerves részévé válik. Ez a folyamat - amelyet a „*kockázat medikalizációjá*”-nak neveznek - klinikai úton oldja meg a bizonytalanságot úgy, hogy egy bizonytalan kimenetelű rendellenességet biztos betegséggé kezel. Ez az árnyalt jelentésváltás az, ami a szűrés esetén sötétre festi az egyén betegség megtapasztalását azáltal, hogy a *pre-karcinómát* megfosztja a *potenciális* jelzőtől.

Bár sokak szerint ez szűrőszálhasogatás, ez döntően befolyásolja a szűrés megtapasztalását. Ez az a pont, ahol a másodlagos megelőzésként hirdetett szűrés elveszti preventív jellegét, és a gyakorlatban „gyógyító” orvoslássá változik. A résztvevők a betegség klinikai bizonyosságát tapasztalják meg. *A résztvevők betegséggé élik meg a kockázatot.* A pozitív eredménnyel szűrt egyének halálos betegségnek élik meg. Arra van szükség, hogy a rák árnyékát minél távolabb keressük el a szűréstől. A résztvevőkkel meg kell értetni, hogy az egyáltalán nem szükségszerű, hogy a szűréssel felismert „korai”, vagy „rákmegelőző” állapotuk valamikor is rákká fejlődött volna, de azért - biztos, ami biztos - az orvosi beavatkozás szükséges.

2.5 A MEGHÍVÓLEVÉL

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

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

2.6 A SZŰRŐVIZSGÁLAT ELŐTTI TÁJÉKOZTATÁS

Ez is arra mutat, hogy *a meghívólevélnek többnek kell lennie egy egyszerű értesítésnél*. Fontos stratégiai szerepe van. Informálnia kell a meghívottakat a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról, röviden magyaráznia a lehetséges eredmények jelentését. Figyelembe véve a rák képét a köztudatban, az ezekről szóló *szűrővizsgálat előtti tájékoztatás*, a tények, lehetőségek, következmények pontos ismerete társadalmilag elfogadhatóbbá tenné a szűrést. Sajnos ez a lehetőség gyakran kihasználatlan marad.

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

A meghívólevélben említést kell tenni a szűrővizsgálati módszer korlátairól is; arról, hogy nincs olyan – akár laboratóriumi, akár műszeres – vizsgálati módszer,

amelynek érzékenysége 100%-os, azaz mentes lenne a diagnosztikus tévedések elkövetésének lehetőségétől. Figyelmeztetni kell a vizsgált személyt arra, hogy ha a két szűrővizsgálat közötti időben bármilyen tünete jelentkezne, forduljon orvoshoz akkor is, ha korábbi szűrővizsgálat negatív eredménnyel zárult.

2.7 A SZŪRŐVIZSGÁLAT FOLYAMATA ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

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

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

2.8 VÁRAKOZÁS: BIZONYTALANSÁGI PERIÓDUSOK

A szűrési folyamatnak másik sajátos eleme a *bizonytalansági periódusok*. Ilyenek a várakozási periódusok a meghívás és a vizsgálat ideje között, várakozás vizsgálat eredményére, a megismételt vizsgálat idejére (ha valamely okból ez elkerülhetetlen), a tisztázó, diagnosztikai vizsgálatok idejére, ha a szűrővizsgálat bizonytalan, „határeset” vagy pozitív volta ezt indokolja, majd várakozás a diagnózisra, s ha indokolt, a kezelés megkezdésére. Bizonytalansággal járó várakozási periódusok folyamán egy nagyon „veszélyes” életélménnyel kell a szűrésre meghívott, mindaddig egészségessége tudatában élő személynek megbirkózni, betegséggént megélve, aggodalommal megtapasztalva a rák, az életveszély lehetőségét. A negatívan szűrt résztvevők csak kevés helyen kapnak *értesítést a negatív eredményről*, nekik a bizonytalansági periódus csak akkor szűnik meg, ha saját maguk lépnek kapcsolatba orvosukkal. Ha a teszt technikailag nem megfelelő, az eredmény pozitív, vagy nem egyértelmű, ismételt vizsgálatra, újabb

bizonytalansági periódusra kerül sor. Tekintetbe véve a rák képét a köztudatban, nem meglepő, hogy a bizonytalanságban várakozás, szorongást, félelmet vált ki az asszonyokból, amelyek negatív hatása egy életre elkísérheti az egyént.

2.9 A SZŰRÉS UTÁNI TÁJÉKOZTATÁS

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

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

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

AJÁNLOTT IRODALOM

Döbrössy L. A daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2013.

MELLÉKLETEK

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

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

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

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Szűrővizsgálatok: lehetséges haszon és okozható kár a vizsgált személy számára

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

3. SZÁMÚ MELLÉKLET: BETHESDA KLASSZIFIKÁCIÓ

Több, mint a látottak egyszerű osztályozása, mert a citológiai leletet orvosi konzultatív tevékenységnek fogja fel, amely akkor eredményes, ha mind a vizsgálatot végeztető klinikus, vagy védőnő, mind a citológus érdemben hozzájárul. Egyfelől elvárja, hogy minden érdemleges klinikai információt tudasson a citológussal. Másfelől a citológust teszi felelőssé a diagnózis összes természetes következményéért, feltételezván, hogy a citológiai lelet meghatározza a beküldő minden további tevékenységét.

A Bethesda-leletező rendszer fontos eleme, hogy megállapítja, a kenet *értékelhető-e, vagy sem*, és ha a kenet nem megfelelő, vagy csak korlátozott értékű, részletezi annak technikai okait is. Követelménye, hogy a citológiai lelet jobb egyezést érjen el a szövettani eredményekkel., ezért nem számokban, hanem *szavakban megfogalmazott leletet* ad. A „leíró” diagnózis kiterjed a kenetben található *kórokozók* megnevezésére, utal a *reaktív, vagy reparatív* jellegű elváltozások jeleire és azok kórlényegére (gyulladás, atrófia, sugárhatás, a méhbe felhelyezett eszköz [IUD], és helye van a *hormonális státus* értékelésének is).

Leglényegesebb eleme a *hámelváltozások leírása és minősítése*. Ebben leginkább megfelel annak a korábban leírt követelménynek, hogy a hám-rendellenesség súlyosságának a minősítése mellett utaljon annak eredetére is, hogy t.i. a laphám, avagy mirigyhám enyhe fokú, vagy súlyos fokú, esetleg meg nem határozható jelentőséggel bíró rendellenességéről van-e szó.

A Bethesda-rendszer a mind a laphám, mind a mirigyhám tágabb értelemben *rákmegelőző állapotait* 2 kategóriába osztja; elkülöníti a laphám enyhe fokú intraepiteliális lézióját (*LSIL* = low grade squamous intraepithelial lesion), valamint a laphám súlyos fokú intraepiteliális lézióját (*HSIL* = high grade squamous intraepithelial lesion). Az előbbi a korábban leírt CIN 1, az utóbbi a CIN 2, CIN 3 illetve *in situ* rák megfelelője. Leíró részében teret enged a mirigyhámsejteknek is, és megnevezi azok valószínű eredetét: a nyakcsatornából (endocervikális), vagy méh nyálkahártyájából eredő (endometriális), és bevezeti a mirigyhámsejtek „atípiájának”, valamint a nyakcsatorna *in situ* és invazív mirigyrákjainak új kategóriáit.

Az új leletezési mód sem teljesen mentes a bizonytalanságtól, hiszen nem kerülheti el a laphám és mirigyhám meg nem határozható jelentőséggel bíró „atypikák” kategóriáját (*ASCUS=atypical squamous cells of unknown significance, és AGUS = atypical glandular cells of unknown significance*).

A Bethesda-rendszer *javaslatot* tesz a tennivalókra.

Ez a leletező rendszer Magyarországon is mindinkább elterjed, mert sokan úgy vélik, hogy éppen konzultatív jellege és információ-gazdagsága miatt ideális eszköze a klinikus-citológus párbeszédnek. Mások szerint, a lakosságszűrés céljaira, ahol az eldöntendő tét nem több, mint hogy a vizsgált személy orvos kézbe való, vagy nem, éppen információ-gazdagsága miatt „túl jó ahhoz, hogy ideális legyen”. (Leginkább azok, akiknek az érdekeit leginkább szolgálná, a nőgyógyászok idegenkednek az új osztályozás bevezetésétől). Ez a magyarázata annak, hogy hazánkban a „kettős osztályozás” nem adja át a helyét az újnak.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Papanicolaou-féle osztályozás és kritikája

A hagyományos Papanicolaou-féle osztályozás – a technikailag tökéletlen, értékelésre alkalmatlan keneteket P0-lal jelölve - sejtképeket öt csoportba osztja:

- P I. kategória = negatív lelet; a kenetvételek helyét reprezentáló, a vizsgált személy életkorának és fiziológiás állapotának (ciklus, terhesség, menopauza) megfelelő. egyértelműen „jóindulatú” sejtkép.
- P II. kategória = ugyancsak negatív lelet; az adott anatómiai területen előforduló, az éptől eltérő, tehát „kóros”, de biztosan nem rosszindulatúságra utaló sejtkép, amely mögött leggyakrabban gyulladás áll.
- P V. kategória = egyértelműen „pozitív” lelet. A rosszindulatúság minden citológiai kritériumát mutató, biztosan rosszindulatú, méhnyakrákra utaló sejtkép.
- P IV. kategória szintén a rosszindulatú diagnózisok sorába tartozik; a kenetben számos (de nem túl sok), daganatsejtnél tartható sejt található a kenetben. Leggyakrabban a daganatsejtek alacsony száma az ide sorolás alapja.
- P III. kategória a vizsgáló teljes bizonytalanságát fejezi ki: nem tudja eldönteni, hogy a „kóros” sejtek, vagy a daganatfejlődés egy korai fázisát jelző „gyanús” sejtek.

A Papanicolaou-rendszer *kritikája* elmarasztalja az osztályozást abban, hogy

- a nem tükrözi a méhnyakrák keletkezésének és lefolyásának egyre jobban megismert fejlődésmenetét; ennek megfelelően
- nem nyújt olyan megnevezéseket, amely kifejeznék az sejtkép, és a mögöttes patológiai állapotok közötti viszonyulást;
- kategóriái nem teszik lehetővé a kóros, de nem daganatos (mikrobiológiai és egyéb) állapotok jelenlétének jelzését.

Az osztályozás leggyengébb pontjának a P III. csoportot tartják, amely azt a szerencsétlen és alaptalan értelmezést szüli, mintha a rosszindulatú daganat jelenléte szempontjából a P III. csoport a P II. -nél súlyosabb, s a P IV. -nél enyhébb eseteket jelezne. Ez természetesen távolról sem igaz. A P III. csoport csupán a vizsgáló bizonytalanságát fejezi ki, és nem igaz az az értelmezés, hogy a P III. csoportba sorolt esetek a daganatos betegség „előszobájában” vannak! A P III. kategória alkalmazása a citológiai gyakorlat legkényesebb, legsebezhetőbb pontja. Túl az esetenkénti megítélés „objektív nehézségein”, búvóhelyet kínál a vizsgáló számára az egyértelmű állásfoglalás elöl. Ha a vizsgáló könnyűszerrel alkalmazza e lényegében semmitmondó kategóriát, feleslegesen sok ismételt vizsgálatot zúdít az orvos nyakába, a vizsgált személyt pedig nemkívánatos lélektani mellékhatásoknak teszi ki. Ha túl szigorúan alkalmazza, óhatatlanul növeli a tévedések számát. Mindkettő a módszer hitelét csorbítja. Ezért ez a leletező-értékelő rendszer idejétmúltnak tekinthető.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET:

Európai Rákellenes Tízparancsolat (European Code against Cancer)

1. Ne dohányozz!
2. Alkoholos italokat, bort és sört is, csak mértékkel fogyassz!
3. Óvakodj a túlzott napozástól!
4. Tartsd be a munkahelyeken a munkavédelmi előírásokat!
5. Egyél sok friss gyümölcsöt, zöldségfélét és rostban gazdag ételeket!
6. Óvakodj az elhízástól. Kerüld a zsíros ételeket!

7. Fordulj orvoshoz, ha valahol csomót tapintasz, ha észreveszed, hogy régi anyajegyed „megmozdult”, vagy rendellenes vérzésed támad!
8. Fordulj orvoshoz, ha bármilyen elhúzódó problémát észlelsz, mint amilyen a hosszantartó köhögés, vagy rekedtség, bélműködési szokásaid megváltozása, vagy váratlan súlyvesztés!
9. **Rendszeresen járj méhnyakszűrésre! Fogadd el a háromévenkénti meghívást!**
10. Ellenőrizd rendszeresen az emlőidet, és 45 év után fogadd el a felajánlott mammográfiás szűrővizsgálatot!

Commission of European Union

„Europe against Cancer” Programme

NŐGYÓGYÁSZATI, ONKOLÓGIAI ISMERETEK A PROGRAMHOZ

1. MÉHNYAKSZŰRÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON NEMZETKÖZI ÖSSZEHA- SONLÍTÁSBAN

A cervix carcinoma a második leggyakoribb és a második legtöbb halált okozó rosszindulatú betegség a 45 év alatti női lakosságban. (1) Hazánkban a méhnyak szűrés kiterjesztésére számos akció indult az elmúlt 20 évben (pl.: Egészséget 2000-re, Liliom-, Liliom 2 program, Népegészségügyi Program). A nem kellő szervezés, a szűrendők és a szűrők szempontjainak figyelmen kívül hagyása miatt a berendeltek alig 7%-a jelent meg a szűrésen (2) – hatékony szűrésről 70% feletti átszűrtség esetén lehet beszélni. Szerencsére az egészségtudatos viselkedés és a nőgyógyászati rákszűrés nagyarányú terjedésének hatására a méhnyakrák incidenciája az elmúlt 30 év alatt 30 %-kal csökkent (3). A csökkenés még erőteljesebben mutatkozik a méhnyakrák okozta halálozási adatokban; 30 év alatt az évi 600 feletti halálozás 387-re csökkent. Ez 36%-os csökkenést jelent (4).

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

Kitörést a primer prevenció, vakcináció - nem témája a tankönyvnek - és a szekunder prevenció, a választott populációban a méhnyakszűrés teljessé tétele jelenti.

A jól felkészített védőnői hálózat hatékonyan tud bekapcsolódni a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe. A szűrendő nőket – lehetőség szerint – személyesen felkeresi és tájékoztatja őket a méhnyakszűrés előnyeiről, és a szűrés fontosságáról. A védőnői tanácsadóban pedig elérhetővé teszi a védőnői

méhnyakszűrést. Így, végre teljesülhet a 2000-ben meghirdetett népegészségügyi program ide vonatkozó része, a méhnyakrákos betegségek előfordulását 50%-kal, a 60 év (2) alatti lakosság halálozását 60%-kal, míg a 70 éves kor alatti női lakosság méhnyakrák halálozását 70%-kal kell csökkenteni, úgy, hogy az átszűrtség érje el a 70%-ot. A védőnői méhnyakszűrési program – a Védőnői Méhnyakszűrő Program (VMP) - kiváló kiegészítése lesz a nőgyógyászati vizsgálatok során elvégzett méhnyakszűrésnek. Illúzió lenne azt hinni, hogy a szervezett méhnyakszűrés hatására teljesen el fog tűnni a méhnyakrák betegség, hiszen a szervezett szűrésre a 25 év és a 65 év közötti női lakosság kap meghívást. A szűrés nem 100 %-os érzékenységből eredendő intervallum-rákok számával továbbra is számolni kell. Ezen esetek aránya csak becsülhető kb.: 20-25% között mozog, teljes, 100%-os lakossági átszűrtség esetén. A szervezett méhnyakszűrés részére nem elérhető méhnyakrákos betegek száma csökkenhető az online országos informatikai rendszer fejlesztésével és a nőgyógyászati rákszűrés továbbfejlesztésével. A szakmai szabályok szerint, a nemi életet élő nők esetén nőgyógyászati vizsgálat részét képezi az onkocitológiai kenetvétel a méhnyakról. A szervezett méhnyakszűrés megindításáig ez jelentette az egyetlen méhnyakszűrést.

2. VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSI PROGRAM KONTRA NŐGYÓGYÁSZATI RÁKSZŰRÉS

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

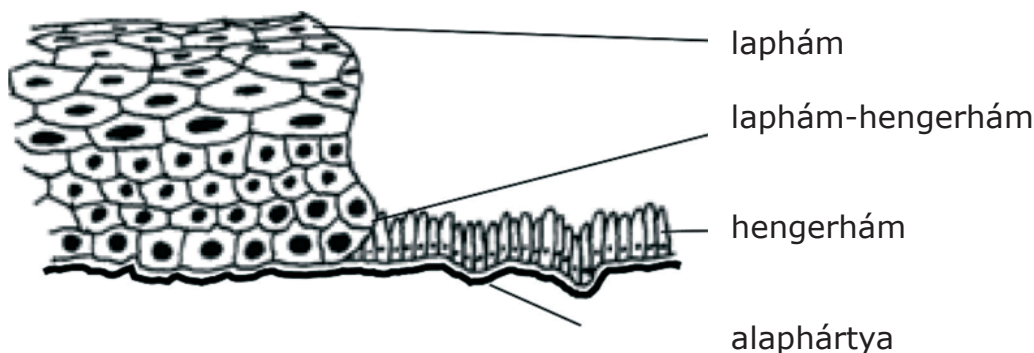
való közreműködésre kérte fel az egészségpolitika - a szervezett, méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe való közreműködésre. A védőnői szűrőprogram segítségével csökkenhet az évi ezres nagyságrendű új méhnyakrák előfordulás és az évi 400 fős halálozás.

2.1 MÉHNYAKRÁK KIALAKULÁSA

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

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

1. ábra Squamo-collumnáris junctio, bazálmembrán



Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHQ 2006., 31 oldal: Sellors JVy Sankarana-rayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manuál. Lyon, Francé, IARCPress, 2002.

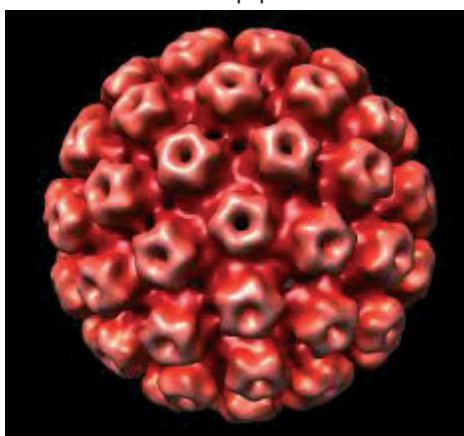
Laphám-mirigyhám vetélkedése kóros sejtosztódást eredményezhet, úgynevezett atípusos sejtek keletkeznek, melyekben kóros DNS állomány jöhet létre. A sejtekben ezek kijavítására javító, (repair) funkciók működnek. Ez a funkció, a DNS állományban lévő génekben van kódolva pl.: p21, p27, p53, p107, p130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

vagy rákos sejtek időben elpusztításra kerülnek, így a praecancerosus vagy rákos átalakulás nem jön létre.

2.2 HPV FERTŐZÉS

A szexuális aktus következtében kialakuló bakteriális, virális és gombás fertőzések elsősorban hüvelyi folyást okoznak. Ezeket a fertőzéseket szexuális úton történő fertőzéseknek, angolul sexual transmitted disease (STD) nevezzük, típusaik száma folyamatosan nő. A fiatal felnőttek körében az egyik leggyakoribb a Humán Papillomavírus (HPV) fertőzés. Hazai felmérések szerint 20-25%-ban mutattak ki HPV fertőzést a 20-25 éves szexuális életet élő lányoknál (5).

2. ábra Humán papilloma vírus



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

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

HPV fehérje burokból és vírus DNS-ből áll. A felületi fehérjék a laphámsejten való megtapadást segítik, míg egyéb fehérjék E6, E7 a megtámadott sejt apoptózisáért felelős gén kikapcsolását segítik elő (2. ábra). A vírus, a laphám mikro-makro sérülésein keresztül jut a méhnyak hámjának bazális sejtjeihez, ahol a sejtekbe hatol, átalakítja a sejt működését és rákényszeríti a sejtet, hogy a HPV felépítéséhez szükséges fehérjéket és DNS-t szintetizáljon. Ez után a sejt, a méhnyakhám kiérésének megfelelően felszínére jutva, a kifejlett vírusokat méhnyak nyákba juttatja, melynek eredményeképpen szexuális úton a vírusfertőzés továbbadható. A HPV vírussal fertőzött sejt jellegzetes citológiai elváltozást mutat, melyet koilocytosishoz neveznek (6).

2.2.1 HPV TÍPUSOK

Jelenleg több mint 130 feletti HPV törzset különítettek el, ezeket a daganatképző tulajdonságuk alapján magas (high risk HPV, HR-HPV) vagy alacsony rizikójú (low risk HPV, LR-HPV) csoportba soroljuk. A méhnyakrák szempontjából a leggyakrabban előforduló típusok a HPV 16, 18 – a méhnyakrákos esetek 71%-ban lehet kimutatni, a HPV 45, 31, 33 típusok 10%-ban fordulnak elő (7). A többi magas rizikójú típus csak elenyésző arányban mutatható ki. Az alacsony rizikójú típusok bizonyíthatóan nem hozhatók összefüggésbe a méhnyakrákkal. Az első kimutatható citológiai elváltozástól akár 10 év is eltelhet a rák kialakulásáig. Ritkán ez sokkal rövidebb idő alatt bekövetkezik, azonban a rapid lefolyású rák típusok szűréssel csak véletlenül vehetők észre. A HPV fertőzés önmagában nem jelent rákmegelőző állapotot. 30 éves kor alatti, szexuálisan aktív nők a magas rizikójú típusokkal 25%-ban fertőzöttek, mégis náluk a méhnyakrák előfordulása igen alacsony (8).

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

A HPV a sejtekbe jutva koilocytosist okoz, melyet a sejtek atípusossá válása követ. Kenetvétel során ezen atípusos sejteket keressük és mutatjuk ki. A nők igen nagy százaléka esik át HPV fertőzésen, de mégsem alakul ki sejt atípiá, illetve méhnyakrák. Ma úgy tudjuk, hogy a méhnyakrákok 99,7%-ért a magas rizikójú HPV fertőzés a felelős. Meg kell említeni, hogy jóval kisebb arányban, de más laphám rákok kialakulásában is szerepet játszik a magas kockázatú HPV fertőzés pl.: vulva, hüvely rectum, szájüregi rákok stb (9, 10).

2.2.2 HPV FERTŐZÉSTŐL A MÉHNYAKRÁKIG

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

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

2.3 MÉHNYAKRÁK ÉS RÁKMEGELŐZŐ ÁLLAPOT (PRAECANCEROSIS)

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

2.3.1 BETHESDA KLASSZIFIKÁCIÓ

A ma használatos Bethesda-osztályozás fontos eleme, hogy megállapítja a kenet értékelhetőségét: a kenet nem megfelelő, vagy csak korlátozott értékű; és ennek okait – gyulladás, vérzés és főleg a nyakcsatornából származó (endocervicalis) sejt hiány. Külön kezeli a kenetben a sejt atípiát, vagy biztosan daganatsejtet. A Bethesda szerinti értékeléstől elvárható, hogy a citológiai lelet jó egyezést mutasson a szükség esetén elvégzett szövettani anyagvétel eredményével, utaljon a kórokozókra, a reaktív, vagy reparatív jellegű elváltozásokra és azok kórlényegére (gyulladás, sorvadás, sugárhatás, méhbe helyezhető fogamzásgátló eszköz [IUD], vagy egyéb), sőt a hormonális státust is értékelje. Leglényegesebb eleme a hámelváltozások leírása és minősítése: a hám-rendellenesség súlyosságának a minősítése mellett utal annak eredetére is. Tájékoztat, hogy laphámból, avagy

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

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

A mirigyhámra vonatkozó megállapításokat hasonló elven osztották fel. A nehéz hozzáférés és bizonytalan követés miatt ezen eredmények esetén egyéb szövettani igazolásra van szükség.

A Bethesda-beosztás ismerete védőnőknek a fenti részletességgel javasolt, mivel a lelet eredményének megfelelő módon történő közléséhez szükséges ismeretanyagot tartalmazza.

2.3.2 A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSI PROGRAMBAN ALKALMAZOTT FELOSZTÁS

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

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

Technikailag nem értékelhető kenet: idetartoznak a következő fogalmak:

- Nincs elegendő értékelhető sejt elem a keneten, amelynek oka lehet a túl óvatos mintavétel.

- Az endocervicalis sejtek hiányoznak, amelynek oka a nem megfelelő mintavétel.
- Túl véres lett a kenet, amelynek oka lehet a menstruáció alatt vett minta, vagy a méhnyakon zajló elváltozás.

Minden esetben ismételt mintavétel javasolt, amelynek időpontja a lehetséges legkorábbi legyen. Amennyiben a véres kenet oka a méhszájon zajló folyamat, akkor az ismételt mintavétel nőgyógyászati feladat.

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

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

Egyéb elváltozás, gyulladás, korlátozottan értékelhető.

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

Suspect (gyanús) hámelváltozás szerepel a leletben – bármelyik sorban „X”

Teendő: nőgyógyászhoz irányítani, felhívni a figyelmet a szakorvosi vizsgálat szükségességére. Fontos tudni, hogy a legtöbb esetben ismételt citológia történik, mely levételének időpontja ne legyen rövidebb, mint az előző citológia után 3 hónap. A korábban levett citológia gyakran fals negatív, vagy kisebb elváltozást mutat.

2.3.3 MÉHNYAKRÁK TÜNETEI

A védőnő gyakran találkozik panasszal jelentkező pácienssel. Érdekes ismerni a méhnyakrákra utaló tüneteket. A méhnyakrák alattomos rákok közé tartozik, mert panaszt korai stádiumban nem okoz. Az első tünet – ez már késői tünet – a kontaktvérzés (a méhszáj mechanikus érintése, nyomása esetén kialakuló vérzést jelent). Ilyen vérzés előfordul, hogy csak több centiméteres tumor ese-

tén észlelhető, mely megfelel I/B vagy előrehaladottabb stádiumú méhnyakrákos állapotnak. Ilyenkor a daganat már gyakran a vér és nyirok útján a méh körüli szövetekbe is terjed. Kezelésében a kiterjesztett nőgyógyászati műtét és sugárkezelés segíthet.

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

2.3.4 TNM ÉS 2009-ES FIGO MÉHNYAK STÁDIUM BEOSZTÁSA

1. táblázat: Méhnyakrák TNM és FIGO beosztása

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

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

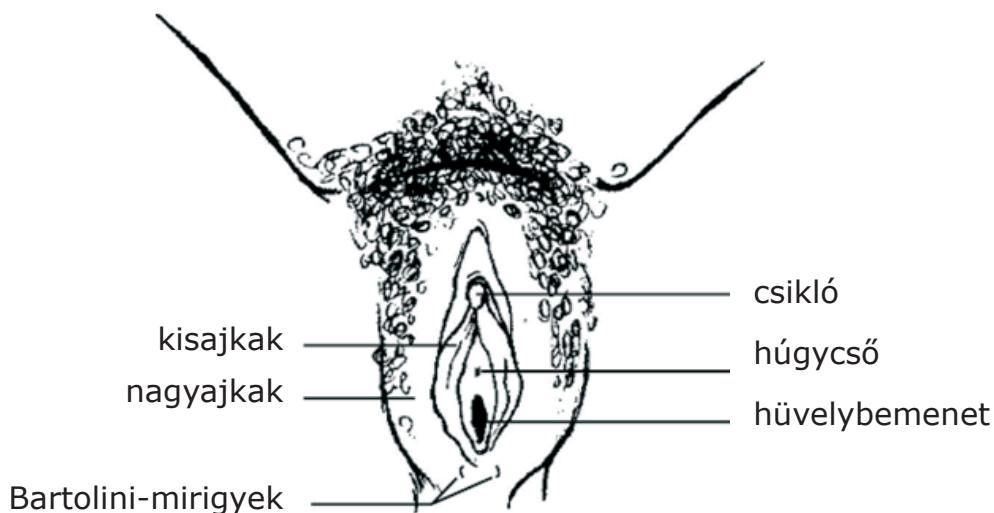
3. ANATÓMIAI ISMERETEK A MÉHNYAK FELTÁRÁSHOZ

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

3.1 KÜLSŐ NEMI SZERVEK

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

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



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

3.2 HÜVELYBEMENET

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

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

3.3 HÜVELY (VAGINA)

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

3.4 MÉH

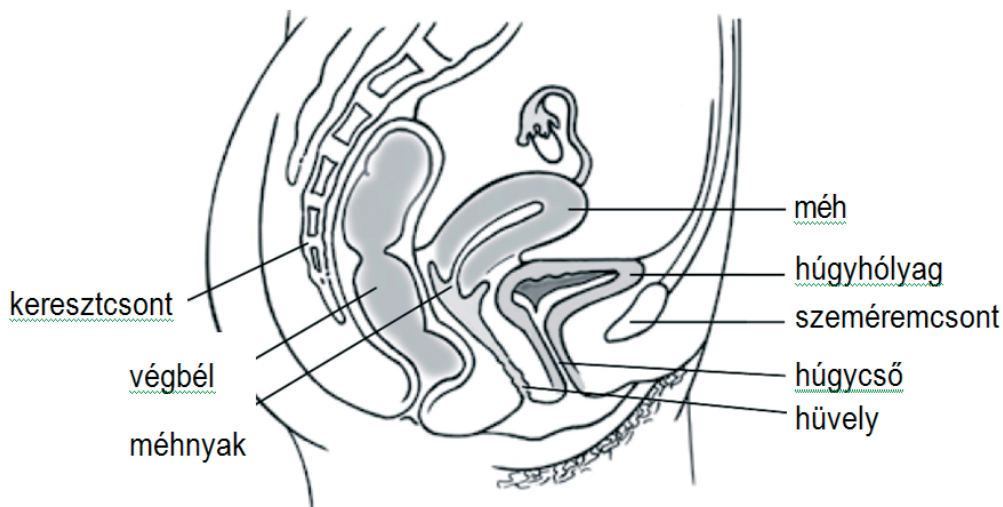
A 25-65 év közötti nők méhének átlagos hossza 4 cm-től akár 10 cm-ig is terjedhet. Helyzetét tekintve a leggyakoribb az előre hajló és dőlő méh (4. ábra). Ez azt jelenti, hogy a hüvely belső végénél – a fornixban – helyezkedik el a méhszáj (portio), mely a hüvely tengelyére merőlegesen előlről található. A hátra hajló és dőlő méh esetén a portio a hüvely tengelyével tompaszöveget zár be és a fornixba

hátról csatlakozik – ez fontos lesz a feltárás kivitelezésében. Portio helyzetét a méh süllyedése, megnagyobbodása, összenövésai befolyásolják.

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

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

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



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

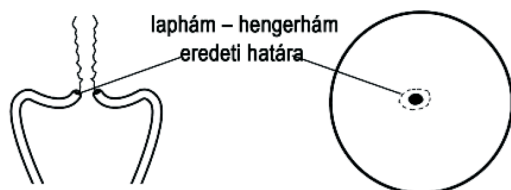
3.5 MÉHSZÁJ FEJLŐDÉSE, HÁMBORÍTÁSA

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

A méhnyak két eltérő hám találkozási pontja. A hüvely falát borító többrétegű el nem szarusodó laphám és a méh nyakcsatornáját bélelő egyrétegű hengerhám együttesen alkotják a méhnyak hámját. A laphám –hengerhám találkozási pontját

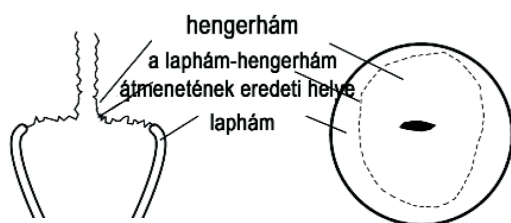
hívjuk squamocolumnáris junctionnak (5. ábra a. pontja). Ez a demarkációs vonal az életkor előrehaladtával a méhnyak hüvelyi felszínéről a nyakcsatornába „vándorol”.

5. ábra A méhszáj felszíni elváltozásai életszakaszoknak megfelelően



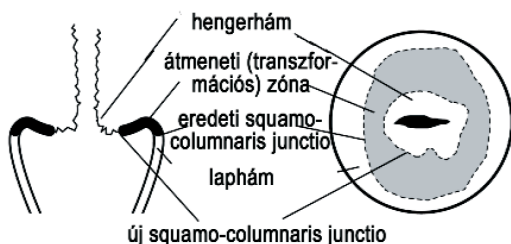
a. Születéstől a serdülőkorig

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



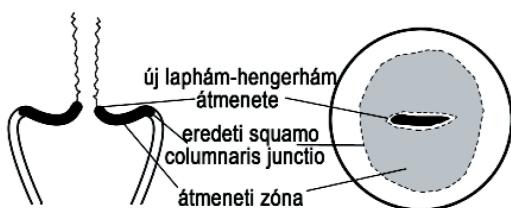
b. Az első menstruációtól a korai reprodukív korig

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



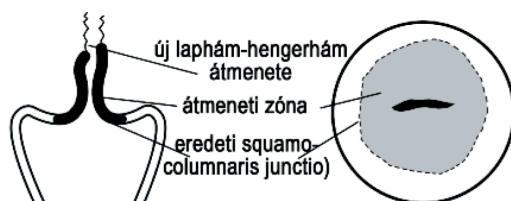
c. 30-as éveiben járó nő

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



d. A menopauza körüli időszakban

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



e. A menopauza utáni időszakban

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

Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006., 34. oldal: Sellors JW, Sankarana-rayanan R. Colposcopy and treatment ofcervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manuál. Lyon, Francé, IARCPress, 2002

Fiatal felnött korban a squamocolumnáris junctio a méhszáj hüvely felőli felszínén a méhszájnyílástól távol található, azaz a méhszáj (portio) felszínét hengerhám (mirigyhám) borítja be, míg a portio széli részét laphám. Életkor előre

haladtával a hengerhám-laphám találkozás a méhszájnyílás felé közelít, a laphám „rákúszik” a hengerhámra, ezzel új squamocollumnáris vonalat hozva létre (5. ábra). A régi és az új squamocollumnáris vonal között elhelyezkedő területet nevezzük átmeneti zónának. Ez azt jelenti, hogy a laphám és hengerhám „vetelkedése” széles sávban lesz látható, így a hámsejtek kóros átalakulásnak esélye növekszik. A citológiai kenetvétel célja, ezen területről a sejtek lesodrása, eltávolítása (exfoliatív citológia). Az átmeneti zóna kolposzkóppal jól vizsgálható – a tankönyv anyaga nem tárgyalja.

Menopauza előtti időre az átmeneti zóna akár a portio nyílásba - külső méhszájba - is kerülhet, menopauza után a nyakcsatornába kerül. Jelentősége: széles átmeneti zónánál a sejtkenet mintavétel egyszerűbb, mert könnyen látótérbe hozható a hüvelyi feltárás során. Idősebb életkorban, amikor az átmeneti zóna a nyakcsatornában helyezkedik el, a sejtkenet mintavétel nehezebb, mert az átmeneti zóna nem látható. Ezekben az esetekben törekedni kell, hogy a mintavétel elsősorban a nyakcsatornából történjen.

4. A MÉHNYAK SEJTKENETVÉTEL MENETE

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

4.1 KENETVEVŐ ESZKÖZÖK ÉS ELJÁRÁSOK

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

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

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

4.2 FELTÁRÁS

A hüvelyi feltárás a nő intim zónájába hatolás, mely bizalmi légkört igényel. A nők nagy része kevésbé szégyenlős azonos nemű vizsgáló előtt, de ennek az ellenkezője is igaz. A vizsgálat előtt szükséges tájékoztatni a szűrendő nőt, hogy mi fog történni, mire számíton, illetve feltétlenül megjegyzendő, hogy nem nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat fog történni, hanem egy védőnői szűrőprogram keretén belüli védőnői hüvelyi feltárás és kenetvétel a méhszájról. Jogilag a hüvelyi

feltáráshoz írásos beleegyezés nem szükséges, elég a személy „ráutaló magatartása”, azaz levetkőzik, önszántából felfekszik a vizsgáló asztalra. Ha az egyén ezt nem teszi, erőltetni nem lehet, törvényellenes. Hozzunk létre olyan légkört, melyben a szemérem érzete, emberi méltósága nem csorbul. Legyen eltakart helyen a vetkőzőfülke, az ajtó legyen zárva, „átmenő forgalom”, benyitás, kukucskálásnak még lehetősége se maradjon. Ablakon keresztül belátni ne lehessen.

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

4.3 KENETVÉTEL TECHNIKÁJA

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

4.4 KENET KIKENÉSE

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

6. ábra Kenetvevő eszköz kikenési technikája a tárgylemezre [saját készítés].



4.5 KENETVÉTEL KIZÁRÓ – ZAVARÓ KÖRÜLMÉNYEK

Mensesz alatt kenetvételt nem végzünk, mert a zavaró vér és egyéb sejtek elfedik a portio hámot, így a kenet korlátozottan vagy egyáltalán nem értékelhető.

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

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

5. HATÉKONY VÉDŐNŐI PROGRAM KENETVÉTELLEL KAPCSOLATOS KÖVETKEZMÉNYE – NŐGYÓGYÁSZ TANÁCSAI

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

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

A páciensnek akkor is igazat kell mondani, ha az adott helyzetben kellemetlen pl.: „Nem tudom levenni, valami eltérés látható...” Lehet, hogy abban a pillanatban nem veszi jónéven, de hosszútávon elfogadja, megtérül a korrekt tájékoztatás.

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

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

HIVATKOZÁSOK

1. IARC adat Globocan a 2008. http://globocan.iarc.fr/DataSourc_and_methods.asp.
2. Állami Számvevőszéki jelentés egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről 2008. május
3. KSH Népegészségtudományi Intézet kiadványa: Demográfiai évkönyv 2012 Szerk.: Óri P. Spéder Zs.64-69 o.
4. Országos Tisztiorvosi Hivatal Méhnyakszűrési Munkacsoport. Lakossági méhnyakszűrés az Egészség évtizede program keretében: történések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. Orv Hetilap 2004; 145(1):3540.
5. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S et al. International Agency for Research on Cancer
6. Multicenter Cervical Cancer Study Group. N Engl J Med 2003; 348: 518–27
7. Csermely Gy., Koiss R., Ungár L., Marcsek Z.,: Az onkogén humán papillomavírus (HPV)-törzsek kimutatásának klinikai jelentősége HPV fertőzöttséget igazoló citológiai leletek esetén. Magyar Nőorvosok Lapja.1998; 61,305-310
8. A méhnyakrák megelőzése Népegészségügyi célú méhnyakszűrés
9. Oktatási, elméleti tananyag védőnők számára 2010 Döbrössy, Odor Andrea kiadásért felelős Kovács Attila
10. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) 2002–2006
11. Bosch FX et al. J Clin Pathol 2002; 55: 244–65.
12. Parkin DM, Bray F. Vaccine. 2006;24 Suppl 3:S11-25

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRÉS SZERVEZÉSE, VÉGZÉSE, ÉS NAPI TEVÉKENYSÉGBE ILLESZTÉSE

1. VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRÓ PROGRAMOK EREDMÉNYEI, TAPASZTALATAI

A hazánkban 2003-ban bevezetésre került szervezett szűrés lehetőségével a női lakosság csak kis számban él.

Az OEP adatai szerint a szűrendő nők 5-7 %-a kereste fel „meghívólevelével” az adott szakrendelést.

Ezért a méhnyakrákos megbetegedések és halálozások csökkentése érdekében - a mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek javaslatának megfelelően, mely szerint a méhnyakszűrést képzett egészségügyi szakdolgozók végzik - az Egészségügyi Minisztérium 2009-ben elindította a Védőnői Méhnyakszűrő Minta-programot (VMMP).

A Minta-program 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 Minta-program „közel vitte” a szűrést a községekben élő nőkhöz. A védőnői méhnyakszűrés által nőtt a szűréshez való hozzáférhetőség, és az elérhetőség, a szűrés a védőnői tanácsadóban, biztosítottá 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.

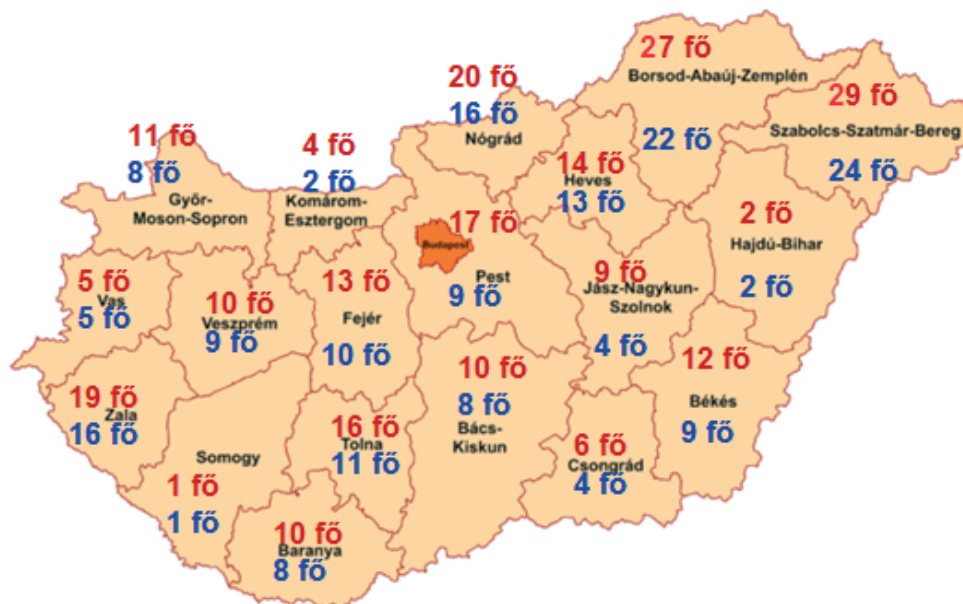
A Védőnői Méhnyakszűrő „pilot” Program beváltotta a hozzá fűzött reményeket (lásd: 2011. évi Heves, Nógrád megyei felmérés):

- 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 páciensekkel 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. 2012-ben 224 védőnő (a képzett védőnők 78 %-a) végzett szűrést. 242 településen kaptak „Meghívólevelet” a nők, összesen 102 tanácsadóban volt elvégezhető a szűrés.

1. számú ábra A Védőnői Méhnyakszűrő Program keretében 2009-ben, és 2010-ben képzett védőnők létszáma, illetve 2010-ben a szűrést végző védőnők létszáma.

Védőnői Méhnyakszűrő Program védőnői (2009-2010-ben végzettek, és a VMP 2011-ben résztvettek)



Forrás: Fehér Erika -OTH, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály: „A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve”
Védőnő c. újság XXII. Évf. 2. szám 2012.

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

- a méhnyakszűrés (kenetvétele) megtanulására
- a községben élő lakosság megszólítására, szűrés megnyerésére
- a méhnyakszűrés (kenetvétele) végzésére
- a lakosság egészségtudatos magatartásának növelésére.

2. HEVES ÉS NÓGRÁD MEGYEI FELMÉRÉS (2011) ADATAINAK BEMUTATÁSA

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:

- Társadalmi helyzetének és egészségkultúrájának megismerése
 - Életkor;
 - Iskolai végzettség;
 - Méhnyakszűrésen való részvételi gyakoriság szerint.
- A védőnői szűrésen való részvétel indokai
- A védőnői kenetvétellel kapcsolatos tapasztalataik, észrevételeik megismerése
- Annak feltérképezése, hogy van-e igény a lakosság részéről a védőnői méhnyakszűrésre

ADATGYŰJTÉS MÓDJA:

- Kérdőíves forma;
- Önkéntes, egyéni és anonim módon történő kitöltés.

Egységes kérdőív, zárt kérdésekkel, alternatív (2 válaszlehetőség) és szelektív (több válasz is lehetséges) válaszadási lehetőségekkel, a végén egy nyitott kérdéssel (egyéb vélemények megfogalmazása céljából).

A FELMÉRÉS IDŐSZAKA:

- 2011. május – június hónap

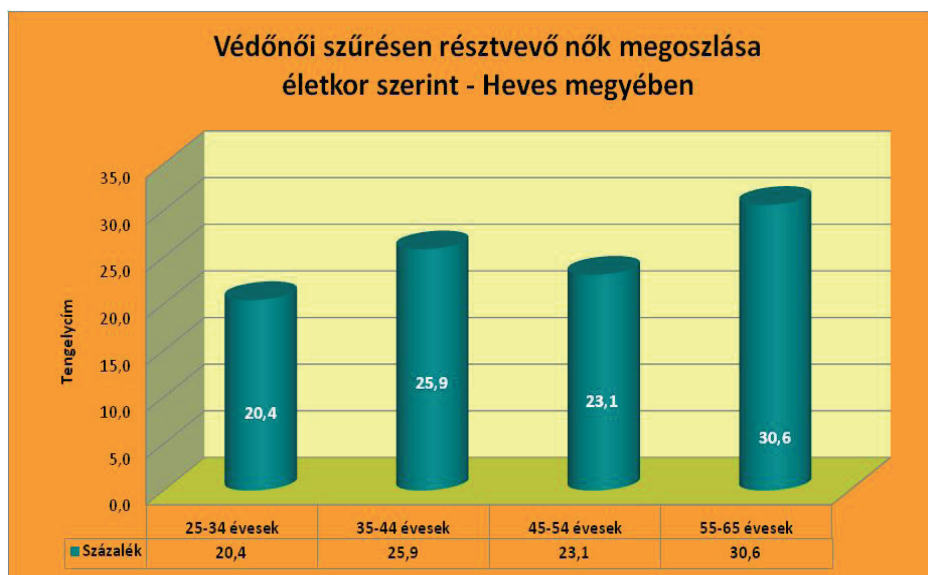
A FELMÉRÉSBEN RÉSZTVEVŐ NŐK ELEMSZÁMA: 705 fő

A felmérésben 28 védőnő vett részt, mely 34 településre terjedt ki.

A FELMÉRÉS EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA: (HEVES MEGYÉT ÉRINTŐ ADATOK TEKINTETÉBEN)

ÉLETKOR SZERINTI MEGOSZLÁS: A szűrésen résztvevő nők 53,7%-a 45-65 év közötti.

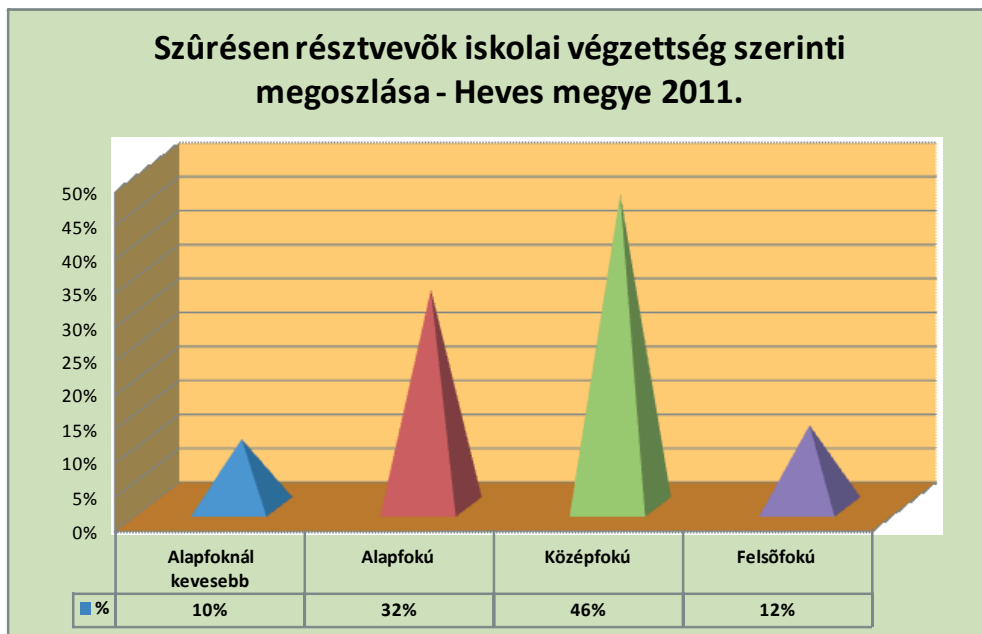
2. számú ábra



ISKOLAI VÉGZETTSÉG:

A válaszadók 42,0%-a alacsony iskolai végzettségű.

3. számú ábra



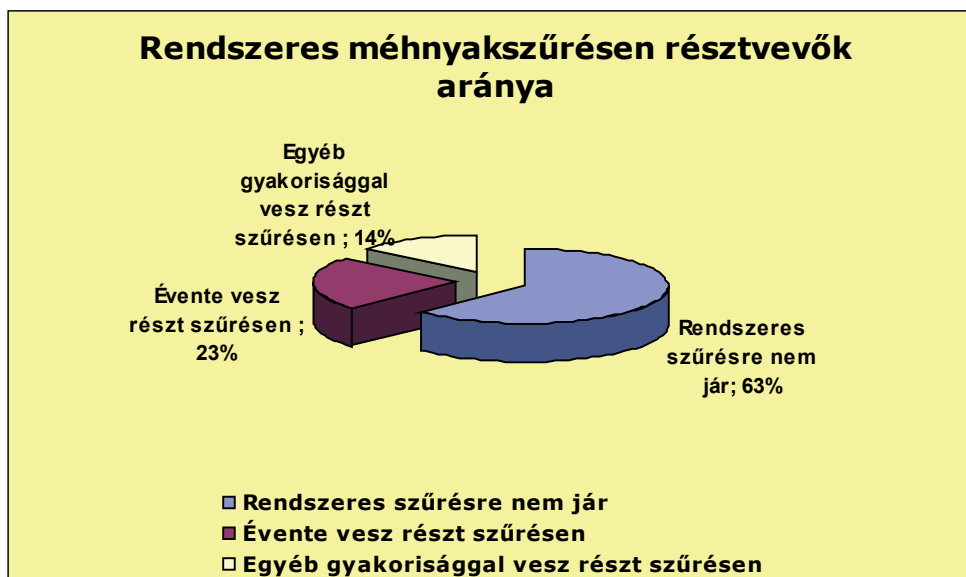
SZŰRÉSI HAJLANDÓSÁG:

A válaszadók 63,0%-a nem jár rendszeresen szűrésre.

A válaszadók 56,0%-a 4 évnél régebben volt.

19%-a 11 évnél régebben vett részt méhnyakszűrésen.

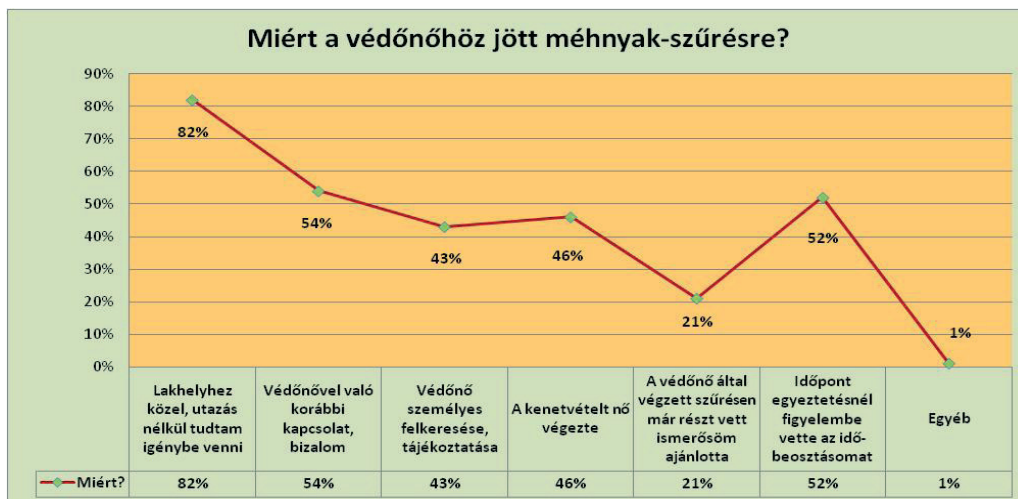
4. számú ábra



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.

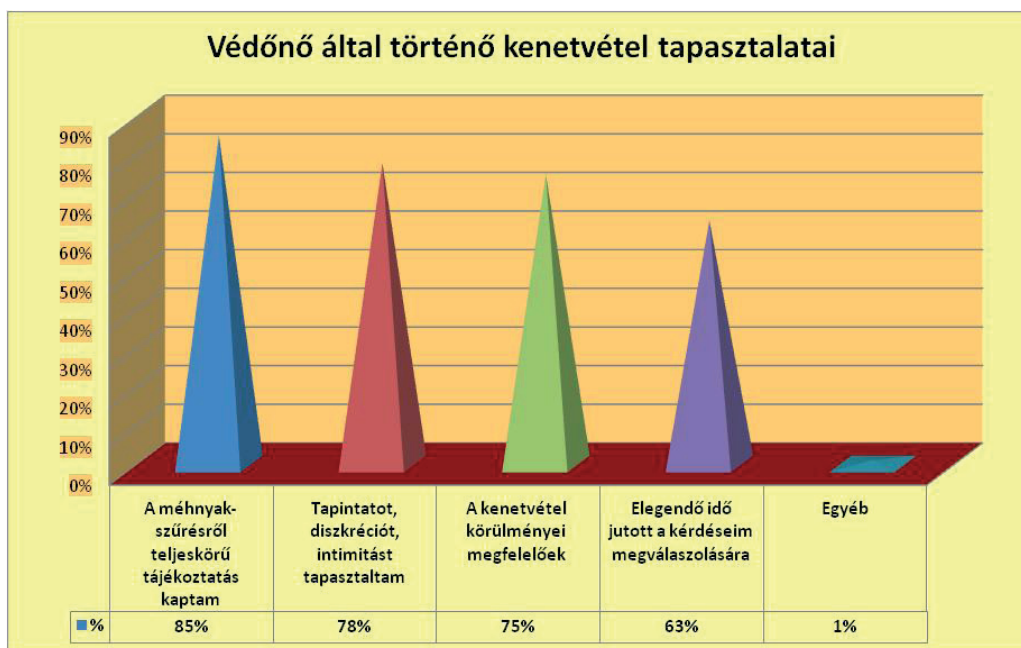
5. számú ábra



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.

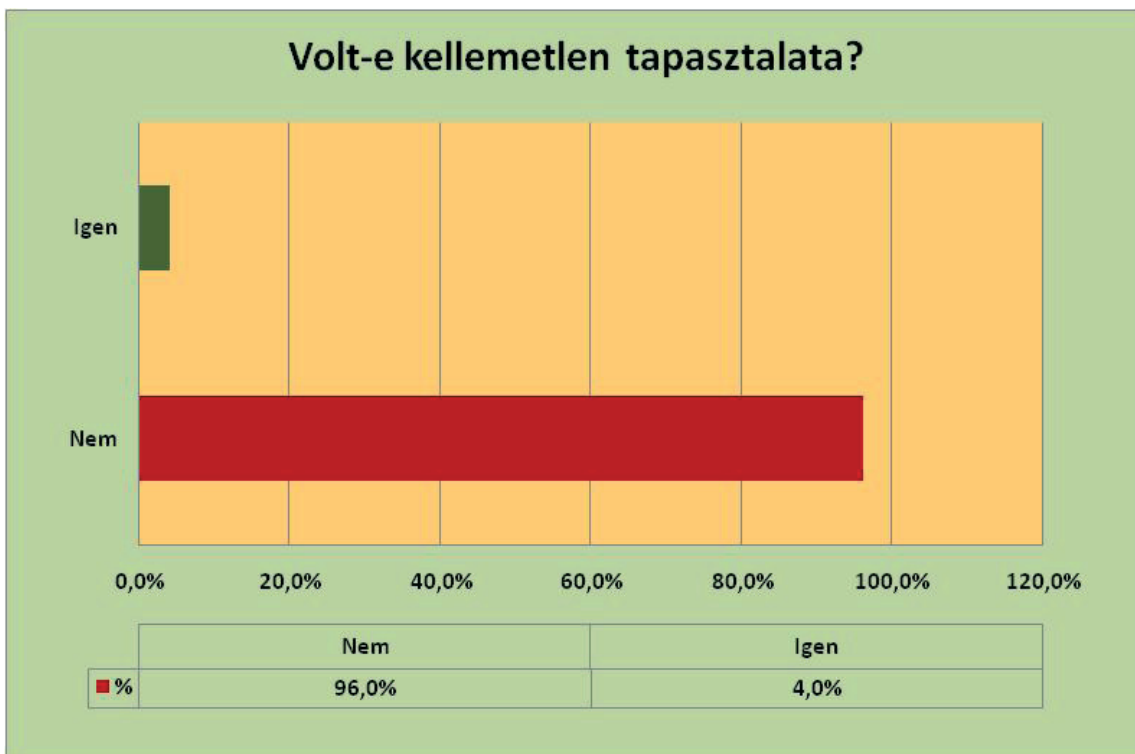
6. számú ábra



VOLT-E KELLEMETLEN TAPASZTALATA?

- 4,0% - kellemetlen tapasztalat.

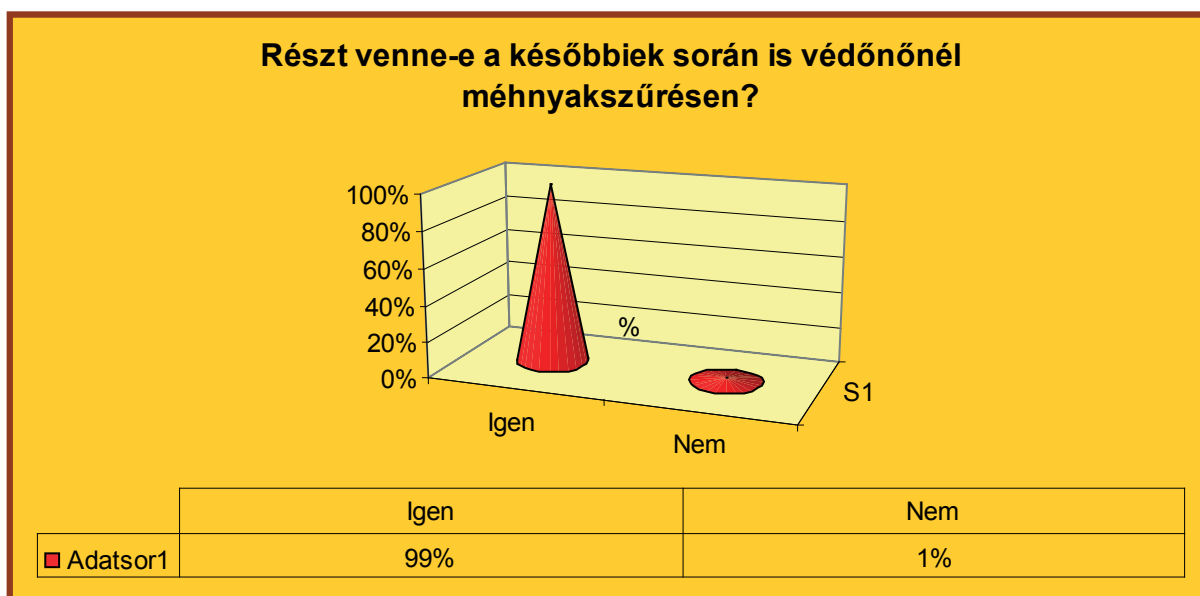
7. számú ábra



RÉSZT VENNE-E MÁSKOR IS A VÉDŐNŐI SZŰRÉSEN?

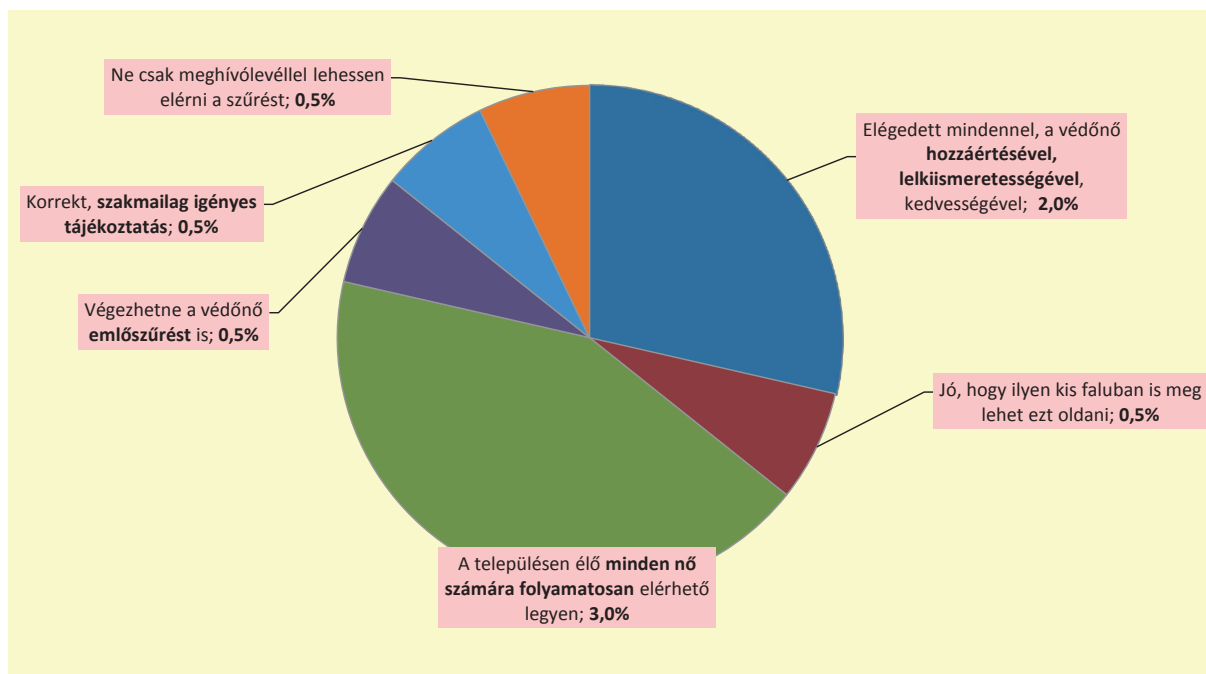
- 99,0% - részt venne máskor is a védőnői szűrésen.

8. számú ábra



A SZŰRÉSEN RÉSZT VETTEK EGYÉB ÉSZREVÉTELEI

9. számú ábra



3. A VÉDŐNŐ HELYE, SZEREPE A MÉHNYAKSZŰRÉSBEN

A szervezett szűrés elvégzésében meghatározó, hogy elegendő-e a szakorvosok, szakképesítéssel rendelkező nőgyógyászok, onkológusok száma ahhoz, hogy ellássák a területi lakosságszűrést 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 a szűréseken 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”¹.

¹ [Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, Orvosi Hetilap, 148. évfolyam 12. szám, 2007.]

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 tevékenysége kiterjed a nővédelmi feladatok ellátására is.

A védőnő nővédelmi feladatának eddig is része volt „a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében részvétel”² most a szűrés végzésében is közreműködhet. Nővédelmi gondozása így átöleli a nő életszakaszának nagyobb hosszát, a reprodukív koron túl is. A védőnők kitüntetett szerepet játszanak e felelősségteljes feladat elvégzésében. A tapasztalatok szerint a védőnők segítő hozzáállása minden értékes teljesítmény kiindulópontja. Egyfajta szolgáltatási kör, a családközpontú gondozás nagyobb teret nyert.

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

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

MILYEN EREDMÉNYEKET VÁRUNK A VÉDŐNŐK BEVONÁSÁTÓL, A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRÉSTŐL?

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).

² A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet 3. § ac

- Kapjanak tájékoztatást és ösztönzést a nőgyógyászati szakellátás igénybe vételére:
 - nem negatív kenet eredmény (daganatgyanú, gyulladás), ill. egyéb kiszűrt esetekben (pl. polyp, stb.) fontos a szakellátásra irányítás
 - kenet eredménytől függetlenül is nőgyógyászati panaszok esetén szakorvosi vizsgálat szükséges.

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

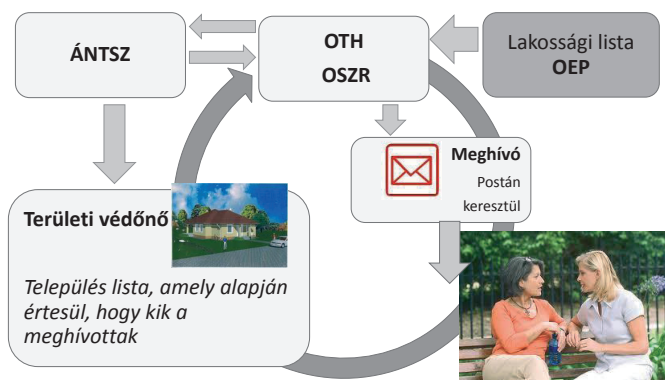
A védőnőknek és a szakma megítélésének óriási lehetőséget nyújt ez a szűrőprogram.

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

4. SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG SZERVEZÉSE, GONDOZÁSI TERV, NŐVÉDELMI TANÁCSADÁS, LÁTOGATÁS SZERVEZÉSE

10. számú ábra

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. „Meghívólevelet” 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 kell szervezni az új feladat elvárásainak megfelelően. Be kell illeszteni a védőnőnek a mindennapi munkájában e nővédelmi tevékenységet (a szűrés szervezését és végzését, valamint a szűrés utáni, a szűréssel kapcsolatos további teendők elvégzését).

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

A méhnyakszűrés nővédelmi tevékenység, így a nővédelmi tanácsadás keretében történik. Amennyiben a szűrendők helyi igénye, a „hozzáférhetőség” biztosítása miatt indokolt, hogy a nővédelmi tanácsadás időpontjától eltérő időpontban is történjenek szűrések – pl. a szűrendővel történő egyeztetett időpontokban, akár 17 óra után – fontos, hogy ennek a lehetőségéről a védőnői ellátás szolgáltatójának vezetőjével előzetesen egyeztessenek. Csak a szolgáltató engedélye, támogatása esetén történhetnek egyeztetett időpontban a szűrések.

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.

1. A SZŰRENDŐK LISTÁJA

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

2. SZÜRENDŐK LÁTOGATÁSA

A szűrendő nő felkeresése és megnyerése napi munkafeladatukba illeszkedjen be, mely szervezést és időbeosztást igényel. Lehetőség szerint az összes szűrendő nőt keresse fel, szólítsa meg! Fontos, hogy a védőnő nagy körültekintéssel, tapintattal érdeklődjön a számára ismeretlen szűrésre meghívott nők iránt (személyes megkeresés útján).

A heti vagy havi munkatervében – védőnőtől függ, ki melyiket alkalmazza – illessze be azokat a szűrendő nőket, akiket felkeres otthonában. Fontos, hogy a szűrendők „listáján” szereplő nőket a gondozottak látogatási tervével egyeztesse. Pl.: egy várandóst ma meglátogat az Ady Endre utcában, akkor ebben az utcában élő szűrésre behívó nőket is keresse fel. Feleslegesen ne fáradjon! Pontos szervezést igényel a látogatások összehangolása. **Sikeresnek azt a látogatást nevezzük, amikor közvetlen az érintett személlyel találkozunk, beszélünk.** 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 páciens figyelmét, hogy zuhanyozzon vagy fürödjön meg vizsgálat előtt. Tisztálkodásra lehetőleg csak szappant, tusfürdőt és vizet használjon. Vizsgálat előtt nem tanácsos a hüvely bemenet környékét hintőporozni, bekrémezni vagy egyéb kozmetikumot használni. Ne történjék hüvelyöblítés sem! Vizsgálat előtt 24 órával szexuális együttlétet ne történjen!
- Kényelmes ruházatot és alsóneműt viseljen. A vizsgálathoz le kell majd vetkőzni, így olyan öltözéket célszerű választani, amit nem kell hosszasan gombolgatni, ami gyorsan le- és felvehető.
- Vizsgálat előtt szintén kérdéseket tehet majd fel a védőnő, erre készítse fel a kliensét (régábbi betegség, a családban előfordult megbetegedések, arról,

hogy mikor volt az első havi vérzés, és mikor volt a legutóbbi vérzés első napja). Vizsgálat előtt gondolja át ezeket az adatokat, hozza magával korábbi zárójelentéseit, menzes naptárát.

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

5. A SZŰRÉS SZERVEZÉSE SORÁN GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK A LAKOSSÁGTÓL A SZAKEMBER VÁLASZAI

Az emberek többsége kevés ismerettel rendelkezik a méhnyakrákról. Fontos megemlíteni néhány gyakran feltett kérdést, az adandó válaszokkal.

KÉRDÉS AZ OKOKRÓL ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐKRŐL

KÉRDÉS: MI A RÁK?

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

KÉRDÉS: MI A MÉHNYAKRÁK?

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

KÉRDÉS: MI OKOZZA A MÉHNYAKRÁKOT?

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

KÉRDÉS: A MÉHNYAKRÁK EGY SZEXUÁLISAN ÁTVITT BETEGSÉG?

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

KÉRDÉS: MEGELŐZHETŐ-E A MÉHNYAKRÁK?

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

Nagy reményeket fűznek a nemrégén kifejlesztett HPV-vakcinához.

KÉRDÉS: KI TEKINTHETŐ VESZÉLYEZTETETTEK A MÉHNYAKRÁK KELETKEZÉSE SZEMPONTJÁBÓL?

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

KÉRDÉS: A HORMONÁLIS FOGAMZÁSGÁTLÓT SZEDŐ HÖLGYEK FOKOZOTTAN VESZÉLYEZTETETTEK?

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

KÉRDÉS: A SZEMÉREMTÁJI SZEMÖLCSÖK OKOZHATNAK RÁKOT?

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

KÉRDÉSEK A MÉHNYAKSZŰRÉSÉRŐL

KÉRDÉS: MI A SZŪRŐVIZSGÁLATI MÓDSZER, MI A SZŪRŐVIZSGÁLATI EREDMÉNY (LELET)?

Válasz: A szűrővizsgálati módszer olyan egyszerű, fájdalomtalan vizsgálati módszer, amelyet tünet és panaszmentes személyeken alkalmaznak abból a célból, hogy a rák fennállását nagy valószínűséggel kizárhassák (ha a vizsgálat negatív),

vagy éppen ellenkezőleg, tisztázzák a rák fennállását (ha a vizsgálat eredménye nem negatív).

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

KÉRDÉS: KIKNEK VAN SZÜKSÉGÜK SZŰRŐVIZSGÁLATRA?

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

KÉRDÉS: PONTOSAN MI TÖRTÉNIK A SZŰRÉS SORÁN?

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

KÉRDÉS: MI A HELYZET, HA A CITOLÓGIAI LELET NEGATÍV?

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

KÉRDÉS: MI TÖRTÉNIK, HA A CITOLÓGIAI LELET NEM NEGATÍV?

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

KÉRDÉSEK A RÁKMEGELŐZŐ ÁLLAPOTOKRÓL ÉS A MÉHNYAKRÁKRÓL

KÉRDÉS: MELYEK A RÁKMEGELŐZŐ, (PRE-CANCEROSUS) ÁLLAPOTOK?

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

KÉRDÉS: MELYEK A MÉHNYAKRÁK JELEI?

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

KÉRDÉS: KEZELHETŐ-E A MÉHNYAKRÁK?

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

KÉRDÉS: GYÓGYÍTHATÓ-E A MÉHNYAKRÁK?

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

KÉRDÉS: HOGYAN GYÓGYÍTIJÁK A MÉHNYAKRÁKOT?

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

6. A SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉG

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

A SZŰRÉSHEZ SZÜKSÉGES ESZKÖZÖK:

- Nőgyógyászati vizsgálószék, kellő fényerejű, állítható megvilágítással, fejlámpa;
- Papírvatta, papírlepedő a vizsgálószék leterítésére;
- 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;
- Vatta tampon –kenetvétel előtt a méhnyaknyák eltávolítására;
- Egyszer használatos (steril) műanyag kenetvevő eszköz, mely seprűszerű megjelenésű, minden anatómiai helyzetben használható, vérzést nem okoz;

- Mattírozott szélű 7.6 x 2.5 cm méretű, zsírtalanított tárgylemez, amelyre a hagyományos grafit ceruzával (nem rotring!) tartósan maradandó jelzés készülhet;
- Tárgylemeztartó;
- Fixálószer (95%-os alkohol vagy fixáló spray); a kenetek szállításra alkalmas szállító doboz;
- Vizsgálati kériólap, amelyen fel van tüntetve a vizsgált személy (*) neve, (*) születési dátuma, (*) pontos lakáscíme, (*) személyazonosító TAJ-száma, valamint a tárgylemezen lévő azonosító szám;
- Postakönyv;
- Buborékos boríték, A/4 es boríték.

TERÜLETI VÉDŐNŐ FELADATAI A MÉHNYAKSZŰRÉS ELVÉGZÉSÉBEN:

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

Teendő:

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

A védőnőhöz szóló meghívólevéllel lehet menni a nőgyógyászhoz is szűrésre!

- 4. Felkészíteni a méhnyakszűrésre jogosult nőt a szűrővizsgálatra,** és a tájékoztatáson alapuló beleegyezést kérni a kenetvételre.
- 5. A méhnyakszűrés során a tisztasági szabályokat be kell tartani** (kézmosás, kesztyű használata, vér, testnedvek, biztonságos hulladékkezelés).

FELKÉSZÍTÉS A MÉHNYAKSZŰRÉSRE, KENETVÉTELRE, TÁJÉKOZTATÁSRA:

- A szűrővizsgálat céljáról, fontosságáról,

- A szűrés elmulasztásával járó kockázatokról,
- A szűrés módjáról, megbízhatóságáról (mely 85-90% körüli!),
- A szűrés mellékhatásairól,
- A szűrés ellenjavallatairól,
- Az elhangzott információk és adatok bizalmas kezeléséről.

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

Időt kell hagyni a felmerült kérdések megválaszolására.

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

ENNEK FELTÉTELEI A SZAKTUDÁSON KÍVÜL:

- Meghittség, bizalmas légkört teremtve, harmadik személy jelenléte nélkül.
- Türelem, a résztvevő személyt hagyni kell beszélni, lényeges, hogy elmondhassa minden közölnivalóját célzott kérdéseink előtt.

Végül: Bejegyzését kell kérni a vizsgálat elvégzésére.

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

BETHESDA 2001 CYTOLÓGIAI VIZSGÁLATI LAP

Név:	AZONOSÍTÓSZÁM:	
Lakcím:		
TAJ szám: Szül. idő:évhónap	Kenetvevő védőnő Sorszáma:	
Utolsó menstruáció:	Telefonszáma:	
Kenetvétele ideje:		
*Kolposzkópos dg: normál <input type="checkbox"/> kóros <input type="checkbox"/> és pedig:		
Jelenleg terhes: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> lactál <input type="checkbox"/>		
Fogamzásgátlás: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> és pedig: IUD: <input type="checkbox"/> hormon <input type="checkbox"/> egyéb <input type="checkbox"/>		
*Előzmény:		
*cytológia: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> hol: mikor eredmény		
*szövetten: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Dg.:		
*műtét: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> és pedig:		
kezelés: hormon nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> és pedig:		
egyéb: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> és pedig:		
*Eszközös vétel: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		

Kenet Pap. L.B. Automatikus

Kenet értékelhetősége

- Feldolgozott Nem feldolgozott
 de Endocervicalis/transformatios
 Értékelhető zóna hiányzik
 Nem értékelhető Nem azonosítható kenet
 Elégtelen fixálás
 mert Sejtszegény
 Zavaró mértékű vér

Kiegészítő tesztek Zavaró mértékű lob
 Egyéb:

A kenet általános minősítése

- Negatív a kóros, neoplasticus hámelváltozásokra
 Kóros hámelváltozás
 Egyéb

Részletes vélemény**Kórokozók**

- Trichomonas Actinomyces
 Gomba Herpes simplex vírus
 Vegyes baktérium Egyéb:

Egyéb, nem neoplasticus elváltozások

- Reaktív sejteltváltozásokkal járó
 Gyulladás (reparatio)
 Sugárhatás
 (IUD) Mechanikus hatás
 Atrophia
 Endometrium sejtek \geq 40 éves kor
 Egyéb:

Védőnő teendői:

- Negatív: 3 év múlva szűrés javasolt
 Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt
 Daganat gyanúja miatt nőgyógyászati vizsgálat kötelező
 Ismétlés szükséges a kenet technikai hibája miatt, vagy EC sejtek hiánya miatt

Beérkezés ideje:

Lelet kelte:

P.H.

* A kitöltés nem kötelező

**Kóros neoplasticus hámelváltozások
Laphámsejtek**

- Atypusos laphámsejtek (ASC)
 Nem meghatározható okból (ASC-US)
 Nem zárható ki HSIL (ASC-H)
 Enyhe fokú intraepithelialis laphám laesio (LSIL)
 HPV CIN 1
 Kifejezett fokú intraepithelialis laphám laesio (HSIL)
 CIN 2 CIN 3
 Invasio gyanúja
 Laphámsejtes carcinoma

Mirigyhámsejtek

- Atypusos mirigyhámsejtek (AGC-NOS)
 Endocervicalis sejtek
 Endometrialis sejtek
 Mirigyhámsejtek - NOS
 Atypusos mirigyhámsejtek, inkább neoplasticus (AGC)
 Endocervicalis sejtek
 Mirigyhámsejtek - NOS
 Endocervicalis adenocarcinoma in situ (AIS)
 Adenocarcinoma
 Endocervicalis
 Endometrialis
 Extrauterin
 NOS
 Egyéb malignus tumor

Javaslat

- Ismétlés klinikai megítélés szerint
 Ismétlés kezelés után
 lobellenes hormonális
 Ismétlés 3-6 hónap múlva
 HPV tipizálás
 Szövetteni vizsgálat
 Egyéb:

BNO-kód:

cytológus előszűrő
szakaszsztenscytopathológus
szakorvos

A korábbi Védőnői Méhnyakszűrő Programok során használt citológiai lap mintapéldánya

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

7. A tárgylemez előkészítése 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.

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

- A felső sorba- a szűrendő azonosító száma/évszám utolsó 2 számjegye (pl. 16/14, melyből a „16” a citológiai tömbben a 16. a szűrésen résztvevő sorszáma, a „14” pedig a 2014. év jelzésére szolgál.).
- A középső sorba- a védőnő kódszáma/sorszáma (pl. 285, mely szerint a kenetet a 285. sorszámú védőnő vette.).
- Az alsó sorba- a szűrésen résztvevő nő monogramja (pl. Szabóné Tóth Éva szűrt nő esetén: Sz. T. É.).

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

8.1 A vizsgálandó nőt megkérjük, hogy feküdjön fel a vizsgálóasztalra. A vizsgálóasztalon, a beteg háton fekszik, térdben behajlított lába kényel-

mesen nyugszik a lábtartón (kőmetsző helyzet). Ily módon könnyebb a hüvelyi feltárás.

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

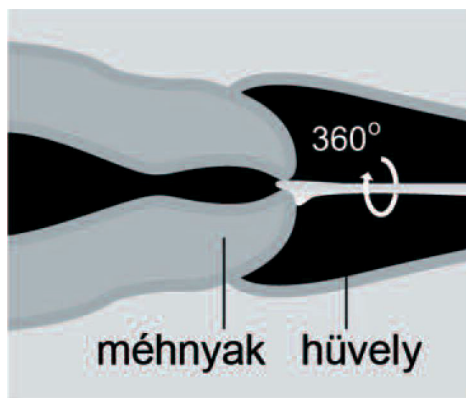
8.3 A vizsgálat első lépése a külső nemi szervek megtekintése, jól láthatók a vulva gyulladásos elváltozásai, az elülső és a hátsó hüvelyfal sérve (cystocele, rectocele), a méh előesése (prolapsus), visszérképződés, aranyér tünetei. Ugyancsak szembetűnik a gát esetleges heges torzulása. A megtekintés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

8.4 Hüvely feltárása, méhszáj megvilágítása, kenetvétel lehetőségének megállapítása: a vizsgálat meneteként, szabadon lévő kezünkkel a kisajkakat egymástól távol tartjuk, s a hüvelybemenetet feltárva a speculumot oldalra fordított helyzetben a gátra gyakorolt enyhe nyomással kell bevezetni a hüvelybe. A méhnyak magasságát elérve a feltárást elősegítő emelőrészt 6 óra irányában forgatva, az eszközt szét kell nyitni, és még 2-3 cm-el mélyebbre kell vezetni. Az eszköz tengelyének iránya a méh helyzetétől függően változik. Amikor a méhnyak felszíne látótérbe kerül, ezt a helyzetet kell rögzíteni. A bevezetés során gondosan megfigyelhető a hüvelyfal és a boltozat. **A jó feltárás előfeltétele az anyagvételnek!** Ilyenkor felismerhető például a condyloma acuminatum, a cervix-polypus, az 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. Érdeemes vatta tamponnal óvatosan eltávolítani a méhnyaknyákot (letörölni körkörös mozdulattal), hogy a portiot tisztán ítélhessük meg.

8.5 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 kenetvételek egyszerű műveletnek tűnik, de a vizsgálat eredményességét döntően meghatározza. A méhnyakrak 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 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 kenetvételek 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.

12. számú ábra A kenetvételek



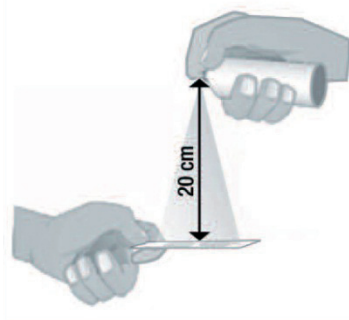
Forrás: Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice, WHO, 2006., 116. oldal

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

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

8.7 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 centiméterre tartva kell a kenetre permetezni.

13. számú ábra A fixálás



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

A tárolás előtt hagyjuk száradni, mintegy 15-30 percig az értékelhetőség szempontjából. Az azonnali fixálás után a kenetek már szárazon és károsodás nélkül szállíthatók. A levegőn, fixálás nélkül hagyott kenet festési sajátosságai megváltoznak, részletszegény, repedezett lesz a kenet, benne műtermékek keletkeznek. A megfelelően végzett fixálás a minőségbiztosítás fontos része. A rosszul fixált kenet a rossz munka minőségének egyik mutatója.

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

8.9 A szennyezett eszközöket a veszélyes hulladékgyűjtőbe tesszük.

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

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

9. Kenetvétele utáni teendők:

Szűrés során használt eszközök tárolása: a szennyezett eszközöket veszélyes hulladékgyűjtőbe kell helyezni, melyet hűtve kell tárolni. A veszélyes hulladéokra vonatkozó előírások betartása nagyon fontos!

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

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

A kenetvétele dokumentálása, adatszolgáltatás: a Citológia vizsgálati lap harmadik példánya a védőnő dokumentuma. Ez a méhnyakszűrés egészségügyi dokumentációja és forgalmi naplója is, melyet lefűzve – az adatvédelmi szabályoknak megfelelően – kell tárolni.

Az OSZR rendszeren keresztül jelenteni kell a szűrés megtörténtét.

Kenetek postázása: a védőnő a keneteket meghatározott időként (két-hetente 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: a keneteket tartalmazó tárgylemeztartókat buborékos borítékba kell tenni, majd ezt „előnyomott, megcímezett” A/4-es borítékba. Az A/4-es borítékre feladóként rá kell írni a védőnő nevét, tanácsadó címét. A borí-

tékra bélyeget nem kell ragasztani, mert bérmentesítés nélkül postázható. A borítékba a szűrendő nők Citológia vizsgálati lapjainak első és második példányát kell beletenni, továbbá a kitöltött "Meghívólevél" bizonylatát. 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 szűrés következő idejére való figyelemfelhívás (negatív lelet esetén), nőgyógyászati vizsgálatra irányítás (nem negatív lelet esetén), illetve ismételt kenetvétele 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 gyulladásra utalnak. A kenetben nincs rosszindulatú daganat gyanúját keltő sejtváltozás.

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

- **Daganat gyanúja miatt nőgyógyászati vizsgálat kötelező:** a kenetben rosszindulatú daganatot megelőző elváltozásra vagy rosszindu-

latú daganatra utaló sejtelváltozások vannak, ezért további tisztázó nőgyógyászati vizsgálatra, esetleg kórszövettani diagnosztikus vizsgálatok elvégzésére van szükség.

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

- **Ismétlés szükséges EC sejtek hiánya miatt,** mert a kenetben nem található olyan endocervikális sejtek (jelölése: EC), amelyek a nyakcsatorna állapotáról tájékoztatnának, ezért a kenet nem értékelhető. Tájékoztatni kell, hogy a szűrést emiatt meg kell ismételni. Időpontot máris lehet egyeztetni!
- **Értékelhetetlen, ismételni kell a kenetvétel hibája miatt:** a kenetvétel megisméltése szükséges a kenetvétel hibája miatt (sejtszegény, véres kenet stb.). Tájékoztatni kell, hogy a szűrést emiatt meg kell ismételni. Időpontot máris lehet egyeztetni!
- **A nem negatív citológiai vizsgálati eredménnyel járó esetek**
A lelet átadás során a védőnő kérje meg a szűrt nőt, hogy tájékoztassa a további kivizsgálások eredményéről. Fontos, hogy a védőnő ösztönözze a nőt a további vizsgálatok, kezelések szükségességéről. Érezze a nő, hogy a védőnő számára fontos az Ő esete, gyógyulása, és számíthat rá a későbbiekben is.

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

10. A védőnő szűrési tevékenységének dokumentálása, adatszolgáltatás

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

11. Együttműködés - társszakmákkal, helyi intézményekkel, szervezetekkel, valamint a Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szerveivel

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

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

A szűrendő nők tájékoztatását segíthetik helyi szervezetek, intézmények. Az elmúlt VMP-k idején az önkormányzatok, az óvodák, iskolák dolgozói különböző módon segítették a nők tájékoztatását (pl. plakátok kihelyezése által). 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. A szűrési koordinátorok és a vezető védőnők segítő közreműködésére is lehet számítani.

12. Kommunikáció a lakosság ösztönzésére, tájékoztatására

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

Ennek módszerei lehetnek:

Ezek az eszközök audiovizuális, nyomtatott és elektronikus formátumú

- Ismeretterjesztő, információközlő füzetek, szórólapok
- Személyes hangú, névre szóló levelek
- Plakátok

Az ismeretterjesztő anyagok kihelyezhetők kültéren vagy háziorvosi rendelőbe, védőnői tanácsadóba, gyógyszertárakba, munkahelyekre. Az egészségnevelés a tömegkommunikáció eszközeivel (hangosbemondó vagy kábeltelevízió) és személyes ráhatással bír a szűrés társadalmi elfogadottságára. A cél, hogy a célcsoport minél nagyobb körben vegye igénybe a szűrést. Az üzenet megfogalmazásánál vegye figyelembe a célcsoport szociológiai, gazdasági, kulturális különbözöségeit! A céllakosság személyes döntés alapján a felkínált szolgáltatást nagyobb arányban veszi igénybe. A népesség „egészség kultúrája” javul, és a jövőre irányuló gondolkodási készség fejlődik.

A szűrővizsgálathoz kapcsolódó egészségfejlesztési feladat:

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

Az egészségnevelés „üzenet” tartalmazhat általános és konkrét egészségmegőrzési tanácsokat, eligazítást, a felmerülő kérdésekkel kapcsolatban. A részletes, pontos felvilágosítás, mely mindig figyelembe veszi a gondozott szociális és kulturális sajátosságait és lehetőségeit oldja a szorongást.

AJÁNLOTT ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM

Lampé László Szülészeti-Nőgyógyászati 1- 3, Medicina könyvkiadó 1987

Népegészségügyi Onkológiai Szűrések Minőségbiztosítási Kézikönyv és Módszertani Útmutató Szerk. Dr. Döbrössy Lajos, 2005 ÁNTSZ

Méhnyakrák megelőzése és Népegészségügyi célú méhnyakszűrés 2005 ÁNTSZ

Dr. Döbrössy Lajos Daganatos betegségek szűrése Magyarországon, SpringMed Kiadó 2005

Fehér Erika: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve, Védőnő, XXII. Évfolyam, 2. szám (5-9 oldal) 2012

A LAKOSSÁG TÁJÉKOZTATÁSÁHOZ NYÚJT SEGÍTSÉGET A „HÁROM NŐ” C. FILM

A három nő című filmet az alábbi címen érheti el internet böngészője segítségével: <http://youtu.be/RbYhRUudH0k>

A videó okos telefonjára telepített QR kód olvasó alkalmazás használatával itt érhető el azonnal:



KOMMUNIKÁCIÓS ISMERETEK VÉDŐNŐKNEK EGY SPECIÁLIS PROGRAM KAPCSÁN

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 figyelme az üzenet befogadása során nem azonos aktivitási szinten van. Az első szakaszt, melyre az aktív figyelem jellemző, az értelmezés szakasza, majd a válasz megfogalmazásának szakasza követi. Ily módon, az első szakaszban a befogadó fél még képes figyelni, a második és harmadik szakaszban a figyelem megosztása miatt már sok információ elveszik a közvetített 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.³

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, 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.

³ A magyar társadalom bizalmi szintje oly alacsony szinten van, hogy gyakran a szakértői kommunikáció hitelessége is megkérdőjeleződik.

A KOMMUNIKÁCIÓ NÉHÁNY FONTOS ALAPELVE A PROGRAMBAN

A kommunikációs előadások, könyvek arra a kérdésre, hogy mit és hogyan kommunikáljunk, leegyszerűsítve az alábbi válaszokat adják: az igazat mondjuk, és beszéljünk 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, 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 kenetvétel 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.
- Mint minden 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 fenáll.
- Ha felmerül az a kérdés, hogy miért csak 3 évente történik szűrés, amikor az orvosok ennél gyakrabban is elvégzik, ne minősítsük mások gyakorlatát.

Hivatkozunk 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 aggodalmainak, szorongásainak, félelmeinek 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 valós 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 kenetvételre. Ez a helyzet nem csupán ebben a programban fordulhat elő, életünk során többször is megtapasztalhatjuk,

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 előtt téveszteni azt, hogy a program célcsoportját azok a nők alkotják, akiknek egészséggel kapcsolatos ismeretei, mindennapi élete, problémái, iskolázottsága (kulturális tőkéje), 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 saját tapasztalatainkra, gyakran intuícióinkra (de soha ne a sztereotípiáinkra vagy előítéleteinkre) támaszkodjunk. Kísérletezzünk bátran, és figyeljük a hatást, az eredményt. S ha beválik, alkalmazzuk máskor is.

MIRE ÉPÍTKEZZÜNK?

Minden hatékony és hosszú távon fenntartható programnak az egyik legfontosabb kiindulópontja, hogy a benne dolgozók (itt és most kiemelten a védőnők) elkötelezettséget érezzenek a program megvalósítása iránt. Az elköteleződés nem munkaköri leírásra, és a projekt időtartamára, hanem alapelvekre, értékekre, sok esetben küldetésre épül. Ez más szavakkal azt jelenti, hogy a résztvevő szakemberek saját maguk is mélyen hisznek annak megvalósíthatóságában. A program fontos egészségi szükségletre reagál és annak kielégítésére törekszik. Tudást, kreativitást, tehetséget és szenvedélyt kell mozgósítani ahhoz, hogy e célt megvalósíthassuk. Van tehát feladatunk és ehhez „Nekünk kell a változássá lennünk, amit a világban látni akarunk.” – ki ne ismerné Mahatma Gandhi híres mondatát? És hányan cselekszünk eszerint?

MIT KELL MÉG FIGYELEMBE VENNÜNK?

Saját magunkról és másokról alkotott nézeteink, az emberi természetről formált képünk alapvetően hiányos. Az emberek négydimenziós lények: test (fizikai/gazdasági), értelem (mentális), szív (társadalmi/érzelmi) és lélek (spirituális) dimenziókban létezőnk.



A teljes személyiség paradigmája (Covey 2005)

Ez a megközelítés a teljes személyiség nézőpontja (paradigmája), amely felismeri, hogy az emberi lények nem eszközök, akiket az élet bármely területén (így például az egészségmegőrzésben) irányítani kell a helyes cselekvésekre, illetve folyamatosan kontrollálni kell őket, hogy ezeket a cselekvéseket vajon megvalósítják-e. Amikor az embereket teljes személyiségként kezelik, akkor azok önként nyújtják kreativitásuk és erőfeszítéseik legjavát (mint pl. az egészségügyben dolgozók, így a védőnők), és vállalnak felelősséget magukért és másokért, azaz cselekednek a megfelelő módon (mint pl. a klienseink, pácienseink). Nem elég tehát egyetlen dimenzióban megszólítani valakit (pl. a testi dimenzióban), hanem a teljes személyiségét figyelembe véve kell vele a kapcsolatot kialakítani. Gondoljunk csak bele, ha a védőnőkre, mint a méhnyakszűrő programot megvalósítókra, elkötelezett munkatársként számítanak a projekt vezetői, elég lenne-e ha csak a gazdasági dimenzióba tartozó érveket hangsúlyoznák számukra?



Az ember négy szüksége (Covey 2005)

Az emberi természet négy alapvető dimenzióját tehát eszerint is szimbolizálhatjuk: élni (fennmaradás, test), szeretni (emberi kapcsolatok, szív), tanulni (növekedés, fejlődés, értelem) és nyomot hagyni a világban (értelmes cél és szolgálat, lélek). A hatékony egészség megőrzési program csak együttesen célozhatja meg

ezt a négy dimenziót, és a programot megvalósító védőnők is akkor tudnak vele azonosulni, ha a személyiségük mind a négy dimenzióját „megérinti” a végzett feladat. Ha tudják, hogy munkájukat elismerik (gazdasági dimenzió), ha tanulhatnak, növekedhetnek a program által (értelmi dimenzió), ha tartalmas kapcsolatokat köthetnek a kliensekkel, kollégákkal (szív dimenziója) és ha tudják, hogy nyomot hagynak maguk után a világban a munkájuk révén (lélek dimenziója). Ez utóbbihoz csak annyit teszünk hozzá, hogy sokan vágnak hallhatatlanságra és szenvednek attól, hogy ez az alkalom nem akar eljönni. Valóban keveseknek van esélye nagyon nagy dolgokat tenni az életük során, de mindenkinek van lehetősége arra, hogy sok kicsi, de nagyszerű dolgokat tegyen mindennap. Összességében tehát a teljes személyiség paradigmája alapján azt mondhatjuk, hogy egy-egy területet kiszakítva, és csak arra fókuszálva, a rövid távú eredményeken kívül mást nem lehet elérni. Az sem kevés, de hosszú távon nem fenntartható és nem szolgálja sem a teljes személyiséget, sem a céljainkat.

A HITELESSÉG ÉS A HITELES KOMMUNIKÁCIÓ – A BIZALOM ALAPJA

Hosszú távú eredményeket életünk minden területén csak hitelességgel érhetünk el. Mit jelent a hitelesség ebben az új feladatkörünkben? Először is becsületességet (azaz tisztességet, egyenességet, igazmondást, amely a jellemünkből fakad). Másodsor azt, hogy a szándékaink is tisztességesek, nemcsak mi magunk vagyunk azok (azaz nem csapunk be senkit, nincsenek rejtett szándékaink). Harmadszor, hogy rendelkezünk a megfelelő szakértelemmel, tudással, képességgel és képzettséggel azon a területen, ahol dolgozunk vagy dolgozni fogunk. Negyedszer pedig azt, hogy már korábban is bizonyítottuk képességeinket, vannak eredményeink vagy éppen – ha pályakezdők vagyunk – elegendő elkötelezettséggel rendelkezünk ahhoz, hogy mindent megtegyünk az eredményes munka érdekében.

A hitelességnek ez a négy kulcseleme, melyet egy fa metaforájával érzékeltetett Covey (2011). A tisztesség lényegében a felszín alatt húzódik meg, a gyökeret jelenti. A szándék már valamivel láthatóbb, ez a fa törzse, mely tartást kölcsönöz. A képességek az ágak, melyek segítségével terjeszkedhetünk. Az eredmények pedig a gyümölcsök: a látható, a kézzel fogható, mérhető teljesítmény, amelyet

a legkönnyebb értékelni. E metafora alapján a hitelességünkre, mint egy élő és növekvő, táplálható fogalomra tekinthetünk.

Mit jelentenek e fogalmak részletesebben?

1. A tisztesség azt jelenti, hogy azt tesszük, amit mondunk, azaz az értékrendünkkel és a meggyőződésünkkel összhangban cselekszünk. (Ha vizet prédikálunk, vizet is iszunk.)
2. A szándék célt és tervet jelent. A szándék alapvetően szívből jön. Nem lehet tettetni, legalábbis nem sokáig. Javítani viszont lehet rajta. Így például, ha mindig megvizsgáljuk a valódi szándékainkat és pontosítjuk azokat (pl. arra figyelek, hogy mindenki nyerjen a projekt megvalósítása során, vagy csak én akarok a kivételezett lenni?). Ha felfedjük, kinyilatkoztatjuk a szándékainkat (amely ellenőrizhetővé is teszi azokat, vajon betartjuk-e) és ha a „bőséget” választjuk, akkor szándékaink hitelességét is nagymértékben növelni tudjuk.

A bőség – a fejlett társadalmakban – azt jelenti, hogy jut elég mindenkinek. Az egészségügyben dolgozóknak azt nem kell bizonyítani, hogy munkából, feladatból például tényleg jut mindenkinek. Az emberek többsége a szűkösség szemléletében (bár közel sem biztos, hogy tényleges szűkösségben) nőtt fel, és azt gondolja, hogy ez a természetes állapot, hiszen az erőforrások mindig korlátozottak. A szűkösség egyes területeken valós tény (mint pl. a versenysportban, vagy a felvételi vizsgán). Az élet legfontosabb dolgaiban azonban, mint pl. a szeretet, a siker, az eredményesség, vagy a bizalom, ha bőség szemlélettel közelítünk, az további bőséget fog vonzani. A bőség-szemléletből a nyertes-nyertes stratégia és eredmény, a szűkösség-szemléletből pedig a legjobb esetben is a nyertes-vesztes, vagy éppen a vesztes-vesztes eredmény következik.

3. A képességek közé tartozik a tehetségünk, az attitűdjeink (beállítódásunk), a készségeink, az ismereteink és a stílusunk. Ha szakmailag hitelesek akarunk maradni a mai világban, szinte háromévenként újra fel kell frissíteni az ismereteinket a saját szakmánkban is, új dolgokat kell tanulnunk. Ez

a növekedés és fejlődés azonban az egészségünket is szolgálja és növeli az önbizalmunkat, önbecsülésünket is!

4. Az eredmény, amit a munkánkban tudunk hozni, vagy van, vagy nincs. Ennek értékeléséhez, méréséhez először is célokat kell kitűztünk magunk elé, és meg kell határozni, hogy mit tekintünk eredménynek. Eredmények nélkül ugyanis nincs hitelesség, hiába vagyunk tisztességesek, hiába jók a szándékaink és a képességeink.

Visszatérve a fa metaforájához: a tisztesség és a szándék a *jellemünkből*, a képességek és az eredmények a *kompetenciánkból* fakad. Mindegyikre szükségünk van ahhoz, hogy hitelesek legyünk szakmailag és emberileg is.

ASSZERTÍV VISELKEDÉS ÉS KOMMUNIKÁCIÓ

A kommunikációs kézikönyvek és tréningek legnépszerűbb része az asszertív kommunikáció, így ezt mi sem kerülhetjük meg, amikor kommunikációról beszélünk a méhnyakszűrési program kapcsán. Az asszertív kommunikációnak azonban nemcsak a munkánkban, hanem életünk szinte minden területén (emberi kapcsolatainkban) nagy hasznát vesszük.

Az asszertivitás önérvényesítést, önmagunk képviselését jelenti, egyben személyes fejlődést és változást hoz életünkben. Az asszertivitás saját véleményünk, érzéseink egyenes, őszinte módon való kifejezése, érdekeink érvényesítése anélkül, hogy az a másik fél érzéseit sértené, érdekeit figyelmen kívül hagyná. A hatékony kommunikáció egyik módszere az asszertivitás, amely hasznos eszközt nyújthat különböző nehéz helyzetek és konfliktusok kezelésében. Az asszertivitás egy olyan viselkedésforma tudatos megválasztása, amelyben az egyén felfedezze, hogyan fejlesszen ki magában belső erőt és tartást és ezt – a partnerség, az egyenlőség alapelvét szem előtt tartva – hogyan érvényesítse kapcsolataiban.

Az asszertivitással szemben a passzív viselkedés belső erőtlenségből fakad. Az egyén hagyja magán eluralkodni a mások viselkedése által benne keltett és saját maga által is gerjesztett negatív érzéseket. A többi nem asszertív – agresszív és közvetetten agresszív – viselkedés gyökere is ugyanígy a gyengeség, a bizonytalanság, amely belső erőtlenséget vált ki vagy fokozza azt. A nem asszertív

viselkedésformák különböző okokból jöhetnek létre: választhatja valaki tudatosan vagy hallgatólagosan elfogadva, eredhet megszokásból vagy az önismeret hiányából. Ha valaki inkább passzívan viselkedik (például ez előfordulhat a nem orvosi diplomával rendelkező egészségügyi dolgozóknál is), ennek nem kell örökre így maradnia. Az aszertivitás ugyanis fejleszthető és számtalan haszonnal jár: leszoktat a behódolásról, megmutatja, hogy mindenki saját maga választhatja meg, hogyan viselkedik, és fejleszti az önbecsülést.

Gyakran kerülünk olyan helyzetbe, amelyek közérzetünket hátrányosan befolyásolják és megakadályozzák, hogy önértékesítően viselkedjünk. Ilyen például, ha kedvezőtlenül fordul az egészségi állapotunk, magánéleti problémákkal, munkahelyi nehézségekkel, egyéb, számunkra nehéz helyzetekkel, pl. új feladatokkal küzdünk. Fontos, hogy ezekkel szembe tudjunk nézni. Az aszertivitás és az ehhez kapcsolódó önbecsülés nagy segítségükre lehet a bizonytalanság és változás körülményei között, illetve a válsághelyzetekben egyaránt.

Életünk jelentős részét a szükségleteink kielégítéséért folyó munkálkodás teszi ki. Ennek során elkerülhetetlenül kapcsolatba, olykor összeütközésbe kerülünk másokkal, sőt, néha önmagunkkal is. Máskor új feladatokat, élethelyzeteket kell megoldanunk, amelyek szintén problémákkal járhatnak. A védőnők által végzett méhnyak szűrési program sem lesz valószínűleg konfliktusmentes, így már csak ennek okán is érdemes megismerkednünk az aszertív viselkedésforma jellemzőivel és gyakorolni ezeket.

Nézzünk erre néhány példát:

A háziorvos vagy a nőgyógyász szakorvos olyan dolgot kér, ami nem az Ön feladata ebben a programban.

Haragos lesz, mert az, aki a segítségéről biztosította (pl. egy önkormányzati munkatárs) nem volt megfelelően együttműködő.

Egy problémás klienssel kell boldogulni anélkül, hogy a vele való együttműködés zsákutcába kerülne.

Kollégájának jogos kritikát kell adnia, anélkül, hogy megsértené.

Az ilyen és ehhez hasonló helyzeteket rázósnak vagy kellemetlennek érezzük/érezhetjük, mert gyakran rossz érzéseink keletkeznek, félünk, frusztráltak vagy éppen dühösek vagyunk miattuk, esetleg ezek a helyzetek akár még nyílt konfliktusokhoz (agresszióhoz) is vezethetnek. Ezek akkor fordulnak elő, ha az egyik ember igényei, meggyőződése és véleménye eltér a vele kapcsolatban állók meggyőződésétől, véleményétől, kívánságától. Gyakori, hogy a különböző helyzetekre különféleképpen reagálunk. Az orvossal szemben passzívak leszünk, a pácienssel vagy a hasonló beosztású kollégákkal agresszívek, pedig csak az aszertív viselkedést kellene jól elsajátítanunk. Sokan azért választják tudatosan vagy nem tudatosan a passzív viselkedést, mert az felment a felelősség vállalása alól, sőt előfordul, hogy áldozat szerepbe „kényszerít”. Az agresszív viselkedést pedig gyakran a tehetetlenség érzése válthatja ki, amikor úgy érezzük, hogy eszköztelenek vagyunk másokkal szemben. Az asszertív viselkedés olyan döntés, amely segít abban, hogy ezeket a helyzeteket elkerüljük, és nagyon fontos, hogy megtanulható!

AZ ÖNÉRVÉNYESÍTŐ EMBEREK JELLEMZŐI

Az önérvényesítésre képes emberek nem különleges tulajdonsággal felruházott személyek. Tudatos odafigyeléssel mindannyian lehetünk ilyenek, sőt biztos, hogy az asszertivitás néhány jellemzőivel már most is valamennyien rendelkezünk. A hatás azonban jelentősen növelhető, ha bővítjük, illetve teljessé tesszük azt. Az asszertív személyek tehát

- határozottak,
- mernek bizonyos kockázatokat vállalni (pl. a kommunikációban),
- egyenlő partnernek tekintenek másokat és magukat is annak érzik,
- megvédik jogukat anélkül, hogy más ember jogait sértenék,
- becsületesek,
- igényeiket, kívánságaikat, véleményüket, érzéseiket, meggyőződésüket egyenes, őszinte módon fejezik ki,
- aktívak,
- elérik céljaikat anélkül, hogy másoknak ártanának,
- tisztelik a másikat,

- konkrétak,
- kezdeményezők,
- nem ítélik meg,
- világosan beszélnek,
- spontánok,
- öntudatosak,
- „éközléseket” használják,
- figyelmesen hallgatnak,
- azt kérik, amit akarnak,
- elutasítják azt, amit nem akarnak,
- a konfliktusokkal való nyílt, őszinte bánásmód hívei,
- felméri a lehetőségeket, és az alapján döntenek,
- meghallgatják a kritikát, majd elfogadják, vagy elutasítják azt,
- képesek elfogadni a dicséretet,
- elismerik és megdicsérik mások jó tulajdonságait és eredményeit,
- elfogadják, hogy nekik és másoknak is vannak korlátaik,
- kifejezésre juttatják pozitív és negatív érzéseiket,
- elismerik és elfogadják saját erősségeiket és gyengeségeiket,
- egészséges szintű önbecsüléssel rendelkeznek,
- élvezik az „itt és most”-ot és célokat tűznek ki holnapra,
- ösztönzik önmagukat és másokat is képességeik kiaknázására.

Biztosan találunk olyan tulajdonságokat a fentiek között, amelyekkel már rendelkezünk, és bátran építhetünk rájuk a többi tulajdonság fejlesztése során.

Az aszertívítás bármely szituációban a következő meggyőződésen alapul:

- Igényeim vannak, amelyeket ki kell elégíteni.
- A másik félnek is vannak igényei, melyeket szintén ki kell elégíteni.
- Jogaim vannak, és a másik félnek is vannak jogai.
- Nekem is, a másik félnek is hozzá kell járulnia a megoldáshoz.

Nézzük a korábbi példákra adott asszertív és a passzív / agresszív válaszokat:

A házi orvos vagy a nőgyógyász szakorvos olyan dolgot kér, ami nem az ön feladata és nem kapcsolódik ehhez a programhoz.

Asszertív viselkedés

„Megértem a problémát, de nincs felhatalmazásom a projekt vezetőitől arra, hogy ezt a feladatot én végezzem el.”

Passzív viselkedés

„Nagyon túlterhelt vagyok, de majd később estig dolgozom, talán úgy belefér.”

Közvetetten agresszív viselkedés

„Már megint én húzom a rövidebbet, de ezt nem fogom már sokáig csinálni.”

Haragos lesz, mert az, aki a segítségéről biztosította (pl. egy önkormányzati munkatárs), nem volt megfelelően együttműködő.

Asszertív viselkedés

„Csalódott vagyok, mert a meghívók késői kiküldése miatt nem voltak annyian a programon, mint ahány emberre számítottam. Kérlek, hogy a jövőben csak azt vállald el, amit meg tudsz csinálni, illetve időben szólj, ha nem boldogulsz.”

Passzív viselkedés

„Legközelebb majd én megcsinálom.”

Agresszív viselkedés

„Lesheted, hogy én mikor fogok majd neked segíteni!”

Egy problémás klienssel kell boldogulni anélkül, hogy a vele való együttműködés zsákutcába kerülne.

Asszertív viselkedés

„Megértem, hogy közbejött valami, de kérem, hogy máskor időben jelezze, ha nem tud eljönni, mert emiatt más nők kerültek hátrányos helyzetbe, és nekem is problémát okozott.”

Passzív viselkedés

„Jó, jöjjön, amikor önnek jó, majd én alkalmazkodom.”

Agresszív viselkedés

„Mit gondol, nincs jobb dolgom annál, hogy magára várjak?”

Kollégájának jogos kritikát kell adnia, anélkül, hogy megsértené.

Asszertív viselkedés

„Úgy emlékszem te kérted, hogy szívesen foglalkozol az adminisztrációval, de ezt a feladatot nem végezted el. Kérlek, hogy tisztázzuk, el tudod látni ezt a munkát, és ha igen milyen határidővel, vagy inkább kérjünk meg mást erre?”

Passzív viselkedés

„Biztos nagyon unalmas volt a feladat, hogy nem jutottál vele egyről a kettőre.”

Agresszív viselkedés

„Miért is gondoltam, hogy éppen most fogod megcsinálni, amit magad vállaltál, amikor máskor sem tetted!”

Ne higgyük el tehát, hogy az asszertív viselkedés egyenlő az agresszióval, az udvariassággal, a segítőkészség hiányával, vagy ha képviseljük az érdekeinket akkor már „feministák” vagyunk⁴. A leegyszerűsítő minősítéseknek ne dőljünk be és ne vegyük azt komolyan. Azt is tudnunk kell, hogy a passzív viselkedés gyakran épp ellenkező hatást vált ki, mint amit szeretnénk elérni. Az az ember,

⁴ A feminizmus nagyon sok jót hozott egyébként az emberiségnek (pl. éppen az egészséggel kapcsolatos értékek, az egészség iránt érzett felelősség terén is), és számtalan irányzata létezik..

aki azért hódol be és viselkedik passzívan, hogy őt szeressék, gyakran úgy jár, hogy kevésbé fogják tisztelni, sőt akár haragot is kiválthat, mivel soha nem lehet tudni, hogy mit és milyen következetességgel képvisel.

AZ EMPATIKUS FIGYELEM

Mindannyian nagyon sok évet töltöttünk azzal, hogy megtanuljunk beszélni, írni és olvasni. Azt azonban szinte sehol sem tanították, hogyan kell másokat értő módon meghallgatni, hogy az ő szempontjaik szerint lássuk azt a helyzetet, problémát, amit meg akar osztani velünk. Néhányan ugyan hallottak ennek „technikájáról”, ami nem azonos a valódi megértéssel, és gyakran éppen az ellenkező hatást váltja ki a másik félben, mert esetleg trükközésnek, képmutatásnak, manipulációnak érzi.

A jellemünk állandóan kommunikál, és ha a jellemünk és a cselekedeteink nem következetesek, ha másként viselkedünk a munkánkban és a magánéletünkben, mások (például a klienseink) nem fognak bízni bennünk. Ha pedig nem bíznak bennünk, nem nyílnak meg, így nem fogjuk megismerni a személyes érzéseiket, helyzetüket sem. Mondhatjuk erre, hogy na és akkor mi van? Csak annyi, hogy nem fogjuk megérteni milyen módon adhatunk tanácsot vagy eligazítást számukra, ha a másik ebben nem segít. Mondhatunk mi szakmailag jó és hasznos dolgokat („kitehetjük a lelkünket”), csak éppen a másik ezt nem fogja a magáévá tenni, mert nem érzi magát biztonságban velünk. Összességében a munkánk eredményessége, hatékonysága sérül nagymértékben, amellett, hogy mi is sikertelennek érezzük magunkat, akik nem képesek másokra befolyást gyakorolni.

A valódi befolyásolás kulcsa, a bizalom építése nem szép szavak egymás utáni fűzése, azaz nem retorikai kérdés! Az egyik legfontosabb kommunikációs alapelv, hogy először értsd meg a másikat, aztán értesd meg magad!

Hogyan érhetjük el ezt? A másik emberre való figyelésnek számos technikája van, amit a saját tapasztalatainkból is jól ismerünk (Covey 2004):

- Semmibe vétel: erőfeszítést sem teszünk, hogy a másokra figyeljünk.
- Tettetett figyelem: úgy teszünk, mintha odafigyelnénk, de szinte semmit sem tudunk érdemben felidézni a másik fél mondandójából.

- Szelektív figyelem: csak a bennünket érdeklő részeket halljuk meg, illetve azokra kérdezzük rá (ami lehet, hogy a másoknak nem is annyira fontos).
- Gondos figyelem: odafigyelünk, arra összpontosítunk, hogy mit mond a másik, és azt összekeverjük saját tapasztalatainkkal.
- Empatikus figyelem: szívvel-lélekkel odafigyelünk és reagálunk a beszélő szavai, szándékai és érzései megértése érdekében.

Az empatikus figyelem különösen fontos akkor

- amikor az interakcióban erős érzelmi tényező is szerepet játszik (pl. a kliensünknek ezidáig rossz tapasztalatai voltak az egészségügyi ellátással, és szorong, fél)
- amikor egy kapcsolat feszült, vagy kevés bizalom jellemzi (nem ismeri a kliens a védőnőt vagy a szándékait, esetleg előzetesen félretájékoztatták; ez fordított esetben is lehetséges, hogy bennünket „készítettek fel előzetesen”, vagy egy korábbi találkozást kellemetlenül éltünk meg)
- amikor nem vagyunk benne biztosak, hogy mindent értünk (például, hogy miért utasítja el a kliens a kenetvételen való részvételt látszólag minden racionális érv ellenére)
- amikor nem vagyunk biztosak abban, hogy a másik személy bízik abban, hogy megértik (éppen ezért bele se akar kezdeni a mondanivalójába, mert megszokta, hogy nem hallgatják meg, leszólják, illetve nem veszik komolyan a véleményét).

Ma már szinte közismert tény, hogy a kommunikációnak 7%-át teszik ki a szavak, 38%-át a hangok és az, ahogyan a szavakat kimondjuk, 55%-át pedig a nem verbális eszközök, a testbeszéd.⁵

Hiába akarjuk tehát azt a látszatot keltetni szavakban, hogy mi nagyon figyelmesek, empatikusak vagyunk másokkal, ha azt nem támasztja alá a hangunk, a hangszínünk, a mozdulataink, a mimikánk, a testbeszédünk.

⁵ A feminizmus nagyon sok jót hozott egyébként az emberiségnek (pl. éppen az egészséggel kapcsolatos értékek, az egészség iránt érzett felelősség terén is), és számtalan irányzata létezik..

Számos – önkéntelenül elkövetett hiba – okozhatja, hogy a létrejött kommunikáció nem éri el azt az eredményt, amit kapni szeretnénk, pedig mi úgy érezzük mindent megtettünk, sőt, milyen „jót” beszélgettünk.

Gyakran a saját életünkre alapozó válaszok fosztanak meg bennünket a másik megértéstől! Ez azt jelenti, hogy hajlamosak vagyunk saját filmünket vetíteni másokra. Azaz,

- Saját tapasztalataink tükrében szemlélni a hallottakat („önéletrajzi” mintákat kreálunk)
- „Ha az ön helyében lennék...”- típusú válaszok is akadályozzák az igazi megértést (nem vagyunk a helyében!)
- „Pontosan tudom, hogy mit érzel!” (honnan tudjuk?)
- „Velem ugyanez történt! Hadd mondjam el, én hogyan jártam.” (és már mondjuk is).

Ismerősek ezek a helyzetek?

Az ilyen típusú kommunikáció – lássuk be, fordított esetben – bennünket is bosszant, illetve akadályoz abban, hogy őszintén beszéljünk, megosszuk véleményünket, érzéseinket másokkal.

Ehelyett azonban ha minden érzékszervünkkel (szemünkkel, fülünkkel) és szívből figyelünk, az segít megérteni az érzéseket, a jelentést és a tartalmat, mert a nem verbális jelekre irányítja a figyelmet (emlékeztetőül: hanghordozás-38%, testbeszéd-55%). Ennek köszönhetően pedig jobban megértjük mások érzéseit, mondandójának, érzelmi állapotának jelentését és a tartalmát.

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy az empátia mások mély megértését jelenti és nem azt, hogy egyetértünk-e vele!

Az empátia ugyanakkor nem egyenlő az együttérzéssel sem!

Az egyetértés és az együttérés az ítéletalkotáshoz tartozik, az empátia a megértéshez.

Nem kell tehát, hogy egyetértsünk vele, de értsük meg, emocionálisan és intellektuálisan is. Ha valaki úgy dönt, hogy nem tesz semmit az egészsége megőrzéséért, ezzel nem kell egyetérteni. De ha már megértettük a gondolkodásmódját (mert meghallgattuk, odafigyeltünk rá), nagyobb esélyünk lesz a későbbiekben a gondolkodásának befolyásolására (mert tudjuk miről beszélt) és a cselekvésének megváltoztatására is (mert tudjuk, mit tehet – és ebben a segítségére lehetünk).

Az empátia lényegében a kliens egyéni kommunikációs kódrendszerének megértéséhez ad kulcsot, mert így lehet megérteni a mögöttes értelmet, érzelmi indítékot, a rejtett szándékot. (Buda 1978)

Akit ily módon hallgatnak meg, „pszichológiailag levegőhöz jut”! Az empatikusan figyelő fél olyan szabad teret biztosít a számára, amelyben felfedheti érzéseit, felszínre hozhatja érveit saját tempójában, és megértve érzi magát anélkül, hogy el- vagy megítélnék.

Az empatikus figyelem képessége nem velünk született, azt gyakorolni kell, és számos képesség kombinációját igényli: a nem verbális jelek felfogását, és az empatikus válaszok érthető és támogató módon történő megfogalmazását.

Miért jó az empatikus figyelem és megértés? Mert a jó példa ragadós, és mások is így fognak megérteni bennünket. Azt se feledjük, gyakran saját magunk megértése is tudatosságot és bátorságot követel. Kezdhethjük a gyakorlást saját magunkkal is!

A VÉDŐNŐI KOMMUNIKÁCIÓ ÁLTALÁNOS CÉLJA A PROGRAMBAN

A védőnői kommunikáció célja ebben a programban egy olyan eljárás elfogadtatása a nőekkel, és vizsgálatba vonásuk, amelyről ugyan a nők legnagyobb része már hallott, 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, 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 kenetvétele) 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 szülész-nőgyógyász szakorvosok partnereivé válnak bizonyos dimenziókban. Ez akkor is így van, ha egy szűrővizsgálat elvégzése a védőnők részéről még nem jelenti azt, hogy a szakorvosok feladatai megszűnnének, vagy akár csak lényeges mértékben is csökkennének, és a védőnők átvennék a helyüket a diagnosztikában és a gyógyításban.

Azzal, hogy a védőnők egy új szerepkörben jelennek meg, a páciensekkel, a nőkkel kapcsolatos kommunikáció is új megközelítést igényel. Nagyon fontos, hogy az új kompetenciákhoz ne az egészségügyi ellátás területén domináló hagyományos biomedikális szemléletet illesszék, vegyék át és tartsák fenn. A 21. század páciensei, különösen a nők, új formákra 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 ellenkezőjét. A páciens együttműködését, gyógyulását ugyanis alapvetően 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 abban a folyamatban, amely elsősorban a kliensek prevencióval kapcsolatos beállítódásainak alakítására és a 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 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 kenetvétel

- célja
- hasznossága

másrészt, feltárni, hogy a páciensnek milyen elképzelései vannak

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

harmadrészt,

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

A kommunikációs folyamat során a védőnő korrekt tájékoztatása a vizsgálat céljáról, előnyeiről, esetleges következményeiről, valamint a páciens folyamatos kérdezése („beszéltetése”) a saját egészségével kapcsolatos elképzeléseiről, a vizsgálatra vonatkozó beállítódásairól stb. építi a bizalmat. A létrejövő bizalom pedig nagymértékben elősegíti a kenetvételbe 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 torzítják a reaklásunkat 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 ÉS CÉLCSOPORTJAINAK JELLEMZŐI

A program olyan településeken valósul meg elsősorban, amelyek – szakszóval –, az urbanizációs lejtő alacsonyabb szintjén helyezkednek el, de emellett igény van a városokban élő nők részéről is e szolgáltatás igénybevételére, illetve a városokban dolgozó védőnők is szívesen végzik e feladatot.

Mint tudjuk, Magyarországon a nagyobb településektől való távolabb élés hátrányokkal járhat, és nemcsak az infrastrukturális feltételeket, az oktatási és fog-

lalkoztatási 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.

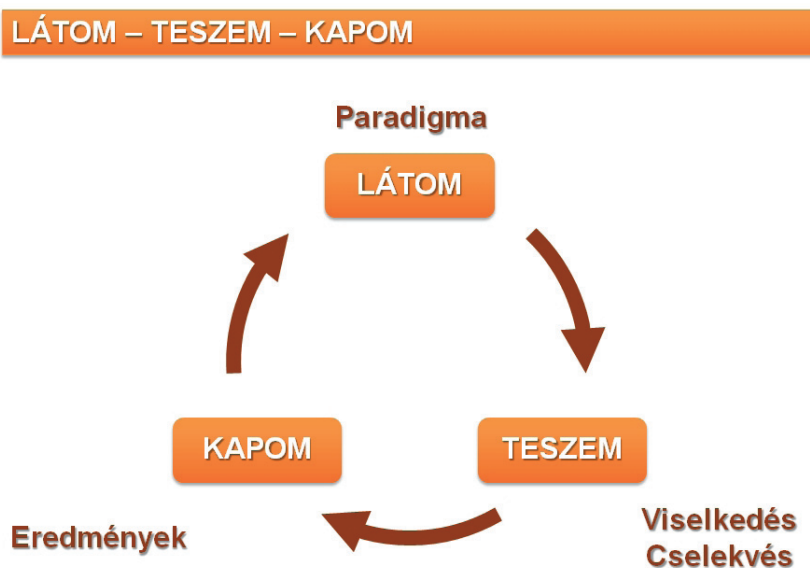
Ahhoz, hogy mint védőnők az egészségvédelem számára elérjük őket, felül kell bírálnunk néhány közkeletű vélekedést, tévhitet. Ezek közé tartoznak az alábbiak:

- 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.
- Sok ember irracionálisan cselekszik az egészségével kapcsolatos döntések meghozatala és a mindennapi élete során.

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 eddi-

giektől 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?



Forrás: Covey 2004

Ami biztosan igaz, hogy e csoportok valóban komolyan veszélyeztetettek az egészségi állapotukat tekintve, és hogy a legkisebb arányban veszik igénybe a prevenciószolgáltatásokat (vagy férnek hozzá). Hozzá tudunk-e járulni a helyzet megváltoztatásához, vagy elfogadjuk, hogy ez van, és szkeptikusan vágunk bele egy olyan új feladatba, aminek a sikerében már az első pillanatban sem hiszünk? 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 kikapaszzkodhassanak 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 női páciensek egy része az utóbbi évtizedekben kifejezetten keresi az orvosok, így a nőgyógyászok között is a nőket, mint szakembereket, akikkel nyíltabban mernek beszélni problémáikról, legyen az panasz, betegség miatti, vagy szexuális eredetű. Ez is olyan előny, a bizalomnak már egy eleve adott „alapszintje”, amire tudunk építeni, amit nagyon jól tudunk használni a munkánk során.

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS, MINT SZOLGÁLTATÁS „ELADÁSA” A KLIENSEKNEK

Mint minden egészségügyi szolgáltatást, így a méhnyak szűrést 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 (nem-hogy 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 olyan településeken valósul meg, ahol a közösségre alapozott egészségfejlesztésnek, egészségvédelemnek a legtöbb helyen vannak már hagyományai, illetve ahol ezek még kevésbé vannak jelen, kialakításuk emberi feltételei – éppen a védőnők aktivitásának segítségével – megteremthetőek. 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 meg-

lehetősen 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 méhnyak szűrés fontosságának, hasznosságának „eladása”. A több célt is megvalósító programokon azok a hölgyek is részt vesznek, akik önmagukban a méhnyak szűrést népszerűsítő előadásra nem mennének 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 nem vagy 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 PowerPoint-os prezentációt – legfeljebb az időtartama ne legyen hosszabb 10 percnél, és csak a legfontosabb üzeneteket emeljük ki rajta. A szövegeket ábrákkal, képekkel is helyettesíthetjük, vagy az üzenetek megerősítésére használhatjuk azokat. A humor és az érzelmekre való hatás a leghatékonyabb „csodafegyver” ahhoz, hogy a fontos mondanivaló célba találjon. Ne csak informáljunk, hanem meséljünk történeteket is, melyek segítenek megerősíteni a mondanivaló tartalmát. Ne feledjük, a személyesség bevitele egy előadásba közel hozza az előadót és a hallgatóságot egymáshoz. Akit pedig közel érzünk magunkhoz, attól a közvetített tudást, információt, tanácsot is jobban elfogadjuk.

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

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

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS A LAIKUSOK SZEMPONTJÁBÓL

Fel kell hívnunk a figyelmet egy fontos dologra, ahhoz, hogy jobban megérthessük klienseink, pácienseink egészséggel kapcsolatos döntéseit és viselkedését. A laikusok (nem egészségügyi szakemberek) egészségfogalma, egészségfelfogása ugyanis gyakran eltérhet és el is tér a hivatalos egészségdefinícióktól és a legtöbb esetben sokkal jobban közelít az Egészségügyi Világszervezet komplex egészségfogalmához, mint a biomedikális szemlélethez. Eszerint a laikusok az egészség fizikai dimenziói mellett nagyon fontos szerepet tulajdonítanak az egészség lelki, szociális, illetve akár a spirituális dimenzióinak is. Egészségképükben és életszemléletükben az egészség és a boldogság fogalma például kölcsönösen megjelenik, és számukra gyakran nem az egészség okozza (főleg nem önmagában) a boldogságot, hanem az egymásra való kölcsönös hatás regisztrálható. (Füzesi és mtsai 2010) Hol találunk a "szakértői" (biomedikális) egészségfogalmak között olyat, amely a boldogságot összefüggésbe hozná az egészséggel?

Az egészség és betegség a laikus népesség mindennapjaiban nem egymásnak ellentmondó fogalmak. Sokan vannak akik nemkívánatos állapotokkal, betegségekkel élnek együtt, mégis fitteek, sőt az egészség bizonyos fizikai, szomatikus dimenzióit leszámítva egészségesnek tekintik magukat. A laikusok egészségfelfogását nagyon sok tényező befolyásolja, melybe a szociológiai dimenziók mellett (mint pl. a társadalmi helyzet) az egyének egészség (betegség)- hiedelmei, mindennapi környezetük és életük, valamint saját és családjuk egészsége is fontos szerepet játszanak.

A tömegtájékoztatás korában, ahol a média önálló szocializációs tényezővé vált, a mindenkori egészségpolitikai elvek is visszatükröződnek (legalábbis a szavak szintjén) a laikusok egészségképében. Az, hogy ezek a „hivatalosnak tekintett” elvek mégsem váltak belső értékekké az egyéneknél, abból is látható, hogy az egészség megőrzésére, fejlesztésére, a betegségek megelőzésére vagy korai felismerésére vonatkozó aktivitások gyakran nem ezen alapelveket követik. Hiába ismerik tehát az emberek a szűrővizsgálatok fontosságát (ha megkérdezik tőlük), mégsem jelentkezik sokuk számára igényként az azokon való részvétel.

Nem mondhatjuk tehát, hogy a laikusok egy része nem cselekszik racionálisan, amikor arról dönt, hogy részt vesz-e a szűrővizsgálaton vagy sem, orvoshoz fordul vagy sem, dohányzik-e vagy sem és így tovább. Mindenki racionálisan cse-

lekszik, igaz a saját racionalitása (értékei, tudása, hiedelmei, beállítódása stb.) szerint teszi ezt, ami nem találkozik feltétlenül mások egyetértésével, különösen gyakran éppen a szakértőkével nem.

A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS „ELADÁSA” AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓKNAK

Az egészségügyi ellátásban, mint minden más szektorban egy új szolgáltatás bevezetése azonnal felkelti a potenciális versenytársak figyelmét, vajon ez mennyire sérti 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 orvosok kaptak 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 tudás, és az e 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 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 pénz⁶ (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 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

⁶ 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.

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 hatni másokra is. A folyamat tehát belülről kifelé indul, soha nem fordítva. A Védőnői Méhnyakszűrési Program sikere attól függ, hogy a védőnők mennyire találják meg helyüket benne. Lesz-e tőle több önbizalmuk, sikerélményük, önbecsülésük és kapnak-e megfelelő megbecsülést érte.

A SZÓHASZNÁLAT, A TERMINOLÓGIA FONTOSSÁGA

Ez a program a védőnők által végzett népegészségügyi célú kenetvételtől szól, így a terminológia helyes alkalmazása – akár a kliensekkel, akár az egészségügyben dolgozókkal, különösen a szakorvosokkal kommunikálunk – rendkívül fontos.

A védőnők által végzett kenetvételt *méhnyakszűrésnek*, az orvosok által végzett vizsgálatot pedig *komplex nőgyógyászati szűrésnek* nevezzük.

A terminológiai megkülönböztetés indokai az alábbiakban foglalhatóak össze:

- A védőnők által végzett méhnyakszűrés nem azonos a szülész-nőgyógyászok által végzett komplex nőgyógyászati rákszűrő vizsgálattal, hiszen csak a kenetvételekre, és annak a citológiai vizsgálatára korlátozódik, ezért, ha a védőnők által végzett szolgáltatást méhnyakszűrésnek nevezzük, akkor már a szóhasználatnál is utalunk arra, hogy ez nem ugyanaz, mint a szülész-nőgyógyász szakorvosok által végzett nőgyógyászati rákszűrés.
- A védőnői kommunikációban egyébként is célszerű kerülni a rák szó használatát. A védőnők munkája egyrészt az egészségvédelemhez kötődik, így a kenetvételi eljárás is e fogalomkörben maradhat, másrészt a rák elnevezés és annak gyógyíthatóságával kapcsolatos – a közfelfogásban kialakult – negatív kép a nők egy részét visszatarthatja a vizsgálaton való részvételtől. A rák, mint betegség diagnosztizálása és gyógyítása ily módon még fogalmilag is az orvosok kompetenciakörében marad.
- Az emberi erőforrások minisztere 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelete a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet módosításáról jogszabályban is a méhnyakszűrés elnevezés szerepel.

Nincs szükség tehát annak külön magyarázatára, vagy versengésre e területen, hogy melyik az „alacsonyabb” vagy „magasabb” szintű vizsgálat, mert mind a kettő más célokat szolgál. Az orvosok komplex nőgyógyászati rákszűrő vizsgálata gyakran más nőgyógyászati tünetek, panaszok feltárására is irányul, vagy „mellékletként” tárják fel azokat. Előfordul az is, hogy a páciensek ugyan a rákszűrés indokával keresik fel a szakorvost, ám ténylegesen más, sürgetőbb egészségi elváltozásait (is) szeretnék megbeszélni és kezeltetni velük.

A védőnők feladata ezzel szemben egyszerűen más, így nem merül fel érdeklentét a két szakmai csoport között. A védőnők nem lépik át kompetenciahatárait (azaz nem diagnosztizálnak és gyógyítanak), ám nagyon sokat segíthetnek abban is, hogy a kenetvételen megjelenő nők, akik nőgyógyászati panaszokkal rendelkeznek, minél előbb szakorvoshoz kerüljenek.

A KONFLIKTUSOK MEGELŐZÉSE. AZ „ÉNÜZENETEK” SZEREPE A KOMMUNIKÁCIÓBAN

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

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

Első elképzelt szituáció:

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

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 rendelőben. Remélem, legközelebb el tud jönni, én számítok önre.”

Második elképzelt szituáció:

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

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

Helyes reagálás: „A védőnőket nem a betegségek diagnosztizálására és a betegek kezelésére képezték ki, hanem csupán a citológiai kenetvételekre azon nők körében, akik nem vagy nehezen és ritkán jutnak el szakorvoshoz. A szakemberek (nőgyógyász, citopathológus stb.) tudására és aktív közreműködésükre – az én határozott véleményem szerint – a diagnosztikában, a gyógyításban továbbra is rendkívül nagy szükség van. Minden elváltozás, 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 „énüzenetek” 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 szánkon, 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, baráttal, 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?

Sokan mondhatják, hogy könnyű ezt tanácsolni, de egy ilyen helyzetben inkább az érzelmeik (csalódottság, harag, megbántottság) irányítják őket, vagy egyszerűen „lefagynak”. Természetesen mindenkivel előfordul, hogy olyan csúszik ki a száján, ami pillanatnyi meglegedettséget ugyan okoz („jól megmondtam neki”), de azonnal tudjuk is, hogy nem ez volt a helyes reakció. Ilyenkor nyugodtan próbáljuk meg a következőket: „Azt hiszem nem a legmegfelelőbb módon válaszoltam, ezért újra kezdeném a mondatot... Azt hiszem egy pillanatra elragadtak az indulataim, most megpróbálom újra megfogalmazni az érzéseimet... stb.” Próbáljuk ezt meg a kamaszgyerekekünkkel, a párunkkal, a szüleinkkel, ha valami vitába keveredünk velük. A hatás megdöbbenő lesz! Minél többször gyakoroljuk otthoni környezetben, annál jobban fog menni az élet más területein is.

Ha pedig „lefagyunk”, előbb-utóbb „fel fogunk engedni”, s ilyenkor jönnek „a most jól megmondanám neki” típusú ötletek. Engedjük el ezeket! A legközelebbi találkozáskor, amit kezdeményezhetünk mi is, alkalmazzuk inkább az „énüzeneteket”. Utaljunk vissza az előző találkozásra és jelezzük, az a párbeszéd nem volt a kedvünkre való, ezért az érzéseinket most mondjuk el.

Az ilyen típusú viselkedés megfelel az asszertív kommunikációnak is, jobban fogjuk magunkat érezni, és higgyük el, mások is figyelemre méltónak fogják találni a megnyilvánulásainkat.

Bevállik-e mindig mindenkinél az asszertív kommunikáció és megtalálják-e mindig az „énüzenetek” a fogadó felet? Nem! Mi viszont biztosan jobban fogjuk magunkat érezni, és lehet, hogy hosszabb távon mégiscsak tapasztaljuk a hatásait. Lehet, hogy nem lesz kedvesebb, barátságosabb a kolléga, de például észrevesszük, hogy valamilyen módon mégiscsak respektál bennünket. Lehet, hogy a kliens továbbra sem lesz velünk teljesen együttműködő, de nem fog ellenünk „dolgozni”, nem terjeszti rossz hírünket.

A szavak jelentősége: Érdeemes azon is elgondolkozni, hogy vajon jól használunk-e bizonyos szavakat, fogalmakat? Például azt halljuk, hogy „le kell győzni a szakmabeliek ellenállását”, vagy a „konfliktusokat kezelni kell”, miközben még azt sem tudjuk pontosan, milyen mértékű ez az ellenállás, illetve, hogy léteznek-e valódi konfliktusok (vagy csak kérdések merülnek fel). Vajon nem lenne-e szükségünk mindannyiunknak egy pozitív „kommunikációs szótárra”, ahol az ellenállás leküzdése helyett az együttműködés kialakításáról, a nyer-nyer stratégiák⁷ kialakításáról vagy mások meggyőzéséről, és a konfliktuskezelés helyett bizalom-építésről gondolkoznánk, beszélnénk, és ennek megfelelően cselekednénk?

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

⁷ Nagyon sokan csak nyertes-vesztes fogalmakban tudnak gondolkodni: vagy én nyerek, és a másik veszít, vagy én veszek és a másik nyer. Az életben ennél jóval több megoldás létezik, és sajnos gyakori tapasztalat, hogy e gondolkodásmód és gyakorlat azt eredményezi, hogy általában mindkét fél veszít (legalábbis hosszú távon). Ezzel szemben a nyer-nyer, vagy győztes-győztes gondolkodásmód alapján együttműködő emberek, csoportok már az első perctől kezdve azt keresik, hogy mitől lehet egy program mindannyiuk számára kedvező.

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

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

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

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

- Mindig köszönünk a kliensnek, és ha még nem találkoztunk, bemutatkozunk.
- Nem kérjük meg, hogy azonnal a vetkőzőbe fáradjon és fehérnemű 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 kenetvétel közben mindent részletesen elmondunk, ami vele történik (mit teszünk éppen, mit fog érezni stb.).
- A kenetvételt 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 kenetvétel idejére pácienssé váljon, majd ismét „kapja vissza” döntésképes felnőtt személyiségét.

Sokan mondhatják, hogy „De hiszen ez csak egy egyszerű kenetvétel, nem az én feladatom, hogy megváltoztassam a nők saját egészségéhez való viszonyát vagy ember-közeli 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 empatikus 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 eszközzel”) 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 kenetvétel 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 védőnő-kliens kapcsolatban (ugyanúgy, mint az orvos-beteg kapcsolatban) ha a segítő szakember jó kapcsolatot alakít ki a hozzá fordulóval, segít javítani az érzelmein (azzal, hogy a találkozásaik során biztonságban és jól érzi magát a kliens), az visszahat az egészségügyi személyzet érzelmi állapotára is. Kutatási adatok bizonyítják, minél többször tud jó közérzetet kiváltani valaki másokból, annál jobban érzi saját magát is. A pozitív és negatív érzelmi interakciók arányának alakulása döntő mértékben tőlünk függ. Elemi érdekünk tehát, hogy mi kezdeményezzük ezt a pozitív interakciókat! Az érzelmi odafordulás persze az egészségügyi munkaköri leírásokban sehol sem szerepel. (Goleman 2010) Ezen az ötleten akár mosolyoghatunk is, egészen addig, amíg betegként, rászorulóként nem jelenünk meg az egészségügyi ellátásban. Pedig az érzelmi odafordulás nem igényel különös képességeket, csupán annyit, hogy mikor munkába indulunk, egyetlen nap se hagyjuk otthon a „szívünket”. Ha a gyermekünket óvodába, iskolába vagy orvoshoz visszük, az ott dolgozóktól is ezt ugyanezt várjuk el. Mi se tegyünk másként!

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 milyen fontos, hogy ismerjük a ránk bízott kliensek életének legfontosabb történéseit, hétköznapi örömeiket, gondjaikat. A kapcsolatba bevitt személyesség éppen úgy működik a munkánk során, mint ahogy az ránk is hatással van – az élet más területein. Gyorsan bizalmat szavazunk azoknak, akik emlékeznek a keresztnévünkre, ismerik a gyerekeink életkorát és nemét, megkérdezik, hogy jól sikerült-e a múltkori családi összejövetel, felgyógyultunk-e az influenzából stb., azaz azt jelzik számunkra, hogy fontosak vagyunk nekik. Ezekhez a dimenziókhoz 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 másvalaki is meg lehet osztani, de ehhez valóban szükséges a kliens hozzájárulása (a célcsoport tagjai nagykorúak). Sajnálattal Magyarországon a titok-

tartást, 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 megismétlése stb.) megbeszélése pontos eligazodást adhat a páciensnek és segíthet a megnyugtatózásában. Fontos, hogy erre elegendő időt szánjunk és a helyszínt is megfelelően válasszuk meg. (Nem lehet utcán, boltban találkozáskor gyorsan elmondani, hogy „Itt van valami eltérés, meg kell majd ismételni 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.

Összességében tehát az a cél, hogy a védőnő tájékoztatása informatív legyen, nem csak abból adódik, hogy mit mond, hanem abból is, hogy hogyan mondja. A hangszín például érzelmi odafordulást, vagy éppen ellenkezőleg, távolságtartást sugall, és azonnal „informálja” a klienst a védőnő segítőkészségéről vagy annak hiányáról. Márpedig minél elégedettebb a kliens, a páciens a védőnővel, annál jobban képes felidézni az általa elmondottakat, a tanácsait, vagy éppen utasításait és annál együttműködőbb lesz vele.

Előfordulhat olyan eset is, különösen a kezdeti időszakban, hogy a kenetvétele sikertelen lesz, a kenet minősége miatt azt a citopathológiai labor nem tudja értékelni. Ilyen esetben a vizsgálat megismétlésére van szükség. Ennek megbeszélése a klienssel, és a kenetvétele 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 kenetvételek gyakrabban fordul elő praxisunkban, érdemes felkeresnünk egy szakorvos mentort, akinek a segítségével gyakorolhatjuk a kenetlevételt. A szakmai hitelességünket az fogja biztosítani, ha a kenetvételek 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 kenetvételek 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. Ki kell azonban fejleszteni magunkban a biztos és határozott viselkedést, mert e nélkül a páciens szégyenkezni és vonakodni kezd a vizsgálatról. Szükséges valamennyi idő ennek megtanulásához, 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 elhíhetjük, 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 a 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.

A potenciális együttműködők között számíthatunk az ún. mediátor csoportokra is. Ezek olyan referenciacsoportok, amelyek saját tagjaik számára közvetítik a védőnőktől, vagy más forrásokból származó, a programmal kapcsolatos információkat, illetve közreműködnek a lakosság megfelelő csoportjaiban a részvételi hajlandóság kiváltására. Ezek a csoportok (pl. nyugdíjasklub, helyi vöröskereszt, roma kisebbségi önkormányzat stb.) alkalmakat, sőt helyet is biztosíthatnak a védőnők számára a célcsoport tagjaival való személyes találkozásokhoz stb.

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 megemlítéséről, 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?

Jelentős elméleti és gyakorlati tudás fog felhalmozódni e program kapcsán, melyet a programban résztvevő védőnőknek egymás között is érdemes megosztani. A network (hálózati jellegű) kapcsolatok szervezése hatékony befektetés, hogy a jó és működő gyakorlatokat folyamatosan meg tudják osztani egymással, illetve azokat tovább is tudják fejleszteni. Ennek eszközei: pl. a nem nyilvános honlap, az online konzultációs lehetőségek biztosítása, online hírlevelek kiadása stb. A személyes találkozásnak ugyan több az idő- és költségigénye, ám jóval nagyobb hatással bír a védőnők érdeklődésének, érdekeltségének fenntartásában, a tapasztalatok, a tudás, az élmények megosztásában.

A HIÁNYZÓ, AZ UTOLSÓ KILOMÉTER MEGTÉTELE

A Védőnői Méhnyakszűrési 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? Ez a munka Önökre vár a többi értékes tevékenységük végzése mellett.

Arról sem felejtkezhetünk el – visszautalva a teljes ember paradigmája megközelítéshez, – hogy emberi szükségletünk valamilyen módon nyomot hagyni a világban. Mi más lenne a legkézenfekvőbb feladat a védőnők számára, mint a rájuk bízott klienseik, pácienseik egészségének megőrzéséhez, sőt akár életének megmentéséhez való hozzájárulás?

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 juttatni ezt a programot, hiába már csak az az utolsó kilométer van hátra.

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

Buda B. (1978): Empátia. A beleélés lélektana, Budapest, Gondolat.

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

Covey, S, R. (2005): The 8th Habit – From Effectiveness to Greatness. Simon and Schuster UK Ltd.

Covey, S, R. (2004): A kiemelkedően sikeres emberek 7 szokása. Bagolyvár Kiadó.

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.

Füzesi Zs., Tistyán L., Kesztyüs M., Busa Cs. (2010): "Egészségboldogság" – az egészség, a boldogság és a közösség kapcsolata a magyar társadalomban : Szociológiai vizsgálat, Kézirat.

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.

SZŰRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER (OSZRComm MODUL)

1. A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJAI

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

2. AZ OSZR RENDSZER MŰKÖDÉSE

A. 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 lakosságszűrési modell az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő, népes lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott szűrési programja.

B. A SZŰRÉS ELEMEI

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

- a szűrési program területileg szervezett lakosságszűrés 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 sürgősen 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 nem 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 elhalálozásokról.

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.

C. 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. Tevélegesen szerepet azonban csak a vastagbélrák szűrésben játszanak.

● **Szűrőállomások**

Szűrőállomás gyűjtőnéven foglaljuk össze a szűrést végző egyedhalmazokat:

- Mammográfiás szűrőállomás az emlőszűrés esetében;
- Védőnő – citológiai laboratórium a méhnyakszűrés esetében;
- Nőgyógyászok – magánrendelés is jelentésre kötelezett;
- Háziorvos – diagnosztikai laboratórium a vastagbélszűrés esetében;

● **Diagnosztikus és terápiás intézmények**

Mindazon felül 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.

D. AZ INFRORMATIKAI 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, házi orvosok, 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;

OSZRCOMM MODUL

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

A SZŪRÉSI WEBLAP

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

A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER

A szűrőállomások a teljesítményértékelésről a megkívánt időszakonként és módon jelentést készítenek és küldenek az ÁNTSZ Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályra, amit az továbbít az országos szintre, ahol az Országos Értékelő és Ellenőrző Bizottság a területi szűrőprogramok összességének eredményességének értékelését végzi. 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- /méhnyakrák/ vastag- ill. végbélrák a korábban elvégzett szűrővizsgálatot követően fejlődött ki.

Az intervallum-rákok felismeréséhez nem elég a „szűrőn fennakadtak” követése, minden egyes szövettanilag emlőráknak /méhnyakráknak/ vastag- ill. végbélráknak 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 személyazonosító 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 szolgáltatnia kell a minőségbiztosítás működtetéséhez.

E. A MÉHNYAKSZŰRÉS

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.

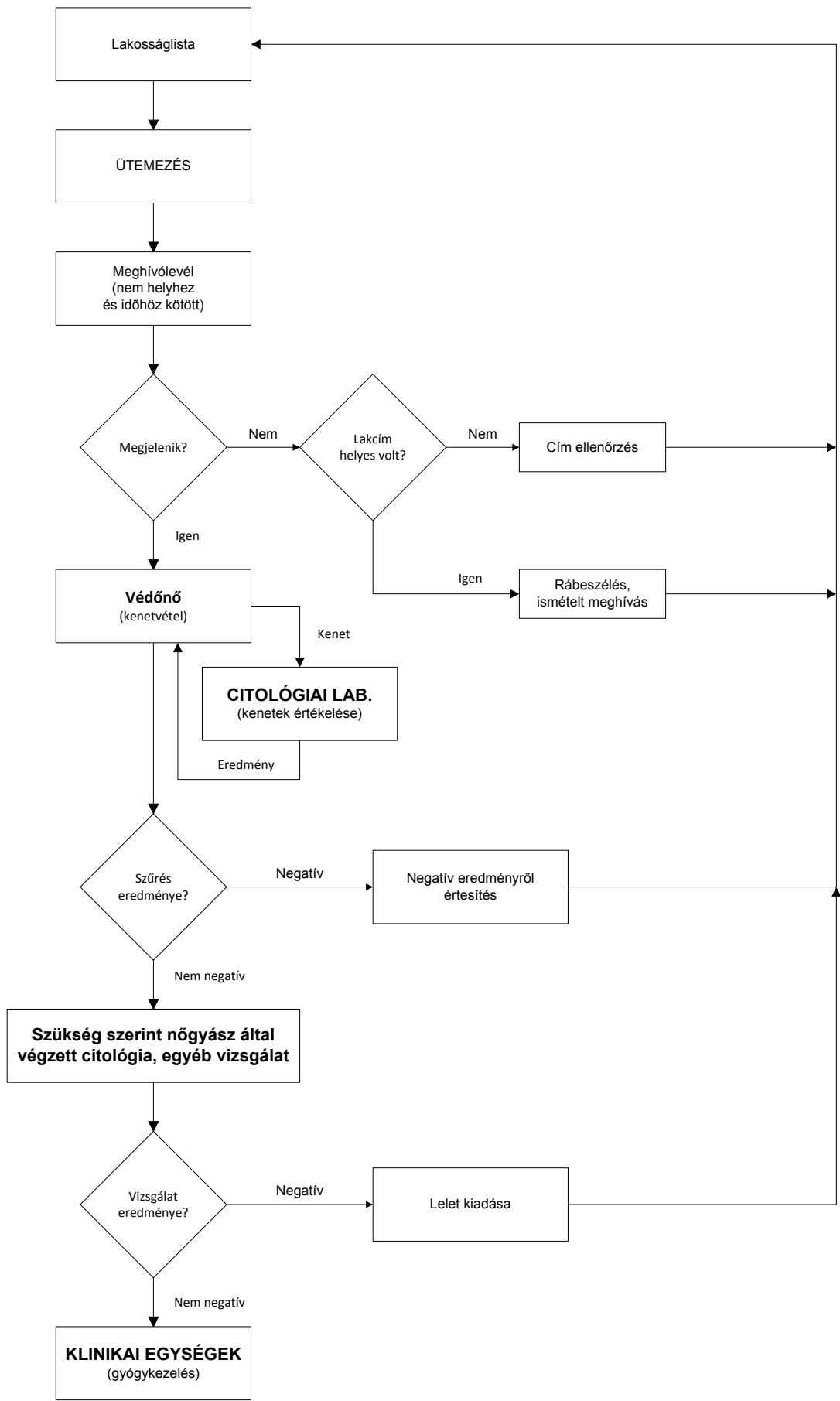
A szűrés során a következő tevékenységek elvégzésére kerül sor:

- 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;

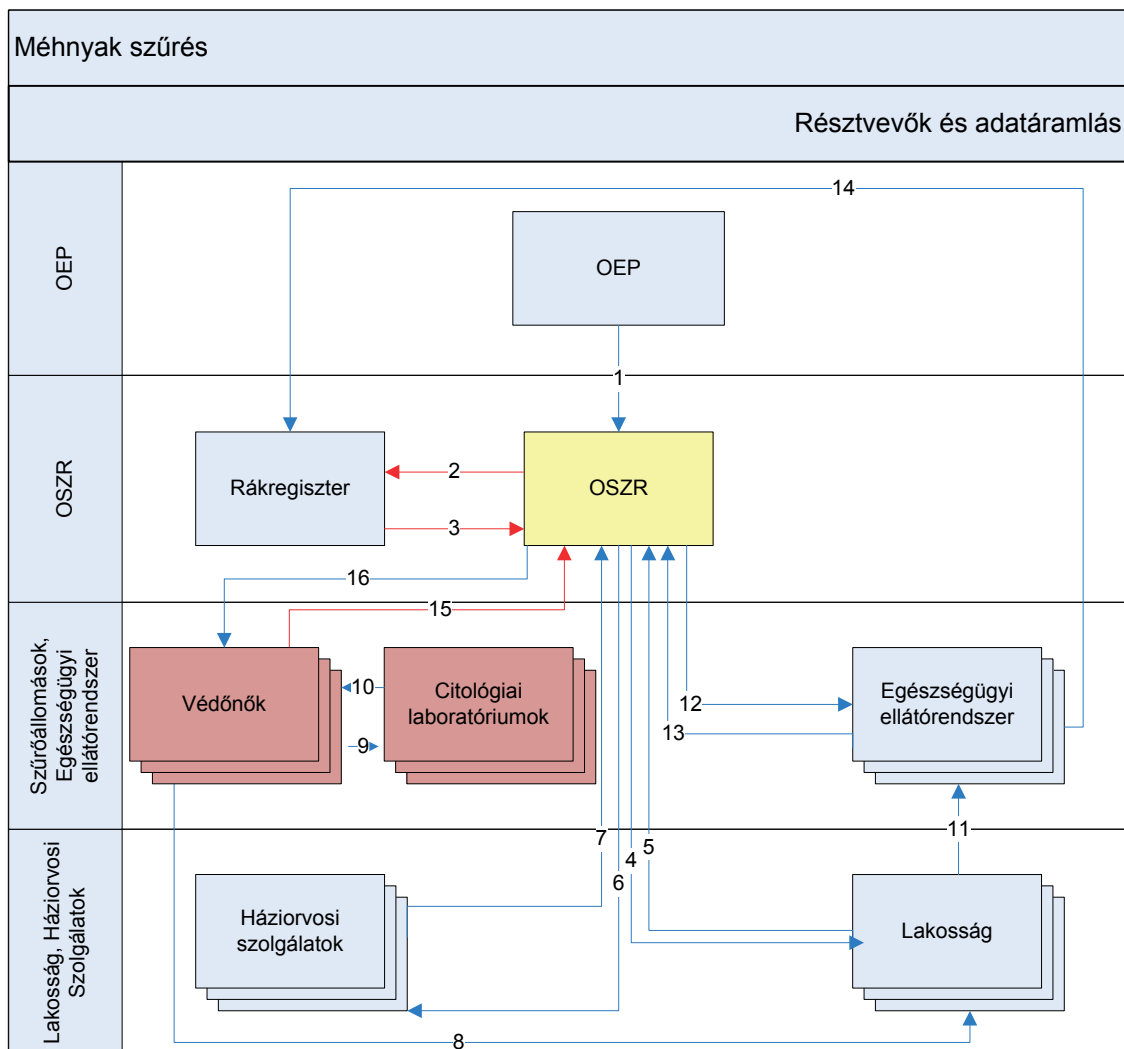
A területi onkológiai szűrési koordinátorok által végzett szűrés-specifikus tevékenység

A Területi Onkológiai Szűrési Koordinátorok 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.

1. ábra A Méhnyakszűrés folyamata



2. ábra 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, szűrőszervezés;
5. Lakossági jelentkezések szűrésre, szervezéssel kapcsolatos visszajelzések;
6. Háziorvos értesítése a meghívólevelekről, 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 meghívólevelekről, illetve vizsgálati eredményekről;

3. Az OSZR COMM MODUL MŰKÖDÉSE

A. BEJELENTKEZÉS

Szerepkörök: mindenki

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

- Védőnő: a regisztrációkor megadott felhasználónév
- Vezető védőnő: a regisztrációkor kiosztott felhasználónév

A felhasználók kezdeti jelszava a regisztrációkor megadott. Amennyiben nem emlékszik a jelszavára, vagy többszöri sikertelen bejelentkezési kísérlet után vegye fel a kapcsolatot az alkalmazás gazdával.

B. KI VAGYOK ÉN, ÉS KIJELENTKEZÉS

Szerepkörök: Mindenki

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


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

C. SAJÁT ADATOK MEGVÁLTOZTATÁSA

Szerepkörök: Mindenki

A jobb felső sarokban levő felhasználói azonosítóra kattintás után a megjelenő menüben ki kell választani a nevet. Ezután megjelennek a személyes adatok, amelyeket a felhasználói azonosító kivételével meg lehet változtatni. Az ellátási körzetek listája nem szerkeszthető, ezek csak tájékoztatás céljából szerepelnek.

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



Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

OSZR Kommunikációs Modul

Keresés szűrési lista alapján
220078

<p>Felhasználói azonosító <input type="text" value="220078"/></p> <p>Jelszó <input type="password"/></p> <p>Név <input type="text" value="Bíró Andrea"/></p> <p>Email <input type="text" value="tuzser.vedono@gmail.com"/></p> <p>Fax <input type="text" value="-"/></p> <p>Mobil telefon <input type="text" value="+36-70 967-4148"/></p> <p>Telefonszám <input type="text" value="06-45/541-307"/></p> <p>Cím <input type="text" value="4623 Tuzsér, Rózsás tér 13"/></p> <p>Levelezési cím <input type="text" value="4623 Tuzsér, Rózsás tér 13"/></p> <p>Számlaszám <input type="text" value="11773449-00117474"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="button" value="Mentés"/></p>	<p>Ellátási körzetek</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Település</th> <th style="text-align: left;">Cím</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tuzsér</td> <td>Kossuth út 64/b</td> </tr> </tbody> </table>	Település	Cím	Tuzsér	Kossuth út 64/b
Település	Cím				
Tuzsér	Kossuth út 64/b				

D. SZŪRÉSI LISTA KEZELÉS

Szerepkörök: Védőnő, Vezető védőnő (csak olvasható)

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

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

A szűrési listák ablakrészben a szűrési listára kattintva a képernyő alsó részén megjelennek a szűrési listába sorolt lakosok adatai.

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

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 lakoslista kereshető a fölötte található keresőmezők segítségével. A kereső kifejezéseknél az „és” elv érvényesül, tehát több mező kitöltése esetén mindegyik feltételnek érvényesülnie kell. A keresőfeltételek az adott mezőben bárhol előforduló karaktersorra keresnek, a kis és nagybetűk nem számítanak, az ékezetek igen.

A keresőmezők jobb oldalán levő legördülő listák segítségével a már 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.


The screenshot shows the 'Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat' (OSZR Kommunikációs Modul) interface. At the top, there is a header with the organization's name and logo. Below the header, a green bar contains the number '260126'. The main content area is titled 'Eliátási körzetek' (Treatment areas) and shows a dropdown menu set to 'Balatonfüred 8230 Csárda u.1.'. Below this, there is a 'Szűrési lista' (Filtering list) table with one entry: 'janna_0099_01_Mikekarácsonyfa' with a 'Készítés' (Creation) date of '2011.04.20.'. Below the filtering list, there is a 'Páciensek' (Patients) table with columns for 'TAJ', 'Név', 'Születési dátum', 'Cím', and 'M'. The table lists 10 patients with their respective TAJ numbers, names, birth dates, addresses, and status indicators. At the bottom of the patient list, there is a pagination control showing '1-10 of 40' and a 'Csak meghívottak' (Only invited) button.

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

E. ADATOK FELVITELE, MEGTEKINTÉSE

Szerepkörök: Védőnő, Vezető védőnő (csak olvasható)

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



Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

OSZR Kommunikációs Modul

260126

TAJ-szám	062210108	Meghívó levél igény	Igen ▾
Létrehozás dátuma	2011.04.20.	Kenetvétel dátuma (első)	<input type="text"/>
Utolsó módosítás dátuma	1970.01.01.	Kenet betküldés dátuma (első)	<input type="text"/>
Páciens neve	TÜSKE PÁLNÉ	Eredmény dátuma (első)	<input type="text"/>
Megye kód	20	Eredmény (első)	▾
Megye	Zala	Kenetvétel dátuma (második)	<input type="text"/>
Város	Mikekarácsonyfa	Kenet betküldés dátuma (második)	<input type="text"/>
Utca	PETŐFI SÁNDOR UTCA	Eredmény dátuma (második)	<input type="text"/>
Ajtó	73.	Eredmény (második)	▾
Irányítószám	8949	Kenetvétel dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Kapcsolati kód	5962198	Kenet betküldés dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Születési dátum	1947.03.13.	Eredmény dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Születési hely	MIKEKARÁCSONYFA	Eredmény (harmadik)	▾
Születési név	ANDA ZSUZSANNA	Kenetvétel dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Anyja neve	NÉMETH ERZSÉBET	Kenet betküldés dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Körzeti orvos	200090037	Eredmény dátuma (harmadik)	<input type="text"/>
Vizsgálatra küldte	<input type="text"/>	Int. Miért nem teljesíthető a szűrés?	▾
Vizsgálatra küldte	<input type="text"/>	Int. Egyéb ok indoklás	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Azonosító	<input type="text"/>	Int. Meghívólevelet kapott?	▾
		Int. Kenetvételeire kihez menne?	▾
		Int. Miért nem akar részt venni?	▾
		Int. Egyéb ok indoklás	<input style="width: 100%;" type="text"/>

F. FELHASZNÁLÓI GYORSLISTÁK

Szerepkörök: mindenki, szerepkör szerint

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

4. A SZŰRÉSI WEBLAP

A. 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: *

Titulus:

Email cím: *

Partner adatai

Adószám: - - *

Partner neve: *

Település:

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

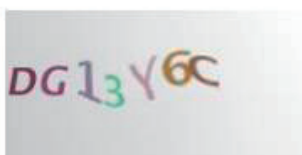
Kérjük válassza ki a szakrendszert amelyhez hozzáférést szeretne kapni, és a szöveges mezőben írja le a hozzáférési kérését.

Szakrendszer: *

Jogosultságok: *

Kérem, írja be a képen látható karaktereket!

6.

7.

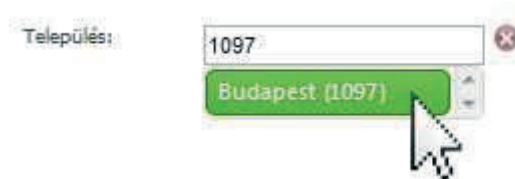
1. Az Ön neve és kapcsolat-felvételi adatai

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.

2. 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.



3. Ügyfélkapu

Az ügyfélkapus hozzáférési lehetőség jelenleg nem elérhető.

4. 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: Országos szűrési rendszer *

Jogosultságok:

- Védőnő
- Háziorvos *

5. További megjegyzések hozzáadásához használható a szabad szöveges doboz.

6. CAPTCHA kód

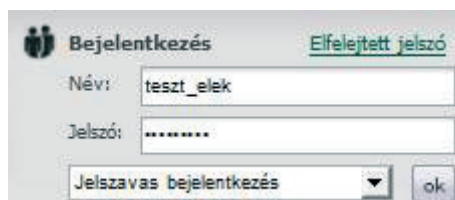
A képen látható karaktereket a kép alatt található szöveges mezőbe kell beírni. Kis- és nagybetűre az ellenőrző program nem érzékeny. Amennyiben a karakterek nehezen ismerhetők fel, a képre kattintva új sorozat kérhető.

7. Az „Elküldés” gomb

Erre kattintva a rendszer ellenőrzi a bevitt adatokat, hiba esetén felugró hibaüzenetben figyelmeztet annak javítására. Sikeres regisztráció esetén „ÁNTSZ 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.



The image shows a login form with the following elements:


- Title: **Bejelentkezés** (Login)
- Link: [Elfelejtett jelszó](#) (Forgot password)
- Field 1: **Név:** (Name) with the value `teszt_elek`
- Field 2: **Jelszó:** (Password) with masked characters `*****`
- Field 3: **Jelszavas bejelentkezés** (Remember me) with a dropdown arrow
- Button: **ok**

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.

» **Területi ellátási kötelezettség**

» **Ügyeletek**


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.

B. TOVÁBBI HOZZÁFÉRÉS IGÉNYLÉSE

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

Főoldal > Registráció

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

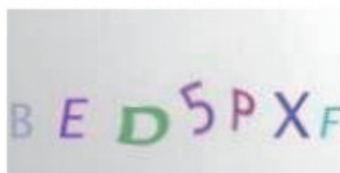
A hozzáférési kérés leírása

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: *

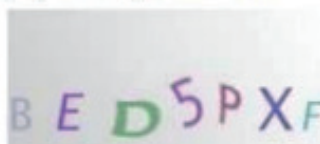
A hozzáférési kérés leírása

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

Szakrendszer: *

Jogosultságok: *

Kérem, írja be a képen látható karaktereket!



5. TERVEZETT FEJLESZTÉSEK

A. 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.

B. VÉDŐNŐI LÁTOGATÁSOK SZÁMA

Az OSZRComm 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.

C. VÉDŐNŐI KÖRZETEK KEZELÉSE

A Támop-6.1.3-A 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.

6. MELLÉKLETEK

A. AZ OSZRCOMM MODUL ELÉRHETŐSÉGEI

TESZT RENDSZER

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

(Folyamatos üzemeltetése nem biztosított)

Éles rendszer

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

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

B. A SZŪRÉSI WEBLAP ELÉRHETŐSÉGE

<http://szures.antsz.hu>

C. A KOMMUNIKÁCIÓS MODULBAN HASZNÁLT JELÖLÉSEK

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