

**A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRÉSEL KAPCSOLATOS  
ÁLTALÁNOS ÉS KOMMUNIKÁCIÓS ISMERETEK  
GYAKORLATVEZETŐ SZÜLÉSZ-NŐGYÓGYÁSZ  
SZAKORVOSOK SZÁMÁRA**

ÁNTSZ ORSZÁGOS TISZTIFŐORVOSI HIVATAL  
BUDAPEST  
2014

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

Szerző:

Gyulai Anikó védőnő, egészségtan tanár

Jóváhagyta:

Dr. Koiss Róbert Ph.D.

szülész-nőgyógyász, nőgyógyász onkológus szakorvos, szakmai vezető

*Készült:* 2014-ben.

# TARTALOMJEGYZÉK

Beköszöntő.....	5
Bevezetés.....	6
1. Előzmények .....	7
1.1 A méhnyak rosszindulatú daganata által okozott halálozás.....	8
1.2 A szűrővizsgálat lakossági igénybevétele .....	9
1.3 Nemzetközi gyakorlat .....	10
2. A Védőnői Méhnyakszűrő Program.....	11
2.1 Előzmények.....	11
2.2 A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram céljai .....	12
2.3 A védőnők bevonását indokoló tényezők .....	12
2.4 A védőnők bevonásának előnyei.....	13
2.5 Szervezett méhnyakszűrés (kenetvétele) a védőnő körzetében .....	14
2.6 A Védőnői Méhnyakszűrő Programok eddig elért eredményei.....	15
3. A szülész-nőgyógyász szakorvos, mint „gyakorlatvezető mentor” .....	18
3.1 A gyakorlatvezető mentor tevékenységi területei.....	18
3.1.1 A mentori szerepkör területei .....	19
3.1.2 A sikeres mentori tevékenység személyiségbeli erőforrásai .....	19
3.1.3 A mentorálás folyamata .....	20
4. A kenetvételi gyakorlati oktatás során alkalmazott kommunikáció sajátosságai .....	22
4.1 Kommunikáció a szakrendelő személyzetével.....	22
4.2 Kommunikáció és tanácsadás a szűrésre érkező nővel.....	23
4.3 Kommunikáció a gyakorlaton résztvevő védőnővel .....	24
4.4 Kommunikáció a kenetvételi gyakorlat után .....	26
Felhasznált irodalom .....	27



# BEKÖSZÖNTŐ

TISZTELT KOLLÉGA!

Örülök, hogy oktató nőgyógyászként támogatod a védőnői méhnyakszűrő programot. Nőgyógyászként pontosan tudod, hogy a hazai méhnyakrák okozta morbiditási és mortalitási mutatók messze elmaradnak az európai átlaghoz képest, amelynek egyik oka a szűrésen való alacsony részvételi hajlandóság. A projekt célja, hogy az alapellátásban dolgozó védőnők képzésével javítani tudjunk az átszűrtségi arányon. A korábbi védőnői méhnyakszűrő programok bebizonyították, hogy a védőnők lelkesek, birtokukban van az a tudás, amellyel meg tudják szólítani a lakosság azon rétegét, akik soha nem jártak szűrővizsgálaton. Igazolódt a mintaprogramok során, hogy az oktató nőgyógyász bátorító, és ösztönző tanítása a védőnők szűrési aktivitását jelentősen fokozta. Szakmai tudásod és tanítói képességed nélkülözhetetlen a projekt sikeres megvalósításához. Bízom benne, hogy a CD-re írt anyaggal segítségére lehetünk oktatói munkádban.

Sok sikert és eredményes képzést kívánok!

Baráti üdvözlettel,

*Dr. Koiss Róbert Ph.D.*  
*szakmai vezető*

## BEVEZETÉS

Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás európai összehasonlításban igen magas, annak ellenére, hogy a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2003. szeptember 1-jén bevezetésre került. A szervezett szűréssel kapcsolatos eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a lakosság szűrésen való részvételét növelni szükséges. Magyarországon 2009-ben pilot jelleggel elindult egy új szolgáltatás, a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP), azzal a céllal, hogy képzett szakdolgozókat (védőnőket) vonjanak be a népegészségügyi célú méhnyakszűrésbe, és növekedjen a lakosság számára a szűréshez való hozzáférés. Az első mintaprogram eredményei alapján a következő években (2010-2013) tovább folytatódtak a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP II-III-IV-V). Az eddig lezajlott programok eredményei alátámasztották, hogy sikeres lehet a - nemzetközi gyakorlatot követve - az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása. Az országgyűlés elfogadta „A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet” módosításáról szóló 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendeletet, melynek értelmében a védőnők nővédelmi feladatai 2015. május 1-jével a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészülnek ki. A rendelet értelmében az a védőnő jogosult a tevékenység elvégzésére, aki igazolja, hogy az e tevékenység elsajátítására irányuló legalább 40 órás szakirányú képzést elvégezte, továbbá a tanácsadó helyisége rendelkezik az 5/A számú mellékletben meghatározott feltételekkel.

A védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére 40 órás szakirányú továbbképzés keretében történik, amely két fő egységből épül fel. Az első része elméleti modul, mely 3 napos szakmai elméleti és kommunikációs képzést jelent, a másik része gyakorlati modul, (kenetvételi gyakorlat) melynek során oktató szülész-nőgyógyász szakorvosok vezetése és irányítása mellett 30 db önálló védőnői kenet levétele történik.

A gyakorlati képzés célja, hogy a védőnő megismerje a kenetvétel teljes folyamatát, megtanulja a kenetvétel technikáját, módját, és jártasságot szerezzen az önálló védőnői méhnyakszűrés végzéséhez.

Jelen tananyag összeállítása során arra törekedtünk, hogy a kenetvételi gyakorlatokat vezető szülész-nőgyógyász szakorvosokat megfelelő információval lássuk el a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatban, mellyel reményeink szerint tovább növelhető az új szolgáltatás elfogadottsága és meghonosodása a gyakorlatban.

További célunk még, hogy segítsük az oktató szülész-nőgyógyász szakorvos és a kenetvételi gyakorlatát teljesítő védőnő közötti kommunikációt, valamint erősítsük a gyakorlatvezetők mentori szerepét. A védőnők és a szülész-nőgyógyász szakorvosok által a méhnyakrák megelőzésben kifejtett tevékenységük során meghatározó a hatékony csapatmunka, amely elképzelhetetlen a szereplők közötti megfelelő kommunikáció nélkül.

## 1. ELŐZMÉNYEK

Magyarországon a nőgyógyászati rákszűrés kezdetei az 1950-es évekre nyúlnak vissza, amikor többek között az Országos Onkológiai Intézet (OOI) munkatársai kiszállásokon panaszmentes asszonyokat vizsgáltak meg azzal a céllal, hogy a méhnyak és a méhtest rákot minél korábbi stádiumban felismerjék. Az OOI működési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli női lakosság szűrését. A szűrés módszere a kolposzkópos vizsgálat volt. Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervix kenet citológiai vizsgálata. A hálózat kezdett kiépülni, megalakultak a citodiagnosztikai állomások. 1976-ban megalakult a Nőgyógyászati Rákszűrés szervezésében a Cervix-patológiai Szekció. A céljukat így fogalmazták meg: *„Minden 20 évnél idősebb nőn végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”*. A citológiai és kolposzkópos vizsgálatot a diagnosztika lényeges részének nyilvánították. 1981-ben meghirdették a Cervix-Programot, így gyakoribbá vált a preinvazív és korai invazív esetek felismerése<sup>1</sup>. Az életkorhoz kötött opportunisztikus méhnyakszűrést az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet tette lehetővé, a 25-55 éves nőknek évente, az 55-65 év közöttieknek pedig két évente. A szűrési eljárást *„nőgyógyászati*

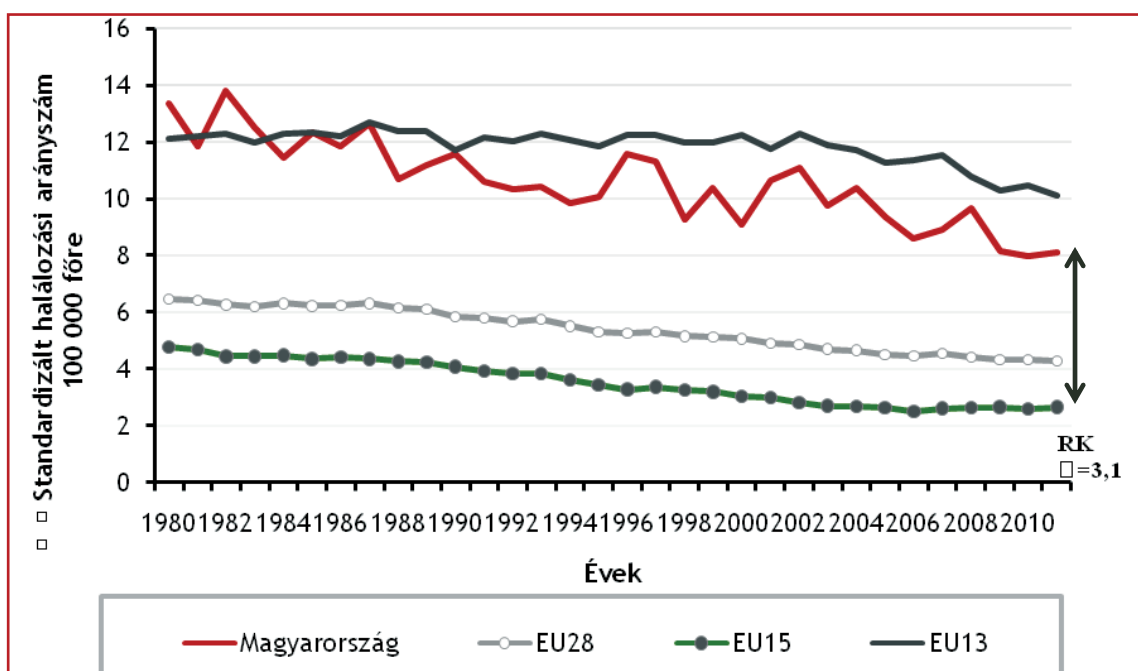
onkológiai szűrés, különös figyelemmel a méhnyak-elváltozások szűrésére” formában határozta meg a rendelet alkotója, a vizsgálat elvégzésére a nőgyógyászati szakrendeléseket jogosította fel. Ezt a vizsgálatot népegészségügyi célú szervezett szűréssé 2003. július 24.-ét követően minősítette át a jogszabály, és a szűrés gyakoriságát 1 évről 3 évre változtatta meg.

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

### 1.1 A MÉHNYAK ROSSZINDULATÚ DAGANATA ÁLTAL OKOZOTT HALÁLOZÁS

A fenti törekvéseknek köszönhetően az elmúlt három évtizedben (1980-2011 között) Magyarországon 13,34-ről (1980) 8,1-re (2011) csökkent a 100 000 főre standardizált halálozási arányszám a 25-64 éves nők körében a méhnyakrák tekintetében. Ennek ellenére nem lehetünk elégedettek a halálozási mutatóinkkal, hiszen az EU 15 országaihoz képest ma Magyarországon 3,1-szeres, az EU 28 országaihoz képest pedig közel kétszeres (1,9) a relatív kockázata a 25-64 éves korú nők méhnyakrák halálozásának. (1.ábra)

1. ábra: A méhnyakrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban 1980-2011



\*RK: relatív kockázat 2011-ben. EU15=1,0;

\*\* Standard: az európai standard populáció kormegoszlása.

Forrás: WHO/HFA adatbázis, 2013. október



Magyarországon az utóbbi évtizedekben a méhnyakrák mortalitása csökkent, azonban az európai referencia értékekhez képest még mindig nagyon magas. Évente átlagosan 400 nő hal meg ebben a betegségben.

## 1.2 A SZŰRŐVIZSGÁLAT LAKOSSÁGI IGÉNYBEVÉTELE

A méhnyakrák korai felismerését követő kezelésével a prognózis jelentős mértékben javítható.<sup>2</sup> A szűrővizsgálat, amely kenetvételeből, illetve a kenet citológiai vizsgálatából áll, alkalmas a betegség korai felismerésére. A cervikális citológiai kenetvizsgálat elsődleges célja a női lakosság méhnyak rákmegelőző állapotainak és korai invazív rákjainak mielőbbi felismerése és kezelése, ezáltal csökken az invazív méhnyakrák előfordulása, és a méhnyakrák okozta halálozás. A 25 és 65 év közötti női lakosság 100%-os átszűrtségét feltételezve, a megbízhatóan negatív lelet után háromévente megismételt szűrés, 90%-kal csökkentheti az invazív méhnyakrák kialakulásának kockázatát.<sup>3</sup>

Hazánkban a komplex nőgyógyászati vizsgálatot és kolposzkópiát alkalmazó szűrővizsgálatnak vannak nagy hagyományai,<sup>4</sup> a több évtizedes opportunisztikus szűrés azonban nem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozásai mutatókon. A szervezett, behívásos méhnyakszűrési program 10 évvel ezelőtt kezdődött Magyarországon. Ennek keretében a nemzetközi ajánlásokkal<sup>5,6,7</sup> összhangban, a 25-65 éves nőket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezésében három évente hívják szűrővizsgálatra<sup>8</sup>. A méhnyakrák szűrés részvételi mutatóit elemző magyarországi vizsgálat eredményei alapján a 2003 és 2005 közötti három évben, a szervezett szűrés első ciklusának idején a 3 éves lefedettség 3,7%-kal (48,9%-ról 52,6%-ra) emelkedett a szervezett szűrést megelőző referencia időszak (2000-2002) 3 éves lefedettségéhez képest.

Az országos méhnyakszűrési program tehát csak néhány százalékkal volt képes emelni a célpopulációban az átszűrtséget<sup>9</sup>. Kommunikációs, marketing technikák (pl. jutalomsorsolás) kiterjedtebb használata, valamint lakosságbarát szervezés (pl. nőgyógyászok kiszállása a településre, védőnők bevonása a behívási rendszerbe) esetén a szervezett szűrésen való részvétel 4-5%-ról egyes esetekben 20%-ra volt emelhető. A céllakosság egy részét indokolatlan gyakorisággal szűrték, a céllakosság nagyobb része – az opportunisták szűrést igénybe nem vevők

– sohasem részesültek szűrővizsgálatban<sup>10</sup>. Habár a szervezett népegészségügyi szűrés 2003-ban elindult, mégis 20-szor annyi kenetet vesznek a szervezett népegészségügyi szűrésen kívül, mint annak keretében. Úgy tűnik, hogy a régi, megszokott, opportunistá szűrés keretei közül nehézkes áttérni a szervezett népegészségügyi szűrés gyakorlatára.

A rákszűrő programok akkor lehetnek hatásosak, ha a célpopulációt minél szélesebb körben eléri, melyhez elengedhetetlen a hatékony kommunikáció is. A MicroOLEF 2007 adatai alapján a szűrésről távolmaradók nagy része az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló rétegekből került ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszuk van. A távolmaradás okaként említették, hogy nem tartják fontosnak a szűrést, vagy nincs rá idejük.

Hazánkban az országos szervezett szűrési program 10 évvel ezelőtt elindult, azonban a lakossági részvételre az jellemző, hogy megszokásból még mindig az alkalmoszerű (opportunistá) szűrési gyakorlatot követi, melynek a hátránya, hogy nem fedeti le teljesen mértékben a célcsoportot, éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó, nőgyógyászhoz egyébként nem járó személyek maradnak ki a szűrésből.

Ezáltal a szűrés diszkriminatív, hiszen az önjelölt nőket szükségtelen gyakorisággal részesíti előnyben, aminek az egészség-gazdasági haszna is erősen megkérdőjelezhető.

A hatékonyság növelése érdekében olyan célzott stratégiák kidolgozására volt szükség, amelyek csökkentik a szolgáltatások elérésben meglévő egyenlőtlenségeket, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévők, illetve a roma népesség számára elérhetővé teszik azokat. Különösen azokat a nőket szükséges megcélozni és a szűrésen való részvételre rábírn, akik több mint három éve, vagy még sohasem részesültek méhnyakszűrő vizsgálatban.

### 1.3 NEMZETKÖZI GYAKORLAT

Napjainkban a legtöbb európai országban létezik szervezett népegészségügyi szűrőprogram a méhnyakrák megelőzésére, ezek különböznek a szervezeti jellemzők, a végrehajtás, valamint a hatékonyság tekintetében<sup>11,12,13</sup>. Azokban az

országokban, ahol a szervezett népegészségügyi szűréseket bevezették, általában nőtt a lefedettség, a szűrésen való részvétel leggyakoribb akadályai között az alacsony társadalmi-gazdasági státusz és a kulturális akadályok szerepeltek.<sup>14,15</sup> Az Európai Unió országaiban eltérés tapasztalható abban a tekintetben, hogy az egyes országokban melyik egészségügyi szakember végzi a citológiai kenetvételt. Nyugat-Európa több országában az alapellátás keretei között a házi orvosok (pl. Dánia, Hollandia), vagy egyéb, nem orvos végzettségű szakemberek, úgymint ápolók vagy szülésznők (pl. Finnország, Svédország, UK) végzik a kenetvételt.<sup>16</sup> Magyarországon, a hagyományokból kifolyólag a nőgyógyászati szűrővizsgálat lényegében nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat,<sup>17</sup> amelyet a nemzetközi gyakorlattól eltérően, a kolposzkópos vizsgálat teszi teljessé.

## 2. A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRŐ PROGRAM<sup>18</sup>

### 2.1 ELŐZMÉNYEK

A Nemzeti Rákellenes Program (2006. február, 3.2.1. fejezet) a sikeres külföldi példákat követve elérendő célként határozta meg az előképzett szakdolgozók, így a védőnők bevonását a méhnyak szűrésébe. Az Állami Számvevőszék 2008. májusában „Az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről” szóló jelentésében hangsúlyozza, a Népegészségügyi Program, 46/2003. (IV. 16.) számú OGY határozat célkitűzéseinek megvalósítását, a méhnyakszűrés rendszerének **átalakítását a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően. Az Új Magyarország Fejlesztési Terv részeként a Társadalmi Megújulás Operatív Program 6. prioritása az egészségmegőrzés és az egészségügyi humánerőforrás fejlesztése. A program elsődleges célja a lakosság egészségi állapotának javításához való hozzájárulás, amelynek révén növekszik az egészségben eltöltött életevek száma.** A méhnyakszűrés tekintetében a prioritáshoz meghatározott indikátor a 70%-os átszűrtség elérése 2015-ig.

A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram a Kormány középtávú munkaprogramjáról szóló kormányhatározat VII. fejezet c) pontjához kapcsolódóan, az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezésére és támogatásával, az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal kötött együttműködési megállapodás keretében (EÜM

16348/2008-0003EGP), az ÁNTSZ Regionális és Kistérségi Intézeteinek aktív közreműködésével, első ízben 2009-ben, az Egészségügyi Minisztérium támogatásával került megszervezésre.

## 2.2 A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRŐ MINTAPROGRAM CÉLJAI

A védőnők bevonása a méhnyakrák elleni küzdelemben való aktívabb szerepvállalásra a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésében, végzésében (kenetvétel) és követésében.

A védőnők felkészítése a komplexebb megelőző ellátás végzésére:

- a) A primer prevencióban: a népegészségügyi szűrések jelentőségének megfelelően tudjon egészségfejlesztő, edukációs tevékenységet végezni. Rendelkezzen korszerű ismeretekkel a méhnyakrák megbetegedés megelőzésében.
- b) A szekunder prevencióban:  
sajátítsa el a méhnyakszűrés (kenetvétel) technikáját, és azt biztonsággal végezze. Képes legyen értékelni a védőnői méhnyakszűrő tevékenységének eredményességét. A további szakorvosi vizsgálatot igénylő esetekben a nők ösztönzése, lehetőség szerint nyomon követés.
- c) A védőnői méhnyakszűrés megkezdése és végzése a védőnői körzetben az alapellátásban, mintaprogramként a 25-65 év közötti meghívott lakosság számára.

## 2.3 A VÉDŐNŐK BEVONÁSÁT INDOKOLÓ TÉNYEZŐK

A védőnők Magyarországon közel egy évszázados hagyománnyal rendelkeznek a megelőző egészségügyi alapellátás területén. Elsősorban a megelőzésre képzett, felsőfokú egészségügyi képesítéssel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú- és család egészségének védelemében, valamint, a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében.

A területi védőnők ellátási területe a védőnői körzet. Feladatukat a körzetben lakcímmel rendelkezőkkel kötelesek ellátni. Önállóan végeznek vizsgálatokat, szűrővizsgálatokat a várandós anyák, a 0-18 éves gyermekek megelőző ellátásában a korai észlelés, jelzés és szükség esetén a mielőbbi kezelés megkezdése érdekében.

A védőnők alapfeladatuk keretében,<sup>19</sup> jelenleg is ellátnak nővédelmi feladatokat az általuk gondozott 0-6 éves gyermekek családjai körében, illetve a körzetükben lakó és a nővédelmi ellátást igénylők esetében. Jellemzően a nők egészségvédelmében, egészségnevelésében, a családtervezésben, az anyaságra való felkészítésben és a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében vesznek részt, amely jó alapul szolgál egy új szolgáltatás bevezetéséhez és elfogadtatásához.

A tapasztalatok szerint, az elhanyagolt, halálos kimenetelű méhnyakrákos esetek többsége a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű, alacsonyabb iskolázottságú, szűrővizsgálatban korábban még nem részesült nők körében fordul elő. Különösen fontos e célpopuláció megnyerése a méhnyakszűrésben való rendszeres részvételre. Ehhez fontos növelni a méhnyakszűréshez való hozzáférhetőséget, különösen a falvakban élő lakosság számára. Szükséges a személyes megszólítás, bevonás és az együttműködésre ösztönzés. Ez a feladat az alapellátás keretében a területi védőnői tevékenységben illeszthető, valósítható meg leginkább.

#### 2.4 A VÉDŐNŐK BEVONÁSÁNAK ELŐNYEI

- A méhnyakrák elleni küzdelemben a primer és szekunder prevenció eredményesebben valósítható meg a lakóhelyen, ahol a védőnő személyesen is ismeri a körzetében élők egy jelentős részét és tájékozottabb az emberek életmódját, a szokásokat illetően. A családok otthonába is van betekintése a 0-6 éves gyermekek családlátogatása során. A helyi személyek, szervezetek (önkormányzat, szakmai és civil) jó együttműködésével a szemléletváltás gyorsabban megtörténhet, amely az egyéb helyi egészségvédelmi programokon is hangsúlyozható.
- Megvalósulhat a védőnői körzetekhez tartozó céllakosság nyilvántartása, a méhnyakszűrés esedékessége szempontjából.
- Javulhat a méhnyakszűréshez, azaz a kenetvételhez való hozzáférés, különösen a falvakban élő lakosság számára az alapellátásban, a lakóhelyhez közel - a már működő védőnői nővédelmi tanácsadás keretében.
- A citológiai vizsgálat eredményét a védőnő személyesen adja át, mely „rossz hír” közlése esetén ismeret és lelki támasz biztosításával mérsékelni tudja a negatív emóciókat, meg tudja erősíteni, hogy a mielőbbi szakorvosi vizsgálat, szükség esetén a kezelés teljes gyógyulást eredményezhet.

- Megvalósulhat a nem negatív esetek (daganat gyanú, gyulladás) védőnői követése, nőgyógyász szakorvosi vizsgálaton, illetve szükség esetén egyéb szakorvosi ellátásban (sebész, onkológus, stb.) való mielőbbi részvétel ösztönzése, eredményének követése.
- A védőnői tanácsadás keretében egyéb népegészségügyi szempontból fontos preventív ellátás is végezhető (vérnyomás, haskörfogat, testtömeg, testmagasság mérése, BMI számítása, stb.).
- Szélesebb körű, eredményesebb megelőző ellátás biztosítható szükség esetén a megfelelő szakemberhez való irányítással (pl. az életmóddal, az egészségi állapottal, a szociális problémával kapcsolatban).

## 2.5 SZERVEZETT MÉHNYAKSZŰRÉS (KENETVÉTEL) A VÉDŐNŐ KÖRZETÉBEN

A szűrendő nők postai úton megkapták az OTH-tól **a szűrésre jogosító meghívó levelet**.

Ugyanakkor a védőnők is megkapták körzetük szűrendőinek listáját. A védőnők ezeket a nőket lehetőség szerint személyesen felkeresték. Tájékoztatták őket a szűrés fontosságáról, és a szűrés helyi lehetőségéről, akár már időpontot is egyeztettek a szűrésre.

A védőnők tájékoztatták a szűrendő nőt arról is, hogy amennyiben nem a védőnőnél szeretné elvégeztetni a szűrést – abban az esetben a meghívólevéllel elmehet a rendelőintézet nőgyógyász szakorvosához.

A védőnői szűrés a védőnői tanácsadóban történt, a nők, várandós anyák részére tartott védőnői tanácsadás keretében - az előírások szerint<sup>20</sup> legalább heti egy alkalommal, minimum két órában kell tartaniuk -, de egyeztetett időpontban is fogadták a nőket. A kenetvétele előtt a védőnő tájékoztatta a nőt a szűrővizsgálatról, majd a szűrés módjáról, menetéről, az anamnézis felvételét követően pedig sor került a szűrésre. A szűrés és az ehhez kapcsolódó tájékoztatás, anamnézis felvétel, dokumentáció, valamint a kenet kezelése kb. 20-30 percet vett igénybe. A fixált keneteket tárolták, majd postázták a laboratóriumba.

A visszaérkező eredményről tájékoztatták a szűrt nőket, és megbeszéltek a következő teendőket. Tevékenységüket dokumentálták, és adatszolgáltatást végeztek az Országos Tisztiorvosi Hivatal felé.

A Mintaprogram során a védőnő által végzett szervezett méhnyakszűrési tevékenység komplex prevenciós feladat volt. Egy szűrendő nőre fordítva ez összesen kb. 2 órát jelentett. (Ez magába foglalja a nő felkeresését, tájékoztatását, a szűrést, a szűréshez kapcsolódó tevékenységet, a lelet átadását, és a dokumentálást, adatszolgáltatást.)

## 2.6 A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŪRŐ PROGRAMOK EDDIG ELÉRT EREDMÉNYEI

Az első ízben (2009-ben) megvalósult Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP) sikeresnek bizonyult, ezért pilot jelleggel folytatódott a következő években is (VMP II-V). Eddig összesen 285 védőnő végezte el sikeresen a „Védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére” **című** akkreditált továbbképzést. Kihívások származtak a programok „minta” jellegéből adódóan – hiszen hazánkban a nemzetközi gyakorlathoz igazodva most történt először szakdolgozók általi méhnyakszűrés. A Mintaprogram elfogadottsága, támogatottsága a társ szakmák részéről nem teljes körű. A 2013<sup>1</sup> októberi állapot szerint az 5 év alatt 137 603 szűrendő **nő kapott meghívólevelet a védőnőnél is igénybe vehető szervezett** méhnyakszűrésre. A meghívott **nők 50 %-át érték el a védőnők. A VMP-ben résztvevő védőnők a programok ideje alatt (2013. októberéig) összesen 19 849 kenetvételt végeztek, ami az általuk elért meghívott nők 30%-át jelentette. A védőnők kenetvételének minőségét mind az 5 évben a keneteket vizsgáló citológiai laboratórium értékelte. A keneteket 6 szempont alapján, (fixálás, endocervikális sejtek jelenléte, vér jelenléte, sejt-dússág, lobsejtek jelenléte, kenet minősége) 0-4 pont között értékelték. Így a maximális pontszám 24 pont lehetett.**

2009-ben a védőnői kenetek minőségének összesített átlagértéke (beleértve a gyakorlati képzés során vett keneteket is) 21,2 pont lett, azaz 88 %-os volt.

<sup>1</sup> Ekkor még nem zárult le a VMP V.

A laboratórium összehasonlításul a fenti szempontok szerint értékelte az ebben az időben a rendelőintézet szakorvosai, illetve a magánrendelések szakorvosai által vett kenetek minőségét is. A rendelőintézet szakorvosai által vett kenetek minősége 21,7 pont (90,4 %), a magánrendelések orvosai által vett kenetek minősége 22,66 pont (94,4 %) lett. A 2010. évi védőnői méhnyakszűrés keneteinek **összminősége** (beleértve a gyakorlati képzés során vett keneteket is) 21 pont (88 %) érték lett, 2011-ben pedig 21,4 pont (89 %). (1.sz. táblázat)

1. sz. táblázat: A védőnői anyagvétel minősége a kontrollcsoportokhoz viszonyítva  
(rendelőintézeti szakorvosokhoz, és a magánrendelők szakorvosaihoz)

<b>Kenetek minősége (összesített átlagérték)</b>	<b>VMP III. 2011</b>
Védőnői	21,4
Rendelőintézeti szakorvosok	21,7
Magánrendelők szakorvosai	22,6

A Citológiai Laboratórium 2011. évi értékelése szerint: „A védőnők által végzett szűrési módszer, az anyagvétel megfelel a szakma mai követelményének. A korábban felkészített védőnők anyagvételi paramétereik javultak. Az anyagvétel további javulása csak folyamatos napi gyakorlattal emelhető tovább.”<sup>2</sup>

A védőnők a kiszűrt eseteket, a nem negatív kenet eredményt kapó nőket nőgyógyászhoz irányították. Nemcsak a daganat gyanús eredmény, hanem a gyulladásos tüneteket mutató kenet eredmény esetén is. Eddig a programok ideje alatt 19 849 főnél történt méhnyakszűrés, közülük 1 433 főnek lett nem-negatív eredménye, akiket nőgyógyász szakorvoshoz irányították további vizsgálatok, kezelés céljából. Ebből 102 nőt daganat gyanú és 1 331 nőt gyulladás miatt. (2. sz. táblázat)

<sup>2</sup> Részlet Prof. Dr. Bodó Miklós ügyvezető igazgató (Sejtdiagnosztika Kft) jelentéséből – 2011. jún. 29



2. sz. táblázat: A leletek eredményei alapján nőgyógyász szakorvoshoz továbbított esetek száma<sup>3</sup>

A nem negatív lelet típusa	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013 Okt. 07.ig	Összesen:
Daganat gyanú miatt nőgyógyászhoz irányított esetek száma	23	30	19	20	20	102
Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt	417	436	130	254	94	1331
Összesen:	440	466	149	274	114	<b>1433</b>

Összefoglalva a védőnőknek sikerült olyan nőket bevonni a programba:

- akik három évnél régebben, vagy soha nem vettek részt a szűrésen,
- akiket pusztán a meghívólevél nem győzött meg a szűrés fontosságáról, és önmaguktól nem vettek volna részt a szűrésen.

A védőnők felhívták az érintett lakosság figyelmét a szűrés fontosságára, tájékoztatták a nőket arról, hogy mi a különbség a védőnő által biztosított méhnyakszűrési szolgáltatás és a nőgyógyászati rákszűrő vizsgálat között, elősegítették az információon alapuló döntéshozatalt a céllakosság körében. A védőnők azt is sikeres intervenciónak könyvelték el, ha a szűrendő nő úgy döntött, hogy a nőgyógyászati szakrendelésen veszi igénybe a szolgáltatást. Ebben az esetben segítettek tájékozódni a szakrendelés időpontjával kapcsolatban és tájékoztatták a nőt a vizsgálat menetéről, a kenetvétel eredményességét kedvezően befolyásoló tényezőkről (pl. hogy a ciklus melyik szakaszában érdemes vizsgálatra mennie, vagy, hogy ne végezzen hüvelyöblítést előtte, stb.).

A védőnők a nőgyógyászati szakrendelésekre irányították azokat a nőket, akik a szakorvos által végzett szűrővizsgálatot kívánták igénybe venni, továbbá azokat is, akiknek a védőnői méhnyakszűrés során nem negatív citológiai eredménye született. Ezáltal belátható, hogy a védőnői méhnyakszűrés és szakorvos által végzett méhnyakszűrés között nincsenek praxis érdekellentétek.

<sup>3</sup> OTH Védőnői Szakfelügyeleti Főosztály adatai alapján

## **A Védőnői Méhnyakszűrő Programok eredményei azt bizonyítják, hogy a védőnő képes és alkalmas,**

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

A programban részt vett védőnők nyitottak a méhnyakszűrés folyamatos végzésére.

### **3. A SZÜLÉSZ-NŐGYÓGYÁSZ SZAKORVOS, MINT „GYAKORLATVEZETŐ MENTOR”**

A kenetvételi gyakorlatok sikeres és eredményes lebonyolítása, valamint a képzett védőnőknek a szűrésbe történő eredményes és hatékony bekapcsolódásához szükséges az, hogy a gyakorlatvezető szakorvos egyfajta mentorszerepet vállaljon. Nem a szó klasszikus értelmében, amikor egy adott hivatás (pl. orvosi, pedagógusi) gyakorlásához szükséges készségek elsajátítását segíti elő a mentor, ebben az esetben a gyakorlatvezető mentori szerepe elsősorban arra irányul, hogy a méhnyakszűréssel kapcsolatos szakmai fejlődése során elkíséri a védőnőt és példát mutat neki.

A Pedagógiai Lexikon szerint a mentor kifejezés az Odüsszeiából, Télemakhosz nevelőjének (Mentór) nevéből származik. Jelentései: nevelő, tanító, vezető, tanácsadó, pártfogó, atyai jó barát, vezetőtanár. A mentorálás személyes nevelést jelent. A mai szóhasználatban egy olyan személyt jelent, aki mint idősebb és tapasztaltabb barát, tanár vagy tanácsadó atyailag segít jó tanácsokkal valakit. Munkahelyi környezetben olyan személyt jelent, aki egy munkatársa számára tanácsadóként áll rendelkezésre, például szakkérdésekben, esetünkben a védőnők népegészségügyi célú kenetvételi gyakorlata során.

A gyakorlatvezető „mentor” szülész-nőgyógyász orvos kulcsszereplője a védőnők kenetvételi gyakorlati képzésének.

#### **3.1 A GYAKORLATVEZETŐ MENTOR TEVÉKENYSÉGI TERÜLETEI:**

A gyakorlatvezetői feladatokat a mentor, mint segítő, támogató tevékenységet valósítja meg, melynek jellemzője a folyamatjelleg.

### 3.1.1 A MENTORI SZEREPKÖR TERÜLETEI

- A gyakorlatot megkezdő védőnő szakmai készségének fejlesztése, a cervikális citológiai kenetvétel gyakorlati készségének elsajátítása révén, az új készség gyakorlatban történő alkalmazásának, szakmai szocializációjának segítése;
- A kenetvételi gyakorlati tevékenység szakmai irányítása, vezetése;
- A védőnő további támogatása, szakmai fejlődésének, önbizalmának fejlesztése abban az esetben is, ha a kenetvételi gyakorlat során önállóan vett 30 kenet minőségét az értékelő citológiai labor eredménytelennek minősíti, és további gyakorlatra javasolja;
- Az eredményesen lezárult gyakorlatot követően:
- Folyamatos konzultáció: érdeklődés a védőnői önálló méhnyakszűrési tevékenysége iránt;
- A védőnő segítése a méhnyakszűrési programban a szűréssel kapcsolatosan felmerülő szakmai kérdésekben;
- A védőnő által kiszűrt nem negatív esetek kapcsán szakmai konzultáció, tanácsadás biztosítása;
- Partneri együttműködés.

A gyakorlatvezető mentor feladata az elméleti tudással rendelkező védőnő citológiai kenetvételi gyakorlati készségének kialakítása, a védőnő által levett kenetek megfelelő minőségének biztosítása, a védőnő szakmai fejlődésének elősegítése, önbizalmának erősítése.

### 3.1.2 A SIKERES MENTORI TEVÉKENYSÉG SZEMÉLYISÉGBELI ERŐFORRÁSAI:

A sikeres gyakorlatvezetői mentori tevékenység ellátásához az Ön személyiségében rejlő alábbi erőforrások mozgósítására lesz szükség:

- motiváltság a hivatása gyakorlására, a szakmai fejlődésre;
- motiváltság a kiemelkedő teljesítmény elérésére;
- önbizalom;
- optimizmus;
- együttműködő készség;
- a feladatnak megfelelő kommunikációs készség;

- fegyelmezettség, tudatos önkontroll;
- kitartás és lojalitás.

A mentor képességei, a jó mentor tulajdonságai:

- jó szakember, akit munkája alapján a szakmabeliek elismernek;
- nagy tapasztalattal rendelkező szakember;
- jól ismeri munkakörnyezetét, ami nem a feladatmegoldás, hanem a hivatása gyakorlásának a helyszíne;
- fejlett érzelmi és szociális intelligenciával rendelkezik;
- van önbizalma, és ezt erősíti a gyakorlatra hozzá érkező védőnőben;
- munkája során fegyelmezett, megfelelő önkontrollal rendelkezik;
- kitartó és lojális;
- személyes kommunikációja az értő kommunikáción alapul.

### 3.1.3 A MENTORÁLÁS FOLYAMATA

A mentorálást gyakran a különböző szerepaspektusokkal, a megvalósításukhoz szükséges képességekkel és a mentor és mentorált közti kapcsolatot meghatározó tevékenységekkel írják le. Széles körben elfogadott nézet, hogy a mentorálás lényege az, hogy folyamat, amelyet nem egymástól független elemek láncolata, hanem egymásra épülő elemek alkotnak. A folyamat-szemlélet a mentorálás alapvető sajátossága, a szakmai és személyes fejlődés folyamatának szerves részét képezi.

A mentorálás 7 alaplépése Merlevede<sup>20</sup> mentorfejlesztő programja alapján a védőnői kenetvételi gyakorlat kontextusában:

- 1) Kontaktusteremtés:** Merlevede rendszerében a kontaktusteremtés a mentor és a mentorált személy első találkozása, az a pillanat, amelyben a „hatodik érzék” működik, ekkor az Ön empátiás készsége, illetve a meta-kommunikációja a meghatározó.

Képzeld magad a kenetvételi gyakorlatra érkező védőnő helyébe, aki a számára ismeretlen helyzet miatt valószínűleg szorongva várja a gyakorlat megkezdését. A védőnők ismerik a védőnői méhnyakszűrés előzményeit, tisztában vannak a programmal kapcsolatban, sikeresen abszolváltak az elméleti képzést, azonban szinte mindannyian egyetértenek abban,

hogy a legnehezebb feladat és a legnagyobb kihívás számukra a kenetvé-  
tel helyes technikájának az elsajátítása. A védőnő szorongását okozhatják  
azok az előzetes ellenséges sztereotípiák, amelyeket a társszaktól bizonyos  
képviselői, sőt még maguk a védőnők egy része is tanúsít a védőnői  
méhnyakszűréssel kapcsolatban. Idegen a rendelőintézet személyzete, és  
valljuk be az a helyzet is, hogy egy rendkívül intim beavatkozást kell majd  
végrehajtaniuk, ami egyáltalán nem volt jellemző az eddigiekben a munka-  
köri feladataira. Könnyen belátható, hogy ebben a helyzetben a legbátrabb,  
szakmailag leginkább felkészült, megfelelő önbizalommal rendelkező védő-  
nőnek is nagy szüksége van az Ön empátiás készségére, toleranciájára és  
kontaktusteremtő képességére.

- 2) Elfogadás (kiválasztás):** Az elfogadás folyamatában megtörténik a men-  
tor döntése a mentorálási folyamat elindításáról, illetve a mentorált részéről  
a kapcsolat elfogadása.

Ebben a szakaszban a gyakorlatvezető orvos és a védőnő elfogadják, hogy  
a jövőben együttműködnek az eredményes kenetvételi gyakorlat megvaló-  
sítása érdekében.

- 3) Az együttműködési viszony felvázolása:** A mentor és tanítványa közötti  
kapcsolat szabályainak felvázolása, a kölcsönös elvárások tisztázása. Ebben  
a szakaszban a gyakorlatvezető orvos és a mentorált védőnő kölcsönösen  
tisztázzák az elvárásaikat a további sikeres együttműködéssel kapcsolatban.  
Ebben a folyamatban természetesen a mentor az aktív kezdeményező, de  
figyelembe kell vennie a mentorált védőnő egyéni szükségleteit is.

- 4) A kiindulópont meghatározása:** A mentor megállapításai a tanuló pillanat-  
nyi tudásáról és érzelmi képességeiről, melyekre alapozva tervezhetik meg a  
betanítás konkrét akcióit. A gyakorlatvezető szakorvos feltérképezi a védő-  
nőnek a témához kapcsolódó előzetes ismereteit, nézeteit, a méhnyakszűrés  
végzéséhez való hozzáállását, viszonyulását. Ezen ismeretek birtokában  
tervezi meg a kenetvételek helyes technikájának elsajátításához szükséges  
lépéseket. A kenetvételi gyakorlat folyamata, eljárása és a szükséges do-  
kumentáció az OTH/Projekt által készített tájékoztató szakmai anyag által  
meghatározott. Ez biztosítja a védőnők országosan egységes felkészítését.

- 5) Konkrét akciók megtervezése:** A betanítás lépéseinek tervezése, az egyes ismeretek megszerzésének módszertani kidolgozása. Esetünkben a kenetvétel helyes technikájának elsajátítása.
- 6) Nyomon követés:** A mentorált személy fejlődésének folyamatos nyomon követése.
- 7) Döntés a befejezésről:** A mentor mindenkori dilemmája, hogy mikor szűnik meg a mentori felelőssége. A sikeres kenetvételi gyakorlatot követően a védőnő elhagyja a szakrendelőt, azonban a későbbiekben is igényli a gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász szakorvos tanácsait, folyamatos konzultáció és partneri együttműködés keretében.

#### 4. A KENETVÉTELI GYAKORLATI OKTATÁS SORÁN ALKALMAZOTT KOMMUNIKÁCIÓ SAJÁTOSSÁGAI

A gyakorlati oktatás során alkalmazott pedagógiai kommunikáció néhány vonatkozásban eltér az elméleti képzésekben alkalmazott kommunikatív kapcsolattól:

A gyakorlati képzés célja: a kognitív szintre (elméleti tudásra) építve a kenetvétel helyes technikájának elsajátítása. Ez csupán a gyakorlat technikai része, azonban a gyakorlatvezető szakorvos pozitív személyisége, hivatástudata, szakmai tapasztalata és tudása példaértékű modellként is fontos szerepet tölt be, mert kedvező irányba befolyásolja a védőnők szakmai szocializációját a méhnyakszűréssel kapcsolatos tevékenységek végzése során. A kommunikáció színtere a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelő. A kommunikáció a gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász és a védőnő között zajlik, ám ez a kör kibővül a szakrendelőben dolgozó más emberekkel is (pl. asszisztensek, ápolók, stb), valamint a szűrésre érkező nővel.

##### 4.1 KOMMUNIKÁCIÓ A SZAKRENDELŐ SZEMÉLYZETÉVEL

Kérjük, hogy a gyakorlat megkezdése előtt tájékoztassa az asszisztenciát a gyakorlat menetéről, körülményeiről, arról, hogy milyen együttműködést vár el tőlük a védőnők kenetvételi gyakorlatának lebonyolítása során. Ezáltal elkerülhetőek az információ hiányból adódó problémák és konfliktushelyzetek. Ezzel Ön fontos lépést tesz annak érdekében, hogy a védőnők fogadtatása pozitív legyen

a szakrendelőben, előkészíti a munkatársai és a védőnő közötti későbbi jó szakmai kapcsolat kialakítását.

#### 4.2 KOMMUNIKÁCIÓ ÉS TANÁCSADÁS A SZŰRÉSRE ÉRKEZŐ NŐVEL

Kérjük, tegye lehetővé azt, hogy a gyakorlat során a védőnő megfigyelhesse az Ön és a szűrésen résztvevő nő közötti kommunikációt. (Azon nők esetében, akik beleegyezésüket adták a kenetvételi gyakorlathoz.) A gyakorlatvezetői kommunikáció meghatározó lehet a védőnőnek a későbbi, szűréssel kapcsolatos szakmai kommunikációjára nézve.

A szűrővizsgálat során javasoljuk, hogy lehetőség szerint az alábbi lépéseket kövesse annak érdekében, hogy egységes legyen a gyakorlati munka és a védőnők által elméletben megtanult standard tanácsadás lépései.

##### A SZŰRÉS ELŐTT

Amennyiben először találkozik a páciensével, abban az esetben mutakozzon be, majd a gyakorlaton részt vevő védőnő kolleganőjét is mutassa be. Tájékoztassa a nőt arról, hogy Ön részt vesz a védőnők népegészségügyi méhnyakszűrő tevékenységre történő felkészítésében, és jelenleg kenetvételi gyakorlatot vezet. Kérje meg a szűrendő nő hozzájárulását ahhoz, hogy a védőnő jelen legyen a vizsgálat során, továbbá ahhoz, hogy az Ön vezetése és irányítása alatt a védőnő elvégezhesse a (második) kenet levételét. A védőnő általi szűréshez a szűrendő nő írásos beleegyezési nyilatkozata szükséges. (Lásd: az OTH/Projekt által készített tájékoztató szakmai anyag a kenetvételi gyakorlat folyamatáról, eljárásáról, és a szükséges dokumentációkról). Biztosítsa arról, hogy ez számára nem jár semmiféle kockázattal, továbbá arról, hogy a védőnőnek is ugyanúgy titoktartási kötelezettsége van, mint Önnek és a szakrendelő többi munkatársának. Ezt követően magyarázza el, hogy miért fontos a szűrés és mi fog történni. Lehetőség szerint kerülje, vagy csak a legszükségesebb mértékig használja az orvosi szakkifejezéseket. Tegye föl az anamnézis felvételéhez szükséges kérdéseket, válaszoljon a páciens kérdéseire, majd miután mindent megbeszéltek, **kérje a nő beleegyezését (információn alapuló beleegyezés) a kenetvételhez. Kérje meg a szűrendő nőt, hogy vetközzön le a vizsgálatához.**

### A SZŰRÉS ALATT

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

### A SZŰRÉS UTÁN

Magyarázza el, hogy mit végzett, mondja el, ha valamilyen rendellenességet tapasztalt a vizsgálat során. Válaszoljon a felmerülő kérdésekre. Nyugtassa meg a páciensét abban az esetben is, ha a vizsgálat során mindent rendben talált. Tájékoztassa a nőt a citológiai lelet eredményének várható időpontjáról, és a lelet ismertetésének a módjáról. (megjegyzés: a Védőnői Méhnyakszűrő Program során a szakmai protokoll alapján a kenetvétel eredményét egy újabb személyes találkozás pl. nővédelmi tanácsadás vagy látogatás keretében ismertetik a védőnők, melynek során megbeszélik a további lépéseket. Ez természetesen a gyakorlaton levett kenetekre nem vonatkozik.)

## 4.3 KOMMUNIKÁCIÓ A GYAKORLATON RÉSZTVEVŐ VÉDŐNŐVEL

Ahogy már korábban is említettük, a védőnők népegészségügyi célú kenetvételre történő felkészítése során a képzésben résztvevő személyek közül a gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász szakorvos az a személy, aki leginkább a modell szerepét tölti be. Ő az, aki képes a védőnők önbizalmát erősíteni, fejleszteni.

A védőnő és a gyakorlat vezetőjének a kapcsolatát a közös célból (a méhnyakrák mortalitás csökkentése) eredően a partnerviszony kell, hogy jellemezze. A gyakorlat kezdeti szakaszában még a gyakorlatvezetőé a kezdeményező szerep. A védőnő azonban egy idő után már viszonylag önállóan tevékenykedik, és konkrét feladatokat old meg, illetve kérésekkel, kérdésekkel fordul a gyakorlatvezető felé. A kenetvétel elsajátítása során a kérdések száma egyre csökken. A kommunikáció kezdeményezésében egyre gyakrabban a védőnő válhat kezdeményezővé. A fentiekből következik, hogy a gyakorlaton közvetlen, szakmai kommunikáció alakul ki a partnerek között.

A gyakorlatvezető törekedjen a helyes kommunikációra a munkatársakkal és a védőnővel egyaránt. Az alábbi néhány gyakorlati ajánlással szeretnénk megvilágítani a helyes kommunikációs stílust:



Helyes kommunikáció	Kerülendő kommunikációs megnyilvánulások
A szakkifejezések helyes használata	A szakzsargon használata
A munkatársakkal és a gyakorlaton résztvevő védőnőkkel partneri viszony a kommunikációban.	Bizalmaskodó kommunikáció (pl.: „kedveském” megszólítás)
Verbális támogatás amennyiben a védőnő rászorul.	Verbális agresszió alkalmazása
Legyen a kommunikáció célirányos és a kölcsönös elvárások tekintetében gyümölcsöző.	Irónia (pl.: „mondhat a védőnő bármit, mi akkor is így csináljuk...”)
Megfelelő, őszinte tájékoztatást adjon a védőnő gyakorlati tudás-készségbeli előmeneteléről, a hibáit, hiányosságait négy szemközt beszélje meg vele.	A védőnő félrevezetése (kegyes hazugság alkalmazásával). A védőnő megszégyenítése (pl. a hibáinak felsorolása a rendelőintézet személyzete előtt)
A védőnő félelmének és szorongásainak lecsendesítése: nyugtassa meg, minden esetben mondja el pontosan a feladatot.	A védőnő címkézése (pl.: együttműködésre képtelen, lassú, nehéz a felfogása, stb.)
Lelki erőforrás biztosítása: forduljon minden tanulóhoz megkülönböztetett figyelemmel, érdeklődéssel.	Előítélet (pl. nemi, etnikai hovatartozás, vagy vallási meggyőződése miatt)
Minden esetben a tanuló személyes szükségleteihez szabott kommunikáció.	Leereszkedő stílus

Előfordulhat, hogy a gyakorlatot nem sikerül a védőnőnek teljesítenie, mert az általa levett kenetek minősége a citológiai labor értékelése alapján nem megfelelő. Ebben az esetben szükséges, hogy a védőnő újabb kenetvételi gyakorlatot teljesítsen (további minimum 15 kenetvételt végezzen). Közösén tárják fel a lehetséges hibákat, ha szükséges (mert valami nem egyértelmű ezzel kapcsolatban), akkor vegye fel a kapcsolatot a citológiai laborral is. Ismételten adjon útmutatást a helyes kenetvételi technikára vonatkozóan. Támogassa, erősítse a védőnő önbizalmát arra vonatkozóan, hogy a jövőben képes lesz a feladat ellátására.

Az eddig lezajlott kenetvételi gyakorlatok (285 védőnő továbbképzése és 30 védőnő hallgató alapképzése) során szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy elvéve, (két-három esetben) fordult elő az, hogy a védőnőnek ismételnie kellett a kenetvételi gyakorlatot. Ezekben az esetekben a leggyakoribb hiba az endocervicalis sejtek hiánya volt, ami feltételezhetően a másodkenet vételére vezethető vissza.

#### 4.4 KOMMUNIKÁCIÓ A KENETVÉTELI GYAKORLAT UTÁN

- Mint ahogyan a mentor szerepről szóló részben utaltunk rá, a gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász szakorvos mentori felelőssége nem szűnik meg a kenetvételi gyakorlatot követően. E szakaszban fontos a szakmai támogatás és a partneri együttműködés is.
- A sikeres kenetvételi gyakorlat után a védőnők belépnek a szűrőprogramba. Kérjük, hogy a későbbiekben is tartsa meg a szakmai kapcsolatot a védőnővel. A folyamatos konzultáció lehetőségének biztosítása által tegye lehetővé a védőnő számára azt, hogy a szűréshez kapcsolódó kérdéseivel esetlegesen felmerülő problémáival továbbra is fordulhasson Önhöz.
- A Védőnői Méhnyakszűrő Program során a védőnő által kiszűrt esetekkel kapcsolatban is biztosítson konzultációs lehetőséget a védőnő számára.
- Javasoljuk, hogy vegye fel a kapcsolatot a védőnő illetékességi területéhez tartozó háziorvossal/háziorvosokkal annak érdekében, hogy a védőnői méhnyakszűrés, mint új népegészségügyi célú szolgáltatás elfogadásra kerüljön az egészségügyi alapellátás többi szereplője számára is. A háziorvosok edukációs tevékenységének bizonyítottan hatásos szerepe van a lakosság szűrővizsgálatokon való részvételének ösztönzésében. Vagyis a védőnőnek könnyebb elfogadtatnia az új szolgáltatást a lakosság körében abban az esetben, ha a háziorvos is támogatja azt.
- Szakmai körben szintén könnyebb lesz elfogadtatni a védőnői méhnyakszűrést, amennyiben a szűrési szolgáltatást eddig végző szülész-nőgyógyász orvosok is ajánlják. Kérjük, hogy véleményével támogassa a Védőnői Méhnyakszűrő Programot.

Ha a kenetvételi gyakorlat során bármilyen probléma merül föl, vagy kérdése észrevétele van, abban az esetben kérjük, hogy haladéktalanul vegye föl a kapcsolatot a **TÁMOP-6.1.3. A-13/1-2013-0001** méhnyakszűrési alprojekt szakmai vezetőjével, aki szívesen áll az Ön rendelkezésére.

Végül engedje meg, hogy ezúton is megköszönjük a fáradozásait, amellyel hozzájárul a Védőnői Méhnyakszűrő Program sikeres folytatásához.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

## (ENDNOTES)

1. Lehoczky O. A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. *Magyar Nőorvosok Lapja*. 1997;60:133-136.
2. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation base donroutinely collected statistics. *BMJ*. 1999 318(7188):904-8.
3. Day NE: The epidemiological basis for evaluating differents creening policies. Pp. 199-212. In: Screening for cancer of uterine cercix, IARC. Sci.publ. No.76. Lyon,1986.;
4. Döbrössy L: A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon. [Five decades of cervical cancers creening in Hungary.] *Nőgyógyászati Onkológia*, 2007;12;5-9.
5. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al., editors. European guidelines for quality assurance in cervical cancers creening. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
6. International Agency for Research on Cancer. Screening for cancer of theuterine cervix. From the IARC working group on cervical cancer screening and the UICC project group on the evaluation of screening programmes for cancer. IARC Sci Publ; 1986. p. 1-315.
7. International Agencyfor Research on Cancer. IARC/WHO handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005. p. 1-302.
8. Kovacs A, Dobrossy L, Budai A, Boncz I, Cornides A. A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. (The state of organized cervical screening program in Hungary in 2006.) *Orv Hetil*. 2007;148:535-540.
9. Boncz I, Sebestyén A, Döbrossy L, Kovács A, Budai A, Székely T. A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. (The coverage of cervical screening in Hungary) *Orv Hetil*. 2007 Nov 18;148(46):2177-82. Hungarian. PubMed PMID: 17988975.

10. Kovács A, Boncz I. A szekunder prevenciós onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. (The state of the organized oncological screening in Hungary). *Népegészségügy* 2009;87:265-275.
11. von Karsa L, Anttila A, Ronco G. Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. European Commission, Luxembourg 2008.
12. Holland WW, Stewart S, Masseria C. Policy Brief: Screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2006.
13. Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. Cervical cancers screening programs and policies in 18 European countries. *Br J Cancer* 2004;91,935-941.
14. Garner E, Cervical cancer: disparities in screening, treatment, and survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:242-247.
15. Arbyn M, Quataert P, Van Hal G, Van Oyen H. Cervical cancers screening in the Flemish Region (Belgium): measurement of the attendance rate by telephone interview. *Eur J Cancer Prev* 1997;6:389-398.
16. Arbyn M., A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan et al., (eds). 2008. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
17. Döbrössy L, editor. Szervezett szűrés az onkológiában: minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. (Organized oncology screening programs: QA handbook guideline) Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000.
18. Fehér Erika A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve Védőnő XII. évfolyam 2012/2 p5-9.
19. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21. ) ESzCsM rendelet 3. § a) bekezdése.
20. Merlevede, P. E., Bridoux, D. C.: *Mastering Mentoring and Coaching with Emotional Intelligence*, Crown house Publishing Limited, Bancyfelin, 2006.