UNIVERSITY OF DEBRECEN
FACULTY OF HEALTH
NYÍREGYHÁZA

ACTA MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon

Gyulai Anikó[1], Fehér Erika[2], Balázsi Ildikó[3]

[1]Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar;
[2]Országos Tisztifőorvosi Hivatal;
[3]Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv

Abstract. Cervical cancer mortality is high in Hungary, with more than 400 deaths per year. In 2003, a national cervical cancer screening program was launched to provide screening services for women who otherwise would not use services themselves. There are different practices across European countries regarding who takes the cervical smear. In certain Western European countries, general practitioners in primary health settings (Denmark and Netherlands), or nurses and midwives (Finland, Sweden and UK) take the smear. In Hungary, because of a tradition of opportunistic screenings, only gynaecologists can take the smear, and the screening test includes not only cytological examinations but colposcopic examinations, as well. As such, the examinations often take place only in outpatient service settings in larger population centers, which limit accessibility for village dwellers.

In developing a screening program, it is important to increase its accessibility, especially for low income families and gypsies. If a smear were to be taken in primary health care settings by public health nurses (as is standard practice in several Western European countries), participation rates in Hungary would probably increase. Primary

health care services are more accessible to the general population. The staff is familiar with the cultural and socioeconomic background of the local population, and could also be involved in the local communication efforts regarding the program.

Keywords: district nurse, cervical cancer screening, socioeconomic factors, Hungary.

Absztrakt. Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás európai összehasonlításban igen magas, annak ellenére, hogy a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2004-ben 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 I.), 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 következő években (2010-2013) tovább folytatódtak a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP II-III-IV-V)
Tanulmányunkban a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (2009-2013) eddig elért eredményeit foglaltuk össze.

A programokban önként jelentkező, többnyire falvakat ellátó területi védőnők vettek részt, akik vállalták, hogy továbbképzést követően körzetükben (településükön) méhnyakrák megelőzéssel kapcsolatos egészségfejlesztő tevékenységet végeznek, és részt vesznek a népegészségügyi célú, szervezett méhnyakszűrés szervezésében és végzésében, azaz méhnyakszűrést (kenetvételt) is végeznek. A programok ideje alatt (2008-2013) összesen 164 628 szűrendő kapott meghívólevelet a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívót kapó nők 45 %-át érték el a védőnők. Az elért nők 32 %-a (23 991 fő) ment el a védőnőhöz méhnyakszűrésre.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai alátámasztják, hogy a méhnyakrák halálozás csökkentése érdekében a nemzetközi gyakorlatot követve - az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása szükséges. A védőnők bebizonyították, hogy képesek és alkalmasak: a méhnyakszűrés megtanulására,a szűrendők elérésére, megszólítására, szűrésre ösztönzésre, a szűrés végzésére, és megfelelő minőségű kenetek vételére.

Kulcsszavak: védőnő, méhnyakszűrés, hátrányos társadalmi gazdasági helyzet, Magyarország.

Bevezetés

Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás európai összehasonlításban igen magas, annak ellenére, hogy a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2003, szeptember 01-én 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 szol-

gáltatás, 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. A 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet módosította a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM 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 védőnői méhnyakszűrés bevezetését tehát az egészségpolitikai döntéshozók támogatják, a program iránti érdeklődés – különösen a 28/2013. (IV.5.) EMMI rendelet megjelenése óta – a védőnők körében nő, elfogadottsága a szülész-nőgyógyászok között még nem teljes - mivel a védőnői méhnyakszűrés céljai és elért eredményei még nem mindenki előtt ismertek.

Napjainkban a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése folyamatban van. A „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbélszűrési programok) kiterjesztésének támogatása" című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Uniós projekt egyik célkitűzése ugyanis közel 1000 új védőnő képzése és bevonása a szervezett méhnyakszűrés végzésébe.

Ezért kiemelt fontosságú a védőnői méhnyakszűrés minél szélesebb körű megismertetése.

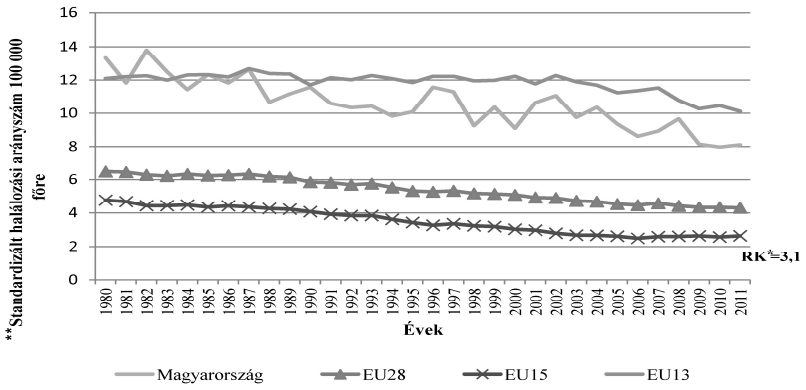
Jelen tanulmány elkészítésével a célunk az volt, hogy ismertessük az eddig lezajlott Védőnői Méhnyakszűrő Programok előzményeit, továbbá, hogy bemutassuk a fontosabb eredményeket. Írásunk reményeink szerint hozzájárul ahhoz, hogy növekedjen az új szolgáltatás elfogadottsága a szakemberek körében, elősegítve annak meghonosodását a gyakorlatban.

Háttér

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 mű-

ködési 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 nőnél 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 (Lehoczky 1997).

Az életkorhoz kötött alkalomszerű (opportunisztikus) méhnyak szűrést az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet tette lehetővé, a 25-55 éves nőknek évente, az 55-65 év közöttieknek pedig kétévente. A szervezett, népegészségügyi célú méhnyakszűrés 2003-ban került bevezetésre, melynek értelmében a 25-65 éves korú nők egyszeri negatív eredményű szűrést követően 3 év múlva meghívást kapnak méhnyakszűrésre. A szűrési tevékenységet a nőgyógyászati szakrendeléseken végzik. 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 számított standardizált halálozási arányszám a 25-64 éves nők körében a méhnyakrák tekintetében (WHO HFA 2013). Ennek ellenére nem lehetünk elégedettek a halálozási mutatóinkkal, hiszen az EU 15 országaihoz képest ma Magyarországon 3,1-szeres (Sárváry 2013), 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 (2011-ben 414, 2012-ben 426) nő hal meg ebben a betegségben (KSH 2013).

A szűrőviszgálat lakossági igénybevétele

A méhnyakrák korai felismerését követő kezelésével a prognózis jelentős mértékben javítható (Quinn, Babb és munkatársai 1999). A szűrővizsgálat, amely kenetvételből, 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 (Day, 1986).

Hazánkban a komplex nőgyógyászati vizsgálatot és kolposzkópiát alkalmazó szűrővizsgálatnak vannak nagy hagyományai (Döbrőssy, 2007). A több évtizedes opportunisztikus szűrés azonban nem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon. A szervezett, behívásos méhnyakszűrési program 10 évvel ezelőtt kezdődött Magyarországon. Ennek keretében a nemzetközi ajánlásokkal (Arbyn, Anttila és munkatársai 2008; IARC 1986; IARC,2005) összhangban, a 25-65 éves nőket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezésében három évente hívják szűrővizsgálatra (Kovács, Döbrőssy és munkatársai 2007). A méhnyakszűrés részvételi mutatóit elemző magyarországi vizsgálat eredményei alapján a 2003 és 2005 közötti három évben, a szervezett szűrés első ciklusának idején a három éves lefedettség 3,7 %-al (48,9%-ról 52,6%-ra) emelkedett a szervezett szűrést megelőző referencia időszak (2000-2002) három éves lefedettségéhez képest. Az országos méhnyakszűrési program tehát csak néhány százalékkal volt képes emelni a célpopulációban az átszűrtséget (Boncz, Sebestyén 2007). 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 opportunista szűrést igénybe nem vevők – sohasem részesültek szűrővizsgálatban. (Kovács és Boncz 2009). A rákszűrő programok akkor lehetnek hatáso-

sak, ha a célpopulációt minél szélesebb körben elérik, 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 panaszaik vannak. A távolmaradás okaként említették, hogy nem tartják fontosnak a szűrést, vagy nincs rá idejük (Bényi és munkatársai 2009).

Hazánkban az országos szervezett szűrési program 10 évvel ezelőtt elindult, azonban a lakossági részvételre az jellemző, hogy megszokásból még mindig az alkalomszerű (opportunista) szűrési gyakorlatot követi, melynek a hátránya, hogy nem fedi le teljes mértékben a célcsoportot, éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó, nőgyógyászhoz egyébként nem járó személyek maradnak ki a szűrésből. Ezáltal a szűrés részben diszkriminatív, hiszen az önjelölt nőket szükségtelen gyakorisággal részesíti előnyben, amelynek 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 rábírni, akik több mint három éve, vagy még sohasem részesültek méhnyakszűrő vizsgálatban.

A nemzetközi gyakorlat

Napjainkban a legtöbb európai országban létezik szervezett népegészségügyi szűrőprogram a méhnyakrák megelőzésére, ezek azonban különböznek a szervezeti jellemzők, a végrehajtás, valamint a hatékonyság tekintetében (von Karsa és munkatársai 2008; Holland és munkatársai 2006; Anttila és munkatársai 2004). 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 (Garner 2003; Arbyn és munkatársai 1997). 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 háziorvosok (pl. Dánia, Hollandia), vagy egyéb, nem orvos végzettségű szakemberek, úgymint ápolók vagy szülésznők (pl. Finnország, Svédország, Egyesült Királyság) végzik a kenetvételt (Arby és munkatársai 2008). Magyarországon, a hagyományokból kifolyólag a nőgyógyászati szűrővizsgálat lényegében nőgyógyászati

szakorvosi vizsgálat, amelyet a nemzetközi gyakorlattól eltérően, a kolposzkópos vizsgálat teszi teljessé Döbrőssy 2000).

A védőnői méhnyakszűrő program

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 életévek 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 került megszervezésre (Odor és Fehér 2010).

A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram céljai

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

2. 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 követése.

3. A védőnői méhnyakszűrés megkezdése és végzése a védőnői körzetben az alapellátásban, mintaprogramként a 25-65 év közötti meghívott lakosság számára (Odor és Fehér 2010; Fehér 2012).

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 rendelkezőknél 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 (49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet) 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 elfogadtatáshoz.

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 tevékenységbe illeszthető, valósítható meg leginkább (Odor és Fehér 2010; Fehér 2012).

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, 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.
- 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) (Odor és Fehér 2010).

Szervezett méhnyakszűrés (kenetvétel) a védőnő körzetében

A szűrendő nők postai úton megkapták az Országos Tisztifőorvosi Hivataltól a szűrésre jogosító meghívó levelet, ezzel egyidejűleg a védőnők is megkapták körzetük szűrendőinek listáját (VMMP Szakfelügyeleti Iránymutatás, 2009). 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. Tájékoztatták a szűrendő nőt arról is, hogy amennyiben nem a védőnőnél szeretné elvégeztetni a szűrést – abban az esetben a meghívó-

levéllel elmehet a rendelőintézet nőgyógyász szakorvosához. A szűrés a védőnői tanácsadóban történt, a nők, várandós anyák részére tartott védőnői tanácsadás keretében - az előírások szerint legalább heti egy alkalommal, minimum két órában kell tartaniuk -, de egyeztetett időpontban is fogadták a nőket. A kenetvétel előtt a védőnő tájékoztatta a nőt a szűrővizsgálatról, majd a szűrés módjáról, menetéről, az anamnézis felvételét követően pedig sor került a kenetvételre. 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 citológiai laboratóriumba. A visszaérkező eredményről tájékoztatták a szűrt nőket, és megbeszélték a következő teendőket. Tevékenységüket dokumentálták, és adatszolgáltatást végeztek az Országos Tisztiorvosi Hivatal felé.

A VMP során a védőnő által végzett szervezett méhnyakszűrési tevékenység „komplex prevenciós" feladat volt, mely magába foglalta a nő felkeresését, tájékoztatását, a szűrést, a szűréshez kapcsolódó tevékenységet, a lelet átadását, és a dokumentálást, adatszolgáltatást. Ez egy szűrendő nőre fordítva összesen kb. két órát jelentett.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok eredményei Magyarországon

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP) az elmúlt 5 évben (2009-2013) kerültek megszervezésre. A programok 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.

Eddig összesen 285 védőnő végezte el sikeresen a "Védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére" című továbbképzést, közülük 74 fő Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében dolgozik területi védőnőként. A védőnő képzőhelyek közül egyedül, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszéke a 2010/2011-es tanévtől kezdődően szabadon választható tantárgyként hirdette meg a védőnői méhnyakszűrés című tantárgyat, melyet eddig (2014/2015-ös tanév) összesen 53 fő védőnő szakirányos hallgató teljesített eredményesen.

A programokban tehát azon önként jelentkező területi védőnők vettek részt, akiknek a körzetéhez illeszkedett a feladat ellátása (alapfeladataik végzését nem akadályozta), sikeresen elvégezzék a felkészítő továbbképzést, továbbá a tanácsadójuk rendelkezett nőgyógyászati vizsgáló székkel és informatikai eszközökkel. A szűréshez szükséges további eszközöket a program biztosította a számukra.A megyék közül a legmagasabb arányban a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei védőnők vettek részt, ezt követte Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megye. A legalacsonyabb volt a védőnők részvételi aránya Somogy (1fő) és Hajdú-Bihar (2 fő) megyékben.

A programok pilot jellegűek voltak, ebből adódóan a szűrést nem folyamatosan, hanem az adott évek egy bizonyos időszakában végezték, földrajzi elhelyezkedés tekintetében pedig a résztvevő védőnők területi ellátásához tartozó településekre korlátozódtak (Fehér 2012) (1.sz. táblázat).

	VMP I. 2009	**VMP II. 2010**	**VMP III. 2011**	**VMP IV. 2012**	**VMP V. 2013**	**Összesen:**
A továbbképzést elvégzett védőnők száma (fő)	110	125	-	50	-	285
A méhnyakszűrést megkezdő védőnők száma (fő)	108	212	181	242	202	-
Az ellátott települések száma	168	349	300	242	360	-
program időtartama	3 hó	3 hó	3 hét	8 hó	8	-

1.számú táblázat: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok során a továbbképzést elvégzett és a méhnyakszűrést végző védőnők száma, az általuk ellátott települések száma, valamint a programok időtartama.

A 2013. december 31-ei adatok szerint az öt év alatt 164 628 meghívólevelet küldtek a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívott nőket a védőnők lehetőség szerint személyesen felkeresték, beszéltek velük a szűréssel kapcsolatban. A programok ideje alatt a szűrendők közel 50 %-át érték el a védőnők, ami összesen közel 75 432 kapcsolatfelvételt jelentett. A Védőnői Méhnyakszűrő Programokban résztvevő védőnők a programok ideje alatt összesen 23 991 kenetvételt végeztek, ami az általuk elért meghívott nők 30%- át jelentette (2.sz. táblázat).

	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013*	Öslszesen:
Szűrendők létszáma (meghívólevelek száma - db)	30 717	45 899	25 258	35 729	27 025	164 628
A védőnők által „elért" szűrendők száma (fő)	13 823	24 349	13 227	15 480	8553	75 432
A meghívottakhoz viszonyított részaránya (%)	45	54	52	43	31,6	45
A védőnői méhnyakszűrések szá-ma (db)	4764	6781	3771	4533	4033	23 991
Az elért szűrendőkhöz viszonyított részaránya (%)	34,5	28	28,5	29,3	47,1	32

**Forrás: OSZRCOmm 2013.01.01.-2013.12.31.)*

2. számú táblázat. A Védőnői Méhnyakszűrő Programok szűréssel kapcsolatos adatai.

A védőnők kenetvételének minőségét mind az öt évben a keneteket vizsgáló citológiai laboratórium értékelte. A keneteket hat szempont alapján, (fixálás, endocervikális sejtek jelenléte, vér jelenléte, sejtdússág, lobsejtek jelenléte, kenet minősége) 0-4 pont között értékelték. Így a maximális pontszám 24 pont lehetett. Az első program idején, 2009-ben a védőnői kenetek minőségének összesített átlagértéke (beleértve a gyakorlati képzés során vett keneteket is) 21,2 pont lett, azaz 88 %-os volt. 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 %) lett, 2011-ben pedig 21,4 pont (89 %) (3.sz. táblázat).

Kenetek minősége (összesített átlagérték)	VMP III. 2011
Védőnői (2011)	21,4
Rendelőintézeti szakorvosok (2009)	21,7
Magánrendelők szakorvosai (2009)	22,6

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

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 paraméterei javultak. Az anyagvétel további javulása csak folyamatos napi gyakorlattal emelhető tovább ” (Bodó 2011).

A védőnők a kiszűrt eseteket, a nem-negatív keneteredményt kapó nőket nőgyógyászhoz irányították. Nemcsak a daganatgyanús eredmény, hanem a gyulladásos tüneteket mutató kenet eredménye esetén is. Eddig a programok ideje alatt 23 991 esetben történt kenetvétel ebből 1545 esetben nem-negatív eredmény született. A nem –negatív eredményt kapó nőket nőgyógyász szakorvoshoz irányították további vizsgálatok, kezelés céljából. Ebből 112 nőt daganat gyanú és 1433 nőt gyulladás miatt. (4. sz. táblázat)

A nem negatív lelet típusa	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013	Összesen:
Daganat gyanú miatt nőgyógyászhoz irányított esetek száma	23	30	19	20	20	112
Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt	417	436	130	254	196	1433
Összesen:	**440**	**466**	**149**	**274**	**216**	**1545**

Forrás: a keneteket értékelő laboratórium jelentése

4. számú táblázat: A leletek eredményei alapján nőgyógyász szakorvoshoz továbbított esetek száma.

A védőnői méhnyakszűrő programok eredményei Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében

Mint ahogyan korábban említettük, a megyék közül Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében jelentkezett a legtöbb védőnő programokra - a továbbképzésre és a szűrés végzésére egyaránt. Ennek a hátterében több tényező is szerepet játszott, egyrészt a megyében dolgozó védőnők a mintaprogramot megelőző időben is kiemelt figyelmet szenteltek a női lakosság szűrésre történő mozgósításában, másrészt a program szervezői egy "minta" megyét szerettek volna létrehozni, annak érdekében, hogy egy kisebb földrajzi területre - megyére - lokalizáltan tudják mérni a védőnő méhnyakszűrés hatékonyságát. Célszerű volt olyan megyét választani, ahol magas a hátrányos társadalmi-gazdasági státuszú lakosság aránya, továbbá a védőnők motiváltak a részvételre. Ennek megvalósítása érdekében a 2012-ben az akkreditált továbbképzést az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal együttműködve a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszéke szervezte és valósította meg, melynek során 50 fő Szabolcs-Szatmár- Bereg megyei védőnő képzésére került sor.

A megyében dolgozó védőnők tehát 2009-től vesznek részt a programban, és eddig összesen 74 fő végezte el a továbbképzést, ami az itt dolgozó területi védőnők 28,9%-át jelenti. A 74 védőnő által ellátott települések száma 79, ami a megye településeinek 35%-át fedi le.

A programok ideje alatt a megyében a védőnők közel 4000 szűrést végeztek, ami az országos védőnői méhnyakszűrések számának a 20%-át jelenti. A kiszűrt nem negatív esetek száma gyulladás miatt 241, daganatgyanú miatt 27 volt (5.sz. táblázat).

	VMP I. 2009 VMP II. 2010	**VMP III. 2011**	**VMP IV. 2012**	**VMP V. 2013***	**Össze-sen:**
A védőnői kenetvételek száma	1651	427	1031	959	4068
Gyulladás miatt kiszűrt esetek száma	130	16	60	35	241
Daganatgyanú miatt kiszűrt esetek száma	8	2	7	10	27

Forrás: OSZR Comm 2013. december 31.

5. számú táblázat: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok szűréssel kapcsolatos adatai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

Összefoglalás

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 volna 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 információn 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 tájékozatták 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.). Tehát 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.

A védőnői méhnyakszűrés fejlesztése, fenntartása

A védőnői méhnyakszűrés további folytatását és fenntartását biztosítja a jogszabályi háttér, hiszen a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet módosítása megtörtént, a védőnők kompetenciái kiegészültek a védőnői méhnyakszűrési feladatok ellátásával. Jelenleg „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbélszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Uniós projekt biztosítja a lehetőséget az önként jelentkező védőnők számára, hogy térítésmentesen részt vehessenek a továbbképzésben, amely felkészíti őket a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére. A továbbképzések megvalósításában részt vesznek a védőnőképző helyek is. A jövőben, a védőnőképzés mintatantervében a kötelező tantárgyak körébe kerül a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos ismeretek, ezáltal a jövő védőnői már az alapképzésük során elsajátítják a szűréssel kapcsolatos ismereteket és készségeket.

A program sikeres fenntartásához szükséges, hogy a területi védőnők számára a méhnyakszűrés tárgyi minimum feltételei biztosítva legyenek, továbbá szükséges a komplex védőnői méhnyakszűrési tevékenység (tervezés, szervezés, kivitelezés, nyomon követés) finanszírozási feltételeinek a megteremtése.

Összességében a védőnői méhnyakszűrő programok tapasztalatai alapján elmondható, a védőnők részvétele a szervezett szűrési program megvalósításában hatékony eszköz lehet az eddig el nem ért csoportok bevonására, ezáltal az átszűrtség növelésére, ami hosszú távon érdemi mortalitáscsökkenést eredményezhet a méhnyakrák tekintetében.

Felhasznált irodalom

1. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § a) bekezdése.
2. Állami Számvevőszék Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről 2008. http://www.asz.hu/jelentes/0805/
3. Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. (2004) Cervical cancer screening programs and policies in 18 European countries. Br J Cancer ; 91,935-941.
4. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al., editors.(2008) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
5. Arbyn M, Quataert P, Van Hal G, Van Oyen H. (1997) Cervical cancer screening in the Flemish Region (Belgium): measurement of the attendance rate by telephone interview. Eur J Cancer Prev. 6:389-398.
6. Bényi Mária;Vámos Magdolna; Kéki Zsuzsanna; Rákos-Zichy Péter (2009) Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007. alapján. In: Népegészségügy. - ISSN 0369-3805; 87. évf. 3. sz., p. 162-171.
7. Bodó Miklós (2011) Jelentés a Védőnői Méhnyakszűrő Program során a védőnői anyagvétel minőségével kapcsolatban; Sejtdiagnosztika Kft. Budapest.
8. Boncz Imre, Sebestyén Andor, Döbrossy Lajos, Kovács Attila, Budai András, Székely T.(2007) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon.(The coverage of cervical screening in Hungary) Orv Hetil. Nov 18;148(46):2177-82. Hungarian. PubMed PMID: 17988975.
9. Day NE (1986) The epidemiological basis for evaluating different screening policies. Pp. 199-212. In: Screening for cancer of uterine cercix, IARC. Sci.publ. No.76. Lyon.
10. Demográfiai Évkönyv 2012 Központi Statisztikai Hivatal, 2013.
11. Döbrössy Lajos (szerk.) (2000): Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest.
12. Döbrőssy Lajos (2007) A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon. [Five decades of cervical cancer screening in Hungary.] Nőgyógyászati Onkológia,;12;5-9.

13. Fehér Erika (2012) A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve Védőnő XII. évfolyam 2012/2 p5-9.
14. Garner E. (2003) Cervical cancer: disparities in screening, treatment, and survival. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 12:242-247.
15. Holland WW, Stewart S, Masseria C.(2006) Policy Brief: Screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
16. International Agency for Research on Cancer. IARC/WHO handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005. p. 1-302.
17. International Agency for Research on Cancer. Screening for cancer of the uterine 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.
18. Kovács Attila, Boncz Imre (2009) A szekunder prevenciós onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. (The state of the organized oncological screening in Hungary). Népegészségügy;87:265-275.
19. Kovacs Attila, Döbrőssy Lajos, Budai András, Boncz Imre, Cornides Ágnes (2007). A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.(The state of organized cervical screening program in Hungary in 2006.) Orv Hetil.148:535-540.
20. Lehoczky O. (1997). A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. Magyar Nőorvosok Lapja; 60:133-136.
21. Nemzeti Rákellenes Program (2006) Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest.
22. Odor Andrea, Fehér Erika,(2010) Szakmai összefoglaló a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMPP) megvalósításáról (2008. november-2009. december) OTH, Budapest.
23. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. (1999). Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ. 318(7188):904-8.
24. Sárváry Attila, (2013) A magyar nők daganatos betegsége miatti korai halálozásának jellemzői 1980 és 2011 között Nők az egészségügy életében, egészség a nők életében Tudományos Konferencia előadás Nyíregyháza, 2013. október 25.
25. Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a népegészségügyi célú méhnyakszűrést végző területi védőnők feladatainak ellátásához, ÁNTSZ OTH Egészségügyi Igazgatósági Főosztály OTH 226-353/2009.
26. von Karsa L, Anttila A, Ronco G.(2008). Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. European Commission, Luxembourg.

Gyulai Anikó tanársegéd
Született Fehérgyarmaton, 1972. július 16.-án. A Debreceni Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolán 1994-ben védőnői, a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karán 2005-ben egészségtan tanári diplomát szerzett. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar oktatója 2002-től. PhD tanulmányait a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori iskolában folytatja, ahol abszolutóriumot szerzett 2011-ben. Kutatási területe: a méhnyakrák megelőzése, méhnyakszűrés hatékonyságának növelése.

Fehér Erika védőnő (országos védőnő – OTH)
Született Budapesten, 1965-ben. A nagykátai Damjanich János Gimnáziumban érettségizett. Okleveles védőnőként Budapesten az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnőképző Szakán végzett. Területi védőnőként dolgozott kis településen, majd városban is. Elkötelezett munkáját látva az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) városi intézetéhez hívták dolgozni. 2002-től az Országos Tisztifőorvosi Hivatalban, az országos védőnői szakfelügyeletben dolgozik. Egyik fő szakterülete a védőnői méhnyakszűrés – a védőnői méhnyakszűrés országos szakmai irányításában, koordinálásában közreműködik.

Balázsi Ildikó vezető védőnő
Született, Vásárosnaményban, 1963-ban. A nyíregyházi Kölcsey Ferenc Gimnáziumban érettségizett. Az OTKI Egészségügyi Főiskolai Karán szerzett védőnő diplomát, 1984-ben. Végzést követően területi védőnőként dolgozott Tiszaszalkán, majd Nyíregyházán. 1992-óta vezető védőnőként dolgozik, jelenleg a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv megyei vezető védőnője. Munkája során, aktívan vett részt a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megvalósuló védőnői méhnyakszűrés bevezetésében és szervezésében.