

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Gyulai Anikó

**Az alapellátás szerepe a méhnyakszűrés
hatékonyságának növelésében**

DEBRECENI EGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

Debrecen, 2019.

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Az alapellátás szerepe a méhnyakszűrés hatékonyságának növelésében

Gyulai Anikó

Témavezető: Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora



DEBRECENI EGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

Debrecen, 2019.

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	8
1. BEVEZETÉS.....	9
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	10
2.1. A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása világszerte és Európában	10
2.2. A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása az Európai Unió országaiban és Magyarországon	14
2.3. A méhnyakszűrés története, nemzetközi gyakorlata Európában	18
2.4. A méhnyakszűrés története, és tapasztalatai Magyarországon	24
2.4. Célkitűzések	28
3. MÓDSZERTAN	29
3.1. A vizsgálatok formája	29
3.2. A lakossági felmérés és a Zala megyei szűrési modellprogram módszertana	29
3.2. A védőnői vizsgálat módszertana	37
4. EREDMÉNYEK.....	41
4.1. A lakossági felmérés eredményei	41
4.2. A szűrési modellprogram eredményei	52
4.3. A védőnői felmérés eredményei	54
5. FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK, ÚJ EREDMÉNYEK.....	68
6. MEGBESZÉLÉS.....	69
6.1. Javaslattétel	79
6.2. A vizsgálatok korlátai	80
7. ÖSSZEFOGLALÁS	81
8. SUMMARY	82
9. IRODALOMJEGYZÉK.....	83
10. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK LISTÁJA.....	96
11. TÁRGYSZAVAK.....	99
12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS	100
13. FÜGGELÉK.....	101

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

CIN: Cervicalis intraepitheliális neoplázia

ECCSN: European Cervical Cancer Screening Network

EHIS: European Health Interview Survey

EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma

EU-13: Az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok

EU-15: Az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott országok

EU-28: Az Európai Unió országai; Standard populáció: Európai standard populáció

EUROSTAT: Európai Unió statisztikai hivatala

EVSZ: Egészségügyi Világszervezet

GLOBOCAN: Global Burden of Cancer Study

HDI: Human Development Index

HMAP: Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program

HPV: Human papillomavírus

IARC: International Agency for Research on Cancer

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

LBC: Liquid-Based Cytology

MicrOLEF 2007: Mikro Lakossági Egészségfelmérés 2007

MT: Megbízhatósági tartomány

NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

NM: Népjóléti Minisztérium

OTH: Országos Tisztifőorvosi Hivatal

RK: Relatív kockázat

SHA: Standardizált halálozási arányszám

SD = standard deviáció (szórás)

TÁMOP: Társadalmi Megújulás Operatív Program

TÁRKI: Társadalomtudományi Kutatóintézet

VMMP: Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram

VMP: Védőnői Méhnyakszűrő Program

WHO HFA MD: World Health Organisation Health For All Mortality Database

1. BEVEZETÉS

A méhnyakrák okozta halálozás a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások közé tartozik [1]. Ennek ellenére több, mint negyedmillió nő halálát okozza évente világszerte. Ezért 2018 májusában az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója globális felhívást tett közzé a méhnyakrák mint népegészségügyi probléma megszüntetésére irányuló fellépés érdekében. A kezdeményezés célja, hogy olyan globális stratégiát és támogató megközelítéseket dolgozzon ki, amelyek minden országban megvalósíthatják ezt a nagyra törő célt a 21. században [2].

Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magas, a magyar nők méhnyakrák okozta halálozásának relatív kockázata kétszerese az Európai Unió 28 országa átlagának [3].

Hazánkban az 1950-es évektől kezdődően vannak hagyományai a komplex nőgyógyászati vizsgálatot (kolposzkópiát is alkalmazó) szűrővizsgálatnak. A több évtizedes opporionisztikus törekvések, majd a 2003-ban bevezetett populációs alapú szervezett szűrőprogram sem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon. A szervezett szűrés eddigi tapasztalatai azt mutatják, hogy a magyarországi női lakosság méhnyakszűrő vizsgálaton való részvétele nem megfelelő [4]. A szűrésen való részvételi hajlandóság általában szorosan összefügg az egyén társadalmi-gazdasági helyzetével, valamint az egészségkultúrájával, egészségmagatartásával [5]

Az egészségügyi alapellátásnak történetileg is kiemelkedő szerepe van a népegészségügyben, feladatai közé tartozik a leggyakoribb egészségproblémákkal kapcsolatos oktatás, valamint azok megelőzésének és visszaszorításának a biztosítása [6]. Magyarországon a méhnyakszűrés eddigi gyakorlata a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelésekhez kötődött, az alapellátás szereplői kevésbé vettek részt benne. A háziorvosok és védőnők a lakossághoz legközelebb álló egészségügyi szolgáltatást nyújtják, a helyi közösségek tisztelik őket, megbíznak a munkájukban, ezért kulcsszerepet játszhatnak az egészségkommunikációban, beleértve a lakosság mozgósítását a szűrőprogramokban való részvételre.

A nemzetközi szervezetek ajánlásai alapján az európai országokban a méhnyakszűrés a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatók feladata, a citológiai kenetvételt képzett szakdolgozók (háziorvosok, szülésznők, közösségi ápolók) végzik, és csak a kiszűrt nőket küldik további vizsgálatok céljából a szakorvoshoz. A magyarországi gyakorlat korábban

ettől eltért, a méhnyakszűrés az alapellátásban nem volt elérhető, a szülészeti-nőgyógyászati szakrendeléseken végezték. Ez hozzájárulhatott a szűrésen való alacsony részvételi arányhoz.

A népegészségügyi célú méhnyakszűréshez való hozzáférés növelése érdekében az elmúlt években elkezdődött az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása, a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése. A védőnők alapfeladatuk keretében, több mint 100 éve látnak el hazánkban nővédelmi feladatokat, jellemzően a nők egészségvédelmében, egészségfejlesztésében, a családtervezésben, az anyaságra felkészítésben és a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében.

Az új kompetencia elfogadottsága a védőnők körében nem teljes körű, a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő (NEAK) tájékoztatása alapján 2017 júliusában - közel két évvel az országos kiterjesztés feltételeinek megteremtését követően - a képzett védőnőknek csak a 23%-a (1383 fő képzett védőnőből 326 fő) vett részt a szűrésben. A védőnői méhnyakszűrés egy új szolgáltatás, melynek a munkaidőbe történő illeszkedéséről, időráfordításáról, a résztvevőknek a szolgáltatással kapcsolatos attitűdjéről, véleményéről még nincsenek tudományosan alátámasztott, megbízható ismereteink.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

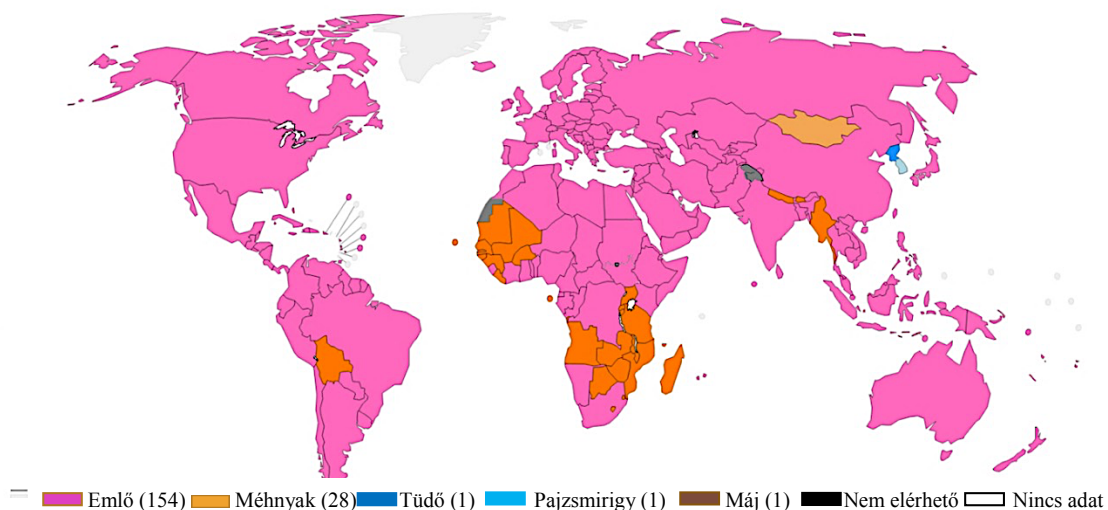
2.1. A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása világszerte és Európában

A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulási gyakorisága világszerte növekszik, a rosszindulatú daganatos betegségek a fejlett országokban a vezető halálokok közé tartoznak és a fejlődő országokban is egyre jelentősebb részét teszik ki a betegségterheknek. Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutatási Ügynökségének (International Agency for Research on Cancer (IARC)) a Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) becslései szerint 2018-ban a Földön 18 078 957 új rosszindulatú daganatos megbetegedést diagnosztizáltak, ebből 8 622 539 esetet a nőknél következett be.

A női daganatos megbetegedések közül a méhnyakrák kiemelt népegészségügyi problémát jelent, 2018-ban 570 000 diagnosztizált új esettel, és 311 000 halálesettel ez a betegség a negyedik leggyakoribb rosszindulatú daganat a nők körében, és a nők daganatos halálozásának szintén a negyedik vezető oka világszerte [7]. Előfordulási gyakorisága 6,6% az összes újonnan diagnosztizált daganatos megbetegedések között, a halálozási gyakorisága 7,5 % a nők daganatos megbetegedései okozta halálozások körében. Életkorra standardizált előfordulási gyakorisága 13,1 eset, halálozása 6,9 esetet jelent 100 000 nőre vetítve világszerte.

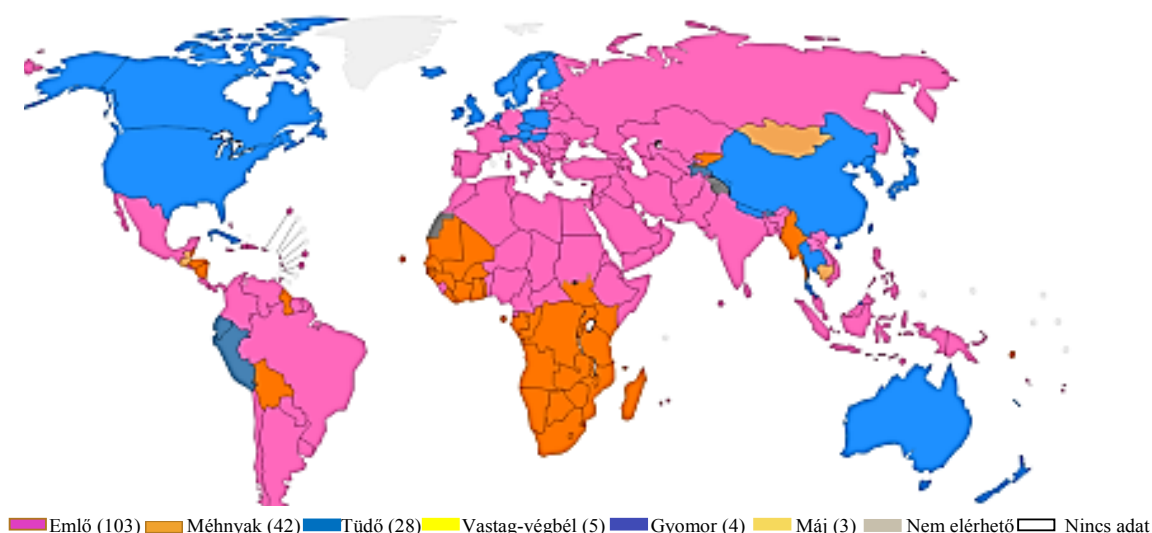
A méhnyakrák előfordulása és a betegség okozta halálozás területi egyenlőtlenségeket mutat a világ különböző részein, jelentős eltérés tapasztalható a különböző régiók gazdasági fejlettségének függvényében. A közepes és az alacsonyabb fejlettségű (Human Development Index (HDI)) országokban a méhnyakrák előfordulása 18,1/100 000 fő, míg a magas és nagyon magas fejlettségű országokban ez az arány 10,4/100 000 fő. A halálozás kockázata 3-szor magasabb a kevésbé fejlett országokban, a fejlett országok átlagához viszonyítva (alacsony/közepes HDI: 12/100 000 fő, vs. magas/nagyon magas HDI: 4,1/100 000 fő) [7]

A női rosszindulatú daganatos megbetegedések előfordulási gyakoriságát tekintve méhnyakrák az emlőrák mögött a második helyen áll az alacsonyabb jövedelmű országokban, azonban 28 országban a leggyakrabban diagnosztizált rák (1. ábra) és 42 országban a rosszindulatú daganatos halálozás vezető oka a nők körében, ezen országok túlnyomó többsége a Szaharától délre fekvő Afrikában és Délkelet-Ázsiában találhatóak (2. ábra). Az összes méhnyakrák előfordulásának 85%-a, és a méhnyakrák miatti halálozás 87%-a, vagyis minden 10 esetből közel kilenc eset, a fejlődő országokban történik. A legmagasabb az incidencia és a mortalitás Afrikában, az afrikai régiók közül Dél-Afrikában (a legmagasabb az incidencia a Sváziföldi Királyságban), Kelet-Afrikában (a legmagasabb a mortalitás Malawi Köztársaságban, és Zimbabwe-ban) és Nyugat-Afrika (Guinea, Burkina Faso és Mali) területén. A legalacsonyabb a cervix carcinoma új eseteinek és halálozásának az előfordulása Észak-Amerikában, Ausztráliában / Új-Zélandon és Nyugat-Ázsiában (Szaúd-Arábiában és Irakban), az incidencia és a mortalitás mutatói itt 7-10-szer alacsonyabbak, mint az afrikai régióban [7].



1. ábra: A leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedések az egyes országokban a nők körében 2018-ban.

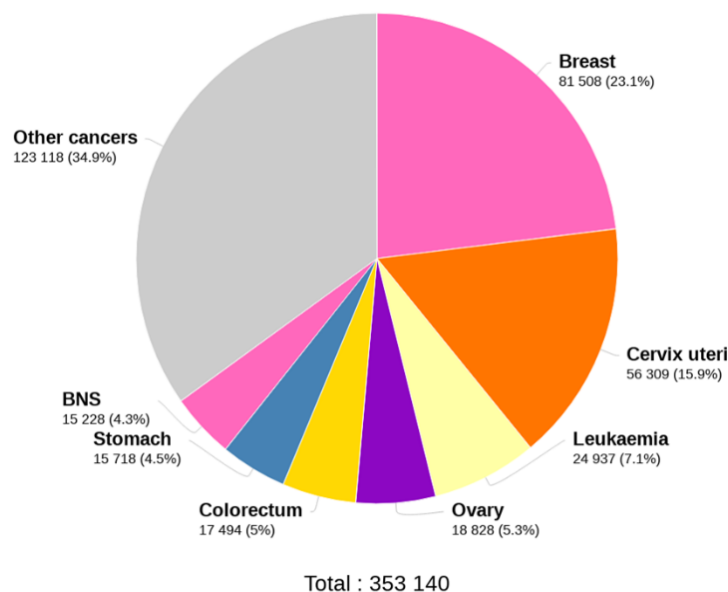
Forrás: GLOBOCAN 2018 [8], zárójelben azon országok száma, ahol az adott daganat incidenciája a legmagasabb a daganatok közül



2. ábra: A leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti vezető daganatos halálok országonként a nők körében 2018-ban.

Forrás: GLOBOCAN 2018[9], zárójelben azon országok száma, ahol az adott daganat mortalitása a legmagasabb a daganatok közül

A cervix carcinoma előfordulása a fiatal nők körében gyakoribb [10], korszpecifikusan a 15-44 éves nők körében a második leggyakoribb daganatos megbetegedés, és a második leggyakoribb daganatos halálok ebben a korcsoportban világszerte. (3. ábra)



3. ábra: A 15-44 éves nők rosszindulatú daganat miatt bekövetkezett haláleseteinek a száma és relatív aránya 2018-ban világszerte

Forrás: GLOBOCAN 2018 [11]

A kontinensek közül Európában 61 072 új méhnyakrákos megbetegedés történt, ami életkorra standardizálva 13,9¹ esetet jelent 100 000 nőre a GLOBOCAN 2018-as évre vonatkoztatott becslései alapján. Ugyanebben az évben 25 829 nő halálát okozta a méhnyak rosszindulatú daganata, a mortalitás egész Európára számított standardizált halálozási arányszáma 5,0 eset 100 000 nőre vonatkoztatva. [12]. Európai viszonylatban lényegesen alacsonyabb a megbetegedések száma és a méhnyakrák halálloki szerepe, mint világszerte, azonban itt is lényeges eltérések, területi egyenlőtlenség figyelhető meg, az egyes országokban. A méhnyakrákkal kapcsolatos teher jóval magasabb a Közép-Kelet európai országokban, mint a déli, északi vagy nyugati régiókban [13].

A földrész régiói közül a legmagasabb az új esetek megjelenése Kelet- Közép Európában, ahol az összes európai új megbetegedés több, mint a fele történik (Európa: 61 072 vs. Kelet - Közép- Európa: 35 940). Az életkorra standardizált incidenciá (20/100 000) is jóval meghaladja a Földre (13,1 /100 000) és az Európára (13,9/100 000) vonatkozó átlagos arányszámot. Európában 2018-ban regionálisan a legalacsonyabb incidenciát Nyugat Európában mérték (8,5/100 000). Az országok közül a legmagasabb volt a megbetegedések aránya Litvániában (30,6/100 000) ezt követte Bosznia-Hercegovina (28,7/100 000) Moldova (26,9/100 00) és Szerbia (26/100 000). A méhnyakrákból eredő

¹Az európai standard népességre vonatkoztatva

új esetek előfordulását tekintve a legalacsonyabb előfordulást Málta (4,4/100 000) és Finnország (5,7/100 000) esetében jelezték a GLOBOCAN becslései a 2018-as évre vonatkozóan.

A halálozást tekintve az európai régiók között a legalacsonyabb mortalitással Észak-Európa (SHA:2,8/100 000) rendelkezik, hasonlóan alacsony a standardizált halálozási arányszám Nyugat- és Dél-Európában (2,9/100 000 és 3,0/100 000) is. A legkedvezőtlenebb a helyzet Kelet - Közép Európában, ahol a mortalitás értéke két és félszerese (SHA: 8,1/100 000) a másik három régió értékeinek.

A méhnyakrák ország specifikus életkorra standardizált előfordulási gyakorisága az európai régióban évente 2,1 és 23,9 között van 100 000 nőre vonatkoztatva [14]. A kontinens országai között a mortalitás tekintetében akár 10-szeres eltérést is tapasztalhatunk. A legmagasabb a méhnyak rosszindulatú daganata miatti halálozás Romániában, ahol 12,3 haláletet történt 100 000 nőre vonatkoztatva, ezt követi Moldova (SHA:10,6/100 000), Bulgária (SHA:9,8/100 000) Litvánia (SHA: 9,6/100 000), és Szerbia (SHA: 9,5/100 000). A legalacsonyabb a méhnyakrák miatti halálozás mértéke Finnországban, ahol 1,3 haláletet jut 100 000 nőre, Svájcban és Izlandon hasonlóan alacsony a mortalitás (SHA: 1,5/100 000, és 1,7/100 000) [12].

2.2. A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása az Európai Unió országában és Magyarországon

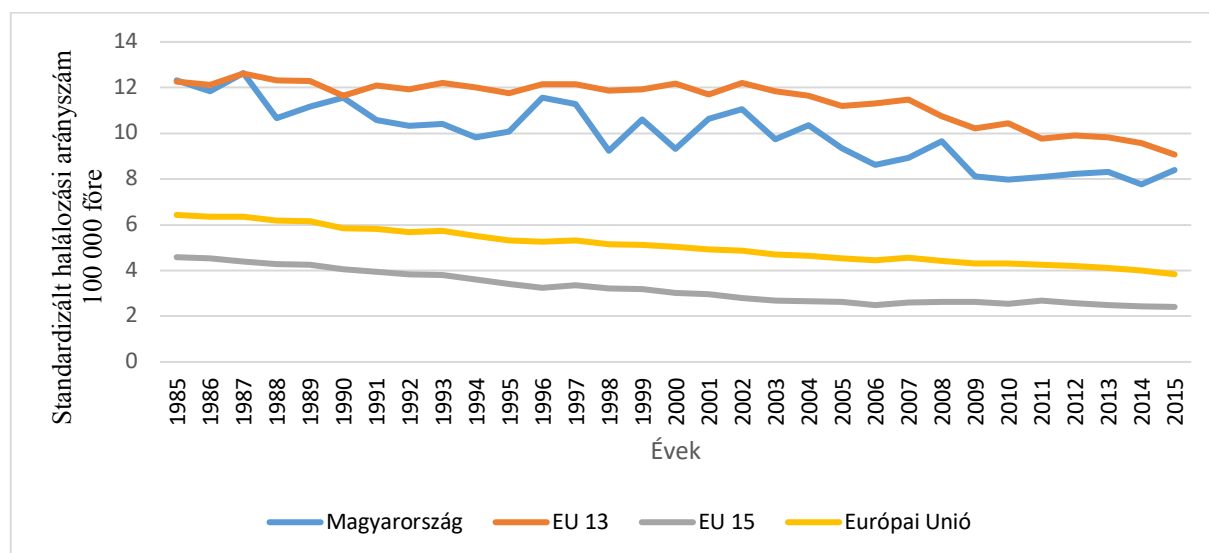
A GLOBOCAN 2018-as évre vonatkozó becslései az Európai Unió 28 tagállamában 32 700 új méhnyakrák megbetegedést jelentettek, ami az összes női daganatos megbetegedés 2,4%-a, és életkorra standardizálva 10,7 esetet jelent 100 000 nőre vonatkoztatva. A haláletetek száma 14 200, mely az Európai Unió női lakossága körében bekövetkezett összes rosszindulatú daganatos haláletet 2,3%-a, életkorra standardizálva 3,7 haláletet jelent 100 000 főre [12].

A méhnyakrák korai (65 év alatti) halálozás trendjét vizsgálva az Európai Unió országában megállapítható, hogy dinamikusan csökkenő tendenciát mutatott az elmúlt évtizedekben [15].

Az utóbbi évtizedekben az életkorra standardizált halálozási arány jelentős csökkenése figyelhető meg az Európai Unió régi tagállamaiban [15]. A Kelet-Európai tagállamok és a balti államok alacsonyabb intenzitású csökkenést mutattak (pl. Csehország, Lengyelország), vagy nem változtak (Észtország, Szlovákia), illetve növekedtek

(Bulgária, Lettország, Litvánia, Románia). A standardizált kohorsz mortalitási arány azt jelezte, hogy a halálozás nem csökken tovább, vagy nő 1940 után született nők körében [16].

Az Egészségügyi Világszervezet Egészséget Mindenkinél Haláloztató Adatbázisában (WHO HFA MD) elérhető adatok alapján [3] az Európai Unió 28 országa közül a 2004 előtt csatlakozott országok (EU 15) vannak kedvezőbb helyzetben a 2004 után csatlakozott (EU 13) országok átlagához viszonyítva (4. ábra).



4. ábra: A méhnyakrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon, az Európai Unióban és az Európai Unió régióiban 1985-2015 között.*

*EU-15: Az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott országok, EU-13: Az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok; EU 28 Az Európai Unió országai; Standard populáció: Európai standard populáció

Forrás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database) Frissítve: 2018/június/15 [3]

Magyarországon 1985 és 2015 között 33%-al, csökkent a 100 000 főre számított standardizált halálozási arányszám a 25-64 éves nők körében a méhnyakrák esetében (1985: SHA:12,32/100 000 fő; 2015: 8,4/100 000 fő).

A csökkenés ellenére nem lehetünk elégedettek a halálozási mutatóinkkal, hiszen 2015-ben az EU 15 (SHA: 2,5 /100 000 fő) országaihoz képest Magyarországon 3,1 szeres, az Európai Unió 28 országának az átlagához (SHA: 3,9 /100 000 fő) képest pedig 2- szeres volt a relatív kockázata a korai (25-64 éves korú nők) méhnyakrák halálozásának (1. táblázat).

A magyar nők méhnyakrák miatti korai (25-64 éves) halálozása 1985-ben 2,69-szorosa volt az EU15 országok átlagának és megegyezett az EU13 országok átlagával. Ezt követően csökkenő tendencia érvényesült mind a magyar nők, mind az EU15

országokban élő nők esetében, de a csökkenés mértéke Magyarországon mérsékeltebb volt, mint az EU 15 országaiban, melynek következtében 2015-ben a magyar nők halálozási kockázata nem csökkent, sőt nőtt 1985-höz képest (3,49-szeres a kockázat) [3].

1. táblázat. A 25-64 éves nők méhnyakrák okozta halálozása Magyarországon és az Európai Unió egyes régióiban, valamint a magyar nők méhnyakrák halálozásának relatív kockázata az Európai Unió egyes régióinak halálozási átlagához viszonyítva (1985-2015).¹

Évek	100 000 főre standardizált halálozási arányszámok (SHA)				Magyar nők halálozásának relatív kockázata RK ²		
	Magyar ország	EU 13	EU 15	EU 28	EU 13 átlag	EU 15 átlag	EU 28 átlag
1985	12,32	12,28	4,58	6,43	1,00	2,69	1,92
1990	11,57	11,64	4,07	5,84	0,99	2,85	1,98
1995	10,08	11,77	3,42	5,30	0,86	2,95	1,90
2000	9,31	12,18	3,01	5,05	0,76	3,09	1,84
2005	9,35	11,19	2,63	4,52	0,84	3,56	2,07
2010	7,97	10,45	2,55	4,30	0,76	3,12	1,86
2015	8,40	9,07	2,41	3,84	0,93	3,49	2,19

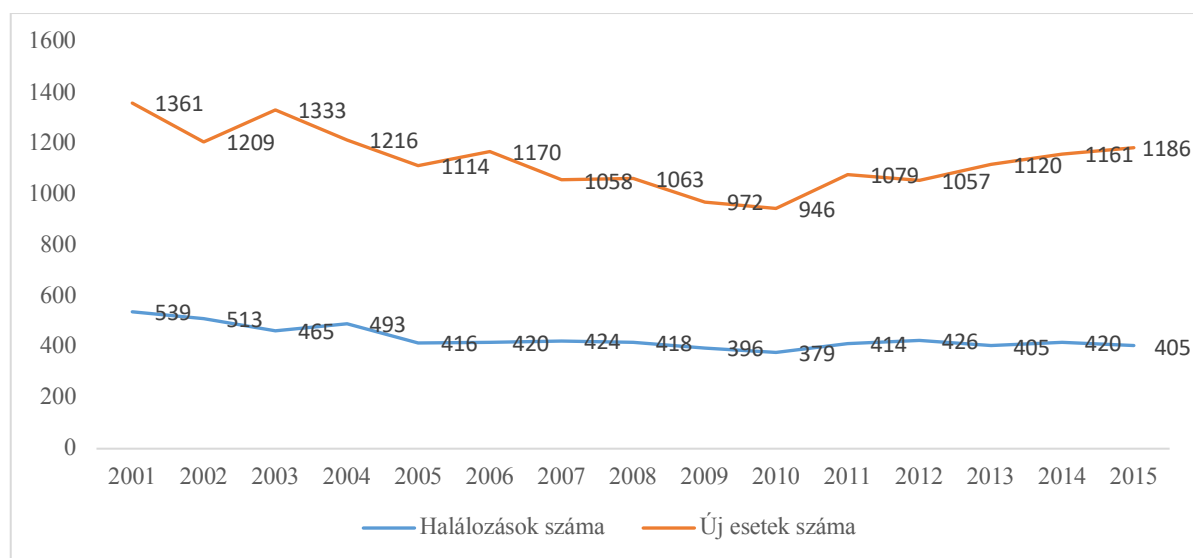
¹EU-15: Az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott országok, EU-13: Az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok; EU 28 Az Európai Unió országai; Standard populáció: Európai standard populáció ²Relatív kockázat (RK): SHA Magyarország / SHA EU 13; SHA EU 15; SHA EU 28

Forrás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database) Frissítve: 2018/június/15 [3]

A GLOBOCAN 2018-as évre vetített adatai szerint Magyarországon a méhnyak rosszindulatú daganata az 5. leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos megbetegedés a nők körében [17]. A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint 2015-ben Magyarországon összesen 51 254 nő esetében diagnosztizáltak rosszindulatú daganatos megbetegedést, melyből 1186 esetben méhnyakrákot [18]. A méhnyakrák előfordulása 45 év fölött volt a leggyakoribb, az összes eset (1186) 75%-a (889 új eset) erre a korcsoportra esett. Ugyanebben az évben Magyarországon 405 nő hunyt el ebben a betegségben, mely 8,4 halálesetet jelentett 100 000 főre vonatkoztatva. A 2013-as halálozási adatok szerint szintén a 45 év feletti korosztály érintettsége volt a legnagyobb, ebben az évben az összes bekövetkező méhnyakrák miatti halálozás (405) 89,6%-a esett (363 haláleset) erre a korosztályra [19].

Az évenként felfedezett új esetek száma 2001-2011 között csökkenést mutatott, ezt követően mérsékelten emelkedett. A halálozások száma és a 100 000 főre standardizált

aránya egyaránt csökkenő tendenciát mutat, napjainkban évente átlagosan 400 nő veszíti el az életét ebben a betegségben. A méhnyakrák halálozási adatok csökkenésére vonatkozó adatok megítélése során figyelembe kell venni, hogy 2005-től a Központi Statisztikai Hivatal a halálozás oki tényezőjének statisztikai feldolgozására a korábbi kézi kódolás helyett gépi kódolást vezetett be [20]. Az új módszertan bevezetése utáni adatok pontosabban tükrözik a mortalitás valódi helyzetét, mint a korábbi hagyományos kézi kódolás, ugyanakkor nem állapítható meg, hogy a halálozás csökkenésének hátterében milyen szerepe van a szervezett szűrés bevezetésének, országos kiterjesztésének. (5. ábra).



5. ábra: A méhnyakrák új eseteinek és halálos eseteinek a száma Magyarországon 2001-2015 között.

Forrás: Morbiditás: Nemzeti Rákregiszter [18] Mortalitás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database) Frissítve: 2018/június/15 [3]

A méhnyakrák halálozás Magyarországon belül is jelentős térségi egyenlőtlenségeket mutat. Boncz Imre a Védőnői méhnyakszűrési rendszeráttekintő tanulmányában részletesen elemezte a méhnyakrákból eredő halálozás területi különbségeit országos szinten, a 2013-as évre vonatkoztatva. Megállapította, hogy kiemelten kedvezőtlen a halálozási arány az ország Dél-Dunántúli részén Somogy- és Baranya megye határ közeli településein, főként a Barcsi, Sellyei kistérségek területén, ahol az országos átlaghoz képest hatszor-, nyolcszor magasabb méhnyakrákból eredő halálozási adatok mérhetőek. További jelentős esetszám szaporulat figyelhető meg az Észak-Alföldi régióban Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyék egymással határos területein [19].

2.3. A méhnyakszűrés története, nemzetközi gyakorlata Európában

A méhnyakrák kiemelt népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy az elkerülhető halálokok közé tartozik, olyan halálok, amely a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével megelőzhető [21]. Az elkerülhető halálozás mutatót az ellátórendszer minőségének a jellemzésére vezették be [22], mértékét befolyásolja egyrészt az adott betegség esetében szükséges egészségügyi ellátás hozzáférhetősége, másrészt a lakosság igénybevételi hajlandósága [23].

A méhnyakrák legfontosabb etiológiai tényezője a magas kockázatú Humán Papillomavírussal (HPV) történő tartós fertőzés [24]. Jól szervezett szűréssel, valamint megfelelő kezeléssel a súlyos fokú cervicális intraepitheliális neoplázia (CIN) és az invazív méhnyakrák nagy részének a kialakulása megelőzhető [25-26]. Ezért a méhnyakrák előfordulásának és halálozásának a tendenciái tükrözik az adott népesség körében elérhető szűrővizsgálat minőségét, a lakosság részvételét (a szűrővizsgálat lefedettségét), valamint a kockázati tényezők expozíciójának változásait [16, 27-28].

A méhnyak szűrésének hosszú történeti előzményei vannak a jóléti államokban világszerte. A nemzetközi gyakorlat a szűrővizsgálatok szempontjából két modellt különböztet meg. Az egyik az alkalmasszerű úgynevezett opportunisztikus szűrés, míg a másik a szervezett lakosságszűrés [29]. Általánosan elfogadott, hogy a szervezett programok hatékonyabbak, mint a nem szervezett vagy opportunisták szűrőprogramok a méhnyakrák megelőzésében, és jól ismert, hogy a szervezett méhnyakszűrés csökkenti a méhnyakrák előfordulását és a mortalitást [30-33].

A világon a leghosszabb múlttal rendelkező, népességen alapuló méhnyakszűrő programok egy része az Európai Unió országaiban találhatóak, például Finnországban és Svédországban. Az első méhnyakszűrési programokat az 1950-es és 1960-as években indították el. A következő években szinte minden európai országban elterjedtek a George Papanicolaou által kidolgozott teszten (Pap-teszt) [34] alapuló szervezett, populáció-alapú programok, vagy spontán (opportunisták) szűrővizsgálatok. A méhnyakszűrés hatékonyságát eset-kontroll és kohorsz vizsgálatokkal, valamint a különböző lakossági lefedettségű területek vagy időszakok összehasonlításával bizonyították 1986-ban [35].

Később számos további kutatás is bizonyította azt, hogy a jól szervezett citológiai szűrés a 35-64 éves korosztályban 3-5 évente megismételve 80%-ban vagy annál nagyobb arányban képes csökkenti a méhnyakrák előfordulási gyakoriságát az átszűrt nők körében [36-38].

Az Európai Unióban a méhnyakszűrés minőségbiztosítására vonatkozó irányelvet 1993-ban adták ki, ez volt az első iránymutatás, ami a szervezett szűrés módszertanára, a betegek kezelésére és követésére vonatkozóan ajánlásokat tartalmazott [39].

Az Európai Unió Tanácsa 2003 decemberben elfogadta a rák megelőzésére szolgáló szűrőprogramok végrehajtására vonatkozó ajánlást, mely elismerte a rákmegbetegedések okozta teher jelentőségét, valamint azt, hogy bizonyított az emlőrák, a méhnyakrák és vastagbélrák szűrésének hatékonysága. Az ajánlás felhívta a tagállamokat, hogy lépjenek fel közösen a nemzeti lakossági rákszűrési programok végrehajtása érdekében, megfelelő minőségbiztosítást garantálva, a legjobb gyakorlatokra vonatkozó európai iránymutatásoknak megfelelően [40]. 2008-ban az Európai Bizottság a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökséggel (IARC) és az Európai Méhnyakrákszűrési Hálózattal (European Cervical Cancer Screening Network (ECCSN)) együttműködve elkészítette a méhnyakszűrés minőségbiztosítására vonatkozó iránymutatás második kiadását. Az aktualizált dokumentum számos ponton bővült a korábbihoz képest, például az újabb szűrési technológiák értelmezésére és alkalmazására, és az újabb, bizonyítottan hatékony megelőzési stratégiákra vonatkozó iránymutatásokkal [41].

A minőségbiztosítás célja annak biztosítása, hogy a törekvés a kívánt eredményhez vezet; ez különösen fontos az olyan komplex rendszereknél, mint például a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta teher csökkentésére tervezett szűrőprogramok. A magas kockázatú HPV és a méhnyakrák kialakulásának kapcsolata közötti ok-okozati összefüggés felfedezése és a HPV védőoltás bevezetése után nyilvánvalóvá vált, hogy a HPV fertőzés kimutatása, valamint a védőoltás bevezetése a méhnyakszűrés módszertanának fejlesztését igényelte. A méhnyakrák szűrés minőségbiztosítására vonatkozó európai iránymutatás második kiadását követően hét évvel később, 2015-ben jelent meg egy kiegészítő melléklet, amely már az elsődleges HPV teszt alkalmazására, valamint a HPV elleni védőoltáson átesett nők szűrésére vonatkozó méhnyakszűrési eljárásrend követésére fogalmaz meg konkrét ajánlásokat [42].

Az Európai Méhnyakrákszűrési Hálózat és a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség epidemiológiai munkacsoportja által végzett, 2003-as kérdőíves felmérés szerint mindössze 14 volt a száma azon EU-tagállamnak, ahol 2003-ig nemzeti, regionális vagy kísérleti jelleggel méhnyakrák szűrőprogramokat hoztak létre [43]. Ezen túlmenően gyakoriak voltak a nem népesség alapú, nem megfelelően szabályozott, és opportunistá szűrővizsgálatok az egyes tagállamokban. Az Európai Tanács 2003-as ajánlásának elfogadása után 4 évvel, 2007-ben, még mindig csak 15 tagállam rendelkezett

szabályozott populációs alapú méhnyakszűrő programmal, amely a potenciális célcsoportba tartozó európai női lakosságnak pusztán a felét érintette [44].

Az Európa Tanács 2003-as ajánlásának alkalmazásáról szóló legutolsó jelentés alapján 2016-ban a méhnyakrák szervezett, népesség-alapú szűrését az Európai Unió 28 tagállamából 22 országban vezették be, vagy tervezték bevezetni, amely a célpopuláció közel háromnegyede számára tette elérhetővé a szolgáltatást. Németország 2013-ban fogadta el a jogi kereteit a jelenlegi, nem populációs alapú méhnyakszűrés (valamint a vastagbélrák szűrés) program népesség-alapú átalakítására, az új program még a tervezési szakaszban van. Bulgáriában 2014-ben lezárult a szervezett szűrés pilot szakasza, de a népesség alapú program nem indult el. Nem rendelkezik méhnyakszűrési programmal Ciprus, és opportunisztikus, nem populációs szintű programmal rendelkezik Ausztria, Görögország, Luxemburg és Spanyolország [45].

Napjainkban tehát a legtöbb európai országban létezik szervezett népegészségügyi szűrőprogram a méhnyakrák megelőzésére, ezek azonban heterogének, különböznek a szervezeti jellemzők, a végrehajtás, valamint a hatékonyság tekintetében [46-47].

Elfstrom [48] és munkatársai 2015-ben közzétett munkájukban kérdőíves felmérés módszerével összehasonlították 29 európai ország méhnyakszűrési gyakorlatát. Tanulmányuk célja elsősorban a szervezett szűrési programok minőségellenőrzésének, nyomon követésének, valamint az egyes programok költséghatékonyságának az összehasonlítása volt.

A szűrési intervallumok 1 évtől (Cseh Köztársaság) 5 évig (pl. Észtország, Finnország, Hollandia és Románia) terjednek, a célcsoport életkori kategóriáit tekintve a legkorábban, Liechtensteinben (17 éves kortól) ajánlják a szűrést, és a legtovább, (70 éves korig) Lettországon szűrnek.

Több országban a szűrési intervallum bizonyos életkori kategóriákban eltérő, például Angliában (25-49 éves kor között 3 évente, 50-65 éves kor között 5 évente szűrnek), Svédországban, Walesben és Németországban 3 évente szűrnek 23- 49 év között, 5 évente 50-65 éves kor között, Írországon 25-44 éves kor között 3 évente, 45-65 év között 5 évente kerül sor a szűrővizsgálatokra, a nemzeti ajánlások szerint. A szűrési módszer is befolyásolja a szűrési intervallumot, például Olaszországban 3 évente javasolják a hagyományos citológiai tesztet, vagy 5 évente a HPV tesztet a 25-64 éves korosztály számára.

A legtöbb országban a szűrővizsgálat ingyenesen elérhető a lakosság számára a nemzeti egészségbiztosítási alapból vagy az egészségügyi költségvetés által finanszírozott formában.

Különbség van abban a tekintetben is, hogy az adott országban melyik egészségügyi dolgozó végzi a kenetvételt. Csak néhány országban hárul ez a feladat az egészségügy egyetlen szereplőjére, például a Cseh Köztársaságban kizárólag a nőgyógyászok végzik, Észtországban pedig kizárólag a szülésznők. A legtöbb országban azonban több szakember (pl. nőgyógyász, háziorvos, szülésznő, az alapellátásban dolgozó ápoló) is részt vesz a kenetvételben, melynek számos variációja létezik az egyes országokban. Leggyakrabban a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatók feladata [48].

A szűrővizsgálati módszerek alkalmazása is változatos, a legtöbb országban szakmai ajánlások alapján végzik a nők szűrését, melyek a hagyományos, valamint az újabb, úgynevezett folyadékalapú citológiai szűrésre, és a HPV kimutatására vonatkozó teszteken alapulnak. A folyadék alapú citológia (LBC - Liquid-Based Cytology) a hagyományos sejtkenet elemzéshez képest objektívebb és gyorsabb vizsgálat, azonban nem érzékenyebb és nem specifikusabb a magas fokú cervicalis intraepithelialis neoplasia kimutatására, mint a hagyományos Pap-teszt [49-51].

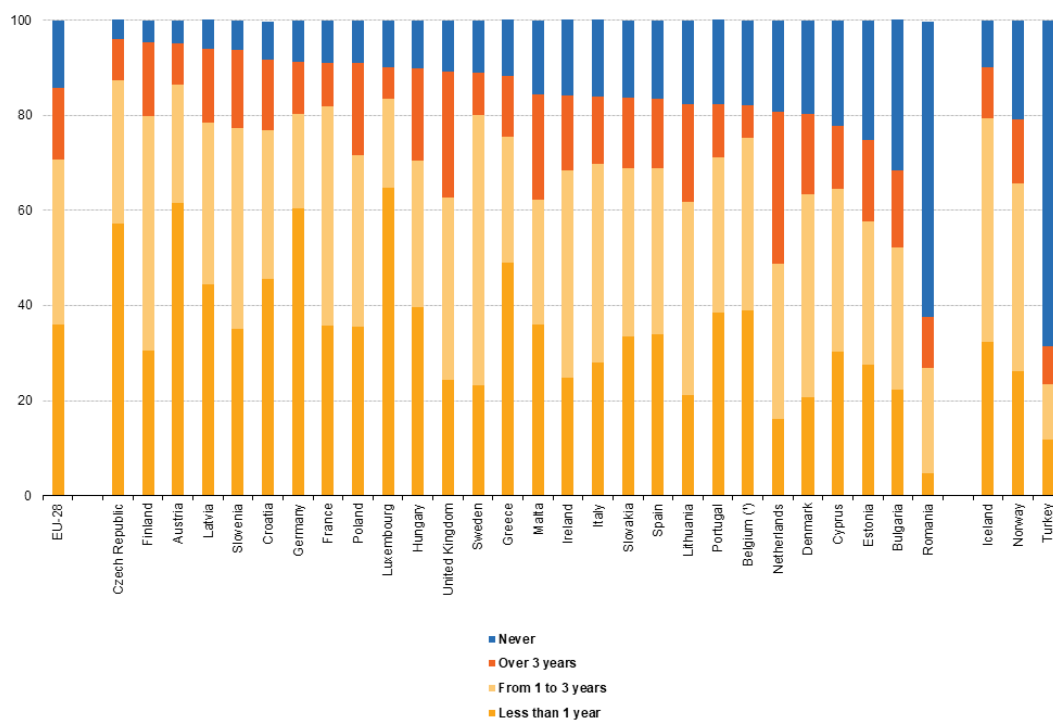
Kizárólag hagyományos citológiát alkalmaznak a legtöbb, összesen kilenc országban (Cseh Köztársaságban, Észtországban, Finnországban, Magyarországon, Lettországon, Litvániában, Lengyelországban, Romániában és Szlovéniában), kizárólag folyadékalapú citológiát hat országban (Németország, Anglia, Írország, Liechtenstein, Skócia, Wales), a két módszer kombinációját öt országban alkalmazzák (Franciaország, Izland, Olaszország, Hollandia, Norvégia). Hat ország egyáltalán nem alkalmaz HPV tesztet a szűrési programjának semmilyen szintjén (Cseh Köztársaság, Magyarország, Izland, Lettország, Litvánia, Románia). Néhány országban már bevezették az elsődleges HPV szűrést a szűrési programba (pl. Finnországban, Olaszországban, Svédországban és Liechtensteinben), azonban a programok többségében a HPV-tesztet, a kiszűrt citológiai rendellenességek osztályozására, valamint a kezelés utáni gyógy mód meghatározása céljából alkalmazzák [48].

Három kivétellel (Észtország, Litvánia és Liechtenstein) minden ország méhnyakszűrő programja rendelkezik helyi és/vagy nemzeti szintű minőségbiztosítási irányelvvel.

A szervezett szűrővizsgálat lakossági lefedettsége a legalacsonyabb Magyarországon (10%-nál kevesebb), és Franciaországban (13%), 70% vagy annál nagyobb a lefedettség Dániában, Angliában, Finnországban, Izlandon, Írországban, Olaszországban,

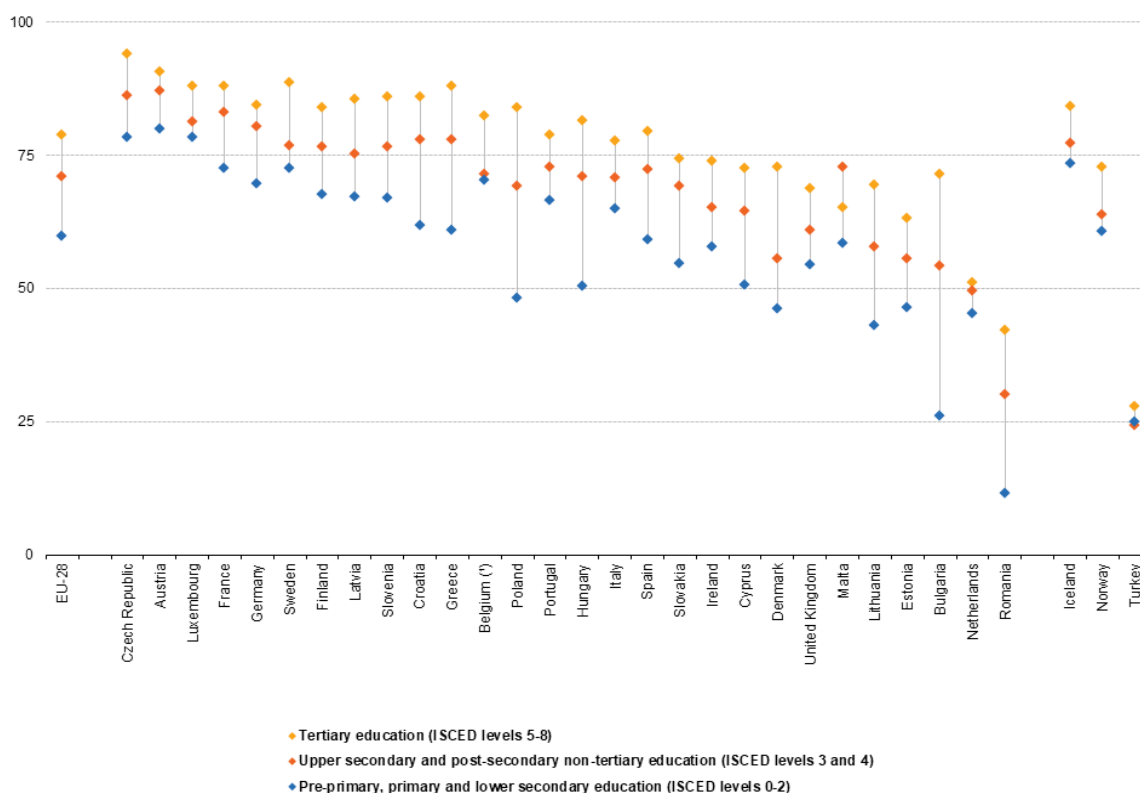
Skóciában, Szlovéniában, Svédországban és Walesben. Az egyes országok eltérő módszertan alapján számolják az átszűrtséget, mely megnehezíti az adatok összehasonlíthatóságát. A szervezett programon kívül végzett szűrések aránya szintén nehezen összehasonlítható, de a becslések alapján a legalacsonyabb 1,2% -os értéktől (Anglia) a finnországi 60%-os és az észtországi 80% -ig terjed [48].

Az átszűrtséget tekintve az Európai Unió statisztikai hivatala (EUROSTAT) által közölt, a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérésen (European Health Interview Survey (EHIS)) alapuló adatai [52] alapján, több, mint 70%-os volt a női lakosság 3 éves átszűrtsége Portugáliában, Franciaországban és Ausztriában (2012-es adatok), valamint Finnországban és Svédországban. A legalacsonyabb volt az átszűrtség a Cseh Köztársaságban (33,3%), Romániában (25,9%, 2012 adatok) és Szlovákiában (23,2%, 2015 adatok). 2014-ben az Európai Unió 28 országának a méhnyakszűrés célcsoportjába tartozó női lakosságának a 14,1% -a számolt be arról, hogy soha nem volt méhnyakszűrésen. Közülük 11 tagállamban ez az arány 10%, vagy az alatt volt, ugyanakkor Észtországban a női lakoságnak csaknem egynegyede, Bulgáriában 31,7%, Romániában 62,1% -a, és Törökországban 68,5% -a soha életében nem vett részt méhnyakszűrő vizsgálaton (6. ábra).



6. ábra: A méhnyakszűrő vizsgálaton önbevallás alapján részt vett 20-69 éves nők aránya az EU 28 országaiban 2014-ben. Forrás EUROSTAT [52]

A felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkező nők, az önbevalláson alapuló felmérés adatai alapján nagyobb gyakorisággal járnak szűrésre (EU 28 országok esetében átlagosan 78,8%-uk részt vett 3 éven belül a szűrésen), mint a legfeljebb alapfokú és alsó középfokú iskolai végzettséggel rendelkező nők (59%). Málta volt az egyetlen kivétel, ahol a legmagasabb volt az átszűrtség aránya a legfeljebb középiskolai és középfokú végzettségű nők körében (7. ábra).



7. ábra: A méhnyakszűrő vizsgálaton önbevallás alapján részt vett 20-69 éves nők aránya iskolai végzettség szerint az EU 28 országaiban 2014-ben.

Forrás EUROSTAT [52]

A nemzetközi iránymutatások hangsúlyozzák a lakossági nyilvántartás fontosságát, hiszen csak így érhető el szűrésre jogosult személyek meghívása. Az európai országokban a „hívás-visszahívás” alapú meghíváshoz használt források, adatbázisok szintén különbözőek. Nemzeti vagy helyi közigazgatási lakossági nyilvántartások, háziiorvosi listák (pl. Angliában) [53], egészségügyi szolgáltatók adatbázisai, nemzeti egészségbiztosítási adatbázisok, választási névjegyek stb. A szervezett programokon kívül nem szisztematikus meghívást alkalmaznak, akár a tömegkommunikációs eszközöket is igénybe veszik a nők széleskörű eléréséhez.

A szervezett szűrés fogalmát tágan értelmezik az egyes országok, heterogén megközelítést alkalmaznak a megvalósítás során, az eltérő egészségügyi rendszerek, kulturális jellemzők és erőforrások miatt. A szervezett szűrést kínáló hatóságok és a szűrést igénybe vevők szükségletei között jelentős eltérés van. A hagyományos, „skandináv típusú” szűrőprogramok hatékonyságának bizonyítékain alapuló nemzetközi ajánlások nem minden országban alkalmazhatóak egységesen. Williams és munkatársai áttekintő tanulmányukban megállapították, hogy a jövőben az egyes programok megszervezésére vonatkozó ajánlások elkészítése során a szakértőknek egyértelműen definiálniuk kell a szervezett "populációs program" jellemzőit, és specifikálni szükséges azokat a tényezőket, amelyek megvalósítása nem lehetséges vagy nehézkes az egyes országokban az erőforrás korlátai vagy a meglévő egészségügyi rendszerek paraméterei alapján [54].

Az EU Horizon2020 kutatási programja keretében jelenleg is folyik egy tudományos kutatás (EU-TOPIA), amelynek célja, hogy áttekintse három daganatos betegség (a méhnyak, az emlő, és a vastagbél) megelőzésére ajánlott népegészségügyi szűrőprogramok helyzetét a tagállamokban és javaslatot dolgozzon ki a szűrési programok eredményességének és költség-hatékonyságának javítására [55].

2.4. A méhnyakszűrés története, és tapasztalatai Magyarországon

Magyarországon világviszonylatban is az elsők között, már az 1950-es évektől kezdődően bevezetésre került az onkológiai méhnyakszűrés, melynek módszere kezdetben a kolposzkópos vizsgálat volt. Az Országos Onkológiai Intézet és az onkológiai hálózat működési szabályzata 1954-ben elrendelte a 30 év feletti női lakosság tömeges szűrését. Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervix kenet citológiai vizsgálata. 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. [56-58]. Az Egészségügyi Minisztérium az Országos Onkológiai Intézet irányítása alatt az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet az Országos Kóronctani és Kórszövettani Intézet együttműködésével 1981-ben elindította a Cervix Programot, melynek keretében megteremtették a Magyarországon élő veszélyeztetett korú (25–65 év közötti) női lakosság kétévenkénti szűrésének lehetőségét. Ez a kezdeményezés azonban

nem behívásos alapon működött, vagyis a nők csak alkalmoszerűen jelentek meg az orvosnál és nem volt vezetve, ki hány évente jelent meg, és milyen eredménnyel járt a vizsgálat. A program hatásaként csökkent az elhanyagolt állapotban felfedezett méhnyakrákok száma, egyre több rákmegelőző állapotban levő esetet sikerült kiszűrni, azonban a népesség átszűrtsége nem javult. A méhnyakrák miatti halálozási adatok érdemben nem csökkentek, megmaradtak évi 5-700 eset között. A cervix - program sajnos nem érte el a célját. A magas vizsgálati számok mögött jelentős problémát ismertek fel a szakemberek. A női lakosság rendszeresen nőgyógyászhoz járó csoportját szükségesnél gyakrabban szűrték, a nőgyógyászhoz nem járó nőket, pedig ritkán, vagy egyszer sem. 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 kétfévente. 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 [59-60].

A több évtizedes opportunisztikus szűrés azonban nem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon [57]. A szervezett, populációs alapú népegészségügyi méhnyakszűrési program 2003-ban kezdődött Magyarországon [61]. Ennek keretében a nemzetközi ajánlásokkal összhangban [62-63], a 25-65 éves korú nőket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezésében három évente hívják szűrővizsgálatra. [64].

A szervezett szűrés bevezetését követő kezdeti tapasztalatok kedvezőtlenek voltak, a szűrési nyilvántartó által regisztrált részvétel országos átlagban nem haladta meg a meghívottak 8%-át, annak ellenére, hogy az egészségbiztosítás keretében évenként finanszírozott citológiai vizsgálatok száma ennek a többszöröse volt [65]. Az országos méhnyakszűrési program csak néhány százalékkal volt képes emelni a 25-65 éves korú nők átszűrtségét. A méhnyakrákszűrés részvételi mutatóit vizsgáló magyarországi kutatás eredményei alapján a 2003 és 2005 közötti három évben, a szervezett szűrés első ciklusának idején a 3 éves lefedettség 3,7 % - al (48,9%-ról 52,6%-ra) emelkedett a szervezett szűrést megelőző referencia időszak (2000-2002) 3 éves lefedettségéhez képest. A szerzők megállapították, hogy ahhoz, hogy érdemi mortalitás csökkenést eredményezzen a program, a részvételi mutatókat növelni szükséges [66].

Továbbra is problémát jelentett, hogy a célcsoport egy részét (népegészségügyi szempontból) indokolatlan gyakorisággal (évente) szűrték, míg a céllakosság másik része – a nőgyógyászhoz nem járó nők – sohasem részesültek szűrővizsgálatban [67]. Magyarországon a szervezett szűrés keretében biztosított szűrővizsgálat a nőgyógyászati

szakellátáshoz kötött, az alkalmazott módszer továbbra is a nőgyógyászati szűrési protokoll szerinti teljes klinikai vizsgálat volt [68].

A szűrővizsgálathoz való hozzáférés egyenlőtlenségeket mutat, a szűrésre jogosult női lakosság egy része, különösen a kistelepüléseken élő, hátrányos helyzetű lakosság számára nehezen elérhető [69-71]. A lakosság részvételi hajlandósága az opportunist szűrési gyakorlatot követi, melynek a hátránya, hogy nem fedi le teljes mértékben a célcsoportot, éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó, személyek maradnak ki a szűrésből. További problémát jelentettek az átszűrtséggel kapcsolatos adatok pontatlanságai, az alapellátás szereplőinek az alacsony részvétele a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban, a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítése során [3]. A MicroOLEF 2007 (Mikro Lakossági Egészségfelmérés 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 [72]. A hatékonyság növelése érdekében olyan célzott stratégia kidolgozására volt szükség, amely csökkenti a szolgáltatás elérésben meglévő egyenlőtlenségeket, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévők, illetve a roma népesség számára elérhetővé teszi azt. A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés kedvezőtlen tapasztalatai miatt a szakemberek kezdeményezték a szűrés módszertanának a hatályos nemzetközi gyakorlathoz történő igazítását, a szakdolgozói szűrés bevezetését, amelyben a méhnyakszűrés csak citológiai vizsgálatra korlátozódik, a kenetet megfelelően képzett szakdolgozók – védőnők – veszik. Ez esetben csak a nem negatív szűrővizsgálat jelent indikációt a nőgyógyászati vizsgálatra, amelynek része a kolposzkópos vizsgálat is. A szolgáltatásnak az alapellátásra történő kiterjesztésétől, a hozzáférés javítását, az elérésben tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését, továbbá a lakosság részvételi hajlandóságának a növelését, hosszú távon a méhnyakrák mortalitás érdemi csökkenését várták el [73]. Magyarországon 2009-ben, egy mintaprogram keretében, pilot jelleggel indult el az új szolgáltatás, a védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés (Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram I. rövidítve: VMMP I).

Az első mintaprogram kedvező tapasztalatai, eredményei alapján következő években (2010-2013) tovább folytatódtak a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP II-V) [74-75]. Az öt év alatt összesen 164 628 meghívólevelet küldtek ki a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívott nőket a védőnők felkeresték, beszéltek velük a szűréssel kapcsolatban. A programok ideje alatt a szűrendők közel 50 %-át tudták

elérni a védőnők, ami összesen 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 [76]. A pilot programok eredményei alátámasztották, hogy a védőnők alkalmasak és képesek a kenetvétel elvégzésének megtanulására és kivitelezésére, a női lakosság megszólítására [74-76]. Így az elmúlt években elkezdődött, az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása, a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése. A védőnői méhnyakszűrés bevezetését az egészségpolitikai döntéshozók támogatták, így a 28/2013. (IV.5) EMMI rendelet értelmében a védőnők nővédelmi feladatai 2015. októbertől a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészültek ki [77].

A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében a „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Unió projekt lehetőséget biztosított az önként jelentkező védőnők számára, hogy térítésmentesen részt vegyenek a továbbképzésben, amely felkészíti őket a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére.

Az új kompetencia beépült a védőnők képzési és kimeneti követelményrendszerébe [78] biztosítva ezzel a program fenntartásához szükséges szakemberek utánpótlását, így azok a védőnők, akik tanulmányaikat a 2017/2018-as tanévben fejezték be, már a méhnyakszűrési kompetenciával bővített képzéssel rendelkeztek. Jelenleg közel 1700 védőnő rendelkezik a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzéséhez szükséges kompetenciával Magyarországon.

Nem tartozik szorosan az értekezés témaköréhez, de mindenképp említést érdemel a méhnyakrák megelőzésének specifikus primer prevenció eszközé, a HPV oltás elérhetősége és populációs szintű bevezetése is. Az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency EMA) 2006-ban a quadrivalens [79] (HPV 6/11/16/18), 2007-ben a bivalens [80] (HPV 16/18), majd 2015-ben a nonavalens [81] (HPV 6/11/16/18/31/33/45/ 52/58) HPV vakcinák alkalmazását hagyta jóvá. Az Egészségügyi Világszervezet a méhnyakrák elsődleges megelőzésére ajánlja a HPV védőoltás használatát, elsősorban serdülőkorban, a szexuális aktivitás megkezdése előtt [82-83]. Ma már a legtöbb Európai Unió ország rendelkezik HPV oltási programmal [84]. Magyarországon 2014-ben került bevezetésre az ingyenes iskolai oltási program, amelynek keretében a hetedik osztályos, 12–13 éves lányok részesülhetnek a vakcinából [85].

2.4. Célkitűzések

A disszertáció alapját három vizsgálat képezte, melyek közül az első a méhnyakszűrés célcsoportjába tartozó női lakosságra, a másik kettő pedig az alapellátás szereplőire, közülük az egyik a háziorvosokra, a másik pedig a védőnőkre irányult.

1. A lakossági felmérés célja a méhnyakszűrés célcsoportjába tartozó 25-65 éves korú nők méhnyakrákkal és megelőzésével kapcsolatos ismereteinek, valamint a szűréssel kapcsolatos attitűdjének és gyakorlatának a feltárása. Célunk volt, hogy információt nyerjünk a magyarországi női lakosság szűrésen való részvételét meghatározó tényezőkről, és ezáltal azonosíthatóvá váljanak azon lakossági csoportok, amelyek kisebb valószínűséggel, vagy egyáltalán nem veszik igénybe a szűrővizsgálatot.
2. A háziorvosokra irányuló vizsgálatunk keretében egy szűrési modellprogramot dolgoztunk ki, és valósítottunk meg, azzal a céllal, hogy megvizsgáljuk, milyen mértékben növelhető a női lakosság méhnyakszűrésen való részvételi hajlandósága, ha a háziorvosok is részt vesznek a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban.
3. A védőnői vizsgálat célja a népegészségügyi méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vett védőnőknek az új szolgáltatás végzésével kapcsolatos motivációjának és véleményének a feltárása volt. További célként tűztük ki, hogy a szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők körében megismerjük a szűrési tevékenység időfelhasználást és munkarendbe illesztését, valamint, hogy a védőnői méhnyakszűrés hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezőket a résztvevők szemszögéből azonosítsuk.

3. MÓDSZERTAN

3.1. A vizsgálatok formája

1. Kérdőíves egészségfelmérés a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Programban résztvevő háziorvosi praxisokhoz tartozó 25-65 éves nők reprezentatív mintáján.
2. Szűrési modellprogram Zala megyében.
3. Kérdőíves felmérés a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre történő felkészítést elvégzett védőnők körében.

3.2. A lakossági felmérés és a Zala megyei szűrési modellprogram módszertana

A szűrési modellprogram szervesen kapcsolódott a lakossági felméréshez oly módon, hogy a modellprogramban meghatározott intervencióban résztvevő nők kiválasztása a lakossági felmérés adatai alapján történt, a megvalósítás pedig ugyanazon kutatási program keretében zajlott. Ezért a lakossági felmérés és a Zala megyei intervenció program módszertani ismertetését együtt tárgyaljuk.

A kutatás a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program szervezeti keretei között valósult meg 2008-ban. A Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (HMAP) [86] hazánkban az első reprezentatív igényű, nemzetközi elvárásokhoz igazított morbiditás regisztrációs/monitorozó program, amelyben 11 megyéből közel 200 háziorvos vett részt a vizsgálat idején. A résztvevő praxisok az adott megyében található háziorvosi praxisokat településnagyság és geográfiai szempontból egyaránt reprezentálták. A HMAP a rendszeres monitorozási tevékenység mellett kutatási keretet biztosít etiológiai vizsgálatokhoz, illetve az egészségügyi ellátórendszer működését vizsgáló kutatásokhoz. A vizsgálat lebonyolításához szükséges forrást a Jedlik Ányos Program „A népegészségügyi szempontból legjelentősebb népbetegségek megelőzési lehetőségei” című (kód: NKFP1-00003/2005) projekt biztosította. A kutatási projekt a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet irányításával, az Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatal, a GlaxoSmithKline KFT. (GSK), valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálat Zalaegerszegi Kistérségi Intézete együttműködésében valósult meg.

3.1.1. A vizsgálati populáció, mintavétel

A felmérés alapsokaságát a HMAP-ban résztvevő 11 megye (Baranya, Bács-Kiskun, Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Komárom-Esztergom, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala) 25-65 éves korú női lakossága, a forráspopulációját, pedig a 11 megyéből a vizsgálatra jelentkezett 96 (89 fő 10 megyéből, és 7 fő Zala megyéből) háziorvos praxisához tartozó 25-65 éves női lakosság alkotta.

A vizsgálati mintanagyság úgy került meghatározásra, hogy az adott paraméter populációs prevalenciájának a mintából számított prevalenciából történő becslése esetén a hiba semmilyen prevalenciaérték esetén ne legyen nagyobb, mint 3%, amennyiben a visszaküldés a tapasztalatok alapján várható 75%-ot eléri.

Kérdőíves felmérés mintavétele: A vizsgálati populáció a forráspopulációból véletlenszerűen került kiválasztásra. A vizsgálat mintavételi keretét 10 megyéből (Zala megye kivételével valamennyi HMAP megye) a vizsgálatra jelentkező 89 háziorvos praxisához tartozó összesen 54 562 (2007. november 1-i dátum szerint) nő alkotta (2. táblázat). Valamennyi résztvevő háziorvosi praxis rendelkezett területi ellátási kötelezettséggel. A többlépcsős mintavétel első lépésében meghatároztuk a vizsgálatba bevont megyék 25-65 éves női lakosságának létszáma alapján a megyei mintanagyságokat. Második lépésben egy adott megyében a HMAP-ban résztvevő háziorvosok praxisába tartozó 25-65 éves nők létszáma alapján meghatároztuk a praxisspecifikus mintanagyságokat. Harmadik lépésben történt a forráspopulációból történő cirkuláris szisztematikus véletlen mintavétellel összesen 1 306 személy kiválasztása. Mivel előzetes tapasztalatok szerint a kor erősen befolyásolhatja a felmérés célparamétereit, a praxison belüli kiválasztásnál a kor szerint arányos mintavételre törekedtünk.

2. táblázat: A vizsgálatra jelentkező háziorvosok praxisaiba tartozó 25-65 éves korú női lakosság száma és a minta elemszáma

Megye	Résztvevő háziorvosok száma (fő)	Mintavételi keret (fő)	A minta(fő)
10 HMAP megye	89	54 562	1 306
Zala megye	7	5 168	2 000
Összesen:	96	59 730	3 306

Az intervenciós modellprogram mintavétele: A szűrési modellprogram megvalósítására Zala megyében került sor, a vizsgálatra jelentkezett háziorvosok (7 fő) praxisainak 25-65 éves női lakosságának (5 168 fő) arányában praxisonként rétegzett véletlen mintavétellel történt meg további 2 000 fő választása. A végleges vizsgálati mintanagyság így összesen a 11 HMAP megyében 3 306 fő volt.

A Zala megyei nők ezáltal felül reprezentáltak voltak a minta populációban, amit az elemzés során úgy korrigáltunk, hogy a becslések során a 11 megye női lakosságának korcsoportos megoszlására súlyozott becsléseket számítottunk.

A 11 megye reprezentálta Magyarország földrajzilag különböző tájait, a résztvevő háziorvosi praxisok települései között voltak városi és falusi körzetek is. Mivel a részvétel a háziorvosok esetében is önkéntesen történt, nem véletlenszerű kiválasztással, így statisztikai értelemben reprezentativitásról szigorúan nem beszélhetünk, ugyanakkor a résztvevő háziorvosok körzetei jól reprezentálják szocio-demográfiai szempontból Magyarország különböző térségeit és lakosságát.

A mintánk egyetlen komoly limitációja az országos reprezentativitás szempontjából az volt, hogy budapesti (fővárosi) praxisok nem szerepelnek benne, emiatt a felmérésünk célpopulációjának nem Magyarország teljes 25-65 éves női lakosságát tekintjük, hanem csupán a 11 megye 25-65 éves női lakosságát.

3.1.2. A kérdőíves eszköz bemutatása

A felmérésben az adatgyűjtés egy általunk fejlesztett, önkitöltős kérdőív segítségével történt, amelyet a résztvevők a háziorvosukon keresztül kaptak meg (1. Függelék).

Az adatgyűjtés a következő témakörökre terjedt ki:

- demográfiai és gazdasági jellemzők: életkor, iskolázottság, lakóhely településtípusa, jövedelem, foglalkoztatottság;
- egészségi állapot: vélt egészségi állapot, funkcionalitás, nőgyógyászati betegségek;
- életmód: testmozgás, tápláltsági állapot, dohányzási szokások, szexuális magatartás;
- méhnyakrák tüneteire, kezelésére, és megelőzésére vonatkozó tudás és ismeretek;

- a nőgyógyászati ellátás igénybevétele: a nőgyógyászati ellátás igénybevételének gyakoriságáról, valamint arra vonatkozóan, hogy az elvégzett vizsgálatok eredményeiről kap-e és milyen módon tájékoztatást;
- a szervezett méhnyakszűrésen való részvétel: kapott-e meghívót méhnyakszűrésre, részt vett-e azon, megkapta-e a szűrővizsgálat eredményét; ha nem vett részt a szűrésen, ennek mik voltak az okai. Kitől és milyen formában kért/kapott tájékoztatást a szűrésről;
- HPV oltással kapcsolatos vélemény: a méhnyakrákot megelőző oltást igénybe venne-e, ha igen, milyen feltételek mellett.

Az alkalmazott kérdőív támaszkodott a HMAP keretében elvégzett korábbi vizsgálatokban alkalmazott és bevált kérdőíves eszközökre, kitöltése 20-25 percet vett igénybe. Néhány kérdést a (vélt egészség, funkcionalitás, testmozgás, tápláltsági állapot, dohányzási szokások) az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003-as kérdőívéből vettünk át.

A kérdőív kipróbálása fókuszcsoporthoz tartozó interjú segítségével történt, melyet a Társadalomkutatási Intézet Zrt. (TÁRKI) munkatársai végeztek el, háromszor 8 fős kiscsoportokban, 3 városban (Székesfehérvár, Budapest, Debrecen). A fókuszcsoporthoz tartozó interjú résztvevői a célcsoportot képviselték, különböző életkorú, iskolai végzettségű, különböző településtípusokon élő nők vettek benne részt. A résztvevők mindegyike úgy ítélte meg, hogy amennyiben egy ilyen megkeresés érné, részt venne a felmérésben. A kérdőív kitöltése 20-25 percet vett igénybe, azaz a terjedelem nem veszélyeztette a részvételi hajlandóságot. A visszaküldött kérdőív nem tartalmazott olyan adatokat, amelyek segítségével a válaszadó azonosítható lenne. A teljes anonimitás biztosítása kellő garancia volt a résztvevők számára ahhoz, hogy a legbizalmasabb kérdésekre is választ adjanak. A kérdések döntő többsége a kipróbált formában egyértelmű, megválaszolható volt. Néhány kérdésnél adódtak stiláris, érthetőségi, illetve tartalmi problémák, ezeket az észrevételek alapján javítottuk, a kérdőívet a fókuszcsoporthoz tartozó kipróbálás tapasztalatainak birtokában véglegesítettük.

3.1.3. Adatfelvétel módja, adatkezelés

A felmérésben az adatgyűjtés önkitöltős, papír alapú kérdőíven történt, amelyet a résztvevők a háziorvosukon keresztül kaptak meg, és a kitöltést követően bérmentesített válaszborítékban küldték vissza a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző

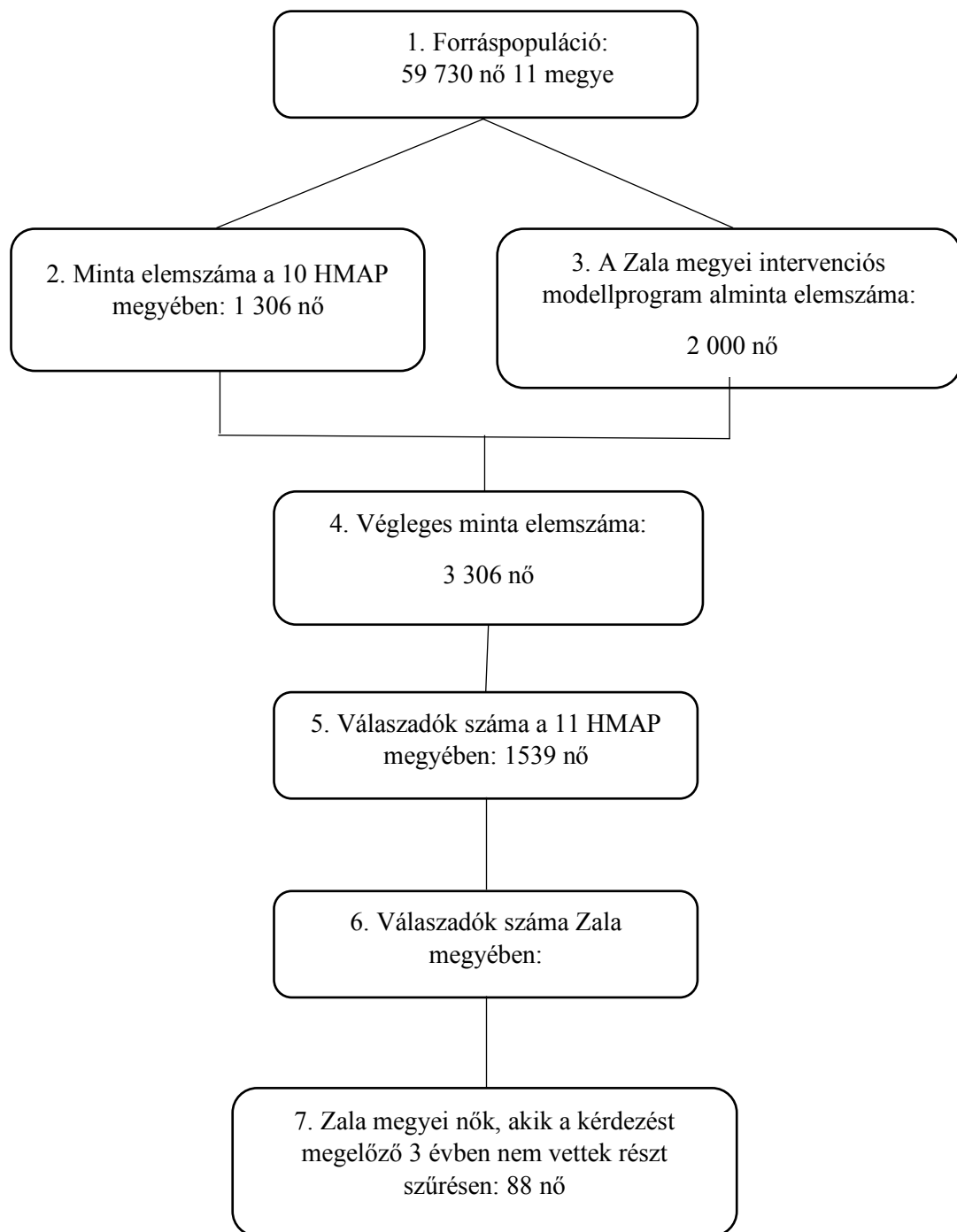
Orvostani Intézetének címére. A 10 megyére kiterjedő felmérés kérdőíve teljesen névtelen volt, a kérdőíven semmilyen, a résztvevő azonosítására szolgáló adat nem szerepelt, az irányítószámot kivéve.

A Zala megyei szűrési modellprogram nem volt anonim, ezért beleegyező nyilatkozatot töltöttek ki a résztvevők, melyben szándékukat fejezték ki, a vizsgálatban való részvételre, és engedélyezték az adataiknak a protokollban meghatározott módú és célú kezelését.

A fókuszcsoporthozos interjúban a résztvevőket az intervenció vizsgálatban való potenciális részvételükről is kérdeztük. Itt a protokollnak megfelelően a kérdőíven szerepelt a házi orvos azonosítója, valamint a páciens törzskarton száma, azaz nem volt teljesen anonim a felmérés. A kérdőív feldolgozását végzők azonban ezek alapján senkit nem tudtak azonosítani, erre csak a házi orvosuk lett volna képes. A házi orvos a törzskarton szám alapján azonban csak arról kapott visszajelzést, hogy kik nem vettek részt 3 éven belül szűrésen. A házi orvos a kérdéses személyek egyéb válaszairól nem kapott információt. Ez az elrendezés, a válaszok így módon történő bizalmas kezelése a fókuszcsoporthozos résztvevők véleménye alapján kellő garanciát nyújtott az intervenció modellprogramban a potenciális személyek részvételére.

3.1.4. A szűrési modellprogram lépéseinek bemutatása

A szűrési modellprogram két részből állt, első körében az országos felmérésben alkalmazott kérdőívet használtuk, melyeknek a visszaérkezését követően feldolgozott adatai alapján kiválasztottuk azokat a Zala megyei személyeket, akik a vizsgálatot megelőző 3 évben nem vettek részt méhnyakszűrésen. A mintaválasztás időpontjában a Zala megyéből beérkezett, és a szűrési modellprogramban való részvételbe beleegyezett válaszadók száma 634 fő volt (7. ábra, 6. pont) közülük került kiválasztásra az a 88 fő (7. ábra, 8. pont), akik megfeleltek az intervenció modellprogramban való részvétel kiválasztási kritériumának, vagyis több, mint 3 éve, vagy soha nem vettek részt méhnyakszűrő vizsgálaton (7. ábra).



7. ábra: Az intervenciós modellprogram mintaválasztásának folyamata

A modellprogram második körében adatokat gyűjtöttünk a háziorvos tájékoztató tevékenységéről (milyen módon próbálta elérni a háziorvos a pácienseinél a részvételt a szűrésen). Továbbá a Zala megyei szűrési koordinátor és a helyi citológiai laborok segítségével információt gyűjtöttünk a szűrővizsgálatok megtörténtéről.

A szűrési modellprogram megvalósítása során azonos módszertant alkalmazva, mind a 88 fő esetében a vizsgálati protokollban meghatározottak szerint jártunk el, az alábbi lépések szerint:

- A mintában szereplő nők számára tájékoztató levelet küldtek a házi orvosok, melyhez egy szűrési meghívót, valamint a méhnyakrák megelőzésével kapcsolatos információkat tartalmazó szóróanyagokat is mellékeltek. Minden résztvevő nő ugyanazt a levelet kapta meg, annyi eltéréssel, hogy mindenkinek a saját házi orvos írt alá a tájékoztató levelét.
- Ezt követően a házi orvosok hetente jelentést kaptak a páciensek szűrésen való megjelenéséről a Zala megyei szűrési koordinátortól. A jelentés alapján a citológiai vizsgálat dátumát rögzítették a vizsgálati adatlapon.
- 6 héttel a levél elküldése után azokat a nőket, akik nem vettek részt a szűrésen, a házi orvosuk ismét megpróbálta elérni, de most már személyesen, vagy telefonon. A megkeresés során a házi orvos igyekezett a motiválás, meggyőzés eszközeivel rávenni őket az együttműködésre, a szűrésben való részvételre.
- Ezt követően, még 4 hétig figyeltük a citológiai laborok jelentései alapján a szűrésen való részvételt, majd az utolsó telefonos vagy személyes megkeresést követő 4 hét elteltével lezártuk a szűrési modellprogramot.

3.1.5. Etikai engedély

A vizsgálat a Debreceni Egyetem, Klinikai Központ Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottság 2698-2007 számú engedélyével került lebonyolításra.

3.1.6. Statisztikai és elemzési módszerek

Vizsgálataink során egyváltozós elemzéseket végeztünk a tárgyalt paraméterek populációs értékeinek becslésére. A becslések során a 11 megye női lakosságának korcsoportos megoszlása szerinti súlyozott becsléseket számítottunk.

A populációs becsléseken túl egyes kategorikus változó párok közötti összefüggések erősségének vizsgálatára a Pearson-féle khi-négyszet próbát használtunk, az eredményt $p < 0,05$ esetén tekintettük statisztikailag szignifikánsnak.

Logisztikus regressziós modellt alkalmazva összefüggés elemzést végeztünk. Vizsgáltuk a szűrésen való részvétel kapcsolatát a társadalmi-gazdasági tényezőkkel (életkor, családi állapot, iskolázottság, foglalkoztatottság, háztartások ekvivalens jövedelme,

településnagyság) valamint az életmóddal (dohányzás, testmozgás, tápláltsági állapot, szexuális partnerek száma). Az elemzés során a STATA statisztikai programcsomag [87] felmérés-elemző modulját használtuk a prevalencia becslések 95%-os megbízhatósági tartományának (MT) meghatározására.

Az elemzést az alábbi kategóriákban végeztük el:

Az életkori kategóriák a következők voltak: 25-34; 35-44; 45-54; 55-65 évesek. A családi állapot tekintetében az alapján képeztünk két kategóriát, hogy az illető partnerkapcsolatban él, vagy nem él partnerkapcsolatban. A háztartások ekvivalens jövedelmét úgy határoztuk meg, hogy a háztartás átlagos havi teljes bevételét osztottuk a háztartásban élők számának a négyzetgyökével. A háztartásokat ezt követően kvartilisekbe rétegeztük az átlagos havi jövedelem függvényében (az értékek Forintban kifejezve az alacsonyabbtól a magasabb kategóriáig: <70 656; 70 657-100 022; 100 023-127 381; > 127 382). A településeket az irányítószám alapján azonosítottuk, majd a települések lélekszáma alapján négy kategóriát képeztünk (megyei jogú város, 10 000 főnél nagyobb, de nem megyei jogú város, 1000 és 9999 fő közötti, valamint a kisebb, mint 1000 fő lakosú települések). A dohányzási szokások tekintetében az Egészségügyi Világszervezet ajánlásai alapján nem dohányzóknak tekintettük azokat, akik az adatfelvétel idején nem dohányoztak, vagy régebben dohányoztak, de már leszoktak. Azokat tekintettük dohányzóknak, akik napi rendszerességgel dohányoznak, erős dohányosoknak, pedig azokat, akik naponta több mint 20 szál cigarettát szívnak el. A testmozgást két kategóriában vizsgáltuk, a hetente kevesebb, mint 150 perc testmozgást végzők, és a hetente több mint 150 perc testmozgást végzők. A válaszadók által megadott testtömeg (kg) és testmagasság (cm) alapján számoltuk ki a testtömeg indexet (TTI; Body Mass Index BMI) az alábbiak szerint: a testtömeg (kg) és a testmagasság (m) négyzetének hányadosa; $BMI = \text{kg/m}^2$. Erre az Egészségügyi Világszervezet ajánlásának megfelelően a következő kategóriákat képeztük: túlzott soványság: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, normál testsúly: $18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$, túlsúlyos: $25 - 29,99 \text{ kg/m}^2$, elhízott: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. A szexuális aktivitást az elmúlt egy évben létesített partnerkapcsolatok számával jellemeztük. Ez alapján három kategóriát képeztünk: nem volt partnere egy éven belül, egy partnere volt egy éven belül, kettő vagy több partnere volt egy éven belül.

3.2. A védőnői vizsgálat módszertana

Mint ahogy korábban szerepelt, a TÁMOP 6.1.3/A Pilot jellegű védőnői méhnyakszűrési és vastagbéliszűrési szűrőprogramok országos kiterjesztése című projekt keretein belül, 2013 és 2015 közötti időszakban megkezdődött Magyarországon a védőnői méhnyakszűrési országos kiterjesztése. A védőnők méhnyakszűréssel kapcsolatos véleményének feltárására irányuló vizsgálatunkat 2016-ban végeztük, egy évvel az országos kiterjesztés megkezdését követően.

A vizsgálat kereteit a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszéke biztosította, együttműködve az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság Alapellátás-fejlesztési és Módszertani Főosztály Védőnői Módszertani Osztályával.

3.2.1. A védőnői felmérés mintavétele

A védőnői felmérés forráspopulációját védőnői munkakörben dolgozók adták. Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő védőnői végzettséggel rendelkezők száma 5290 fő volt Magyarországon 2015-ben. A védőnői felmérés mintájába azokat a védőnőket választottuk ki, akik már rendelkeztek ismeretekkel a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatban. A korábbi pilot jellegű védőnői méhnyakszűrő programok időszakában és a TÁMOP program idején szervezett, „A védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételekre és követésére” című továbbképzésben országosan összesen 2380 fő védőnő végzett.

A TÁMOP 6.1.3. program által biztosított továbbképzés tematikája támaszkodott a korábbi képzési programokra, így elméleti részből, kommunikációs tréningből és kenetvételi gyakorlatból épült fel. Azonban a projekt lehetőséget biztosított arra, hogy a védőnők, vagy csak az elméleti képzést és a kommunikációs tréninget végezzék el, vagy a teljes képzést a kenetvételi gyakorlattal együtt. A kenetvételezéshez szükséges kompetencia megszerzéséhez a teljes képzés sikeres teljesítésére volt szükség.

A korábbi képzésekben és a TÁMOP 6.1.3. által biztosított képzésekben együttesen összesen, 1383 fő védőnő rendelkezett a teljes méhnyakszűrési kompetenciával 2015-ben.

További 997 fő csak elméleti képzésben részesült, így ők nem rendelkeztek a szűrési kompetenciával, mert az ehhez szükséges kenetvételi gyakorlatot nem végezték el. A felmérés mintájába azokat a védőnőket választottuk be, akik részt vettek valamilyen formában (csak elmélet, vagy teljes képzés) a továbbképzésben, tehát összesen 2380 fő alkotta vizsgálat végleges mintáját. A felmérés teljes körű volt, mind a 2380 védőnőt bevontunk, aki a feni kiválasztási kritériummal rendelkezett.

3.2.2. A védőnői felmérés módszere, eszköze

A vizsgálat során online kérdőíves adatfelvétel történt a védőnői méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vett védőnők (2380 fő) körében. A kérdőíves eszköz saját fejlesztésű volt, két részből állt, egy helyen elágazást tartalmazott. A szűrésben való részvételi szándékot valamennyi válaszadó esetében kérdeztük, de a szűrési tevékenység időfelhasználásával, munkarendbe illeszkedésével, és annak végzésével kapcsolatos attitűd és vélemény feltárására vonatkozó adatokat csak azon védőnők esetében kérdeztük, akiknek már volt szűrési tapasztalata, a többieket a kérdőív elágazása már eleve nem engedte ezekhez a kérdésekhez lépni (2. Függelék).

Az alábbi témakörökben gyűjtöttünk adatokat:

Minden válaszadóra vonatkoztatva:

- Demográfiai jellemzők, a védőnői körzet jellemzői: életkor, védőnőként eltöltött évek száma, védőnői körzetben ellátott gondozottak száma, a körzet településtípusa, csatolt települések száma, helyettesítés;
- A védőnői méhnyakszűrésben szerzett gyakorlati tapasztalat: részt vett-e benne korábban, jelenleg részt vesz-e, ha nem, akkor tervezi-e a belépést, vagy nem. Ha nem szeretne belépni a jövőben, akkor annak mi az oka.

Csak a szűrési tapasztalattal rendelkezők esetében:

- A védőnői méhnyakszűrés időfelhasználása: mennyi időt fordít egyetlen szűrendő nő szűrési tevékenységével kapcsolatos valamennyi feladatának (látogatás, tanácsadás, dokumentáció, stb.) ellátására, mennyi a nővédelmi látogatások és tanácsadások, valamint a kenetvételek száma havonta, hogyan illesztette a szűrési tevékenységet a munkarendjébe;

A méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos szakmai attitűd és vélemény feltárására vonatkozó kérdések esetében az alábbi kérdéscsoportok szerepeltek:

- Motivációs tényezők: Mely tényezők motiválták arra, hogy jelentkezzen a méhnyakszűrő programba?
- A védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességet befolyásoló tényezők a szűrésben résztvevő védőnők véleménye alapján.
- Támogatás: Kik és milyen mértékben támogatják a szűrési tevékenységben?
- Pozitív tapasztalatok: A személyes hatékonyság fejlődése, milyen pozitív tapasztalatokra tett szert a szűrési tevékenység végzése során?

Az attitűd és vélemény feltárására vonatkozó kérdés csoportokban különböző állításokat soroltunk fel az adott témakörnek megfelelően, és a válaszadók 1-5-ig terjedő skálán jelölték, hogy mennyiben értenek egyet az adott állítással (1-es= egyáltalán nem értek vele egyet, 2 = kismértékben egyetértek, 3 =közepes mértékben egyetértek, 4 = nagyrészt egyetértek, 5= teljes mértékben egyetértek). A kérdőíves eszközt a véglegesítés előtt a szűrésben résztvevő védőnők (8 fő) körében teszteltük, továbbá vezető védőnők (3fő), valamint egy fő szűrési koordinátor is véleményezte.

3.2.3. Adatfelvétel módja, adatkezelés

A célcsoport minden tagja rendelkezett a munkahelyén internet eléréssel és hivatalos e-mail címmel, ezért kényelmes és költséghatékony eljárás volt az online kérdőív készítése, melyhez a Google Drive ingyenesen elérhető kérdőívszerkesztő űrlapot vettük igénybe. A kérdőíveket az EMMI Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság Alapellátás-fejlesztési és Módszertani Főosztály Védőnői Módszertani Osztályának munkatársa küldte ki a védőnők hivatalos e-mail címére. A válaszadás önkéntesen, név nélkül zajlott, a válaszokat fogadó űrlap adatait csak a kutatásban résztvevők láthatták, a kérdőív semmilyen azonosítót nem tartalmazott, amellyel a válaszadók személyét a későbbiekben a válaszaikhoz lehetett volna kötni.

3.2.4. Statisztikai módszerek

Az adatfeldolgozás során a deskriptív epidemiológia módszereit alkalmaztuk, a gyakorisági értékek esetén a 95%-os megbízhatósági tartományt (MT) vettük figyelembe az összehasonlításokhoz. Az adatbázis elemzése során, leíró statisztikai elemzéseket (gyakorisági becsléseket, átlagok, szórás stb.) végeztünk. A szűrési tevékenység

elfogadottságát a védőnők körében a kategorikus változók (ellátási terület településtípusa) esetében khi-négyzet próbával, a folytonos változók esetében, a védőnők demográfiai jellemzői (életkor, védőnőként eltöltött évek száma), valamint az általuk ellátott körzet egyes jellemzői (csatolt települések átlagos száma, az egy védőnőre jutó gondozottak, valamint a fokozott gondozottak száma) pedig két mintás t próbával végeztük el.

A védőnőknek a szűréssel kapcsolatos véleményét számos tényező befolyásolhatja, feltételeztük, hogy nem egyszerű ok-okozati összefüggés, hanem bonyolult függőségi kapcsolatok állhatnak az általunk vizsgált változók között. A mérési eszköz (kérdőív) fejlesztése során arra törekedtünk, hogy valamennyi ismert, a szűréssel kapcsolatban felmerülő tényezőnek a feltárására alkalmas legyen, a törekvéseink eredménye egy bonyolult tesztrendszer kidolgozása lett. Az elemzés során az attitűd kérdések adataiból faktoranalízist végeztünk, annak érdekében, hogy a változók számát csökkentsük, az összetett mutatókkal, (faktorokkal) az eredeti változók közötti kölcsönös függőséget, kapcsolatrendszert jellemezzük, és a közvetlenül nem mérhető háttérváltozókat identificaljuk. A faktoranalízis kezdetén 37 db változót vizsgáltunk, melyek közül kettőtől az első elemzést követően megváltunk, mivel nem illeszkedtek egyik újonnan kialakult faktorhoz sem. A faktoranalízis során tehát összesen 35 db változót vizsgáltunk, 4 kérdéscsoportban (alskálán), ebből a motivációs tényezők csoportjában 7 db változó, a szűrővizsgálat hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezők csoportjában 13 db változó, a támogató tényezők csoportjában 10 db, és végül a pozitív tapasztalatok csoportjában 5 db változó bevonására került sor. Mindegyik kérdés esetén 5 fokozatú Likert skála biztosította a faktoranalízis elvégzéséhez szükséges számszerű, metrikus adatokat. A változók faktorelemzésre való alkalmasságának értékelésére a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kritérium és Bartlett teszt került meghatározásra. A feltáró faktoranalízis során a főkomponens (principal component analysis) módszert alkalmaztuk Varimax rotálással és Kaiser normalizációval. A védőnőknek a szűrésben való részvételének vizsgálatához a korábban szűrt és az adatfelvétel idején szűrő védőnők faktorátlagai közötti különbségek feltárása szintén két mintás t próbával történt. A védőnők szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatait befolyásoló faktorok vizsgálata lineáris regressziós modellel történt. A védőnői vizsgálat adatainak elemzése az SPSS (SPSS Statistical Package for the Social Sciences v. 22.0 IBM Corp., Armonk, NY, USA) statisztikai programcsomag alkalmazásával történt.

4. EREDMÉNYEK

4.1. A lakossági felmérés eredményei

4.1.1. Az adatgyűjtés eredménye

A lakossági kérdőíves felmérés során a 11 megyéből 1611 beérkezett kérdőívet rögzítettük. Ebből kizártuk azokat a személyeket, akik az életkori és a területi határokon kívül estek, valamint azokat, akiknek a kérdőívén hiányzott a lakóhely megjelölésére szolgáló irányítószám vagy a születési dátum. Összesen 72 főt zártunk ki, a végleges mintában így maradt 1539 fő. Hiányzó adatokat a válaszok esetén nem imputáltuk az elemzéseket a rendelkezésre álló adatokon végeztük. A hiányzás mértéke nem haladta meg az 5%-ot, egyetlen kérdés esetén sem. Az adatgyűjtés eredményességét tekintve megállapítható, hogy a kiküldött 3306 db kérdőívnek a 47%-a (1539 db) érkezett vissza.

4.1.2. A célpopuláció becsült jellemzői

Egyváltozós elemzéseket végeztünk a vizsgált jellemzők populációs értékének becslésére. A becslések során a 11 megye női lakosságának korcsoportos megoszlása súlyozott becsléseket számítottunk. A vizsgálatban résztvevő 25-65 éves korú nők átlagéletkora 45.6 év volt (SD: 11,4), az egyes életkori kategóriákban meghatározott korcsoportok közel azonos arányban voltak jelen. A vizsgált 11 megye női lakosságának 76%-a partnerkapcsolatban élt (MT: 73-79). Az iskolai végzettségüket tekintve elmondható, hogy a nők többsége (72%-a) legfeljebb középfokú iskolai végzettséggel rendelkezett, közülük is sokan (21% MT: 18-24) legfeljebb 8 általánost végeztek. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya 18% (MT: 15-21) volt. A 25-65 éves korú nők 59% -a (MT: 55-63) dolgozott vagy tanult, 22 % volt a nyugdíjasok vagy rokkantnyugdíjasok aránya, további 5%-uk (MT: 4-7) munkanélküli volt, a többiek szociális és egyéb ellátásokból éltek. A célpopuláció több mint fele (63%-a) 10 000 főnél kisebb lakosság számú településen élt, közülük is elég sokan, 14 % (MT 12-17) 1000 főnél kisebb településen. Az életmódtényezők közül a dohányzással kapcsolatban elmondható, hogy csaknem minden harmadik nő (29%) dohányzott, ebből 21% (MT: 18-25) naponta maximum 20 szál cigarettát, további 8 % (MT:6-10) ennél többet fogyasztott, vagyis erős dohányos volt. Kevesebb testmozgást végzett, mint heti 150 perc a nők 40%-a (MT: 36-44). A testtömeg-indexük alapján 56%-uk túlsúlyos (33 % MT: 30-37), vagy elhízott (23 % MT: 20-26) volt. A nők legnagyobb része (79% MT: 76-81) a vizsgálatot megelőző egy éven belül egy partnerrel létesített szexuális kapcsolatot, 19%-nak nem volt

szexuális partnerkapcsolata, 3%-nak (MT: 2-4) kettő vagy több férfival volt kapcsolata egy éven belül (3. táblázat).

3. táblázat: A célpopuláció demográfiai, szociális és életmódbeli jellemzőire vonatkozó becslések (n=1539)

Demográfiai és szociális tényezők	% (95%-os MT ¹)	Életmód tényezők	% (95%-os MT ¹)
Kor		Dohányzási szokások	
25-34 éves	26 (23-30)	Nem dohányzik	71 (68-75)
35-44 éves	23 (20-26)	≥ 20 szál cigaretta/nap	21 (18-25)
45-54 éves	27 (24-30)	< 20 szál cigaretta/nap	8 (6-10)
55-65 éves	24 (21-27)		
Családi állapot		Testmozgás	
Nem él partnerkapcsolatban	24 (21-27)	< 150 perc/hét	40 (36-44)
Partnerkapcsolatban él	76 (73-79)	≥ 150 perc/hét	60 (56-64)
Iskolai végzettség		Testtömeg-index	
Legfeljebb 8 általános	21 (18-24)	Sovány	3 (2-6)
Középiskola érettségi nélkül	21 (18-25)	Normál	41 (37-45)
Érettségi	30 (26-33)	Túlsúlyos	33 (30-37)
Érettséginnél több, de nem felsőfokú	10 (8-13)	Elhízott	23 (20- 6)
Felsőfokú	18 (15-21)		
Háztartások ekvivalens jövedelme²		Szexuális partnerek száma egy éven belül	
<70 656 HUF	30 (26-33)	0	19 (16- 21)
70 657-100 022 HUF	29 (25-33)	1	79 (76- 81)
100 023-127 381 HUF	21 (18-24)	>1	3 (2- 4)
>127 382 HUF	21 (18-24)		
Foglalkoztatottság			
Dolgozik vagy tanul	59 (55-63)		
Szociális ellátásokból él	11 (9-14)		
Munkanélküli	5 (4-7)		
Nyugdíjas	12 (10-14)		
Rokkantnyugdíjas	10 (8-13)		
Egyéb	3 (2-4)		
Településnagyság:			
Megyei jogú város	20 (17-23)		
>10 000 fő nem megyei jogú város	17 (15-20)		
1 000-9 999	49 (45-52)		
<1 000	14 (12-17)		

¹MT: Megbízhatósági Tartomány ²A kvartiliseket a minta számára hoztuk létre. A kategóriákba tartozó alanyok egyenlőten eloszlása a súlyozásnak köszönhető.

4.1.3. A női lakosság szűrésen való részvételének jellemzői

Megvizsgáltuk a 11 megye női lakosságának méhnyak szűrésen való részvételét, és azt találtuk, hogy a vizsgált populáció egy éven belüli átszűrtsége 45% (MT:42-47) volt, az egy éven túl, de három éven belül részt vettek aránya 29% (MT: 26-31). Ezek alapján megállapítható, hogy a célpopuláció 74%-ától (MT: 70-77) vettek kenetet citológiai vizsgálatra (szervezett szűrés keretében, vagy azon kívül) az adatfelvételt megelőző 3 éven belül (hároméves lefedettség). Három évnél régebben volt szűrésen a nők 19% (MT: 17-20), soha életében nem járt méhnyakszűrő vizsgálaton a nők 6%-a (MT: 5-7), vagyis a szűrés célcsoportjába tartozó női lakosság 25%-a nem vette igénybe az ellátást az EVSZ által ajánlott három éves időintervallumon belül. A szervezett méhnyakszűrésre a 11 megye 25-65 éves korú női lakosságának 35,3%-a (MT: 32-37) kapott meghívót, akiknek 53,6%-a (MT: 49-57) vette igénybe az ingyenes szűrővizsgálatot. Megvizsgáltuk a meghíváson alapuló szervezett szűrésen való részvételt a nőgyógyászati ellátás igénybevételének függvényében, és az alábbi eredményeket kaptuk. Azon személyeknek, akik nem járnak nőgyógyászhoz, a 15%-a (MT:5,4-35), továbbá azoknak, akik a vizsgálatot megelőzően több mint két éve nem voltak nőgyógyásznál, az egyharmada (32 % MT: 23-43) ment el a szervezett, népegészségügyi célú méhnyakszűrésre. Ezzel szemben azoknak a nőknek 80 %-a (MT 70-86) megjelent a szervezett szűrésen, akik egyébként is rendszeresen (évente) járnak nőgyógyászhoz. Az eltérés statisztikailag szignifikáns volt ($p < 10^{-3}$) (4. táblázat).

4. táblázat: A nőgyógyászhoz járás és a szűrési behívóra reagálás összefüggése¹ azok körében, akik kaptak a szervezett szűrésre meghívó levelet (n=524)

Utolsó nőgyógyászati vizsgálat ideje	Szervezett szűrés igénybevétele		
	Nem ment el a szűrésre (%)	Elment a szűrésre (%)	El fog menni a szűrésre (%)
	(95%-os MT)	(95%-os MT)	(95%-os MT)
Soha	75 (53-88)	15 (5,4-35)	10 (2,6-33)
Több, mint 2 éve	53 (43-64)	32 (23-43)	14 (8,5-23)
1 éven túl, de 2 éven belül	32 (22-44)	57 (45-68)	11 (5,4-21)
Kevesebb, mint egy éve	18 (11-27)	80 (70-86)	2 (0,9-7,4)
Összesen	37 (31-43)	54 (48-60)	9 (6,2-13)

¹2Khi-négyzet próba $p < 10^{-3}$

A továbbiakban a célpopuláció szűrésről való távolmaradásának okait vizsgáltuk azon nők esetében, akik kaptak meghívót a szervezett szűrésre, de nem vették igénybe azt (n=295). (5. táblázat). A táblázatban a válaszokat az említés gyakoriságának megfelelően csökkenő sorrendbe állítottuk. Megállapítottuk, hogy leggyakrabban, 27 %-ban (MT: 19-35) azért nem vettek részt a szervezett szűrésen, mert egyébként is rendszeresen jártak nőgyógyászhoz, aki elvégezte a vizsgálatot. Tehát a szervezett szűréstől való távolmaradás hátterében az esetek kétharmadában nem a magán nőgyógyászati ellátás igénybevétele állt. A megfelelő információ hiányára utalhat, hogy majdnem minden negyedik nő által említett indok a „Nincsen semmilyen panaszom, ezért nincs okom elmenni” (23% MT 16-30) volt, ezt az időhiány, és a félelem a vizsgálat eredményétől követte. Magától a vizsgálatról való félelmet 9%-ban említették. A lakóhelytől való távolságot csak 2%-uk jelölte.

4. táblázat: A szervezett szűrésről való távol maradás okai (n=295) ¹

Állítások²	(%) (95%-os MT)
Rendszeresen járok nőgyógyászhoz, aki elvégzi a vizsgálatot	27 (19- 35)
Nincsen semmilyen panaszom, ezért nincs okom elmenni	23 (16-30)
Nem tudtam megfelelő időpontot találni rá	13 (8-18)
Félek a vizsgálat eredményétől	12 (7-16)
Olyan nőgyógyászati műtét volt, ami miatt nem szükséges többé szűrővizsgálatra járnom	12 (7-17)
Félek a vizsgálatról	9 (5-14)
Egyéb ok	4 (1-7)
Nem tartottam fontosnak, hogy elmenjek	3 (0,7-6)
Korábban rossz tapasztalataim voltak	4 (1-7)
Messzire kellett volna utazni a vizsgálatához	2 (0-4)
Nem tudok eleget a vizsgálatról	2 (0,2 -5)
Nem akarok nőgyógyászati vizsgálaton részt venni	2 (0,5-5)

¹Azok körében, akik kaptak meghívó levelet a szűrővizsgálatra, de nem vették igénybe azt

²Több válasz is megjelölhető volt.

4.1.4. A szűrésen való részvétel kapcsolata a társadalmi-gazdasági és életmódbeli tényezőkkel

Logisztikus regressziós modellt alkalmazva összefüggés elemzést végeztünk. A többváltozós elemzés lehetővé tette több magyarázó jellemzőnek egy vizsgált tényezőre kifejtett hatásának az elemzését úgy, hogy elkülönítette azok egymásra gyakorolt hatását. Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűrte. E miatt pl. az életkori kategóriához tartozó esélyhányados úgy értelmezhető, hogy a szűrésen való részvétel esélye hányszorosa az adott életkori csoporthoz tartozó nők körében a referenciába tartozó korcsoporthoz viszonyítva, függetlenül attól, hogy ezt az összefüggést mely településtípus kategóriában, iskolázottsági szinten, vagy foglalkozási kategóriájában stb. elemeztük.

Vizsgáltuk a szűrésen való részvétel (3 éves lefedettség) kapcsolatát a társadalmi-gazdasági tényezőkkel, valamint az életmóddal (5. táblázat).

A társadalmi-gazdasági tényezők közül az életkor, családi állapot, iskolázottság, foglalkoztatottság, háztartások ekvivalens jövedelme és a településnagyság, az életmódtényezők pedig a dohányzás, testmozgás, tápláltsági állapot (BMI), valamint a szexuális aktivitás (egy éven belül a szexuális partnerek száma) hatását vontuk be az elemzésbe.

Valamennyi vizsgált tényezőnek az egymásra történő korrigálását követően azt tapasztaltuk, hogy statisztikailag szignifikáns mértékben ($p < 0,05$) csökkenti a szűrésen való részvételt a 45 évesnél idősebb életkor. A 45-54 évesek korrigált esélyhányadosa 0,39 (MT: 0,19-0,82) volt, az 55-65 éveseknek pedig közel egyharmadára (korrigált esélyhányados: 0,33 MT: 0,14-0,78) csökkent az esélye a méhnyakrák szűrésen való részvételnek a referencia tartományba tartozó 25-34 évesekhez képest. A partnerkapcsolatban élők korrigált esélyhányadosa (korrigált esélyhányados: 1,18; MT: 0,68-2,04) mely esélynövekedést jelzett a partnerkapcsolatban nem élőkhez képest, azonban az összefüggés nem szignifikáns ($p = 0,56$). A magasabb iskolai végzettség szűrésen való részvételt növelő hatását szintén nem sikerült statisztikailag megbízható mértékben bizonyítani. A többi tényező hatását kiszűrve, jelentős mértékben növelte a szűrésen való részvételi hajlandóságot a háztartások magasabb ekvivalens jövedelme. A szűrésen való megjelenésre kétszeres volt az esélye a két középső jövedelem kategóriába tartozóknak, (korrigált esélyhányados: 2,13 MT: 1,19-3,80, valamint 1,93 MT: 1,08-3,44),

míg a legmagasabb kvartilisbe tartozóknak pedig majdnem négyszeres (3,76 MT: 1,86-7,61) az esélye a legalsó (<70 656 HUF) jövedelem kategóriába tartozókhoz képest. A foglalkoztatottság esetében azt találtuk, hogy a nyugdíjasoknak közel 60%-al kisebb volt az esélye (korrigált esélyhányados 0,41 (MT: 0,20-0,84) az aktív munkavállalókhoz és tanulókhöz képest. A településnagyság vonatkozásában a megyei jogú városban élőknek van a legnagyobb esélye a szűrésen való megjelenésre, a kisebb településeken élőkhez képest. Azok, akik 10 000 főnél kisebb településen élnek közel 40 %-al kisebb (korrigált esélyhányados 0,58 MT:0,33-1,00) eséllyel vesznek részt a szűrésen ($p=0,04$) a referencia tartományba tartozó megyei jogú városok lakosaihoz képest. Az életmód tényezők közül egyedül az erős dohányzás csökkentette (korrigált esélyhányados: 0,39 MT:0,20-0,78) ($p=0,01$) a szűrési hajlandóságot a nem dohányzókhoz képest. A többi vizsgált életmódtényező (testmozgás, BMI, szexuális aktivitás) esetében nem találtunk statisztikailag kimutatható kapcsolatot a szűrésen való részvétellel.

5. táblázat: A szűrésen való részvétel kapcsolata a társadalmi-gazdasági és életmódbeli tényezőkkel (n=1539) ¹

Meghatározó tényező	Részt vett méhnyak -szűrésen 3 éven belül (%) (95%-os MT)	Nyers esélyhányados (95%-os MT)	Korrigált* esélyhányados (95%-os MT)	p-érték
Társadalmi-gazdasági tényezők				
Kor				
25-34	81 (73- 87)	referencia	referencia	
35-44	83 (77- 88)	1,1 (0,64- 2,1)	0,87 (0,42, 1,8)	0,7
45-54	71 (65- 77)	0,57 (0,33- 0,99)	0,39 (0,19- 0,82)	0,01*
55-65	59 (52- 66)	0,34 (0,20- 0,58)	0,33 (0,14- 0,78)	0,01*
Családi állapot				
Nem él partnerkapcsolatban	63 (55- 70)	referencia	referencia	
Partnerkapcsolatban él	77 (74- 81)	2,0 (1,4- 2,9)	1,18 (0,68- 2,04)	0,56
Iskolai végzettség				
Legfeljebb 8 általános	54 (46- 62)	referencia	referencia	
Középiskola érettségi nélkül	73 (65- 80)	2,33 (1,41- 3,84)	1,46 (0,77- 2,75)	0,24
Érettségi	80 (73- 85)	3,29 (2,0 -5,3)	1,47 (0,78- 2,77)	0,23
Érettséginnél több, de nem felsőfokú	72 (61- 81)	2,21 (1,20-4,09)	0,86 (0,41- 1,81)	0,70
Főiskola, egyetem	87 (80- 92)	5,83 (3,17-10,74)	1,55 (0,67- 3,56)	0,30
Háztartások ekvivalens jövedelme				
<70 656 HUF	62 (55- 69)	referencia	referencia	
70 657-100 022 HUF	78 (72- 83)	2,16 (1,38- 3,40)	2,13 (1,19- 3,80)	0,01*
100 023-127 381 HUF	73 (65- 80)	1,68 (1,02-2,77)	1,93 (1,08- 3,44)	0,03*
>127 382 HUF	88 (82- 92)	4,34 (2,54-7,44)	3,76 (1,86- 7,61)	<10 ⁻³ *
Foglalkoztatottság				
Dolgozik vagy tanul	80 (76- 84)	referencia	referencia	
Szociális ellátásokból él	74 (63- 83)	0,72 (0,41- 1,27)	0,79 (0,38- 1,65)	0,54
Munkanélküli	69 (51- 83)	0,57 (0,25- 1,26)	0,68 (0,29- 1,61)	0,34
Nyugdíjas	52 (42- 62)	0,27 (0,17- 0,43)	0,41 (0,20- 0,84)	0,02*

Meghatározó tényező	Részt vett méhnyak -szűrésen 3 éven belül (%) (95%-os MT)	Nyers esélyhányados (95%-os MT)	Korrigált* esélyhányados (95%-os MT)	p-érték
Rokkantnyugdíjas	66 (54- 76)	0,48 (0,27- 0,85)	1,17 (0,55- 2,51)	0,68
Egyéb	65 (43- 82)	0,47 (0,18- 1,20)	0,34 (0,09- 1,28)	0,11
Településnagyság				
Megyei jogú város	81 (75- 86)	referencia	referencia	
>10 000 nem megyei jogú város	73 (65- 80)	0,65 (0,38- 1,11)	0,50 (0,25- 0,98)	0,11
1 000-9 999	72 (67- 77)	0,61 (0,39- 0,95)	0,58 (0,33- 1,00)	0,04*
<1 000	69 (59- 77)	0,53 (0,30- 0,93)	0,59 (0,30- 1,16)	0,12
Életmódbeli tényezők				
Dohányzási szokások				
Nem dohányzik	76 (72- 80)	referencia	referencia	
Dohányzik	73 (65- 80)	0,85 (0,55- 1,31)	0,67 (0,40-1,13)	0,13
Erős dohányos	60 (46- 72)	0,46 (0,25- 0,84)	0,39(0,20-0,78)	0,01*
Testmozgás				
Kevesebbet mozog, mint heti 150 perc	78 (72- 83)	referencia	referencia	
Többet mozog, mint heti 150 perc	72 (67- 76)	0,71 (0,49- 1,02)	0,75 (0,48- 1,20)	0,23
BMI				
Sovány (BMI:<18,50)	76 (56- 89)	referencia	referencia	
Normál (BMI:18,50-24,99)	76 (71- 81)	0,99 (0,38- 2,62)	1,42 (0,54-3,78)	0,48
Túlsúlyos (BMI:25,00-29,99)	71 (65- 76)	0,76 (0,29- 2,0)	1,20 (0,45-3,22)	0,72
Elhízott (BMI:>30,0)	73 (66- 79)	0,84 (0,32- 2,25)	1,60 (0,58-4,39)	0,37
Szexuális partnerek száma egy éven belül				
Nem volt partnere egy éven belül				
Egy partnere volt egy éven belül	53 (45- 61)	referencia	referencia	
Kettő, vagy több partnere volt egy éven belül	80 (76- 83)	3,5 (2,4- 5,13)	1,58 (0,89- 2,82)	0,12
	74 (71- 77)	1,76 (0,64- 4,81)	1,09 (0,35-3,38)	0,88

¹ Valamennyi magyarázó tényező hatását egymásra korrigálva

4.1.5. A szűréssel kapcsolatos vélemény és a részvétel összefüggése

Az egészséggel kapcsolatos kommunikációs törekvések része, hogy a lakosság megfelelő információval rendelkezzen a méhnyak szűrővizsgálat fontosságáról, hiszen ezen információk birtokában lehet elvárni a magatartás megváltoztatását, esetünkben a tájékoztatáson alapuló döntés meghozatalát, amelynek (elvárt) eredménye, hogy az illető személy részt vesz a szűrővizsgálaton. A célcsoport 43%-a (MT: 40-47) nem tudta, hogy Magyarországon minden 25-65 éves korú nő jogosult 3 évente az állami egészségügyi rendszerben, teljesen ingyenesen, méhnyak szűrővizsgálatra. A legfiatalabb korcsoportba (25-29 év) tartozók körében volt a legmagasabb ez az arány (56% MT: 42-70), az 50 év fölötti nők 30%-a nem tudta ezt az információt.

Megvizsgáltunk, hogy a női lakosság szűréssel kapcsolatos általános vélekedése hogyan függ össze a szűrővizsgálaton való részvételével.

Az eredmények azt mutatták, hogy közel minden 5. nő (22% MT:18-26) távol maradt a méhnyakszűréstől azok körében, akik általánosságban fontosnak tartották a szűrővizsgálatokon való részvételt, ugyanakkor azon nők kétharmada (66% MT: 60-72) vette igénybe a szűrést, akiknek a véleménye szerint nem fontos a szűréseken részt venni (6. táblázat).

6. táblázat: A szűrés fontosságáról alkotott vélemény és a szűrésen való részvétel összefüggése* (n=1539)

A szűrés fontosságáról alkotott vélemény	Elment a szűrésre három éven belül	Három éven túl, vagy soha nem volt szűrésen
	% (95%MT)	% (95%MT)
Fontos a szűrővizsgálatokon való részvétel	78 (74-81)	22 (18-26)
Nem fontos a szűréseken részt venni	66 (60-72)	34 (27-40)
Összesen:	74 (71-77)	26 (22-29)

**Khi-négyzet próba: $p = 0.0015$*

4.1.6. A szűréssel kapcsolatos információk forrása

A szűréssel kapcsolatban a célpopuláció 42%-a (95%-os MT: 38-46%) kért, vagy keresett információt. A legtöbben (65% MT: 59-71), a nőgyógyásztól kértek tájékoztatást, egyharmaduk a tömegkommunikáció segítségével (TV, rádió) tájékozódott, a háziorvost 21%-uk (MT: 17-26) említette, míg a védőnőt 14%-uk (MT:10-18,5) (7. táblázat).

7. táblázat: Honnan/kitől kért információt a méhnyakszűrésről? (n=607)¹

Információ forrása	Válaszok említése ² % (95% MT)
Nőgyógyásztól	65 (59-71)
TV-ből, rádióból	36 (30-42)
Orvosi rendelőben lévő szórólapokból	30 (25-36)
Újságokból	24 (19-29)
Barátoktól, ismerősöktől, kollégáktól	24 (19-29)
Az Internetről	22 (17-27)
Háziorvostól	21 (17-26)
Családtagoktól	20 (16-25)
Szakkönyvekből	19 (14-24)
Védőnőtől	14 (10-19)
Onkológustól	6 (4-10)
Civil szervezettől	1 (0,3-3)
Gyógyszerésztől	0,5 (0,1-1,5)
Humán papilloma vírus ambulancián	0,3(0-2)

¹ Azok körében, akik kerestek, vagy kértek információt a szűrésről

² Több válasz is megjelölhető volt

A legtöbben, a szűrés megbízhatóságára vonatkozóan kerestek információt (44% MT: 38-50) valamint arról, hogy mikor lesz meg a szűrés eredménye (44% MT: 38-50). Minden

harmadik nőt érdekelte, hogy milyen gyakran szükséges a szűrésre járni, valamint, hogy mi történik és mit jelent, ha a szűrés eredménye nem negatív. Minden negyedik nő kért arról tájékoztatást, hogy hol lehet végezni a szűrést, és konkrétan mi történik a vizsgálat alkalmával (8. táblázat).

8. táblázat: Milyen információkat kerestek, illetve kért a szűréssel kapcsolatban?
(n=607)¹

Információ	Válaszok említése ² % (95% MT)
Képes-e a szűrés felderíteni minden korai elváltozást	44 (38-50)
Mikor lesznek meg a szűrés eredményei	44 (38-50)
Milyen gyakran kell szűrésre járni	35 (30-41)
Mi történik, ha kedvezőtlen a szűrés eredménye	32 (27-37)
Mit jelent, ha kedvezőtlen a szűrés eredménye	28 (22-33)
Hogyan, ki értesít az eredményről	27 (22-32)
Hol lehet végeztetni a szűrést	25 (20-30)
Hogyan zajlik a szűrés, mit csinál az orvos	25 (20-30)
Fájdalommentes-e a szűrés	25 (20-30)
Milyen életkortól érdemes szűrésre járni	23 (19-29)
Ki végzi a szűrést	17 (13-21)
Mennyi ideig tart a vizsgálat	9 (6-12)
Kockázatos-e a szűrés, okozhat-e valamilyen károsodást	7 (4-10)

¹Azok körében, akik kerestek, vagy kértek információt a szűrésről

²Több válasz is megjelölhető volt

Megvizsgáltuk, hogy beszéltek-e a célcsoportba tartozó nők a nőgyógyászukkal, a háziorvosukkal és a védőnőjükkel a méhnyakszűrésről. Az elemzés során leszűkítettük a válaszadókat azokra a nőkre, akik járnak nőgyógyászhoz, háziorvoshoz, illetve ismerik a területi védőnőt. Mivel a célcsoportba nem csupán a családtervezés körüli életkorba tartozó nők, hanem idősebbek is tartoztak, így a védőnő tájékoztatását csak azok körében vizsgáltuk, akik ismerték a területi védőnőjüket. Az eredmények alapján a legtöbben a nőgyógyással (54% MT:50-58) beszéltek a szűrésről, ezt követte, a védőnő, aki a nők 28%-át (MT: 22-34) kérés nélkül, további 12%-át (MT: 9-18) kérésre tájékoztatta. A legalacsonyabb arányban a háziorvosok vettek részt a szűréssel kapcsolatos

egészségkommunikációban, a nők 70%-a nem beszélt a háziorvosával a méhnyakszűréssel kapcsolatban (70% MT:66-73) (9. táblázat).

9.sz. táblázat: Beszélt-e a nőgyógyással/háziorvossal /területi védőnővel a méhnyakszűrésről?¹

	Nőgyógyász	Védőnő	Háziorvos
	% (95%-os MT)	% (95%-os MT)	% (95%-os MT)
Kérés nélkül tájékoztatta	54 (50-58)	28 (22-34)	23 (20-27)
Kérésre tájékoztatta	22 (19-26)	12 (9-18)	7 (5-9)
Nem tájékoztatta	24 (21-28)	60 (53-66)	70 (66-73)

¹*Azok körében, akik járnak nőgyógyászhoz (n=1307) / háziorvoshoz (n= 1329) / ismerik a területi védőnőt (n=495)*

A védőnői méhnyakszűrés lakossági fogadtatására vonatkozó elemzésben azt tapasztaltuk, hogy a célpopuláció 39% (MT: 36-43) venné igénybe a citológiai kenetvételt, ha azt a területi védőnő végezné, 36% (MT: 33-40) kizárólag a saját nőgyógyászánál kívánja igénybe venni a magánrendelésen, szakrendelésre nőgyógyászhoz menne a nők 20%-a (MT: 17-23).

4.2. A szűrési modellprogram eredményei

Mint ahogyan a módszertani részben ismertettük, a Zala megyei válaszadók (634 fő) körében is megtörtént az országos felmérésben alkalmazott kérdőív felvétele. A kérdőívek feldolgozása után kiválasztottuk azokat a személyeket, akik a vizsgálatot megelőző 3 évben nem vettek részt a szűrővizsgálatban (88 fő).

Az intervenciós modellprogram célterületeként kijelölt Zala megyében a szűrővizsgálaton három éven belül résztvevők átlagéletkora 8 évvel fiatalabb volt, szignifikánsan magasabb volt a háztartások jövedelme, és jellemzően magasabb volt körükben az iskolai végzettség és a foglalkoztatottak aránya is, mint a szűrést elkerülők esetében (10. táblázat).

10. táblázat: A méhnyakszűrésen három éven belül résztvevő és a részt nem vevő 25-65 éves korú nők demográfiai és szociális jellemzői Zala megyében

Jellemzők	Szűrésen három éven belül résztvevők (n=546)	Szűrésen három éven belül nem résztvevők (n=88)	p-érték
Életkor (átlag) (SD)	43,9 (11,9)	51,4 (11,2)	*p<0,001
Háztartások ekvivalens jövedelme (Forintátlag) (SD)	111 022 (47 388)	97 086 (42 670)	*p=0,02
Foglalkoztatottság (%)	69,9	46,4	**p<0.001
Iskolázottság (%)			
Legfeljebb 8 általános	8,3	19,8	**p=0,006
Középiskola érettségi nélkül	23,1	24,4	
Érettségi	30,3	25,6	
Érettséginnél több, de nem felsőfokú végzettség	11,4	14,0	
felsőfokú végzettség	27,0	16,3	

* Két mintás t-próba; ** Khi-négyzet próba próba

A szűrési modellprogram eredményeképpen a program végére a 88 fő, korábban a szűrést elkerülő nőből 24 fő (27%, MT: 18-38) vett részt a citológiai kenetvételen. A sikeres intervenciók esetek közül 17 alkalommal elegendő volt a háziorvos személyes hangvételi meghívólevele, és további 7 esetben ezen felül telefonon vagy személyes megkeresés alkalmával emlékeztette, és győzte meg a háziorvos a szűrendő nőt a részvételről.

4.3. A védőnői felmérés eredményei

4.3.1. A védőnői vizsgálat adatgyűjtésének eredményei

Az adatgyűjtés eredményességéről elmondható, hogy összesen 485 kérdőív érkezett vissza, ami a 2380 fő 20%-át jelentette. A válaszadók aránya megyei szinten hasonló volt az országos arányhoz.

A válaszadók megoszlása a szűrési tapasztalat alapján

A védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos véleményeket csak azon védőnők körében vizsgáltuk, akik már rendelkeztek szűrési tapasztalattal. Ennek a csoportnak a forráspopulációját azon védőnők csoportja alkotta, akik elvégezték a teljes képzést, (elméleti képzés+ kenetvételi gyakorlat) tehát jogosultak voltak az adatfelvétel idején a méhnyakszűrési tevékenység végzésére (1383 fő). Közülük összesen 198 fő válaszolt.

A 485 fő válaszadó közül tehát 198 fő (41%) védőnőnek volt szűrési tapasztalata közülük 98 fő (20%) az adatfelvétel idején is részt vett a szűrésben, további 100 fő korábban szűrte, az adatfelvétel idején nem.

4.3.2. A válaszadók általános jellemzése

A résztvevő védőnők átlagos életkora 43 év (SD: 8,8) volt, átlagosan 20 éve (SD: 9,7) dolgoztak védőnőként. Több, mint egyharmaduk (151 fő) látott el helyettesítést, mely az esetek 76% (MT: 69-82) tartós, több mint egy hónapja tartó helyettesítést jelentett. A résztvevők 87%-a területi védőnői munkakörben, a többiek (13% MT: 10-17) iskolavédőnők, kórházi védőnők vagy vezető védőnők voltak.

A résztvevők 47%-a (MT: 43-51) községben, vagy egyéb kistelepülésen dolgozott az adatfelvétel idején. Egy védőnő átlagosan 160 (SD: 3,4) személyt gondozott a munkája során, ebből átlagosan 142 (SD: 3,0) fő volt a 0-7 éves korú gyermekek száma, közülük minden 5. gyermek (átlag: 29,5 fő SD:1,3) fokozott gondozást igényelt (11. táblázat).

11. táblázat: A résztvevő védőnők demográfiai és ellátási területeinek egyes jellemzői (átlag/%) (n=485 fő)

Jellemzők	
Életkor (átlag) (SD)	43 (8,8)
Védőnőként eltöltött évek száma (átlag) (SD)	20 (9,7)
Ellátási terület településtípusa (%) (MT)	
Főváros	8,7 (6-11)
Megyeszékhely	10,9 (8-14)
Város	33,6 (30-38)
Község, egyéb település	46,8 (43-51)
Gondozottak száma (átlag) (SD)	160 (3,4)
Gondozottak közül a 0-7 éves gyermekek	142 (3,0)
Gondozottak közül a várandósok száma	12,4 (0,3)
Gondozottak közül a gyermekágyas anyák	3,4 (0,4)
A gondozottak közül a fokozott gondozást igénylők száma	
Fokozott gondozást igénylő várandósok	6,8 (0,7)
Fokozott gondozást igénylő 0-7 éves gyermekek	29,5 (1,3)

4.3.3. A védőnők méhnyakszűrési hajlandóságának vizsgálata

A védőnők szűrési hajlandóságának a vizsgálatát az adatfelvétel idején területi védőnői munkakörben (416 fő) dolgozók körében vizsgáltuk, az iskola, kórházi és vezető védőnőket ebből az elemzésből kizártuk. A vizsgálatban résztvevő, méhnyakszűrési képzésben részt vett területi védőnőknek az 57%-a (MT: 53-62) nem vett részt a szűrésben az adatfelvétel idején, és nem is tervezte a belépést a szűrőprogramba, 20%-uk (MT: 16-24) aktuálisan nem vett részt a szűrésben, de tervezte a belépést, 23%-uk (MT: 19-28) a felmérés idején végzett szűrési tevékenységet.

További elemzéseinkben a szűrést elfogadó területi védőnőknek tekintettük azokat, akik az adatfelvétel idején szűrtek, vagy a jövőben tervezték a belépést a szűrőprogramba (n=178 fő), és a szűrést elutasító védőnőknek tekintettük azokat, akik nem kívántak részt venni a szűrésben (n=238 fő). Megvizsgáltuk a szűrési hajlandóságot a területi ellátási körzet településtípusának függvényében, és azt tapasztaltuk, hogy a szűrési hajlandóság szignifikánsan a legmagasabb, (69%) azon védőnők esetében, akik községben,

kistelepülésen dolgoztak, a legalacsonyabb volt a szűrési tevékenység elfogadottsága a fővárosi védőnők esetében (1,7%) (12. táblázat)

12. táblázat: A területi védőnők szűrési hajlandósága településtípus szerint (n=416)

Településtípus	Szűrést elfogadó védőnők (n=178) %	Szűrést elutasító védőnők (n=238) %	Khi-négyzet próba p érték
Főváros	1,7	10,90	<10 ⁻³
Megyeszékhely	5,1	8,4	
Város	24,2	38,7	
Község	69,1	42,0	

A szűrés elfogadottságát a védőnők demográfiai jellemzői (életkor, védőnőként eltöltött évek száma), valamint az általuk ellátott körzet egyes jellemzőinek (csatolt települések száma, egy védőnőre jutó gondozottak száma) függvényében is megvizsgáltuk. Megállapítottuk, hogy a védőnők átlagéletkora valamint a védőnői pályán eltöltött évek átlagos száma tekintetében nincs különbség a szűrést elfogadó és elutasító védőnők között. A szűrést elfogadó védőnők körzetéhez azonban szignifikánsan ($p < 10^{-2}$) több csatolt település tartozik, és alacsonyabb az általuk ellátott gondozottak (összes gondozott, várandósok, 0-7 éves gyermekek) száma (13. táblázat).

13. táblázat: A területi védőnők szűrési hajlandósága demográfiai jellemzők és ellátási körzet jellemzői szerint.

Jellemzők	Szűrést elfogadó védőnők (n=178) átlag (SD)	Szűrést elutasító védőnők (n=238) átlag (SD)	p érték ¹
Életkor	43,04 (8)	42,31 (9)	0,40
Védőnőként eltöltött évek száma	20,17 (9)	19,44 (10)	0,45
Csatolt települések száma	1,53 (2,2)	0,92 (1,6)	<10 ⁻²
Gondozottak száma (összes)	148,35 (69)	172,75 (64)	<10 ⁻²
0-7 éves gondozottak száma	130,43 (60)	151,93 (60)	<10 ⁻²
A várandósok száma	11,39 (6,4)	13,15 (5,8)	<10 ⁻²

¹Két mintás t-próba

A szűrésben való részvétel visszautasításának okait azon területi védőnők körében vizsgáltuk, akik az adatfelvétel idején nem vettek részt a programban (n=319 fő). A védőnők kétharmada (73% MT: 70-79) teljes mértékben egyetértett azzal az állítással, hogy azért nem vesz részt a szűrésben, mert alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak, ezt követte közel 60%-os (57% MT: 50-63) gyakorisággal, az alacsony erkölcsi megbecsültség. A válaszadók több, mint a fele (56% MT: 50-61) csak a jogszabályváltozás miatt végezte el a szűrésre jogosító képzést, és közel ugyanennyien (55% MT: 49-61) vélekednek úgy, hogy nem indokolt a részvételük a szűrésben, hiszen az általuk ellátott körzet lakossága számára könnyen hozzáférhető a nőgyógyászati szakrendelések által biztosított szűrővizsgálat. Az esetek 38%-ban (MT: 32-44) a védőnői tanácsadó helyiségét nem tartották alkalmasnak arra, hogy a szűrővizsgálat végzéséhez szükséges intimitást biztosítsa. A válaszadó védőnőknek több, mint egyharmada (35% MT: 39-41) nyilatkozta azt, hogy fontolóra veszi a pályaelhagyást, abban az esetben, ha kötelezővé teszik a számára a kenetvétel végzését (14. táblázat).

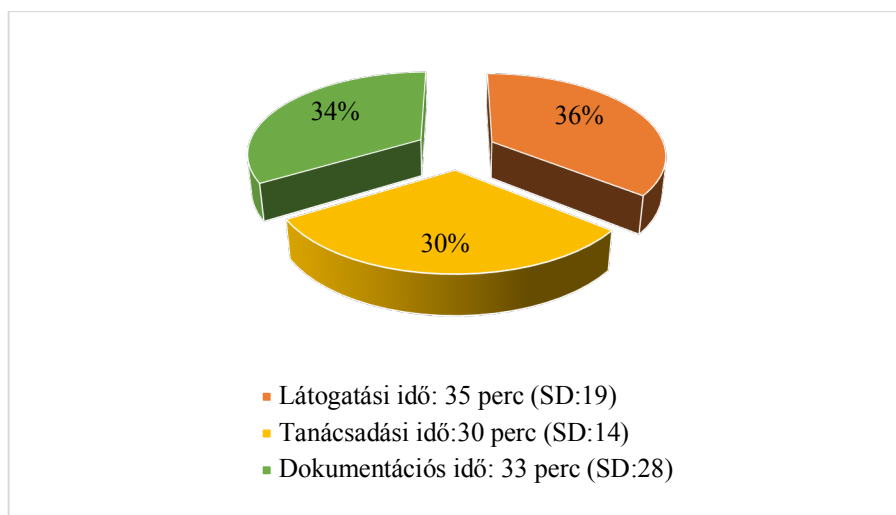
14. táblázat: A védőnői méhnyakszűrés visszautasításának egyes indokaival teljes mértékben egyetértő területi védőnők aránya (n=319)¹

Állítás	Teljes mértékben egyetért² % (MT)
Alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak	73 (70-79)
Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a programnak	57 (50-63)
Elvégeztem a képzést a jogszabály változás miatt, de nem szeretnék részt venni a szűrésben	56 (50-61)
Jól működik és a lakosság számára könnyen elérhető a szülésznő-gyógyászati szakrendelés a körzetemben	55 (49-61)
A tanácsadóban problémás az intim tanácsadás és szűrés feltételeinek megteremtése vagy nem megfelelő méretű a tanácsadó	38 (32-44)
Csak akkor kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra	37 (31-43)
Akkor sem kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra, ebben az esetben pályaelhagyó leszek.	35 (39-41)
Elvégeztem ugyan a képzést, mégis a „rutintalanság” érzése gátol abban, hogy megkezdjem a szűrést	29 (24-35)
Lelkileg megterhelőnek érezném, hogy az általam jól ismert nők számára nem negatív eredményeket közöljek.	28 (23-34)
A tárgyi feltételek (eszközök, vizsgáló ágy stb.) nem biztosítottak	28 (23-33)
Magas a körzetemben a gondozottak létszáma és vagy/sok a problémás család, ezért nem jut időm a méhnyakszűrésre	27 (21-32)
Tapasztalataim szerint a körzetemben élők nem igénylik a védőnői méhnyakszűrés szolgáltatást	26 (21-31)
A működési engedély megszerzése bonyolult és bürokratikus	20 (15-24)
A területem közelében működő szülésznő-gyógyászok nem támogatják a programot.	18 (13-21)
Elvégeztem a képzést, de életkörülményeim változása (pl. új munkahely, lakóhely változás, gyermek születés, stb.) miatt nem szeretnék részt venni a szűrésben	17 (13-21)
Tartós helyettesítés miatt nem tudom a munkaidőmbe illeszteni	16 (2-12)
A munkáltatóm nem támogatja a szolgáltatás bevezetését a területemen	11 (7-15)
A védőnő kolléganőim nem támogatnak a szűrés végzésében	9 (6-13)
A háziorvos nem támogatja a programot a területemen	7 (4-10)
A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	6 (3-9)
Pályakezdő vagyok, és/vagy nemrég kezdtem a területi munkát ebben a körzetben, ezért nem tudok egyelőre plusz feladatot ellátni	5 (2-7)
A védőnői szakfelügyelet vezető védőnője nem támogatja	4 (2-6)
A MAVÉ nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	4 (2-6)

¹ Azon területi védőnők, akik az adatfelvétel idején nem vettek részt a programban ² Az állítással 1-5 ig skálán a teljes mértékben egyetértők (5-ös értékelést adók) aránya, az említés gyakorisága szerinti csökkenő sorrendben

4.3.4. A védőnői méhnyakszűrési tevékenység időfelhasználása, munkarendbe illeszkedése

A szűrésben részt vett védőnők (198 fő) átlagosan 7,5 (SD: 6,0) nő szűrését végezték el havonta, és átlagosan közel másfél órát (98 perc (SD: 49)) fordítottak egyetlen szűrendő nő méhnyakszűrésével kapcsolatos valamennyi feladatának (nővédelmi látogatás, tanácsadás, dokumentáció) az ellátására (8. ábra).



9. ábra: A védőnői méhnyakszűrési tevékenységek időfelhasználása egy fő szűrendő nőre vonatkoztatva (átlag/perc) (n=198)

Kiszámoltuk a védőnői méhnyakszűrés egy hónapra vetített időfelhasználását, átlagosan havi 7,5 szűrőszám esetén, a szűrési tevékenység valamint az ehhez kapcsolódó egyéb tevékenységek (pl. NEAK jelentés készítése, veszélyes hulladék kezelése, szervezés, egészségkommunikáció, stb.) összességében, átlagosan 17 órát (SD:11,7) igényeltek a résztvevő védőnők munkaidejéből havonta. A szűrő védőnők 60%-a (95% MT: 54-67) esetében előfordult, hogy munkaidőn túl végezték el a nővédelmi látogatást a szűrési meghívót kapó női lakosság körében. A kenetvételt a védőnők 13 %-a (95% MT: 8-18) tudta minden esetben a hivatalos nővédelmi tanácsadás időtartama alatt elvégezni, további 50%-uk (95% MT: 43-57) leggyakrabban egyéb időpontban, de még a hivatalos munkaidő keretein belül, a védőnők további 37% - a esetében gyakori volt, hogy munkaidőn túl végezték a szűrést, igazodva a szűrendő nők időbeosztásához.

4.3.5. A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos attitűdök és vélemények vizsgálata

A kérdőív egy jelentős része foglalkozott a védőnők szűréshez való hozzáállásával, a szűrővizsgálatról alkotott véleményével.

Külön kérdéscsoportokba rendezve: a motivációs tényezők (7 kérdés); a hatékonyságot és eredményességet befolyásoló tényezők (13 kérdés); a támogatók (10 kérdés); a pozitív tapasztalat (5 kérdés) kerültek lekérdezésre. Ezt a sokdimenziós (35 változót tartalmazó) megközelítést redukálnunk kellett, amit faktoranalízis segítségével végeztünk el.

4.3.5.1. Motivációs tényezők faktoranalízise

A védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos motivációs tényezők feltárására vonatkozó kérdés esetén 7 db változót vontunk be a faktoranalízisbe. A KMO értéke: 0,82 volt, melynek értelmében a változók alkalmasak voltak a faktoranalízis elvégzésére. A Bartlett-teszt eredménye szignifikáns ($p < 0,001$) volt, tehát a kiinduló változók korreláltak. A faktormátrix könnyebb értelmezéséhez Varimax rotálást végeztünk. A 7 változóból létrejött két faktor által magyarázott varianciarányad 62% volt. A statisztikai előfeltételt (kommunalitás $> 0,5$) mindegyik indikátor teljesítette (15. táblázat).

15. táblázat: A motivációs tényezők Varimax rotálásának eredménye¹

<i>Azért jelentkeztem a programba, mert:</i>	Komponens	
	1	2
Szeretem magamat új szakmai kihívások elé állítani, és örültem az új kompetenciának	0,856	0,198
Szerettem volna minél többet megtenni annak érdekében, hogy kevesebb legyen a méhnyakrák halálozás Magyarországon	0,850	0,084
Szeretek új ismeretekkel, tudással gyarapodni	0,808	0,018
Nem teljesen önként jelentkeztem, úgy éreztem, hogy nincs más választásom ²	0,765	0,206
Tapasztalataim alapján a körzetemben élőknek igénye volt rá.	0,671	0,358
Szerettem volna plusz jövedelemre szert tenni	0,056	0,761
A körzetemben alacsony a gondozottak létszáma, ezért úgy gondoltam, hogy hasznos lehet az általam nyújtott szolgáltatások bővítése.	0,088	0,644

¹Főkomponens elemzés, Varimax rotálás, Kaiser normalizáció, 3 ismétlés

² Fordított skála alkalmazására került sor

A redukció során kialakított két faktort az összevont változók információtartalma alapján a következő módon definiáltuk:

Motivációs faktorok:

- **Faktor 1:** Szakmai nyitottság (M1);
- **Faktor 2:** Külső motivációs tényezők (M2);

4.3.5.2. A védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességet befolyásoló tényezők faktoranalízise

A szűrési tevékenység hatékonyságát és eredményességét 13 változó bevonásával vizsgáltuk, melynek során véleményeket soroltunk fel, és arra kértük a védőnőket, hogy minősítsék ezeket az alapján, hogy befolyásolják-e, és ha igen, akkor milyen mértékben, a védőnői méhnyakszűrés hatékonyságát és eredményességét. A főkomponens analízis során a KMO értéke megfelelő (0,72) volt, szignifikáns Bartlett teszt mellett. A rotált komponensmátrixban felsorakozó adatok alapján a 13 változóból végül 5 élesen elkülöníthető komponens jött létre, mellyel a védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezőket jellemezhetjük. Az összesített varianciarányad 63%-os volt, kommunalitás minden változó esetén elérte a 0,5 értéket (16. táblázat).

16. táblázat: A védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességet befolyásolót tényezők Varimax rotálásának eredménye¹

Vélemény	Komponens				
	1	2	3	4	5
A tanácsadóban problémás az intim tanácsadás és szűrés feltételeinek megteremtése	0,798	0,175	0,053	0,085	0,017
Az egyszer használatos tárgyi eszközök nem minden esetben megfelelőek	0,760	0,078	0,208	0,170	0,152
A veszélyes hulladék elszállítása kevés levett kenet esetén is költséges	0,530	0,185	0,151	0,284	0,069
A szűrendő nők listájának pontatlansága miatt előforduló sikertelen látogatások száma magas	0,181	0,826	0,117	0,024	0,043
A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos országos lakossági tájékoztatás hiányos, nem megfelelő.	0,097	0,722	0,223	0,043	0,116
A szűrés informatikai háttere (OSZR) bonyolult.	0,351	0,503	0,046	0,288	0,046
Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a munkámnak	0,156	0,141	0,836	0,018	0,060
Alacsony az anyagi megbecsültsége a méhnyakszűrésnek.	0,040	0,185	0,834	0,141	0,016
A fenntartó nem fizeti ki az OEP által küldött díjazást	0,036	0,082	0,203	0,757	0,093
A citológiai laboratórium a nem jogosult TAJ számok után térítést kér	0,238	0,027	0,069	0,664	0,252
Az OEP felé bonyolult és bürokratikus a finanszírozáshoz szükséges elszámolás	0,003	0,439	0,023	0,582	0,002
A működési engedély módosítása során külön tanácsadási időt kértek a szűréshez	0,268	0,126	0,228	0,081	0,755
Idegen körzethez tartozó nők is szeretnék igénybe venni a szolgáltatást	0,202	0,236	0,165	0,178	0,725

¹Főkomponens elemzés, Varimax rotálás, Kaiser normalizáció, 7 ismétlés

A faktorelemzés során elkülönített 5 faktort a hozzájuk tartozó változók információtartalma alapján az alábbiak szerint definiáltuk:

- **Faktor 1:** Tárgyi feltételek (B1);
- **Faktor 2:** Adminisztratív problémák (B2);
- **Faktor 3:** Megbecsültség (B3);
- **Faktor 4:** Finanszírozási problémák (B4);
- **Faktor 5:** Területi és időbeni korlátok (B5);

4.3.5.3. A támogatás faktoranalízise

A védőnői méhnyakszűrés egy új népegészségügyi célú szolgáltatás, melynek elfogadásához szükséges, a különböző szereplők támogatása. Ennél a kérdéscsoportnál 10 változót vizsgáltunk, arra kértük a védőnőket, hogy 1-5-ig skálán jelöljék, hogy az adott szereplő milyen mértékben támogatja őt a szűrési tevékenység végzése során. A főkomponens analízis elvégzéséhez szükséges kritériumoknak ez a skála is megfelelt (KMO:0,78; Bartlett teszt: $p < 0,001$). A varimax rotációt követően 3 támogatói csoportot sikerült azonosítanunk. A három faktor együtt a teljes variancia 68 %-át magyarázta.

17. táblázat: A védőnői méhnyakszűrő tevékenység támogatásának Varimax rotálásának eredménye¹

Támogatók	Komponens		
	1	2	3
A program országos szervezésében résztvevők (OTH munkatársai)	0,829	0,140	0,258
A védőnői szakfelügyelet vezető védőnői	0,766	0,204	0,224
A szűrési koordinátorok	0,655	0,387	0,232
A körzetben élő gondozottak	0,638	0,024	0,059
A szűrésben részt nem vevő védőnő kolleganők	0,058	0,829	0,156
A közvetlen védőnő kolleganők	0,252	0,773	0,074
A házi orvos	0,256	0,671	0,318
A szülész-nőgyógyász szakorvosok	0,075	0,589	0,458
A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata	0,294	0,196	0,872
A Magyar Védőnők Egyesülete	0,344	0,132	0,861

¹Főkomponens elemzés, Varimax rotálás, Kaiser normalizáció, 6 ismétlés

A három faktort az alábbiak szerint definiáltuk:

- **Faktor 1:** Résztvevők (közvetlen szereplők) (T1);
- **Faktor 2:** Kollégák, társszakmák (T2);
- **Faktor 3:** Szakmai szervezetek (T3);

4.3.5.4. A pozitív tapasztalatok faktoranalízise

Az utolsó kérdéscsoportban azt kérdeztük a védőnőktől, hogy milyen mértékű pozitív tapasztalatokra tettek szert a szűrési tevékenység végzése során. A faktorelemzés során a KMO értéke ebben az esetben is megfelelő volt (0,74), és a Bartlett teszt alapján is kimutatható volt a kiinduló változók közötti korreláció. A főkomponens analízis elvégzése során azonban azt tapasztaltuk, hogy az általunk vizsgált 5 változót egyetlen komponensbe vonta össze a vizsgálat.

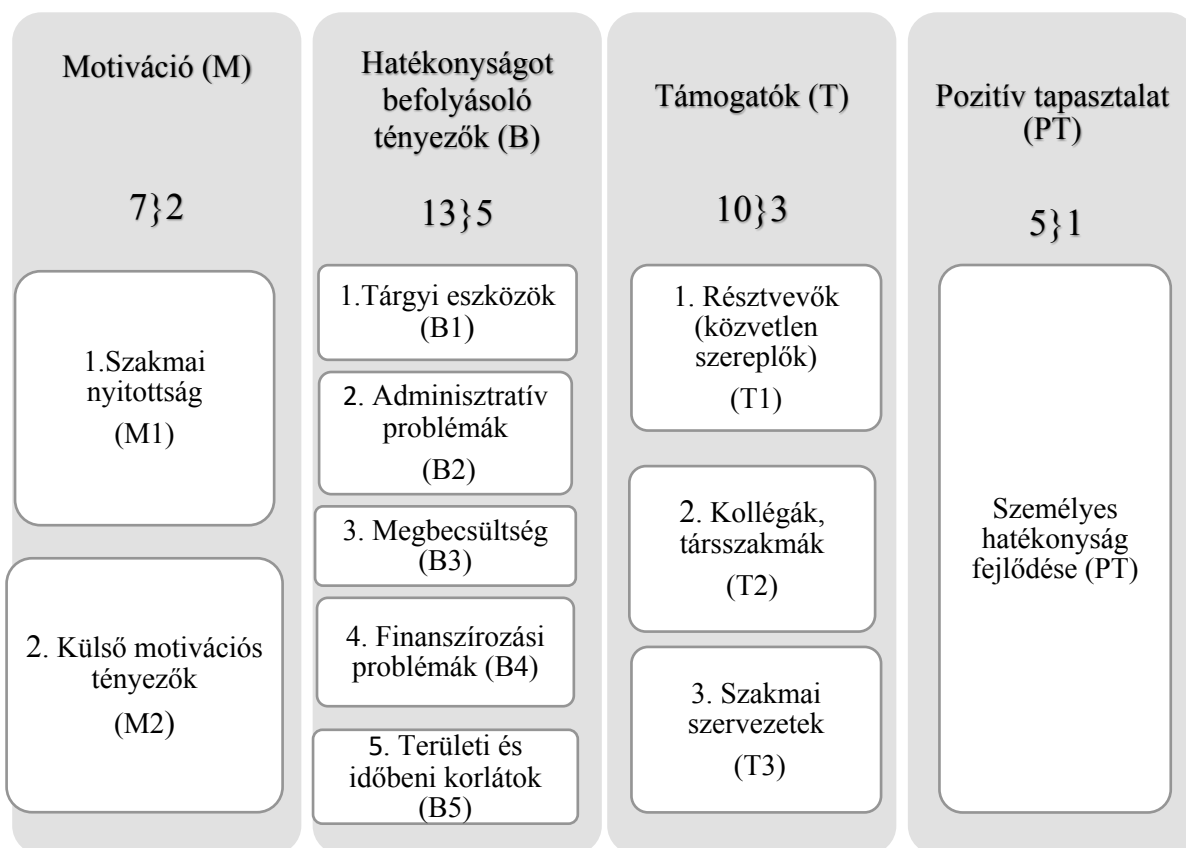
Egyetlen faktorral jellemezhetjük tehát az alább felsorolt 5 változót, amely a teljes variancia 61%-át magyarázta:

- Úgy érzem, többet tudok segíteni másoknak, még hasznosabb a munkám;
- A nővédelem területén szakmailag fejlődtem;
- A körzetemben élők jobban elismerik a munkámat (nőtt az elismertségem);
- A munkáltatóm értékeli, hogy a szűrést is végzem;
- A társszakmákkal jobb a kapcsolatom.

A pozitív tapasztalatokra vonatkozóan létrehozott egyetlen faktort a személyes hatékonyság fejlődése néven identifikáltuk (PT).

4.3.5.5. A faktoranalízis eredményeinek összefoglalása

A védőnők méhnyakszűrési tevékenység végzésével kapcsolatos vizsgálatunkban a főkomponens elemzés során összességében 35 változót vizsgáltunk, 4 kérdéscsoportban melynek során 11 faktort sikerült elkülönítenünk (10. ábra). A további elemzésekben a faktorokat, mint új összetett változókat használtuk fel.



10. ábra: A védőnői méhnyakszűrési tevékenységgel kapcsolatos attitűd és vélemény faktoranalízise során kialakult komponensek (n=198)

4.3.5.6. A szűrésben való részvételt befolyásoló tényezők vizsgálata

A vizsgálatban résztvevő szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők (198 fő) közel fele (100 fő) az adatfelvételt megelőzően, korábban vett részt a szűrőprogramban (a pilot jellegű Védőnői Méhnyakszűrő Programok és/vagy a TÁMOP program keretében), másik részük (98 fő), az adatfelvétel idején is szűrt. A további elemzésünk során megvizsgáltuk, hogy a faktoranalízis során létrejött új komponensek (lásd: 10. ábra) átlagos viselkedése között van-e eltérés a szűrésben korábban részt vettek, és a vizsgálat adatfelvételének idején szűrő védőnők két csoportja között. Ezzel a szűrőprogramból való lemorzsolódás okait szeretnénk volna feltárni.

A motivációs faktorok közül a belső motiváció, vagyis a szakmai nyitottság (M1) mutatott szignifikáns ($p=0,03$) eltérést a két csoport között, a jelenleg szűrő védőnők rendelkeztek magasabb értékkel. A hatékonyságot és eredményességet befolyásoló

tényezők csoportjába tartozó egyes faktorok átlagai közül a tárgyi eszközökkel (B1: pl. tanácsadó helyiség kialakítása, egyszer használatos eszközök minősége) kapcsolatos problémák inkább jelentkeztek a nem szűrő védőnők esetében, mint a szűrő védőnők esetében ($p=0,03$). Ezen kívül a nem szűrő védőnők kevésbé jelezték problémásnak a területi és időbeni korlátozásokat (B5: idegen körzetben élő nők is szeretnék igénybe venni a szűrést, a működési engedélyhez külön tanácsadási idő szükséges), mint a szűrő védőnők ($p=0,01$). A támogató komponensek közül a szakmai szervezetek (T3: Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Védőnői Tagozata) a szűrésben résztvevő védőnők véleménye alapján a méhnyakszűrési tevékenységét kevésbé támogatják, mint a nem szűrő védőnők véleménye alapján ($p=0,02$). A pozitív tapasztalatok (PT) vonatkozásában egyértelműen megállapítható volt, hogy szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) a szűrésben résztvevő védőnők által észlelt személyes hatékonyság fejlődése, mint a korábban szűrt, jelenleg nem szűrő védőnők pozitív tapasztalatainak faktorátlaga (18. táblázat).

18. táblázat: A szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők faktorátlagainak összehasonlítása a szűrésben való részvétel szerinti bontásban (n=198)

CSOPORTOK	FAKTOROK	Jelenleg végez szűrést (n=98)	Korábban szűrt, jelenleg nem (n=100)	¹ p érték
		faktorérték ²		
Motivációs Faktorok	M1. Szakmai nyitottság	0,15	-0,15	0,03
	M2. Külső motiváló tényezők	0,04	-0,04	0,56
Hatékonyságot befolyásoló tényezők	B1. Tárgyi eszközökkel kapcsolatos problémák	-0,18	0,14	0,02
	B2. Adminisztratív problémák	-0,04	0,05	0,53
	B3. Megbecsültség (anyagi és erkölcsi)	-0,07	0,07	0,31
	B4. Finanszírozási problémák	0,09	-0,08	0,24
	B5. Területi és időbeli korlátok	0,19	-0,18	0,01
Támogatók	T1. Résztvevők (közvetlen szereplők)	-0,02	0,03	0,75
	T2. Kollégák, társszakmák	0,09	-0,10	0,18
	T3. Szakmai szervezetek	-0,18	0,16	0,02
Pozitív tapasztalat	PT Személyes hatékonyság fejlődése	0,30	-0,30	<10 ⁻²

¹Két mintás t-próba

²A szűrést végzők és szűrést nem végzők csoportátlagai az egyénekre számított faktorértéket alapul véve az egyes faktorok szerint

4.3.5.7. A szűrési tevékenység pozitív tapasztalatainak vizsgálata

Mivel az előző elemzésünkből kiderült, hogy a szűrésben való részvételt a szűrési tevékenység végzésével kapcsolatos pozitív tapasztalatok, vagyis a védőnők által észlelt személyes hatékonyság fejlődése determinálta leginkább, ezért további elemzést végeztünk.

Lineáris regressziós modell segítségével a pozitív tapasztalatokat befolyásoló faktorokat vizsgáltuk. Azt tapasztaltuk, hogy a motivációs (M1+M2: külső és belső) faktorok (mindkettő: $p < 0,01$) és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor (T1 $p = 0,006$) pozitívan befolyásolják a védőnők szűréssel kapcsolatos tapasztalatait, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége szignifikánsan (B3 $p = 0,003$) csökkenti azt (19. táblázat).

19. táblázat: A védőnők szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatait meghatározó tényezők vizsgálata (n=198)

CSOPORTOK	FAKTOROK	Standardizált regressziós együttható	p érték	95 % MT	
		Béta			
Motiváció	M1. Szakmai nyitottság	0,47	$<10^{-2}$	0,35	0,59
	M2. Külső motiváló tényezők	0,17	$<10^{-2}$	0,05	0,28
Hatékonyságot befolyásoló tényezők	B1. Tárgyi eszközökkel kapcsolatos problémák	-0,06	0,30	-0,17	0,05
	B2. Adminisztratív problémák	-0,01	0,84	-0,12	0,10
	B3. Megbecsültség (anyagi és erkölcsi)	-0,17	$<10^{-2}$	-0,28	-0,06
	B4. Finanszírozási problémák	0,09	0,10	-0,02	0,21
	B5. Területi és időbeli korlátok	0,15	$<10^{-2}$	0,05	0,26
Támogatók	T1. Résztvevők (közvetlen szereplők)	0,15	0,01	0,04	0,26
	T2. Kollégák, társszakmák	0,05	0,36	-0,06	0,16
	T3. Szakmai szervezetek	-0,01	0,85	-0,12	0,10

5. FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK, ÚJ EREDMÉNYEK

1. Magyarországon a 25-65 éves korú női lakosság átszűrtsége nem alacsony (74%), azonban a szervezett szűréssel nem sikerült az egyébként nőgyógyászhoz rendszeresen nem járó, valamint az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú, kistelepüléseken élő nőket kellő mértékben bevonni a szűrőprogramba.
2. A női lakosság méhnyakrák megelőzésével kapcsolatos információi hiányosak, az egészségügyi alapellátás szereplői (házi orvosok és védőnők) nem vesznek részt megfelelő mértékben a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban.
3. A Zala megyében megvalósított intervenciós modellprogram eredményei bizonyítják, hogy a női lakosság méhnyakszűrésen való részvételét növeli, ha a házi orvos is részt vesz a szűrési tevékenység kommunikációjában, a lakosság tájékoztatásában és a meghívásban.
4. A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrés kompetencia elfogadottsága a területi védőnők körében nem teljes körű, ugyanakkor a községekben, kistelepüléseken működő körzetekben, ahol jellemzően alacsonyabb a 0-7 éves gyermekek száma, a védőnők szűrési hajlandósága lényegesen kedvezőbb, mint a magasabb gondozotti létszámmal működő városi körzetekben.
5. A méhnyakszűrést végző védőnők átlagosan négyszer annyi időt fordítanak a nővédelmi feladatok ellátására, mint azok a védőnők, akik nem végzik a szűrési tevékenységet. A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréshez kapcsolódó tevékenységeket a szűrő védőnők nagy része nem tudja a munkarendjébe illeszteni és a munkaidő keretein belül végezni.
6. A védőnőknek a szűrési tevékenység végzésével kapcsolatos pozitív tapasztalatait a külső és belső motivációs faktorok, valamint a szűrésben résztvevő szereplők támogatása befolyásolja kedvező irányban, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége pedig szignifikánsan csökkenti azt.

6. MEGBESZÉLÉS

A disszertációban három kutatást mutattunk be, melyek során a méhnyakrák megelőzés hazai gyakorlatának hatékonyságát befolyásoló egyes tényezőket igyekeztünk feltárni. A vizsgálatok egyrészt a szűrés célcsoportjába tartozó 25-65 éves női lakosságra, másrészt az egészségügyi alapellátás szereplőire, a háziorvosokra és a védőnőkre irányultak. A célcsoportok kiválasztása során komplex szemléletre, a probléma többoldalú megközelítésre törekedtünk.

A lakossági felmérés célja a méhnyakszűrés célcsoportjába tartozó 25-65 éves korú nők méhnyakrákkal és megelőzésével kapcsolatos ismereteinek, valamint a szűréssel kapcsolatos attitűdjének és gyakorlatának a feltárása volt.

A szűrési programok sikere elsősorban a megfelelő lakossági részvétel (compliance) függvénye. A felmérésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a magyarországi 3 éves lefedettség, amely a szervezett szűrés keretében és azon kívüli megjelenéseket jelenti, nem alacsony. A vizsgált 11 megye női lakosságának 74%-a vett részt méhnyakszűrésen a vizsgálatot megelőző három éven belül. A tényleges lefedettség ennél valószínűleg alacsonyabb, az eredmények értelmezése során figyelembe kell vennünk a viszonylag alacsony válaszadási arány (47%) miatti kiválasztási hibát. E torzítás hatásának csökkentése érdekében megyénként és korkategóriánként súlyozott becsléseket alkalmaztunk. Mindazonáltal indokolt feltételezni, hogy a válaszadók egészségtudatosabbak voltak, mint a célcsoport tagjai általában.

Az átszűrtség tekintetében más, önbevalláson alapuló lakossági felmérések is hasonló, vagy némileg alacsonyabb adatokról számolnak be, az EUROSTAT 2014 évre vonatkozó adatai 59%-os hároméves lefedettséget jelentettek a 20-69 éves korú nők esetében Magyarországon [51]. Egy korábbi vizsgálatban a 15-60 éves zalaegerszegi nők 85,5%-a életében már egyszer részt vett citológiai vizsgálaton, közülük 69,4%-ban az ajánlások szerinti 3 éves idő intervallumon belül [88-89].

A szervezett szűrés bevezetését követő első három évben (2003 és 2005 között) a 3 éves lefedettség 52,6% volt, mely azonban csak néhány százalékkal (3,7%-al) volt magasabb a szervezett szűrést megelőző referencia időszak (2000-2002) 3 éves lefedettségéhez (48,9%) képest. Ebben a vizsgálatban az egészségbiztosítás keretében finanszírozott nőgyógyászati citológiai vizsgálatok számát (szűrési és diagnosztikai célú vizsgálatok

együtt), és az adott időszakban és földrajzi egységben a szűrésre jogosult női lakosság számát vették figyelembe a lefedettség definiálására megalkotott képlet során [66].

Felmérésünkben, a szervezett méhnyakszűrésre a 11 megye 25-65 éves korú női lakosságának a 35%-a kapott meghívót, akiknek az 54%-a vette igénybe az ingyenes szűrővizsgálatot.

A nemzeti szűrési nyilvántartás adatai alapján a szervezett méhnyakszűrésen való megjelenési arány hazánkban nagyon alacsony, a különböző jelentések a meghívott nők 10%-30%-a közötti megjelenési arányáról számolnak be. Európai összehasonlításban Magyarország az egyik legalacsonyabb részvételi aránnyal rendelkező országok közé tartozik [45, 47-48,90-91]. Mint ahogy korábban is említettük, az európai országok az átszűrtség kiszámításának módszertana tekintetében is heterogének, ami megnehezíti az adatok összehasonlítását [48,90].

Összességében a lakosság méhnyakszűréssel kapcsolatos hároméves lefedettsége valószínűsíthetően alacsonyabb annál, amit az önbevalláson alapuló felmérések (beleértve a saját vizsgálatunkat is) eredményei mutatnak, és vélhetően magasabb, mint a szűrési céllal végzett, nyilvántartásban szereplő citológiai vizsgálatok aránya. Ebből arra következtetünk, hogy Magyarországon a 25-65 éves korú női lakosság 30-40% ritkábban, mint 3 évente, vagy soha nem vesz részt méhnyakszűrő vizsgálaton.

Többszörös logisztikus regressziós modell alkalmazásával igazoltuk, hogy a legmagasabb társadalmi gazdasági státuszú nők közel 4-szer nagyobb eséllyel vesznek részt a szűrővizsgálaton, mint a legalacsonyabb jövedelem kategóriába tartozók. Továbbá szignifikánsan csökkenti a szűrésen való részvételt a 45 évesnél idősebb életkor, a nyugdíjas státusz, és a 10 000 főnél kisebb településnagyságú településen lévő lakóhely. A vizsgált életmód tényezők közül pedig az erős dohányzás csökkenti a részvételi hajlandóságot.

Más tanulmányokkal összhangban van az eredményünk, mely szerint az alacsonyabb társadalmi gazdasági státusz [92-94] és az idősebb életkor [95-96] prediktorai a szűrésről való távolmaradásnak.

Magyarországon, a szűrővizsgálaton való részvétel a társadalombiztosítással rendelkezők számára ingyenes, ezért az alacsonyabb jövedelem önmagában nem indokolja a távolmaradást. Svédországban megyei szinten működik a szűrővizsgálat szervezése, és a

legtöbb megyében egy viszonylag alacsony (10-20 Euro) díjat számítanak fel a vizsgálatért, a résztvevőknek. Egyetlen svéd megyében (Stockholmban), teljesen díjmentes a szűrővizsgálat, ennek ellenére ez a megye egyike a legalacsonyabb átszűrtséggel rendelkező megyéknek. A részvételi díj fontosságát Svédország egy társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű területén vizsgálták, mely tanulmány szerint nem találtak különbséget a mérsékelt díjat fizető nők és az ingyenes szűrővizsgálatban részesülő nők megjelenési arányában [97].

Megállapítottuk, hogy szignifikánsan nagyobb valószínűséggel mennek el a szervezett szűrővizsgálatra azok a nők, akik egyébként is rendszeresen járnak nőgyógyászhoz, hiszen 80%-uk vette igénybe a szervezett szűrés lehetőségét, míg a nőgyógyászhoz nem járó nőknek csupán a 15%-a. Ez az eredmény megerősíti számos hazai szerző által többször publikált érvelést, mely szerint a női lakosság szűrővizsgálaton való részvételére még mindig az opportunisztikus szűrési gyakorlat a jellemző, vagyis a szervezett népegészségügyi szűrőprogramban az átszűrtség növelésére tett erőfeszítések nem érték el a céljukat [4,64-67,71]. A szervezett népesség alapú szűréssel ellentétben az opportunisták szűrés az egyes nők és / vagy orvosainak a kezdeményezésétől függ. Ez a fajta szűrés a lakosság egy bizonyos rétegének a gyakori, vagy indokolatlan gyakorisággal végzett átvizsgálást eredményezi, míg a lakosság másik rétege, általában a hátrányos helyzetűek körében alacsonyabb lefedettség tapasztalható. Ez a helyzet egyenlőtlen lefedettséget eredményez heterogén minőséggel, korlátozott hatékonysággal, kedvezőtlenebb költséghatékonysággal, továbbá a lakosság nyomon követésének nehézségével [98]. Európa számos országában problémát jelent, hogy a szervezett szűrés elfogadását gátolja az opportunisztikus szűrés lehetősége [99].

A szervezett szűrésen való lakossági részvétel növelésére sikeresen alkalmaznak több, személyre szabott meghívással kapcsolatos stratégiát a magas átszűrtséggel rendelkező országokban, ilyenek a meghívás időpont egyeztetéssel, az emlékeztető levél küldése és a telefonos emlékeztető, melyek bizonyítottan növelik a részvételt a szűrővizsgálaton [100-103].

Több európai országban (pl. Norvégia, Franciaország, Finnország, Anglia, Svájc) a részvételi hajlandóság, és a lefedettség növelését kommunikációs kampányokkal és emlékeztető levelek küldésével próbálják elérni, e mellett vizsgálják, vagy már bevezették

a HPV teszten alapuló ön-mintavételi vizsgálat lehetőségét, a nehezen elérhető, szűrést elkerülő célcsoportok számára [90, 104-109].

A legújabb európai ajánlások is megemlítik az ön-mintavétel lehetőségét, olyan nők számára javasolják, akik a méhnyakszűrésen valamilyen oknál fogva nem tudnak, vagy nem akarnak megjelenni. Azt javasolják, hogy mindeneképp kísérleti programok keretében teszteljék, az ön-mintavételi módszer alkalmazhatóságát a bevezetés előtt [90,110-111].

A női lakosság méhnyakszűréssel kapcsolatos ismeretei hiányosak, melynek hátterében az alacsony egészségkultúra áll. Vizsgálatunk vonatkozó eredményeiből említést érdemel, hogy a szervezett szűrésről távolmaradók körében minden negyedik nő azért nem vett részt a szervezett szűrésen, mert nem volt semmilyen panasza.

A méhnyakszűréssel kapcsolatos egészségkommunikáció elégtelenségére utal, hogy a célcsoport 43%-a nem tudta, hogy Magyarországon minden 25-65 éves korú nő jogosult 3 évente az állami egészségügyi rendszerben, teljesen ingyenesen, méhnyak szűrővizsgálatra. A szűréssel kapcsolatban a célpopuláció csupán 42%-a kért, vagy keresett információt. A legtöbben (65%), a nőgyógyásztól kértek tájékoztatást, egyharmaduk a tömegkommunikáció segítségével tájékozódott, a háziorvost 21%-uk említette, mint információs forrást, míg a védőnőt 14%-uk. Észtországban a szervezett szűrést 2006-ban vezették be, egy 2011-ben végzett felmérésben a nők 75%-a a személyes meghívólevélből értesült a szűrővizsgálat lehetőségéről, és az észtországi nők 89% -a szívesen fogadna emlékeztető levelet a szűrésen való részvétellel kapcsolatban a háziorvosától [112]. Egy hazai vizsgálatban a lakosság 85%-a preferálta a szűrővizsgálatokról való információszerzés módjának, ha egészségügyi személyzet tájékoztatja [113].

Közismert, hogy a megfelelő ismeret és a pozitív attitűd még nem minden esetben elegendő az elvárt viselkedéshez, ami ez esetben a szűrővizsgálaton való részvételt jelenti. A vizsgálatunkban is ezt tapasztaltuk, hiszen minden 4. nő távol maradt a méhnyakszűrésről azok körében, akik egyébként fontosnak tartották a szűrővizsgálatokon való részvételt. Korábbi vizsgálatok adatai alapján Ausztráliában és másutt is, akár 10 százalékkal nőtt az átszűrtség az emlékeztető kampánynak köszönhetően, akár önálló beavatkozásként alkalmazták, akár kiegészítő média és kommunikációs kampányokkal együtt. Az emlékeztető levél hatásosabbnak bizonyult, ha személyre szabott volt, nem

pedig pusztán formanyomtatvány [114-116]. Baron és munkatársai szisztematikusan áttekintő vizsgálatukban bemutatták, hogy erős bizonyíték van arra, hogy az egészségügyi szolgáltató emlékeztető és visszahívási rendszerei hatékonyan növelik a mell-, a méhnyak- és vastagbélrák szűrésen való részvételt [117-118].

A háziiorvosi alapellátás számos feladata közül az egyik legfontosabb a megelőzés, amely magában foglalja az egészségfejlesztést, a szűrővizsgálatok hatékonyságának a növelésére irányuló törekvéseket. A háziorvosok a közösségek meghatározó szereplői, jól ismerik a helyi lakosság egészségfejlesztési szükségleteit. A lakosság számára az egészséggel kapcsolatos információk közvetítésének hiteles képviselői, mely lehetőséget kínál a daganatos betegségek megelőzésére is [119]. Az egészségkommunikációban is fontos szerepet kellene betölteniük. A hatékony kommunikációnak a szervezett szűrőprogramok szerves részét kell képeznie annak érdekében, hogy a lakosság a megfelelő információn alapuló tudatos döntést tudjon hozni a szűrésen való részvételről [120-122]. Vizsgálatunk eredményei szerint a nők elsősorban a szülész-nőgyógyászoktól kértek és kaptak meg a méhnyakszűrésre vonatkozó információt, jellemzően nem a szűrés előtt, hanem a vizsgálat során. Így a szűrésről való informáltság a szűrésen való részvételről való döntés előkészítésében kevésbé volt hangsúlyos, és nem jutott el a nőgyógyászhoz egyébként nem járó nőkhez.

A szűrési modellprogram eredménye alapján megállapítható, hogy a háziorvosok részvétele a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban hatásosnak bizonyult, a szűrést korábban elkerülő nők több, mint egynegyede vett részt a beavatkozás hatására a citológiai kenetvételen. Az eredmény jelentőségét véleményünk szerint az adja, hogy egy egyszerű és költséghatékony beavatkozással a szűrésen való részvételi hajlandóság 27%-al növelhető, a „szűrést eddig elkerülő” vagyis a rizikó csoportba tartozó nők körében.

Segnan és munkatársai 1998-ban publikált munkájukban különböző típusú meghívólevelek hatását vizsgálták a méhnyak- és emlőszűrésen való részvételre vonatkoztatva. A méhnyakszűrés esetében 8 385 fő az emlőszűrés esetében pedig 8 069 fő szűrésre jogosult nő számára küldtek ki meghívólevelet. Azt tapasztalták, hogy jelentősen növelte a részvételi hajlandóságot a méhnyakszűrés - és az emlőszűrés - esetén is, ha a személyes meghívó levelet a háziorvos írta alá, továbbá, ha lehetőség volt a szűrővizsgálat időpontjának előzetes egyeztetésére [123].

A 2009-ben bevezetett pilot jellegű Védőnői Méhnyakszűrő Programok során a meghívót kapó nők 15,8 %-a (2009), 11,1% (2010), illetve 14,9 % (2011) jelent meg az egyes években a védőnők felhívására [74]. Véleményünk szerint sikeresen növelhető lenne a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrés hatékonysága is, ha a háziorvos is részt venne a szűrésre jogosultak meghívásában.

Magyarországon az egészségügyi alapellátás legújabb fejlesztései elősegítették a háziorvosok fokozottabb részvételét a megelőző tevékenységekben. A háziorvosok finansziális ösztönzésének a hiányában azonban elmarad a betegségek korai stádiumban történő felismerését biztosító szűrővizsgálatokon való részvétel támogatása [124]. Az indikátoralapú teljesítményértékelő rendszer bevezetése a megelőző tevékenység, valamint a háziorvosi gondozás népegészségügyi szempontból fontos területein finanszírozza a háziorvosokat. A célcsoport emlőszűrésen való részvétele már szerepel az indikátorok listáján, de a lakosság népegészségügyi célú méhnyakszűrésen való részvétele egyelőre még nem [125-126].

A háziorvosok egészségfejlesztő tevékenységét sok esetben akadályozza az idő hiánya, az akut betegek ellátása, a gondozómunka, és az adminisztratív terhek miatt gyakran kevés idejük marad a népegészségügyi célú szűrővizsgálatokon való részvétel ösztönzésére. A megoldás az anyagi ösztönzés mellett a praxisközösségek létrejöttének támogatása, működtetésének ösztönzése lehet, melyben több praxis összefogásával lehetőség van több szakember alkalmazására, aki az egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatokban segíti a praxisközösségekhez tartozó háziorvosok munkáját a megelőzésben [124].

A Svájci Hozzájárulási Program keretében 2012-ben indított, „Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális egészségközponttal” című projekt prevenciós szolgáltatásainak értékelését bemutató tanulmány szerint a Modellprogram nem eredményezett javulást a méhnyakszűrésen (továbbá az emlő, a prosztatata és a colorektális daganatok szűrésében) való részvétel növelésében, de a praxisközösségi protokollban nem szerepelt ezen a szűrővizsgálatoknak a célzott háziorvosi támogatása [127].

Léteznek jó gyakorlatok, helyi kezdeményezések hazánkban, például egy Kecskeméten működő praxisközösségben létrehoztak és sikeresen működtetnek egy közösségi alapú egészségfejlesztő programot a mammográfián való átszűrtség növelésére. Ebben

kidolgozott protokoll szerint működik együtt a háziorvos és a prevenció ápoló, országos szinten is kiemelkedő eredmény, hogy 2016-ban a kecskeméti szűrőállomáshoz tartozó célcsoport 70,29% vett részt a mammográfián [128]. Az ehhez hasonló kezdeményezéseket ki lehetne terjeszteni a népegészségügyi célú méhnyakszűrésen való részvétel növelésére is. A méhnyakszűrési program kidolgozása során fontos szem előtt tartani, hogy egyenlő hozzáférést biztosítson az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú, kistelepülésen élők és az eltérő etnikai csoportok számára is [129-130]. A helyi közösségek szintjén szerveződő programok, amelyek figyelembe veszik a családok társadalmi-kulturális helyzetét, a kulturális sajátosságait és értékeit, minimalizálhatják a méhnyakrák megelőzésének és kiszűrt esetek nyomon követésének az akadályait [131-132]. Az elméletileg megalapozott és bizonyítékon alapuló közösségi beavatkozások kidolgozása és fejlesztése kihívást jelent és időigényes. A siker érdekében szükség van megvalósításban részt vevő különböző szakemberek, társszakmák és az érintettek közötti együttműködésre [133].

A képzésben felkészített védőnők hatékonyan tudnak bekapcsolódni a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe. A pilot jellegű Védőnői Méhnyakszűrő Programok eredményei bizonyították, hogy a védőnők képesek arra, hogy a körzetükben élő lakosságot megszólítsák, és ennek során a szűrésen való részvételre ösztönözzék [74]. A meghívás az esetek nagy részében személyesen, időpont egyeztetéssel történt, a nővédelmi látogatások keretében. A védőnők azokat a nőket, akik az egyeztetett időpontban nem jelentek meg a védőnői szűrésen, nyilvántartották, és igyekeztek újabb időpontot egyeztetni velük. A szűrés eredményéről minden esetben szóban tájékoztatták a nőket, és a kiszűrt esetek további kezelését is nyomon követték.

A védőnői vizsgálat adatai alapján megállapítottuk, hogy a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre történő felkészítésben részt vett területi védőnőknek az 57%-a nem tervezte a belépését a szűrőprogramba. Ugyanakkor a községben, kistelepüléseken és az alacsonyabb gondozotti létszámmal működő körzetekben szignifikánsan magasabb a védőnők elköteleződése a szűrővizsgálat végzése mellett. A védőnők nagy része az alacsony anyagi, és erkölcsi megbecsültség miatt nem vett részt a programban. A védőnői méhnyakszűrés finanszírozása a 43/1999.(III.3.) Korm. rendelet alapján történik, melynek értelmében az egy esetre járó díj mértéke 2000 forint, ebből a szűrést végző védőnő díja szűrési esetenként bruttó 900 forintot jelent [134].

A válaszadóknak több, mint a fele egyrészt indokolatlannak gondolta a védőnői méhnyakszűrést, mert a körzetéhez tartozó 25-65 éves nők számára jól működött és könnyen elérhető volt a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelésen a vizsgálat, másrészt csak a jogszabályban előírt kompetencia bővülés miatt végezték el a díjtalanul elérhető képzést. Tehát a képzésen való részvétel még nem feltétlenül jelentette a szűrővizsgálat végzésében való szerepvállalás melletti elköteleződést is. A képzésben részt vett területi védőnők egyharmada fontolóra veszi a pályaelhagyást, abban az esetben, ha számára kötelezővé teszik a szűrésben való részvételt.

A fenti eredmények azt mutatják, hogy az új kompetencia elfogadottsága a területi védőnők körében nem teljes körű, ugyanakkor a községekben, kistelepüléseken működő körzetekben, ahol jellemzően alacsonyabb a 0-7 évesek száma, a védőnők szűrési hajlandósága lényegesen magasabb, mint a magasabb gondozotti létszámmal működő városi körzetekben.

A magasabb gondozotti létszámmal működő körzetekben tovább nehezíti a helyzetet, hogy a 0-7 éves korú gyermekekre vonatkozóan 2017. októberétől bevezetésre került az új korszerű szűrővizsgálati módszertan alkalmazása is. A jogszabályváltozás gyakorlati értelemben a korábbinál sűrűbb szűrővizsgálati alkalmat jelent, továbbá újabb módszertani elemeket (pl. rizikó kérdőív, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív) is tartalmaz, amelynek következtében a 0-7 éves gyermekek ellátása lényegesen több időráfordítást igényel a védőnők munkaidejéből, mint korábban [135].

A méhnyakszűrést a védőnők a „nővédelmi feladatok ellátása” keretében végzik, vizsgálatunk eredményei alapján a szűrési tevékenységre fordított idő átlagosan 17 órát igényelt a védőnők munkaidejéből havonta. A 2014-ben végzett „Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat” című kutatás beszámolója alapján a méhnyakszűrés bevezetése előtt a védőnők átlagosan havi 3,8 órát fordítottak a nővédelmi feladatok ellátására [136]. Ez alapján ennek a feladatnak az időigénye több, mint a négyszeresére emelkedett azon védőnők esetében, akik végzik a szűrést. A szűrési tevékenységnek a védőnők munkarendjébe illeszkedésével kapcsolatban azt tapasztaltuk, hogy a szűrést végző védőnők gyakran a hivatalos munkaidő keretein túl végezték el a szűrendő nők látogatását, valamint a kenetvételt is. Feltehetően igazodtak a szűrendő nők időbeosztásához. A szűrési

tevékenység végzéséhez szükséges működési engedélyhez külön tanácsadási időt szükséges megjelölnie a védőnőnek, ennek időpontját a gyakorlatban nem minden esetben tudta betartani a védőnő. Ez hosszú távon nem lehet megoldás, ha a lakosság szűrésen való részvétele növelhető azzal, hogy a hivatalos tanácsadási- és/vagy munkaidőn kívül történik a szűrés, abban az esetben ennek meg kell teremteni a lehetőségét és a törvényes kereteit.

A védőnők bevonása a méhnyakszűrésbe egyértelműen növeli a falvakban, kistelepüléseken élő nők szűrővizsgálaton való részvételét [137], ezért szükség van egyeztetésekre a védőnőkkel, annak érdekében, hogy a méhnyakszűréshez való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit csökkentsük, ott, ahol erre szükség van. Az alapellátás minőségi megújulásához elengedhetetlen a szereplők együttműködése, az új funkciók megjelenítése, célzottan képzett szakemberek bevonása, a szakdolgozói kompetenciák bővítése, valamint a rendelkezésre álló források rugalmasabb és hatékonyabb felhasználása [138]. Javasoljuk a védőnői méhnyakszűrési tevékenység átszervezését olyan formában, hogy az a védőnők további alapfeladatainak az ellátását ne veszélyeztesse, különösen azokban a védőnői körzetekben, ahol magas a gondozottak létszáma. Azon településeken, ahol népegészségügyi érdekből szükség van rá, de a védőnő túlterheltség miatt nem tud részt venni a szűrésben, megoldás lehet a szolgáltatásnak a praxisközösségben működtetett formában és/vagy főállású szűrővédőnők által működtetett formában történő elérése. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd- egészségőröröknek jelentős szerepe volt abban, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny csoportok az alapellátásban elérhető szolgáltatásokat igénybe vegyék [139]. A védőnői méhnyakszűrési szolgáltatás megismerését, a bizalom növelését a helyi szintű szervezést is elősegíthetné a segéd- egészségőrök munkája a praxisközösségeken belül.

A munkavégzés motivációit vizsgáló tanulmányok arról számolnak be, hogy minél magasabb az egyén belső motivációja, annál eredményesebben tudja a céljait elérni [140]. Ha a munkavállaló azért dolgozik, mert úgy érzi, hogy a munkája megegyezik a személyes meggyőződéseivel és értékeivel, ha szívesen végzi és érdekesnek tartja azt, akkor a személyes pozitív következmények mellett a munkavégzése is eredményesebb lesz [141]. A védőnők szakmai attitűdjével kapcsolatos eredményeink is azt mutatták, hogy azok a védőnők vesznek részt a szűrésben, akiknek magasabb volt a motivációs faktorátlaga, ezen belül is a belső motivációs tényezőnek, vagyis a szakmai nyitottságnak

volt nagyobb a szerepe. Ehhez valószínűleg hozzájárult, hogy a jelenleg szűrő védőnőknek szignifikánsan magasabb volt az észlelt személyes hatékonyság fejlődése, több pozitív tapasztalata volt a méhnyakszűrési tevékenység végzése során, mint a korábban szűrő, jelenleg nem szűrő védőnőknek. A szűrési tevékenység végzésével kapcsolatos személyes hatékonyság fejlődését az eredményeink szerint a motivációs faktorok és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor befolyásolták kedvező irányban, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége pedig szignifikánsan csökkentette azt. Ezért a védőnők szűrési hajlandóságának növelése érdekében olyan beavatkozásokra van szükség, amelyek a belső motivációs tényezőket erősítik, több pozitív megerősítésre, támogatásra van szüksége a szűrő védőnőknek a személyes hatékonyságuk fejlődése érdekében is. Ehhez szükséges, hogy a védőnők és a társszakmák, valamint a lakosság körében is növekedjen a védőnői méhnyakszűrő tevékenység elismertsége.

Az alapellátásban dolgozó házi orvosok támogatása nemcsak a lakosság szűrésben való részvételi hajlandóságát növelhetné, hanem a védőnői méhnyakszűrő elismertségét, ezáltal annak hatékonyabb működését is.

A méhnyakszűrő szolgáltatás elérhetőségében meglévő területi egyenlőtlenségek megszüntetése kiemelten fontos népegészségügyi érdek, ezért a hatékonyság növelése érdekében összefogásra és további egyeztetésekre van szükség a népegészségügyi szűrések országos koordinációjában résztvevők, az egészségpolitika, a védőnői szolgálat szakmai irányítását végzők, a védőnői szakmai érdekképviselő szereplői és nem utolsósorban a területi védőnők között.

6.1. Javaslatlatter

Az alábbiakban összefoglaljuk a szakirodalmi áttekintés és a kutatómunka eredményei alapján levonható következtetéseink tükrében megfogalmazott legfontosabb javaslatainkat, melyekkel a jelenlegi méhnyakszűrő program hatékonysága növelhető lenne.

- Szükség lenne megfelelő személyi és informatikai kapacitás biztosítására a személyre szóló meghívási, visszahívási, követési rendszer működtetése során.
- Javasoljuk, hogy a szervezett szűrésen való lakossági részvétel növelésére a személyre szabott meghívással kapcsolatosan újabb stratégiák kerüljenek bevezetése *(pl. meghívás időpont egyeztetéssel, emlékeztető levél küldése, telefon/SMS, e-mail emlékeztető küldése)*.
- A háziorvosok számára legyen könnyen elérhető és átlátható, hogy a praxisukhoz tartozó nők közül kiket hívnak szűrésre, továbbá a vizsgálat eredménye is.
- A működő praxisközösségek támogassák a népegészségügyi célú szűrővizsgálatokon való lakossági részvételt, a protokollba épüljön be a méhnyakszűrés célzott háziorvosi támogatása.
- A háziorvosi finanszírozás indikátorrendszerébe kerüljön be a méhnyakszűrés, mely az átszűrtség függvényében díjazza a tevékenységet.
- A magánszolgáltatók által végzett vizsgálatok és eredményei legyenek elérhetőek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási térben (EESZT-ben).
- A védőnői méhnyakszűrési rendszert igazítsák a népegészségügyi szükségletekhez olyan formában, hogy ne veszélyeztesse a védőnők alapfeladatának az ellátását és díjazzák megfelelő mértékben. Megfontolandó lehet a főállású szűrővédőnők alkalmazása is.
- A nem negatív eredményt adó esetekben a szakellátási egységek a háziorvosi szolgálattal összehangoltan biztosítsák a tisztázó vizsgálatok elvégzését, a kezelést és a betegkövetést.
- A szűrőtevékenység teljes vertikumában résztvevő szakemberek (pl. szűrési koordinátorok, informatikusok, citológusok, szülész-nőgyógyászok, védőnők, stb) számára legyen elérhető továbbképzési program, a lakosság számára a szűréssel kapcsolatos egészségnevelési program.

6.2. A vizsgálatok korlátai

Az eredmények mellett meg kell említeni a vizsgálatok korlátait is. A lakossági felmérés általánosíthatóságát korlátozza a viszonylag alacsony (47%) válaszadói hajlandóság, továbbá az, hogy valószínűleg szívesebben vettek részt benne azok a nők, akik rendszeresen járnak a szűrésre. E torzítás hatásának csökkentése érdekében megynként és korkategóriánként súlyozott becsléseket alkalmaztunk.

A kiválasztási hiba a Zala megyei intervenciós modellprogram eredményeit vélhetően nem torzította, mert a vizsgálat azokra nőkre korlátozódott, akik 3 évnél régebben, vagy soha nem vettek részt szűrésen.

További korlátot jelentett az intervenciós vizsgálat viszonylag alacsony mintaszáma. A vizsgálat erőssége, hogy - egy kutatási projekten belül - sikerült megszervezni az együttműködését az alapellátás, a szűrési koordinátor és a citológiai laborok között, és ily módon igazolni tudtuk a szűrési modellprogram megvalósíthatóságát.

A védőnői vizsgálatot szintén korlátozta az alacsony (20%-os) válaszadási arány. A szűrésben való részvételi hajlandóságra vonatkozó eredmények értelmezése során figyelembe kell venni, hogy az eredményeket nem az összes védőnőre vonatkoztattuk, csak azokra, akik a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vettek. Ugyanakkor a szűrővizsgálat végzésével kapcsolatos véleményt csak azok körében vizsgáltuk, akik már rendelkeztek szűrési tapasztalattal, ezért ezeket az eredményeket vélhetően nem torzította az alacsony válaszadási arány.

A védőnői vizsgálat erőssége, hogy a védőnői méhnyakszűrés szolgáltatás elfogadottságáról, munkarendbe illesztéséről, időráfordításáról, az új kompetenciával kapcsolatos szakmai attitűdről korábban nem álltak rendelkezésre kutatási eredmények.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás csökkentése kiemelt népegészségügyi feladat. Az alapellátásnak a szerepe a helyi közösségek egészségfejlesztésében vitathatatlan, ezért a disszertációban három kutatás eredményeiről számoltunk be, igyekeztünk a méhnyakszűrő program működésével kapcsolatos problémákat a női lakosság, valamint az alapellátásban dolgozó háziorvosok és védőnők szemszögéből feltárni. A lakosság körében végzett kérdőíves felmérés célja a méhnyakszűrés célcsoportjába tartozó 25-65 éves korú nők méhnyakrákkal és megelőzésével kapcsolatos ismereteinek, valamint a szűréssel kapcsolatos attitűdjének és gyakorlatának a feltárása volt. Ehhez kapcsolódott egy szűrési modellprogram Zala megyében, melynek keretében vizsgáltuk, hogy milyen mértékben növelhető a nők méhnyakszűrésen való részvételi hajlandósága, ha a háziorvosok is részt vesznek a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban. A harmadik vizsgálatban kérdőíves felmérést végeztünk a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre történő felkészítő képzésben részt vett védőnők körében azzal a céllal, hogy feltárjuk a védőnőknek az új szolgáltatás végzésével kapcsolatos hajlandóságát, motivációját, véleményét, tapasztalatait. A lakossági felmérés eredményei alapján megállapítottuk, hogy a célpopuláció átszűrtsége nem alacsony, azonban a szervezett szűréssel nem sikerült az egyébként nőgyógyászhoz rendszeresen nem járó, valamint az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú, kistelepüléseken élő nőket kellő mértékben bevonni a szűrőprogramba. A Zala megyei intervenciós modellprogramban a háziorvosok sikeresen mozgósították a szűrésre azon nők egynegyedét, akik a megelőző három évben nem vettek részt méhnyakszűrésen. A képzésben részt vett védőnők szűrési tevékenységgel kapcsolatos részvételi hajlandósága alacsony, ugyanakkor a szűrést elfogadó védőnők szignifikánsan többen dolgoznak a kistelepüléseken, továbbá azok a védőnők vesznek részt a szűrésben, akiknek magasabb a motivációja, ezen belül is a belső motivációs tényezőnek, vagyis a szakmai nyitottságnak van nagyobb szerepe.

A méhnyakrák megelőzése érdekében javítani kell a szűrési program végrehajtását és kommunikációját, a lakossághoz közel álló háziorvosokat is be kell vonni a szűrés népszerűsítésébe. A védőnők részvétele a szűrésben elengedhetetlen feltétele a program sikeres végrehajtásának, melyhez szükséges az új kompetencia megbecsülésének, elismertségének a növelése. Az alapellátás megújítására vonatkozó törekvéseknek ki kell terjednie a népegészségügyi célú méhnyakszűrésen való részvétel növelésére is, annak érdekében, hogy egyenlő hozzáférést biztosítson az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú, kistelepülésen élők és az eltérő etnikai csoportok számára is.

8. SUMMARY

In Hungary, reducing cervical cancer mortality is a major public health task. The role of primary health care in the health promotion of local communities is indisputable, therefore, in the dissertation we reported the results of three researches and we tried to identify problems with the function of the cervical cancer screening program from the point of view of the female population and general practitioners and health visitors. The aim of the questionnaire survey among the general population was to explore the cervical cancer prevention and prevention skills of women aged 25-65 in the target group of cervical screening and their attitudes and practices regarding to screening. This was accompanied by a screening model program in Zala County, where we examined the extent to which women were more willing to participate in cervical screening if GPs were involved in health communication about screening. In the third study, we conducted a questionnaire survey among health visitors who had been prepared for cervical screening for public health purposes with a view to revealing the willingness, motivation, opinion, and experience of the health visitors to perform for this new service. Based on the results of the survey, we found that the target population's screening is not low, however, organized screening failed to adequately involve women who do not regularly visit the gynecologist, and who live in small settlements with lower socio-economic status. In the Intervention Model Program in Zala County, GPs successfully mobilized the quarter of women who did not participate in cervical screening in the previous three years. Health visitors who participated in training related to willingness to participate in screening activity is low, while who accepted the screening significantly work in small places, and those health visitors participated in the screening program who had higher motivation, including the internal motivation factor and who were greater open-minded for the professional role. In order to prevent cervical cancer, the implementation and communication about the screening program should be improved, and general practitioners should be involved in the promotion of screening. The participation of health visitors in the screening is essential to the successful implementation of the program, which requires that acknowledgement of new competencies would be increased. Efforts to renew basic health care should also include increasing participation in cervical screening for public health purposes, in order to ensure equal access for those who have low socio-economic status, live in small settlements and belong to different ethnic groups.

9. IRODALOMJEGYZÉK

1. Amenable and preventable deaths statistics 2018. EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics [letöltve: 2019.01.28.]
2. WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer. <http://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/> Date: May 19, 2018 [letöltve: 2019.01.28.]
3. Egészségügyi Világszervezet Halálozási Adatbázis WHO HFA European mortality database (MDB) Frissítve: 2018/június/15 <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/> Letöltve: 2018/10/13
4. Döbrössy L, Kovács A, Döbrössy B, Budai A, Boncz I, Margitai B, Koós T. Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? *LAM* 2010; 20: 689–693.
5. Akers AY, Newmann SJ, Smith JS. Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer* 2007;31:157-181.
6. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Letöltve: 2017.05.08.]
7. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries *CA Cancer J Clin*, Published online 12 September 2018; <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>
8. WHO GLOBOCAN 2018 adatbázis: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D Letöltve: 2018/10/13
9. WHO GLOBOCAN 2018 adatbázis: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=natural-

[earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D](#) Letöltve: 2018/10/13

10. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). *Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report* 27 July 2017. Letöltve: 2018/10/15

11. WHO GLOBOCAN 2018 adatbázis: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=3&ages_group%5B%5D=8&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0 Letöltve: 2018/10/13

12. Ferlay J, et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018, *European Journal of Cancer* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>

13. Polona J. M., Katja S., et al Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012. *Acta Dermatovenerologica APA* 2013;22:7-19.

14. WHO/ICO Information centre on HPV and cervical cancer (HPV Information Centre). Human papillomavirus and related cancers in Europe. Summary report 2010. In. Barcelona, Spain: WHO/ ICO HPV Information Centre; 2010.

15. Sárváry A. A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálzásának jellemzői 1980 és 2011 között *Acta Medicina et Sociologica*; 2015;6:69-78

16. Arbyn, Marc et al. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union *European Journal of Cancer*; 2009; 45:15:2640 - 2648

17. GLOBOCAN 2018 adatbázis: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/348-hungary-fact-sheets.pdf> Letöltve:2018//10/16

18. Országos Onkológiai Intézet Nemzeti Rákregiszter: <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> Letöltve:2018//10/16

19. Boncz I. Horváthné K. Zs. L. Vajda R. Védőnői méhnyakszűrési rendszeráttekintő tanulmány; Simia Alba Kft. 2015.

20. Szücs, M., Pintér Grósz, D., Sándor, J. A halálteki diagnózisok megbízhatóságának javítása a népegészségügyi hatóság és a Központi Statisztikai Hivatal együttműködésével *Orv. Hetil.*, 2016, 157(13), 504–511.

21. Ádány Róza (szerk.) Megelőző orvostan és népegészségtan Medicina, Budapest; 2012. ISBN :978 963 226 385 4
22. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, Child C, Fishman A, Perrin E. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294:582–8.
23. Uzzoli A, Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R. A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján Tér és Társadalom / *Space and Society* 2011; 25: 88-105
24. IARC Monograph Working Group zur Hausen H, Arbyn M, Villa L, et al. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomaviruses, vol. 90. Lyon: IARC Press; 2007.
25. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*.1999 318(7188):904-8.
26. Miller AB. Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1993.
27. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1:1247–9.
28. Bray F, Loos AH, McCarron P, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:677–86
29. Döbrössy L. Daganatok szűrése minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató OTH; 2013. ISBN 978-963-86911-5-6
30. Organisation of a programme for cervical cancer screening. ICRF coordinating committee on cervical screening. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;289(6449):894–5.
31. Hakama M. Effect of population screening for carcinoma of the uterine cervix in Finland. *Maturitas* 1985;7(1):3–10.
32. Madlensky L, Goel V, Polzer J, Ashbury FD. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. *Eur J Cancer* 2003;39(12):1648–53.
33. Control of cancer of the cervix uteri. A WHO meeting. Bull World Health Org.1986;64(4):607–18.
34. Papanicolaou G.N., Traut H.F. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Abst Gynecol* 1941, 42, 193-206.

35. Hakama M, Miller AB, Day NE. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, editors. Screening for cancer of the uterine cervix. Lyon: *International Agency for Research on Cancer*; 1986. p. 1–308.
36. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003;89:88–93.
37. van Marle ME, van Ballegooijen M, Habbema JD. Low risk of cervical cancer during a long period after negative screening in the Netherlands. *Br J Cancer* 2003;88:1054–7.
38. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S, Iossa A, Paci E, Sasieni P. Lower protection of cytological screening for adenocarcinomas and shorter protection for younger women: the results of a casecontrol study in Florence. *Br J Cancer* 2004;90:1784–6.
39. Coleman D, Day N, Douglas G, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Europe against cancer programme. *Eur J Cancer* 1993;29A (Suppl 4):S1–S38.
40. Council of the European Union (16 December 2003). Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). *OJ L* 327: 34–3
41. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
42. A. Anttila, M. Arbyn, H. De Vuyst, J. Dillner, L. Dillner, S. Franceschi et al (editors) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Second edition – Supplements Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015; ISBN 978-92-79-48539-8; doi:10.2875/93363
43. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer*. 2004;91(5):935–41.
44. Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P. Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. European Communities, Brussel, 2008.
45. European Commission: Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the council recommendation on cancer screening. IARC Lyon, France, 2017

46. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer* 2004;91(5):935–41, Epub 2004/07/29
47. Anttila A, Ronco G, Working Group on the Registration & Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE). Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009;45(15):2685–708.
48. Elfstrom K.M., Arnheim-Dahlstrom L., Von Karsa L., Dillner J. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes *European Journal of Cancer* 2015;51 (8) , pp. 950-968.
49. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol* 2008; 111(1):167–77.
50. Jeong, H.; Hong, S.R.; Chae, S.-W.; Jin, S.-Y.; Yoon, H.K.; Lee, J.; Kim, E.K.; Ha, S.T.; Kim, S.N.; Park, E.-J.; et al. Comparison of Unsatisfactory Samples from Conventional Smear versus Liquid-Based Cytology in Uterine Cervical Cancer Screening Test. *J. Pathol. Transl. Med.* 2017; 51:314–319.
51. Singh, V.; Gupta, N.; Nijhawan, R.; Srinivasan, R.; Suri, V.; Rajwanshi, A. Liquid-based cytology versus conventional cytology for evaluation of cervical Pap smears: Experience from the first 1000 split samples. *Indian J. Pathol. Microbiol.* 2015, 58, 17–21.
52. EUROSTAT Healthcare activities statistics - preventive services https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services#Cervical_cancer_screening Letöltve: 2018/12/01
53. Patnick J. Cervical cancer screening in England. *Eur J Cancer* 2000;36(17):2205–8.
54. Jane H. Williams, Stacy M. Carter, Lucie Rychetnik. “Organised” cervical screening 45 years on: How consistent are organised screening practices? *European Journal of Cancer* 2014; 50: 3029–3038.
55. EU-TOPIA Towards improved cancer screening <http://eu-topia.org/> Letöltve: 2019/03/19
56. Lehoczy O. A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. *Magyar Nőorvosok Lapja.* 1997;60:133-136.

57. Langmár Z, Németh M, Kornya L. Méhnyakszűrés Magyarországon – epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások *Orv Hetil.* 2011; 152: 2063–2066.
58. Döbrössy L. Méhnyakrákszűrés 5 évtizede Magyarországon *Nőgyógyászati Onkológia* 2007;12:5-9.
59. Bodó M., Döbrössy L. A citológiai vizsgálatra alapozott cervix-program eredményei és kilátásai. *Orvostudomány* 1982;33:391-394.
60. Bodó M., Cseh I., Bösze P. Alarm –helyzet a cervixprogramban, kérdések és feladatok. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1991;54:373-375.
61. 46/2003. (IV. 16.) 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról
62. 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.
63. International Agency for Research on Cancer. IARC/WHO handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005. p. 1-302.
64. Kovacs A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides A. A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban *Orv Hetil.* 2007;148:535-540.
65. Boncz, I. Sebestyén, A. A méhnyakszűrés egészségbiztosítási vonatkozásai. MNT XXVIII. Nagygyűlése, Szeged, 2006. május 25–27.
66. Boncz I., Sebestyén A, Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Székely T. A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orv Hetil.* 2007;148(46), 2177-2182. <https://doi.org/10.1556/HO.2007.28956>
67. Kovács A, Boncz I. A szekunder prevenciós onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. *Népegészségügy* 2009;87:265-275.
68. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Cornides Á. Nőgyógyászati rákszűrés, vagy méhnyakszűrés? Klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése. *Orv. Hetil.* 2012; 153:1295-1306. <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29432>
69. Döbrössy L, Kovács A, Budai A. Inequalities in cervical screening practices in Europe Diversity and Equality in Health and Care 2015; 12: 48-53
70. Döbrössy L, Kovács A, Budai A. Egyenlőtlenségek a méhnyakszűrésben *Orv Hetil.* 2015; 156: 955-963 <https://doi.org/10.1556/650.2015.30162>

71. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á. Cervical screening in Hungary: why does the “English model” work but the “Hungarian model” does not? *Eur J Gynaec Oncol.* 2007; 29 (1): 5-9.
72. Bényi M, Vámos M, Kéki Zs, Rákos-Zichy P. Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007. alapján. 2009; *Népegészségügy.* - ISSN 0369-3805; 87. évf. 3. sz., p. 162-171.
73. Döbrössy L.: A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben. *Védőnő* 2012; 22(2), 3–4.
74. Fehér E.: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve 2012; *Védőnő* 2012;22(2), 5–9.
75. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, et al.: Education and training of health visitors to undertake cervical screening. *J. Nurs. Educ.Pract.*, 2015, 5(3), 28–32.
76. Gyulai A, Fehér E, Balácsi I. A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon *Acta Medicina et Sociologica* 2015; 6:31-38.
77. 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet módosításáról
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1509/fajlok/28_2013_emmir.pdf [letöltve: 2017.05.08.]
78. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimenetiekövetelményeiről szóló 8/2013.(I. 30.) EMMI rendelet módosításáról Magyar Közlöny 2016;116. 10408-11971
79. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_en.pdf
80. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information_en.pdf
81. Gardasil 9 offers wider protection against cancers caused by human papillomavirus (HPV) https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/gardasil-9-offers-wider-protection-against-cancers-caused-human-papillomavirus-hpv_en.pdf
82. WHO, Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, *Wkly. Epidemiol. Rec.* 2009; 84 (15): 118–131.

- 83.** WHO, Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014, *Wkly. Epidemiol. Rec.* 2014; 89 (43): 465–491.
- 84.** L.vonKarsa, M. A., H.DeVuyst, J. Dillner, L. Dillner, S. Franceschi, J.Patnick, G. Ronco, N. Segnan, E. Suonio, S. Törnberg, A. Antilla European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination *Papillomavirus Res* 2015; 1: 22-31
<https://doi.org/10.1016/j.pvr.2015.06.006>
- 85.** Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele A 2014. évi védőoltásokról ORSZÁGOS EPIDEMIOLOGIAI KÖZPONT 2014; 21:3.különszám.
- 86.** Széles G, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pasti G, Kósa Zs, Molnar I, Lun K, Adany R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *The European Journal of Public Health* 2005;15(1):26-32.
- 87.** Stata Statistical Software Release 8.2 StataCorp LP, College Station, TX, 2003;USA.
- 88.** Pakai, A. A méhnyakrák szűrésen való megjelenés motivációjának a vizsgálata. PhD Értekezés Budapest; Semmelweis Egyetem; 2011
- 89.** Pakai, A.; Brantmüller, É.; Réka, V.; Karácsony, I.; Balázs, P. Reasons for Non-appearance on Organized Cervical Screening in Hungary. *Pract. Theory Syst. Educ.* 2016;11: 142–154.
- 90.** Döbrössy, L.; Oroszi, B.; Kovács, A.; Budai, A. Comprehensive Programme to Prevent Cervical Cancer-the Case of Hungary. *Int. J. Virol. AIDS* 2016;3:021.
- 91.** Chrysostomou, A.C.; Stylianou, D.C.; Constantinidou, A.; Kostrikis, L.G. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses* 2018;10:729.
- 92.** Kristensson JH, Sander BB, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38:(2)174±80. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.12.007> PMID: 24447699
- 93.** Virtanen A, Nieminen P, Luostarinen T, Anttila A. Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendeers of cervical cancer screening in Finland: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*2011; 20:(9)1960±9. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0307> PMID: 21752985
- 94.** Gok M, Heideman DA, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening

- method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*. 2010; 340:c1040. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1040> PMID:20223872
95. Seidel D, Becker N, Rohrmann S, Nimptsch K, Linseisen J. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009; 135:(4)533±41. <https://doi.org/10.1007/s00432-008-0485-0> PMID: 18841394.
 96. Kristensson JH, Sander BB, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. *Cancer Epidemiol*. 2014; 38:(2)174±80. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.12.007> PMID: 24447699
 97. Broberg G, Wang J, Östberg AL, Adolfsson A, Nemes S, et al. Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study. *PLOS ONE* 2018; 13(1):0190171. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190171>
 98. Arbyn, M.; Anttila, A.; Jordan, J.; Ronco, G.; Schenck, U.; Segnan, N.; Wiener, H.; Herbert, A.; von Karsa, L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. *Ann. Oncol*. 2010; 21:448–458.
 99. Jennifer Priaulx, Harry J. de Koning, Inge M.C.M. de Kok, György Széles, Martin McKee, Identifying the barriers to effective breast, cervical and colorectal cancer screening in thirty one European countries using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST) *Health Policy* 2018; (122) 11:1190-1197. ISSN 0168-8510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.004>.
 100. Eaker S, Adami HO, Granath F, Wilander E, Sparén P: A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004, 13: 346-354.
 101. Morrell S, Taylor R, Zeckendorf S, Niciak A, Wain G, Ross J. How much does a reminder letter increase cervical screening among under-screened women in NSW? *Aust N Z J Public Health*. 2005; 29:(1)78±84. PMID: 15782877
 102. Eaker S, Adami HO, Granath F, Wilander E, Sparén P. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13:(3)346±54. PMID: 15006907
 103. Broberg G, Jonasson JM, Ellis J, Gyrd-Hansen D, Anjemark B, Glantz A, et al. Increasing participation in cervical cancer screening: Telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled

trial. *Int J Cancer*. 2013; 133:(1)164±71. <https://doi.org/10.1002/ijc.27985> PMID: 2323335627.

104. Virtanen, A.; Anttila, A.; Luostarinen, T.; Nieminen, P. Self-sampling versus reminder letter: Effects on cervical cancer screening attendance and coverage in Finland. *Int. J. Cancer* 2011; 128: 2681–2687.

105. Williams, D.; Davies, M.; Fiander, A.; Farewell, D.; Hillier, S.; Brain, K. Women's perspectives on human papillomavirus self-sampling in the context of the UK cervical screening programme. *Health Expect.* 2017;20: 1031–1040

106. Viviano, M.; Catarino, R.; Jeannot, E.; Boulvain, M.; Malinverno, M.U.; Vassilakos, P.; Petignat, P. Self-sampling to improve cervical cancer screening coverage in Switzerland: A randomised controlled trial. *Br. J. Cancer* 2017; 116:1382–1388.

107. Fargnoli, V.; Petignat, P.; Burton-Jeangros, C. To what extent will women accept HPV self-sampling for cervical cancer screening? A qualitative study conducted in Switzerland. *Int. J. Women's Health* 2015;7: 883–888.

108. Enerly, E.; Bonde, J.; Schee, K.; Pedersen, H.; Lönnberg, S.; Nygård, M. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attendees Increases Attendance to the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. *PLoS ONE* 2016; 11; e0151978.

109. Tamalet, C.; Halfon, P.; Retraite, L.L.; Grob, A.; Leandri, F.X.; Heid, P.; Sancho-Garnier, H.; Piana, L. Genotyping and follow-up of HR-HPV types detected by self-sampling in women from low socioeconomic groups not participating in regular cervical cancer screening in France. *J. Clin. Virol.* 2016;78:102–107.

110. Karsa, L., M. Arbyn, and H. Vuyst, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. Papillomavirus research, 2015; 1: p. 22-31.

111. Arbyn, M., et al., Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a metaanalysis. *Lancet Oncol*, 2014; 15:(2): p. 172-83

112. Kivistik, A. Lang, K.; Baili, P. Anttila, A. Veerus, P. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Womens Health* 2011; 11, 43.

113. Nagymajtényi L. Az egészségügyi dolgozók szerepe az egészségfejlesztésben The role of the health care staff in health improvement *Egészségtudomány* 2015;2

- 114.** Mitchell H, Hirst S, Cockburn J, Reading DJ, Staples MP, Medley G. Cervical cancer screening: a comparison of recruitment strategies among older women *Med J Aust* 1991;155:79-82.
- 115.** Byles JE, Sanson-Fisher RW, Redman S, Dickinson JA, Halpin S. Effectiveness of three community based strategies to promote screening for cervical cancer. *J Med Screen* 1994;1:150-8.
- 116.** Byles JE, Redman S, Sanson-Fisher RW, Boyle CA. Effectiveness of two direct-mail strategies to encourage women to have cervical (Pap) smears. *Health Promot Int* 1995;10:5-16
- 117.** Baron RC, Melillo S, Rimer BK, Coates RJ, Kerner J, Habarta N, Chattopadhyay S, Sabatino SA, Elder R, Leeks KJ; Task Force on Community Preventive Services. Intervention to Increase Recommendation and Delivery of Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers by Healthcare Providers A Systematic Review of Provider Reminders. *Am J Prev Med* 2010;38(1):110 –117
- 118.** Baron RC, Rimer BK, Breslow RA, Coates RJ, Kerner J, Melillo S, Habarta N, Kalra GP, Chattopadhyay S, Wilson KM, Lee NC, Mullen PD, Coughlin SS, Briss PA; Task Force on Community Preventive Services. Client-directed interventions to increase community access to breast, cervical, and colorectal cancer screening a systematic review. *Am J Prev Med.* 2008 Jul;35(1Suppl):S56-66.
- 119.** McIlfatrick S, Keeney S, McKenna H, McCarley N, McElwee G. Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. *BMC Family Practice.* 2013; doi: 10.1186/1471-2296-14-58
- 120.** Rimer BK, Briss PA, Zeller PK, Chan EC, Woolf SH. Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer.* 2004;101 (5 Suppl):1214-1228.
- 121.** Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, Segnan N, Austoker J. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient Educ Couns.* 2008;72 (1):130-136.
- 122.** Villani J, Mortensen K. Patient-provider communication and timely receipt of preventive services. *Prev Med.* 2013;57 (5):658-663
- 123.** Segnan N, Senore C, Giordano L, Ponti A, Ronco G. Promoting participation in a population screening program for breast and cervical cancer: a randomized trial of different invitation strategies. *Tumori.* 1998; 84:(3)348±53. PMID: 9678615

- 124.** Ádány R. Az alapellátás-fejlesztési Modellprogram koncepcionális megalapozása, illesztése a Svájci- Magyar Keretmegállapodási Egyezmény prioritásaihoz. *Népegészségügy* 2017; 95 (1):14-22.
- 125.** Kolozsvári LR, Rurik I. A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal? *Orv Hetil.* 2016;157 (9):328-35. Hungarian.
- 126.** Kolozsvári LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria.* 2014;46(5):261-266.
- 127.** Sándor J. A Modellprogram prevenciós szolgáltatásainak értékelése az alap és végállapot-felmérés eredményei alapján. *Népegészségügy.*2017; 95 (1):69-77
- 128.** Móczár, Cs., Ambrózay, É., Lehoczky, Ny. Mit tehet a háziorvos a mammográfiás szűréseken való részvétel javításáért? *Orv. Hetil.* 2017;158(8):311–315.
- 129.** Baron RC, Rimer BK, Coates RJ, Kerner J, Mullen PD, Chattopadhyay S, Briss PA; Task Force on Community Preventive Services. Methods for conducting systematic reviews of evidence on effectiveness and economic efficiency of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers. *Am J Prev Med.* 2008;35 (1S):26-33.
- 130.** Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Prev Med.*2010; 50 (4):159-164
- 131.** Bellinger JD, Millegan W, Abdalla AE. “I’m Not Ashamed to Talk on It!”: African-American women's decisions about cervical cancer prevention and control in South Carolina. *Women's Health.* 2015; 25 (2):120-127.
- 132.** Crawford J, Ahmad F, Beaton D, Bierman AS. Cancer screening behaviours among South Asian immigrants in the UK, US and Canada: a scoping study. *HSCC.* 2016; 24 (2):123-153.
- 133.** Smith JL, Wilson KM, Orians CE, Byrd TL. AMIGAS: building a cervical cancer screening intervention for public health practice. *J Womens Health.* 2013;22(9):718-723.
- 134.** Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló, 43/1999.(III.3.) Korm. rendelet <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor> Letöltve: 2019/11/06

- 135.** A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.NM> Letöltve: 2019/02/22
- 136.** Kósa Zs, Gyulai A, Jávorné Erdei R, Nagy Józsefné, Rákóczi I, Takács P. Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziiorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.2014;
http://www.gyermekalapellatas.hu/archiv/idomerleg_es_attitudvizsgalat/idomerleg_vizsgalat_vedonoi.html Letöltve: 2019/02/22
- 137.** Árváné Egri Cs, Fehér E, Szabó M.: Védőnői méhnyakrákszűrést végző védőnők tapasztalata a szűrésre személyesen meghívott nők szűrésén való részvételével kapcsolatosan. *Védőnő*. 2014; 24(5):24–31.
- 138.** Papp M. Alapellátás új minőségben. *Népegészségügy*. 2014; 92 (3-4):135
- 139.** Kósa K. A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok szerepe az alapellátásban. *Népegészségügy*.2017; 95 (1):64-67
- 140.** Koestner R, Otis N, Powers T. A, Pelletier L, & Gagnon, H. Autonomous motivation, controlled motivation, and goal progress. *Journal of personality*, 76(5), 1201–1230. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00519>.
- 141.** Fényszárosi É, Sallay V, Matuszka B, Martos Tamás Munkával kapcsolatos motivációk és elégedettség – Személyorientált elemzés Magyar Pszichológiai Szemle 2018; 73(3):411-434. DOI: 10.1556/0016.2018.73.3.3

10. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK LISTÁJA



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/179/2020.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Gyulai Anikó
Neptun kód: CL4P2L
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Gyulai, A.**, Nagy, A. C., Pataki, V., Tonté, D., Ádány, R., Vokó, Z.: General practitioners can increase participation in cervical cancer screening - a model program in Hungary.
BMC Fam Pract. 19 (1), 1-8, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0755-0>
IF: 2.431
2. **Gyulai, A.**, Nagy, A. C., Pataki, V., Tonté, D., Ádány, R., Vokó, Z.: Survey of Participation in Organised Cervical Cancer-Screening Programme in Hungary.
CEJPH. 23 (4), 360-364, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a4068>
IF: 0.525

További közlemények

3. Rákóczi, I., Sárváry, A., **Gyulai, A.**, Takács, P., Jávorné Erdei, R.: A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán = Smoking habits among adult population in Nyíregyháza.
Egészségfejl. 60 (5), 76-86, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i5.522>
4. Sárváry, A., Bálint, P. C., **Gyulai, A.**, Kósa, Z.: A magyarországi emlő- és méhnyakszűrés retrospektív vizsgálatának jellemzői a halálozási és megbetegedési adatok tükrében.
Orv. hetil. 160 (49), 1948-1956, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2019.31518>
IF: 0.564 (2018)
5. **Gyulai, A.**, Sárváry, A., Rákóczi, I., Takács, P., Jávorné Erdei, R.: A női lakosság szervezett méhnyak- és emlőszűrésen való részvétele Nyíregyházán = Participation of the female population in an organised cervical and breast cancer screening programme in Nyíregyháza.
Egészségfejl. 60 (5), 57-66, 2019.





6. Sárváry, A., Szelesné Árokszállási, A., **Gyulai, A.**, Jávorné Erdei, R.: Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota = Eating habits and nutritional status of the adult population in Nyíregyháza.
Egészségfej. 60 (5), 27-35, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i5.515>
7. Sárváry, A., Kósa, Z., Jávorné Erdei, R., **Gyulai, A.**, Takács, P., Sándor, J., Sárváry, A., Németh, Á., Halmai, R., Ádány, R.: Socioeconomic status, health related behaviour, and self-rated health of children living in Roma settlements in Hungary.
Cent. Eur. J. Public Health. 27 (1), 24-31, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a4726>
IF: 0.636 (2018)
8. Moravcsik-Kornyicki, Á., Kósa, Z., Jávorné Erdei, R., **Gyulai, A.**, Sándor, J., Kósa, K.: Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012.
Acta Med. Sociol. 8 (24), 9-22, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.19055/ams.2017.8/24/2>
9. Moravcsik-Kornyicki, Á., Kósa, Z., **Gyulai, A.**, Jávorné Erdei, R., Kósa, K.: Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva.
Orvosi Hetilap. 158 (29), 1131-1142, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2017.30799>
IF: 0.322
10. **Gyulai, A.**, Fehér, E., Balázsi, I.: A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében: a Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon.
Acta Med. Sociol. 6, 21-38, 2015.
11. Jávorné Erdei, R., **Gyulai, A.**, Rusinné Fedor, A., Takács, P.: Quality of life and community activities.
EURJSEA. 2 (1), 39-45, 2014.
12. Sárváry, A., Kósa, Z., Jávorné Erdei, R., **Gyulai, A.**, Takács, P., Sándor, J., Sárváry, A., Németh, Á., Halmai, R., Ádány, R.: Telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása Északkelet-Magyarországon = Health behaviour of children living in colonies in North-Eastern Hungary.
Népegészségügy. 90 (4), 230-245, 2012.





13. Balogh, M., **Gyulai, A.**, Pál, K.: Egészségfejlesztés fejezet.

In: Általános védőnői ismeretek : egészségügyi felsőoktatási záróvizsga
tesztkérdésgyűjtemények. Szerk.: Rantalné Szabó Márta ; [szerzők Batka Tiborné Bajusz
Judit et al.], Medicina, Budapest, 303-344, 2010.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 4,478

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapján szolgáló közleményekre):
2,956**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai
ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján
elvégezte.

Debrecen, 2020.06.08.



11. TÁRGYSZAVAK

Tárgyszavak: méhnyakrák, szervezett népegészségügyi szűrés, egészségügyi alapellátás, háziorvos, védőnő, szűrésen való részvétel, egészségkommunikáció, egészségmagatartás, Magyarország.

Keywords: cervical cancer, organised cervical cancer screening, primary health care, general practitioner, health visitor, participation in screening, health communication, health behavior, Hungary

12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, Dr. Vokó Zoltán Professzor Úrnak, akinek a szellemisége áthatotta a hosszú évekig tartó tudományos munkámat, az Ő bátorítása nélkül nem értem volna el a céljaimat.

Köszönöm, Dr. Ádány Róza Professzor Asszonynak, hogy a Debreceni Egyetem Megelőző Orvostani Intézetében megteremtette a kutatás feltételeit, megtisztelőnek érzem, hogy érdemesnek tartott arra, hogy ebben a tudományos munkában részt vegyek. Köszönet illeti korábbi tanszékvezetőmet, Dr. Kósa Zsigmond főiskolai tanár Urat, aki már az első időben mellém állt, és akinek az évek óta tartó támogatása és bátorítása, bölcsessége nélkülözhetetlennek bizonyult az utam során.

Hálásan köszönöm Dr. Nagy Attila társszerzőmnek a lakossági felmérés adatainak elemzésében nyújtott segítségét. Ugyanígy hálával tartozom Dr. Takács Péter főiskolai tanár Úrnak, a védőnői vizsgálat elemzéséhez nyújtott segítségével, logikus gondolkodása, precizitása példaértékű és nélkülözhetetlen volt a munka elvégzése során. Köszönöm, Dr. Sárváry Andrea főiskolai docensnek és Moravcsik Kornyeck Ágota Egészségfejlesztési Iroda vezetőnek a védőnők szakmai attitűdjének vizsgálatában nyújtott segítségét.

Köszönöm jelenlegi tanszékvezetőmnek, Jávorné Dr. Erdei Renáta főiskolai docensnek, a támogatását, hálás vagyok, hogy barátként is számtalanszor megoszthattam vele a problémáimat.

Köszönöm, Dr. Mór Marianna dékánnak, és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar vezetőségének a támogatásukat.

Hálás vagyok közvetlen munkatársaim, barátaim, Dr. Rákóczi Ildikó, Nagy Józsefné, Pázmány Viktória és Belus Csabáné önzetlen emberi támogatásáért.

Köszönöm a vizsgálatokban való részvételt a háziorvosoknak, a lakossági felmérésben résztvevő nőknek, a védőnői felmérésben válaszadó területi védőnőknek, Árváné Egri Csillának a Védőnői Módszertani Osztály munkatársának.

Tiszta szívemből köszönöm szeretteimnek, édesanyámnak és néhai édesapámnak, hogy lehetővé tették a számomra a tanulást, és kitartásra neveltek. Családomnak, Róbertnek, Ádámnak, Gábornak és Annának, hogy mindvégig támogattak szeretetükkel és megértésükkel.

13. FÜGGELÉK

1.sz. Függelék: A lakossági felmérés kérdőíve

2.sz. Függelék: A védőnői vizsgálat kérdőíve

3.sz. Függelék: A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

KÉRDŐÍV

Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum,
Népegészségügyi Kar,
Megelőző Orvostani Intézet,
Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék

Kérjük, olvassa végig figyelmesen a bevezető szöveget, fontos információk találhatóak benne, amelyek megkönnyítik a kérdőív kitöltését!

*A kérdőív semmilyen, az Ön személyének azonosítását lehetővé tevő információt nem tartalmaz az irányítószámán kívül. Miután postára adta a lezárt borítékot, többé **senki nem tudja a kérdőívet az Ön személyéhez kötni.***

*A kérdőív kitöltésekor kérjük, **karikázza be** a legmegfelelőbbnek ítélt válaszokhoz tartozó betűjelet! A négyzetekbe **írja be** a kért mennyiséget, illetve a rövid, lényegre törő válaszát a kihúzott vonalra!*

Kérjük, hogy minden kérdésnél csak egy, az Ön szerint legmegfelelőbbnek ítélt válaszlehetőséget jelölje meg! Amennyiben egy kérdésre több válaszlehetőség is megjelölhető, akkor ezt a kérdésnél külön kísérszöveg jelzi.

Az értékelhetőség miatt kérjük, lehetőleg minden kérdésre válaszoljon!

Kérjük, hogy akkor is válaszoljon, ha úgy érzi, hogy az adott kérdés nem tartozik szorosan a felmérés témájához. A kérdéseket szakemberek állították össze és a feltett kérdések mind szorosan kapcsolódnak a felmérés tárgyához.

Természetesen a kérdőív bármelyik kérdésére vonatkozóan megtagadhatja a válaszadást. Ebben az esetben Kollégáink csak azokat a kérdéseket fogják kiértékelni, amelyekre Ön válaszolt.

Ha a kérdőív kitöltése közben véletlenül rossz választ jelölt meg, kérjük, egyértelműen jelezze számunkra a változtatást!

Következőkben néhány kérdést szeretnénk feltenni a családi állapotával, az iskolai végzettségével, valamint foglalkozásával kapcsolatban. Természetesen, ezeket az információkat is csakúgy, mint a többi választ, bizalmasan kezeljük.

1. Születési éve:

2. Tartózkodási helyének (ahol ténylegesen él) irányítószáma:

3. Kérjük, jelölje meg az alábbiak közül azokat, akikkel együtt él!

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Egyedül élek
- b. Férjemmel
- c. Élettársammal
- d. Szülőmmel / szüleimmel
- e. Gyermekemmel / gyerekeimmel
- f. Egyéb rokonnal / rokonokkal
- g. Egyéb (kérjük, írja ide): _____

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

- a. Kevesebb, mint 8 általános
- b. 8 általános
- c. Szakmunkásképző, szakiskola
- d. Szakközépiskola, technikum
- e. Gimnázium
- f. Szakirányú képesítés
- g. Főiskolai diploma
- h. Egyetemi diploma

A következő kérdés nem kizárólag az Ön személyére, hanem az Ön háztartásában együtt élő személyek összességére vonatkozik. Az Ön háztartásában együtt élő személyeknek azokat tekintjük, akik Önnel EGY LAKÁSBAN élnek, részben vagy egészben KÖZÖS JÖVEDELEMBŐL élnek, gazdálkodnak. Azokat az Önnel ROKONI KAPCSOLATBAN NEM álló személyeket is a háztartás tagjainak tekintjük, akik megfelelnek a felsorolt feltételeknek.

5. Önt is beleértve hányan élnek az Ön háztartásában?

fő

6. Kérjük, becsülje meg, hogy mennyi az Önök háztartásába tartozó személyek havi nettó összjövedelme, azaz összesen mekkora pénzösszegből gazdálkodhatnak havonta?

forint

7. Dolgozik-e jelenleg? (Munka alatt értünk minden LEGALÁBB HETI EGY ÓRÁBAN VÉGZETT kereső tevékenységet, függetlenül attól, hogy van-e mellette más jövedelemmel járó jogviszony, pl.: nyugdíjas.)

- a. Igen -----> *Kérjük, folytassa a 9. kérdéssel!*
- b. Nem

8. Mi az oka annak, hogy jelenleg nem dolgozik?

- a. Munkanélküli vagyok, nem találok munkát
 - b. GYES-t, GYED-et, TGYÁS-t kapok
 - c. Öregségi, özvegyességi nyugdíjas vagyok
 - d. Rokkantanypdíjas vagyok
 - e. Tanuló vagy felsőoktatási hallgató vagyok
 - f. Egyéb jövedelmeimből élek
 - g. Szociális segélyt kapok, eltartott vagyok, családom támogat
 - h. Ápolási díjban részesülök
 - i. Egyéb (kérjük, írja ide):
-

9. Mi a foglalkozása, vagy ha most nem dolgozik, akkor mi volt az utolsó foglalkozása?

- a. Értelmiségi (jogász, orvos, mérnök, tanár)
 - b. Egyéb szellemi (irodai munkát végző alkalmazott, ügynök, stb.)
 - c. Szakmunkás (mezőgazdasági)
 - d. Szakmunkás (nem mezőgazdasági)
 - e. Betanított munkás (mezőgazdasági)
 - f. Betanított munkás (nem mezőgazdasági)
 - g. Segédmunkás
 - h. Háztartásbeli, tanuló vagy soha nem végzett fizetett munkát
 - i. Egyéb (kérjük, írja ide):
-

A következő kérdésekkel az életmódja néhány jellemzőjét szeretnénk felmérni.

Először arról kérdezzük, hogy az elmúlt 7 napban végzett-e intenzív vagy mérsékelt testmozgást. Kérjük, minden kérdésre válaszoljon, még akkor is, ha nem tartja magát különösebben aktívnak. Ne csak a szabadidős kirándulásokra és sportolásra gondoljon, hanem minden olyan testmozgásra is, amit a munkája részeként szokott végezni, illetve minden otthoni, házkörüli munkára is.

Először az INTENZÍV testmozgásról kérdezzük. Intenzív testmozgás alatt a nagy erőfeszítést igénylő mozgást értjük, amikor a normálisnál jelentősen gyorsabb a légzés,

megizzad, illetve észrevehetően gyorsul a szívverése. Pl: nehéz teher rakodása, építkezési munka, nehéz kerti munka, futás, erőnléti sportok.

10. Az ELMÚLT 7 NAPBAN hány olyan nap volt, amikor INTENZÍV testmozgást végzett LEGALÁBB 10 PERCEN KERESZTÜL?

nap

11. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött testmozgással EGY-EGY ALKALOMMAL ÁTLAGOSAN?

óra perc

A következő két kérdés a MÉRSÉKELT testmozgásra vonatkozik. Mérsékelt testmozgás alatt a mérsékelt erőfeszítést igénylő mozgást értjük, amikor a normálnál enyhén gyorsabb a légzés. Pl: takarítás, konyhakert művelése, séta, kertészkedés, úszás, lépcsőzés.

12. Az ELMÚLT 7 NAPBAN hány olyan nap volt, amikor MÉRSÉKELT testmozgást végzett LEGALÁBB 10 PERCEN KERESZTÜL?

nap

13. Ezeken a napokon általában mennyi időt töltött mérsékelt testmozgással egy-egy alkalommal átlagosan?

óra perc

14. Milyen magas Ön cipő nélkül?

cm

15. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?

kg

A következő kérdések az Ön dohányzási szokásaival kapcsolatosak!

16. Szokott-e Ön dohányozni – cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?

- a. Igen, naponta
- b. Igen, hetente néhányszor -----> *Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!*
- c. Ritkábban, mint hetente -----> *Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!*
- d. Régebben dohányoztam, de leszoktam --> *Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!*
- e. Nem, soha nem dohányoztam -----> *Kérjük, folytassa a 18. kérdéssel!*

17. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA?

- a. Egyet sem, mert nem cigarettát szívok
- b. Kevesebb, mint egy csomaggal (20 szál alatt)
- c. Körülbelül egy csomaggal (20 szál)
- d. Körülbelül másfél csomaggal (30 szál)
- e. Körülbelül két csomaggal (40 szál)
- f. Körülbelül három csomaggal (60 szál)
- g. Több mint három csomaggal (több mint 60 szál)

A következő kérdések az Ön szexuális magatartásával kapcsolatosak. Kérjük, lehetőség szerint akkor is válaszoljon a kérdésekre, ha túl bizalmasnak találja őket, mert a vizsgálat szempontjából igen fontosak! Ismételten felhívjuk figyelmét, hogy a postázást követően senki semmilyen módon nem tudja azonosítani, hogy ki töltötte ki a kérdőívet.

18. Volt már szexuális kapcsolata férfival?

- a. Igen
- b. Nem-----> Kérjük, folytassa a 24. kérdéssel!

19. Hány éves korában volt az első szexuális kapcsolata férfival?

éves koromban

20. Az elmúlt 12 hónapban hány férfival volt szexuális kapcsolata?

- a. Egyel sem
- b. Egyel
- c. Kettővel
- d. Hárommal
- e. Négyel
- f. Öttel
- g. Több, mint öttel

21. Jelenleg él férfival rendszeres szexuális életet?

- a. Igen
- b. Nem-----> Kérjük, folytassa a 24. kérdéssel!

22. A felsoroltak közül kérem, hogy karikázza be azokat a fogamzásgátló módszereket, amelyeket Ön és partnere általában használnak!

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Nem használunk fogamzásgátló módszereket
 - b. Rendszeresen szedett fogamzásgátló tabletta
 - c. Bőr alá beültetett fogamzásgátló gyógyszer
 - d. Fogamzásgátló injekció
 - e. Fogamzásgátló tapasz
 - f. Méhen belüli eszköz (pl. spirál, hurok)
 - g. Esemény utáni tabletta
 - h. Gumióvszer
 - i. Pesszárrium
 - j. Hüvelyi spermicidek (hab, krém, zselé, kúp)
 - k. Megszakított közösülés
 - l. Naptár-módszer
 - m. Egyéb (kérjük, írja ide):
-

23. Az alábbiak közül milyen betegsége volt Önnek?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Chlamydia (Klamídia)
- b. Nemi szerveken megjelenő herpesz
- c. Nemi szerveken megjelenő szemölcs
- d. Kankó (gonorrhea)
- e. Szifilisz
- f. Bakteriális eredetű hüvelyfertőzés
- g. Hüvelygomba (candida)
- h. Trichomonas fertőzés
- i. Rendellenes hüvelyfolyás
- j. Egyéb (kérjük, írja ide): _____
- k. Egyik sem volt

A következő kérdések az Ön általános egészségi állapotára vonatkoznak.

24. Van-e olyan panasza, sérülése, betegsége, amely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?

- a. Van
- b. Nincs -----> *Kérjük, folytassa a 26. kérdéssel!*

25. Mióta áll fenn ez a korlátozottsága?

- a. Legfeljebb két hete
- b. Több mint két hete, de kevesebb mint egy éve
- c. Több mint egy éve

26. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

- a. Nagyon sokat
- b. Sokat
- c. Keveset
- d. Semmit sem

A következőkben egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről kérdezzük.

27. Mikor volt utoljára háziorvosnál abból a célból, hogy ellenőriztesse egészségi állapotát úgy, hogy nem volt beteg?

- a. Soha
- b. Több, mint két éve
- c. Egy-két éve
- d. Kevesebb, mint egy éve

28. Mikor volt utoljára nőgyógyásznál abból a célból, hogy ellenőriztesse egészségi állapotát úgy, hogy nem volt beteg?

- a. Soha
- b. Több, mint két éve
- c. Egy-két éve
- d. Kevesebb, mint egy éve

29. Hány éves korában járt először nőgyógyásznál?

éves koromban

- b. Sohasem jártam nőgyógyásznál-----> *Kérjük, folytassa a 31. kérdéssel!*

30. Mikor vizsgálta meg utoljára nőgyógyász?

- a. Egy éven belül-----> *Kérjük, folytassa a 32. kérdéssel!*
- b. Három éven belül-----> *Kérjük, folytassa a 32. kérdéssel!*
- c. Több, mint három éve

31. Mi az oka, hogy nem jár rendszeresen nőgyógyászhoz?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Nem tartom fontosnak
- b. Nincsenek panaszaim
- c. Nincs időm eljárni
- d. Lakóhelyemen nincs nőgyógyász
- e. Nincs rá pénzem
- f. Rossz tapasztalataim vannak a nőgyógyászokkal
- g. Csak akkor megyek nőgyógyászhoz, ha probléma merül fel

32. Vettek-e Öntől kenetet citológiai vizsgálatra, azaz méhnyakrák vizsgálatra?

- a. Igen, egy éven belül
- b. Igen, három éven belül
- c. Igen, három évnél régebben
- d. Nem, soha -----> *Kérjük, folytassa a 38. kérdéssel!*

33. Panaszai miatt történt a vizsgálat?

- a. Igen
- b. Nem

34. Értesült Ön a vizsgálat eredményéről?

- a. Igen, megkérdeztem
- b. Igen, értesítést kaptam róla
- c. Nem

35. Volt Önnek már kóros méhnyakrák szűrési eredménye?

- a. Igen
- b. Nem-----> *Kérjük, folytassa a 38. kérdéssel!*
- c. Egyetlen vizsgálat eredményéről-----> *Kérjük, folytassa a 38. kérdéssel!*
sem értesültem

36. Melyik évben volt először kóros méhnyakrák szűrési eredménye?

-ban / -ben

37. Milyen kóros méhnyakrák szűrési lelete volt már?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. ASCUS vagy ASCH
- b. AGCUS vagy AGCH
- c. AIS
- d. LSIL
- e. HSIL
- f. CIN I
- g. CIN II
- h. CIN III
- i. CIN IV
- j. CIS
- k. P3
- l. P4
- m. P5
- n. Volt kóros lelet, de nem tudom milyen

38. Kapott Ön bármikor írásos meghívót méhnyakrák szűrővizsgálatra?

- a. Igen
- b. Nem-----> *Kérjük, folytassa a 40. kérdéssel!*

39. Elment a szűrővizsgálatra?

- a. Igen-----> *Kérjük, folytassa a 40. kérdéssel!*
- b. Nemrég kaptam a meghívót,
el fogok menni -----> *Kérjük, folytassa a 40. kérdéssel!*
- c. Nem

Mi az oka, hogy nem vett részt a szűrővizsgálaton? *Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!*

- a. Rendszeresen járok nőgyógyászhoz, aki elvégzi a vizsgálatot
- b. Olyan nőgyógyászati műtét volt, ami miatt nem szükséges többé szűrővizsgálatra járnom
- c. Nem tudtam megfelelő időpontot találni rá
- d. Messzire kellett volna utazni a vizsgálatához
- e. Nem tartottam fontosnak, hogy elmenjek
- f. Félek a vizsgálatától
- g. Félek a vizsgálat eredményétől
- h. Korábban rossz tapasztalataim voltak
- i. Nincsen semmilyen panaszom, ezért nincs okom elmenni
- j. Nem tudok eleget a vizsgálatról

k. Nem akarok nőgyógyászati vizsgálaton részt venni

l. Egyéb ok (kérjük, írja ide): _____

40. Kérem jelölje meg, hogy mennyiben ért egyet az alábbi állításokkal!

	Egyáltalán nem értek egyet	Részben egyetértek	Teljesen egyetértek
40_1. A gyakori nőgyógyászati problémák, betegségek legjobban a szűrésekkel előzhetőek meg	a	b	c
40_2. Évente legalább egyszer el kell menni nőgyógyászati szűrésre	a	b	c
40_3. Nehezen tudom megérteni, ha valaki nem jár rendszeresen szűrésre	a	b	c

41. Tud róla, hogy Magyarországon minden 25-65 éves nő jogosult 3 évente az állami egészségügyi rendszerben, teljesen ingyenesen, vizitdíj fizetése nélkül méhnyakrák szűrővizsgálatra?

- a. Nem tudok róla
- b. Igen, tudok róla

42. Ha a nőgyógyászati kenetvételt, amely a rákszűréshez szükséges, erre képzett területi védőnő végezné a lakóhelyén, akkor igénybe venné 3 évente egyszer ezt a szolgáltatást?

- a. Igen
- b. Nem vennék részt a szűrővizsgálaton, csak ha a nőgyógyász veszi a kenetet
- c. Továbbra is a saját nőgyógyászomhoz járnék
- d. Semmilyen formában nem vennék részt nőgyógyászati vizsgálaton

43. Keresett vagy kért már információt a méhnyakrák szűréséről?

- a. Igen
- b. Nem-----> *Kérjük, folytassa a 46. kérdéssel!*

44. Honnan szerzett információt a méhnyakrák szűrésről?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Védőnőtől
- b. Háziorvostól
- c. Nőgyógyásztól
- d. Humán papilloma vírus ambulancián
- e. Onkológustól

- f. Gyógyszerésztől
- g. Civil szervezettől
- h. Családtagoktól
- i. Barátoktól, ismerősektől, kollégáktól
- j. Orvosi rendelőben lévő szórólapokból
- k. TV-ből, rádióból
- l. Újságokból
- m. Szakkönyvekből
- n. Az internetről
- o. Egyéb (kérjük írja ide): _____

45. Milyen információt keresett, illetve kért a szűréssel kapcsolatban?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Hol lehet végeztetni a szűrést
- b. Ki végzi a szűrést
- c. Képes-e a szűrés felderíteni minden korai elváltozást
- d. Igényel-e különleges előkészületeket a szűrés (mint pl. vérvétel)
- e. Hogyan zajlik a szűrés, mit csinál az orvos
- f. Fájdalommentes-e a szűrés
- g. Kockázatos-e a szűrés, okozhat-e valamilyen károsodást
- h. Mennyi ideig tart a vizsgálat
- i. Mikor lesznek meg a szűrés eredményei
- j. Hogyan, ki értesít az eredményről
- k. Mit jelent, ha kedvezőtlen a szűrés eredménye
- l. Mi történik, ha kedvezőtlen a szűrés eredménye
- m. Miért kell egyáltalán szűrésen részt venni
- n. Milyen gyakran kell szűrésre járni
- o. Milyen életkortól érdemes szűrésre járni
- p. Ki hívja be az embereket szűrésre
- q. Egyéb (kérjük írja ide): _____

46. Beszélte Ön már valaha a méhnyakrák szűrővizsgálatáról a NŐGYÓGYÁSZÁVAL?

- a. Igen, a nőgyógyászom kérdés nélkül is minden fontos információt elmondott a szűrésről
- b. Igen, de csak akkor, mikor rákérdeztem az orvosnál
- c. Nem említette az orvos, és én sem hoztam szóba
- d. Nem járok nőgyógyászhoz

47. Beszélte Ön már valaha a méhnyakrák szűrővizsgálatról a HÁZIORVOSÁVAL?

- a. Igen, a háziorvosom kérdés nélkül is minden fontos információt elmondott a szűrésről
- b. Igen, de csak akkor, mikor rákérdeztem az orvosnál
- c. Nem említette az orvos, és én sem hoztam szóba
- d. Nem, mert nem járok a háziorvoshoz

48. Beszélte Ön már valaha a méhnyakrák szűrővizsgálatról a területi VÉDŐNŐVEL?

- a. Igen, a védőnő kérdés nélkül is minden fontos információt elmondott a szűrésről
- b. Igen, de csak akkor, mikor rákérdeztem a védőnőnél
- c. Nem említette a védőnő, és én sem hoztam szóba
- d. Nem szoktam találkozni a területi védőnővel
- e. Nem ismerem a területi védőnőt

A következő kérdések a méhnyakrákra és megelőzésére vonatkoznak.

49. Jelölje meg, hogy Ön szerint az alábbi tényezők növelik-e a méhnyakrák kialakulásának kockázatát?

	Növeli a kockázatát	Nem növeli a kockázatát	Nem tudom
49_1. Az idősebb életkor	a	b	c
49_2. Rendszeres szexuális élet	a	b	c
49_3. Szexuális partner váltogatása	a	b	c
49_4. Dohányzás	a	b	c
49_5. Védekezés nélküli szexuális élet	a	b	c
49_6. Terhesség, szülés	a	b	c
49_7. Klimax	a	b	c
49_8. Fogamzásgátló tabletta szedése	a	b	c
49_9. Elégtelen intim higiénia	a	b	c
49_10. Előfordulás a családban	a	b	

50. Mennyire érzi saját magát a méhnyakrák szempontjából veszélyeztetettnak?

- a. Nagyon
- b. Átlagosan
- c. Kevésbé
- d. Egyáltalán nem
- e. Nem törődöm vele

51. Melyek Ön szerint a méhnyakrák tünetei?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Rendszertelen vérzés
- b. Hüvelyi folyás
- c. Alhasi fájdalom
- d. Deréktáji fájdalom
- e. Fájdalmas nemi közösülés
- f. Menstruációk között vérzés
- g. Tünetmentes lehet
- h. Nem tudom

52. Hogyan lehet gyógyítani a méhnyakrákot?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Daganat ellenes gyógyszeres kezeléssel (citosztatikummal, kemoterápiával)
- b. Sugárterápiával
- c. Műtéttel
- d. Nem lehet gyógyítani
- e. Nem tudom

53. Hogyan lehet megelőzni a méhnyakrákot?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. Nem lehet megelőzni
- b. Gyógyszerekkel
- c. Egészséges életmóddal
- d. Védőoltásokkal
- e. Helyes higiéniaiával
- f. A szexuális élet mellőzésével
- g. Óvszer használatával
- h. Vitaminok rendszeres szedésével
- i. Rendszeres szűréssel és korai kezeléssel
- j. Nem tudom

Következőekben néhány kérdést szeretnénk feltenni a humán papilloma vírussal (HPV-vel) kapcsolatban

54. Kérem, jelölje meg, Ön szerint melyik állítások igazak a humán papilloma vírusra vonatkozóan!

	Igen	Nem	Nem tudom
54_1. Férfiakat és nőket egyaránt megfertőzhet	a	b	c
54_2. Védőoltással megelőzhető a vírusfertőzés	a	b	c
54_3. A humán papilloma vírus okozhat méhnyakrákot	a	b	c
54_4. A kondom-használat csökkenti a kockázatot, de nem nyújt 100%-os védelmet a vírus ellen	a	b	c
54_5. Nemi aktus közben terjed legkönnyebben	a	b	c

Következőekben néhány kérdést szeretnénk feltenni a VÉDŐOLTÁSOKKAL kapcsolatban

55. Kérem, az alábbi állítások esetében jelölje, hogy mennyire ért velük egyet!

	Egyáltalán nem értek egyet	Részben egyetértek	Teljesen egyetértek
55_1. A védőoltásoknak sokkal több a haszna, mint a veszélye	a	b	c
55_2. A védőoltásokkal biztonságban érzem magam a komoly betegségekkel szemben	a	b	c
55_3. Nem csak a kötelező védőoltásokat érdemes igénybe venni, hanem az egyéb ajánlott oltási lehetőségeket is	a	b	c
55_4. A védőoltások minimálisra csökkentik az adott betegség kialakulásának kockázatát	a	b	c

56. Ha létezne olyan biztonságos oltás, amellyel a méhnyakrák nagy valószínűséggel megelőzhető lenne, beoltatná-e Önmagát?

- a. Igen
- b. Olyan nőgyógyászati műtét volt, ami miatt nem lehet méhnyakrákom -----> Kérjük, folytassa a 58. kérdéssel!
- c. Nem-----> Kérjük, folytassa a 58. kérdéssel!

57. Amennyiben az oltás térítésköteles lenne, mennyit lenne hajlandó fizetni érte?

- a. Csak, ha ingyenes az oltás, akkor venném igénybe
- b. 1 - 1 000 Ft-ot
- c. 1 001 – 5 000 Ft-ot
- d. 5 001 – 10 000 Ft-ot
- e. 10 001 – 30 000 Ft-ot
- f. 30 001 – 50 000 Ft-ot
- g. 50 001 – 100 000 Ft-ot

58. Ha létezne olyan biztonságos oltás, amellyel a méhnyakrák nagy valószínűséggel megelőzhető lenne, beoltatná-e 18 évesnél fiatalabb leányát/leányait?

- a. Igen
- b. Nincsen 18 évesnél fiatalabb leányom ----> *Köszönjük az együttműködését!*
- c. Olyan nőgyógyászati műtete volt a leányomnak,
ami miatt nem lehet méhnyakrákja -----> *Köszönjük az együttműködését!*
- d. Nem-----> *Köszönjük az együttműködését!*

59. Amennyiben az oltás térítésköteles lenne, mennyit lenne hajlandó fizetni leánya oltásáért?

- a. Csak, ha ingyenes az oltás, akkor venném igénybe
- b. 1 - 1 000 Ft-ot
- c. 1 001 – 5 000 Ft-ot
- d. 5 001 – 10 000 Ft-ot
- e. 10 001 – 30 000 Ft-ot
- f. 30 001 – 50 000 Ft-ot
- g. 50 001 – 100 000 Ft-ot

60. Amennyiben igénybe venné az oltást, kivel oltatná be leányát/leányait?

Ennél a kérdésnél több választ is karikázhat!

- a. A nőgyógyással
- b. A háziorvossal
- c. A házi gyermekorvossal

Nagyon köszönjük az együttműködését!

Kitöltés után szíveskedjen a kérdőívet a mellékelt borítékba tenni és postára adni!

2.sz. Függelék: A védőnői felmérés kérdőíve

Kedves Védőnő!

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszéke vizsgálatot tervezett azon védőnők körében, ***akik elvégezték a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre történő felkészítést***, azzal a céllal, hogy ***feltárja a védőnők szakmai attitűdjét, a szolgáltatással kapcsolatos véleményét***, a szűrési tevékenységgel összefüggésbe hozható nehézségeit.

Célunk továbbá, hogy megvizsgáljuk a népegészségügyi célú méhnyakszűrés vonatkozásában kifejtett tevékenységek időfelhasználását.

A vizsgálat eredményei reményeink szerint hozzájárulnak a védőnői méhnyakszűrés szolgáltatással kapcsolatos problémák tudományos eszközökkel történő feltárásához, a program fejlesztéséhez, és a tevékenység finanszírozásának fejlesztéséhez.

Ezért tisztelettel kérjük, szánjon időt arra, hogy az alábbi kérdőív kitöltésével segítse a vizsgálat lebonyolítását.

A kérdőív kitöltése 10-15 percet vesz igénybe, attól függően, hogy végez-e jelenleg szűrést, vagy sem. A válaszait 2016. augusztus 20.-ig várjuk.

Együttműködését köszönjük!

Nyíregyháza, 2016-07-20

Gyulai Anikó

tanársegéd

DE-EK

Dr. Kósa Zsigmond,

főiskolai tanár, tanszékvezető

DE-EK

Adatvédelmi információk:

A kérdőívet az ÁNTSZ OTH Védőnői Módszertani Osztályának közvetítésével juttattuk el az Ön számára, a kérdőív kitöltése során keletkezett adatbázist a tanszék oktatója kezeli, ezáltal a kitöltők személyes adatai biztonságban vannak, hiszen a vizsgálatot végző kutatók nem ismerik az Ön e-mail címét, a kérdőívet közvetítő személyek pedig nem ismerik az egyes válaszadókhoz tartozó adatokat. A kérdőív semmilyen, az Ön

személyének azonosítását lehetővé tevő információt nem tartalmaz. Miután elküldte a kérdőívet, többé senki nem tudja az Ön személyéhez kötni.

Kitöltési útmutató:

Kérjük, hogy minden kérdésnél csak egy, az Ön szerint legmegfelelőbbnek ítélt válaszlehetőséget jelölje meg! Amennyiben egy kérdésre több válaszlehetőség is megjelölhető, akkor ezt a kérdésnél külön kísérőszöveg jelzi.

Az értékelhetőség miatt kérjük, lehetőleg minden kérdésre válaszoljon!

I. Általános rész

A következőkben néhány kérdést szeretnénk föltenni az Ön munkavégzésének általános jellemzőivel, földrajzi elhelyezkedésével és demográfiai adataival kapcsolatban.

1. Hány éves Ön?

2. Hány éve dolgozik védőnőként?

3. Kérjük, jelölje, hogy MELYIK MEGYÉBEN található az Ön körzete (ellátási területe)!

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Baranya | 11. Komárom-Esztergom |
| 2. Bács-Kiskun | 12. Nógrád |
| 3. Békés megye | 13. Pest |
| 4. Borsod-Abaúj-Zemplén | 14. Somogy |
| 5. Csongrád | 15. Szabolcs-Szatmár-Bereg |
| 6. Fejér | 16. Tolna |
| 7. Győr-Moson-Sopron | 17. Vas |
| 8. Hajdú-Bihar | 18. Veszprém |
| 9. Heves | 19. Zala |
| 10. Jász-Nagykun-Szolnok | |

4. Milyen típusú településen van az Ön körzete (ellátási területe)?

1. Főváros
2. Megyeszékhely,
3. Város
4. Község, egyéb település

5. Kérjük, jelölje meg, hogy milyen feladatokat lát el a védőnői körzetében?

1. Területi védőnői feladatok + oktatási intézmény (iskola) és/ vagy gyógypedagógiai oktatási intézmény ellátása
2. Területi védőnői feladatok + óvoda ellátása
3. Területi védőnői feladatok + óvoda+ oktatási intézmény (iskola) és /vagy gyógypedagógiai oktatási intézmény ellátása
4. Területi védőnő (oktatási intézményt nem lát el)
5. Nem területi védőnő vagyok (pl. vezető védőnő, CSVSZ, iskola védőnő, kórházi védőnő)

6. Van Önnek csatolt települése vagy település része (tanya, külterület)?

1. Igen, van
2. Nem, nincs

7. Amennyiben Ön több települést vagy település részt is ellát, írja be a négyzetbe a TELEPÜLÉSEK SZÁMÁT!

8. Kérjük, írja be a körzetében gondozottak létszámára vonatkozó adatokat a 2016. június 30. -i állapot szerint!

1. GONDOZOTTAK SZÁMA ÖSSZESEN (FŐ):

Hány fő az Ön védőnői körzetében a nők (várandós, gyermekágyas anyák), gyermekek (újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig) és az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek száma összesen?

2. A gondozottak közül A 0-7 ÉVES GYERMEKEK SZÁMA (FŐ)

3. A gondozottak közül a VÁRANDÓSOK SZÁMA ÖSSZESEN (FŐ):

4. A gondozottak közül A GYERMEKÁGYAS ANYÁK SZÁMA ÖSSZESEN (FŐ):

9. Kérjük, írja be a körzetében A FOKOZOTT GONDOZÁST IGÉNYLŐK számát a 2016. június 30. -i állapot szerint!

1. A fokozott gondozást igénylő VÁRANDÓSOK száma ÖSSZESEN (FŐ):

2. EGÉSZSÉGÜGYI OK miatt (FŐ):

3. KÖRNYEZETI OK miatt (FŐ):

4. EGÉSZSÉGÜGYI+ KÖRNYEZETI OK miatt (FŐ): ☐ ☐
5. **A fokozott gondozást igénylő 0-7 ÉVES GYERMEKEK száma ÖSSZESEN (FŐ):** ☐ ☐
6. EGÉSZSÉGÜGYI OK miatt (FŐ): ☐ ☐
7. KÖRNYEZETI OK miatt (FŐ): ☐ ☐
8. EGÉSZSÉGÜGYI + KÖRNYEZETI OK miatt (FŐ): ☐ ☐

10. Kérjük, jelölje, hogy jelenleg ellát-e helyettesítést?

1. Igen
2. Nem

11. Amennyiben ellát helyettesítést, mennyi az időtartama?

1. Rövid távú helyettesítés: 0-3 hét időtartam (pl. szabadság, betegszabadság, stb. esetén)
2. Hosszú távú helyettesítés: 3 hetet meghaladó időtartam (pl. tartós távollét, vagy megüresedett védőnői körzet, stb. esetén) Kérjük, írja ide, hogy
folyamatosan HÁNY HÓNAPJA helyettesít? ☐ ☐ ☐

**12. Kérjük, jelölje, hogy MELY ÉVEKBEN VETT RÉSZT Ön a Védőnői Méhnyakszűrő Programban! (Abban az esetben, ha több éven keresztül is részt vett a programban, akkor jelölje be valamennyi évet!)
Részt vettem az alábbi években a programokban:**

1. 2009
2. 2010
3. 2011
4. 2012
5. 2013
6. 2014
7. 2015
8. 2016
9. Nem vettem részt a szűrésben eddig, csak a képzést végeztem el.

13. Jelenleg végez méhnyakszűrést a körzetében?

1. Igen, végzem a szűrést jelenleg
2. Nem veszek részt benne és nem is tervezem a belépést
3. Nem veszek részt jelenleg, de szeretnék csatlakozni a közeljövőben

14. Ha jelenleg nem végez szűrést, akkor kérem, jelölje, hogy mi az oka?

(Kérjük, választ karikázással jelölje 1-5-ig!)

Azért nem végzem a méhnyakszűrést mert:

1=	2 =	3 =	4 =	5=
Egyáltalán nem érték vele egyet	Kismértékben egyetértek	Közepes mértékben egyetértek	Nagyrészt egyetértek	Teljes mértékben egyetértek

1.	Elvégeztem a képzést a jogszabály változás miatt, de nem szeretnék részt venni a szűrésben	1	2	3	4	5
2.	Elvégeztem a képzést, de életkörülményeim változása (pl. új munkahely, lakóhely változás, gyermek születés, stb.) miatt nem szeretnék részt venni a szűrésben	1	2	3	4	5
3.	Elvégeztem ugyan a képzést, mégis a „rutintalanság” érzése gátol abban, hogy megkezdjem a szűrést	1	2	3	4	5
4.	Lelkileg megterhelőnek érezném, hogy az általam jól ismert nők számára nem negatív eredményeket közöljek.	1	2	3	4	5
5.	Tapasztalataim szerint a körzetemben élők nem igénylik a védőnői méhnyakszűrés szolgáltatást	1	2	3	4	5
6.	Jól működik és a lakosság számára könnyen elérhető a szülész-nőgyógyászati szakrendelés a körzetemben	1	2	3	4	5
7.	Magas a körzetemben a gondozottak létszáma és vagy/sok a problémás család, ezért nem jut időm a méhnyakszűrésre	1	2	3	4	5
8.	A tanácsadóban problémás az intim tanácsadás és szűrés feltételeinek megteremtése vagy nem megfelelő méretű a tanácsadó	1	2	3	4	5

9.	A tárgyi feltételek (eszközök, vizsgáló ágy stb.) nem biztosítottak	1	2	3	4	5
10.	Pályakezdő vagyok, és/vagy nemrég kezdtem a területi munkát ebben a körzetben, ezért nem tudok egyelőre plusz feladatot ellátni	1	2	3	4	5
11.	Tartós helyettesítés miatt nem tudom a munkaidőmbe illeszteni	1	2	3	4	5
12.	A munkáltatóm nem támogatja a szolgáltatás bevezetését a területemen	1	2	3	4	5
13.	A védőnői szakfelügyelet vezető védőnöje nem támogatja	1	2	3	4	5
14.	A háziorvos nem támogatja a programot a területemen	1	2	3	4	5
15.	A területem közelében működő szülész-nőgyógyászok nem támogatják a programot.	1	2	3	4	5
16.	A működési engedély megszerzése bonyolult és bürokratikus	1	2	3	4	5
17.	A védőnő kolléganőim nem támogatnak a szűrés végzésében	1	2	3	4	5
18.	A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	1	2	3	4	5
19.	A MAVÉ nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	1	2	3	4	5
20.	Alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak	1	2	3	4	5
21.	Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a programnak	1	2	3	4	5
22.	Csak akkor kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra	1	2	3	4	5
23.	Akkor sem kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra, ebben az esetben pályaelhagyó leszek.	1	2	3	4	5

A következő kérdések a méhnyakszűrés időfelhasználására, és a résztvevő védőnőknek a méhnyakszűrés szolgáltatással kapcsolatos véleményére vonatkoznak, ezért kérem, csak abban az esetben folytassa a kitöltést, ha van szűrési tapasztalata.

AMENNYIBEN ÖN ELVÉGEZTE A KÉPZÉST, DE EDDIG MÉG NEM VETT RÉSZT A SZŰRÉSBEN, ABBAN AZ ESETBEN KÖSZÖNJÜK A KITÖLTÉST!

II. A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS IDŐFELHASZNÁLÁSA

15. Mennyi (vagy mennyi volt) az Ön által végzett KENETVÉTELEK SZÁMA HAVONTA ÁTLAGOSAN? *(A kenetvételek számát sok tényező befolyásolja, ezért kérjük, hogy egy becsült, átlagos értéket adjon meg)!*

16. Kérjük, becsülje meg, hogy EGY SZÜRENDŐ NŐRE vonatkoztatva HÁNY PERCET igényelnek átlagosan az alábbi tevékenységek! *(Kérjük, hogy egy konkrét, átlagos értéket jelöljön meg!)*

Látogatási idő:

1. A meghívót kapó nő megkeresése a szűrés előtt *(a tanácsadótól a szűrendő nő lakcíméig kijutás ideje)*
2. A látogatás során a szűrendő nő tájékoztatása a szűrésről, szűrésre hívása, szűrésen való részvételre ösztönzése

Tanácsadási idő:

3. Védőnői méhnyakszűrés a tanácsadóban *(Ennyi időt tölt a tanácsadóban a szűrendő nő. Magában foglalja pl. tájékoztatást, anamnézis felvételt, szűrést, stb.)*
4. A negatív kenetvételek eredményével kapcsolatos személyes tájékoztatás
5. A nem negatív kenetvételek eredményével kapcsolatos személyes tájékoztatás:

Dokumentáció

6. Az egyetlen szűrendő nővel kapcsolatosan felmerülő összes dokumentációval és adatszolgáltatással eltöltött idő a TANÁCSADÓBAN *(Beleértve a szűrendő nő felkeresését, és kenetvételével kapcsolatos adatszolgáltatási feladatok, valamint a kenet postázásával, és a visszaérkező lelettel kapcsolatos dokumentációs, és adatszolgáltatási feladatokat)*

17. Kérjük, becsülje meg, hogy HÁNY PERCET igényelnek HAVONTA átlagosan az alábbi tevékenységek! *(Kérjük, hogy egy konkrét, átlagos értéket jelöljön meg!)*

1. A veszélyes hulladék kezelésével és elszállítással kapcsolatos feladatok
2. A szűrendők listájának készítése, egyeztetése
3. A méhnyakszűréssel kapcsolatos „marketing tevékenység”, egészségkommunikáció (a szűrés népszerűsítésével kapcsolatos feladatok)

4. OEP jelentés készítése

☐☐

5. OSZR Comm jelentés készítése

☐☐

18. Kérjük, jelölje, hogy átlagosan HAVONTA HÁNY ALKALOMMAL VÉGEZ a meghívót kapó és a szűrésről távol maradó nők körében személyes megkeresést!

Nővédelmi látogatások száma havonta

☐☐

19. Kérjük, jelölje, hogy a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos NŐVÉDELMI LÁTOGATÁSOKAT hogyan tudja a munkarendjébe illeszteni (Kérjük, hogy azt az egy a választ jelölje be, amelyik leginkább jellemző az Ön körzetére!)

1. Az esetek **nagy részében** (több mint 75%-ban) a körzethez tartozó gondozottak (várandós, csecsemő, kisgyermek stb.) látogatási tervéhez tudom illeszteni a szűrendő nők látogatását.
2. Az esetek **felében** tudom a körzethez tartozó gondozottak (várandós, csecsemő, kisgyermek stb.) látogatási tervével összehangolni a szűrendő nők látogatását. A másik felében külön látogatási alkalmak beillesztése szükséges *(pl. területi adottságok, földrajzi elhelyezkedés, a szűrendő nők elérhetősége vagy egyéb ok miatt)*
3. Az esetek nagy részében (több mint 75%-ban), nem lehet megoldani azt, hogy a körzethez tartozó gondozottak (várandós, csecsemő, kisgyermek stb.) látogatási tervéhez illesszem a szűrendő nők látogatását, **külön látogatási alkalmak munkarendbe történő beillesztése szükséges.**

20. Előfordul, hogy munkaidőn túl (pl. reggel 8 óra előtt, vagy délután 16 óra után) végez a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatosan nővédelmi látogatást?

1. Igen
2. Nem

22. Kérjük, jelölje, hogy egy átlagos hónapban HÁNY ALKALOMMAL tart a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatban NŐVÉDELMI TANÁCSADÁST (Csak azokra az alkalmakra gondolunk, amikor a méhnyakszűrést végzi)!

☐☐

23. Kérjük, jelölje, hogy A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSEL kapcsolatos NŐVÉDELMI TANÁCSADÁSOKAT hogyan illesztette a munkarendjébe (Kérjük, hogy csak egy választ jelöljön be, amelyik leginkább jellemző az Ön körzetére!)

1. Minden esetben a hivatalos nővédelmi (nők, várandós anyák számára tartott) tanácsadás keretében végeztem méhnyakszűrést
2. Gyakran nővédelmi (nők, várandós anyák számára tartott) tanácsadás idején kívül, de a hivatalos munkaidőn belül került sor (igazodtam a szürendő nők igényeihez)
3. Az összes szűrési tevékenység maximum 25%-át munkaidőn túl végeztem. (igazodtam a szürendő nők igényeihez)
4. Az összes szűrési tevékenység 25%-50% át munkaidőn túl végeztem.
5. Az összes szűrési tevékenység 50-75%-át munkaidőn túl végeztem (igazodtam a szürendő nők igényeihez)
6. Az összes szűrési tevékenység több mint 75%-át munkaidőn túl végeztem (igazodtam a szürendő nők igényeihez)

III. A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉSEL KAPCSOLATOS SZAKMAI ATTITŰD, VÉLEMÉNY

24. Mi motiválta Önt arra, hogy jelentkezzen a méhnyakszűrő programba?

(Kérjük, választ karikázással jelölje 1-5-ig!)

Azért jelentkeztem a programba mert:

	1=Egyáltalán nem értek vele egyet	2 =Kismértékben egyetértek	3 =Közepes mértékben egyetértek	4 =Nagyrészt egyetértek	5=Teljes mértékben egyetértek
1. Szerettem volna minél többet megtenni annak érdekében, hogy kevesebb legyen a méhnyakrák halálozás Magyarországon	1	2	3	4	5
2. Szerettem magamat új szakmai kihívások elé állítani, és örültem az új kompetenciának	1	2	3	4	5
3. Szeretek új ismeretekkel, tudással gyarapodni	1	2	3	4	5
4. Tapasztalataim alapján a körzetemben élőknek igénye volt rá.	1	2	3	4	5
5. A körzetemben alacsony a gondozottak létszáma, ezért úgy gondoltam, hogy hasznos lehet az általam nyújtott szolgáltatások bővítése.	1	2	3	4	5
6. Szerettem volna plusz jövedelemre szert tenni	1	2	3	4	5
7. Nem teljesen önként jelentkeztem, úgy éreztem, hogy nincs más választásom.	1	2	3	4	5

25. Kérjük, minősítse az alábbi véleményeket, az alapján, hogy befolyásolják-e a védőnői méhnyakszűrés hatékonyságát és eredményességét! (Kérjük, választ karikázással jelölje 1-5-ig!)

	1=Egyáltalán nem befolyásolja	2 =Kismértékben befolyásolja	3 =Közepes mértékben befolyásolja	4 = Nagyrészt befolyásolja	5=Teljes mértékben befolyásolja
1.	A szűrendő nők alacsony általános kulturáltsága miatt a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítése időigényes				12345
2.	A szűrendő nők listájának pontatlansága miatt előforduló sikertelen látogatások száma magas				12345
3.	A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos országos lakossági tájékoztatás hiányos, nem megfelelő.				12345
4.	Lelkileg megterhelő számomra a nem negatív eredmények közlése				12345
5.	Idegen körzethez tartozó nők is szeretnék igénybe venni a szolgáltatást				12345
6.	A működési engedély módosítása során külön tanácsadási időt kértek a szűréshez				12345
7.	A szűrés informatikai háttere (OSZR) bonyolult.				12345
8.	Komoly szervezőmunkát igényel a szűrésnek a munkaidőmben történő beillesztése				12345
9.	Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a munkámnak				12345
10.	Alacsony az anyagi megbecsültsége a méhnyakszűrésnek.				12345
11.	Az egyszer használatos tárgyi eszközök nem minden esetben megfelelőek.				12345
12.	A tanácsadóban problémás az intim tanácsadás és szűrés feltételeinek megteremtése				12345
13.	A veszélyes hulladék elszállítása kevés levett kenet esetén is költséges				12345

14.	A citológiai laboratórium a nem jogosult TAJ számok után térítést kér	1	2	3	4	5
15.	A fenntartó nem fizeti ki az OEP által küldött díjazást	1	2	3	4	5
16.	Az OEP felé bonyolult és bürokratikus a finanszírozáshoz szükséges elszámolás	1	2	3	4	5

26. Kérem, jelölje, hogy az alább felsoroltak személyek/szervezetek közül ki és milyen mértékben támogatja Önt a méhnyakszűrő programban megvalósított tevékenységei során! (Kérjük, választ karikázással jelölje 1-5-ig!)

	1=Egyáltalán nem támogat	2 =Kismértékben támogat	3 =Közepes mértékben támogat	4 = Nagyrészt támogat	5=Teljes mértékben támogat				
1.	A körzetben élő gondozottak				1	2	3	4	5
2.	A program országos szervezésében résztvevők (OTH munkatársai)				1	2	3	4	5
3.	A védőnői szakfelügyelet vezető védőnői				1	2	3	4	5
4.	A közvetlen védőnő kolleganők				1	2	3	4	5
5.	A szűrési koordinátorok				1	2	3	4	5
6.	A szűrésben részt nem vevő védőnő kolleganők				1	2	3	4	5
7.	A háziorvos				1	2	3	4	5
8.	A szülész-nőgyógyász szakorvosok				1	2	3	4	5
9.	A település önkormányzata (vagy a munkáltató)				1	2	3	4	5
10.	A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata				1	2	3	4	5
11.	A Magyar Védőnők Egyesülete				1	2	3	4	5

27. Kérjük, jelölje, a véleményét azzal kapcsolatban, hogy A ÖN SZERINT A JÖVŐBEN HOGYAN LEHETNE A VÉDŐNŐI MÉHNYAKSZŰRÉS HATÉKONYSÁGÁT ÉS EREDMÉNYESSÉGÉT TOVÁBB NÖVELNI? (Kérjük, választát karikázással jelölje 1-5-ig!)

	1=Egyáltalán nem érték vele egyet	2=Kismértékben egyetértek	3=Közepes mértékben egyetértek	4=Nagyrészt egyetértek	5=Teljes mértékben egyetértek
Növelhető lenne a hatékonyság, ha....					
1. A szűrésre jogosultak listája pontosabb lenne (pl. lakcím, elhalálozás adatai).					
2. Szűrést végzését vállaló védőnők esetében a védőnői körzet határok feloldódnának, lenne mód arra, hogy a védőnő nemcsak a saját körzetében élő nők szűrését végezhesse el.					
3. Az informatikai háttér kezelése egyszerűbb, az adatszolgáltatás gyorsabb lenne.					
4. A védőnői szakfelügyelet részéről több támogatást kapnék					
5. A szűrést nem végző védőnők jobban együttműködnének a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban					
6. Az alapellátásban dolgozók (házi orvos, ápoló, stb.) jobban együttműködnének					
7. A szülész-nőgyógyászok jobban együttműködnének, támogatnának					
8. A szűrésben részt nem vevő védőnők jobban támogatnák a szűrési tevékenységet.					
9. Az önkormányzat/ munkáltató jobban támogatna					
10. A munkámat jobban elismernék erkölcsileg					
11. A méhnyakszűréssel kapcsolatos tevékenységeimért a jelenleginél magasabb összegű díjazásban részesülnék.					
12. A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata jobban támogatna					

13.	A MAVÉ jobban támogatna	1	2	3	4	5
14.	Több idő jutna a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítésére	1	2	3	4	5
15.	Központi, országosan szervezett médiakampány szervezésével	1	2	3	4	5
16.	Jobban be tudnám illeszteni a szűrést a munkaidőmbe	1	2	3	4	5
17.	Megfelelő minőségű tárgyi eszközök elérhető áron történő biztosítása	1	2	3	4	5
18.	További többletforrások biztosítása a tanácsadó bővítésére, átalakítására, vagy a célnak jobban megfelelő helyiségbe történő átköltöztetésére	1	2	3	4	5
19.	Az OEP felé történő jelentés egyszerűbbé tétele (külön informatikai program nélkül is el lehessen készíteni)	1	2	3	4	5
20.	A veszélyes hulladék elszállításának, kezelésének gazdaságossá tétele kevés levett kenet esetére	1	2	3	4	5
21.	A szűrési koordinátorom jobban együttműködne, támogatna	1	2	3	4	5
22.	A citológiai laboratórium szakmailag több segítséget nyújtana	1	2	3	4	5
23.	Több kenetvételi gyakorlatra (több, mint 30 kenetre) van szükség a képzés ideje alatt, illetve szükséges a már végzettek számára is pótlólagos kenetvételi gyakorlat biztosítása	1	2	3	4	5
24.	A munkáltató új védőnő alkalmazásakor már a pályázati feltételek között írja elő a méhnyakszűrés végzéséhez szükséges képzettségek meglétét	1	2	3	4	5
25.	A méhnyakszűrés mihamarabbi kötelezővé tétele a védőnők számára	1	2	3	4	5
26.	A szűrés népszerűsítéséhez szóróanyagok folyamatos biztosítása	1	2	3	4	5
27.	Mentor (szülész-nőgyógyász) kijelölése a szűrést végző védőnők számára	1	2	3	4	5

28.	A szűrést végző védőnők számára több munkaértekezlet, jó gyakorlatokról beszámoló konferencia szervezése	1	2	3	4	5
29.	A szűrésben résztvevő védőnőknek szupervízió biztosítása	1	2	3	4	5

28. Kérjük, jelölje, hogy milyen pozitív tapasztalatokra tett szert a szűrési tevékenység végzése során? *(Kérjük, választ karikázással jelölje 1-5-ig!)*

1=Egyáltalán nem jellemző	2 =Kismértékben jellemző	3 =Közepes mértékben jellemző	4 =Nagyrészt jellemző	5=Teljes mértékben jellemző
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

1.	Úgy érzem, többet tudok segíteni másoknak, még hasznosabb a munkám	1	2	3	4	5
2.	A növédelem területén szakmailag fejlődtem	1	2	3	4	5
3.	A körzetemben élők jobban elismerik a munkámat (nőtt az elismertségem)	1	2	3	4	5
4.	A munkáltatóm értékeli, hogy a szűrést is végzem	1	2	3	4	5
5.	A társszakmákkal jobb a kapcsolatom	1	2	3	4	5

29. Ha történt olyan tanulságos eset, amelyet szívesen megosztana velünk, kérjük ismertesse! *(Például, ha valakinek az életét mentette meg a szűrés)*

Nagyon köszönjük az együttműködését!

3.sz. Függelék: A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények