

**Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei**

**Az alapellátás szerepe a méhnyakszűrés  
hatékonyságának növelésében**

Gyulai Anikó

Témavezető: Prof. Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora



DEBRECENI EGYETEM

Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2019

## **Az alapellátás szerepe a méhnyakszűrés hatékonyságának növelésében**

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében  
az Egészségtudományok tudományágban

Írta: Gyulai Anikó védőnő, egészségtan-tanár

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolája  
(Megelőző orvostan és népegészségtan programja) keretében

Témavezető: Prof. Dr. Vokó Zoltán az MTA doktora

A doktori szigorlati bizottság

elnök: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora  
tagok: Prof. Dr. Póka Róbert, az MTA doktora  
Dr. Terebessy András, PhD

A doktori szigorlat időpontja: Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kutató Intézet  
TEOKJ II. emelet 205.  
2020. 07.16. 11.30

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Boncz Imre, PhD  
Prof. Dr. Rurik Imre, az MTA doktora

A bírálóbizottság:

elnök: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora  
tagok: Prof. Dr. Boncz Imre, PhD  
Prof. Dr. Rurik Imre, az MTA doktora  
Prof. Dr. Póka Róbert, az MTA doktora  
Dr. Terebessy András, PhD

Az értekezés védésének időpontja: Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
In Vitro Diagnosztikai Tömb előadóterem  
2020. 07. 16. 13.00

# 1. BEVEZETÉS

A méhnyakrák okozta halálozás a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető betegségek közé tartozik. Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magas, a magyar nők méhnyakrák okozta halálozásának relatív kockázata kétszerese az Európai Unió 28 országa átlagának. Hazánkban a 2003-ban bevezetett populációs alapú szervezett szűrőprogram nem 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. 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. Magyarországon a méhnyakrák megelőzés eddigi gyakorlata a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelésekhez kötődött, az alapellátás szereplői kevésbé vettek részt benne. A házi orvosok és védőnők a lakossághoz legközelebb álló egészségügyi szolgáltatást nyújtják, a helyi közösségek tisztelik őket, megbíznak a munkájukban, ezért kulcsszerepet kellene játszanak az egészségkommunikációban, beleértve a lakosság mozgósítását a szűrőprogramokban való részvételre.

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. 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. 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 házi orvosokra, a másik pedig a védőnőkre irányult.

- 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.
- A házi orvosokra 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 házi orvosok is részt vesznek a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban.
- 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

#### A vizsgálatok formája:

1. Kérdőíves egészségfelmérés a Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Programban résztvevő háziiorvosi 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.

#### A lakossági felmérés és a Zala megyei szűrési modellprogram módszertana

##### 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) háziiorvos praxisához tartozó 25-65 éves női lakosság alkotta.

**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 háziiorvos praxisához tartozó összesen 54 562 nő alkotta. 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 háziiorvosok praxisába tartozó 25-65 éves nők létszáma alapján meghatároztuk a praxis-specifikus mintanagyságokat. Harmadik lépésben történt a forráspopulációból történő cirkuláris szisztematikus véletlen mintavétellel összesen 1 306 személy kiválasztása.

**Az intervenciós modellprogram mintavétele:** A szűrési modellprogram megvalósítására Zala megyében került sor, a vizsgálatra jelentkező háziiorvosok (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 kérdőíves eszköz bemutatása**

A felmérésben az adatgyűjtés egy általunk fejlesztett, önkitöltős kérdőív segítségével történt, amelyet a résztvevők a házi orvosukon keresztül kaptak meg.

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.

### **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 közülük került kiválasztásra az a 88 fő, akik megfeleltek az intervenciós modellprogramban való részvétel kiválasztási kritériumának, vagyis több, mint 3 éve, vagy soha nem vettek részt méhnyakszűrő vizsgálaton.

A modellprogram második körében adatokat gyűjtöttünk a házi orvos tájékoztató tevékenységéről (milyen módon próbálta elérni a házi orvos 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.

### **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 változópárok közötti összefüggések erősségének vizsgálatára a Pearson-féle khi-négyzet 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 felmérés-elemző modulját használtuk a prevalencia becslések 95%-os megbízhatósági tartományának (MT) meghatározására.

### **A védőnői vizsgálat módszertana**

#### **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 felmérés mintájába azokat a védőnőket választottuk be, akik részt vettek „A védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételekre és követésére” című továbbképzésben (országosan összesen 2380 fő). A felmérés teljes körű volt, mind a 2380 védőnőt bevontunk, aki a feni kiválasztási kritériummal rendelkezett.

#### **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.

### **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 eredményességét 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?

### **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) pedig két mintás t próbával végeztük el.

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, kapcsolatrendszerrel jellemezzük, és a közvetlenül nem mérhető háttérváltozókat identifikáljuk. 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**

### ***A lakossági felmérés eredményei***

Az adatgyűjtés eredményességét tekintve megállapítható, hogy a kiküldött 3306 db kérdőívnek a 47%-a (1539 db) érkezett vissza.

### **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 kategóriáiban 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 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.

### **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 Egészségügyi Világszervezetre által ajánlott hároméves 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 ( $p < 10^{-3}$ ).

### **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 becslések a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűrte. Vizsgáltuk a szűrésen való részvétel (3 éves lefedettség) kapcsolatát a társadalmi-gazdasági tényezőkkel, valamint az életmóddal. 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 vizsgáltuk.

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 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 munkavállalóhoz 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 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 dohányzókhöz képest.

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 méhnyakszűrésről azok körében, akik általánosságban fontosnak tartották a szűrővizsgálatokon való részvételt, ugyanakkor azon nőknek csak kétharmada (66% MT: 60-72) vette igénybe a szűrést, akiknek a véleménye szerint nem fontos a szűréseken részt venni.

A szűréssel kapcsolatban a célpopuláció 42%-a (95%-os MT: 38-46%) kért, vagy keresett információt. Megvizsgáltuk, hogy beszéltek-e a célcsoportba tartozó nők a nőgyógyászukkal, a házi orvosukkal és a védőnőjükkel a méhnyakszűrésről. Az elemzés során leszűkítettük a válaszadókat azokra a nőkre, akik járnak nőgyógyászhoz, házi orvoshoz, illetve ismerik a területi védőnőt. 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 házi orvosok vettek részt

a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban, a nők 70%-a nem beszélt a háziorvosával a méhnyakszűréssel kapcsolatban (MT:66-73). 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 nőgyógyásznál kívánja igénybe venni a magánrendelésen, szakrendelésre nőgyógyászhoz menne a nők 20%-a (MT: 17-23).

### ***A szűrési modellprogram eredményei***

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). Zala megyében a szűrővizsgálaton három éven belül résztvettek 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. 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 szürendő nőt a részvételről.

### ***A védőnői felmérés eredményei***

Az adatgyűjtés eredményességéről elmondható, hogy összesen 485 kérdőív érkezett vissza, ami a 2380 fő 20%-át jelentette.

### ***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.

## **A védőnők méhnyakszűrési hajlandóságának vizsgálata**

A védőnők szűrési hajlandóságának a vizsgálatát az adatfelvétel idején területi védőnői munkakörben (416 fő) dolgozók körében vizsgáltuk. A 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%)

A szűrés elfogadottságát a védőnők demográfiai jellemzői (életkor, védőnökként 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.

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. 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.

### **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 (növédelmi látogatás, tanácsadás, dokumentáció) az ellátására. A szűrő védőnők 60%-a (95% MT: 54-67) esetében előfordult, hogy munkaidőn túl végezték el a növédelmi látogatást a szűrési meghívót kapó női lakosság körében. A kenetvételt a védőnők 13 %-a (95% MT: 8-18) tudta minden esetben a hivatalos növédelmi 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 szűrés, igazodva a szűrendő nők időbeosztásához.

### **A szűrésben való részvételt befolyásoló tényezők vizsgálata**

A vizsgálatban résztvevő szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők (198 fő) közel fele (100 fő) az adatfelvételt megelőzően, korábban részt vett a szűrőprogramban (a pilot jellegű Védőnői Méhnyakszűrő Programok és/vagy a TÁMOP program keretében), másik részük (98 fő), az adatfelvétel idején is szűrte. A további elemzésünk során megvizsgáltuk, hogy a faktoranalízis során létrejött új komponensek átlagos viselkedése között van-e eltérés a szűrésben korábban részt vettek, és a vizsgálat adtafelvételének 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 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 (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 (idegen körzetben élő nők is szeretnék igénybe venni a szűrés), mint a szűrő védőnők ( $p=0,01$ ). A támogató komponensek közül a szakmai szervezetek (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 vonatkozásában egyértelműen megállapítható volt, hogy szignifikánsan magasabb ( $p<0,001$ ) a szűrésben

résztevő védőnők által észlelt személyes hatékonyság fejlődése, mint a korábban szűrt, jelenleg nem szűrő védőnők pozitív tapasztalatainak faktorátlaga.

### **A szűrési tevékenység pozitív tapasztalatainak vizsgálata**

Mivel az előző elemzésünkből kiderült, hogy a szűrésben való részvételt leginkább 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 (külső és belső) faktorok (mindkettő:  $p < 0,01$ ) és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor ( $p = 0,006$ ) pozitívan befolyásolják a védőnők szűréssel kapcsolatos tapasztalatait, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége szignifikánsan ( $p = 0,003$ ) csökkenti azt.

## **5. 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. 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.

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. A női lakosság méhnyakszűréssel kapcsolatos ismeretei hiányosak, 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 háziorvosi alapellátás számos feladata közül az egyik legfontosabb a megelőzés, amely magában foglalja az egészségfejlesztést, a szűrővizsgálatok hatékonyságának a növelésére irányuló törekvéseket is. Vizsgálatunk eredményei szerint a nők elsősorban a szülész-nőgyógyászoktól kértek és kapták meg a méhnyakszűrésre vonatkozó információt, jellemzően nem a szűrés előtt, hanem a vizsgálat során. Így a szűrésről való informáltság a szűrésen való részvételtől 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.

A házi orvosok 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 házi orvosok munkáját a megelőzésben.

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, kistélepüléseken 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 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, kistélepüléseken 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 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 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, 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. 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. A védőnők szakmai attitűdjével kapcsolatos eredményeink azt mutatták, hogy azok a védőnők vesznek részt a szűrésben, akiknek magasabb 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. Ehhez szükséges, hogy a védőnők és a társszakmák, valamint a lakosság körében is növekedjen a védőnői méhnyakszűrő tevékenység elismertsége. Az alapellátásban dolgozó háziorvosok támogatása nemcsak a lakosság szűrésben való részvételi hajlandóságát növelhetné, hanem a védőnői méhnyakszűrés elismertségét, ezáltal annak hatékonyabb működését is.

A méhnyakszűrés 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. 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.

## 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 házi orvosok 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 házi orvosok 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 házi orvosok 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 házi orvosokat 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. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

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

Köszönöm, Dr. Ádány Róza Professor 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 Kornyi 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. Móré 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 házi orvosoknak, 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.



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.  
*Egészségfej.* 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 emlőszűrésben való részvétele Nyíregyházán = Participation of the female population in an organised cervical and breast cancer screening programme in Nyíregyháza.  
*Egészségfej.* 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.  
*Egészségfejl.* 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., Balácsi, 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 alapjául 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.

