

Dr. Gyulai Anikó PhD
egyetemi docens¹

Dr. Takács Péter PhD
főiskolai tanár²

Dr. Sárváry Andrea PhD
főiskolai docens³

Moravcsikné
dr. Kornycsik Ágota PhD
adjunktus⁴

Árváné Egri Csilla
osztályvezető⁵

Csire Tamás Béla
megyei szűrési koordinátor⁶

Dr. Kósa Zsigmond János PhD
főiskolai tanár⁴



A népegészségügyi célú méhnyakszűrésben résztvevő védőnők szakmai attitűdjének vizsgálata

Survey of the professional attitude of health visitors involved in cervical screening for public health purposes

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Gyulai Anikó
Levelezési cím: 4551 Nyíregyháza, Szív utca 37.
Email: aniko.gyulai@uni-miskolc.hu
Telefon: 06 30 681 3936

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományok Intézete Preventív Egészségtudományi Intézeti Tanszék

²Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet Egészségügyi Informatika nem önálló Tanszék

³Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológiai nem önálló Tanszék

⁴Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet, Védőnői, Módszertani és Prevenációs nem önálló Tanszék

⁵Nemzeti Népegészségügyi Központ Szűrésirányítási Főosztály Szűrőprogram Irányítási Osztály

⁶Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály

Absztrakt

A közelmúltban a védőnők növédelmi feladatai a népegészségügyi célú méhnyakszűréssel egészültek ki. A vizsgálatunk célja, hogy a méhnyakszűrésre történő felkészítő képzésben részt vett védőnők körében feltárja a szolgáltatással kapcsolatos szakmai attitűdjét, véleményét. Kérdőíves adatfelvétel történt a képzésben részt vett védőnők körében (n=485). A leíró statisztikai elemzéseket követően faktoranalízist végeztünk, két mintás t próba, Mann Whitney próba, lineáris és bináris regressziós modell alkalmazásával. Vizsgáltuk az adatfelvétel idején szűrő (n=98) és a korábban szűrő (n=100) védőnők szakmai attitűdjének különbségeit, valamint a szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatokat meghatározó tényezőket. Lineáris regressziós modell alkalmazásával vizsgálva 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. A védőnők részvétele a szűrés-

ben elengedhetetlen feltétele a program sikeres végrehajtásának, melyhez szükséges az új kompetencia megbecsülésének, elismertségének a növelése.

Kulcsszavak: méhnyakszűrés, védőnő, Magyarország

Abstract

Recently, responsibilities for health visitors have been supplemented by cervical screening for public health purposes.

The aim of our study is to reveal the professional attitude and opinion about the service among the health visitors who took part in the preparatory training for cervical screening.

Questionnaire surveys were conducted among the health visitors, who participated in the training (n=485). Following descriptive statistical analyzes, factor analysis was performed using a two-sample t test, a Mann Whitney test, and a linear and binary regression model.

We examined the differences between the professional attitudes of the health visitors currently screening (n=98) and those previously screened (n=100) at the time of data collection, as well as the factors determining the positive experiences related to screening.

Examining using a linear regression model, we found that motivational (external and internal) factors (both: $p < 0.01$) and screening participants as supporting factors ($p = 0.006$) positively influence the screening experiences of health visitors, while low material and moral esteem of screening activity significantly ($p = 0.003$) reduces it.

The participation of health visitors in screening is an essential condition for the successful implementation of the program, which requires an increase in the appreciation and recognition of the new competence.

Keywords: cervical cancer screening, health visitor, Hungary

Bevezetés

A méhnyakrák okozta halálozás a hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások közé tartozik (AMIEHS, 2022). Ennek ellenére több, mint negyedmillió nő halálát okozza évente világszerte. Ezért az Egészségügyi Világszervezet kidolgozta, és elfogadta a méhnyakrák eradikációjára irányuló globális stratégiát, mely célul tűzte ki a tagországok számára, hogy a 21. század végére, az átoltottság és az átszűrtség javításával, valamint korszerű szűrési módszertan alkalmazásával kevesebb, mint 4 esetben a betegség 100 000 főre vetített előfordulási gyakorisága, minden országban (WHO, 2019) (Canfell, 2019). Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magas, a magyar nők méhnyakrák okozta halálozásának relatív kockázata kétszerese az Európai Unió 28 országa átlagának (Sárváry, 2015) (Sárváry et al, 2019).

Hazánkban már az 1950-es évektől kezdődően vannak hagyományai a komplex nőgyógyászati vizsgálatot (kolposzkópiát is) alkalmazó szűrővizsgálatnak (Langmár, 2011). A több évtizedes opporionisztikus törekvések, majd a 2003-ban bevezetett populációs alapú szervezett szűrőprogram (46/2003.OGY) sem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon. A szervezett szűrés bevezetését követő kezdeti tapasztalatok kedvezőtlenek voltak, az országos méhnyakszűrési program csak néhány százalékkal volt képes emelni a 25-65 éves korú nők átszűrtségét (Kovács et al, 2007) (Boncz et al, 2007) (Kovács és Boncz, 2009). A magyar nők szűrésen való részvételére továbbra is az alkalomszerű „opporionisztikus” szűrési gyakorlat volt jellemző, problémát jelentett, hogy a célcsoport egy részét (népegészségügyi szempontból) indokolatlan gyakorisággal (évente) szűrték, míg

a céllakosság másik része – a nőgyógyászhoz nem járó nők – három évnél ritkábban, vagy sohasem részesültek szűrővizsgálatban (Döbrössy et al, 2010) (Karamánné Pakai et al, 2008a) (Karamánné Pakai et al, 2008b). A szűrésen való részvételi hajlandóság általában szorosan összefügg az egyén iskolázottságával, társadalmi-gazdasági helyzetével, életkorával valamint az egészségkultúrájával (Akers et al, 2007) a szűrésről távolmaradók nagy része az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló, rétegekből került ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszaik vannak (Bényi et al, 2007) (Karamánné Pakai et al, 2009) (Pakai et al, 2010) (Pakai et al, 2017). A szűrővizsgálathoz való hozzáférés egyenlőtlenségeket mutatott, a szűrésre jogosult női lakosság egy része, különösen a kistelepüléseken élő, hátrányos helyzetű lakosság számára nehezen volt elérhető (Döbrössy et al, 2015) (Kovács et al 2007). További problémát jelentettek az átszűrtséggel kapcsolatos adatok pontatlanságai, az alapellátás szereplőinek az alacsony részvétele a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban, a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítése során (Döbrössy et al, 2010). 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 (Alma-Atai Nyilatkozat, 1978). Magyarországon a méhnyakszűrés korábbi gyakorlata kizárólag 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 országok többségében a méhnyakszűrés a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatók feladata, a citológiai kenetvételt képzett szakdolgozók (háziorvosok, szülész-

nők, közösségi ápolók) végzik, és csak a kiszűrt nőket küldik további vizsgálatok céljából a szakorvoshoz (WHO IARC, 2005). 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 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 szűrővizsgálati lelet 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 (Döbrössy, 2012). A népegészségügyi célú méhnyakszűréshez való hozzáférés növelése érdekében elkezdődött az alapellátásnak, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása, az első időszakban (2009-2013 között) pilot jelleggel, a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (rövidítve VMP) keretében. A pilot programok eredményei alátámasztották, hogy a védőnők alkalmasak és képesek a kenetvétel elvégzésének megtanulására és kivitelezésére, a női lakosság megszólítására (Fehér, 2012) (Gyulai et al, 2015). A védőnői méhnyakszűrés bevezetését az egészségpolitikai döntéshozók támogatták, így a 28/2013. (IV.5) EMMI rendelet értelmében a védőnők növelési feladatai 2015. októbertől a népegész-

ségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészültek ki (28/2013. EMMI rendelet a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. ESzCsM rendelet módosításáról). 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 Uniósi projekt lehetőséget biztosított az önként jelentkező védőnők számára, hogy térítésmentesen részt vegyenek a továbbképzésben, amely felkészítette őket a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére. A projekt méhnyakszűréshez szükséges infrastruktúrát is biztosította, a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzéséhez 414 védőnői tanácsadó komplex felszerelése valósult meg. Így 2015. október 1-jétől lehetővé vált, hogy a szűrendő nők – amennyiben a nő lakóhelye szerinti védőnői szolgálat a szűrésre vonatkozó működési engedéllyel rendelkezik – a népegészségügyi célú méhnyakszűrést a területi védőnői ellátás keretében vegyék igénybe. A nők ez esetben is dönthetnek úgy, hogy a szűrést nem a védőnőnél, hanem a nőgyógyászati szakrendelésen veszik igénybe. Az új kompetencia beépült a védőnő hallgatók képzési és kimeneti követelményrendszerébe (18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet) biztosítva ezzel a program fenntartásához szükséges szakemberek utánpótlását, így azok a védőnő hallgatók, akik tanulmányaikat a 2017/2018-as tanévben fejezték be, már a méhnyakszűrési kompetenciával bővített képzéssel

Anyag és módszer

A felmérés forráspopulációját védőnői munkakörben dolgozók adták. Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő védőnői végzettséggel rendelkezők száma 5290 fő volt az adatfelvétel idején Magyarországon. A felmérés mintájába azokat a védőnőket választottuk ki, akik már rendelkeztek ismeretekkel a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatban. A vizsgálat során online kérdőíves adatfelvétel történt a védőnői méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vett védőnők

rendelkeztek. A pályán dolgozó, és a szűrésre történő felkészítő továbbképzésben korábban még részt nem vett védőnők számára pedig az EFOP 1.8.1 Projekt biztosított lehetőséget a képzettség megszerzésére 2019-ben. Jelenleg körülbelül 2400 védőnő rendelkezik a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzéséhez szükséges kompetenciával Magyarországon. Az új kompetencia elfogadottsága azonban a védőnők körében nem teljes körű, a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése a korábbi sikeres programok és eredmények ellenére elakadt. A Nemzeti Népegészségügyi Központ Szűrésirányítási Főosztályának a tájékoztatása szerint jelenleg (2022-ben) 374 védőnői körzet rendelkezik érvényes működési engedéllyel a méhnyakszűrés végzéséhez. Az országos kiterjesztést követő 7 évben (2016-2022 között vizsgálva) évente átlagosan 308 védőnő vett részt a szűrésben, amely a képzett védőnőknek csak a 12,8 %-át jelentette.

A jelen tanulmányunkban bemutatott vizsgálatunk 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.

(2380 fő) körében. A kérdőíves eszköz saját fejlesztésű volt, két részből állt, egy helyen elágazást tartalmazott. A szűrésben való részvételi szándékot valamilyen 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 szürendő 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 kérdések 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 (3 fő), valamint egy fő szűrési koordinátor is véleményezte. 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.

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 rotációval 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 programcsomagot alkalmaztuk.

Eredmények

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 védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos véleményeket csak azon védőnők körében vizsgáltuk, akik már rendelkeztek szűrési tapasztalattal. 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 szűrt, az adatfelvétel idején nem.

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 kistérségben 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 (I. táblázat).

I. 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)

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 szűrés elfogadó területi védőnőknek tekintettük azokat, akik az adatfelvétel idején szűrtek, vagy a jövőben tervezték a belépést a szűrőprogramba (n=178 fő), és a szűrés 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 legmagasabb, (69%) azon védőnők esetében, akik községben, kistelepülésen dolgoztak, a legalacsonyabb volt a szűrési tevékenység elfogadottsága a fővárosi védőnők esetében (1,7%) (II. táblázat)

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

Településtípus	Szűrés elfogadó védőnők (n=178) %	Szűrés 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 (III. táblázat).

III. 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 (IV. táblázat).

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

Állítás	Teljes mértékben egyetért 2 (MT)
Alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak	73 (70-79)
Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a programnak	57 (50-63)



Állítás	Teljes mértékben egyetért 2 (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 szülész-nőgyógyászati 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 szülész-nőgyógyászok 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 házi orvos 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

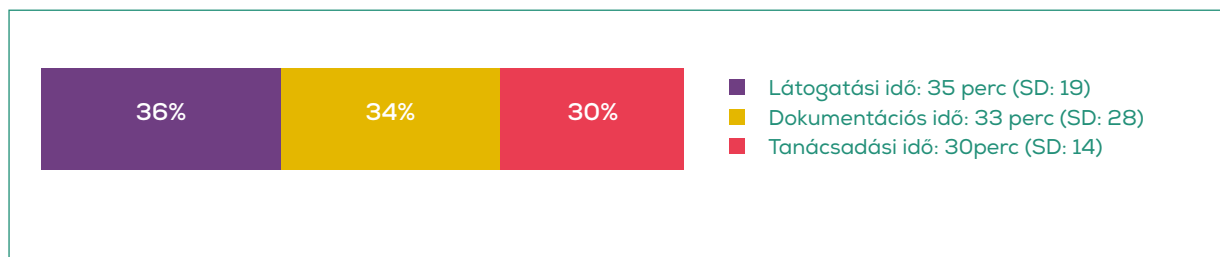
² Az állítással 1-5 ig skálán a teljes mértékben egyetértők (5-ös értékelést adók) aránya, az említés gyakorisága szerinti csökkenő sorrendben

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 átlago-

san közel másfél órát (98 perc (SD: 49)) fordítottak egyetlen szűrendő nő méhnyakszűrésével kapcsolatos valamennyi feladatának (nővédelmi látogatás, tanácsadás, dokumentáció) az ellátására (1. ábra).

1. 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 szűrés-szám 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 munka idejéből 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.

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 hatékony-

ságot 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.

A 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. 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);

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.

A faktorelemzés során elkülönített 5 faktort a hozzánk 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);

A támogatás faktoranalízise

A védőnői méhnyakszűrés egy új népegészségügyi célú szolgáltatás, melynek elfogadásához szükséges, a különböző szereplők támogatása. Ennél a kérdés-csoportnál 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.

A három faktort az alábbiak szerint definiáltuk:

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

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

- Úgy érzem, többet tudok segíteni másoknak, még

hasznosabb a munkám;

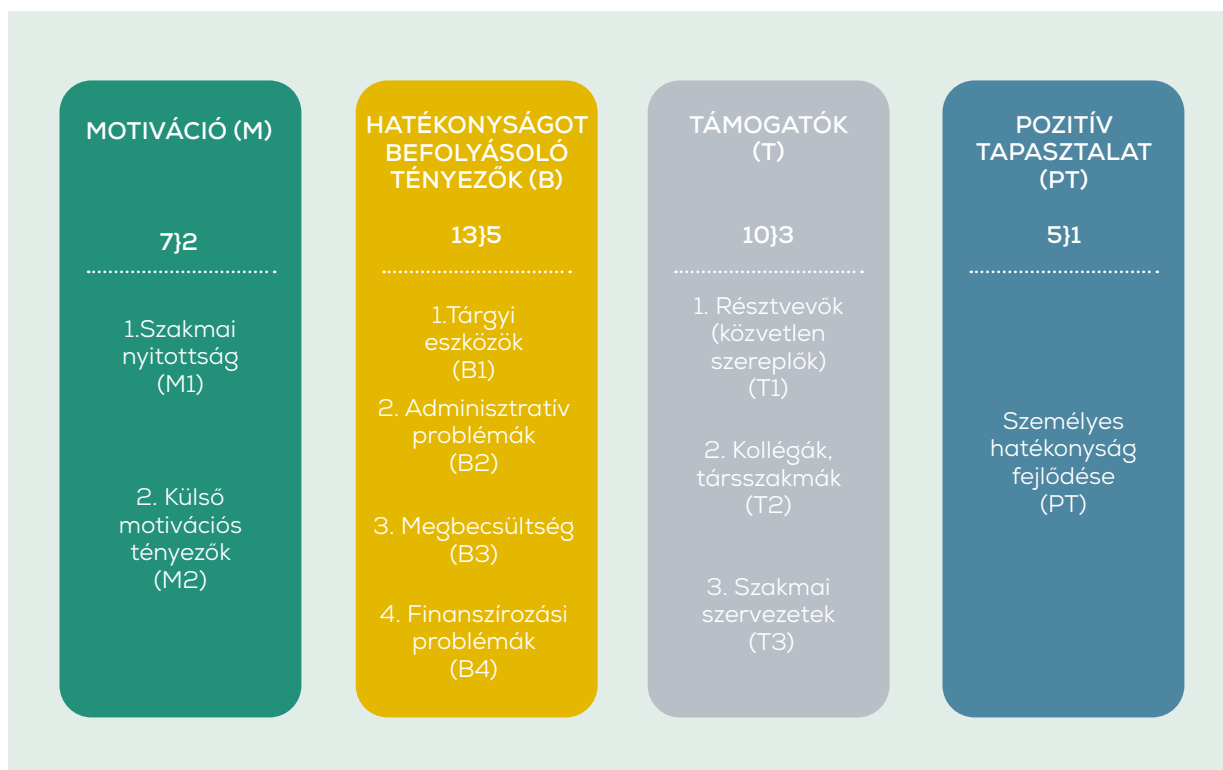
- A nővédelem területén szakmailag fejlődtem;
- A körzetemben élők jobban elismerik a munkámat (nőtt az elismertségem);
- A munkáltatóm értékeli, hogy a szűrést is végzem;
- A társszakmákkal jobb a kapcsolatom.

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

A faktoranalízis eredményeinek összefoglalása

A védőnők méhnyakszűrési tevékenység végzésével kapcsolatos vizsgálatában a főkomponens elemzés során összességében 35 változót vizsgáltunk, 4 kérdéscsoportban melynek során 11 faktort sikerült elkülönítenünk (2. ábra). A további elemzésekben a faktorokat, mint új összetett változókat használtuk fel.

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



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: 2. ábra) átlagos viselkedése között van-e eltérés a szűrésben korábban részt vettek, és a vizsgálat felvételének 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 faktorátalaga (V. táblázat).

V. táblázat: A szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők faktorátalagainak 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

A szűrési tevékenység pozitív tapasztalatainak vizsgálata

Mivel az előző elemzésünkéből 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 (6. táblázat).

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

Csoportok	Faktorok	Standardizált regressziós együttható	p érték	95 % MT	
Motivációs Faktorok	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

Megbeszélés, következtetések

A védőnői hivatás azért volt képes megőrizni függetlenségét, identitását és túlélni a nagy történelmi sorsfordító eseményeket, mert mindig alkalmazkodott a társadalmi elvárásokhoz, és lényegi elemeként, értéként mindvégig megtartotta a hivatástudattal párosuló segítő motívumot (Kiss-Tóth, 2015). Azt gondoljuk, hogy ez nem változott, a képzésben

felkészített és kellően motivált védőnők hatékonyan tudnak bekapcsolódni a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe.

A vizsgálat eredményei 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 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 védőnők gondozómunkája sokrétű, számos feladatot látnak el, olyan tevékenységeket, amelyeket a tőlünk fejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező nyugat-európai országokban több szakember lát el. A védőnőknek nem csak a feladatai sokrétűek, hanem a védőnők által ellátott területek (körzetek) jellemzői is nagyfokú diverzitást mutatnak. Saját vizsgálatunk eredményei is azt mutatták, hogy 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 korábrinál 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 (51/1997. évi NM rendelet).

A népegészségügyi célú 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 házi-orvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat” című kutatás beszámolója szerint, a méhnyakszűrés bevezetése előtt a védőnők átlagosan havi 3,8 órát fordítottak a nővédelmi feladatok ellátására (Kósa et al, 2014). 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 megjelenítenie a védőnőknek, ennek időpontját a gyakorlatban nem minden esetben tudta betartani a védőnő. A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréshez kapcsolódó tevékenységeket a szűrő védőnők nagy része nem tudja a munkarendjébe illeszteni és a munkaidő keretein belül végezni. Ez hosszú távon nem lehet megoldás, ha a lakosság szűrésben 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 népegészségügyi célú méhnyakszűrésbe egyértelműen növeli a falvakban, kistelepüléseken élő nők szűrővizsgálaton való részvételét (Árváné et al, 2014), ezért szükség van egyeztetésekre a védőnőkkel, annak érdekében, hogy a méhnyakszűréshez való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit csökkentsük, de csak 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 (Papp, 2014). 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 praxisközösségekben működtetett formában és/vagy főállású szűrővédőnők által működtetett formában történő elérése. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőröknek jelentős szerepe volt abban, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny csoportok az alapellátásban elérhető szolgáltatásokat igénybe vegyék (Kósa, 2017). A védőnői méhnyakszűrési szolgáltatás megismerését, a bizalom növelését a helyi szintű szervezést is elősegíthetné a segéd-egészségőrök munkája a praxisközösségeken belül.

Az alapellátás szereplői közül házi orvosok szerepét is megemlíthetjük, mert a házi orvos számos feladata közül az egyik legfontosabb a megelőzés, amely magában foglalja az egészségfejlesztést, a szűrővizsgálatok hatékonyságának a növelésére irányuló törekvéseket. A házi orvosok szintén a helyi közösségek meghatározó szereplői, jól ismerik a praxisukhoz tartozó emberek egészségfejlesztési szükségleteit. A lakosság számára az egészséggel kapcsolatos információk közvetítésének hiteles képviselői, mely lehetőséget kínál a daganatos betegségek megelőzésére is (McIlfatrick et al, 2018). Egy korábbi, Zala megyében megvalósított szűrési modellprogram eredményei azt mutatták, hogy 27%-al növelhető a szűrésben való részvételi hajlandóság a „szűrést elkerülő” vagyis a rizikó csoportba tartozó nők körében abban az esetben, ha a házi orvos részt vesz a szűrővizsgálat kommunikációjában (Gyulai et al, 2018). Az alapellátásban dolgozó házi orvosok támogatása nemcsak a lakosság szűrésben való részvételi hajlandóságát növelhetné, hanem a védőnői

méhnyakszűrés elismertségét, ezáltal annak hatékonyabb működését is. A munkavégzés motivációit vizsgáló tanulmányok arról számolnak be, hogy minél magasabb az egyén belső motivációja, annál eredményesebben tudja a céljait elérni (Koestner et al, 2008). 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 (Fényszárosi et al, 2018). Ezt a belső motivációt erősíthetik az oktatók a pályaszocializáció során már a védőnők alapképzésben is (Rucska és Kiss-Tóth, 2021).

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 szűrt, 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.

Javasoljuk, hogy a védőnői méhnyakszűrési rendszert igazítsák célzottan a népegészségügyi szükségletekhez olyan formában, hogy ne veszélyeztesse a védőnők alapfeladatának az ellátását és díjazza meg



felelő mértékben. Megfontolandó lehet a főállású szűrővédőnők alkalmazása 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 érdekképviselet szereplői és nem utolsósorban a területi védőnők között.

A vizsgálat korlátai

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

A kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült. A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolatos érdekeltségeik.

Szerzői munkamegosztás:

Dr. Gyulai Anikó: tervezés, koncepció, elemzés, szerkesztés, adatfeldolgozás, kézirat megírása. Dr. Takács Péter PhD: adatfeldolgozás, statisztikai elemzés, Dr. Sárvári Andrea PhD: szakértés, elemzés, Moravcsikné dr. Kornyicki Ágota PhD: koncepció, statisztikai elemzés, Árváné Egri Csilla: tervezés, koncepció, adatfelvétel, szakértés. Csire Tamás Béla: tervezés, koncepció, szakértés. Dr. Kósa Zsigmond János PhD: tervezés, koncepció, szakértés

Felhasznált irodalom

- 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 kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról Magyar Közlöny 2016/116. 10408-11971
- 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
- 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a03h0046.OGY>
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.NM>
- Akers, AI., Newmann, SJ., Smith, JS. (2007) Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer* 2007/31,157-181.
- AMIEHS (2021). Avoidable Mortality in the European Union Towards better Indicators for the Effectiveness of Health Systems. <https://survey.erasmusmc.nl/amiehs/atlas.html>
- Árváné Egri, Cs., Fehér, E., Szabó, M. (2014) Védőnői méhnyakrákszűrést végző védőnők tapasztalata a szűrésre személyesen meghívott nők szűrésén való részvételével kapcsolatban. *Védőnő* 2014/24(5):24-31.
- Bényi, M., Vámos, M., Kéki, Zs., Rákos-Zichy, P. (2009) Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007. alapján. *Népegészségügy* 2009/ 87-3, 162-171. - ISSN 0369-3805
- Boncz, I., Sebestyén, A., Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A., Székely, T. (2007) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orv Hetil.* 2007/148(46), 2177-2182. <https://doi.org/10.1556/HO.2007.28956>
- Canfell, K. (2019). Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Research.* 2019/ 8: 100170. DOI: 10.1016/j.pvr.2019.100170.
- 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](#)

- Döbrössy, L. (2012) *A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben. Védőnő* 2012/ 22(2), 3–4.
- Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A. (2015) *Egyenlőtlenségek a méhnyakszűrésben Orv Hetil.* 2015/156, 955-963 <https://doi.org/10.1556/650.2015.30162>
- Döbrössy, L., Kovács, A., Döbrössy, B., Budai, A., Boncz, I., Margitai, B., Koós, T. (2010) *Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? LAM* 2010/ 20,689–693.
- Fehér, E. (2012) *A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve Védőnő* 2012/22(2), 5–9.
- Fényszárosi, É., Sallay, V., Matuszka, B., Martos, T. (2018) *Munkával kapcsolatos motivációk és elégedettség – Személyorientált elemzés Magyar Pszichológiai Szemle* 2018/73(3),411-434. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.3.3>
- Gyulai, A., Fehér E., Balázs, I. (2015) *A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon Acta Medicina et Sociologica* 2015/6,31-38.
- Gyulai, A., Nagy A., Pataki, V., Tóti, D., Ádány, R., Vokó, Z. (2018) *General practitioners can increase participation in cervical cancer screening – a model program in Hungary BMC Family Practice* 2018/19 -1(67) ,8 <https://doi.org/10.1186%2Fs12875-018-0755-0>
- Karamánné Pakai, A., Németh, K., Fekete, J., Mészáros, L., Dér, A., Doms, R. Ponyóka, S., Mák, E., Bujtor, A., Domján, P., Balázs, P. (2008) *A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők - egy felmérés tükrében. Nővér* 2008/21: 2, 3-9.
- Karamánné, Pakai A., Németh, K., Kriszbacher, I., Dér, Lampke, K., Mészáros, L., Betlehem, J., Balázs, P. (2009) *A szervezett méhnyakrák-szűrésből való távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli Régióban élő nők körében. Magyar Epidemiológia* 2009/6, 9-20.
- Karamánné, Pakai A., Németh, K., Mészáros, L., Dér, A., Balázs, P. (2008) *A méhnyakrákszűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2010/ 46 :4, 43-48.
- Kiss-Tóth, E (2015) *A védőnői hivatás történetének értékalakulási tendenciái, Egészségtudományi Közlemények* 2015/5. (1), 11–23
- Koestner, R., Otis, N., Powers, T.A., Pelletier, L., Gagnon, H. (2008) *Autonomous motivation, controlled motivation, and goal progress. Journal of personality*, 76(5), 1201–1230. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00519>.
- Kösa, K. (2017) *A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok szerepe az alapellátásban. Népegészségügy* 2017/95 (1):64-67
- Kösa, Zs., Gyulai, A., Jávorné Erdei. R., Nagy, Józsefné., Rákóczi, I., Takács, P. (2014) *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú házi-orvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat. http://www.gyermekalapellatas.hu/archiv/idomerleg_es_attitudvizsgalat/idomerleg_vizsgalat_vedonoi.html*
- Kovács, A. Boncz, I. (2009) *A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. Népegészségügy* 2009/87, 265-275.
- Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A. Boncz, I., Cornides, A. (2007) *A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban Orv Hetil.* 2007/148,535-540.
- Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A., Boncz, I., Cornides, Á. (2007) *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.
- Langmár, Z., Németh, M., Kórnya, L., (2011) *Méhnyakszűrés Magyarországon – epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások Orv Hetil.* 2011/152, 2063–2066.
- McIlfatrick, S., Keeney, S., McKenna, H., McCarley, N., McElwee, G.(2018) *Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. BMC Family Practice.* 2013; <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-58>
- Pakai, A., Brantmüller, É., Vajda, R., Karácsony, I., Balázs, P. (2017). *Reasons for non-appearance on organized cervical screening in Hungary. Practice and Theory in Systems of Education* 2017/11 (2),142-154.
- Pakai, A., Dér, A., Kriszbacher, I., Németh, K., Zsigmond, E., Balázs, P. (2010) *Why don't Hungarian women take part in organized cervical screening? New Medicine* 2010/14, 25-28.
- Papp, M. (2014) *Alapellátás új minőségben. Népegészségügy* 2014/92 (3-4):135
- Rucska, A. Kiss-Tóth, E. (2021) *Hozzáadott pedagógiai érték megjelenése a felsőoktatásban, avagy pályaszocializációs és munkaértékek változása az egészség tudományi felsőoktatásban tanuló diákoknál. in: Szakmódszertani és pedagógiai tanulmányok a világtárvány idején International Research Institute sro, Kővár, Slovakia, 2021*
- Sárváry, A. (2015). *A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálzásának jellemzői 1980 és 2011 között Acta Medicina et Sociologica;* 2015/6, 69-78
- Sárváry, A., Bálint, P. Cs., Gyulai, A., Kösa, Zs. (2019). *A magyarországi emlő- és méhnyakszűrés retrospektív vizsgálatának jellemzői a halálozási és megbetegedési adatok tükrében. Orv Hetil* 2019/160(49),1948-1956. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31518>
- WHO (2005) *International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press/2005.,1-302.*
- WHO (2019. december 16). *Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf*