

A méhnyakrák- szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében

Karamán Pakai Annamária¹, Ramona Doms², Jürgen Schäfer³, Vizsralek Beáta³,
Dér Anikó¹, Szili Katalin¹, Dr. Balázs Péter⁴

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás- és Betegellátás Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ¹, Pflegedienst Stralsund, Stralsund, Németország², Frankfurter Diakonie-Kliniken, Frankfurt, Németország³, Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Budapest⁴
e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Kulcsszavak: méhnyakrák, női egészség, másodlagos megelőzés, ápoló

Összefoglalás

Bevezetés: Európában a méhnyakrák hetedik, a 15-44 éves korosztálynál a második leggyakoribb rák. Európában megközelítőleg 321,8 millió veszélyeztetett korú nő közül 59,931 főnél diagnosztizálnak méhnyakrákkal és megközelítőleg 30,000 fő veszi életét. A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek előtt.

Célkitűzés: A vizsgálatunk célja feltárni, milyen az ápolók szubjektív egészségi állapota, milyen gyakran járnak cytológiai szűrésre. Van-e különbség a két ország ápolóinak a szűréssel szembeni motivációja között.

Módszer: A keresztmetszeti vizsgálatunkat önkitöltős kérdőív segítségével végeztük el. A minta kiválasztása ismeretlen valószínűségű mintavétellel történt, a mintát a németországi Frankfurt Diakonie Klinika, Stralsund Ápolói Szolgálat, valamint Nyugat-Dunántúli Régiójában fekvő Zalaegerszeg város Megyei Kórház ápolói alkották (N=210). Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 for Windows verzió felhasználásával történt. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot, esélyhányadost, korrelációt számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 -próbát alkalmaztunk, az eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények: A megkérdezett ápolók szignifikánsan nagy arányban ítélik jónak az egészségi állapotukat. Az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés átlag életkora $22,31 \pm 7,7$ év. Cytológiai szűrésen 1-3 éves intervallumon belül 86,1%-a vett részt, ezen belül 68,8%-a évente, 12,1%-a két évente, 5,2%-a 3 évente jelenik meg a vizsgálaton. Számunkra figyelemfelkeltő, hogy az ápolók 15,4%-a még nem vett részt szűrésen, a német ápolóknál ez az arány 26,5%, a magyar ápolóknál 5,5% (a különbség szignifikáns).

Következtetés: Németország és Magyarország rákmegelőző programjainak részvételi rátája emelkedő tendenciát mutat, ennek ellenére továbbra sem kielégítő. A Rákmegelőző Programok nem nevesíti konkrétan az ápolás szerepét, holott az ápolónak fontos szerepet kell betöltenie a program céljainak megvalósításában, a lakosság egészségügyi állapotának javításában. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Az ápolás önálló funkciója többek között az egészségnevelés is. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás.

Bevezetés

Európában a méhnyakrák hetedik, a 15-44 éves korosztálynál a második leggyakoribb rák. Európában megközelítőleg 321,8 millió 15 évnél idősebb nő közül 59,931 diagnosztizálnak méhnyakrákkal és 29,812 fő veszti életét (1-2). Az európai adatok tanulmányozása során kiderül, hogy a regionális tendenciák Európán belül is érvényesülnek, vagyis a fejletlenebb egészségügyi rendszerrel rendelkező nemzetek sokkal kedvezőtlenebb képet mutatnak (3-4). Tipikusan a volt szocialista országokban lehet magas incidenciát és mortalitást találni. Romániában évente 100,000 lakosra 23,9 új esetszámot regisztrálnak, szemben a fejlett országokkal (Anglia, Franciaország, Finnország), ahol az incidencia 100,000 lakosra viszonyítva csupán 4,3-9,8 között ingadozik (1-2).

A citológiai szűrővizsgálatok bevezetése, melynek alapjait Papanicolaou vetette meg, az 1920-as évektől kezdődően lehetővé tette, hogy már a rákelőtti elváltozásokat, korábban diszpláziának, a mai terminológia szerint cervicalis intraepithelialis neoplasiának (CIN), illetve a citológiai elnevezés alapján „squamous intraepithelialis lesion”-nak (SIL) nevezett eltéréseket, valamint az in situ carcinomákat (CIS) is felismerjék (6-9). A Papanicolaou festésen alapuló onkocitológia szűrések, melyek P₀ – P₅ kategóriákat különböztetnek meg, számos módosításon mentek keresztül. A mai gyakorlatban világszerte a rugalmasabb, informatívabb Bethesda-osztályozást követik (2001), mely ugyancsak számos módosuláson ment át (7). A citológiai vizsgálat mellett szűrő módszernek ajánlott a kolposzkópia, melynek érzékenysége és fajlagossága jelentős a méhnyakrák felismerésében (8).

Country	Incidence per 100.00 women	Mortality per 100.000 women
Románia	23,9	13
Bulgária	18,7	8,0
Szlovákia	18,5	6,1
Lengyelország	18,4	7,8
Cseh Köztársaság	16,2	5,5
Magyarország	15,7	6,7
Ausztria	10,9	4,1
Németország	10,8	3,8
Új Zéland	10	3,2
Franciaország	9,8	3,1
Belgium	9,3	3,4
Anglia	8,3	3,1
Svédország	8,2	3,1
Svájc	8,3	1,7
Finnország	4,3	1,8

1. táblázat. A méhnyak-daganatok előfordulása az európai országok tükrében (100.000 fő-standard életkor alapján)

Forrás: World Health Organization /ICO Information Centre

Az etiológiai tényezők szerepét tanulmányozva megállapítható, hogy a HPV (humán papillomavírus) fertőzés, valamint a korábbról is jól ismert rizikófaktorok (korai életkorban elkezdett nemi élet, promiszkuitás, multiparitás, rossz-szocio-ekonomiai helyzet, dohányzás, orális antikociapiens szedés, immunszupprimált állapot, antioxidánsok hiánya) együttesen felelősek a cervix carcinoma kialakulásáért. A humán papillomavírusnak (HPV) napjainkban több mint száz genotípusa ismert, amelyek közül több mint 30 a női genitális régióban is kimutatható. Kóroktani szempontból (vírusfertőzés jelenlétével párhuzamosan milyen valószínűséggel számíthatnak cervix carcinoma kialakulására) két csoportot különböztetnek meg: 1., *Alacsony kockázatú* (6-, 11-, 42-, 43-, 44-es) és 2., *Magas kockázatú* (16-, 18-, 31-, 33-, 35-, 39-, 45-, 51-, 56-, 58-, 59-, 68-as) HPV típusokat (5).

Németországban 1971.07.01 óta működik a Papeszt segítségével a méhnyakrák-szűrőprogram. Az állami megbiztosítással rendelkező nőknek 20 éves kortól lehetőségük van arra, hogy évente elvégeztessék a szűrővizsgálatot. A Program hatékonysága nem kérdőjelezhető meg, mert a bevezetése óta az incidencia és a mortalitási mutatók lényegesen csökkentek, ennek ellenére más nyugat-európai országok összehasonlításában továbbra is relatíve magas (10).

Magyarországon a méhnyak szűrés 2003 szeptemberétől – a Nemzeti Program keretében – megújult és szervezetté vált Az érintettek részére meghívólevél kerül kiküldésre a betegség szempontjából veszélyeztetett lakosság számára (25-65 év), és szakmailag indokolt gyakorisággal (három-évente) történik. Azonban a nőgyógyászati gyakorlat szerint minden szexuálisan aktív, vagy a 18. életévét betöltött nőnek évente egyszer ajánlott

az állampolgári jogon biztosított nőgyógyászati rákszűrésen jelentkeznie (10-12).

Célkitűzés

A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek előtt. A vizsgálatunk célja - nemzetközi kutatás keretén belül - elemezni, hogy az egészségügyi dolgozók szakmai ismereteik birtokában milyen motivációs magatartással rendelkeznek a nőgyógyászati szűrővizsgálattal szemben, milyen gyakran járnak cytológiai szűrésre, mennyire sikeresek és hatékonyak azok a motiváló tényezők, amelyek a szűrésen való részvételt befolyásolják. Van-e különbség a két ország ápolóinak a szűréssel szembeni motivációja között.

Módszer

A keresztmetszeti vizsgálatunkat 2008. január 15-október 31. között végeztük el. A vizsgálat önkitöltős 39 kérdésből álló kérdőív segítségével történt. A vizsgálatban alkalmazott motiváció mérőskála 25 kérdést tartalmazott, melyben a méhnyakszűrésen való részvétel motivációra és a távolmaradás okainak vizsgálatára és a szűrővizsgálatra bevont egészségügyi személyzet szerepére helyeztük a hangsúlyt. A skálán adható válaszok tartományát „kifejezetten így van” és „egyáltalán nincs így” / 5 fokozatú Likert-féle skála típus/ választási lehetőségek között határoztuk meg. A vizsgálatot demográfiai adatlappal egészítettük ki, amelyen az ápolókat az életkorukról, családi állapotukról, iskolai végzettségükről kérdeztük. A kiosztott kérdőívek száma 240 db, a visszautasítás mértéke 12,5%. Adatfeldolgozásra került 210 db kérdőív. A minta kiválasztása ismeretlen valószínűségű minta vétellel történt, a mintát a

németországi Frankfurt Diakonie Klinika, Stralsund Ápolói Szolgálat, valamint hazánk Nyugat-Dunántúli Régiójában fekvő Zalaegerszeg város Megyei Kórház ápolói alkották (N_{német ápoló}=99, N_{magyar ápoló}=111). A kérdőív kitöltése önálló és anonim volt. Beválasztási kritériumként az ápolói végzettséget határoztuk meg. Kizárási kritériumk egyaránt mindhárom egészségügyi intézetben (Frankfurt, Stralsund, Zalaegerszeg) dolgozó orvosnők, gyógytornászok, dietetikus, adminisztratív és kiegészítő feladatokat ellátó személyzet volt.

Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 for Windows verzió felhasználásával történt. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot, esélyhányadost, korrelációt számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 -próbát alkalmaztunk, az eltéréseket p < 0,05 érték mellett tekintettük szignifikánsnak (13).

A kérdőív nyelvi validálása és kulturális adaptálása

A német kérdőív fordításában német anyanyelvű, a magyar nyelvet felsőfokon beszélő ápolónő és német nyelvet felsőfokon beszélő magyar anyanyelvű fordító segítette, akik a kérdőívet magyarról lefordították német nyelvre, majd összevetették a két verziót és egy harmadik egyeztetett verziót készítettek. Az eredeti magyar nyelvű kérdőívet tartalmilag sehol sem kellett megváltoztatnunk, de egy kérdést el kellett hagyni a „motiváció a méhnyakszűrésel szemben” blokkban. A kérdés az alábbiak szerint tettük fel a magyar ápolóknak: „A meghirdetett nyereményjáték miatt megyek el a szűrővizsgálatra”. Mivel ez a német szokásoknak, német szűrőprogramnak nem felelt meg, így a német kérdőívben nem került feltüntetésre. A fordítás véglegesítésére a kérdőív tesztelését egy hat főből álló egészségügyi végzettséggel rendelkező panel (Lay panel) segítségével végeztük el a kérdések érthetőségének tisztázása céljából. Az egészségügyi panelban részt vevő személyek átlagéletkora 45,8 év volt. Legmagasabb iskolai végzettségük: 6 fő középiskolai érettségi. A fordított német nyelvű verzió tesztelése során azt tapasztaltuk, és azt a következtetést vontuk le, hogy a szöveg jól érthető, a kérdőív minden nehézség nélkül, könnyen kitölthető, így megkezdtük a német nővérek körében a kérdőívek felvételét.

Szocio-demográfiai jellemzők	Minta (%)	Német ápoló (%)	Magyar ápoló (%)
Életkor			
20-29 év	32,5	28,7	35,8
30-39 év	30,0	26,6	33,0
40-49 év	23,6	24,5	22,9
50-59 év	13,3	19,1	8,3
60-65 év	0,5	1,1	-
Családi állapot			
Házass	53,1	57,1	49,5
Hajadon	24,4	24,5	24,3
Elvált	6,2	4,1	8,1
Özvegy	2,9	3,1	2,7
Élettársával él	13,4	11,2	15,5
Legmagasabb iskolai végzettség			
Szaktudás végzettség	30,3	58,1	11,2
Középiskolai végzettség	41,4	17,5	57,9
Főiskolai végzettség	28,1	24,3	30,8

2. táblázat. A minta szocio-demográfiai jellemzői.

Eredmény

Az ápolók szocio-demográfiai jellemzőinek leírása

A 2. számú táblázat a nemzetközi kutatásban résztvevő ápolók szocio-demográfiai adatait mutatja be. A végleges minta 210 ápoló végzettséggel rendelkező főből állt ($N_{\text{német}}=99$, $N_{\text{magyar}}=111$).

A válaszadó ápolók átlag életkora 36,60 életév (SD=10,165), a legfiatalabb 20 éves, a legidősebb 60 éves volt. Az ápolók több, mint 50%-a férjzett. A hajdon státusz eloszlását tekintve a magyar és német minta azonos arányt mutat, tovább vizsgálva a családi állapotot, meglepő, hogy a 20-29 év közötti ápolók 48,5%-a hajdon. A válaszadók végzettségüket tekintve főként érettségivel rendelkeznek (szakközépiskola/gimnázium:41,5%). Jelentős a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma is (28,1%).

Szubjektív egészség, egészségmagatartás

Vizsgálatunkban az egészségi állapot szubjektív megítélését fontos tényezőnek tekintettük. A szakirodalommal összhangban megállapíthatjuk, hogy a „vélt egészség” az egyik legjelentősebb egészségindikátor. Az egészségi állapot önbesorolása egy négyfokú skála segítségével történt, amelyen az 1-es érték jelentette a „nagyon rossz”, a 4-es a „nagyon jó” minősítést. A szubjektív egészségi állapot értékelésében az ápolói minta átlagpontszáma 3,07 (SD=0,567). Az ápolók szignifikánsan jónak ítélik

	Minta	Német ápolók	Magyar ápolók	
Nőgyógyászati szűrésen való részvétel	Igen	84,6%	73,5%	94,5%
	Nem	15,4%	26,5%	5,5%
Első nőgyógyászati szűrés átlag életkora	átlag	22,31±7,70 év	22,06±9,145 év	22,47±6,672 év
	minimum	12 év	12 év	15 év
	maximum	56 év	56 év	46 év
	>20 év	45,6%	56,5%	38,8%
	20-29 év	40,6%	33,9%	44,9%
	30-39 év	6,3%	-	10,2%
	40-49 év	6,3%	6,5%	6,1%
50-59 év	1,3%	3,2%	-	
Nőgyógyászati szűrésen való részvétel	évente	68,8%	72,2%	66,3%
	2 évente	12,1%	9,7%	13,9%
	3 évente	5,2%	2,8%	6,9%
	ennél ritkábban	5,8%	1,4%	8,9%
	ahogyan a nőgyógyász javasolja	3,5%	6,9%	1,0%
	egyéb	4,6%	6,9%	3,0%

3. táblázat. Részvételi mutatók a nőgyógyászati szűrésen

az egészségi állapotukat, „jó” minősítést 84,3%-a, negatív értéket (rossz, nagyon rossz) a válaszadók 14,9%-a adott.

Részvétel a nőgyógyászati szűrésen

Vizsgált mintát tekintve az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés átlag életkora 22,31±7,70 év. A német ápolók több mint fele 20 év alatt jelenik meg az első szűrésen. Ezzel szemben a magyar ápolók közül legtöbben 20-29 évesen végzik el az első citológiai vizsgálatot. A magyar ápolók 10,3%-nál, a német ápolók 3,1%-ánál 30-39 évesen vesznek először Pap-kenetet. Elenyésző azok száma, akik 40 és annál idősebb korban fordulnak először nőgyógyász-szakorvoshoz. Cytológiai szűrésen a válaszadók 84,6%-a életében legalább egyszer járt. A magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt legalább egyszer nőgyógyászati vizsgálaton ($p<0,001$). A szűrésen résztvevő ápolók 68,8%-a évente, 12,1%-a két évente, 5,2%-a 3 évente jelenik meg a vizsgálaton. Számunkra figyelemfelkeltő, hogy az ápolók 15,4%-a még nem vett részt szűrésen, a német ápolóknál ez az arány 26,5%, a magyar ápolóknál 5,5%.

Motiváló tényezők

A megkérdezett ápolók 92,5%-a azért megy el szűrővizsgálatra, mert *odafigyel* a saját egészségi állapotára. A válaszadók 4,9%-a vallotta be, hogy ösztönző tényező lenne a *jutalom*. Nem találtunk különbséget „A szűrés időpontjáról történő telefonos egyeztetés” kérdés és a két csoport

	Német ápolók (%)	Magyar ápolók (%)	
Azért megy el, mert odafigyel a saját egészségére	Igy van	91,6	93,4
	Nem érdekel	3,2	1,9
	Nincs így	5,3	4,7
Jutalom nélkül is elmegy a rákszűrésre	Igy van	82,3	87,0
	Nem érdekel a jutalom	10,4	10,2
	Nincs így	7,3	2,8
Szívesen venné, ha egészségügyi személyzet felkeresné és részletesen tájékoztatná a szűrésről	Örülne	15,1	32,1
	Mindegy	24,7	39,6
	Zavarna	60,2	28,3
Szívesen venne részt munkahelyi szűrésen	Örülne	15,1	46,3
	Nincs a helyszínek jelentősége	30,1	28,3
	Zavarna	54,8	25,4

4. táblázat. Motiváló tényező a szűrővizsgálattal szemben (%)

válaszai között ($p=0,541$). A megkérdezett ápolók 42%-a örülne, 33%-át zavarná, ha a nőgyógyászati szűrést szervezők telefonon egyeztetnének időpontot. A válaszadók ¼ része továbbra is a meghívó levelet részesítené előnyben. Szignifikáns különbséget találtunk a két ápolói csoport között ($p<0,001$), miszerint a magyar ápolók szívesebben vennék, ha az otthonukban olyan egészségügyi szakemberek keresnék fel személyesen, akik a szűrővizsgálatról részletes tájékoztatást nyújtanának ($OR=4,53$ [95% CI:2,11-9,73]). *Munkahelyi szűrésen* szívesebben vennének részt a magyar ápolók a német ápolókhöz viszonyítva ($p <0,001$).

Távolmaradás (idő, helyszín és pszichés háttértényezők függvényében)

Összefüggés állapítható meg a munkaidőn kívüli szűrésen való részvétel és a két ápolói csoport között ($p=0,031$). A német ápolók 2,86-szoros eséllyel a munkaidőn kívül megszervezett szűrésen való részvétel mellett döntenének ($OR:2,86$ [95% CI:1,23-6,64]). Az ápolók szignifikánsan nagy arányban jelennek meg a szűrésen még akkor is, ha pontatlanul történik a rendelőben a beszélítés. Csekély azok száma (5,1%), akik azért nem mennek el kifejezetten a szűrésre, mert hiába szerepel a behívólevélen egy konkrét időpont, a megjelenőket mégsem hívják be pontosan a rendelőbe. Az ápolók a szabadidejüket feláldozva is nagy arányban vesznek részt a szűrővizsgálaton. A félelem miatt az ápolók csupán 12,3%-a marad távol. A szűrővizsgálaton szégyelli magát a nők 15,9%-a. Szignifikáns különbség állapítható meg a két csoport között ($p=0,015$). A magyar ápolók esetében a szégyenérzet előfordulásának valószínűsége

nagyobb, mint a német ápolók közt ($OR=2,34$ [95% CI:1,02-5,37]).

Előadás iránti igény

Nőgyógyászati témakörű előadáson a magyar és német válaszadók 72,2%-a ($N=198$) szívesen megjelenne. Szignifikáns különbség tapasztalható az állampolgárság és az előadáson való részvételi igény között ($p=0.036$). A magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban, több mint 3/4 része szükségesnek véli a nőgyógyászati témakörben tartott előadásokat. Kiemelt érdeklődési terület a daganatok és szűrővizsgálatokról szóló témakör. Elenyésző a családtervezésről, terhességről szóló előadások iránti igény. Az előadásoktól való távolmaradás ($N=55$) indokaként az ápolók úgy érzik, hogy rendelkeznek elegendő ismerettel a kérdőívben felsorolt témakörök területén (72,7%), több, mint 1/4 része időhiányra hivatkozik, elenyésző azok száma, akiket nem érdekel a téma (9,1%).

Következtetés

A Magyar Köztársaság Kormánya a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért program” megfogalmazásakor a Nemzeti Rákellenes Program részeként célul tűzte ki, hogy a szűrővizsgálatokon való részvételt jelentősen növeli, amivel több száz nő idő előtti halálát kívánja megakadályozni. Hazánkban 2005. szeptemberben induló LILIOM program - A női egészség jegyében- elsősorban a szűrési tevékenység kommunikációjára fókuszál. A tömegkommunikáció leghatékonyabb eszközeivel (óriásplakát, televízió szpot, pr-megjelenések az elektronikus, az online és a nyomtatott sajtóban, televízió show) kívánják a méhnyak szűrés fontosságára felhívni a figyelmet. Elsődleges cél a mozgósítás, tehát az, hogy minél többen vegyék igénybe a szakrendeléseken ingyenesen elérhető méhnyak szűrést. A program során, a lehető legnagyobb részvételi arány eléréseért az országos, illetve a helyi és regionális elérésű kommunikációs csatornákat is igénybe veszik, valamint a szűrővizsgálatokon megjelent höl-gyek között alkalmanként egy - szponzori felajánlásból származó - nagyobb összegű nyereményt (személyautó, külföldi utazás) sorsolnak ki (14-16). Vizsgálatunk során kíváncsiak voltunk arra, hogy a „Liliom

	Német ápolók (%)	Magyar ápolók (%)
Félelem miatt nem vesz részt a szűrővizsgálaton		
Így van	11,8	12,7
Nem érdekel	1,1	2,0
Nincs így	87,1	85,3
Kellemetlen, fájdalmas vizsgálat		
Nem ért egyet	26,3	29,4
Nem nézi ilyen szempontból	38,9	34,9
Egyet ért	34,8	35,8
Szégyenlőség		
Így van	9,7	21,3
Nem érdekel	9,7	2,8
Nincs így	80,6	75,9
Hosszú várakozás elriasztja a részvételtől		
Így van	6,5	3,9
Mindenképp ki kell várni	7,6	16,5
Nincs így	85,9	79,6

5. táblázat. Távolmaradás okai a szűrővizsgálatról (%)

Előadás iránti igény	Minta (%)	Magyar ápoló (%)	Német ápoló (%)
igen	72,2	78,2	64,8
Családtervezés/fogamzásgátlás	27,5	34,9	16,1
Terhesség/szülés	32,4	37,2	25,0
Nőgyógyászati daganatok	64,8	61,5	64,3
Megelőzés/szűrővizsgálat	85,9	84,9	87,5
nem	27,8	21,8	35,2
Úgy véli, hogy rendelkezik megfelelő ismerettel	72,7	70,8	74,2
Nincs rá időm	27,3	25,0	29,0
Nem érdekel a téma	9,1	8,3	9,7

6. táblázat. Előadás iránti igény az ápolók körében

program” mennyire sikeres, valóban csak a „millió” nyereség győzi meg a magyar nőket a szűrővizsgálaton való részvételle? Eredményeink szerint a nők többsége a nyereséjüket nélkül is részt vesz szűrővizsgálaton (85,5%), mindössze 3 magyar ápoló vallotta be a játék kedvéért való részvételt.

A szűrési folyamat egyik sajátos eleme a bizonytalansági/várakozási periódus. Ide tartozik a meghívás és a vizsgálat ideje közötti várakozás, a várakozás magára a vizsgálatra, később vizsgálat eredményére (17). Sajnos ez a válaszadók 1/5-ére riasztó hatást gyakorol, amely hatékonyabb munkaszervezéssel egyébként elkerülhető lenne. Itt kell megjegyeznünk, hogy mindkét országban a kenetvétel után csak azokat a nőket értesítik telefonon vagy levélben, akiknek pozitív eredményt mutat a cytológiai vizsgálat. Negatívan szűrt résztvevők csak kevés helyen kapnak értesítést a megnyugtató eredményről. Nekik a bizonytalansági periódus csak akkor szűnik meg, ha saját maguk lépnek kapcsolatba orvosukkal.

A távolmaradás oka nemcsak egészségpolitikai és szervezéstechnikai területen keresendő, hanem a probléma pszichés oldalát is érdemes vizsgálat alá venni. Sajnos, maga a „rákszűrés” elnevezés is riasztó hatású, ugyanis a „rákot” mint kifejezést az emberek hazánkban még napjainkban is félelemmel és elhárító magatartással fogadják. Nem véletlenül, ugyanis a rák szó a köztudatban gyógyíthatatlan és nagy kínokat okozó betegséggel kapcsolódik össze (17). A válaszokból is kitűnik, hogy a ráktól való félelem a szorongás fő forrása azoknak a nőknek a körében, akik méhnyakrák-szűrésen vesznek részt, és ez a félelem az életkorral is korrelációt mutat. ($p < 0,001$).

A vizsgált nők egynegyede az intimszféráját sérti a kenetvétel, a vizsgálat szégyenérzetet kelt bennük, és méltóságérzetüket is bántja. Ez a reakció a vizsgálatok velejárója csakúgy, mint a másik oldalon a tárgyiasítás és személytelenítés, amely az orvosok védekező mechanizmusaként jelentkezik. Ami azonban az orvos problémájának megoldását jelenti, az a páciensek körében árt a szűrés társadalmi elfogadottságának (17).

A kérdőívet kitöltő nők egynegyede kellemetlennek, fájdalmasnak élte meg a kenetvételt, hasonló eredmény született 2005-ben az amerikai nők körében, ahol 30% -a ítélte nagyon kellemetlennek a Pap-kenet vételt (18). Bár bizonyos fokú kényelmetlenség, enyhe fájdalom elkerülhetetlen, kellő figyelmességgel jelentősen enyhíteni, javítani lehetne a helyzeten, hiszen a fájdalom szubjektív tapasztalati tényező. A szorongás, félelem és izgalom szintje is befolyásolja a fájdalomérzetet. A szakszerű, pontos tájékoztatás arról, hogy mi fog történni a vizsgálat során, csökkentheti az aggodalmat, és a fájdalmat is enyhítheti. (17). Vesna Kesic 2005-ben Szerbiában végzett kutatásában arról számol be, hogy a nők 67,8%-a úgy véli, hogy nem kap elegendő tájékoztatást a méhnyakrákról és a szűrésről (19). Egy német kérdőíves felmérés szerint a nők több, mint 2/3 része nem ismeri a méhnyakrák rizikófaktorait (csupán 3,2 % nevezi meg a HPV vírust), ami a szerzők véleménye szerint összefüggésben állhat az alacsony részvételi aránnyal (20).

Tudatosítani kell minden nő számára a szűrővizsgálat menetét, lehetséges hasznát, korlátait, és az esetleges nem kívánatos mellékhatásokat, valamint főként azt, hogy milyen kockázattal járhat a részvétel elmulasztása. Hosszabb távon azonban elengedhetetlen a felelős egészségmagatartás kialakítására alapozni. Ezt már a korai életszakaszban (iskolában) kell megkezdeni, az egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretek bővítésével. Fontos lenne szülésznő/szülésznő bevonásával és az édesanyák támogatásával a serdülő lányok számára a nőgyógyászati szakrendelő bemutatása, a vizsgálat eszközeinek és a kenetvétel folyamatának szemléltetése, biztosítva, hogy a fiatal lányok megismer-

jék a nőgyógyászati vizsgálat és a nőgyógyászati prevenció fontosságát, hogy a felnőtté válás folyamán tudatosan felelősséget vállalva mindent megtegyenek a saját egészségi állapotuk megőrzéséért. A méhnyakrák elleni védőoltás-programmal közös egészségfórum bizonyosan tovább növelné a vizsgálatorozat hatékonyságát. 2007 óta mindkét országban elérhető a méhnyakrák kialakulásáért felelős humán papillomavírus (HPV) elleni *védőoltás*. A védőoltás minden nőnek ajánlott korosztálytól és HPV státusztól függetlenül, az egyetlen feltétele a negatív citológiai lelet, mely az oltást megelőző egy éven belül készült. Az oltás a HPV négy típusa (6, 11, 16, 18) ellen ad védelmet. A méhnyakrák elleni védőoltás teljes oltási sora három adagból áll, az első és a harmadik adag között fél évnek kell eltelnie (0, 2 és 6 hónap). Hazánkban a védőoltások receptkötelesek, a TB nem támogatja (az egyes oltások ára megközelítőleg 30 000 forint). A védőoltást nőgyógyász szakorvos, házi orvos, házi gyermekorvos írhatja fel és adhatja be. Véleményünk szerint a rendszeres nőgyógyászati vizsgálaton való résztvevőknek motiváló erejű lehetne a kedvezményes áron megvásárolható HPV elleni oltóanyag (14-15).

Egy másik lehetőség szerint a citológiai szakasszisztens képzés felújítása és a továbbképzés adhatná a megoldást. Magyarország egyes kijelölt körzeteiben már folyamatban vannak olyan mintaprogramok, amelyekben a kenetvétel védőnők/citológiai asszisztensek végzik nőgyógyász szakorvos felügyelete mellett (21). Sajnálatos módon, a vizsgálati eredményeink szerint mindkét csoport (81,6%) ezzel a modellel szemben bizalmatlan, ha lehetőségük volna választani a védőnő/citológiai szakasszisztens vagy a szakorvos között, továbbra is az utóbbi mellett döntenének.

Tudományos és szakmai ismeretek gyorsütemű fejlődése indokolja a prevenció ápolóképzés megvalósítását, amit szakirányú továbbképzés formájában lehetne megvalósítani. Célszerűnek tartanánk, ha a főiskolát és egyetemet végzett ápolók, akik már rendelkeznek alapszintet meghaladó pedagógiai, egészségfejlesztési, és egészségnevelési többletismerettel, másfél éves szakirányú továbbképzés keretében prevenció ápolói szakképzettséget szerezhethetnének. A végzetek a megszerzett többletismerettel szervesen beépülnének az alapellátásban, és aktív szerepet vállalnának a Rákmegelőző

Program megvalósításában. A nővérek körében is hathatós felvilágosító kampányra van szükség (22).

Fontosnak tartanánk, hogy az egészségügyi dolgozók – főként szülésznők, onkológiai osztályon dolgozó nővérek, felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók – más osztályon dolgozó női kollegáinak egészségvédő, egészségnevelő programot szerveznének. Kiemelten fontos téma a nőgyógyászati szűrővizsgálatok jelentősége, propagálása, a legújabb rákkutatás eredményei, a lakosság egészségi állapota, statisztikai adatok ismertetése, ezzel nagyon hatékony szerepet játszhatnának a prevenció gyakorlati megvalósításában. Az egészségnevelő programokkal ösztönözni lehetne az érintett korosztályt, hogy rendszeresen eljárjanak rákszűrésre (23).

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy mindkét ország rákmegelőző programjainak részvételi rátája emelkedő tendenciát mutat, ennek ellenére továbbra sem kielégítő. A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok előtt, viselkedésük, így az egészségükhöz való viszonyuk is példaértékű lehet számukra. Az egészségügyi dolgozók egészségképe a hivatásra való felkészülésük folyamán formálódik, csiszolódik. Azonban az ápoló akkor lehet modell, ha a saját egészségéért mindent megtesz, a rizikófaktorokat megszünteti, minimalizálja (24). A megkérdezett ápolók szignifikánsan nagy arányban ítélik jónak az egészségi állapotukat. Citológiai szűrésen 1-3 éves intervallumon belül 86,1%-a részt vesz. A Rákmegelőző Programok nem nevesíti konkrétan az ápolás szerepét, holott az ápolónak igen fontos szerepet kell betöltenie a program céljainak megvalósításában, a lakosság egészségügyi állapotának javításában. Az ápolás önálló funkciója többek között az egészségnevelés is. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Az egészségvédő és betegség-megelőző ellátás valószínűsíthető az egészségvédelem elsődleges, másodlagos és harmadlagos szintjén is. E tevékenységek bizonyára csökkentenék a nőgyógyászati rákszűrés kiterjesztésének ma még messze nem megoldott problémáját mindkét országban is.

Irodalmjegyzék

1. **Castlellsagué S.de Sanjosé, Aguado T., Louie, K.S. és mtsai:** HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. 2007, 25, 3 (Suppl).
<http://www.who.int/hpvcentre/publications/HPVReport2007.pdf> (2009.05.15)
2. **Betlehem J., Kriszbacher I.:** A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése. Egészségügyi Gazdasági Szemle., 2008,6, 22-25.
3. **Gakidou E., Nordhagen S., Obermeyer Z.:** Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. PLoS Medicine., 2008, 5, 863-868.
4. **Bray F., H. Loos A., McCarron P és mtsai:** Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 2005,14,677-86.
5. **Ganesan R., Rollason TP.:** Pathology of neoplastic squamous lesions. In: Jordan JA, Singer A. et al (eds.), The Cervix. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts, Second edition, 2006, 301-316.
6. **Sápy T., Poka R., Szarka K., Konya J., Huga S., Hernádi Z.:** Age-specific prevalence of high-risk human papillomavirus infection in a Hungarian female population with positive cytology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 2008,138, 194–198
7. **Kálmán E., Pajor L.:** A női nemi szervek patológiája. In: Kopper L, Schaff Zs (szerk.), Patológia 2. Medicina, Budapest, Második, javított kiadás, 2001, 1039-1115.
8. **Papp Z.:** A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
9. **Sóbel G., Páska Cs., Szabó I., Kiss A., Kádár A., Schaff Zs.:** Increased expression of claudins in cervical squamous intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma. Human Pathol., 2005, 36, 162-169.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss: Teilbericht Früherkennung des Zervixkarzinoms, hier: neue Technologien im Rahmen des Primärscreenings, Qualitätssicherung,.
11. <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-367/2007-06-05-Abschluss-Zervix.pdf> (2009.05.17.)
12. **Schenck U., Karsa L.:** Cervical cancer screening in German. Eur J Cancer., 2006, 36, 2221-2226.
13. **Boncz I., Sebestyén A., Döbrössy L., és mtsai:** A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. Orv. Hetil., 2007,148, 2177-2182.
14. **Székelyi M., Barna I.:** Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára. Typotex Elektronikus Kiadó Kft. 2005.
15. **Karamánné Pakai A., Németh K., Mészáros L., Dér A., Balázs P.:** A Nemzeti Program keretén belül megszervezett méhnyakrák-szűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. Egészségügyi Gazdasági Szemle., 2008;46(4)43-48.
16. **Karamánné Pakai A., Dér A., Németh K. és mtsai:** A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők-egy felmérés tükrében. Nővér, 2008.,21,3-9
17. **Karamánné Pakai A., Németh K., Kriszbacher I.:** A szervezett méhnyakrák-szűrésről való távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-Dunántúli Régióban élő nők körében. Magyar Epid., 2009, 6, 9-20.
18. **Döbrössy B., Kovács A., Budai A.:** A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orv. Hetil., 2007,148,1707-1711.
19. **Sirovich B. E., Woloshin S., Schwartz L. M.:** Screening for cervical cancer: Will women accept less? Am J Med., 2005, 118, 151-158.
20. **Kesic V., Markovic M., Matejic B.:** Topic Lawareness of cervical cancer screening among women in Serbia. Gynecol Oncol., 2005, 99,222-225.
21. **Klug S. J., Hetzer, M., Blettner M.:** Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. European Journal of Public Health., 15,70–77.

22. Kovács A., Döbrössy L., Budai A. és mtsai: The state of the organized cervical screening programme in Hungary in 2006. *Orv. Hetil.*, 2006,148, 535-40.
23. Németh K.: A daganatok szűrésének lehetőségei hazánkban. *Nővér.*, 2003, 16, 3-10.
24. Karamánné Pakai A., Dér A., Németh K. és mtsai: A magyar nők prevenció lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében. *Nővér.*, 2005, 18, 16-23.
25. Csatlós I.: Az ápolók egészségmagatartása. *Nővér.*, 2004,17, 27-32.

The influencing factors related to cervix cancer screenings among nurses

Karamán Pakai, A.¹, R. Doms², J. Schäfer³, Vizsralk, B. ³,
Dér, A. ¹, Szili, K. ¹, Dr. Balázs, P. ⁴

University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Nursing and Patient Care Institute,
Training Centre in Zalaegerszeg¹, Pflegedienst Stralsund, Stralsund, Németország²,
Frankfurter Diakonie-Kliniken, Frankfurt, Németország³, Semmelweis University
Faculty of Medicine, Department of Public Health, Budapest⁴
e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms, Women's Health, Secondary Prevention, Nurses.

Summary

Introduction: In Europe cervix cancer is the seventh; and it is the second most frequent cancer in the age-group of 15-44 years old women. In Europe approximately 321.8 million women live as part of the above mentioned endangered age-group from among whom 59.931 women are diagnosed with cervix cancer and 29.812 women die of it. Health workers have an important role in prevention; while practicing their profession they appear as role models to their patients.

Objectives: The purpose of our research is to reveal how nurses regard their state of health subjectively, how often they take part in PAP tests and if there is any difference in the motivation of Hungarian and German nurses to screening tests.

Methods: A self-fill-in questionnaire was used in our cross-section research. The sample was taken with unknown probability and was formed by nurses from three hospitals: Frankfurt Diakonie Clinic, Stralsand Nursing Service in Germany and Zala County Hospital in the West-Transdanubian region of Hungary (N=210). Data processing was carried out by using SPSS 17.0 for Windows version. As in descriptive statistics we calculated average, standard deviation, frequency, odds ratio, correlation; as in mathematical statistics we used χ^2 tests; differences were considered to be significant by the value of $p < 0.05$.

Results: A significantly big rate of the respondents regarded their health status as good. The average age of the first appearance on gynaecological screening tests was 22.31 ± 7 years. 86.1% of the respondents participates in PAP tests within 1-3 years: 68.1% of them every year, 12.1% of them every second year and 5.2% of them every third year. It deserves attention that 15.4 % of the nurses had not been taken part in PAP tests at all: this rate was 26.5% among the German nurses and 5.5% among Hungarian nurses (the difference is significant).

Conclusion: Although there is an increase in participating in cancer prevention programs in Germany and Hungary as well, it is still not satisfactory. Cancer prevention programs do not identify the role of nurses concretely, however, nurses should have an important role in fulfilling the aims of these programs, in improving the population's health. Nurses have the possibility to support individuals in accepting health protective and risk decreasing behaviour at all fields of the health care system. Among other things health education is an independent function of nursing for which one of the most effective methods could be to set an example.
