

Specifičnosti sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od karcinoma cerviksa

Vranić, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:215836>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

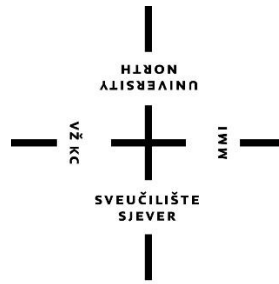
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





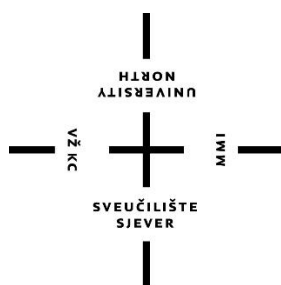
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 917/SS/2017

**Specifičnost sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od
karcinoma cerviksa**

Nikolina Vranić, 023/336

Varaždin, srpanj 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 917/SS/2017

Specifičnost sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od karcinoma cerviksa

Student

Nikolina Vranić, 023/336

Mentor

Marijana Neuberg, mag. med. techn; viši predavač

Varaždin, srpanj 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|---|--------------|-------------------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTUPNIK | Nikolina Vranić | MATIČNI BROJ | 0230/336 |
| DATUM | 23. 08. 2017. | KOLEGIJ | Zdravstvena njega odraslih II |
| NASLOV RADA | Specifičnost sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od karcinoma cerviksa | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Management of cervical cancer patients in nursing care | | |

| | | | |
|----------------------|--|--------|---------------|
| MENTOR | Marijana Neuberg, mag.med.techn. | ZVANJE | viši predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. Ivana Živoder, dipl. med. techn., predsjednik | | |
| | 2. Marijana Neuberg, mag.med.techn., mentor | | |
| | 3. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, član | | |
| | 4. Melita Sajko, dipl. med. techn., zamjenski član | | |
| | 5. _____ | | |

JK

MMI

Zadatak završnog rada

| | |
|------|-------------|
| BROJ | 917/SS/2017 |
|------|-------------|

OPIS

Karcinom vrata maternice jedno je od najčešćih sijela karcinoma u žena. U Hrvatskoj je rak vrata maternice osmo po učestalosti sijelo raka u žena. Prema raspodjeli novooboljelih od raka prema sijelima kod žena u 2014. godini u Hrvatskoj, rak maternice javlja se u 9 % (942) slučajeva, od toga 3% (307), odnosi se na karcinom vrata maternice. Nadalje, od 307 oboljelih žena, svake godine, od ovog malignog oboljenja, umire njih 130. S obzirom na napredak i dostignuća medicine, lako dostupne i ekonomski prihvatljive dijagnostičke i terapijske metode, broj zabilježenih smrti od ove bolesti je zabrinjavajući.

Nepobitno je važna uloga medicinske sestre u postavljanju dijagnoze, suočavanju s bolešću, u tijeku prijeoperacijskog, intraoperacijskog i poslijeoperacijskog perioda, te u provođenju palijativne skrbi za pacijenticu i njenu obitelj. Osim u navedenom, izrazito veliku ulogu medicinske sestre/tehničari imaju u prevenciji karcinoma vrata maternice. Zdravstvenim prosvječavanjem educira se populacija o mjerama sprječavanja bolesti (upoznavanje s rizičnim faktorima, te važnošću ginekološkog pregleda i Papa testa, edukacija o načinu prijenosa HPV infekcije, te mogućnostima liječenja), te se na taj način nastoji smanjiti pojavnost karcinoma cerviksa, odnosno povećati broj dijagnosticiranih slučajeva u ranom stadiju bolesti.

U radu je potrebno navesti i opisati:

- načine prevencije, dijagnostike i terapije karcinoma cerviksa, kliničku sliku i manifestaciju
- specifična znanja i vještine medicinskih sestara/tehničara potrebnih u radu s pacijenticama oboljelim od karcinoma cerviksa
- ulogu medicinskih sestara/tehničara u prevenciji, dijagnostici i terapiji karcinoma cerviksa
- zadaće medicinske sestre/tehničara tijekom prijeoperacijskog, intraoperacijskog i poslijeoperacijskog perioda
- ulogu medicinske sestre/tehničara u palijativnoj skrbi za pacijenticu oboljelu od karcinoma cerviksa

ZADATAK URUČEN

22. 09. 2017.



Predgovor

Zahvaljujem se mentorici Marijani Neuberg, mag. med. techn; viši predavač, na korisnim savjetima, preporukama i vodstvu tijekom izrade ovog rada.

Hvala svim nastavnicima, profesorima i mentorima na prenošenju znanja, trudu i motivaciji tijekom studija.

Zahvaljujem svim prijateljima i kolegama na suradljivosti, podršci i pomoći, te lijepim trenucima tijekom studiranja.

Zahvalu dugujem svojoj obitelji, za strpljenje, moralnu podršku i povjerenje koje su mi ukazivali tijekom cijelog mog studiranja.

Na posljetku, najveću zahvalu upućujem svome suprugu, bez čije nesebične i bezgranične pomoći, podrške, razumijevanja, te poticanja u teškim trenucima od prvog do zadnjeg dana mog studiranja, sve ono postignuto, ne bi bilo moguće.

Sažetak

Karcinom vrata maternice jedno je od najčešćih sijela karcinoma kod žena u svijetu, a kao jedan od najvažnijih uzročnika u literaturi navodi se infekcija Humanim papilomavirusom. Do danas je poznato više od 200 različitih tipova virusa, od toga više od 40 ih zahvaća spolni sustav, a mogu se podijeliti na tipove visokog i niskog rizika. Visokorizični tipovi povezuju se s nastankom genitalnih i ekstragenitalnih karcinoma, dok niskorizični tipovi uzrokuju dobroćudne anogenitalne promjene i intraepitelne lezije materničnoga vrata niskog stupnja. Prijenos virusa se ostvaruje izravnim kontaktom kože spolnih partnera, neizravno putem kontaminiranih predmeta, autoinokulacijom iz okolnih područja kože te prolazom ploda kroz inficirani porođajni kanal. Osim HPV-a, rizični faktori za nastanak karcinoma vrata maternice su rano stupanje u spolne odnose, promiskuitetno ponašanje, nezaštićeni spolni odnos, prethodne spolne bolesti i infekcije genitalnog sustava, konzumacija duhanskih proizvoda, dugotrajno (višegodišnje i uzastopno) uzimanje oralnih kontraceptiva, niži socioekonomski status, starija životna dob, neredoviti ginekološki pregledi. Karcinom vrata maternice, u prvotnoj fazi, nerijetko je bez simptoma. Ukoliko postoje simptomi, oni mogu biti u vidu: sukrvavog iscjetka iz rodnice, bezbolno krvarenje, bol te osjećaj nelagode tijelom snošaja. Pri postavljanju dijagnoze koriste se sljedeći pregledi, odnosno pretrage: ginekološki pregled u spekulumu i rektovaginalni palpacijski pregled, kopskopija i biopsija, endocervikalna kiretaža, ultrazvučni pregled, citoskopija, infuzijska urografija, rektosigmoidoskopija, kompjuterizirana tomografija, magnetna rezonancija, rendgenska snimka pluća, te scintigrafija.

Uloga medicinske sestre pri dijagnostici karcinoma vrata maternice je osim u fizičkoj pripremi, istaknuta i u psihičkoj koja će pridonijeti većoj suradljivosti pacijentice, boljoj učinkovitosti i smanjenju komplikacija. Liječenje karcinoma vrata maternice ovisi o stadiju bolesti, a može biti: kirurško, zračenjem, kemoterapijom i kombinirano. Neosporna je uloga medicinske sestre, od provođenja preventivnih mjera i upoznavanja populacije sa različitim čimbenicima, te edukacije o odgovornom spolnom ponašanju. Nadalje, sestrinska skrb esencijalna je kod postavljanja dijagnoze maligne bolesti, tijekom prijeoperacijskog, intraoperacijskog i postoperacijskog perioda, ali i nakon njega, kroz redovite kontrolne preglede, te djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, odnosno patronažne službe. Kod pacijentica čija bolest ne reagira na liječenje, nastoji se palijativnom skrbi ublažiti bol i neugodne simptome bolesti, te na taj način održavati kvalitetu života pacijentice i njene obitelji.

Ključne riječi: vrat maternice, karcinom, sestrinska skrb, HPV, prevencija, palijativna skrb, edukacija, PAPA test

Summary

Cervical cancer is one of the most common cancers in women worldwide, and as many different studies have shown one the most important risk factors is the Human papillomavirus infection. Up until today there is more than two hundred known types of Human papillomavirus and more than forty can be associated with the human reproductive system. Usually we put them in two groups: low-risk and high-risk types. High risk types are associated with the occurrence of genital and extragenital cancers, while low-risk types often cause benign anogenital changes (warts) and intraepithelial lesions of the cervix. The virus can be transmitted by direct skin contact between partners, indirectly through contaminated objects but also by autoinoculation from surrounding areas of the skin and to an infant as the child passes through the infected birth canal during delivery. Besides HPV there are other risk factors for the cervical cancer, such as earlier first sexual intercourse, promiscuity, unprotected sex, previous STDs and genital system infections, smoking, long term use of oral contraceptives, lower socioeconomic status, older age, irregular gynecological examinations. In its first phase cervical cancer is often showing no symptoms. If there are any they may vary: mild bleeding from the vagina, painless bleeding, pain and discomfort during the intercourse. To make accurate diagnosis the following procedures are used: speculum examination, rectovaginal palpation examination, colposcopy and biopsy, endocervical curettage, ultrasound, cytoscopy, infusion urography, rectosigmoidoscopy, computerized tomography, magnetic resonance, x-ray footage and scintigraphy. The role of a nurse in the diagnosis of cervical cancer is, in addition to physical preparation, also emphasized in the emotional support and preparation that will contribute to greater patient compliance, improved efficacy and reduced complications. Cervical cancer treatment depends on the stage of the disease and may be: surgical, radiation, chemotherapy, and combined.

The role of a nurse is undeniable, from preventive measures and the introduction of the known risk factors to the population to education about responsible sexual behaviour. Furthermore, nursing care is essential when diagnosing malignant disease, during preoperative, intraoperative and postoperative periods, but also later through regular check-ups and primary health care or patrons' services. For the patients unresponsive to the given treatment the only option left is palliative care whose main goal is to manage the pain and unpleasant symptoms of the disease, thereby maintaining the quality of life of the patient and her family.

Keywords: Cervix, Cervical cancer, Nursing care, HPV, Prevention, Palliative care, Education, PAPA test

Popis korištenih kratica

HPV - humani papiloma virus

CDC - engl. *Centers for Disease Control and Prevention*

SPB - spolno prenosiva bolest

CIN - cervikalna intraepitelna neoplazija

ISH - In Situ Hybridization

STH - Southern Transfer Hybridization

HC - Hybrid Capture

DB - Dot Blot

FH - Filter Hybridization

PCR - Polymerase Chain Reaction

BCG - Bacillus Calmette-Guerin

CIS - carcinoma in situ

SIL - skvamozna intraepitelna lezija

AGC NOS - engl. *atypical glandular cells not otherwise specified*

AIS - adenokarcinom in situ

LEEP - engl. *Loop Electrosurgical Excision Procedure*

GIL - glandularna intraepitelijalna lezija

PONV - engl. postoperative nausea and vomiting,

PET/CT -pozitronska emisijska tomografija

CT - kompjuterizirana tomografija

CIGN - cervikalna glandularna intraepitelna neoplazija

NANDA - eng. North American Nursing Diagnosis Association

SE - sedimentacija eritrocita

KKS - kompletna krvna slika

KG - krvna grupa

Rh - rezus faktor

GUK - glukoza u krvi

EKG - elektrokardiogram

LLETZ/LETZ - eng. Loop Excision of Transformation Zone/Large Loop Excision of the Transformation Zone

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod..... | 1 |
| 2. Anatomija..... | 3 |
| 2.1. Anatomija ženskih spolnih organa..... | 3 |
| 2.2. Embrionalni razvoj i histološke značajke epitela vrata maternice..... | 4 |
| 3. Humani papilomavirus..... | 5 |
| 3.1. Načini prijenosa HPV-a..... | 7 |
| 3.2. Dijagnostika..... | 7 |
| 3.3. Klinička slika..... | 7 |
| 3.4. Liječenje..... | 8 |
| 3.5. Prevencija..... | 9 |
| 3.6. Onkološki potencijal papilomavirusa..... | 9 |
| 4. Preinvazivne promjene..... | 11 |
| 4.1. Cervikalna intraepitelna neoplazija (CIN)..... | 11 |
| 4.2. Preinvazivne promjene žljezdanog epitela vrata maternice..... | 11 |
| 5. Karcinom cerviksa..... | 13 |
| 5.1. Incidencija i mortalitet..... | 13 |
| 5.2. Rizični faktori..... | 13 |
| 5.3. Simptomi..... | 14 |
| 5.4. Dijagnoza..... | 14 |
| 5.4.1. Zadaće medicinske sestre pri dijagnostici karcinoma cerviksa..... | 15 |
| 5.5. Invazivni karcinom vrata maternice..... | 16 |
| 5.5.1. Cervikalni planocelularni karcinom..... | 16 |
| 5.5.1.1. Kliničko stupnjevanje i određivanje dubine invazije..... | 16 |
| 5.5.1.2. Makroskopski i histološki izgled..... | 18 |
| 5.5.2. Cervikalni Adenokarcinom..... | 18 |
| 5.5.2.1. Histogeneza i patohistološka podjela..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 6. Prevencija..... | 20 |
| 7. Putovi širenja bolesti..... | 22 |
| 8. Liječenje..... | 23 |
| 8.1. Kirurško liječenje raka vrata maternice..... | 23 |
| 8.1.1. Komplikacije kirurškog liječenja..... | 25 |
| 8.2. Zračenje..... | 25 |
| 8.3. Kemoterapija..... | 26 |
| 8.3.1. Kemoterapija rekurentne i metastatske bolesti..... | 26 |
| 9. Preživljenje, prognoza praćenje bolesnica..... | 28 |
| 10. Medicinska sestra u ulozi edukatora..... | 29 |
| 11. Sestrinska skrb za pacijenticu oboljelu od karcinoma cerviksa..... | 31 |
| 11.1. Prijeoperacijska priprema..... | 31 |
| 11.1.1. Pretrage..... | 31 |
| 11.1.2. Adekvatna prehrana..... | 32 |
| 11.1.3. Poučavanje..... | 32 |
| 11.2. Intraoperacijska skrb..... | 34 |
| 11.3. Poslijeoperacijska njega..... | 35 |
| 11.3.1. Poslijeoperacijske poteškoće nakon operativnog zahvata..... | 35 |
| 11.3.1.1. Bol..... | 35 |
| 11.3.1.2. Mučnina i povraćanje..... | 38 |
| 11.3.1.3. Abdominalna distenzija..... | 39 |
| 11.3.1.4. Štucavica..... | 39 |
| 11.3.1.5. Žeđ..... | 40 |
| 11.3.1.6. Poteškoće s mokrenjem..... | 40 |
| 11.3.1.7. Specifične komplikacije nakon ginekoloških zahvata..... | 41 |
| 11.4. Palijativna skrb za bolesnicu..... | 42 |
| 11.4.2. Komunikacija u palijativnoj skrbi..... | 45 |

| | |
|---|----|
| 11.4.2.1. Komunikacija s oboljelom pacijenticom..... | 47 |
| 11.5. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijentica oboljelih od karcinoma vrata maternice..... | 48 |
| 11.5.1 Neupućenost..... | 49 |
| 11.5.2. Anksioznost..... | 50 |
| 11.5.3. Smanjeno podnošenje napora..... | 51 |
| 11.5.4. Akutna bol..... | 53 |
| 11.5.5. Visok rizik za infekciju..... | 54 |
| 11.5.6. Socijalna izolacija..... | 55 |
| 11.5.7. Poremećaj tjelesnog izgleda..... | 56 |
| 11.5.8. Žalovanje..... | 57 |
| 12. Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice..... | 58 |
| 13. Zaključak..... | 59 |
| 14. Literatura..... | 60 |
| Popis tablica..... | 65 |

1. Uvod

Karcinom vrata maternice značajan je javnozdravstveni problem, koji predstavlja veliko zdravstveno, ali i društveno opterećenje. Prema raspodjeli novooboljelih od raka prema sijelima kod žena u 2014. godini u Hrvatskoj, rak maternice javlja se u 9 % (942) slučajeva, od toga 3% (307), odnosi se na karcinom vrata maternice. Nadalje, od 307 oboljelih žena, svake godine, od ovog malignog oboljenja, umire njih 130 [1]. S obzirom na napredak i dostignuća medicine, lako dostupne i ekonomski prihvatljive dijagnostičke i terapijske metode, broj zabilježenih smrti od ove bolesti je zabrinjavajući.

U ovom završnom radu nastojat će se objasniti uzroci nastanka, rizični čimbenici, dijagnostičke i terapijske metode liječenja karcinoma vrata maternice, s naglaskom na specifičnost sestrinskog pristupa oboljelim pacijenticama i njihovim obiteljima.

Danas je poznato da je jedan od glavnih uzročnika u nastanku raka vrata maternice dugotrajna infekcija prouzročena humanim papiloma virusom (HPV) koji se prenosi spolnim putem. Poznato je više od 200 tipova HPV-a, u našoj sredini najčešći i najopasniji su tipovi 16 i 18. Ovisno o tome koje promjene najčešće uzrokuju, podtipovi HPV-a se dijele u tri skupine. S benignim promjenama kao što su kondilomi, koji rijetko maligno progrediraju, najčešće se povezuju tipovi niskog onkogenog rizika (6, 11, 42, 43, 44). U intraepitelnim neoplazijama i invazivnim karcinomima nađeni su tipovi srednjeg i visokog onkogenog rizika (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58) [2].

Posljednjih se desetljeća govori o važnosti provođenja preventivnih mjera, jednostavnim, ekonomski prihvatljivim, neagresivnim i učinkovitim metodama. Važnost edukacije mladih o odgovornom spolnom ponašanju i cijepljenju protiv HPV-a, može se svrstati u primarnu prevenciju. Rano otkrivanje spada u sekundarnu prevenciju, a kao najraširenija metoda, izdvaja se "PAPA test" [3].

Prevencija i kontrola spolno prenosivih infekcija treba biti integralni dio sveobuhvatnog sustava zdravstvenih službi usmjerenih spolnom i reproduktivnom zdravlju, dostupnih i raspoloživih osobito rizičnim populacijskim skupinama kao što su adolescenti i žene reproduktivne dobi. Pozornost i aktivnosti treba usmjeravati na rizične čimbenike kao rano stupanje u seksualne odnose, promiskuitet, nedovoljnu uporabu kontracepcije i nedovoljno prepoznavanje rizika. Imajući na umu dugačko razdoblje od započinjanja spolne aktivnosti do ostvarivanja trajne veze, stupanja u brak i roditeljstva, koji su u današnjem

društvu sve kasniji, mlade bi trebalo osposobiti za odgovorno ponašanje i osigurati sve dostupne metode sprječavanja i suzbijanja spolno prenosivih infekcija [4].

Rak vrata maternice u 90% slučajeva nastaje preko predstadija, tzv. preinvazivnih lezija vrata maternice koje se javljaju 10–15 godina ranije, a dijagnosticiraju se citološkom probirnom (screening) metodom, Papanicolaouovim testom. Prema Bethesda sustavu citološke klasifikacije iz 2001. godine, predstadij raka vrata maternice je skvamozna intraepitelna neoplazija visokog stupnja malignosti (High-grade SIL), što uključuje promjene CIN II i CIN III, te karcinom in situ (CIS). Histološki se u 90–95% slučajeva radi o karcinomu pločastog epitela: skvamoznom ili planocelularnom karcinomu vrata maternice. U 5% slučajeva nastaje adenokarcinom vrata maternice i u 0–5% slučajeva ostali karcinomi [5].

U cjelokupnom procesu skrbi za pacijenticu oboljelu od karcinoma vrata maternice, medicinska sestra kao ravnopravni član tima, nosi veliku ulogu i odgovornost prema pacijentici, njejoj obitelji, svojim suradnicima i kolegama. Pacijentici koja se suočava sa malignom bolešću, što nikada nije lagano i bezazleno, treba pristupiti profesionalno, empatijskim pristupom i stručnim znanjem steći povjerenje. Uspostavom odnosa povjerenja, razvitkom obostrane otvorene komunikacije, utječe se na poimanje bolesti od strane bolesnice, dolazi do bržeg prihvaćanja stanja, potiče se suradljivost pacijentice i postižu bolji ishodi liječenja.

2. Anatomija

2.1. Anatomija ženskih spolnih organa

Spolni organi služe reprodukciji. Najvažniji sastavni dio su spolne žlijezde (gonade). One tvore spolne stanice i sintetiziraju važne hormone. Unutarnji spolni organi nalaze se u maloj zdjelici, dok se vanjski spolni organi nalaze izvan zdjelice.

Unutarnjim spolnim organima žene pripada ženska spolna žlijezda, (ovarium) jajnik, (tuba uterina, salpinx), jajovod, uterus, (maternica) i vagina (rodnica). Granicu s vanjskim spolnim organima tvori hymen (djevičnjak), odnosno carunculae hymenales. Jajovodi i jajnici su parni organi, a u kliničkom se rječniku oba jajnika i jajovoda označuju kao adnexa uteri [6].

U embrionalno doba maternica (uterus) nastaje spajanjem Müllerovih (paramezonefričkih cijevi) [2].

Maternica je fibromuskularno, dorzoventralno splošteno, kruškoliko tijelo koje je u području cervix uteri okruglo i sastoji se od tijela, (corpus uteri), uskog kratkog međudijela, (isthmus uteri) i vrata (cervix uteri, collum) [6].

Dužina uterusa iznosi u žena koje još nisu rodile u prosjeku 7,5 cm, širina 4 cm, a debljina 2.5 cm. Cervix uteri i corpus uteri su približno jednako veliki. Tijekom ciklusa je uterus podvrgnut određenim oscilacijama volumena. Nakon trudnoće je maternica u svim dimenzijama povećana za 1-1.5 cm, a corpus uteri je 1-2 cm veći od cervix uteri. Pretankom ovarijskog ciklusa maternica se ponovno smanjuje [6].

Cervix uteri svojom donjom trećinom strši u rodnicu. Dio cervix uteri koji se nalazi iznad vagine zove se portio supravaginalis cervicis (endocervix), dio koji se nalazi u vagini zove se portio vaginalis cervicis (ectocervix, kratko i portio). Cervix uteri ide kroz prednju stijenkicu vagine, čime nastaje prostor između portio vaginalis i stijenke rodnice, svod rodnice, fornix vaginae [6]. Porcija je cilindrična ili konična oblika, ovisno o tome je li žena rađala ili ne, a površina joj je okrugla i blago izbočena (konveksna). Centralno, ne egzocerviksu se nalazi vanjsko ušće (orificium uteri externum) cervikalnog kanala (canalis cervicis). Dužina cervikalnog kanala iznosi 2 do 3 cm, a pruža se kroz čitav vrat maternice do unutarnjeg ušća (orificium uteri internum), gdje se nastavlja u šupljinu materišta [2]. Konična porcija žena koje nisu rađale, s okruglim vanjskim ušćem, podložna je, cikličkim hormonskim promjenama pa

je u doba ovulacije većeg promjera i prekrivena je obilnom prozirnom sluzi. Žene koje su rađale imaju cilindričnu porciju, a vanjsko ušće je više ili manje poprečno rascijepljeno tvoreći prednju i stražnju usnu porcije [2].

Cijela je maternica u zdjelici nagnuta prema naprijed (anteverzija), a tijelo maternice je naspram materničnog vrata pregnuto prema naprijed (antefleksija). Stalan položaj maternice u sredini male zdjelice pa u njezinu gibljivost održavaju ovjesni sustav sveza te široke maternične sveze, zajedno s mišićjem zdjeličnog dna [7].

2.2. Embrionalni razvoj i histološke značajke epitela vrata maternice

Na vratu maternice nalaze se dvije vrste epitela: cilindrični, koji potječe od epitela Müllerovih cijevi i pločasti epitel porijeklom od epitela vaginalne ploče. Cilindrični epitel je jednoslojan, njegove stanice luče sluz, ne tvori klasične žljezdane formacije već samo žljezdane kripte. Pločasti epitel je visokodiferenciran i višeslojan. Pločasti epitel otporniji je na niski pH (kiseli) vaginalnoga sekreta, stoga postoji trajni proces metaplazije pretvorbe cilindričnoga u pločasti preko metaplastičnoga epitela [2].

Jednoslojni cilindrični i višeslojni pločasti epitel sastaju se u području cervikalnoga ušća, koje se naziva originalna skvamokolumnna granica. Skvamokolumnna granica mjesto je prelaska pločastoga u cilindrični epitel, a smještaj te granice ovisi o životnoj dobi žene i hormonskoj stimulaciji [2].

Hormonski razmjerno inaktivna razdoblja života su djetinjstvo i postmenopauza kada se skvamokolumnna granica nalazi više manje duboko u cervikalnome kanalu. U vremenima intenzivne hormonske stimulacije kao što su: novorođenačka dob (estrogeni hormoni majke), pubertet, generativna dob, trudnoća i u žena koje uzimaju oralnu kontracepciju, potaknuto je bujanje cilindričnoga epitela koji tada prekriva dio porcije oko vanjskog ušća, pomičući skvamokolumnnu granicu egzocervikalno [2].

3. Humani papilomavirus

Infekcija humanim papilomavirusima (HPV) u žena očituje se kao kondilom, intraepitelna neoplazija ili invazivni skvamozni karcinom na vulvi, vagini ili cerviksu [8].

Sredinom 1970.ih godina *Humani papilloma virus* (HPV) dolazi u središte mnogih istraživanja povezanih s razvojem cervikalne neoplazije. Zur Hausen je uputio na to da je HPV, kao spolno prenosivi uzročnik, vjerojatno jedan od glavnih čimbenika u nastanku neoplazije donjega dijela genitalnoga sustava [2].

Ljudski papilomavirusi (engl. Human Papillomavirus — HPV) pripadaju porodici *Papovaviridae* i rodu *Papillomavirus*. Danas je poznato oko 200 različitih tipova tog virusa, a oko 40 ih zahvaća spolni sustav. Genitalna infekcija uzrokovana HPV-om je najčešća spolno prenosiva bolest [8]. Ovisno o tome koje promjene najčešće uzrokuju, podtipovi HPV-a se dijele u tri skupine (kao što je prikazano u Tablici 3.1.) S benignim promjenama kao što su kondilomi, koji rijetko maligno progrediraju, najčešće se povezuju tipovi niskog onkogenog rizika (6, 11, 42, 43, 44). U intraepitelnim neoplazijama i invazivnim karcinomima nađeni su tipovi srednjeg i visokog onkogenog rizika (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58) [2].

| Podtipovi HPV-a | Skupine | Promjene koje infekcija HPV-om uzrokuje |
|--------------------------------|-----------------|---|
| 6, 11, 34, 41, 42, 43, 44 | "niski" rizik | CIN I, Condyloma planum, Condyloma accuminatum, Bowenova bolest |
| 30, 31, 33, 35, 39, 40, 51, 52 | "srednji" rizik | CIN I, CIN II i CIN III, rjeđe invazivni karcinom |
| 16, 18, 45, 56, 58 | "visoki rizik" | CIN III/CIS i invazivni karcinom |

Tablica 3.1. "Podtipovi i skupine Humanog papilloma virusa (HPV) s obzirom na stupanj onkogenoga rizika i promjene koje uzrokuju" [2]

Većina je genitalnih bradavica (kondiloma) uzrokovana HPV-om tipa 6 i 11. Kondilomi nastaju uglavnom u mladih žena, ali katkad mogu nastati i u djevojčica i u žena u postmenopauzi. U vulvarnom su području najzahvaćeniji vestibulum i labijalni nabori. Rjeđe je zahvaćena perianalna koža, *mons pubis* i uretra. Bradavice koje nastanu perianalno mogu se širiti u anus i rektum. Inkubacijsko razdoblje varira od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. U početku vide sitne multiple bradavice koje se spajaju i stvaraju tvorbe nalik cvjetači [8]. Uz vestibulum i labijalne nabore, često je širenje i u donje dijelove rodnice. Više od polovine bolesnica s kondilomima vulve ima kondilome u vagini i/ili cerviksu. Kondilomi vulve uglavnom su egzofitični, dok su na cerviksu uglavnom ravni ili invertirani [8].

Spolni put je očito najčešći način prijenosa infekcije HPV-om, ali sve je očitije da postoji i nespolni put prijenosa. Jednim od nespolnih načina prijenosa prihvaćena je i moguća transmisija HPV-a tijekom porođaja s majke na dijete [2]. Vrh pojavnosti HPV-infekcije je u dobi između 19. i 22. godine života [9], te predstavlja važan javno-zdravstveni problem koji iziskuje organizaciju preventivnih programa. Bitno je područje istraživanja, jer je najvažniji poznati predisponirajući čimbenik: karcinoma materničnoga vrata, vulve, anusa, penisa, a prema nekim istraživanjima i prostate kao i ekstragenitalnih organa poput usne šupljine i jednjaka [8].

Najčešći tip HPV-a u Hrvatskoj, ali i u svijetu je tip 16 iako se vrlo često izoliraju i tipovi 18, 39, 84, 51, 58, 31 i 52. HPV 16 i/ili 18 se izolira u 32 % žena s urednom citologijom, a oba se tipa pojavljuju u 95-100 % karcinoma materničnoga vrata. Unatoč visokoj stopi infekcije, gotovo 90 % HPV-infekcija spontano nestaje tijekom 24 mjeseca od prvog kontakta [8]. Do samoizlječenja dolazi najčešće poradi porasta imunosti organizma i bez medicinske intervencije, ali nažalost je dokazano da virus može opstati u "neotkrivenom" stadiju godinama i reaktivirati se kasnije. To je razlog poradi kojega se može otkriti "nova" HPV infekcija u žena koje su godinama u stabilnoj monogamnoj vezi, a bile su HPV negativne [10].

Trenutno ne postoji antivirusni lijek odobren za liječenje HPV-infekcije. Postoji niz različitih postupaka kojima se kondilomi više ili manje uspješno otklanjaju, no niti jedan nije metoda izbora, jer se u 30 do 70 % slučajeva vraćaju tijekom 6 mjeseci od liječenja. Izbor načina liječenja ovisi o morfologiji, broju i distribuciji kondiloma. Danas su dostupna cjepiva protiv HPV-a koja su primarna profilaksa i važno sredstvo za smanjenje pojavnosti HPV-infekcije i njenih posljedica. Cjepiva su učinkovita protiv nekih, ali ne svih tipova virusa te ne umanjuju potrebu za aktivnim provođenjem i sudjelovanjem u programima probira [8].

3.1. Načini prijenosa HPV-a

Prijenos virusa se ostvaruje izravnim kontaktom kože spolnih partnera (penis/cerviks, skrotum/vulva, digitalno/analno, digitalno/vaginalno), neizravno putem kontaminiranih predmeta (ručnici, spužve, površine), autoinokulacijom iz okolnih područja kože te prolazom ploda kroz inficirani porođajni kanal. Virus ulazi kroz oštećene dijelove kože i sluznice, primjerice mjesta ozljede, koja su nastala spolnim odnosom. Više studija je dokazalo mogućnost prijenosa i bez vaginalne i/ili analne penetracije. Perianalno područje je često sijelo kontaminacije virusom, a pojava autoprijenosa infekcije u muškaraca sa skrotuma nalaže mogućnost kako je i skrotalno područje rezervoar virusa. HPV virus je dokazan i na prstima i noktima osoba s genitalnim bradavicama [8].

3.2. Dijagnostika

Kondilomi se dijagnosticiraju inspekcijom uz dobru rasvjetu. Pregled u spekulima kod ginekološkog pregleda je najčešće dostatna pretraga, no ako je rezultat Papa-testa dvojbena, treba prema postupniku učiniti kolposkopiju, a po potrebi i biopsiju. Pomoćne dijagnostičke metode su uretroskopija i proktoskopija. Molekularne mikrobiološke metode su najbolji izbor u dijagnostici HPV-a. Jedino su one dostatno osjetljive i pouzdane za dokazivanje i razvrstavanje pojedinih genotipova. Tu se ubrajaju: In Situ Hybridization (ISH), Southern Transfer Hybridization (STH), Hybrid Capture (HC), Dot Blot (DB), Filter Hybridization (FH) i Polymerase Chain Reaction (PCR) [8].

3.3. Klinička slika

Kliničke manifestacije ovisne o tipu HPV-a, lokalizaciji i imunosnom statusu osobe. Od manifestnih kliničkih oblika najčešće se pojavljuju kondilomi - condylomata acuminata i condylomata plana, na vanjskom spolovilu, perineju i anogenitalnom području te koži ingvinalne regije i pubisa u obliku egzofitičnih papuloznih, pendularnih ili papilomatoznih promjena sklonih konfluiranju i širenju u mokraćnu cijev, analni kanal i rodnicu. Ove su promjene većinom uzrokovane HPV-tipovima niskog rizika. Većina infekcija je bez simptoma i promjena te ne ostavljaju posljedice ni u žena ni u muškaraca [8].

Perzistirajuća infekcija, koja se definira trajanjem infekcije dulje od dvije godine smatra se vodećim uzrokom raka materničnoga vrata. Oko 70 % žena tijekom godine dana nakon infekcije postaje HPV DNA negativna bez ikakva liječenja, a nakon dvije godine taj

postotak raste na više od 90 %. Perzistentna infekcija vodi progresiji u rak materničnoga vrata tek nakon 8 do 15 godina [8].

Anogenitalne bradavice (*lat. condylomata acuminata*) rastu u toploj i vlažnoj okolini. Najčešće su smještene na prepuciju, glansu penisa, labijama, vagini, uretri i oko anusa. Početna promjena (mala crvena ili bijela papula) rastom postaje izdužena bradavica na peteljci, ružičaste boje, čijim spajanjem nastaju promjene nalik cvjetači. Na mjestu pritiska, promjene se splošte pa nastaje tzv. *pijetlova krijesta*. Velike vegetativne promjene često su macerirane i neugodna mirisa [8]. Manji broj kondiloma je najčešće asimptomatski. U većeg broja mogući su simptomi poput svrbeža, krvarenja, pečenja, osjetljivosti, vaginalnog sekreta i boli. HPV infekcije se mogu podijeliti na simptomatske i asimptomatske, na osnovi mjesta promjene i zloćudnog potencijala promjena koje uzrokuju [8].

3.4. Liječenje

Antivirusni lijek licenciran za liječenje HPV-infekcije trenutno ne postoji. Kožne bradavice (*lat. verrucae*) u 60-70 % bez liječenja nestanu u razdoblju od 3 do 24 mjeseca. Kondilomi zahtijevaju intervenciju, no ablativne tehnike, koje se najčešće i primjenjuju, imaju samo u 75 % slučajeva uspjeh tj. u 25 % se vraćaju, što je usporedivo s rezultatima imunomodulacijskog liječenja. Postoji niz različitih postupaka kojima se kondilomi više ili manje uspješno otklanjaju, no niti jedan nije metoda izbora, jer se u 30 do 70 % slučajeva vraćaju tijekom 6 mjeseci od liječenja [8].

Izbor načina liječenja ovisi o morfologiji, broju i distribuciji kondiloma, a razlikuje se prema: postotku uspješnosti otklanjanja lezija, slobodnom razdoblju i vraćanju lezija te cijeni i neugodnostima tj. nuspojavama [11].

Liječenje se dijeli prema vrsti na:

- ablacijske zahvate (krioterapija tekućim dušikom, laserska terapija, ekscizija)
- imunomodulatore (imikvimod, interferon)
- sredstva koja djeluju fizički ili kemijski (podofilin, podofilotoksin, triklorooctena kiselina i 5-fluorouracil)
- antimikrobne lijekove (cidofovir i BCG) koji se u novije vrijeme ispituju [11].

Treba svakako napomenuti da izbor terapijskog sredstva ovisi i o izraženosti i lokalizaciji kliničkih promjena, iskustvu terapeuta, stavu bolesnika, kao i o ekonomskim okolnostima. Terapijske su opcije ponekad vrlo neugodne za bolesnika, frustrirajuće za liječnika i, unatoč svemu, recidivi mogu biti česti i terapijski uspjeh skroman [12].

3.5. Prevencija

Otkriće uzročno-posljedične veze između visokorizičnih (kancerogenih) tipova HPV-a i karcinoma cerviksa dovelo je do razvoja cjepiva protiv HPV-a, i to dvaju najčešćih, HPV tip 16 i 18, koji zajedno uzrokuju karcinom gotovo u 70 % slučajeva. Proizvodnja cjepiva protiv karcinoma cerviksa, iznimno je važan i velik korak u humanoj medicini [13].

Primarnu prevenciju protiv HPV-a osigurava cjepivo koje je danas dostupno u dva oblika: kvadrivalentno i bivalentno. U Hrvatskoj je odobrena primjena obaju profilaktičnih cjepiva: kvadrivalentno - Gardasil i bivalentno - Cervarix. S obzirom na to da cjepivo ne djeluje na sve tipove virusa te još nije uvršteno u kalendar obveznog cijepljenja, mjere zaštite poput odgovornog spolnog ponašanja, programi probira i testiranje na preinvazivne promjene materničnoga vrata i dalje su temeljna metoda prevencije HPV-infekcije i njenih posljedica [8].

Sekundarna prevencija podrazumijeva liječenje preinvazivnih promjena materničnoga vrata. One sporo progrediraju i danas se vrlo uspješno liječe te je važno istaknuti kako se u žena koje aktivno sudjeluju u programima probira ovaj karcinom gotovo nikad ne razvije. Program prevencije sastoji se od redovitog uzimanja citološkog razmaza po Papanicolaou (Papa-test) te HPV-testiranja. Testiranje infekcije moguće je dvama testovima:

- HPV DNA (HYBRID CAPTURE 2 test) kojim se utvrđuje "grupna pozitivnost" za HPV visokog ili niskog rizika
- PCR-test kojim se utvrđuje genotip HPV-a [8]

3.6. Onkološki potencijal papilomavirusa

Mnoge onkološke bolesti povezuju se s infekcijom. U ginekologiji su za to najbolji primjeri karcinom stidnice i osobito karcinom materničnoga vrata. Profesor Harald zur Hausen je 2008. god. dobio Nobelovu nagradu za otkriće da hurnani papilomavirus (HPV) uzrokuje rak materničnoga vrata. Danas se zna da ne postoji niti jedan karcinom cerviksa bez infekcije HPV-om. Najvažniji poznati predisponirajući čimbenici karcinoma materničnoga vrata su: infekcija HPV-om visokog rizika (osobito tipovi 16 i 18), količina HPV-unosa,

perzistentna HPV infekcija, ugradnja virusne DNA u humani genom domaćina, ekspresija E6 i E7 onkoproteina te utjecaj drugih karcinogena npr. druge infekcije (HIV, C. trachomatis, Herpes simplex tipa 2), duhan, ultraljubičaste zrake i zračenje [8].

4. Preinvazivne promjene

4.1. Cervikalna intraepitelna neoplazija (CIN)

CIN je pojam što uključuje promjene dosad poznate pod nazivom displazija (bez obzira na intenzitet) i *carcinoma in situ* (CIS). U najnovije se vrijeme pokušava uvesti novo nazivlje pa se govori o cervikalnima novotvorinama niskog rizika (CIN I) i intraepitelnim novotvorinama visokog rizika (CIN II i III). Bethesda sustav preferira citološku dijagnozu i primjenjuje nazive - *pločasta intraepitelna promjena niskog stupnja (rizika) (L-SIL)*, u koju su uključene promjene poput koilocitne atipije i CIN I. Drugu skupinu čine *pločaste intraepitelne promjene visokog stupnja (rizika) (H-SIL)* u koju ulaze promjene s obilježjima za CIN II i CIN III [14]. Klasifikacija naziva prikazana je u Tablici 4.1.

| Klasična | CIN | Bethesda |
|---------------------|---------|--------------------|
| blaga displazija | CIN I | SIL niskog rizika |
| umjerena displazija | CIN II | |
| teška displazija | CIN III | SIL visokog rizika |
| Carcinoma in situ | | |

Tablica 4.1. "Klasifikacija intraepitelnih novotvorina vrata maternice" [14]

CIN ne pokazuje karakteristične makroskopske promjene. One su nespecifične i mogu se očitovati kao leukoplakija, erozija, cervicitis ili nema nikakvih makroskopskih primjetnih promjena, iako je najsumnjivija leukoplakija. Najveći broj tih promjena razvija se u zoni preobrazbe epitela, odnosno na granici višeslojno pločastoga i cilindričnog epitela [14].

Danas se smatra kako velikom dijelu invazivnih karcinoma vrata maternice prethodi neki oblik CIN-a, što ne mora značiti da se to događa u svake bolesnice. U određena broja bolesnica invazivni se karcinom razvija od početka kao takav, bez prethodnih promjena što bi odgovarale jednomu od oblika CIN-a [14].

4.2. Preinvazivne promjene žljezdanog epitela vrata maternice

Revidirana citološka Bethesda klasifikacija od 2001. godine abnormalnosti žljezdanih stanica slabijih od invazivnoga adenokarcinoma dijeli u tri kategorije:

- atipične glandularne stanice (endocervikalne, endometralne ili samo žljezdane stanice), drugačije nespecificirane (engl. *atypical glandular cells not otherwise specified* - AGC NOS)
- atipične glandularne stanice, vjerojatna neoplazija
- endocervikalni *adenokarcinom in situ* (AIS)

AIS se nalazi često izvan ili iznad zone preobrazbe pa je teško dostupan standardnom citološkom skriningu. Uporaba četkice (cytobrush) za dobivanje endocervikalnog razmaza pomaže u ranoj detekciji atipija žljezdanog epitela. Promjena se može nalaziti egzocervikalno, ali i bilo gdje duž čitava cervikalnog kanala, unilokularno ili multilokularno. Ako postoji citološka sumnja na žljezdanu atipiju vrata maternice, odmah je indicirana kolposkopija i endocervikalna kiretaža, a u žena starijih od 35 godina ili pak pri sumnji na atipiju endometralnih stanica, indicirana je i frakcionirana kiretaža [2].

5. Karcinom cerviksa

5.1. Incidencija i mortalitet

Rak vrata maternice treće je najčešće sijelo raka u žena u svijetu s oko 470.600 oboljelih. Unutar Europe najvišu incidenciju raka vrata maternice imaju zemlje istočne Europe. Prosječna stopa za Europu bila je 1995. godine 16,8/100.000 žena. Kao rezultat uspješnoga provođenja programa probira koristeći se cervikalnim razmazom, incidencija raka vrata maternice u većini je zemalja u padu tijekom zadnja dva do tri desetljeća [16]. U usporedbi s drugim zemljama, posebice s onima koje već desetljećima provode programe probira, Hrvatska ima lošije trendove kretanja mortaliteta od karcinoma vrata maternice. Pad incidencije invazivnog raka vrata maternice bio je prisutan od godine 1970 do 1991., ali se nakon toga zaustavlja, te posljednjih godina čak počinje rasti. Najveća stopa incidencije invazivnog raka vrata maternice u hrvatskoj je u dobi od 45 do 49 i 70 do 74 godine, a ca in situ u dobi od 35-39 godina; 29% od ukupnoga broja oboljelih žena s rakom vrata maternice u dobi je 65 i više godina [16].

U Hrvatskoj je rak vrata maternice osmo po učestalosti sijelo raka u žena. U godini 2000. u Hrvatskoj je dijagnosticirano 438 novih bolesnica s invazivnim rakom (stopa 19/100.000) i 604 s ca in situ vrata maternice, a 91 žena umrla je zbog toga raka (stopa 4/100.000). [16] Prema broju novih slučajeva raka vrata maternice kod žena u Hrvatskoj, vidljivo je da je u 2010. godini zabilježeno 320 slučajeva, u 2011. 324 slučaja, 2012., 315 novooboljelih, 2013. godine zabilježeno je 339 oboljelih žena, dok je 2014. godine ipak zabilježen blagi pad sa 307 novih slučajeva [17]. Za ca in situ vrata maternice stope incidencije su najviše u dobi 30-34 godine. Odnos između ca in situ i invazivnog raka vrata maternice je u 2014. godini u Hrvatskoj bio 1:1 [17].

U SAD-u je petogodišnje relativno preživljenje za rak vrata maternice 88% za žene s lokaliziranom bolešću, a one u udaljenim metastazama 13%. Relativno petogodišnje preživljenje za sve stadije ukupno iznosi 71% za SAD, 62% za Europu, a prema preliminarnim podacima Registra za rak, za Hrvatsku ono iznosi 68% [16].

5.2. Rizični faktori

Smatra se da je humani papilomavirus (HPV) nuždan uzrok za nastanak karcinoma vrata maternice. HPV DNA prisutna je u oko 93% slučajeva raka vrata maternice i njegovih prekursorских lezija [16].

Dodatni rizični faktori su: spolna aktivnost prije 17. godine, više partnera ili partner koji je imao više partnerica, nezaštićeni spolni odnos, anamneza spolno prenosive bolesti, infekcija HIV-om 2-3 puta povećava rizik za invazivni rak vrata maternice, kao i učestalost cervikalnog i analnoga humanoga papiloma virusa, pušenje, dugotrajno uzimanje oralnih kontraceptiva (uzimanje oralnih kontraceptiva tijekom više od 5 godina trostruko povećava rizik od nastanka raka vrata maternice), velik broj djece (žene s petero djece pod trostruko su većim rizikom od nastanka raka vrata maternice od nulipara), prehrana s malo povrća i voća, više od 50 godina života, niži socioekonomski status (niža naobrazba, siromaštvo), žene koje uopće nisu imale PAPA razmaz te žene koje PAPA razmaz nisu imale više godina [16].

5.3. Simptomi

Predstadiji karcinoma vrata maternice obično ne pokazuju nikakve, a rani stadiji tek neke simptome. Promjene se obično otkrivaju slučajno prilikom redovitih godišnjih pregleda. Uznapredovali stadiji u oko 90% slučajeva pokazuju jasne simptome. Simptomi ovise kako o stupnju raširenosti tumora, tako i o stadiju bolesti [18].

Prvi je znak bolesti sukrvavi iscjedak iz rodnice, nevezan uz menstruacijski ciklus. Klasični je simptom povremeno, bezbolno krvarenje ili prljanje (spotting), koje nastupa obično nakon koitusa ili kupanja. Neke bolesnice uz ovo navode i bol te osjećaj nelagode tijelom snošaja. Napredovanjem bolesti krvarenja su učestalija, obilnija i duže traju. Usto, pojavljuju se i bolovi u križima, kukovima, natkoljenicama kao rezultat širenja bolesti u zdjelicu. Ovi su simptomi uzrokovani pritiskom na opturatori i ishijadični živac. U nekih se bolesnica pojavljuje i dizurija (infiltracija prednjih parametrija). Razvoj edema donjih udova je rezultat blokade limfatične drenaže i kompresije zdjeličnih vena. Opstruktivska uropatija sa znakovima hidronefroze uz povišene serumske vrijednosti i kreatinina karakterističan je simptom uznapredovale bolesti. Hematurija i krvarenje iz rektuma pojavljuju se u preterminalnoj fazi bolesti i obično su praćeni bljedilom, mršavljenjem i znakovima karcinomske kaheksije. Usto, nerijetko nastaju i masivna krvarenja iz rodnice [16].

5.4. Dijagnoza

Dijagnozu postavljamo, a moguću proširenost bolesti određujemo na temelju sljedećih pregleda i pretraga:

- ginekološkog pregleda u spekulima i rektovaginalnog palpacijskog pregleda
- koposkopijom i biopsijom sumnjivih dijelova vrata maternice
- biopsijom s vidljivog tumora vrata maternice
- endocervikalnom kiretažom (kada karcinom nije vidljiv na površini vrata maternice, a u citološkom su obrisku prisutne zloćudne stanice)
- ultrazvučnim pregledom zdjelice i trbuha (stanje bubrega, jetre)
- citoskopijom (prodor u mokraćni mjehur)
- infuzijskom urografijom (ima li znakova opstrukcije uropatije)
- rektosigmoidoskopijom (prodor u debelo crijevo)
- kompjuteriziranom tomografijom ili magnetnom rezonancijom (utvrđivanje proširenosti bolesti na okolne strukture ili zdjelične i paraaortalne limfne čvorove)
- rentgenskom snimkom pluća i torakalnih organa
- scintigrafijom skeleta (kada je povišena vrijednost alkalne fosfataze u serumu) [16].

5.4.1. Zadaće medicinske sestre pri dijagnostici karcinoma cerviksa

Medicinska sestra je prva osoba zdravstvenog tima koja se susreće s pacijenticom, te provodi najviše vremena uz nju. Važno je već pri prvom kontaktu upoznati pacijenticu sa postupcima, pregledima i zahvatima koji se će se izvoditi, te razlozima i važnosti njihovog provođenja, kao i o rizicima koje oni mogu nositi sa sobom.

Prije ginekološkog pregleda potrebno je uzeti sestrinsku anamnezu, zatim uputiti pacijenticu o važnosti opuštenosti pri pregledu, što će pridonijeti manjem osjećaju nelagodnosti. Potrebno je pacijentici objasniti kako zauzeti pravilan položaj na ginekološkom stolu, te pomoći prilikom tog postupka. Pri ginekološkom pregledu, kao i pri svakom drugom postupku, potrebno je osigurati privatnost pacijentici, omogućiti pribor i materijal koji je potreban, te pružati psihičku i fizičku potporu. Tijekom pregleda medicinska sestra asistira liječniku, osigurava nesmetan pregled, brine za sterilnost, te pravilno postupa sa uzorcima uzetima tijekom pregleda (pohrana i transport). Nakon pregleda potrebno je pacijentici objasniti i uputiti ju daljnje potrebne postupke.

Nakon intrauterinih zahvata, poput kiretaže, važno je pacijenticu imati pod nadzorom, kontrolirati vitalne znakove, pratiti pojavu eventualnog krvarenja, pratiti boju kože i vidljivih sluznica. Po završetku, odnosno kod otpusta, pacijenticu je potrebno upozoriti na mogućnost krvarenja ili pojave bolova. Važno je napomenuti da se kod obilnijeg krvarenja ili jačih bolova, potrebno čim ranije javiti liječniku.

5.5. Invazivni karcinom vrata maternice

Invazivne karcinome vrata maternice histološki dijelimo na:

- Planocelularni karcinom (90-95%)
- Adenokarcinom (5%)
- Ostali epitelni karcinomi (adenoskvamozni karcinom, adenoid cistični karcinom, adenoid stanični karcinom) [19].

5.5.1. Cervikalni planocelularni karcinom

Za pločasti karcinom vrata maternice treba zapamtiti:

- najveći broj prije invazije prolazi ili kroz CIN oblik ili neinvazivni stupanj, što mogu trajati mjesecima ili godinama, do početka invazije;
- manji se broj karcinoma od samoga početka ponaša invazivno;
- novotvorine mogu počinjati kao pojedinačna ili višestruka žarišta, koja se češće pojavljuju uz kondilomatozne promjene [14].

5.5.1.1. Kliničko stupnjevanje i određivanje dubine invazije

Kliničko stupnjevanje valja odrediti prije početka terapije. Kada postoji dvojba glede stupnjeva (faza), odabire se manje napredovali. Tablica 5.5.1.1. prikazuje kliničko stupnjevanje pločastoga karcinoma vrata maternice po FIGO-u [14].

| | |
|-------------|---|
| Stupanj 0 | In situ karcinom (intraepitelni). |
| Stupanj I | Invazivni karcinom isključivo ograničen na vrat maternice. |
| Stupanj Ia | Preklinički karcinom - dijagnoza samo patohistološka. |
| Stupanj Ia1 | Mikroskopska invazija nije veća u dubinu od 3 mm, a proširenost je u promjeru manja od 7 mm. |
| Stupanj Ia2 | Karcinom se nije proširio po površini većoj od 7 mm i invadira stromu u dubinu veću od 3 mm ali ne dublje od 5 mm, mjereno od baze epitela površine ili žlijezde, od kojih promjena polazi. |

| | |
|--------------|---|
| Stupanj Ib | Promjena je veća negoli pod Ia2, bez obzira doima li se tako i klinički. |
| Stupanj Ib1 | Promjena klinički nije veća od 4 cm. |
| Stupanj Ib2 | Promjena je klinički veća od 4 cm. |
| Stupanj II | Karcinom se proširio izvan vrata maternice, ne doseže do stjenke zdjelice; može biti zahvaćena rodnica, ali ne donja trećina. |
| Stupanj IIa | Zahvaćene su samo gornje dvije trećine rodnice. Nema očitih znakova zahvaćenosti parametrija. |
| Stupanj IIb | Parametriji su jasno zahvaćeni. |
| Stupanj III | Karcinom se proširio na zid zdjelice i/ili zahvaća donju trećinu rodnice i/ili uzrokuje hidronefrozu ili insuficijenciju bubrega. |
| Stupanj IIIa | Nije se proširio na zid zdjelice. |
| Stupanj IIIb | Širenje na zid zdjelice ili hidronefroza ili insuficijencija bubrega. |
| Stupanj IV | Karcinom se proširio izvan zdjelice ili zahvaća sluznicu mokraćnog mjehura ili rektuma. |
| Stupanj IVa | Širenje na susjedne organe. |
| Stupanj IVb | Širenje na udaljene organe. |

Tablica 5.5.1.1. "FIGO-klasifikacija pločastoga karcinoma vrata maternice" [14]

Uz prethodno navedene pretrage i preglede, mogući su i sljedeći dijagnostički postupci koji pridonose postavljanju dijagnoze i moguće proširenosti:

- KKS, DKS
- kompletne biokemijske pretrage krvi
- sediment urina
- kreatinin-klirens [20].

5.5.1.2. Makroskopski i histološki izgled

Budući da novotvorina raste progresivno, vrlo brzo postaje primjetna "prostim" okom, kao uzdignuta granularna zona, tamnije boje od normalne sluznice. Zona je sklona krvarenju već na manji podražaj (kontaktno krvarenje) [14].

Dva su temeljna *makroskopska izgleda*. Češći je *egzofitično/papilarni*, u kojeg su papilarne mase krhke i sklone krvarenju i nekrozi. Malo je rjeđi *endofitični* oblik, u kojeg novotvorina urasta u cervikalni kanal. Rastući submukozno, uzrokuju povećanje vrata maternice [14].

Jasno je kako ta dva oblika možemo razlikovati dok je tumor malen. Međutim, kada tumor unapređuje poput nekroze koja uzrokuje ulceraciju, tada je riječ samo o *nekrotično ulceroznom obliku* [14].

5.5.2. Cervikalni Adenokarcinom

Endocervikalne glandularne lezije izazivaju posebnu pažnju zbog povećane prevalencije invazivnog adenokarcinoma i njihovih prekursorskih lezija. Nazivlja koja se koriste su: endocervikalna displazija, atipična hiperplazija te cervikalna glandularna intraepitelna neoplazija (CIGN). Preporučuje se korištenje neutralnijeg naziva tj. endocervikalna glandularna atipija koja još nije AIS zbog nejasnoća koje postoje oko biološkog značenja navedenih promjena [16].

Adenokarcinom čini 15-20% svih karcinoma vrata maternice. Nastaje iz žljezdanih stanica endocervikalnih žlijezda koje proizvode endocervikalnu sluz (mucus). Smatra se da nastaje postupno iz žljezdane intraepitelijalne lezije - GIL (glandularna intraepitelijalna lezija). S obzirom da raste u endocervikalnom kanalu, u početku nije klinički vidljiv. Svojom rastom širi vrat maternice, koji postaje veći, zdepastiji i poprima karakterističan oblik bačve (bačvasti cerviks, engl. *barrel shaped*) [19].

5.5.2.1. Histogeneza i patohistološka podjela

Invazivnom adenokarcinomu može prethoditi adenocarcinoma in situ, slično kao u planocelularnog karcinoma. Nerijetko se uz invazivni na rubu promjene nađu i "in situ" promjene. Adenocarcinoma in situ može nastati fokalno, multicentrično ili difuzno. Maligni epitel oblaže dio ili cijele žlijezde, ali nema invazije strome [14].

Cervikalni se adenokarcinom može patogenetski podijeliti u dvije velike skupine. Jedna je skupina *podrijetla endocervikalnog cilindričnog epitela* (kojemu može prethoditi "in situ oblik"), a druga podrijetla *endocervikalnog subcilindričnog epitela* (podrijetla pričuvnih stanica). Tumori iz druge skupine imaju, ukupno uzevši, znatno lošiju prognozu [14].

Najčešći tip adenokarcinoma je tipični endocervikalni s izgledom mucinoznog endocervikalnog cilindričnog epitela koji luči sluz (nalazi se i u do 90% endocervikalnih karcinoma), a može se pojaviti u trima čistim ili miješanim oblicima:

- *Endocervikalni tip* je najčešći, a građen je od cilindričnog epitela što podsjeća na cilindrični endocervikalni epitel. Najčešće su srednje diferencirani, s razmjerno dobro razvijenim papilarnim strukturama. Mitoze su brojne. Citoplazma tih stanica daje pozitivnu reakciju s mucikarminom [14].
- Drugi oblik je *intestinalni tip*, koji svojom histološkom slikom podsjeća na adenokarcinome debeloga crijeva. U tim tumorima možemo naći "goblet" stanice ili, znatno rjeđe, argentafine i Panethove stanice [14].
- Treća vrsta je *karcinom sa stanicama prstena pečatnjaka*, koji je vrlo često pomiješan s prvima dvama oblicima [14].

6. Prevencija

Rak vrata maternice može se prevenirati zdravstvenim prosvjećivanjem (primarna prevencija) ili ranim otkrivanjem (sekundarna prevencija). Najraširenija metoda sekundarne prevencije je citološka analiza popularno nazvana "Papa test" [3].

Mogućnost za primarnu prevenciju jest prevencija infekcije HPV-om, dakle, edukacija adolescenata odgovornom spolnom ponašanju te razvoj učinkovitoga profilaktičkoga cjepiva i proizvodnja učinkovitoga vaginalnog mikrobicida [16]. Probir cervikalnim razmazom po Papanicolaouu i odgovarajuća terapija mogu dovesti do znatnoga smanjenja incidencije i mortaliteta. Obrisk može upozoriti na prekarcinozne lezije, kao i insitu ili rani stadij invazivnog raka. Liječenje takvih ranih lezija vrlo je uspješno, iako ih se mnogo više dijagnosticira nego što bi ih napredovalo u invazivni karcinom ako ne bi bile liječene [16].

Cervikalni razmaz uveden je u razvijenim zemljama ranih 1940-ih godina, a u širim se razmjerima počeo primjenjivati kasnih 1950-ih ili 1960-ih godina [21]. Sve zemlje članice Europske unije poduzele su značajne aktivnosti za rano otkrivanje raka vrata maternice. Preporuke su da se probir provodi u dobnoj skupini od 25 do 64 godine [16]. American Cancer Society (ACS) i mnoge druge organizacije u SAD-u preporučuju PAPA razmaz jednom u godini od početka spolnog života ili od 18. godine, i kontinuirano rjeđe prema nahodjenju liječnika i pacijentice nakon tri ili više urednih godišnjih testova [22].

Kvantitativne studije pokazale su da nakon jednoga negativnog obriska, probir svake treće do pete godine ima gotovo iste učinke u žena u dobi od 35 do 64 godine kao probir svake godine. Čak i samo jedan test može postići smanjenje incidencije od 25 do 30% [16].

Sekundarna prevencija mora se usredotočiti na razvoj uspješnoga antivirusnoga sredstva za liječenje HPV-a i/ili za prevenciju transformacije HPV gena E6/E7 (koji integrirani u genom domaćina izazivaju transformaciju proteina koji su tumorogeni), razvoj terapijskoga cjepiva za prevenciju progresije HPV-a, poboljšanje osjetljivosti i specifičnosti probira za prekursore raka vrata maternice i proširenje zdravstvenog odgoja i programa probira za one teško dosežne [16].

Prema programu mjera zdravstvene zaštite iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja iz godine 2002. predviđeno je za zdravstvenu zaštitu žena u Hrvatskoj: zdravstveno prosvjećivanje i detekcija karcinoma cerviksa; upoznavanje žena s čimbenicima rizika i potrebom njihovoga suzbijanja i mogućnostima rane detekcije i liječenja; upoznavanje s metodama zaštite od spolno prenosivih bolesti te opasnosti koje proizlaze iz promiskuitetnog

ponašanja te ginekološki pregled i obrisak po Papanicolaouu jednom u tri godine od početka seksualne aktivnosti ili od 18. godine života. Nakon tri ili više urednih nalaza test se može ponoviti u većim vremenskim razmacima (ne više od tri godine) o čemu odlučuje izabrani ginekolog. Češći probir u žena s povećanim rizikom kao što su loš ekonomski status, žene koje puše, seksualna aktivnost prije 18. godine života, dva ili više seksualnih partnera, partner koji je imao više seksualnih partnerica, venerične infekcije u anamnezi (Chlamydia trachomatis, humani papiloma virus - visokorizični podtipovi, herpes virus, gonoreja, sifilis), žene koje su već imale neke promjene na cerviksu; liječenje kolpitisa, benignih promjena na egzocerviksu i drugih stanja koja povećavaju ugroženost od pojava bolesti. U svrhu ranog otkrivanja predviđen je aktivni pristup izabranog tima, što znači planiranje, pozivanje žena, preglede i uzimanje cervikalnog obriska te izvještavanje na propisanim obrascima [16].

U Hrvatskoj, broj PAPA razmaza iznosio je godine 2001.godine 355.667 (od toga 25 861 ili 7% patoloških), odnosno 37 testova na 100 žena fertile dobi, ali se ne može razlikovati koliko ih je uzeto radi probira [14].

7. Putovi širenja bolesti

Karcinom vrata maternice širi se urastanjem u okolno tkivo (per continuitatem), limfogenim i hematogenim putem. Hematogenim putem taj karcinom obično metastazira u uznapredovaloj fazi bolesti [23].

Henriksen je u svojoj studiji iz godine 1950. detaljno opisao način širenja i distribuciju presadnica u žena umrlih od karcinoma vrata maternice. On naglašava da "smjer širenja i metastaziranja bolesti nije predvidljiv [16]. Nekad se vjerovalo da se cervikalni karcinom širi u parametrije per continuitatem. Danas znamo da tumorske stanice prodiru u parametrije preko parametrijskih limfnih prostora. Povećavanje parametrijskih limfnih prostora i spajanje sa susjednim parametralnim limfnim čvorovima (ukupno 2-3) rezultira skvrčavanjem i skraćanjem parametrija koja postaju tvrda i bolna, što se može uočiti rektalnim pregledom [16]. Limfatični put širenja uključuje primarno regionalne limfne čvorove, tzv. prve barijere. To su parametrani, opturatorni, presakralni i limfni čvorovi uz unutarnju ilijakalnu arteriju. Druga su zapreka limfni čvorovi uz zajedničku ilijačnu arteriju, preponski i paraaortalni limfni čvorovi. Katkad, doduše, rijetko mogu se naći presadnice bolesti i u supraklavikularnim limfnim čvorovima [14]. Hematogene metastaze uglavnom se nađu u plućima i mozgu [23].

Zbrajajući rezultate mnogih studija, učestalost metastaziranja cervikalnog karcinoma u zdjelice i paraaortalne limfne čvorove ovisna je o kliničkom stadiju bolesti [16].

8. Liječenje

Liječenje karcinoma vrata maternice ovisi o stadiju bolesti, a može biti:

- kirurško
- zračenjem
- kemoterapijom
- kombinirano [16].

Izbor liječenja ovisi o kliničkoj procjeni (stadij bolesti), ali i o stavu (algoritam, postupnik) institucije u kojoj se liječenje provodi. Načelno, odluka o izboru i vrsti liječenja donosi se timski. Osim ginekologa, u timu su anesteziolog, radiolog, patolog, citolog, a po potrebi i drugi specijalisti (kirurg, urolog) [16].

8.1. Kirurško liječenje raka vrata maternice

Mnogi autori navode prednost kirurškog liječenja zbog toga što kirurško liječenje omogućuje: korektan kirurško-patološki *staging*, čuvanje funkcije jajnika (transpozicija), čuvanje funkcije rodnice (transudacijsko vlaženje, gipkost, kalibar), korektan "*follow up*" [18].

Kirurško liječenje, mnogi autori opisuju kao najučinkovitiju metodu liječenja, naročito u ranijim stadijima bolesti, koja se vrlo često se koristi i u kombinaciji sa ostalim metodama. Kirurške zahvate možemo podijeliti na poštudne, radikalne i palijativne.

Poštudnim operativnim zahvatom nastoji se očuvati funkcija organa. Kod takvog zahvata uvijek postoji opasnost da maligni proces nije u cijelosti odstranjen. Zbog toga je neophodna patohistološka analiza operativnog materijala (npr. konizanta). Da je ovaj operativni zahvat bio dovoljan, odnosno jedini potreban u liječenju, dokaz je nalaz PHD-a u kojem mora pisati da izrezani dio dopire do „u zdravo“. U protivnom je potrebno učiniti opsežniji operativni zahvat (npr. rekonizaciju ili histerektomiju). Lokalno odstranjenje malignog procesa ili resekcija zahvaćenog organa (npr. LETZ, konizacija, dolazi u obzir samo u ranim (početnim) stadijima kada se maligni proces nije proširio, odnosno nije zahvatio veći dio organa i okolne strukture, već je ostao lokaliziran na jednom mjestu kao što je promjer kod karcinoma *in situ* ili mikrokarcinoma.

Radikalni operativni zahvat promjenjuje se kad je maligni proces invazivan, odnosno kad je zahvatio veće područje određenog organa te se proširio na okolnu strukturu i regionalne limfne čvorove. Pod radikalnim kirurškim zahvatom podrazumijeva se odstranjenje organa zahvaćenog malignim procesom te okolnih struktura i regionalnih limfnih

čvorova. Ovakav operativni zahvat dovodi do potpunog gubitka organa i prestanka njegove funkcije (npr. histerektomija s adnektomijom i limfadenektomijom). Radikalni kirurški zahvat se promjenjuje u kombinaciji sa kemoterapijom i zračenjem.

Palijativni operativni zahvat je onaj zahvat izvršen na inoperabilnom tumoru kojim se ne liječi maligni proces jer ga je zbog proširenosti na okolnu strukturu i okolne organe, nemoguće radikalno odstraniti. Ovim se operativnim zahvatom smanjivanjem ukupne tumorske mase nastoje ublažiti ili ukloniti prisutni simptomi koje maligni tumor izaziva (npr. krvarenje, bol, edem, ascites i dr.) te na taj način olakšati preostali dio života i poboljšati njegovu kvalitetu. Palijativni operativni zahvat se promjenjuje kod najtežih, vrlo često terminalnih stadija malignog tumora.

Danas se sve češće primjenjuju mikroskopski operativni zahvati, najčešće kod tumora čije je sijelo mozak, ali se primjena ovakve metode širi i na ostale grane medicine, poput ginekologije.

Proučavanjem literature i dugogodišnjim iskustvom u radu s pacijenticama kojima je potrebno kirurško liječenje karcinoma cerviksa može se uvidjeti kako je konizacija u prvome redu dijagnostički (no, može biti i terapijski) kirurški zahvat pri kojem se u kratkotrajnoj općoj anesteziji „nožem“ izrezuje dio porcije vaginalis u obliku konusa. Konus mora zahvatiti čitav promijenjeni dio egzocerviksa i cervikalnog kanala te se veličina konusa mora prilagoditi veličini promjene (izrezani dio mora sezati do u zdravo tkivo). Konizaciju treba učiniti svim ženama sa Ca in situ kojima je to pokazao Papa test te potvrdio nalaz PHD-a nakon ciljane biopsije.

Konizaciju se dijeli na: klasičnu (kod koje se vrši odstranjenje tkiva kirurškim nožem ili laserom) i LLETZ/LETZ - eng. *Loop Excision of Transformation Zone/Large Loop Excision of the Transformation Zone* (izvodi se ekeltrokirurška resekcija uz pomoć metalne omče i visokofrekventne struje, moguće ambulantno je izvođenje a pojavnost postoperativnih tegoba je manja).

Kod mladih žena konizacija učinjena u dijagnostičke svrhe dovoljan je terapijski zahvat ako histološki nalaz nije pokazao sumnju na postojanje invazije i ako atipične promjene ne dosežu do rubova i vrha konusa. Kod žena u starijoj dobi, koje više ne žele ili ne mogu rađati, ne radi se konizacija već histerektomija (laparotomija ili laparo-vaginalnim pristupom).

Konizacija se izvodi u općoj anesteziji pa je prethodno potrebno učiniti preoperativnu pripremu (psihičku, fizičku, medikamentoznu), o kojoj se, u ovome radu, detaljnije govori u poglavlju "12. Sestrinska skrb za pacijenticu oboljelu od karcinoma cerviksa".

Nakon operacije bolesnica može odmah biti premještena iz operacijske sale na odjel. U neposrednom postoperativnom tijeku medicinska sestra mora pratiti opće stanje bolesnice, krvarenje i vitalne funkcije, a u svome radu prevenirati infekcije.

8.1.1. Komplikacije kirurškog liječenja

Osim uobičajenih ranih i kasnih poslijeoperacijskih komplikacija, radikalni kirurški pristup ima i svoje specifične komplikacije:

- Disfunkcija mokraćnoga mjehura zbog oštećenja simpatičke i parasimpatičke inervacije. Ova se komplikacija pojavljuje 1-5% operiranih bolesnica. Karakterizirana je hipertoničnim, kontrahiranim mokraćnim mjehurom reduciranog kapaciteta. Katkad se može pojaviti i parcijalna atonija mokraćnoga mjehura sa zadržavanjem urina i posljedičnom uroinfekcijom.
- Ureterovaginalna ili vesicovaginalna fistula pojavljuje se u 1-2% operiranih bolesnica
- Zdjelična limfocista nastaje u 1-2% radikalno operiranih bolesnica zbog nakupljanja limfe u retroperitonejskome prostoru. Obično su asimptomatske i ne zahtijevaju dodatno liječenje.
- Tromboza zdjeličnih vena i edemi donjih udova pojavljuju se u 0,5-4% operiranih bolesnica. [16].

8.2. Zračenje

Zračenje je, uz operaciju, osnovni oblik liječenja tumora vrata maternice. Usporediti rezultate kirurškog i radioterapijskog liječenja invazivnog karcinoma vrata maternice gotovo je nemoguće, jer nedostaju odgovarajuće velika randomizirana istraživanja koja bi pružila dovoljno podataka. Retrospektivni podaci govore u prilog jednakovrijednih rezultata obje metoda primijenjenih u ranim stadijima bolesti. Zračenje se može primijeniti u bilo kojem stadiju bolesti, nije uvjetovano bolesničnim općim stanjem, ali zahtijeva duži boravak u bolnici no što traje kirurško liječenje [16]. U liječenju zračenjem najčešće se kombinirano upotrebljavaju teleradioterapija i brahiterapija. Za vrlo male, centralno smještene tumore, adekvatno je liječenje brahiterapijom, dok se teleradioterapijom postiže sterilizacija tumorskih depozita u zdjelici, udaljenih od primarnog tumora. Kod ranih stadija bolesti brahiterapija treba više pridonijeti ukupnoj dozi zračenja u središnjem dijelu zdjelice, dok se u uznapredovalim stadijima više zračenja aplicira perkutanom putem [16].

8.3. Kemoterapija

Radioterapija i kirurgija ustaljeni su načini liječenja raka vrata maternice već više od tri četvrtine stoljeća. Premda se njima postižu značajni uspjesi, a u velikom dijelu bolesnica i izlječenja, u 40%-50% bolesnica ipak se pojavljuju lokalni recidivi bolesti i udaljene metastaze, koji su tada podložni samo sistemnom liječenju, to jest kemoterapiji [16].

8.3.1. Kemoterapija rekurentne i metastatske bolesti

Najdjelotvorniji pojedinačni citostatici jesu oni iz skupine klasičnih alkilirajućih spojeva, uključujući cisplatin koji se, još uvijek, smatra najdjelotvornijim citostatikom u bolesnica s rakom vrata maternice, ifosfamid koji je drugi po djelotvornosti te najnoviji citostatici iz taksanske skupine paklitaksel i nešto manje docetaksel [16].

Usprkos većem broju pojedinačno djelotvornih citostatika, u liječenju bolesnica s uznapređovanim/rekurentnim i metastatskim rakom raka vrata maternice još uvijek ne možemo biti zadovoljni postignutim rezultatima ni monokemoterapijom ni polikemoterapijom u liječenju takvih bolesnica. Dosta dobri rezultati postižu se kombinacijom ifosfamida i cisplatina koji uz dodatak novih citostatika, osobito paklitaksela postaju još boljim. Kombinacija cisplatin + ifosfamid danas se smatra standardnom za liječenje uznapređovalog raka vrata maternice, ali paklitaksel pokazuje jasnu tendenciju poboljšanja rezultata liječenja i može se očekivati da će u najskorijoj budućnosti postati standardni sastavni dio polikemoterapijskih protokola za liječenje te bolesti [16].

Danas nije dovoljno bolesnicima osigurati samo lijekove koji će ublažiti njihove simptome. Važno je svakodnevno povećavati opseg njihova povjerenja, i tako im pomoći u tijeku liječenja. Kemoterapija je vrlo česta metoda liječenja bolesnica s onkološkom dijagnozom. Nažalost, citostatici osim na tumorske stanice, djeluju i na zdravo tkivo, otežavajući tijek liječenja te uzrokuju i neželjene nuspojave. Zadatak je medicinske sestre na vrijeme prepoznati nuspojave i tegobe kako bi mogla kvalitetnije pristupiti njihovom ublažavanju. Mehanizam djelovanja citostatika još uvijek nije do kraja razjašnjen, ali postoje istraživanja o nuspojavama. Važno je njihovo djelovanje na probavni sustav, jer on je osnova za održavanje ravnoteže elektrolita i unosa hranjivih tvari u organizam. Ta ravnoteža može biti poremećena uslijed mučnine, povraćanja, proljeva, opstipacije, smanjenog apetita, promjena u okusu i sl. Nuspojave poput alopecije, velikog gubitka tjelesne težine, ožiljaka i hematoma na mjestima primjene kemoterapije, za neke bolesnice predstavlja biljeg koji ih izdvaja u društvu. To u značajnom opsegu utječe na njihovo samopouzdanje. Važno je

razgovarati s bolesnicom i, ako je potrebno, uputiti je na neku vrstu grupne podrške, kako bi u susretu s drugim osobama s istim problemima pronašla prihvaćanje, utjehu i hrabrost za borbu protiv maligne bolesti. Važno je u razgovor uključiti članove obitelji bolesnice kako bi bili spremni na negativne ishode krajnjeg liječenja [24].

Treba razmotriti razne aspekte svakodnevnice osobe koja je pogođena bolešću i liječenjem. Zbog toga je važno otvoreno razgovarati s bolesnicom i ukazati joj povjerenje. Potrebno je dopustiti joj da aktivno sudjeluje u donošenju odluka koji se tiču njenog zdravlja. U bolničkom režimu liječenja bolesnica se može osjećati neugodno, nesigurno i uplašeno. Poticanjem bolesnice na izražavanje osjećaja i postavljanje pitanja te pružanjem kvalitetnih odgovore, smanjuje se razina anksioznosti i tako poboljšava odnos između medicinskih djelatnika i bolesnica te sprječava nastanak nepotrebnog straha koji se javlja uslijed neznanja [24].

9. Preživljenje, prognoza praćenje bolesnica

Zbrajajući rezultate mnogih studija i uzimajući u obzir različite pristupe u liječenju raka vrata maternice, možemo ustvrditi da je stadij bolesti najvažniji prognostički čimbenik u predviđanju preživljenja pojedine bolesnice [16].

Iako je stadij bolesti najvažniji prognostički čimbenik, u predviđanju tijeka i ishoda bolesti koristimo se i dodatnim kliničkim, patohistološkim i genetskim značajkama pojedinog tumora [16].

Na temelju brojnih istraživanja vidljivo je da su prognostički lošiji tumori oni:

- koji su veći od 3 cm u promjeru
- koji su slabije diferencirani (stupanj zrelosti tumora)
- u kojih su tumorske stanice nađene u limfokapilarnim prostorima
- koji su većinom aneuploidni (analiza protočnim citometrom)
- u čijim je stanicama izraženija ekspresija HER-2/neu antigena [16].

Naime, bolesnice čiji tumor ima barem tri od pet navedenih obilježja imaju znatno lošiju prognozu u odnosu prema bolesnicama s tumorom istoga kliničkog stadija, ali bez nepovoljnih prognostičkih čimbenika. Stoga ove bolesnice treba brižljivije pratiti u razdoblju nakon završenog liječenja, jer su recidivi bolesti u njih raniji i češći, a petogodišnje preživljenje manje [16].

10. Medicinska sestra u ulozi edukatora

Pri provođenju edukacije medicinska sestra mora poznavati uzroke, simptome, moguće dijagnostičke i terapijske postupke povezane s karcinomom vrata maternice.

Rak vrata maternice može se prevenirati zdravstvenim prosvjećivanjem (primarna prevencija) ili ranim otkrivanjem (sekundarna prevencija) [3].

Primarna prevencija podrazumijeva aktivnosti usmjerene unaprjeđenju i očuvanju zdravlja i sprečavanju nastanka oboljenja kroz smanjenje izloženosti faktorima rizika ili kroz pozitivno ponašanje. Mogućnost za primarnu prevenciju jest prevencija infekcije HPV-om, dakle, edukacija o odgovornom spolnom ponašanju te razvoj učinkovitoga profilaktičkoga cjepiva i proizvodnja učinkovitoga vaginalnog mikrobicida [16].

Procjenjuje se da bi primarna prevencija mogla spriječiti nastanak čak dvije trećine svih slučajeva malignih oboljenja. Zagovornici cijepljenja smatraju da bi HPV cjepivo moglo spriječiti 70 % skvamocelularnih karcinoma i do 85% adenokarcinoma grlića materice [25].

Informacije koje je medicinska sestra pruža pri edukaciji rizičnih skupina i oboljelih od karcinoma vrata maternice:

- za prenošenje spolne bolesti dovoljan i samo jedan spolni odnos
- pri svakom seksualnom odnosu, uključujući i oralni i analni, treba koristiti prezervativ, ali treba znati da postoji mogućnost kada čak ni pravilna uporaba kondoma neće zaštititi od HPV-a.
- kontracepcijske pilule ne štite od spolno prenosivih bolesti
- seksualno aktivne žene bi barem jednom godišnje trebale napraviti ginekološki pregled i PAPA test, a po potrebi i češće
- izbjegavati spolni odnos tijekom menstruacije jer je tada žena osjetljivija na infekcije
- poticanje i motiviranje pacijentica na sudjelovanje u *skrining* programima
- važnost potrebe redovitih kontrolnih pregleda te odgovornog spolnog ponašanja
- upute o mogućim dijagnostičkim metodama i načinu pripreme za iste
- oboljelima je važno skrenuti pozornost na važnost čim ranijeg početka terapije
- informacije o mogućim nuspojavama, komplikacijama i ishodima liječenja; o uključivanju u grupe potpore
- pri otpustu nakon operativnog zahvata pružiti informacije:
 - u slučaju histerektomije više neće biti menstruacije

- slabost i umor mogu biti prisutni nekoliko tjedana
 - postupno povećavati stupanj aktivnosti
- educirati pacijenticu o vježbama dubokog disanja, vježbama ekstremiteta kako bi se spriječio nastanak komplikacija dugotrajnog ležanja,
- prvi period po otpustu više se preporuča tuširanje u odnosu na kupanje u kadi
- izbjegavati naprezanje, dizanje teških predmeta, spolne odnose,
- u slučaju pojačanog vaginalnog iscjetka, promijenjenog mirisa, boje, pojave krvarenja ili povišene tjelesne temperature, što prije potražiti pomoć liječnika

11. Sestrinska skrb za pacijenticu oboljelu od karcinoma cerviksa

11.1. Prijeoperacijska priprema

Medicinska sestra kao ravnopravni član tima u skrbi za pacijenticu sudjeluje u osiguranju najbolje moguće fizičke, psihološke, socijalne i duhovne spremnosti za operativni zahvat. Osim medicinske sestre u pripremi pacijentice za operativni zahvat sudjeluju liječnici, anesteziolozi, zdravstveno-laboratorijski tehničari, nutricionisti, psiholozi i svećenici.

Prijeoperacijsku skrb možemo podijeliti na fizičku i psihološku.

Psihološkom pripremom nastoji se postići najveća moguća spremnost pacijentice na operativni zahvat, a potrebno ju je započeti već pri postavljanju indikacije za operativni zahvat. Osnovni postupak je informiranje pacijentice o njezinoj bolesti, operativnom zahvatu, postupcima koji će se primjenjivati, te mogućim ishodima liječenja. Sve informacije koje se upućuju bolesnici moraju biti jednostavne, razumljive i detaljne. Često se pacijentice zbog stresa, zabrinutosti ili straha, teško koncentriraju na razgovor i dobivene upute, stoga je od koristi pripremiti i pisane upute, ili o svemu obavijestiti obitelj/pratnju.

U bolesnice mogu prisutni različiti osjećaji, no najveću ulogu ima strah. Prisutni su strahovi od anestezije, boli i smrti, neznanja o dijagnozi, oštećenja tijela (ožiljci kod radikalnih operativnih zahvata), te odvajanja od bliskih osoba [27].

U tom je području najvažnija pomoć i podrška medicinske sestre koja ostvarujući odnos povjerenja s pacijenticom, i pružanjem podrške utječe i na manju pojavnost komplikacija.

Fizička priprema podrazumijeva uzimanje anamneze, s naglaskom na ginekološku anamnezu, provođenje pretraga, osiguranje adekvatne prehrane, pripremu probavnog trakta, tromboprofilaksu, antibiotsku zaštitu, premedikaciju, pripremu kože odnosno operacijskog polja, te poučavanje pacijentice.

11.1.1. Pretrage

Pretrage koje se provode u prijeoperacijskom razdoblju su:

- osnovne, rutinske laboratorijske pretrage krvi

- hematoške pretrage krvi (SE eritrocita, KKS),
- KG i Rh faktor
- biokemijske pretrage krvi (Guk, K, Na, Kreatinin, Urea, Bilirubin) i urina
- koagulacijske pretrage
- elektrodinamske pretrage (EKG)
- radiološke pretrage (RTG snimka pluća i srca)
- mišljenje kardiologa/ anesteziologa
- ginekološki pregled i ultrazvuk [28].

Procjena zdravstvenog stanja i sposobnosti za anesteziju i kirurški zahvat postavlja se temeljem:

- anamneze
- fizičkog pregleda
- laboratorijskih nalaza
- mišljenja anesteziologa i kirurga [28].

11.1.2. Adekvatna prehrana

Prijeoperacijska dijeta predstavlja potpuno ili djelomično uzdržavanje od hrane, ovisno o indikaciji za kirurški zahvat i/ili obogaćenu prehranu pojedinim sastojcima [28].

Neke pacijentice mogu biti pothranjene, dehidrirane, slabe i iscrpljene pa je prije operativnog zahvata potrebno provesti postupke koji će dovesti do njihova oporavka [29].

Zadaća medicinske sestre je prikupiti podatke o navikama vezanima uz prehranu i stupnju samostalnosti pri hranjenju. Isto tako potrebno je osigurati uvjete za uzimanje hrane, hranjenje nepokretnih i bolesnika koji ne mogu uzimati hranu per os. Pacijenticu je potrebno uputiti u važnost ne uzimanja tekućine i hrane na usta prije i neposredno nakon zahvata [28].

11.1.3. Poučavanje

Poučavanje predstavlja osnovnu mjeru u sprječavanju poslijeoperacijskih komplikacija i komplikacija zbog dugotrajnog ležanja u prijeoperacijskoj pripremi.

Svrha je poučavanja naučiti pacijenticu vježbama disanja, iskašljavanja i udova. Vježbe je potrebno objasniti prije operativnog zahvata iz razloga što su bol i strah nakon operacije

umanjuju pažnju i smanjuju sposobnost izvođenja. Nakon operativnog zahvata valja ponoviti dosad naučeno, primijeniti i poticati na izvođenje [27]. Bitno je da način poučavanja bude prilagođen pacijentici s obzirom na intelektualne sposobnosti, pažnju, razinu obrazovanja i motivaciju [28]. Medicinska sestra tijekom poučavanja mora biti strpljiva, uvjerena u ono što poučava i pozitivno usmjerena, ponavljati upute, demonstrirati način izvođenja, poticati pacijenticu na izvođenje, te provesti usvojeno nakon operacije

Dan prije operacije potrebno je:

- procijeniti zdravstveno i emocionalno stanje
- pružiti psihološku podršku
- provesti anesteziološki pregled
- primijeniti propisanu terapiju (premedikacija)
- provesti pripremu kože (antiseptičko pranje)
- pripremiti probavni sustav (karencija hrane i tekućine, laksativi)
- pripremiti dokumentacije [29].

Na dan operacije:

- procjena zdravstvenoga stanja
- kontrola i evidencija vitalnih funkcija
- kontrola učinjenih pregleda i laboratorijskih pretraga
- provođenje osobne higijene
- provjeriti je li pacijentica natašte
- pripremiti operacijsko područje
- obučiti odjeću za operaciju, staviti pokrivalo za glavu (kapu), staviti elastične zavoje prema odredbi liječnika
- pripremiti bolesnički krevet (oprati, dezinficirati, presvući)
- upozoriti da treba skinuti nakit, proteze, naočale, kontaktne leće, kozmetičke preparate, ukosnice; provjeriti učinjeno
- isprazniti mokraćni mjehur ili prema odredbi liječnika

- primijeniti propisanu terapiju, premedikaciju ovisno o organizaciji i pisanoj uputi liječnika
- staviti identifikacijsku narukvicu
- sve upisati u sestrinsku kontrolnu listu /prijehoperacijska lista s popisom provjera koja služi sestrama kao radni i kontrolni dokument
- pratnja pacijentice do operacijske dvorane
- predati pacijenticu i dokumentaciju sestri/tehničaru na „rampi“ ili sobi za pripremu [29].

11.2. Intraoperacijska skrb

Intraoperacijski period započinje dolaskom pacijentice u operacijsku dvoranu, a završava u sobi za buđenje [29]. Pacijentica je u operacijskoj dvorani okružena kirurgom, asistentom, anesteziologom, anestezijskim tehničarom i operacijskom sestrom/tehničarom I. („sterilna“) i II. („nesterilna“). Svi oni čine operacijski tim [30].

U tijeku intraoperacijske skrbi provodi se

- priprema pacijentice, instrumenata i materijala za operativni zahvat
- postavljanje pacijentice u pravilan položaj na operacijskom stolu
- pružanje psihičke podrške pacijentici
- priprema lijekova, instrumenata i aparata za anesteziju
- transport u sobu za buđenje ili jedinicu intenzivnog liječenja

Zadaće medicinske sestre u intraoperacijskom periodu

Kontinuirano pratiti:

- EKG
- tlak, puls, disanje, temperaturu
- stanje svijesti
- balans tekućine u organizmu [29].

11.3. Poslijeoperacijska njega

Svaka medicinska sestra u provođenju postupaka zdravstvene njege, bilo prijeoperacijske ili postoperacijske mora imati i određene kompetencije, one su rezultat razine obrazovanja u sestrinstvu, a imaju za cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege. Kompetencije su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre [31].

Poslijeoperacijski period započinje premještajem bolesnika iz sobe za buđenje, a završava otpuštanjem bolesnika kući [29]. Dolaskom pacijentice na odjel medicinska sestra mora evaluirati zdravstvenu njegu pacijentice u operacijskoj sali i sobi za buđenje, utvrditi potrebe pacijentice i napraviti plan rada, te utvrditi psihološki status pacijentice.

11.3.1. Poslijeoperacijske poteškoće nakon operativnog zahvata

Zadaća medicinske sestre u poslijeoperacijskom razdoblju su i pravovremeno uočavanje, ublažavanje i/ili otklanjanje poslijeoperacijskih poteškoća.

Opće poslijeoperacijske poteškoće su:

- Bol
- Mučnina i povraćanje
- Abdominalna distenzija
- Štucavica
- Žeđ
- Poteškoće s mokrenjem [29].

One su posljedica djelovanja anestetika i lijekova (npr.mučnina i povraćanje, abdominalna distenzija), prestanak djelovanja anestetika (bol), bolesnikove neaktivnosti (poteškoće sa stolicom), promjena u uzimanju tekućine i hrane (žeđ, poteškoće sa mokrenjem, ali i drugih duševnih i tjelesnih poteškoća u prilagodbi na novo stanje (mokrenje i defekacija u bolesničkoj sobi ili krevetu) [32].

11.3.1.1. Bol

Bol je složeni neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem ili opisan u smislu oštećenja koje ne postoji. Bol je način na koji periferni živčani

sustav upozorava središnji živčani sustav na potencijalnu ili stvarnu ozljedu. Velik broj medicinskih zahvata povezan je s boli. Bol može biti rezultat bolesti, primjene dijagnostičkih postupaka ili samog liječenja. [33]

Algologija, znanost o boli, nova je znanost koja se razvija iz pretpostavke da osoba ne treba podnositi bol jer je tada bitno narušena kvaliteta njezina života. Bol je uvijek subjektivna. Svaki pojedinac nauči upotrebljavati tu riječ na osnovi iskustava povezanih s ozljedom u mlađoj dobi. Većina autora smatra bol posebnim fenomenom, koji je teško definirati, no slažu se da se sastoji od triju komponenata: podražaja, koji je ili fizički ili psihički, tjelesnog osjećaja boli i reakcije osobe koja bol osjeća. Često citirana definicija u sestinstvu jest: "Bol je što god osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji." [33].

Neki autori bol navode kao peti vitalni znak. Bol može biti etiološki čimbenik za brojne sestrinske dijagnoze koje sestre samostalno zbrinjavaju, može biti zasebna sestrinska dijagnoza ili problem koji se rješava timski [33]. U svakodnevnoj zdravstvenoj praksi suzbijanje boli ima veliko značenje. U mnogih pacijentica brzo oslobađanje od boli po značenju je istovjetno s prestankom bolesti. Brzo uklanjanje boli pomaže u stvaranju pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja u pacijentica, bržem poslijeoperacijskom oporavku, boljemu snu, povećanoj mobilnosti te povećanom zadovoljstvu [33].

U cijelome zdravstvenom timu medicinska sestra provodi najviše vremena uz pacijenticu koja osjeća bol i stoga u najvećoj mjeri ima mogućnost pridonijeti boljem osjećanju i smanjenju ili uklanjanju boli kod pacijentice. Dva su polazišta za procjenu, planiranje i izvođenje intervencija te kasniju procjenu boli. Prvo je da medicinska sestra vjeruje pacijentici da je boli kad ona to kaže. Iako su neke bolne senzacije potaknute psihogeno, pacijentica stvarno osjeća bol, ona je ne zamišlja. Izjave pacijentice o prisutnosti boli potaknute psihičkim stanjem kao što je anksioznost najčešće su udružene s fizičkim simptomima kao što su snižen krvni tlak i tenzija mišića. Najbolnije senzacije rezultat su dvaju podražaja: fizičkog i mentalnog (ili emocionalnog). Sestrinske intervencije uključuju smanjenje ili uklanjanje obaju uzroka boli [33]. Drugo je da pacijentica koja osjeća bol, to ne treba nužno verbalno iskazivati. Neke pacijentice ne mogu ili ne žele verbalizirati bol. Zato medicinska sestra treba uočiti neverbalne znakove koji upućuju na bolne senzacije i sve ono što pacijentica osjeća vezano uz svoju bol. Neke pacijentice negiraju prisutnost boli i to je još jedan izazov u sestrinskoj procjeni. Najčešći razlog negiranja jest strah od ovisnosti o lijekovima protiv bolova i od daljnjih pretraga. U tom slučaju potrebno je istražiti osjeća li

pacijentica zaista bol, pogotovo pri stanjima ili pretragama koje su inače bolne, te zašto bol negira [33].

Reakcije na bolni podražaj

Psihološki i sociokulturološki čimbenici uzrokuju velike razlike u doživljavanju boli, povišenje ili sniženje praga boli, odnosno povišene ili snižene tolerancije na bol.

Prag boli jakost je podražaja koji izaziva bol, tj. minimalni podražaj koji izaziva bol. Mjeri se instrumentima algezimetrima, s pomoću kojih se ispitanicama apliciraju podražaji topline, hladnoće, električne struje, tlaka i sl. [33]. Tolerancija boli najjača je bol koju osoba može podnijeti, a da ne pokazuje oblike bolnog ponašanja, kao što su jaukanje i plač. Mjeri se zadavanjem različito jakih podražaja, a u procjeni se primjenjuju ljestvice verbalnih procjena grafičke ljestvice [33].

Sestrinska procjena boli

Sestrinska procjena bolesnica koje osjećaju bol uključuje:

- procjenu je li bol akutna ili kronična
- identifikaciju faza boli
- promatranje ponašanja pacijentice kao odraza boli
- identifikaciju čimbenika koji utječu na pojavu boli i odgovor pacijentice na njih [33].

Edukacija pacijentice

Edukacija pacijentice izuzetno je važna radi otklanjanja anksioznosti. Pri akutnim bolima poput operacije, određenog medicinsko-tehničkog zahvata, pacijentice se boje, očekuju bol. Često se otpuste iz bolnice misleći da se bol više ne će pojaviti, te postaju anksiozne pri ponovnoj pojavi boli ili ako traje dulje nego što to očekuju. Prije otpusta iz bolnice potrebno je obavijestiti pacijenticu i njenu obitelj o mogućoj očekivanoj boli, njezinu intenzitetu i trajanju, te, kad je potrebno da se jave liječniku i zatraže pomoć. Treba ih podučiti o primjeni lijekova protiv bolova i o njihovim nuspojavama, te o neinvazivnim metodama ublaživanja boli koje se mogu primijeniti i kod kuće. Pacijentici i njenoj obitelji treba dati potporu u uvjerenju da se bol uspješno može ublažiti ili ukloniti i kod kuće. Loše liječenje boli dovodi do slabijega zdravstvenoga stanja, nezadovoljstva pacijentica i povećanih troškova zdravstvene skrbi [33].

11.3.1.2. Mučnina i povraćanje

Poslijeoperativne mučnine i povraćanja (engl. Postoperative Nausea and Vomiting, PONV) obuhvaćaju tri vodeća simptoma koja se nakon anestezije mogu pojaviti zasebno ili najčešće zajedno: mučnina (engl. nausea), povraćanje (engl. vomiting) i napinjanje na povraćanje bez izbacivanja želučanog sadržaja (engl. retching) [34]. Mučnina je osobni, neugodni osjećaj pobude na povraćanje bez popratnih mišićnih kontrakcija na izgon i često prethodi povraćanju [34]. Povraćanje je nagli izbačaj želučanog sadržaja na usta, a rezultat je usklađenog rada mišića trbušne stijenke, grkljana i ždrijela, te međurebrenih mišića što je popraćeno povratnom kontrakcijom mišićnog sloja tankog crijeva, opuštanjem svoda želuca, otvaranjem ulaznog otvora želuca, spuštanjem ošita, zatvaranjem ulaza u grkljan i podizanjem mekog nepca. Povraćanje ili napinjanje na povraćanje bez povraćenog sadržaja koje se zaredom uzastopno ponavlja u razmacima do pet minuta, definiraju kao jedna emetska epizoda [34]. Povraćanje bez prethodne mučnine je izuzetno rijetka pojava dok je mučnina često popraćena povraćanjem. Radi se o zasebnim pojavama koje tako treba i promatrati jer iako se često prate, povraćanje ne možemo smatrati daljnjim stadijem mučnine. Mučnina ako potraje može biti teško podnošljiva, predstavljati čak i veći problem za pacijenticu od recimo jednokratnog povraćanja nakon kojeg može uslijediti potpuno olakšanje. Međutim, radi se o subjektivnom osjećaju nestalne jakosti bez mogućnosti standardnog mjerenja što otežava usporedbu između pojedinih pacijentica i grupa pacijentica kao i rezultate raznih studija. Mučnine nije lako uočiti, mjeriti i uspoređivati dok je nasuprot tome povraćanje pojava koja se može jasno opažati [34].

Intervencije medicinske sestre:

- omogućiti najpovoljniji položaj pacijentice
- pripremiti pribor za povraćanje, i postaviti ga na dohvat ruke pacijentici
- uputiti pacijenticu da duboko diše, tekućinu davati u malim količinama ukoliko je dozvoljeno, ponuditi led
- uporaba distraktora
- prilagodba mikroklimatskih uvjeta
- primjena farmakoloških sredstava
- obavijestiti liječnika [29].

11.3.1.3. Abdominalna distenzija

Abdominalna distenzija ili povećanje trbuha može biti rezultat nakupljanja plinova u crijevima [35]. Uobičajena je pojava nakon svakog kirurškog zahvata, pacijentica je naduta, te ima osjećaj punoće. Ponekad pritisak na ošit može uzrokovati poteškoće s disanjem i štucavicu. Zadaće su sestre promatrati pacijenticu, slušati peristaltiku crijeva i provoditi postupke koji će omogućiti izlaženje plinova i umanjiti, odnosno ukloniti abdominalnu distenziju [36].

Sestrinske intervencije:

- mijenjati položaj pacijentice u krevetu (ovisno o njezinu stanju)
- poticati pacijenticu na kretanje (ako smije i može) - ne davati tekućinu ili hranu dok se ne uspostavi peristaltika
- uvesti rektalni kateter za izlaženje plinova (Darmrohr)
- primijeniti klizmu
- uvesti nazogastričnu sondu pacijenticama koje povraćaju
- primijeniti farmakološka sredstva po uputi liječnika

Peristaltika se uglavnom uspostavlja za 24 – 48 sati [29].

11.3.1.4. Štucajica

Štucajica (singultus) je ponavljano, nevoljno grčenje ošita nakon kojeg dolazi do iznenadnog zatvaranja glotisa, koji nadzire ulazak zraka i uzrokuje karakterističan zvuk. Prolazni napadi su vrlo česti. Trajna (>2 dana) i dugotrajna (>1 mj.) štucajica je rijetka, ali vrlo neugodna [37]. Postoperativno štucajanje može uzrokovati poremećaj spavanja, fizičku i psihičku iscrpljenost i dehiscenciju rane zbog snažnih pokreta abdominalne stijenke [38]. Najčešći uzroci štucajice su: distenzija želuca, peritonitis, subdijafragmalni absces, distenzija abdomena, pritisak različitih tumora na živac, te indirektna iritacija zbog toksemije ili uremije i pijenjem jako hladne ili vruće tekućine, opstrukcije crijeva i sl. [29].

Intervencije medicinske sestre:

- pravovremeno uočavanje i ublažavanje simptoma:
 - aktivnost ošita može se povećati nizom dubokih udisaja uz zadržavanje daha ili dubokim disanjem u papirnatu vrećicu [37]
 - podražavanje vagusa nadražajem grla (npr. gutanjem suhog kruha, šećera ili smrvljenog leda; povlačenjem za jezik, stimuliranjem gutanja) [39]
- primjena farmakoloških postupaka prema odredbi liječnika

11.3.1.5. Žeđ

Žeđa je svjesna želja za pijenjem vode, a javlja se zbog dehidracije stanice odnosno povišenja osmotskog tlaka tjelesnih tekućina [40].

Kod operiranih pacijentica žeđ je posljedica:

- apstinencije od uzimanja tekućine na usta
- karencije prije operacije i određeno vrijeme poslije operacije
- gubitka tekućine za vrijeme operacije i nedovoljna nadoknada
- dobivanja nekih lijekova (premedikacija – Atropin) [29]

Osjećaj suhoće u ustima nakon operacije posljedica je smanjenog lučenja slin, neuzimanja tekućine na usta, a ne žeđi jer bolesnik parenteralno dobiva tekućinu [36].

Sestra je dužna:

- objasniti pacijentici uzrok suhoće usta i važnost neuzimanja tekućine na usta
- vlažiti usnice i jezik mokrom gazom
- primjenjivati propisanu intravensku nadoknadu
- na usta staviti papirnatu vrećicu te pacijentica u nju pet minuta udiše i izdiše
- zadržati dah dok uzima velike gutljaje vode (oni koji mogu piti) [36].

11.3.1.6. Poteškoće s mokrenjem

Pacijentice obično ne mokre 6 – 8 sati nakon operacije, a vrlo često prisutna je oligurija. Količina primljene i izlučene tekućine izregulira se kroz 48 sati [36].

Intervencije medicinske sestre

- ako pacijentica ne može spontano mokriti, mokrenje se pokušava izazvati raznim postupcima: stavljanjem bolesnika u drugi položaj, stavljanjem toplog termofora u predio mokraćnog mjehura, otvaranjem slavine, stavljanjem tople posude za nuždu, osiguravanjem intimne i opuštene atmosfere.
- pražnjenje mokraćnog mjehura kateterizacijom uz obavezno pridržavanje pravila aseptičkog rada [36].

11.3.1.7. Specifične komplikacije nakon ginekoloških zahvata

- Ozljede susjednih organa
- Vrlo jako, nekontrolirano krvarenje koje zahtijeva transfuziju krvi
- Povremena oslabljena funkcija mokraćnog mjehura,
- Infekcije
- Crijevna opstrukcija ili ileus,
- Oštećenja kože, mekih tkiva i živaca,
- Bolan ožiljak [41].

11.4. Palijativna skrb za bolesnicu

Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Interdisciplinarna je u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici [42]. Obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života [43]. Ona afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa, te nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti [42].

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima [44].

Suočavanje sa malignom bolešću u većini slučajeva izuzetno je teško kako za pacijenticu, tako i za obitelj, a može izazvati različite emocionalne reakcije. Emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću (Elizabeth Kuebler-Ross) su:

- odbijanje
- gnjev
- cjenkanje
- potištenost
- prihvatanje [29].

U ulozi medicinske sestre je pružanje podrške pacijentici i obitelji tijekom suočavanja s bolešću. Važno je procijeniti stanje pacijentice, suosjećati s njom, davati odgovore na pitanja, nastojati ne davati lažnu nadu i u potpunosti iskreno razgovarati s pacijenticom što je ujedno i jedno od temeljnih ljudskih prava, da aktivno sudjeluje u vlastitom liječenju i donosi odluke. Neophodno je da medicinska sestra upozna pacijenticu, zajedno sa njenim problemima, patnjama, mislima, te empatijskim pristupom omogući pacijentici što bolju prilagodbu i prihvatanje vlastitog trenutnog stanja.

Jedan od postupaka kojima sestra sudjeluje s ciljem poboljšanja kvalitete života palijativnih pacijentica je ublažavanje boli. Pri tome se može koristiti raznim kirurškim, farmakološkim i psihološkim metodama uklanjanja boli [29]. Osim potrebe za ublažavanjem

boli, neophodno je brinuti i o drugim potrebama koje imaju palijativni pacijenti poput potrebe za očuvanjem samopoštovanja, pažnjom i pripadanjem, suosjećanjem i komunikacijom [29].

Intervencije koje medicinska sestra provodi u svrhu zadovoljenja potreba pacijentice i omogućavanja dostojanstvenog kraja života:

- utopeliti pacijenticu (tople čarape, deka)
- provoditi vrijeme sa pacijenticom, držati ju za ruku
- identificirati se kada se obraćate pacijentici, govoriti polako i razgovijetno
- održavati higijenu, češće mijenjati rublje, ukoliko je potrebno, staviti pelenu, izbjegavati uvođenje urinarnog katetera
- smirivati pacijenticu razgovorom, smanjiti svjetlo i buku, pustiti opuštajuću muziku
- ne tjerati pacijenticu da pije i jede, ponuditi led, vlažiti usta, održavati higijenu usne šupljine
- nastojati biti „sa pacijenticom” bez razgovora, omogućiti provođenje vremena sa obitelji i bližnjima
- omogućiti sastavljanje oporuke/posljednje želje
- omogućiti razgovor sa psihologom, susret sa svećenikom/duhovnikom [29].

Provođenjem sestrijskih intervencija zadovoljavaju se navedene potrebe, te se ujedno ostvaruju i ciljevi palijativne skrbi.

Ciljevi palijativne skrbi:

- ☞ poštovati autonomnost, vrijednosti i odluke
- ☞ kontinuirano revidirati ciljeve
- ☞ minimizirati simptome distresa na kraju života
- ☞ optimizirati odgovarajuće suportivne intervencije i konzultacije
- ☞ reducirati nepotrebne intervencije
- ☞ pružiti podršku obitelji u provođenju skrbi
- ☞ podrška u procesu žalovanja
- ☞ mogućnost i osiguranje smještaja i premještaja bolesnika u hospicij [44].

11.4.1. Specifičan pristup obitelji oboljele

U palijativnoj skrbi nastoji se što više uključiti bližnje i obitelji u aktivnosti vezane uz oboljelu pacijenticu. Kao i za pacijenticu, i za obitelj je suočavanje sa dijagnozom i skorim

krajem života vrlo stresan period, te je uloga palijativne skrbi u pružanju podrške i pomoći nepobitna.

Opterećenja koja doživljava obitelj umiruće osobe su brojna: zahtjevnost njege u obitelji, promjene organizacije obiteljskog života, povećani novčani izdaci, javljanje negativnih osjećaja, razvoj traume zbog prisutnosti trpljenju drage osobe, suočavanje s gubitkom i tugovanjem, donošenje odluka kad umirući nije više sposoban sebe zastupati i drugo. Zato se u literaturi mogu naći navodi da su za umirućeg jako važne mogućnosti smanjivanja opterećenja obitelji kao što su: najviše moguće uvećati novčanu neovisnost umirućeg, što duže održati njegovu sposobnost samozbrinjavanja, pravovremeno dovršiti planiranje i pripremu za smrt te osigurati odgovarajuću neformalnu i formalnu pomoć i podršku. Upravo kvaliteta skrbi o njihovoj obitelji ima specifičnu važnost za cjelokupni doživljaj umiranja i smrti mnogih umirućih. Oni mogu prihvatiti svoje stanje, ostvariti puninu življenja i mirno provesti posljednje dane, samo ako znaju da time nisu bitno ugrozili dobrobit bližnjih te da će obitelj nakon njihove smrti biti primjereno zbrinuta [45].

Bitno je od samog postavljanja dijagnoze informirati obitelj o svim činjenicama, načinima i mogućnostima i ishodima liječenja. Pri tome se stavlja naglasak na otvorenu komunikaciju prilagođenu obitelji s obzirom na emocionalno stanje i suočavanje sa stresnom situacijom. To će pridonijeti boljem shvaćanju procesa umiranja kod obitelji oboljele, te će se smrt bližnje osobe lakše i mirnije prihvatiti kao neizbježan, prirodni dio života.

Velika većina oboljelih koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti žele skrb i mjesto umiranja u svojem domu, u svojoj poznatoj sredini, uz svoju obitelj. Za bolesnika to predstavlja smanjenje straha od samoće, veći osjećaj sigurnosti i poboljšanje dijela simptoma u obiteljskom okruženju [46].

Uloga sestre je da obitelj pruži pomoć i podršku u vidu:

- poboljšanja međusobne komunikacije
- edukacije o tehnikama suočavanja sa stresom
- pružanja informacija o pružanju njege pacijentici, te pomoć u stjecanju potrebnih vještina
- podržavati obiteljskog njegovatelja, u skrb za umirućeg uključiti drugu osobu iz neformalne mreže podrške ili profesionalnog njegovatelja,

- osigurati usluge tima za palijativnu skrb te dnevni ili privremeni smještaj umirućeg u ustanovu
 - promovirati kvalitetu življenja obitelji u skladu s njezinim vrijednostima i okolnostima [45].
- Dužnosti medicinske sestre u palijativnoj skrbi prisutne su od suočavanja s bolešću do smrti, ali i nakon nje. Važno je osnaživati obitelj tijekom procesa žalovanja što će dovesti do uspješnijeg suočavanja s promjenama u obitelji i zajednici, te prihvaćanja gubitka bližnje osobe.

11.4.2. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija je proces razmjene informacija dogovorenim sustavom znakova, a obično je opisana prema trima glavnim dimenzijama: sadržaju, obliku i cilju. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna. Verbalna komunikacija je izmjenjivanje poruka govorom, odnosno riječima. Riječi mogu izazvati različite emocije kao i neugodne reakcije. Verbalnim načinom uglavnom prenosimo informacije, a neverbalnim prenosimo stavove i emocionalni odnos prema informacijama koje primamo ili odnos prema osobi s kojom komuniciramo.

U slučajevima kada pokušavamo interpretirati nečije neverbalno ponašanje, svakako moramo uzeti u obzir vlastite emocije koje prilikom percepcije vanjskoga svijeta djeluju tako da smanjuju objektivnost našeg opažanja. Neverbalni znakovi komunikacije mogu biti statični i dinamični. Statični znakovi su udaljenost tijela, međusobni položaj, stav tijela i tjelesni kontakt, a dinamični su znakovi izrazi lica, kretnje (geste), kontakt očima i dr. Sami oblici ponašanja, odjeća, rasna i etnička pripadnost pa čak i spol, konstitucija i visina osobe imaju važne, ako ne i odlučujuće utjecaje na neverbalnu komunikaciju i konačno stvaranje dojma o određenoj osobi ili o nama samima [47].

Komunikacija u zdravstvu smatra se fundamentalnom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s pacijentima. Izrazito je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesionalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskoga tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnoga društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini [47].

Dobre komunikacijske vještine važne su za sve zdravstvene djelatnike, a osobito za one koji se brinu o pacijentima koji se suočavaju s terminalnim bolestima [48].

Pacijenti s neizlječivom bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj skrbi izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi.

Nikada nije lako priopćiti vijest o dijagnozi i/ili prognozi koja će pacijentici priopćiti nadolazeću smrt. Zapravo priopćavanje takve neželjene vijesti se smatra pravom umješnošću uzmu li se u obzir objektivna težina situacije uzrokovana gubitkom bliske osobe i psihičkom strukturom zdravstvenog djelatnika koji u takvo stanje nije uključen samo profesionalno.

Naime, i po svojoj čovječnosti odnosno svojim sudjelovanjem u određenoj situaciji participira, tj. osobnom proživljava radost života i težinu smrti [47].

U pacijentica s neizlječivom bolešću nastoji se postići što aktivnije suočavanje u svrhu uspješnije prilagodbe situaciji i u tom su kontekstu, svi članovi tima koji rade s pacijenticama suočeni s potrebom pomoći im u tome.

Problem nedovoljne komunikacije često se javlja, naročito kada se radi o pacijenticama oboljelima od neizlječive bolesti. Vrlo često je tome razlog nedostatak edukacije o komunikacijskim vještinama, pri čemu zdravstveni djelatnici nastoje izbjegavati otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima, ali i sa kolegama i suradnicima. Nerijetko se opravdavaju nedostatkom vremena, prezaposlenošću ili manjkom osoblja. No, dobro je imati na umu da nezadovoljavajuća komunikacija u palijativnoj skrbi ne ostavlja posljedice samo na pacijente i njihove bližnje. Medicinske sestre su u radu s umirućim pacijentom izložene djelovanju znatnog broja stresora, među kojima se javlja i nezadovoljavajuća, odnosno neadekvatna komunikacija. Isti stresori utječu na učestalost pojave i broj izraženih simptoma "burn out" sindroma, odnosno sindroma izgaranja.

U palijativnoj medicini postoje brojne situacije koje označuju posebne izazove u komunikaciji, kao što su priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje i optimalno postavljanje prema akutnim i kroničnim emocionalnim reakcijama bolesnika, rasprava o prognozi i rizicima, zajedničko donošenje odluka s bolesnikom, situacije kada se dogodi recidiv, uključivanje obitelji u komunikaciju, komunikacija o prelasku na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života te komunikacija s obitelji nakon smrti bolesnika [47].

11.4.2.1. Komunikacija s oboljelom pacijenticom

Informiranost pacijentice zahtijeva odlučivanje do samog kraja života, uključenost u planiranje skrbi i podršku bližnjih koji će biti izvršitelji njezine volje u vrijeme kad sama sebe više neće moći zastupati. Očituje se volja, namjera, misli i postupci u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, omogućava pravo na izbor kako živjeti ili umrijeti prema vlastitim vrijednostima, stilu i načinu života. Pacijenti odabiru mjesto i način skrbi, vrijeme i način smrti, primjenu medicinskih zahvata, postupaka, intervencija i želje koje bi voljeli da se poštuju. Naglašavaju da ne bi voljeli patiti, trpjeti veliku bol u trenutku smrti. Jedno od najvažnijih potrebitih vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. To je vrsta slušanja u kojem se pacijentici pokazuje da se doista sluša ono što ona govori, pita i osjeća. Svjesni su da moraju napustiti svoje postojanje i osjećaje koje ne mogu prenijeti, a osjećaji izazivaju strah od onoga što predstoji u trenutku smrtne tjeskobe. Otvoreno razgovaraju o pripremama za smrt i želji za prisutnost članova obitelji i drugih osoba za vrijeme umiranja [48].

Individualni pristup pacijentici omogućava procjenu koliko je osoba sposobna primiti informacije, prihvatiti ih, razumjeti i sabrano ih čuti. U komunikaciji umirućeg s članovima multidisciplinarnog tima zadržava se identitet osoba koje umiru, definira se što je za njih dobra smrt i u svom načinu življenja određuju okolnosti umiranja. Emocije treba uvažavati, prepoznavati uzroke i poticati na izjašnjavanje. Odgovori na njih karakteristični su za njihovu osobnost [48].

Uz informiranje o bolesti i liječenju kao najznačajnijem obliku komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicama, davanje emocionalne podrške također je važan oblik komunikacije. Tako se pacijentici omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava se njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju se pogrešna vjerovanja, predrasude i neznanje, smanjuje se stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti [48].

Nesporazumi u komunikaciji ovise o pacijentičinom prihvaćanju. Razumijevanje osobnosti i ponašanje pacijentice pomaže u pripremi i prevladavanju zapreka u komuniciranju, što doprinosi jasnoći komunikacije. Potrebno je koristiti strukturirani postupni pristup koji osigurava uspješnu komunikaciju. Tijek čitavog procesa potrebno je dokumentirati, zbog korištenja u budućim susretima, kako bi znali što smo priopćili i objasnili pacijentici.

Komunikacija se u zdravstvenom stručnom timu, dakle, ostvaruje suradnjom u radu, koordinacijom rada i uspostavljanjem suradničke mreže. Jedan od njegovih glavnih ciljeva jest postići dogovor među različitim stručnjacima o najboljim mogućim rješenjima nekog problema na kojem zajednički rade. U odnosima s drugim stručnjacima potrebna je jednaka usmjerenost na cilj, iskrenost, empatiju, međusobnu suradnju te aktivno slušanje i poštovanje dostojanstva drugoga [48].

11.5. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijentica oboljelih od karcinoma vrata maternice

Definicija sestrinske dijagnoze prema M. Gordon iz 1982. godine glasi: "Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati". Nadalje, desetak godina kasnije, NANDA donosi definiciju koja sestrinske dijagnoze definira kao kliničku prosudbu odgovora pojedinca, obitelji ili zajednice na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme i životne procese. One pružaju osnovu za odabir sestrinskih intervencija usmjerenih postizanju ciljeva za koje su medicinske sestre odgovorne, olakšavaju komunikaciju, definiraju sestrinsku praksu (sadržaje rada), te potiču dokumentiranje zdravstvene njege [49].

Svakom pojedincu potrebno je pristupiti individualno, uz puno strpljenja, zbog čega medicinska sestra mora biti senzibilna, imati osjećaj empatije, imati dobro teoretsko znanje koje zna dobro primijeniti u praksi, mora biti kompetentna za obavljanje svog posla, zbog čega joj je stalna i kontinuirana edukacija sastavni dio života. Važno je procijeniti individualne bolesnikove potrebe, planirati i zadovoljiti ih te na kraju uspješno ocijeniti, jer se svaki pacijent razlikuje s obzirom na životne navike, dob, spol, vjeru, društveni i imovinski status, stupanj obrazovanja i vrstu bolesti pa se tako i potrebe zadovoljavaju na različite načine. Niti jedna ljudska potreba nije manje ili više važna i nezadovoljavanje bilo koje rezultira bolesnikovim lošim stanjem, a time dolazi do usporavanja oporavka i komplikacija. Virginia Hendeson je u djelu "Osnovna načela zdravstvene njege", koju je napisala na zahtjev International Council of Nurses, u jednom dijelu knjige izjavila: „Bolesni ljudi naša su druga obitelj, bolesnička soba je naš drugi dom, naš drugi život kojem se moramo posvetiti i dušom i tijelom. Svoj "život" moramo voljeti, uživati u njemu, jer ćemo samo na taj način uspješno zadovoljiti osnovne ljudske potrebe.“ Specifične aktivnosti njege usmjerene su prema V. Henderson na četrnaest osnovnih ljudskih potreba, a koncepcija zadovoljavanja osnovnih

životnih potreba u okvirima zdravstvene njege se temelji na teoriji motivacije Abrahama Maslowa [50].

"Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba učiniti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije" - definicija je uloge medicinske sestre prema Virgini Henderson [51].

Adaptacijski model C.Roy je najčešće primjenjivani model njege terminalnih bolesnika. Orijeantiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu te promatra svakog pojedinca koji se prilagođava dinamičnoj okolini na poseban način.

Calista Roy svrstava potrebe u četiri skupine:

- Fiziološke potrebe- disanje, prehrana, tekućina i elektroliti, eliminacija, aktivnosti, odmor i spavanje, osobna higijena, sigurnost
- Samopercepcija- osjećaji i uvjerenja koji utječu na ponašanje, psihički integritet, osobnost, očekivanja, etičke i moralne norme osobe, učenje, vjera, samopoštovanje
- Uloge- položaj, socijalni integritet, ponašanje (roditeljska i društvena uloga)
- Podrška- obitelj, prijatelji, crkva, primarna zdravstvena zaštita [52].

Pri provođenju sestrinske skrbi za pacijentice oboljele od karcinoma cerviksa vrlo su česte sljedeće dijagnoze:

- neupućenost
- anksioznost
- smanjeno podnošenje napora
- bol
- visok rizik od nastanka infekcija
- socijalna izolacija
- promjena tjelesnog izgleda (alopecija)

11.5.1 Neupućenost

- Definicija - nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.
- Mogući ciljevi

1. Pacijentica će verbalizirati specifična znanja
 2. Obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentici
- Intervencije
 - poticati pacijenticu na usvajanje novih znanja i vještina
 - prilagoditi učenje kognitivnim sposobnostima pacijentice
 - osigurati pomagala tijekom edukacije
 - poticati pacijenticu i obitelj da postavljaju pitanja
 - poticati pacijenticu na verbalizaciju osjećaja
 - osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
 - omogućiti pacijentici demonstriranje specifične vještine
 - pohvaliti pacijenticu za usvojena znanja.
 - Mogući ishodi/evaluacija
 1. Pacijentica verbalizira specifična znanja
 2. Obitelj aktivno sudjeluje u skrbi i pruža podršku [53].

11.5.2. Anksioznost

- Definicija – nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.
- Mogući ciljevi
 1. Pacijentica će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
 2. Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
 3. Pacijentica će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.
- Intervencije
 - stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentici pokazati razumijevanje njegovih osjećaja

- stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz pacijenticu kada je to potrebno
 - opažati neverbalne izraze anksioznosti (smanjena komunikativnost, razdražljivost, agresija...)
 - redovito informirati pacijenticu o tretmanu i planiranim postupcima
 - poučiti pacijenticu postupcima/procedurama koje će se provoditi
 - koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijentice
 - osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
 - omogućiti pacijentici da sudjeluje u donošenju odluka
 - potaknuti pacijenticu da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
 - potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost
 - potaknuti pacijenticu da izrazi svoje osjećaje
 - pomoći i podučiti pacijenticu vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
 - vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
 - vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
 - okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
 - humor
 - terapijska masaža i dodir
 - Mogući ishodi / Evaluacija
 1. Pacijentica prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih.
 2. Pacijentica se pozitivno suočava s anksioznosti.
 3. Pacijentica opisuje smanjenu razinu anksioznosti [54].
- 11.5.3. Smanjeno podnošenje napora
- Definicija – stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.
 - Mogući ciljevi

1. Pacijentica će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti.
 2. Pacijentica će bolje podnositi napor, povećati će dnevne aktivnosti.
 3. Pacijentica će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.
- Intervencije
 - prepoznati uzroke umora kod pacijentice
 - izbjegavati nepotreban napor
 - osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju (trapez, štake, štap, hodalicu, naočale...)
 - prilagoditi okolinske činitelje koji utječu na kretanje i stupanj samostalnosti
 - izmjeriti puls, krvni tlak i disanje prije, tijekom i 5 minuta nakon tjelesne aktivnosti
 - poticati pacijenticu na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima
 - ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina)
 - pružiti emocionalnu podršku
 - s pacijenticom izraditi plan dnevnih aktivnosti
 - educirati pacijenticu i obitelj o važnosti i pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti
 - ohrabriti obitelj da potiče pacijenticu na primjerenu aktivnost i sudjelovanje u aktivnostima samozbrinjavanja
 - Mogući ishodi / Evaluacija
 1. Pacijentica izvodi dnevne aktivnosti sukladno svojim mogućnostima, bez umora, zaduhe, vrtoglavice i bola.
 2. Pacijentica dobro podnosi postupke samozbrinjavanja u bolesničkom krevetu, ali nije u mogućnosti samostalno otići do toaleta.

3. Pacijentica prihvaća pomoć bez nelagode [54].

11.5.4. Akutna bol

- Definicija - neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s predvidljivim završetkom u trajanju kraćem od 6 mjeseci
- Mogući ciljevi
 1. Pacijentica neće osjećati bol.
 2. Pacijentica će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne.
 3. Pacijentica će nabrojati uzroke boli.
- Intervencije
 - prepoznati znakove boli, izmjeriti vitalne funkcije
 - ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
 - primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova
 - ohrabriti pacijenticu, objasniti joj da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja
 - podučiti pacijenticu tehnikama relaksacije
 - obavijestiti liječnika o pacijentičinoj boli, primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi
 - razgovarati s pacijenticom o njezinim strahovima, ublažiti ih prisustvom i razgovorom
 - poticati na verbalizaciju osjećaja boli
 - dokumentirati pacijentičine procjene boli na skali boli
- Mogući ishodi/evaluacija
 1. Pacijentica ne osjeća bol.
 2. Pacijentica na skali boli iskazuje nižu jačinu boli od početne.
 3. Pacijentica zna nabrojati uzroke boli [53].

11.5.5. Visok rizik za infekciju

- Definicija - stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

- Mogući ciljevi

1. Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije:

- pacijentica će biti afebrilan, (temp. 36 - 37°C),
- laboratorijski nalazi (leukociti, SE) će biti unutar referentnih vrijednosti
- urin će biti makroskopski čist, svjetlo žute boje, bez mirisa i sedimenta

2. Pacijentica će usvojiti znanja o načinu prijenosa i postupcima sprečavanja infekcije, demonstrirati će pravilnu tehniku pranja ruku.

3. Pacijentica će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.

- Intervencije

- mjeriti vitalne znakove, pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima, pratiti izgled izlučevina.

- poslati urin na bakteriološku analizu

- održavati higijenu ruku prema standardu

- koristiti mjere zaštite prema standardu

- poučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijenticom

- održavati higijenu prostora prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)

- podučiti pacijenticu važnosti održavanja higijene ruku

- održavati higijenu perianalne regije

- poštivati postupke aseptičnog načina rada

- pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije.

- provoditi mjere sprečavanja respiratornih postoperativnih komplikacija:

- provoditi vježbe disanja
- provoditi vježbe iskašljavanja
- provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta

- mijenjati drenažne položaje
- educirati pacijenta i obitelj o:
 - čimbenicima rizika za nastanak infekcije
 - načinu prijenosa infekcije
 - mjerama prevencije infekcije
 - ranim simptomima i znakovima infekcije
 - zbrinjavanju infektivnog otpada
- Mogući ishodi / Evaluacija
 1. Tijekom hospitalizacije nije došlo do pojave infekcije
 - tjelesna temperatura pacijentice je 36,8°C
 - mikrobiološki nalazi uzoraka su sterilni
 - urin je bistar svjetlo žute boje bez mirisa i sedimenta
 2. Pacijentica demonstrira pravilnu tehniku pranja ruku
 3. Pacijentica nabraja simptome infekcije [54].

11.5.6. Socijalna izolacija

- Definicija - stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.
- Mogući ciljevi
 1. Pacijentica će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
 2. Pacijentica će razviti suradljiv odnos
 3. Pacijentica će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima
- Intervencije
 - uspostaviti suradnički odnos, poticati na izražavanje emocija
 - poticati pacijenticu na uspostavljanje međuljudskih odnosa, te na razmjenu iskustava s drugim pacijenticama
 - podučiti pacijenticu asertivnom ponašanju

- ohrabrivati je i pohvaliti svaki napredak
- osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- upoznati pacijenticu sa radom suportivnih grupa, uključiti u grupnu ili radno okupacionu terapiju
- Mogući ishodi/evaluacija
 1. Pacijentica navodi razloge osjećaja usamljenosti
 2. Pacijentica je razvila suradljiv odnos
 3. Pacijentica se povlači u sebe [54].

11.5.7. Poremećaj tjelesnog izgleda

- Definicija - Iskrivljena slika o vlastitom tjelesnom izgledu/ težini.
- Intervencije
 - istražiti pacijentičino razumijevanje vlastitog fizičkog stanja
 - procijeniti kako obitelj i pacijentica percipiraju nastale fizičke i psihičke promjene, te usporedba te slike sa onom prije nastupa bolesti
 - prikupiti podatke o pacijentičinoj procjeni vlastitih slabosti i prednosti
 - potaknuti pacijenticu na preispitivanje pozitivnih i negativnih percepcija samoga sebe, te na prepoznavanje, izražavanje i prihvaćanje neugodnih osjećaja [55]
 - kod alopecije kao nuspojave kemoterapijskog liječenja, podučiti pacijenticu i obitelj o njezi vlasišta i kose koja počinje rasti (preporučiti upotrebu blagih sredstava za higijenu kose, prirodno sušenje kose, izbjegavanje učestalog češljanja...)
 - preporučiti pacijentici nošenje šešira, marama, vlasulja/perika.

Osim sestrinskih dijagnoza i provođenja intervencija kod skrbi za oboljelu pacijenticu, prijeko je potrebno imati na umu i obitelj pacijentice. Dužnost je medicinske sestre skrbiti i biti uz članove obitelji u procesu žalovanja.

11.5.8. Žalovanje

- Definicija - emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca, kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak
- Mogući ciljevi

1. Članovi obitelji će izraziti svoje osjećaje

2. Članovi obitelji će razviti adekvatne mehanizme suočavanja s gubitkom

- Intervencije
 - stvoriti profesionalan empatijski odnos
 - poticati obitelj na suočavanje s gubitkom
 - potaknuti na verbalizaciju osjećaja
 - osigurati privatnost, dostojanstven oproštaj s umirućim članom obitelji
 - savjetovati uključivanje u grupe za podršku
 - uključiti religijsku – duhovnu pomoć
 - omogućiti psihološku podršku
- Mogući ishodi/evaluacija
 1. Članovi obitelji izražavaju svoje osjećaje
 2. Članovi obitelji se adekvatno suočavaju sa žalovanjem [53].

12. Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice u Hrvatskoj usvojen je na sjednici Vlade Republike Hrvatske 15. srpnja 2010., a u skladu je s odrednicama Nacionalne strategije prevencije i ranog otkrivanja raka, koje su sastavni dio cjelokupne strategije razvoja zdravstva [56].

Ciljna skupina

Prema preporukama Europske unije ciljna skupina su sve žene u dobi 25-64 godine, što je prema popisu stanovništva iz 2001. godine 1 198 299 žena [59], te prema popisu iz 2011. godine 1 190 964 žene [57].

Opći ciljevi

1. Obuhvatiti 85% ciljne populacije programom ranog otkrivanja raka vrata maternice tijekom tri godine od početka programa;
2. Smanjiti pojavnost raka vrata maternice za 60%-70% u dobnoj skupini žena od 25-64 godine osam godina od početka programa;
3. Smanjiti mortalitet od raka vrata maternice za 80% u dobnoj skupini 25-70 godina 13 godina od početka programa [58].

Specifični ciljevi

1. Ustanoviti incidenciju i prevalenciju raka vrata maternice u asimptomatskoj (zdravoj) populaciji, stupanj proširenosti i operabilnost;
2. Ustanoviti točan protokol pristupa bolesnicima s rakom vrata maternice u skladu s mogućnostima našeg zdravstva;
3. U što više centara uvesti kolposkopsko otkrivanje predmalignih tumorskih promjena;
4. Standardizirati kirurško i medikamentozno liječenje te indikacije i načine radioterapije [58].

13. Zaključak

Kada govorimo o skrbi pacijentice oboljele od karcinoma cerviksa, neosporno je velika uloga medicinske sestre, od samog početka, kroz edukaciju mlađih populacija o odgovornom spolnom ponašanju, o rizicima i simptomima bolesti; utvrđivanja dijagnoze, prijeoperacijske pripreme, intraoperacijske, te postoperacijske njege, do palijativne skrbi za pacijenticu i njenu obitelj. Naglasak se stavlja na timski rad, odnosno na suradnju zdravstvenih stručnjaka različitih profesija, koji zajedničkim radom pridonose kvalitetnijem i potpunijem pružanju zdravstvene skrbi.

U današnje vrijeme, vrijeme velikog napretka znanosti i tehnologije, vrijeme dostupnosti ekonomski prihvatljive i pouzdane dijagnostike karcinoma ginekoloških organa, naročito karcinoma vrata maternice, te dobroj prognozi u slučaju pravovremenog otkrivanja, još uvijek možemo svjedočiti dijagnosticiranju karcinoma u kasnijem stadiju, neodazivu žena na testove probira, te ujedno i nezadovoljavajućoj razini znanja populacije o načinima sprječavanja i mogućnostima ranog otkrivanja bolesti.

Važno je naglašavati i upućivati na provođenje redovitih ginekoloških pregleda, te pravovremeno započeti s liječenjem infekcija genitalnog sustava i spolno prenosivih bolesti koje nerijetko mogu pridonijeti nastanku prekanceroznih promjena i karcinoma.

Uloga patronažnih medicinskih sestara, također je od izuzetne važnosti. Naročito u promicanju i provođenju Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice jer su upravo oni posebno educirani zdravstveni kadar koji prilikom kućnih posjeta, prenose svoja znanja na pučanstvo, upućuju ih u rizične faktore koji dovode do nastanka karcinoma cerviksa, motiviraju ih na odaziv na preventivne preglede, te sudjeluju u praćenju zdravstvenog stanja oboljelih i pružanju podrške i pomoći oboljelima, ali i obitelji.

U Varaždinu, 25. rujan 2017.

Nikolina Vranić

14. Literatura

- [1] Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak, Incidencija raka u Hrvatskoj, 2014. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2014_final.pdf, dostupno 2.8.2017.
- [2] N. Ljubojević: Ginekologija i porodništvo, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2005.
- [3] S. Audy-Jurković, A. Grgurević-Batinica, V. Mahovlić, L Krivak: Ginekološka citologija-vrat maternice, 2003., *Gynaecologia et perinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics*, 12(1), 1-11., <http://hrcak.srce.hr/15514>, dostupno: 1. 8.2017.
- [4] A. Duvančić: Javnozdravstvena važnost infekcijahumanim papiloma virusom u Republici Hrvatskoj, Diplomski rad, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Split, 2015.
- [5] Bakterijske spolno prenosive bolesti kao čimbenik u nastanku raka vrata maternice: suvremeni terapijski pristupi, <http://hrcak.srce.hr/18160>, dostupno: 21.7.2017.
- [6] J. Fanghanel, F. Pera, F. Anderhuber, Ri Nitsch (urednici njemačkog izdanja), I. Vinter (urednik hrvatskog izdanja): Waldeyerova anatomija čovjeka, 17. njemačko izdanje prerađeno u cijelosti, 1. hrvatsko izdanje, Golden marketing-tehnička knjiga, Zagreb 2009.
- [7] P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta: Temelji anatomije čovjeka, Zagreb, 1999.
- [8] D. Karelović i sur.:Infekcije u ginekologiji i perinatologiji, Zagreb, 2012.
- [9] Onkogeni aspekti HPV-genitalnih infekcija kod žena, <http://hrcak.srce.hr/48267>, dostupno: 21.7.2017.
- [10] Primarna prevencija infekcije humanim papilomavirusom cijepljenjem, medicinar.mef.hr/assets/arhiva/hpv.pdf, dostupno: 20.7.2017.
- [11] Genitalne infekcije uzrokovane Humanim Papilomavirusima u pedijatriji <http://www.hdgo.hr/Pages/Print.aspx?sifraStranica=520>, dostupno: 2.8.2017.
- [12] Posebnosti genitalnih infekcija humanim papiloma virusom u muškaraca, https://bib.irb.hr/datoteka/552772.Rad-full-Med.glasnik_10-Skerlev_Ljubojevi.pdf, dostupno: 1.8.2017.
- [13] Humani papiloma virus i karcinom cerviksa: mehanizmi karcinogeneze, epidemiologija, dijagnostika i profilaksa, hrcak.srce.hr/file/81103, dostupno: 31.7.2017.
- [14] S Jukić i suradnici: Patologija ženskog spolnog sustava III. izdanje, Zagreb, 1999.
- [15] Infekcija HPV i premaligne i maligne promjene vrata maternice, hrcak.srce.hr/7773, dostupno: 31.7.2017.

- [16] A Ćorušić, M Šamija, H. Šobat. Ginekološka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb 2005.
- [17] Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak, Incidencija raka u Hrvatskoj, 2013., https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2013_final.pdf, dostupno 2.8.2017.
- [18] Europski tjedan prevencije raka vrata maternice, <http://www.zzjzfbih.ba/europski-tjedan-prevencije-raka-vrata-maternice/>, dostupno: 8.8.2017.
- [19] Zloćudni tumori vrata maternice, hrcak.srce.hr/file/31768, dostupno: 28.7.2017.
- [20] Kliničke upute za dijagnostiku, liječenje i praćenje bolesnica oboljelih od raka vrata maternice, <http://www.hdgo.hr/userFiles/upload/documents/HDGO%20smjernice/ONK/HDGO-S1-Onkologija-Cerviks.pdf>, dostupno: 27.7.2017.
- [21] Rak vrata maternice, <http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/en/ostale-vijesti/465-rak-vrata-maternice>, dostupno: 25.7.2017.
- [22] Ž. Pavleković: Značaj citologije, kolposkopije i tipizacije humanog papiloma virusa u skriningu karcinoma grlića maternice, Subspecijalistički rad, Univerzitet u Beogradu, medicinski fakultet, Beograd, 2008.
- [23] V. Šimunić, i sur.: Ginekologija, Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
- [24] Kvaliteta života onkoloških bolesnika, hrcak.srce.hr/161080, dostupno: 22.7.2017.
- [25] Lj. G. Antić: Značaj određivanja indeksa rizičnog ponašanja za obolevanje od karcinoma grlića materice, Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, 2014.
- [26] Zdravstvena njega bolesnice sa malignom bolesti cerviksa, http://sestra.zvu.hr/~snjezana/ZDRAVSTVENA%20NJEGA%20BOLESNICE%20S%20MALIGNIM%20GINEKOLO%C5%A0KIM%20BOLESTIMA_datoteke/frame.htm, dostupno: 23.7.2017.
- [27] I. Kovačević: Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika- nastavni tekstovi
- [28] Prijeoperacijska priprema pacijenta, <http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Slike/Instrumentari/PrijeoperacijskaPripremaPacijentaBiserkaSteko.pdf>, dostupno: 24.7.2017.
- [29] Zdravstvena njega odraslih II, <http://moodle.vz.unin.hr/moodle/course/view.php?id=263>, dostupno 34.7.2017.

- [30] B. Kozina: Sestrinstvo i posebnosti perioperacijske skrbi u operacijskoj dvorani, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Zagreb, 2015.
- [31] S. Šepec: Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
- [32] N. Prlić, V. Rogina, B. Muk: Zdravstvena njega 4, Zagreb, 2008.
- [33] S. Franković i sur. Zdravstvena njega odraslih. priručnik za studij sestrinstva, Medicinska naklada, Zagreb, 2010.
- [34] T. Šimurina: Model predviđanja povraćanja nakon opće anestezije pri laparoskopskim ginekološkim zahvatima, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb 2011.
- [35] Abdominalna bol, akutna, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/abdominalna-bol-akutna>, dostupno: 26.7.2017.
- [36] <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A74/datastream/PDF/view>, dostupno: 22.7.2017.
- [37] Štucavica, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/stucavica>, dostupno 22.7.2017.
- [38] Persistent postoperative hiccups: a review, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8249552>, dostupno 22.7.2017.
- [39] M. Čačko: Zdravstvena njega umirućeg bolesnika, Moj glas, Glasnik medicinskih sestara, tehničara i primalja Kliničke Bolnice Sveti Duh, broj 2, travanj 2012. godine, str. 18.
- [40] <http://medicinski.lzmk.hr/zed/>, dostupno 27.7.2017.
- [41] T. Prager: Potreba za fizioterapijom nakon ginekoloških operativnih zahvata, Završni rad, Veleučilište lavoslava Ružička, Vukovar, 2013.
- [42] Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736, dostupno 24.7.2017.
- [43] Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav, hrcak.srce.hr/file/75291, dostupno: 24.7.2017.
- [44] Intervencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi, www.palijativna-skrb.hr/files/Intervencije_medicinske_sestre_u_palijativnoj_skrbi.ppt, dostupno 23.7.2017.
- [45] Obitelj u palijativnoj skrbi, hrcak.srce.hr/23102, dostupno: 24.7.2017.

[46] Obitelj kao osnovna jezgra palijativne skrbi - prikaz slučaja, <http://hrcak.srce.hr/136261>, dostupno: 23.7.20

[47] Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini, <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/152-160.pdf>, dostupno: 8.8.2017

[48] Otvorena komunikacija temelj palijativnog pristupa, [file:///C:/Users/korisnik/Downloads/Rakosec%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/korisnik/Downloads/Rakosec%20(1).pdf), dostupno: 8.8.2017.

[49] Sestrinske dijagnoze, https://ldap.zvu.hr/~snjezana/anasdg2005_datoteke/frame.htm, dostupno: 8.8.2017.

[50] Jalšovec Stubičar S. Pomoć medicinske sestre pacijentu pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, Varaždin, 2016. Raspoloživo na:

<https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A737/datastream/PDF/view> 31. 10. 2016.

[51] Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb 1996.

[52] Ozimec- Vulinec Š., Zdravstvena njega umirućih bolesnika (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2002.

[53] Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara 2013., http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf, dostupno: 8.8.2017.

[54] Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011., http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno: 8.8.2017.

[55] M. Gulanick, J. L. Myers: Nursing care plans, Nursing diagnosis and intervention- Fifth edition, Mosby anaffiliate of Elsevier, St. Louis, 2003

[56] protokol Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice, <http://citologija.hlz.hr/wp-content/uploads/2014/12/PROTOKOL-nacionalnog-programa-ranog-otkrivanja-raka-vrata-maternice.pdf>, dostupno: 22.7.2017.

[57] Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti, https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf, dostupno: 23.7.2017.

[58] Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice, <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalni%20program%20ranog%20otkrivanja%20raka%20vrata%20maternice.pdf>, dostupno: 22.7.2017.

Popis tablica

Tablica 3.1. Podtipovi i skupine Humanog papilloma virusa (HPV) s obzirom na stupanj onkogenoga rizika i promjene koje uzrokuju

Tablica 4.1 Klasifikacija intraepitelnih novotvorina vrata maternice

Tablica 5.5.1.1. FIGO-klasifikacija pločastoga karcinoma vrata maternice



Sveučilište
Sjever



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Nikolina Vranić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom *Specifičnost sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od karcinoma cerviksa* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

N. Vranić

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Nikolina Vranić neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Specifičnost sestrinske skrbi kod pacijentica oboljelih od karcinoma cerviksa* čija sam autorica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

N. Vranić

(vlastoručni potpis)