



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
Visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

FENOMENOLOŠKA ŠTUDIJA NOSEČNICE PO OPRAVLJENI KONIZACIJI

Mentor: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Mojca Jazbec

Jesenice, oktober, 2011

ZAHVALA

Ob tej priložnosti se zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za prijazno in strokovno pomoč pri nastajanju diplomskega dela. Poleg tega se zahvaljujem Katarini Kejžar, profesorici slovenskega jezika s književnostjo, mag govora za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se OZG Kranj, OE ZD Jesenice, ki mi je omogočil študij na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Za izkazano vzpodbudo, podporo, pomoč in zanimanje za moje delo se hvaležno in iskreno zahvaljujem staršem, babici ter vsem sodelavcem in prijateljem.

Zahvaljujem se varovanki A.B., ki je z dobro voljo in prijetnim sodelovanjem pripomogla h končni obliki diplomskega dela.

Prav posebna zahvala gre mojim otrokom in partnerju, ki so se potrpežljivo, z razumevanjem in brez slabe volje v letih mojega študija večkrat odpovedali skupnim družinskim trenutkom.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Rak materničnega vratu je še vedno zelo razširjena bolezen med ženskami in predstavlja nenehno grožnjo zaradi odsotnosti znakov in simptomov. Vsak operativni poseg pri posamezniku pusti pečat na telesnem in duševnem področju - konizacija kot oblika zdravljenja CIN visoke stopnje (CIN 2 in CIN 3) posledično vpliva na kasnejšo nosečnost.

Cilj: V diplomskem delu je opisana povezava med HPV in CIN, zdravljenje sprememb celic materničnega vratu in posledice konizacije na kasnejšo nosečnost. *Prvi cilj* je bil preučiti in predstaviti potek nosečnosti pri izbrani varovanki-nosečnici in opredeliti vplive predhodno opravljene konizacije na nosečnost. *Drugi cilj* je bil predstaviti vlogo diplomiranih medicinskih sester v dispanzerju za ženske.

Metoda: Metoda diplomskega dela je fenomenološka študija primera kot vrsta kvalitativne raziskave. Informacije smo pridobili na podlagi štirih individualnih polstrukturiranih intervjujev z varovanko. Uporabili smo konceptualni model Virginie Henderson. Izvedli smo analizo besedila in oblikovali kode, katere smo kasneje povezali v podkategorije, te pa v dve glavni kategoriji.

Rezultati: Pri analizi besedila smo prepoznali in vsebinsko ločili glavni kategoriji Konizacija in Nosečnost in ju ločeno analizirali. Dobljene kode obeh kategorij smo povezali v štiri podkategorije: Zdravstvene težave, Doživljanje, Podpora partnerja in Izkušnje z zdravstvenim osebjem. Najpomembnejša ugotovitev je prisotnost kode Strah, ki smo jo vključili v podkategorijo Doživljanje. Strah je prisoten v času diagnostike CIN, konizacije in celo nosečnost. Končni razplet je bil ugoden za varovanko.

Razprava: Konizacija je rizični faktor za prezgodnji porod in velik dejavnik stresa. V raziskavo je bila vključena ena ženska. Varovanka se je v obdobju diagnostike in zdravljenja CIN soočala z boleznijo, v obdobju nosečnosti pa s posledicami, ki jih prinaša ta način zdravljenja. Raziskava je v pomoč pri razumevanju doživljanja ženske, ki se sooča z ohranitvijo reproduktivnega zdravja, kasneje pa s strahom pred prezgodnjim porodom. Raziskava opozarja na stiske v nosečnosti in pozdravlja obravnavo nosečnic s psihičnega vidika.

Ključne besede: konizacija, nosečnost po konizaciji, CIN, HPV, študija primera

ABSTRACT

Background: Cervical cancer continues to be widespread in female patients. Due to a lack of signs and symptoms, it poses a constant threat. Each surgical procedure leaves a mark on a patient's physical and mental state; therefore conization as a means of medically treating high-grade CIN (such as CIN 2 and CIN 3) affects pregnancy.

Objective: The thesis focuses on the correlation between HPV and CIN, the treatment of cervical cell mutation, and the effects of conization on subsequent pregnancy. The *primary objective* was to study and present the course of pregnancy on a selected subject, i.e. a pregnant woman, and to establish the influence of previously conducted conization on the pregnancy. The *secondary objective* was to discuss the role of RNs at the gynaecology clinic.

Method: The selected methodological approach was a phenomenological case study as an example of qualitative research. The gathered information is based on four individual half-structured interviews with the subject. The model used was Virginia Henderson's conceptual model. Text analysis yielded codes which were later combined into subcategories; these subcategories were then merged into two main categories.

Results: Text analysis enabled the identification, semantic delineation, and separate analysis of the two main categories, Conization and Pregnancy. The codes obtained from both categories were connected into four subcategories: Health problems, Emotional experience, Partner support, and Experiences with health care personnel. The most important finding is the presence of the Fear code, which was integrated into the Emotional experience subcategory. Fear is present during CIN diagnostics, during conization and throughout the pregnancy. The final outcome was positive for the subject.

Discussion: Conization is a risk factor for premature birth and a great stressor. The research followed one subject who had to cope with an illness during CIN diagnostics and treatment, and with the consequences of such treatment during pregnancy. The research offers insight into the emotional response of a woman struggling to preserve her reproductive health and the subsequent fear of premature birth. Attention is called to pregnancy-related distress, the psychological approach to treating pregnant women is advocated.

Key words: CIN, HPV, conization, pregnancy after conization, case study

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	NOSEČNOST	3
2.1.1	Zdravstveno varstvo nosečnic	3
2.1.2	Vloga medicinske sestre v dispanzerju za ženske	4
2.1.3	Zdravstvena vzgoja nosečnice	6
2.1.4	Doživljanje nosečnosti.....	7
2.2	KONIZACIJA.....	8
2.2.1	Razvoj sprememb celic sluznice materničnega vratu.....	8
2.2.2	Diagnostika.....	14
2.2.3	Zdravljenje.....	16
2.2.4	Nacionalni program ZORA	17
2.2.5	Doživljanje operativnega posega na rodilih	18
2.3	NOSEČNOST PO KONIZACIJI.....	19
2.3.1	Vpliv konizacije na nosečnost	19
2.3.2	Prezgodnji porod	20
2.3.3	Preventivni in kurativni ukrepi	20
2.3.4	Stiske v nosečnosti	21
2.4	KONCEPTUALNI MODEL V. HENDERSON	22
3	EMPIRIČNI DEL.....	24
3.1	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA.....	24
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	24
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	24
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	24
3.3.2	Opis instrumentarija	26
3.3.3	Opis vzorca.....	26
3.3.4	Potek raziskave in opis obdelave podatkov	27
3.4	REZULTATI	28
3.4.1	Konizacija.....	30
3.4.2	Nosečnost	33
3.5	RAZPRAVA	38
4	ZAKLJUČEK	45
5	LITERATURA	46

6 PRILOGE	54
OKVIRNI VPRAŠALNIK	54
TEMELJNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI.....	55

Kazalo slik in shem

Slika 1: Transformacijska cona;	9
Slika 2: Stopnje razvoja celičnih sprememb materničnega vratu;.....	10
Slika 3: Okužba s HPV;.....	13
Slika 4: Bris endocerviksa;	15
Shema 1: Shematski prikaz podkategorij in kod glavne kategorije Konizacija.	29
Shema 2: Shematski prikaz pokategorij in kod glavne kategorije Nosečnost.	30
Shema 3: Primerjava prisotnosti kod obeh glavnih kategorij Konizacija in Nosečnost.	38

1 UVOD

Nosečnost je obdobje, v katerem je ženska telesno in psihično močno obremenjena, kar je povezano s telesnimi in psihičnimi spremembami. Zelo pomembna pri doživljanju nosečnosti je osebnost ženske. Zdrav pogled na nosečnost in materinstvo izhajata iz otroštva (Rakovec Felser, 2002). Nosečnica se celotno nosečnost sooča s celo paleto čustev, ki so si nemalokrat povsem nasprotujoča. Za čustveno zrelo nosečnico je značilna samokontrola nad občutki in obnašanjem. Do svoje okolice ima med nosečnostjo pravilen odnos, na stresne napore se odziva normalno (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Nosečnosti, polni veselega pričakovanja, se lahko pridruži strah in zaskrbljenost glede poteka in končanja nosečnosti, kadar je prisoten dejavnik, ki lahko neugodno vpliva na nosečnost.

Za uspešno nosečnost je poleg zrele nosečnice potrebna tudi vzgojno varstveno opredeljena družba z dobro zasnovanim programom reproduktivnega varstva žensk in nosečnic. V ta okvir uvrščamo prednosečnostno in predporodno varstvo, ki obsega vse postopke z namenom, da se bo zdravi materi rodil zdrav otrok (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Diplomirana medicinska sestra v dispanzerju za žene poleg intervencij po naročilu ginekologa izvaja tudi intervencije zdravstvene nege. Pomembna naloga diplomiranih medicinskih sester v dispanzerju za žene je vzpostaviti iskren in sproščen odnos z nosečnico, kateri s strokovnim svetovanjem odpravi marsikateri strah (Drglin, 2005).

Rak materničnega vratu je v svetu drugi najpogostejši rak pri ženskah. Vsako leto zboli približno pol milijona žensk, polovica zbolelih jih zaradi te bolezni umre (Uršič Vrščaj idr., 2009a). Rak materničnega vratu je ena redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem (Ilijaš Koželj, 2008). Natančna diagnostika obsega bris po Papanicolaou (v nadaljevanju PAP test), kolposkopijo in biopsijo s patohistološkim pregledom odvzetega tkiva (Uršič Vrščaj idr., 2006). Od leta 2003 so redni pregledi zagotovljeni za vse ženske, ki se odzovejo vabilu izbranega ginekologa za PAP bris in z njimi nadaljujejo po priporočilih in strokovnih smernicah z

dobro načrtovanim, zasnovanim in zanesljivo izvedenim državnim programom Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb (v nadaljevanju ZORA).

Incidenca raka materničnega vratu je dosegla vrh leta 1997 (23,1/100.000) (Primic Žakelj, Zadnik, Pogačnik, Uršič Vrščaj, 2006). Po zaslugi dobro zastavljenega preventivnega presejalnega državnega programa ZORA se incidenca omenjenega raka po letu 1999 ne povečuje več (Primic Žakelj, Zadnik, Žagar, 2007).

Humani papiloma virusi (v nadaljevanju HPV) so heterogena skupina virusov DNA (deoksiribonukleinske kisline), ki jih povezujemo s številnimi benignimi in malignimi spremembami ploščatoceličnega epitelija (Poljak idr., 2005). Visoko rizični ali onkogeni HPV so povezani z večjim tveganjem za nastanek predrakavih sprememb in raka materničnega vratu. Mednje sodita visoko rizična HPV 16 in 18 (Uršič Vrščaj, 2002).

Razvoj blagih predrakavih sprememb materničnega vratu v višje stopnje, kot tudi v invazivnega raka, traja več let (Uršič Vrščaj idr., 2009a). Povprečen čas prehoda iz blage prekanceroze do intraepitelijskega raka materničnega vratu je 6 do 10 let. Povprečen čas prehoda v invazivnega raka je prav tako 10 let (Lomšek, Rakar, Kobal, 2003). Čeprav je tveganje za razvoj invazivnega raka materničnega vratu iz hude cervikalne intraepitelijske neoplazije ali CIN 3 zelo majhno, po nekaterih podatkih 3-5 % (Uršič Vrščaj, 2009), obstaja etično soglasje o nujnosti zdravljenja ne le CIN 3, temveč tudi njegovi predstopnji CIN 2 in CIN 1 (Guzej, Lovšin, 2007).

Zdravljenje se priporoča, kadar je nepravilnost prisotna dve leti ali kadar sprememba napreduje v stopnji in velikosti (Takač, Arko, Gorišek, Kodrič, Repše Fokter, 2009). Konizacija kot operativna oblika zdravljenja sprememb celic materničnega vratu pomeni stožčast izrez tkiva. Posledično pride do skrajšanja materničnega vratu, ki ima pomembno vlogo v nosečnosti. Konizacija je dejavnik tveganja za prezgodnji porod; to je porod pred 37. tednom nosečnosti (Verdenik, 2002).

Bolezen rodil predstavlja za žensko veliko obremenitev, še posebej, če je potreben operativni poseg. Spolni organi od rojstva dalje določajo vlogo vsakemu posamezniku in gradijo predstave o samem sebi. Sprejemanje bolezni, operativnega posega na rodilih in soočanje s posledicami zdravljenja je za posameznico težka preizkušnja (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 NOSEČNOST

Medicinski slovar definira nosečnost kot stanje nosečnice od oploditve jajčeca do poroda. V letu 2010 je Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije beležil 22.002 porodov. Rojenih je bilo okoli 22.400 otrok, kar je 2,4% otrok več kot leta 2009. V zadnjih desetih letih omenjeni sistem beleži najmanj porodov leta 2003, ko je bilo rojenih 17.160 otrok. Od tega leta število živorojenih otrok vztrajno narašča, z izjemo leta 2009. Število rojenih otrok je sedaj podobno številu iz začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja (www.ivz.si).

Se bo moj otrok rodil zdrav, bo z njim vse v redu? Kaj se bo dogajalo z mano v nosečnosti? To so vprašanja vsake nosečnice, in večina žensk se v nosečnosti (v korist otroka) odpove škodljivim razvadam in sprejme zdrav življenjski slog. Prav tako je tudi celotna družba naravnana na vzgajanje otrok in mladostnikov v odgovorne starše. Novorojenčki naj bi se rojevali v družbo, v kateri je varovanje reproduktivnega zdravja skrb države (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

2.1.1 Zdravstveno varstvo nosečnic

Prednosečnostno in predporodno varstvo je del varovanja reproduktivnega zdravja in obsega vse postopke, ki jih opravljamo pred in med nosečnostjo z namenom, da se bo zdravi materi rodil zdrav otrok (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Uradni list RS 1998/19 govori, da mora osebni ginekolog v dispanzerju za ženske izvajati reproduktivno zdravstveno varstvo po dispanzerski metodi dela. Skupaj s svojimi sodelavci aktivno skrbi za zdravstveno stanje prebivalstva v njihovem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja ženske in njihove partnerje k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje njihove družine.

Nosečnica opravi preventivne preglede pri izbranem ginekologu, ki spremlja nosečnost in razvoj otroka. Buden nadzor ginekologa in odgovorno ravnanje nosečnice zmanjša tveganje za zaplete in slab izid nosečnosti. Glede na presojo ginekologa se med

nosečnostjo lahko opravijo (poleg zakonsko določenih) tudi dodatne preiskave ali pa se nosečnost spremlja v bolnišnici.

Če nosečnost poteka normalno, ima nosečnica pravico do desetih sistematičnih pregledov in dveh ultrazvočnih preiskav, šest tednov po porodu pa pregled s kontracepcijskim svetovanjem. Prvi sistematični pregled naj bi se opravil čim prej, vsaj do 12. tedna nosečnosti, ponovne preglede pa v 16., 24., 28., 32., 35., 38. in 40. tednu nosečnosti. Če ginekolog presodi drugače, lahko nosečnico na preglede naroči tudi pogosteje. Po njegovi presoji je nosečnica lahko napotena na dodatne preiskave ali na preglede k drugim specialistom (Drglin, 2005).

V navodilu o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS št. 33/2002) naj bi se v službi za zdravstveno varstvo žensk – za nosečnice, porodnice in otročnice – opravljale naslednje dejavnosti:

- pregledi in svetovanje o načrtovanju družine, preprečevanju nenačrtovane zanositve in spolno prenosljivih boleznih,
- do deset sistematičnih pregledov v nosečnosti in dve ultrazvočni preiskavi,
- laboratorijske preiskave,
- kariotipizacija in genetsko svetovanje po 35. letu starosti ženske, ki je zanosila,
- zdravstvena vzgoja (individualni razgovor in zdravstvena vzgoja v okviru šole za starše),
- socialna in zakonska zaščita nosečnice (pravočasna napotitev na porodniški dopust in porod z vso potrebno dokumentacijo),
- obiski patronažne medicinske sestre,
- šest tednov po porodu kontrolni pregled pri ginekologu in navodilo za načrtovanje družine.

2.1.2 Vloga medicinske sestre v dispanzerju za ženske

Izvajalec preventivnega programa varovanja reproduktivnega zdravja je ginekološki tim. Sestavljajo ga zdravnik specialist, diplomirana medicinska sestra in diplomirana babica (Pur, 2002).

Medicinska sestra v dispanzerju za žene izvaja visoko kakovostno skrb za nosečnice, z namenom doseči optimalno zdravje v nosečnosti; to vključuje zgodnje odkrivanje zapletov, morebitno zdravljenje in napotitve k drugim strokovnjakom (Železnik idr.,

2008). Hajdinjak in Meglič (2006) navajata, da medicinska sestra pri svojem delu upošteva:

- pacientovo zdravstveno stanje in njegovo doživljanje tega ter zdravnikovo videnje pacientovega zdravstvenega stanja,
- zelene rezultate zdravljenja,
- potrebo po terapevtski samooskrbi, ki izhaja iz univerzalne, razvojne in bolezenske samooskrbe,
- pacientove sposobnosti izvajanja samooskrbe.

Medicinska sestra ima (kot del tima ginekološkega dispanzerja) poleg intervencij po naročilu ginekologa tudi naloge, ki so del zdravstvene nege. Pogoj za dobro počutje nosečnice v dispanzerju izbranega ginekologa je vzpostavitev pristnega in odkritega odnosa z nosečnico (Drglin, 2005).

Vloga in naloge medicinske sestre ob obiskih nosečnic v Dispanzerju za ženske:

- vzame začetno in nadaljevalno anamnezo ob vsakem obisku nosečnice,
- izmeri vitalne funkcije,
- izvede in interpretira osnovne laboratorijske preiskave,
- oceni materino prehranjenost glede na višino nosečnosti,
- izračuna predvideni datum poroda (PDP),
- pouči žensko in njene bližnje o nevarnostih in o tem, kdaj je potreben pregled,
- predstavi in uči različne tehnike sproščanja za lajšanje težav v nosečnosti,
- pripravlja bodoče starše na porod in odgovorno starševstvo,
- prepozna odstopanja od normalnega poteka nosečnosti,
- zabeleži ugotovitve in postopke, ki jih je izvedla ter potrebe po nadaljnjih aktivnostih,
- primerno izvaja zdravstveno vzgojo in svetuje ženskam o zdravem načinu življenja,
- zdravi in sodeluje z drugimi strokovnjaki (Železnik idr., 2008).

Medicinska sestra mora imeti za dobro svetovanje znanje in veščine o:

- menstruacijskem ciklusu in procesu spočetja,
- znakih in simptomih nosečnosti,
- določanju višine nosečnosti z menstruacijskim koledarjem,

- vsebinah osebne anamneze,
- vsebinah nosečnostnih pregledov,
- normalnih vrednostih osnovnih laboratorijskih vrednosti,
- normalnem poteku nosečnosti; telesnih spremembah, običajnih težavah,
- normalnih psiholoških spremembah v nosečnosti,
- varnih sredstvih za lajšanje težav v nosečnosti,
- prehranskih potrebah za nosečnico in njen plod,
- razvoju in rasti plodu,
- potrebah po zdravstveni vzgoji,
- pripravi na porod in starševstvo,
- vplivu kajenja, uživanju alkohola in psihoaktivnih snovi na nosečnico in njen plod,
- znakih in simptomih stanj, ki ogrožajo življenje nosečnice (Železnik idr., 2008).

2.1.3 Zdravstvena vzgoja nosečnice

Nosečnost je obdobje, ko so ženske izredno motivirane in dovzetne za nasvete in učenje. Prizadevajo si, da bi bile čim boljše poučene o tem, kako ohraniti svoje zdravje in roditi zdravega otroka. Zdravstveni delavci moramo ta čas motiviranosti izkoristiti in nosečnicam ter njihovim partnerjem posredovati čim več informacij. Individualna zdravstvena vzgoja nosečnice se prične ob prvem obisku v dispanzerju za žene, ko ginekolog potrdi nosečnost, in se nadaljuje ob vseh nadaljnjih obiskih. Zdravstveno vzgojo ponavadi začne ginekolog, nadaljuje pa medicinska sestra, ki daje nosečnici nasvete, odgovarja na njena vprašanja ali ji priporoča ustrezno literaturo (Donko, Hoyer, 2003). »Zdravstveno vzgojena nosečnica se bo znala varovati pred škodljivimi vplivi okolja, uživala bo kvalitetno hrano, znala bo skrbeti za svoje duševno zdravje, predvsem pa bo redno obiskovala ginekološki dispanzer in s tem odpravila skrbi in odprta vprašanja« (Drglin, 2005).

Šola za starše

Šole za starše naj bi se udeležila vsaka nosečnica s partnerjem in predstavlja skupinsko organizirano obliko učenja. Programi, ki se izvajajo v šoli za starše, potekajo v obliki tečajev. Šola za starše je velikega pomena za normalen potek nosečnosti in poroda ter za

pravilno nego in razvoj dojenčka. Udeleženci se seznanijo z vsebinami s področja porodništva, fizioterapije, zobozdravstva, psihiatrije in patronažne dejavnosti (Donko, Hoyer, 2003).

Cilji šole za starše:

- bodoči starši so seznanjeni s spremembami, ki potekajo v nosečnosti, in se zavedajo pomena zdravega načina življenja v tem obdobju; pravočasno znajo prepoznati nevarna znamenja v nosečnosti in ustrezno ukrepati,
- bodoči starši so seznanjeni s potekom poroda in se zavedajo pomembnosti aktivnega sodelovanja obeh staršev pri porodu,
- zmanjšan oz. odpravljen je strah pred porodom,
- dobra fizična in psihična kondicija nosečnice,
- bodoči starši spoznajo pomen pravilne nege otroka,
- zavedajo se pomembnosti dojenja in so motivirani za dojenje,
- bodoči starši spoznajo in razumejo spremembe v občutjih nosečnice ter spremembe, ki nastanejo v odnosih med partnerjema,
- bodoči starši so informirani o pravicah in dolžnostih, ki izhajajo iz zakonov in pravilnikov glede nosečnosti, poroda in starševstva,
- osveščeni bodoči starši, opremljeni z vsem potrebnim znanjem, so tudi bolj samozavestni starši,
- razvijanje humanih odnosov in dobrega razumevanja med partnerjema ter zdravstvenimi delavci (Donko, Hoyer, 2003).

2.1.4 Doživljanje nosečnosti

Nosečnost sama po sebi predstavlja stres, tako psihični kot telesni, in je za žensko prav posebno obdobje v življenju. Soočanje s povsem novimi občutki, s celo paleto čustev, ki so usmerjena predvsem na še nerojenega otroka, nihanje razpoloženja od veselja in evforije do strahu, tesnobe, zaskrbljenosti, nemoči.

Duševnost ženske lahko vpliva na potek nosečnosti in poroda, saj vsaka ženska v nosečnost prinese določene čustvene dejavnike in konflikte, ki se odražajo na organskih reakcijah. Proces je lahko tudi obraten; zaradi nosečnosti spremenjeno delovanje organskih sistemov ustvarja različna čustvena nagnjenja (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Kot psihosomatske komplikacije v nosečnosti, med porodom in po porodu, opisujejo nosečnostno bruhanje, spontani in ponavljajoči se (habitualni) splav, gestoze, arterijsko hipertenzijo, prezgodnji porod, razne komplikacije začetka in poteka poroda ter nekatere motnje pri dojenju. V tem kontekstu ima preventivno zdravstveno varstvo za nosečnice velik pomen v obdobju nosečnosti, saj predstavlja konstanten stik nosečnice z zdravstvenim osebjem. Ob tem nosečnica razjasni nerazumljivo, neznano, pomiri strahove, se pogovori o njenem stanju in stanju otroka s strokovnim osebjem. Redni obiski nosečnice v ginekološkem dispanzerju zdravstvenemu osebju omogočajo stalen nadzor nad nosečnostjo, budno spremljanje stanja nosečnice in razvoja otroka (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Za uspešno nosečnost in porod je potrebna zdrava in čustveno stabilna nosečnica, ki se normalno odziva na stresne situacije in ima zdrav odnos do materinstva (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

2.2 KONIZACIJA

Konizacija je kirurška oblika zdravljenja bolezensko spremenjenih celic materničnega vratu. Pri tem posegu se v obliki stožca (konusa) izreže celotno področje zunanega materničnega ustja (Takač, 2006).

2.2.1 Razvoj sprememb celic sluznice materničnega vratu

Na predelu, ki se boči v nožnico, imenovanem porcija, sluznica materničnega vratu (endocerviks) prehaja v sluznico eksocerviksa. Predel med obema epitelijema imenujemo transformacijska cona in je najpogostejša lokacija predrakavih sprememb in raka na materničnem vratu (Jančar, 2009) (Slika 1).

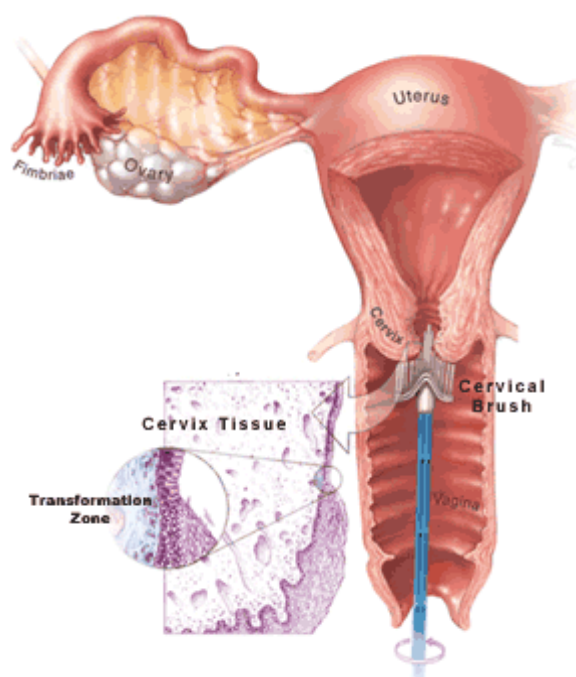
Cervikalna intraepitelijska neoplazija – CIN

CIN predstavlja spekter morfoloških sprememb, v katerega so vključene:

- benigne lezije ploščatoceličnega epitelija (kondilomi),
- lezije ploščatoceličnega epitelija z nizkim in visokim tveganjem za prehod v ploščatocelični karcinom,
- neinvazivni (in situ) karcinom (Jančar, 2009).

Glede na to, kolikšen del debeline ploščatoceličnega epitelijskega sloja zajemajo morfološke spremembe, razlikujemo tri stopnje CIN (Slika 2):

- **CIN 1:** spremembe so omejene na spodnjo tretjino debeline ploščatoceličnega epitelijskega sloja materničnega vratu (Jančar, 2009). Lahko govorimo o blagi nenormalni celični rasti ali blagi displaziji (Eder, 2007).
- **CIN 2:** spremembe so omejene na spodnji dve tretjini debeline epitelijskega sloja (Jančar, 2009). Uvrščamo jo v visokostopenjsko ploščatocelično intraepitelijsko lezijo in predstavlja zmerno displazijo (Eder, 2007).
- **CIN 3:** spremembe zajemajo celotno debelino epitelijskega sloja. CIN 3 lahko enačimo z neinvazivnim (intraepitelijskim in situ) rakom (Jančar, 2009). Predstavlja hudo displazijo (Eder, 2007).

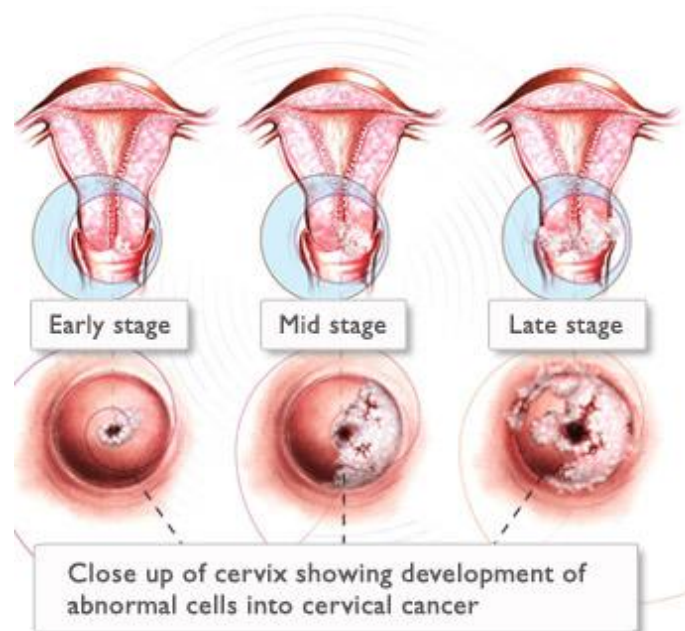


Slika 1: Transformacijska cona;

Slika prikazuje mesto transformacijske cone (transformation zone); predel materničnega vratu med obema epitelijema (endocervikalni in eksocervikalni), ki je najbolj dovzeten za celične spremembe.

Vir: http://www.cmdrc.com/Data/Images/Pap_test1.gif

Sicer si stopnje CIN nujno ne sledijo postopno po stadijih, ampak se bolezen lahko začne kot CIN 2 ali celo CIN 3. Na to vpliva tip humanega papiloma virusa (v nadaljevanju HPV), ki sproži celično spremembo. Spremembe lahko spontano in brez zdravljenja izzvenijo – spontana **regresija lezije**, kar lahko opazimo pri CIN 1 in CIN 2. Če CIN 2 in CIN 3 ostajata nespremenjena, lahko govorimo o **perzistenci lezije**. Če pa se iz CIN 3 razvije invazivni rak, govorimo o **progresiji lezije** (Jančar, 2009). Okužba je kot perzistentna opredeljena v primeru, ko je vsaj dvakrat v 6 oziroma 12 mesecih ugotovljena okužba z istim genotipom HPV (Uršič Vrščaj, 2008).



Slika 2: Stopnje razvoja celičnih sprememb materničnega vratu;

Slika prikazuje začetne (predrakave) celične spremembe materničnega vratu (zgodnji stadij), ki se razvijejo v raka materničnega vratu (pozni stadij).

Vir: http://www.ansci.wisc.edu/jjpl/ansci_repro/misc/project_websites_08/tues/HPV/HPV1.jpg

Viri navajajo skupine žensk, ki so bolj dovzetne za okužbo s HPV in posledično za predrakave in rakave spremembe materničnega vratu:

- imajo prvi spolni odnos v zgodnjih mladostnih letih (petnajst let ali manj),
- imajo številne spolne partnerje (sedem ali več),

- so kadičke (kemične sestavine, ki se sproščajo ob kajenju, poškodujejo celice materničnega vratu in povzročijo, da so bolj ranljive in dovzetne za poškodbe, ki jih povzročajo HPV),
- imajo pomanjkljivo imunsko odzivnost (Mahmutović, Hrvatini, Velova, Pazlar, 2010).

Dodatni dejavniki, ki pospešujejo razvoj predstopenj v karcinom pa so:

- neredni preventivni ginekološki pregledi in testi PAP,
- prva nosečnost v zgodnji starosti in številni porodi,
- virusne infekcije,
- nizek socialno ekonomski status,
- dolgotrajna oralna kontracepcija, ki ne deluje na osnovi pregrade,
- podatek v anamnezi o spolno prenosljivih boleznih. (Mahmutović, Hrvatini, Velova, Pazlar, 2010).

Smernice za odkrivanje raka materničnega vratu Združenja za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo navajajo z dokazi podprto ugotovitev, da ni dokazov, da bi omenjeni socialni ali vedenjski dejavniki tveganja vplivali na hitrejši razvoj predrakavih sprememb v raka materničnega vratu. Moč argumenta povezave socio-spolnih dejavnikov kot napovednih dejavnikov za nastanek CIN 3 naj bi bila nezadostna (Uršič Vrščaj idr. 2006).

Humani papiloma virusi - HPV

Humani papiloma virusi (HPV) so velika heterogena skupina DNA virusov iz družine Papillomaviridae, ki jih povezujemo s številnimi benignimi in malignimi spremembami ploščatoceličnega epitelija (Poljak idr. 2005). 10 % rakavih obolenj pri človeku naj bi bilo povezanih z delovanjem HPV. Delimo jih na *nizkorizične HPV* (najbolj znana sta tipa 6 in 11) in *visokorizične HPV* (predvsem HPV 16, 18, 31 in 45).

Infekcija s HPV je zelo pogosta spolno prenosljiva bolezen. Vsaj 50 % žensk, ki imajo spolne odnose, se okuži s HPV. Večina jih za to sploh ne ve in je ne prepozna (Mahmutović, Hrvatini, Velova, Pazlar, 2010). Večina okužb s HPV je prehodnega značaja in ne vodijo v raka materničnega vratu, niti v CIN. Okužba in posledične blage

citološke spremembe celic materničnega vratu običajno izzvenijo, regresirajo spontano. Problematična in zaskrbljujoča pa je perzistenca HPV ali celo progresija, ki se kaže kot zaporedje patoloških brisov in zahteva buden nadzor in redno spremljanje. Delež okuženih žensk je največji okrog 20. leta, po 35. letu pa znatno upade (Uršič Vrščaj, 2009).

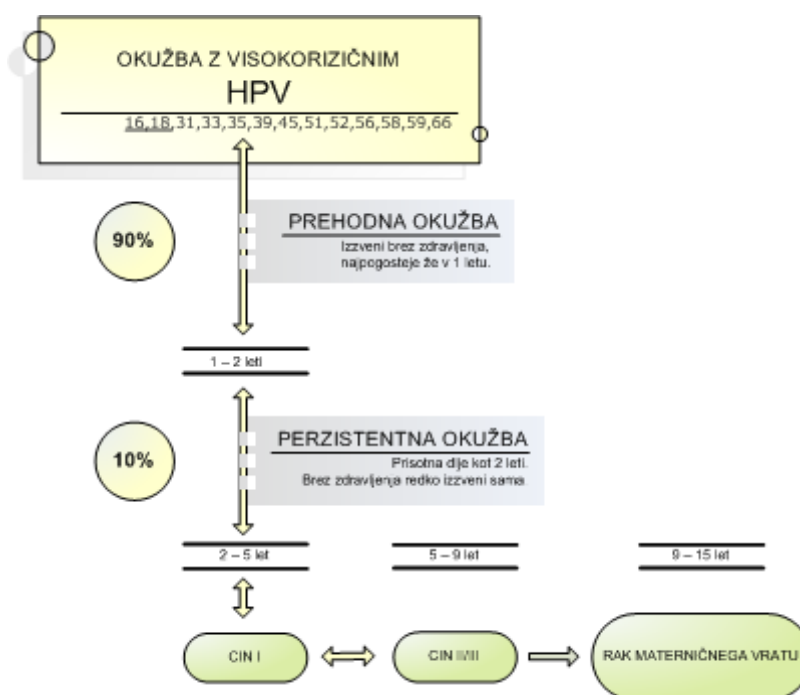
V obdobju treh let je bilo s HPV vsaj enkrat okuženih 60 % študentk. Perzistenca okužbe je bila po 12 mesecih dokazana pri 30 %, po 24 mesecih pa le še pri 9 % študentk (Poljak idr. 2005).

Razvoj predrakavih sprememb do raka materničnega vratu traja dolgo, običajno več let (Slika 3). Povprečen čas razvoja blage prekanceroze do intraepitelijskega raka materničnega vratu je 6 do 10 let. Povprečen čas prehoda v invazivnega raka je prav tako 10 let (Lomšek, Rakar, Kobal, 2003). Ženska, ki se v svojih 20. letih okuži s HPV, bo v starosti 30 let zdravljena zaradi CIN oz. predrakavih sprememb materničnega vratu. V primeru, da do zdravljenja ne pride, lahko čez nadaljnjih deset let pričakujemo raka materničnega vratu (Uršič Vrščaj, 2009).

Dejavniki, ki pospešujejo perzistentno okužbo v progresivno obliko okužbe, ki vodi v predrakave spremembe ali celo do raka materničnega vratu so:

- *notranji dejavniki* (genetski, spolni hormoni, zmanjšana odpornost organizma npr. HIV),
- *zunanjí dejavniki* (dolgotrajna uporaba kontracepcijskih tablet, kajenje, številni porodi ...),
- *dejavniki povezani s HPV okužbo* (različni genotipi HPV in obsežnost okužbe) (Uršič Vrščaj, 2008).

Nesporna in večkrat dokazana je povezava med HPV in nastankom raka materničnega vratu, saj so bili »visokorizični HPV z visokim tveganjem ugotovljeni v več kot 99 % biopsij raka materničnega vratu in v več kot 90 % primerov pri bolnicah s CIN 3 ali in situ adenokarcinom« (Uršič Vrščaj idr., 2009a). Perzistentna okužba z visokorizičnim HPV je pogoj za nastanek hudih predrakavih sprememb materničnega vratu, ki brez zdravljenja lahko prerastejo v invazivnega raka materničnega vratu (Uršič Vrščaj idr., 2009a). Rak materničnega vratu se ne more razviti pri ženski, ki ni predhodno nekaj časa okužena z visokorizičnimi genotipi HPV (Poljak idr. 2005).



Slika 3: Okužba s HPV;

Slika prikazuje potek od okužbe s HPV do raka materničnega vratu, pri tem je jasno pokazano, da 90 % okužb spontano izzveni, le 10 % okužb perzistira, iz njih se v več letih brez zdravljenja lahko razvije rak materničnega vratu.

Vir: http://zora.onko-i.si/index.php?mod=mi_rakMaternicnegaVratu

Najbolj razširjeni genotipi visokorizičnih HPV:

- HPV 16 (50 %),
- HPV 18 (14 %),
- HPV 45 (8 %) in
- HPV 31 (5 %) (Teale, Jordan, 2001).

Incidenca visokorizičnih genotipov HPV narašča z naraščanjem stopnje CIN. Tako je visokorizični HPV pri različnih populacijah žensk v svetu dokazan pri 25-45 % pri CIN 1, medtem ko so pri CIN 3 visokorizični HPV dokazani pri 90-100 % (Poljak idr. 2005).

2.2.2 Diagnostika

Največji problem diagnostike predrakavih sprememb celic materničnega vratu in začetnega invazivnega raka materničnega vratu je odsotnost znakov in simptomov (Rakar, 2008). PAP bris materničnega vratu še vedno ostaja temeljna diagnostična preiskava (Lovšin idr., 2004). Pomen rednih odvzemov brisa materničnega vratu v tem aspektu doseže polno veljavo.

Popolna diagnoza predrakavih sprememb materničnega vratu temelji na citoloških, kolposkopskih in histoloških preiskavah.

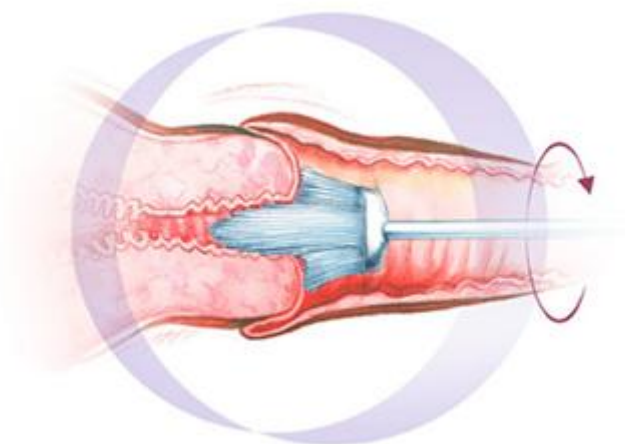
Bris materničnega vratu - PAP test

Vodilna in najbolj uveljavljena preiskava za diagnostiko citoloških sprememb celic materničnega vratu je PAP bris. Citološki pregled celic v brisu materničnega vratu je še vedno edina oblika za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu (Uršič Vrščaj idr., 2010). Opravlja se periodično v okviru Državnega programa ZORA, po potrebi tudi pogosteje in je domena ginekologa. Metodo odlikujeta dobra občutljivost (95 %) in specifičnost (99 %) (Borko, Gorišek, Kralj, Takač, 1998). Preiskava se opravlja ambulantno. Je neboleča in posebna priprava preiskovanke na preiskavo ni potrebna. Zanesljivost metode pri odkrivanju raka materničnega vratu v kombinaciji s kolposkopijo je skoraj 100 % (Borko, Gorišek, Kralj, Takač, 1998).

Preiskava je sestavljena iz dveh delov. Ginekolog najprej z loparčkom po Ayeru, ki ima koničasto podaljšan vrh, odbriše celice z materničnega ustja (ektocerviksa), pa tudi s spodnjega, distalnega dela endocervikalnega kanala, kjer so patološke spremembe najpogostejše. To naredi tako, da daljši zobec loparčka zavrti za 360° (Campolunghi-Pegan, 2007). Drugi del preiskave predstavlja bris endocerviksa s krtačko Cytobrush (Slika 4) in sicer tako, da ginekolog krtačko do dve tretjini dolžine vstavi v endocervikalni kanal in nežno zavrti za 90°-180° (Campolunghi Pegan, 2007).

Izvid brisa razdelimo v dva razreda:

- **negativen izvid** je ocenjen z **A** (normalen bris) in **B** (reaktivne spremembe) in
- **patološki izvid**, ki je ocenjen s **C** (blage, zmerne ali hujše celične spremembe) (Campolunghi Pegan, 2007).



Slika 4: Bris endocerviksa;

Slika predstavlja drugi del PAP brisa, ko ginekolog s krtačko Cytobrush odvzame endocervikalne celice.

Vir:

http://media.photobucket.com/image/cervikalna%20intraepitelna%20neoplazija/Psihona%20ut/Forum_elementi/hpv_citologija.jpg

Kolposkopija

Je neinvazivna ginekološka preiskava, ki predstavlja naslednjo izbiro preiskave po tem, ko je bil ugotovljen patološki bris materničnega vratu. Tako kot bris materničnega vratu, je kolposkopija namenjena zgodnjemu odkrivanju predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu. (Borko, Gorišek, Kralj, Takač, 1998). Bistvo omenjene preiskave je v tem, da omogoča pregled spodnjega genitalnega trakta pod osvetlitvijo in povečavo s kolposkopom, ki deluje kot svetlobni dvookularni mikroskop. Pri tej preiskavi se lahko pregleduje zgradbo sluznice nožnice in materničnega vratu (Campolunghi-Pegan, 2007). Posebna priprava preiskovanke na preiskavo ni potrebna. Pri preiskavi ginekolog uporabi dve raztopini, ki ju nanaša na ustje materničnega vratu: 3-5 % očetna kislina in jodova raztopina (za Schillerjev test) (Campolunghi - Pegan 2007).

Biopsija tkiva za histološko preiskavo

Histološka preiskava tkiva, pridobljenega z biopsijo – odščipom tkiva, dopolni sklop treh preiskav, ki so potrebne za popolno diagnostiko sprememb celic materničnega vratu. Za biopsijo tkiva se ginekolog odloči pri kolposkopskem pregledu. Biopsijo tkiva materničnega vratu ginekolog opravi brez anestezije, s pomočjo ekscizijskih klešč po Faureju (Borko, Gorišek, Kralj, Takač, 1998).

HPV Test

Test HPV predstavlja dopolnilno diagnostično metodo pri ženskah z začetno patološkimi brisi materničnega vratu – PAP test C. HPV testiranje je primerno za odkrivanje hudih predrakavih sprememb in raka materničnega vratu. Ker je HPV test enako specifičen in značilno občutljivejši kot ponavljajoči se brisi materničnega vratu, lahko v prihodnosti pričakujemo, da bo omenjeni test postal prva presejalna metoda za odkrivanje predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu. (Uršič Vrščaj, 2009).

2.2.3 Zdravljenje

Iz večine CIN se nikoli ne bo razvil invazivni karcinom, a med ginekologi obstaja soglasje o nujnosti zdravljenja predstopenj raka materničnega vratu, kot sta CIN 2 in CIN 3 (Guzej idr., 2004).

Zdravljenje se priporoča, kadar je nepravilnost prisotna dve leti ali kadar sprememba napreduje v stopnji in velikosti (Takač, Arko, Gorišek, Kodrič, Repše Fokter, 2009). Idealna oblika zdravljenja mora omogočati popolno uničenje prizadetega tkiva materničnega vratu. Prav tako je pomembna čim manjša prizadetost zdravega tkiva (Lomšek, Rakar, Kobal, 2003). Cilj vseh metod je uničenje ali izrez CIN v zdravo. Prekanceroze materničnega vratu se zdravijo glede na priporočila strokovnih smernic. Protokol zdravljenja je odvisen od stopnje predrakave spremembe, od obsežnosti CIN, od položaja transformacijske cone in CIN glede na cervikalni kanal (Guzej idr., 2004). Poleg tega se upoštevajo dodatne ginekološke bolezni ženske in njena morebitna želja po ohranitvi reprodukcijske sposobnosti (Rakar, 2008). V primeru zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu, je potrebno učinke in posledice posega primerjati z neugodnimi telesnimi in duševnimi posledicami zdravljenja (Takač, Arko, Gorišek, Kodrič, Repše Fokter, 2009).

CIN 1 se zdravi konzervativno, ali pa sploh ne, saj v večini primerov spremembe spontano izginejo (Lomšek, Rakar, Kopal, 2003). Potrebni so le redni nadzori sprememb celic materničnega vratu s PAP testi.

Za hujše spremembe celic materničnega vratu se uporabljajo

- **ablacijske metode**, kot so krioterapija, elektrokoagulacijska diatermija, laserska ablacija. Prednost ablacijskih metod je v tem, da bistveno ne vplivajo na plodnost, slabost pa, da ne zagotavljajo tkiva za histološko preiskavo, saj med posegom pride do uničenja tkiva (Rakar, 2008).

Za odstranitev sprememb, ki segajo v maternični vrat na način, ko ni v celotno videna transformacijska cona, so primerne

- **ekscizijske (izrezovalne) metode**, kamor uvrščamo ekscizijo z diatermijsko zanko, konizacijo s skalpelom (stožčast izrez tkiva v maternični vrat), lasersko konizacijo in histerektomijo (Takač, Arko, Gorišek, Kodrič, Repše Fokter, 2009). Prednosti pri ekscizijskih metodah je zanesljiva histološka preiskava tkiva, medtem ko invazivni poseg lahko pusti posledice na rodilih in kasnejši nosečnosti (Rakar, 2008).

2.2.4 Nacionalni program ZORA

Presejanje za raka materničnega vratu v Sloveniji poteka že 50 let. Državni program ZORA (DP ZORA – Zgodnje Odkrivanje predRAkavih sprememb) kot oblika organiziranega presejanja je zaživel leta 2003. Po uvedbi državnega programa, se je število obolelih žensk za rakom materničnega vratu z 200 znižalo na 150 letno (Uršič Vrščaj idr. 2009a). V začetku 20. stoletja je pri nas zaradi raka materničnega vratu umrlo med 40 in 50 žensk, v zadnjih letih pa med 30 in 40 (Primic Žakelj, Pogačnik, Uršič Vrščaj, Ivanuš, 2009).

Med najpomembnejšimi cilji programa je povečati število žensk, ki hodijo na preventivne odvzeme brisa materničnega vratu. V ta namen je potrebno informirati, izobraževati in ozavestiti ženske o smiselnosti rednih preventivnih ginekoloških pregledih z odvzemom brisa materničnega vratu. V prid temu dejstvu govori podatek, da je med ženskami, ki zbolijo za rakom materničnega vratu, več kot polovica takih, ki pred diagnozo niso bile na pregledu več kot tri leta in pol. Pri njih je tudi stadij ob

diagnozi višji kot pri tistih, ki redno hodijo na preventivne preglede (Primic Žakelj, Pogačnik, Uršič Vrščaj, Ivanuš, 2009).

Po priporočilu Smernic za odkrivanje raka materničnega vratu naj se presejanje za raka materničnega vratu prične pri spolno aktivnih ženskah, približno tri leta po pričetku vaginalnih spolnih odnosov, in ne kasneje kot pri 20. letih. Poseben poudarek je namenjen kakovostni preventivni oskrbi mladostnic, čeprav še ne potrebujejo odvzema brisa materničnega vratu. Priporočila DP ZORA določajo presejanje za raka materničnega vratu na tri leta po dveh zaporednih letnih negativnih (uporabnih in normalnih) brisih materničnega vratu (Uršič Vrščaj idr., 2010). Ciljna skupina žensk od 20 do 75 let, ki je zajeta v aktivno presejanje, je ob odsotnosti samoiniciativnega sodelovanja pisno povabljena na preventivni pregled in PAP test (Uršič Vrščaj idr., 2006).

2.2.5 Doživljanje operativnega posega na rodilih

Bolezen je individualno doživetje posameznika. Posameznik ne doživlja vseh bolezni na enak način. Potrebni operativni poseg pri pacientu povzroči zaskrbljenost in strah pred operacijo:

- skrb za potek operacije,
- zaskrbljenost zaradi izgube nekega organa, funkcije ali dela telesa,
- zaskrbljenost zaradi prihodnosti, ki je povezana s spremembami v spolnem življenju, ekonomskemu stanju in življenjskih navad zaradi prognoze, invalidnosti ali umiranja (Ivanuša, Železnik, 2000).

Organi, povezani s spolnostjo, imajo v življenju posameznice poseben pomen, saj že ob rojstvu določajo spolno vlogo, katero nadalje oblikujeta družina in družba. Zdravljenje ginekoloških bolezni je pogosto operativno. Invazivna oblika zdravljenja ginekološke bolezni prizadene celotno osebnost pacientke, saj lahko vpliva na reproduktivno zmožnost in spremeni spolno vlogo posameznice. Bolezen rodil je zato posebej občutljivo področje in ima največjo težo v reproduktivnem obdobju. Za žensko, ki je bila operirana na rodilih, pomeni malignost ali benignost pomembno dejstvo. Pri

malignih obolenjih se občutkom strahu, negotovosti, izgubi identitete lahko pridruži še občutek kazni zaradi spolnosti v preteklosti (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004).

2.3 NOSEČNOST PO KONIZACIJI

2.3.1 Vpliv konizacije na nosečnost

Ko govorimo o operativnih posegih na materničnem vratu in sledeči nosečnosti, nas zanima predvsem trajanje nosečnosti in prezgodnji porod (Guzej idr., 2004).

Pri izrezovalnih metodah nastanejo spremembe na materničnem vratu, kar lahko neugodno vpliva na izid prihodnje nosečnosti (Guzej, Lovšin, 2007). Odstranitev tkiva materničnega vratu in posledična brazgotina vpliva na njegovo funkcijo (Bindas, Novak Antolič, 2009). Tveganje za prezgodnji porod je po konizaciji povečano v vsakem primeru; stopnjuje se s količino odstranjenega tkiva materničnega vratu (Guzej, Lovšin, 2007). Če maksimalna globina uničenja površine materničnega vratu ne presega 7 mm, so napovedi za nadaljnjo nosečnost boljše, v primerjavi s konizacijo, ko je pri operativnem posegu višina konusa 10 mm in več (Guzej idr., 2004). Verdenikov napovedni model za tveganje za prezgodnji porod izmed vseh dejavnikov tveganja za prezgodnji porod uvršča konizacijo na drugo mesto – za diabetesom in pred nepravilnostim maternice in predhodnim prezgodnjim porodom (Guzej, Lovšin, 2007). Maternično ustje ima veliko vlogo v obrambi pred okužbami v nosečnosti. Ob skrajšanju le-tega se poveča možnost za okužbo, ki je prav tako lahko razlog za prezgodnji porod (Assejev, Avanzo Velkavrh, Novak Antolič, Verdenik, 2003).

Krajši maternični vrat je neodvisni dejavnik tveganja za prezgodnji porod, na katerega ne moremo vplivati. Na podlagi UZ merjenja materničnega vratu v 22. do 24. tednu nosečnosti lahko opredelimo stopnjo tveganja za predčasno zaključeno nosečnost. Tveganje za spontani prezgodnji porod pred 35. tednom nosečnosti je povečano, če je v nosečnosti z UZ pregledom ugotovljen maternični vrat krajši od 25 mm (Novak Antolič, Verdenik, Assejev, Avanzo Velkavrh, 2001).

2.3.2 Prezgodnji porod

Prezgodnji porod je porod, ki se začne z enim ali več popadki v desetih minutah, sledi izginotje porcije in povečana dilatacija materničnega vratu. Časovno je prezgodnji porod opredeljen kot porod, ki nastopi med 22. in dokončanim 36 (36 tednov in šest dni) tednom nosečnosti (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Incidenca prezgodnjega poroda v svetu se giblje med 5 in 10 %. V Sloveniji je bilo v letih od 1987 do 1999 5,67 % prezgodnjih porodov. Prezgodnji porod je vzrok za 65 do 70 % perinatalne umrljivosti. Odstotek prezgodaj rojenih otrok z malformacijami pada z gestacijsko starostjo otroka (Novak Antolič, Pajntar, 2004).

Na prezgodnji porod vpliva več dejavnikov tveganja. Izmed socialnih, ekonomskih in delovnih dejavnikov izstopajo psihično obremenjujoče delo, nezaposlenost, samski stan (Novak Antolič, Pajntar, 2004). Verdenik (2002) je mnenja, da je nevarnost za prezgodnji porod največja pri ženskah brez predporodnega varstva in pri nosečnicah, ki so zelo zmanjšale količino gospodinjskega dela.

Najpomembnejši neodvisni dejavniki tveganja za prezgodnji porod v naši populaciji so sladkorna bolezen, konizacija, predhodni prezgodnji porodi in prirojene nepravilnosti maternice, zelo mlada ali zelo stara privesnica ter hipertenzija. Za zelo prezgodnji porod pred 32. tednom nosečnosti pa je konizacija kot dejavnik tveganja na prvem mestu, sledijo predhodni prezgodnji porod, nepravilnosti maternice ... (Verdenik, 2002).

2.3.3 Preventivni in kurativni ukrepi

Od leta 2003 je v materinski knjižici med dejavniki in opozorilnimi znaki navedena tudi konizacija – dejstvo opozarja ginekologa in nosečnico na pozornost in previdnost. Skrajšan maternični vrat, ki meri 15 mm ali manj, in je posledica konizacije, vpliva na trajanje nosečnosti. Pri porodih po konizaciji je bilo v primerjavi s porodi brez konizacije značilno več prezgodnjih porodov (19,2 % proti 5,6 %), trajanje nosečnosti pa krajše (37,9 tedna proti 39,2 tedna) (Lovšin idr., 2004).

Nosečnice, ki jim grozi prezgodnji porod, so v okviru osnovnega prenatalnega varstva deležne določenih preventivnih in kurativnih ukrepov za preprečitev neljubega dogodka.

- **Progesteron;** podaljšuje nosečnost pri ženskah z visokim tveganjem za prezgodnji porod in za polovico zmanjša možnost prezgodnjega poroda pri

nosečnicah z visokim tveganjem za prezgodnji porod (Mujezinovič, 2009). Progesteron se lahko aplicira kot tedenska injekcija ali kot vaginalne svečke (Novak idr., 2008).

- **Cerklaža;** pri ženskah je kratek maternični vrat (manj kot 15 mm) indikacija za cerklažo. Sicer naj ne bi močno pripomogla k podaljšanju nosečnosti; značilne statistične razlike prezgodnjega poroda med skupinama z in brez cerklaže ni (Novak idr., 2008).
- **Preprečevanje vnetij;** če pride do vnetja, lahko baktericidni antibiotik sprosti endotoksine in sproži cervikovaginalni vnetni odgovor, ki lahko poveča tveganje za prezgodnji porod (Novak idr., 2008).
- **Omega-3 maščobne kisline;** se lahko uporabi pri ženskah, ki so v preteklosti že prezgodaj rodile. Ob uporabi omega-3 maščobnih kislin se je incidenca porodov pod 34. tedni nosečnosti (pri ženskah, ki so predhodni imele prezgodnji porod) znižala za 68 % (Novak idr., 2008).
- **Kortikosteroidi;** pospešujejo zorenje plodovih pljuč (Novak idr., 2008).
- **Psihična podpora, socialna podpora, ustrezna prehrana;** predpise v zvezi z varstvom nosečnic naj bi na državni ravni izvajali dosledno:
 - vsem enostavno dostopno predporodno varstvo brez plačila,
 - plačan porodniški dopust z zagotovilom delovnega mesta,
 - sprememba neprimerne delovnega mesta za nosečnico,
 - izjemno je pomembna ustrezna prehrana (Novak idr., 2008).

2.3.4 Stiske v nosečnosti

Vse bolj pogosto se srečujemo z nosečnicami, ki poleg prijetnega pričakovanja, občutijo tudi strah in tesnobo. Ker obdobje nosečnosti velja za stereotipno, so take nosečnice spregledane ali pa o tem ne želijo oziroma ne upajo spregovoriti. Duševno zdravje mater je pomembno in vpliva tudi na kasnejše zdravje otrok, zato se v sistemu perinatalnega varstva somatskemu obravnavanju nosečnice vse bolj pridružuje tudi psihološko spremljanje in podpora nosečnic ob velikih psihičnih obremenitvah (Mlinarič, Popović, Podhostnik, 2010).

Nosečnica navadno čuti veliko odgovornost in skrb zase in za razvijajočega se otroka. Skuša živeti zdravo, upošteva strokovna navodila. Lahko se pojavijo različni dvomi in

stiske; nekatere ženske ugotovijo, da so noseče in ne vedo, kako naprej. Pojavijo se lahko nepričakovani zapleti, povezani z zdravjem, ki vplivajo na nosečnico zaradi nepredvidljivih zaključkov. Nekatere ženske prvič v življenju doživijo panični napad ali se prvič v življenju soočijo z obsesivno kompulzivnim vedenjem (Drglin, 2009).

Dejavniki, ki ugodno vplivajo na psihično počutje nosečnice:

- načrtovana in zaželeno nosečnost v urejenih socialno ekonomskih razmerah,
- dobra informiranost in zdrav način življenja v nosečnosti in po porodu,
- aktivna vloga nosečnice in možnost soodločanja nosečnice, spoštovanje želja, svetovanje in psihična opora in vzpostavitev zaupnega odnosa (Prelec, 2003 po Štefančič, 2000).

Dejavniki, ki neugodno vplivajo na psihično počutje nosečnice:

- pregledi zdrave nosečnice, ki so nejasno ali celo nepravilno interpretirani, povzročajo pri nosečnici nemir in strah,
- dokumentiranje, pri katerem predstavlja varovanje osebnih podatkov element psihične varnosti,
- izobraževanje nosečnic; preveč različnih, tudi nestrokovnih informacij na nosečnico škodljivo deluje,
- socialna varnost; brezposelnost, slab življenjski standard neugodno vplivajo na psihično stanje nosečnice (Prelec, 2003).

2.4 KONCEPTUALNI MODEL V. HENDERSON

Virginia Henderson v definiciji zdravstvene nege izpostavi dve pomembni nalogi medicinskih sester: nujne aktivnosti zdravstvene nege, ki pomagajo človeku ohraniti zdravje ali ozdraveti, če pa to ni možno, pomagajo mirno oz. dostojno umreti, pomoč človeku, da aktivno in samostojno zadovoljuje potrebe (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Hendersonova je oblikovala 14 osnovnih potreb vsakega človeka, ki jih v grobem lahko razdelimo v štiri sklope: prvih devet je fizioloških, deseta in štirinajsta potreba sta psihološki, enajsta potreba odraža vidik religije in morale (verovanje), dvanajsta in trinajsta potreba sta sociološko orientirani na delo (poklic) in razvedrilo (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Model je primeren za fenomenološko raziskavo, ker se usmerja na oba vidika človeka; fiziološki in psihološki vidik. Teorija V. Henderson ni primerna le za vse paciente, ampak jo je mogoče izvajati v vseh okoljih – doma, v bolnišnici, v šoli, v tovarni in tako naprej. Načelo, po katerem zdravstveno nego oblikujemo glede na človekove potrebe, spodbuja tako zdravo življenje kot pomoč v bolezni (Henderson, 1998). Ugotavljanje pacientovih zmožnosti in nezmožnosti zagotavlja proces zdravstvene nege, ki temelji na natančni ocenitvi zmožnosti posameznika kaj zmore, sme in zna; torej ali lahko sam zadovolji svoje potrebe, ali pa pri tem potrebuje pomoč medicinske sestre (Hajdinjak, Meglič, 2006). Zaradi preglednosti, sistematičnosti in doslednosti proces razdeli na več faz:

1. **Ocenjevanje**; zbiranje in grupiranje podatkov, ugotavljanje težav
2. **Negovalna diagnoza**; na podlagi opazovanja in zbranih podatkov postavimo aktualno ali potencialno negovano diagnozo
3. **Cilji**; oblikovanje ciljev oz. pričakovanih rezultatov
4. **Načrtovanje**; načrtovanje intervencij zdravstvene nege za doseganje ciljev
5. **Izvajanje**; izvedba načrtovanih intervencij zdravstvene nege
6. **Vrednotenje**; vrednotenje, v kolikšni meri so doseženi pričakovani cilji (Hajdinjak, Meglič, 2006)

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Eden izmen dejavnikov tveganja za prezgodnji porod je predhodna konizacija, katere posledica je skrajšan maternični vrat – pride do nezadostne funkcije materničnega vratu, ki igra ključno vlogo pri dolžini nosečnosti.

Namen diplomskega dela je proučiti in predstaviti konizacijo materničnega vratu v povezavi s HPV in vpliv omenjenega ginekološkega posega na kasnejšo nosečnost. Ta teoretični okvir je osnova za proučevanje nosečnosti po konizaciji pri izključno eni ženski, pri čemer nas zanimajo vsi spremljajoči fenomeni.

Prvi cilj je proučiti in predstaviti potek nosečnosti pri izbrani varovanki-nosečnici, opredeliti vplive predhodno opravljene konizacije na nosečnost ter psihične in fizične posledice omenjenega posega na varovanko-nosečnico. Naše raziskovanje se konča z rojstvom otroka.

Drugi cilj je predstaviti vlogo diplomiranih medicinskih sester v dispanzerju za ženske, in interakcije z nosečnico.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšno je bilo doživljanje varovanke ob procesu diagnostike in zdravljenja CIN?

Raziskovalno vprašanje 2: Kako je potekala nosečnost varovanke-nosečnice in njeno doživljanje te izkušnje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) in kavzalno neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe diplomskega dela smo naredili pregled literature in zbirali relevantne enote v raznih podatkovnih bazah, kot so Cinahl, Pub Med, Cobiss s pomočjo ključnih besed (nosečnost, konizacija, PAP, CIN, doživljanje nosečnosti,

duhovno zdravje, stres, pregnancy after conisation, preterm delivery ...). Pregledali in uporabili smo literaturo od leta 2000 do 2011.

Za namen empiričnega dela smo sistematično zbirali podatke z nestandardiziranim polstrukturiranim poglobljenim individualnim intervjujem ter si pomagali z *Obrazcem za dokumentiranje procesa zdravstvene nege* VŠZN Jesenice, ki sledi štirinajstim temeljnim življenjskim aktivnostim. Dodatna vprašanja smo prilagajali glede na odgovore varovanke-nosečnice. Med samim intervjujem smo delali kratke zapiske, v istem dnevu pa dopolnili celotno poročilo še z našimi opažanji.

Študija primera temelji na prečnem in vzdolžnem prerezu. Predstavlja poskus spoznavanja aktualnega stanja posameznika v kontekstu njegove življenjske izkušnje. S tem študija primera omogoča odkriti, kakšen pomen imajo posamezni podatki v življenju nekega posameznika.

V raziskavi smo uporabili interpretativno paradigmo s kvalitativno metodologijo in metodo utemeljene teorije. Glavni motiv kvalitativne raziskave je raziskovanje, cilj kvalitativnih raziskovalcev pa dojeti avtentično razumevanje procesov z vidika proučevanih oseb. Glavni poudarki kvalitativnega raziskovanja so: poudarjanje procesa in ne le končnih rezultatov, opisovanje konteksta, videti svet skozi oči raziskovanca ter razumeti rezultat kot prožno oblikovanje konceptov in teorij (Vogrinc, 2008).

Etični vidik

Na samem začetku raziskovanja smo bodočo varovanko seznanili z vsebino, namenom in cilji diplomskega dela. Predstavili smo ji njeno vlogo v tem procesu in ji dali čas, da se brez zunanjih pritiskov odloči za sodelovanje. Zagotovljena ji je bila etična molčečnost kot temelj varovanja osebnih podatkov. V samem diplomskem delu je imenovana izključno z začetnicami imena in priimka, prav tako tudi drugi, ki so omenjeni v tem delu. Pri anamnestičnih razgovorih in pridobivanju posebno občutljivih podatkov smo sledili načelom Kodeksa etike medicinski sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, predvsem vidikoma anonimnosti in individualnosti.

Objavo osebnih zdravstvenih podatkov nam je varovanka dovolila ustno in pisno.

3.3.2 Opis instrumentarija

Instrument diplomskega dela je nestandardiziran polstrukturiran individualni intervju za namen študije primera kot zvrst kvalitativne raziskave. Raziskujemo izključno en primer, ki je edinstven. V procesu raziskovanja poskušamo objektivno uzreti nepričakovana kot tudi pričakovana dejstva, pojave, fenomene, jih evidentirati in predstaviti. Vprašanja intervjuja so se tesno povezovala in sledila *Obrazcu za dokumentiranje procesa zdravstvene nege VŠZN Jesenice*.

Podlaga za študijo primera so bili intervjuji z varovanko-nosečnico. Vsi štirje intervjuji so bili individualni in neposredni (Vogrinc, 2008). Poleg verbalnih odzivov smo nestrukturirano opazovali tudi neverbalne odzive (Vogrinc, 2008). Sam intervju je bil polstrukturiran in je temeljil na 14 temeljnih življenjskih aktivnostih, kot jih v svojem modelu opisuje V. Henderson. Omenjena področja so kot ohlapen okvir, pomoč in vodilo pri pogovoru z varovanko-nosečnico. Glavno vodilo pri izpeljavi intervjuja je prožnost in prilagajanje, s čimer smo poskušali ustvariti osebni in zaupnejši odnos (Vogrinc, 2008).

3.3.3 Opis vzorca

V okviru obravnavane tematike diplomskega dela – vpliva konizacije na kasnejšo nosečnost, smo želeli preučiti primer nosečnice, ki je imela v zadnjih dveh letih opravljeno konizacijo in naj bi bila v času izbora v prvem tromesečju nosečnosti. Nosečnica, imenovana A.B., je bila prva izbira za sodelovanje pri nastajanju diplomskega dela. Ustrezala je iskalnim kriterijem, saj je imela v maju, leta 2008, ginekološki poseg – konizacijo in je bila v trenutku izbora v prvem tromesečju nosečnosti. Na njeno pripravljenost k sodelovanju so vplivale njene pretekle negativne izkušnje v času diagnostike CIN in konizacije ter zanimanje za omenjeno tematiko. A.B. je prvič sodelovala v tovrstni raziskavi.

Anamneza varovanke-nosečnice

A.B. je bila rojena leta 1985 na Jesenicah, kjer tudi živi in dela. Živi z izvenzakonskim partnerjem v stanovanjskem bloku. Otrok še nimata; sta v pričakovanju prvega otroka. A.B. se redno rekreativno športno udeležuje, predvsem rada hodi, teče, kolesari in se

udeležuje skupinskih športov. Je kadilka; kadi 4 leta, približno 10 cigaret dnevno. Težav zaradi kajenja, kot je jutranji kašelj ali izpljunek, ne navaja. Drugih razvad, kot so pitje alkohola, tabletomanija ali narkomanija, nima. Kavovodje pije dva krat dnevno.

Zaposlena je v trgovini z medicinskimi pripomočki kot svetovalka in prodajalka. Delo je pretežno stoječe in dinamično.

V družinski anamnezi ni težjih bolezni. Sama v preteklosti ni prebolela težjih bolezni, ni bila težje poškodovana ali operirana.

Prvo mesečno perilo – menarha pri 14. letih. Pred nosečnostjo je imela redna, srednje močna in neboleča mesečna perila.

Prva nosečnost. Datum zadnjega mesečnega perila je (bil) 5. 12. 2009. Predvideni datum poroda je (bil) 24. 9. 2010. Nosečnost je bila načrtovana. Pred tem je dve leti uporabljala kontracepcijsko zaščito za preprečevanje neželene nosečnosti.

Redno je obiskovala izbrano ginekologinjo z namenom odvzema brisa materničnega vratu – sicer v družini ni ginekološko onkoloških bolezni. Nikoli ni imela ginekoloških težav; navaja odsotnost znakov in simptomov kasnejše ginekološke problematike.

3.3.4 Potek raziskave in opis obdelave podatkov

Prvi trije pogovori so potekali na določenem kraju, kjer je bila zagotovljena zadostna mera intimnosti, torej brez motečih zunanjih dejavnikov, tako da se je varovanka lahko sprostil. Poleg tega smo pazili tudi na fizično ugodje, kakršnega potrebujejo nosečnice predvsem v zadnjem trimesečju. Četrty pogovor je potekal na domu varovanke, a je bil zaradi določenih okoliščin nekoliko krajši; varovanka je podatke kasneje posredovala preko elektronske pošte.

Za obdelavo dobljenih podatkov, v našem primeru besedilo, pripoved z navedenimi verbalnimi in neverbalnimi opažanji, smo uporabili *kvalitativno vsebinsko analizo*. Obdelava podatkov na ta način pomeni kodiranje besedila oz. iskanje ključnih besed, pojmov, kod. S tem smo poskušali oblikovati teoretično razlago in pojasniti proučevan pojav (Vogrinc, 2008). »Kodiranje je glavna povezava med postopkom zbiranja podatkov in oblikovanjem teorije, ki naj bi razložila zbrane podatke« (Vogrinc, 2008). Pri procesu kodiranja smo uporabili *induktivni pristop*, saj smo kode določali med samo analizo besedila in nismo imeli pripravljenega seznama kod (Vogrinc, 2008). Kode smo oblikovali na način odprtega ali začetnega kodiranja v smislu »deževanja idej«

(brainstorming); množico nepovezanih kod smo potem primerjali med seboj in jih smiselno uredili v kategorije (Vogrinc, 2008).

3.4 REZULTATI

V dobesednem prepisu odgovorov, ki jih je podala varovanka, smo oblikovali (za našo raziskavo) relevantne kodirne enote. Nato smo tem posameznim kodirnim enotam pripisali določen pomen in ta pomen poimenovali s kratko besedno zvezo – koda.

Potem smo oblikovali dve glavni kategoriji *Konizacija* in *Nosečnost*. Omenjena delitev zagotavlja boljšo preglednost in sistematičnost ter lažjo kasnejšo primerjalno analizo kod.

- **Kategorije Konizacija** obravnava obdobje od diagnosticiranja celičnih sprememb celic materničnega vratu do konizacije in traja od meseca junija 2007 do meseca aprila 2008.
- **Kategorija Nosečnost** obravnava obdobje od meseca decembra 2009, ki predstavlja začetek nosečnosti, do poroda v mesecu septembru 2010.

Izvajali smo kodiranje odprtega tipa; nismo imeli vnaprej pripravljenega seznama kod. Dobljene kode s sorodnim pomenom smo združili v štiri podkategorije: *Zdravstvene težave*, *Doživljanje*, *Podpora partnerja* in *Izkušnja z osebjem*.

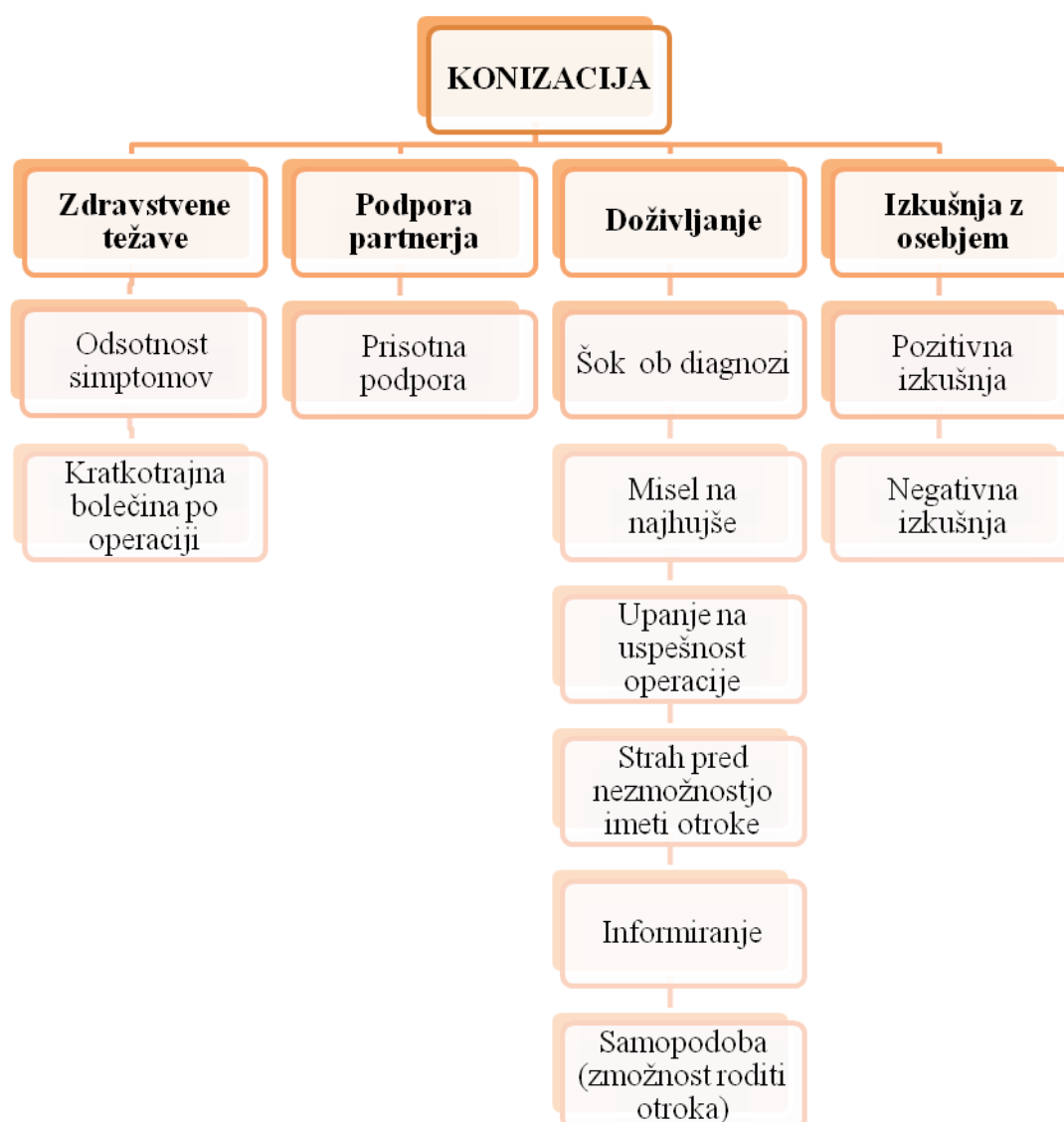
Kategorija *Konizacija* vključuje štiri podkategorije in naslednje kode (Shema 1):

- **Zdravstvene težave** (odsotnost simptomov, kratkotrajna bolečina po operaciji)
- **Doživljanje** (šok ob diagnozi, misel na najhujše, upanje na uspešnost operacije, strah pred nezmožnostjo imeti otroke, potreba po informiranju, samopodoba – zmožnost roditi otroka)
- **Podpora partnerja** (prisotna podpora partnerja)
- **Izkušnja z osebjem** (pozitivna izkušnja, negativna izkušnja).

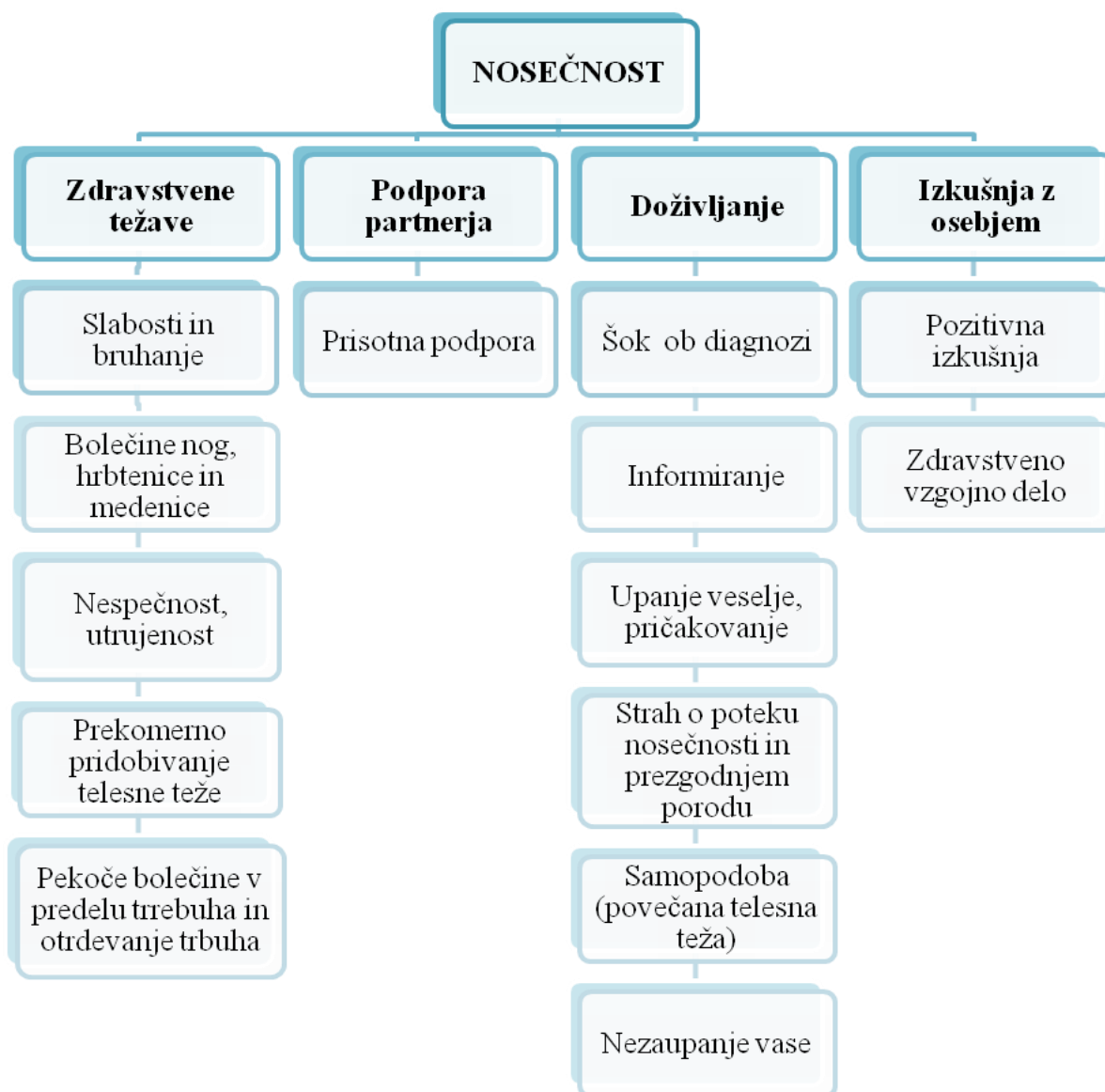
Kategorija *Nosečnost* vključuje štiri podkategorije in naslednje kode (Shema 2):

- **Zdravstvene težave** (slabost in bruhanje, bolečine nog, hrbtenice in medenice, nespečnost in utrujenost, prekomerno pridobivanje na telesni teži, pekoče bolečine v predelu trebuha in otrdevanje trebuha)

- **Doživljanje** (šok ob diagnozi, težnja po informiranju, upanje veselje in pričakovanje, strah o poteku nosečnosti in prezgodnjim porodom, nezaupanje vase, samopodoba)
- **Podpora partnerja** (prisotna podpora partnerja)
- **Izkušnja z osebjem** (pozitivna izkušnja, zdravstveno vzgojno delo).



Shema 1: Shematski prikaz podkategorij in kod glavne kategorije **Konizacija**



Shema 2: Shematski prikaz podkategorij in kod glavne kategorije Nosečnost.

3.4.1 Konizacija

Značilno za spremembe celic materničnega vratu je, da posameznice v začetni fazi sprememb skorajda nimajo simptomov ali pa so ti tako blagi, da so spregledani. Tudi pri A.B. so celične spremembe potekale neopazno, brez vsakršnih simptomov. Po izvidu PAP brisa: C Patološke spremembe dne 12. 6. 2007, je bila A.B. po priporočilih naročena na ponoven bris čez 6 mesecev, katerega izvid z dne 21. 11. 2007 ni prinesel

olajšanja. Zaradi trdovratnosti in očitnih ireverzibilnih sprememb, sta se z izbrano ginekologinjo odločili za ekscizijo porcije, opravljeno ambulantno 20. 2. 2007, katere histopatološki izvid je potrdil neizogibno: CIN 2 – CIN 3. Tu prepoznamo kodo **Odsotnost simptomov** uvrščeno v podkategorijo *Zdravstvene težave*; A.B. je bila pri pogovorih zgrožena nad zahrbtnostjo tihe bolezni. Opozorila je na dejstvo, da je do bolezni prišlo kljub rednim ginekološkim pregledom. *Moti me, da se o tem resnično premalo govori.* Ob vsem tem se je pri A.B. zvrstila cela paleta različnih čustev.

V pogovorih se spominja svojih občutij ob soočenju z diagnozo, ki je bilo zaradi odsotnosti simptomov še bolj težko. Kodo **Šok ob diagnozi** iz podkategorije *Doživljanje* jasno prepoznamo v izjavi: *Ko mi je zdravnica povedala, da imam spremenjene celice, sem padla v šok in seveda v jok. Nič mi ni bilo jasno. V grlu me je stisnilo, hlatala sem za zrakom, začutila sem brco v trebuh. V glavi mi je odzvanjalo le eno: kako je prišlo do tega, kaj sem narobe naredila, pa še tako mlada sem, kaj bo z mano?...*

Hkrati pa se spominja svojega neznanja in želje izvedeti vse o svoji bolezni, saj tudi nepoznavanje problematike v posamezniku poraja dvome; *O tem nisem vedela nič, a sem preprosto morala vedeti, saj sem imela občutek lebdenja v brezračnem prostoru – pred seboj nisem imela nič oprijemljivega, nobene rešilne bilke. Videla sem, da zatiskanje oči pred resnico ne pripomore k moji pomiritvi. Na internetu sem si prebrala vse o tem. Šele takrat mi je postalo jasno, kaj se dogaja z mano.* V njeni izraženi želji po spoznanju dejstev o bolezni, prepoznamo kodo **Težnja po informiranju**, ki jo prav tako uvrščamo v podkategorijo *Doživljanje*.

V obdobju od ekscizije porcije do konizacije 23. 4. 2008 je A.B. bojevala z bitke s svojimi mislimi. V prvih dneh od diagnosticiranja bolezni je A.B. preplaval obup. *Svet okoli mene se je podrl. Počutila sem se kot starka, iz katere so iztisnili še zadnjo kapljico življenjske moči, poleg tega me je neprestani strah hromil in mi ni dal dihati.* Še v času nosečnosti se živo spominja težkega obdobja v soočanju s to boleznijo. Njen obraz izdaja bolečino ob tem spominu. Govori o občutkih zavedanja minljivosti in krhkosti. Svet okoli sebe je v trenutku zagledala v drugačni luči, v luči zavedanja neprecenljivosti človeškega življenja. Ta fenomen smo uvrstili v kodo **Misel na najhujše** podkategorije *Doživljanje*; *Pomislila sem na najhujše, pomislila sem na smrt.* Kasneje se je A.B. informirala o vseh vidikih bolezni in operativnega zdravljenja bolezni. Neizogibno je sledilo tudi spoznanje možnih posledic operacije. Najbolj jo je

prizadelo dejstvo, da je nosečnost po konizaciji tvegana in da krajši maternični vrat predstavlja nevarnost nosečnosti s spontanim splavom ali s predčasnim porodom. Koda **Strah pred nezmožnostjo imeti otroke** opisuje pomemben vidik podkategorije *Doživljanje*. *Misel me je navdala z negotovostjo in strahom. Zadnje (pred operacijo), kar se spomnim je, da sem vprašala zdravnico, če bom lahko imela otroke. Potem sem zaspala. Ta misel me je mučila že dolgo časa, a je nisem upala izreči na glas, da se (smešno) ne bi mogoče uresničila.*

Večkrat se je o tem pogovarjala tudi z izbrano ginekologinjo, prebiralala članke, iskala izsledke raziskav, ki bi ji vlile vsaj malo upanja. Nehote je to dejstvo začelo vplivati na njeno **Samopodobo (koda)**, saj same sebe ni več doživljala kot bodoče matere in vsakdanje stvari so izgubile ves smisel. *Vedno sem si želela biti mati. Odkar pomnim, se vidim obkroženo z vsaj dvema otrokoma. Ta misel je bila del mene, svojega življenja si nisem nikoli slikala brez prisotnosti otrok. Kar naenkrat sem se začela zavedati, da moje življenje mogoče ne bo takšno, kot sem si ga zamislila. V poplavi informacij sem si nehote v spomin vtisnila samo slabe. Izgubila sem stik s seboj in zašla v začaran krog morečih misli o sami sebi in o svojem življenju.*

Čas je neusmiljeno bežal in bližal se je dan operacije. A.B šele sedaj vidi, kako je vse svoje upe stavila na ugoden razplet operacije. Koda **Upanje na uspešnost operacije** podkategorije *Doživljanje* združuje prepuščanje lastne usode v tuje roke in upanje na boljši jutri. *Na dan operacije me je bilo strah kot še nikoli, saj nikoli prej nisem bila operirana. Pomirila me je le misel, da bo po operaciji vse v redu. Želela sem si ozdravitve in vrnitev v prejšnje življenje. Z žalostnim nasmeškom se spominja občutka, ko je operacija predstavljala zadnjo rešilno bilko in zavestno odganjanje misli o morebitnem neuspešnem izidu. Kaj bo z mano, če operacija ne bo uspela - o tem nisem hotela razmišljati...*

Izjemno neprijetno in nepričakovano presenečenje jo je čakalo v bolnišnici v dneh pred operativnim posegom. Tam je bila s strani zdravnika očitajoče obravnavana (v duhu zdravljenja posledic nemoralnih vzorcev spolnega vedenja – večje število spolnih partnerjev). V tem težkem obdobju se je, poleg soočanja z ohranitvijo lastnega zdravja in ohranjanja reprodukcijske sposobnosti, soočala tudi z nepričakovanimi moralnimi očitki s strani osebe, ki naj bi ji v tem trenutku pomagala ozdraveti. *Gledal me je očitajoče in nisem mogla doumeti in razumeti besed, ki mi jih je izrekel. Že bolezen*

sama me je potolkla, a tak odnos s strani nekoga, ki naj bi mi pomagal, je zadnje, kar bi si želela v tistem trenutku. Ostala sem brez besed. V svoji stiski se je (kot vsak, ki je deležen opazk avtoritete in strokovnjaka z določenega področja) nehote spraševala o upravičenosti teh opazk in očitkov. To izkušnjo smo uvrstili v podkategorijo *Izkušnja z zdravstvenim osebjem* in kodo poimenovali **Negativna izkušnja**.

V nasprotju z omenjeno, pa je imela A.B. tudi **Pozitivno izkušnjo** (koda) podkategorije *Izkušnja z zdravstvenim osebjem*, saj se je s hvaležnostjo spominjala pozornosti, prijaznosti in strokovnosti medicinskih sester. *Zbudila sem se na poti v sobo, medicinska sestra je bila zelo prijazna. Potrpežljivo je odgovarjala na moja vprašanja in me vsakič pomirila.*

Operativni poseg je na njeno veliko olajšanje potekal brez zapletov, histološki izvid konusa je bil izrez v zdravo. Pooperativno obdobje je potekalo brez posebnosti (če 20 minut bolečin in štiri dni krvavitve po operaciji lahko opredelimo z besedo »brez posebnosti«). Tu omenjamo drugo kodo podkategorije *Zdravstvene težave*, ki smo jo poimenovali **Kratkotrajna bolečine po operaciji**. Na veliko začudenje A.B., ki se je pred operacijo pripravljala na močne bolečine po operaciji, je bila bolečina kratkotrajna. *Ostro bolečino sem čutila, dokler se nisem polulala. Potem je bilo vse v redu, razen čudnega tiščanja navzdol. Potem sem mesec dni okrevala doma, bolečina ni bila prisotna. Naslednji pregled je bil b.p.*

Sledil je histopatološki izvid konusa, ki je bil takšen, kot si ga želi vsaka pacientka in njen ginekolog: sprememba odstranjena v zdravo. 6. 10. 2008, šest mesecev po konizaciji je pri A.B. v skladu s priporočili opravljen PAP bris pri izbrani ginekologinji. Izvid brisa: A Negativen bris. Naslednji kontrolni PAP bris predviden čez šest mesecev. Koda **Prisotna podpora partnerja** podkategorije *Podpora partnerja* prežema vse dobre in slabe novice, dogodke in doživljanja. A.B. verbalno, še bolj očitno pa neverbalno sporoča, da ji je partner v veliko pomoč in oporo, in da v njem najde sočutje in razumevanje in nenazadnje glas razuma. *Ne vem, kako bi brez njega.*

3.4.2 Nosečnost

Od konizacije je minilo skoraj dve leti. 9. 2. 2010 je bil opravljen prvi ginekološki pregled v nosečnosti. Datum zadnjega mesečnega perila je (bil) 5. 12. 2009, predvideni

datum poroda pa je (bil) 24. 9. 2010. Istočasno je bil v skladu s priporočili ponovno opravljen PAP bris, katerega izvid je zopet A- Negativen bris.

A.B. od operacije dalje ne uporablja več hormonske oralne kontracepcije. S partnerjem si želita otroka, a se hkrati zavedata, da to lahko traja. *Čeprav je bila nosečnost načrtovana, sem bila zelo presenečena, ko je bil test pozitiven, saj nisem pričakovala, da bom tako hitro zanosila.* V tem pripovedovanju se kaže koda **Šok ob diagnozi**, katero smo uvrstili v podkategorijo *Doživljanje*.

A.B. se je ponovno znašla v vrtincu prekipevajočih občutkov. Ko se je začetni šok nekoliko polegel, je poskušala ozavestiti novico in dojela, da so se ji želje uresničile. V tem obdobju so prevladovali pozitivni občutki. Mešanico občutkov smo poimenovali s kodo **Upanje, veselje in pričakovanje** in jo uvrstili v podkategorijo *Doživljanje*. *Prvi občutki so bili mešanica med strahom, presenečenjem in veseljem. No, ko sem se resnično začela zavedati, da sem noseča, je sledilo samo še veselje in sreča ☺.*

Kmalu po začetnem navdušenju so se pojavile *Zdravstvene težave* (podkategorija). Kodo smo poimenovali **Slabost in bruhanje**, ki nazorno predstavlja težavo A.B. *Prve tri mesece oz. od drugega meseca naprej se je začelo hudo bruhanje in hude slabosti. Imela sem težave z vonjavami, vse mi je smrdelo, tudi svež zrak. Obležala sem za 14 dni, minimalno jedla in pila, pa še to je šlo ven. Ves ta čas sem normalno delala (razen teh 14 dni, ko je bilo resnično grozno).* Posledica je bila izguba telesne teže za 2 -3 kg. Težave so bile tako pogoste in moteče, da so jo ovirale pri vsakodnevnih opravilih in opravkih.

V drugem trimesečju se je stanje izboljšalo in *sem imela veliko energije in elana. Super sem se počutila. Trebušček je veselo rasel, čutiti je bilo že otrokovo premikanje. Občutki so bili resnično neverjetni. Appetit sem dobila nazaj in sem seveda začela jesti za 3, ne samo za 2, ☺ kar se je poznalo tudi na kilah ☺.* Tukaj prvič prepoznamo kodo **Prekomerno pridobivanje na telesni teži**, ki jo zaradi možnih neprijetnih in neželenih vplivov na nosečnico, uvrščamo v podkategorijo *Zdravstvene težave*. V tem obdobju je pridobila 14 kilogramov telesne teže.

Naslednje težave smo umestili v kodo **Pekoče bolečine v predelu trebuha in otrdevanje trebuha**, ki je prav tako uvrščena v podkategorijo *Zdravstvene težave*. Junij je bil po mnenju A.B. izrazito stresen. Najprej se je pojavilo pekoče, boleče in pogosto izločanje vode. *Kasneje sem začela čutiti pekočo bolečino v spodnjem delu trebuha. Mislila sem,*

da imam vnet mehur in sem ga tudi zdravila z brusnicami in čajem za sečila za nosečnice. Bolečina ni in ni minila. Pravzaprav ni vedela, kaj se dogaja z njo in kaj naj stori. Ko sem vstala s kavča ali s stola me je zvililo, nisem mogla ne naprej ne nazaj. Tudi v službi sem imela nekaj težav, saj sem morala vsakič sesti, ko me je zvililo, tudi pred stranko. Uriniranje je bilo zelo pogosto. Laboratorijski izvidi urina (na njeno začudenje) niso pokazali odstopanj od normalnih vrednosti. Poleg tega je imela v spodnjem delu trebuha občutek tiščanja navzdol in bolečine v predelu trebuha, ki so se pojavljale ob naporih. V vodi ni bilo bakterij, zato mi je zdravnica pregledala maternični vrat in opazila, da se je začel krajšati. Naredila mi je CTG, ampak popadkov ni bilo. Čez dva dni sem prišla na kontrolo, takrat pa me je zdravnica napotila v bolnišnico, saj se je maternični vrat še naprej krajšal. V bolnici so mi zdravili vnet mehur, o MV (materničnem vratu) ni bilo nobenega govora. Dobivala sem Amoksiklav 1000 mg/8 ur. Tudi bolečina je popustila, zdi se mi, da zato, ker sem resnično počivala. Dobila sem tablete Buscopan. Zdravnica mi je svetovala 6 tednov strogega počitka, ampak se tega nisem ravno držala. Sem počivala, ampak ne 24 ur na dan. Saj veš, kako je doma, moraš skuhati, pospraviti, zlikati ... ☺. V času pred hospitalizacijo 8. in 10. 6. 2010 je izbrana ginekologinja pri A.B. opravila UZ merjenje materničnega vratu. Prvič je namerila 39 mm, drugič 25 mm. Zaradi skrajšanja je bila napotena v bolnišnico na dodatne preglede. Po hospitalizaciji, dne 14. 6. 2010 je izbrana ginekologinja z UZ merjenjem materničnega vratu prišla do zaključka, da so bile težave prehodnega značaja; dolžina materničnega vratu je bila 35mm.

Konec junija so se težave umirile, a kljub temu so A.B. precej prestrašile. Predvsem krajšanje materničnega vratu je zanjo predstavljalo obuditev zavestno potlačenih skrbi o predčasnem porodu. Po eni strani nisem hotela vedeti in sploh ne razmišljati o tem, potem pa sem pomislila, da mogoče lahko sama kaj pomagam pri tem, da ne bi prišlo do predčasnega poroda. Ker si A.B. ni hotela zatiskati oči pred resnico oz. pred tem, kaj jo lahko doleti, v tem obdobju ponovno pride do izraza koda **Težnja po informacijah**, uvrščena v podkategorijo *Doživljanje* in se udejanja kot iskanje in prebiranje vse možne literature.

Mesec junij pa ni bil naporen le telesno ampak tudi duševno. Pretekli dogodki in njihove posledice določajo logično sosledje. Prestajanje težav, ki jim je sledilo informiranje, je pripeljalo A.B. do **Strahu o poteku nosečnosti in prezgodnjim**

porodom (koda), uvrščeno v podkategorijo *Doživljanje*. Že od konizacije dalje se A.B. zaveda posledic ginekološkega posega na nosečnost in prezgodnji porod. Pri pogovorih je A.B. vidno zadržana in napeta, kadar pogovor zaide v to smer, če se le da, preusmeri tok pogovora. Prizna, da je večkrat zaskrbljena. *Bilo me je strah zaradi predčasnega poroda, ampak sem poskušala misli usmeriti na druge stvari. Večkrat sem se spraševala, kaj me še čaka in upala, da do poroda ne bo kakšnega novega presenečenja*. Strah in zaskrbljenost lahko podkrepimo tudi z dejstvom, da je sodeč po pregledu njene ginekološke zdravstvene dokumentacije, večkrat prišla na posvet k izbrani ginekologinji.

Po kratkem obdobju brez težav so se pojavile težave, ki jih uvrščamo v podkategorijo *Zdravstvene težave*, kodi pa smo poimenovali **Bolečine nog, hrbtenice in medenice** ter **Nespečnost in utrujenost**. V zadnjem trimesečju nosečnosti je A.B. navajala omenjene bolečine v križu, otekle, boleče noge, bolečine v kolkih, medenici, ki so bile zelo pogosto prisotne in katere jakost je popustila šele, ko je legla na bok. *Bolečine so bile res zoprne in nisem imela občutka, da jih lahko kakorkoli omilim. Težko sem stala, težko sem sedela, delo, ki me je prej veselilo, mi je postalo odveč*. Zaradi teh bolečin je izražala močne občutke nelagodja, saj so bile prisotne pri vsakodnevnih opravilih. Posledično je bila utrujena, *mučila me je nespečnost*. Zaradi bolečin je slabo spala, pojavila se je utrujenost in neprespanost in A.B. je že težko pričakovala konec nosečnosti.

Ob koncu nosečnosti se zaradi kronološkega zaporedja ponovno vračamo h kodi **Prekomerno pridobivanje na telesni teži** podkategorije *Zdravstvene težave*, ki po našem mnenju vpliva tako na kodo **Bolečine nog, hrbtenice in medenice**, kot tudi na kodo **Samopodoba** podkategorije *Doživljanje*, katero bomo razložili v nadaljevanju. Ob prvem ginekološkem pregledu v nosečnosti 9. 2. 2010 je imela A.B. 73 kg telesne teže, 20. 9. 2010, teden dni pred porodom pa 99 kg. Sama je navajala velik apetit; *gibala se nisem veliko, zaradi priporočenega počitka. Jedla sem obilno, lačna sem bila vsaki 2 uri. Pojedla sem ogromno sadja in zelenjave, mesa ...* Povečana telesna teža je vplivala na njeno samopodobo in predvsem njena neverbalna govorica je izdajala nelagodje. *V tem obdobju sem se zelo zredila in si nisem bila všeč. Zelo sem bila kritična do sebe. Nisem se hotela fotografirati. Tako imam iz tega obdobja zelo malo fotografij.*

In bližal se je čas poroda ... A.B. je v pogovorih večkrat omenjala, da si ne predstavlja, kako bo po porodu, v bolnici in nato doma ... *bom znala skrbeti za otroka? Kako bom*

vedela, kdaj bo lačen, kdaj zaspan, kako ga bom hranila, kako bom vedela, kdaj je pojedel dovolj? V teh izjavah smo prepoznali kodo **Nezaupanje vase**, ki jo uvrščamo v podkategorijo *Doživljanje*.

V podkategorijo *Izkušnje z zdravstvenim osebjem* smo uvrstili dve kodi, kjer smo prepoznali **Pozitivno izkušnjo** in **Zdravstveno vzgojno delo**. Moram priznati, da so bili vsi zelo prijazni (zdravnica, babici, sestre). A.B. je večkrat pohvalila strokovnost, prijaznost in skrb izbrane ginekologinje in medicinske sestre v ginekološkem dispanzerju, ki je poleg običajnih intervencij zdravstvene nege in intervencij po naročilu ginekologinje, odgovarjala na vprašanja A.B., ji svetovala in jo poučevala. Prav tako ima tudi na hospitalizacijo ob porodu lepe spomine, kjer si medicinske sestre vzamejo čas za vprašanja mladih mamic.

Za konec predstavimo še podkategorijo *Podpora partnerja*, ki vključuje kodo **Prisotna podpora partnerja**. Skozi vse pogovore je opazna medsebojna naklonjenost. Partner A.B. predstavlja ključno osebo pri opori, pomoči in razumevanju težav. Mislimo, da naslednji citati govorijo sami zase ...

D. (partner) me je prepričal, naj grem k zdravnici po antibiotike in naj se dokončno pozdravim.

Z D. (partner) sva uživala v trebuščku in v brcah. Veliko sva se pogovarjala o vzgoji, o imenih ... tem ni zmanjkalo 😊.

Vesela sem, da mi je bil D. (partner) v oporo, saj bi mi bilo dosti težje, če bi bila sama. No, potem se je začelo. 4 krat sem pritisnila z vso močjo in najin sonček je bil zunaj. Še sedaj mi gre na jok, ko se spomnim. Tako popolno bitje ... pa jaz sem ga rodila! Vsi napori in muke so bili poplačani! Z D. (partner) sva oba jokala od sreče.

Kategorija Podkategorija	KONIZACIJA	NOSEČNOST
Zdravstvene težave	Odsotnost simptomov	Slabosti in bruhanje
	Kratkotrajna bolečina po operaciji	Bolečine nog, hrbtenice in medenice
		Pekoče bolečine v predelu trebuha, otrdevanje trebuha
		Prekomerno pridobivanje telesne teže
		Nespečnost, utrujenost
Doživljanje	Šok ob diagnozi	Šok ob diagnozi
	Misel na najhujše	
	Strah pred nezmožnostjo imeti otroke	Strah o poteku nosečnosti in prezgodnjem porodu
	Upanje na uspešnost operacije	Upanje, veselje in pričakovanje
	Informiranje	Informiranje
		Nezaupanje vase
	Samopodoba (zmožnost roditi otroka)	Samopodoba (povečana telesna teža)
Podpora partnerja	Prisotna podpora	Prisotna podpora
Izkušnja z zdravstvenim osebjem	Pozitivna izkušnja	Pozitivna izkušnja
	Negativna izkušnja	Zdravstveno vzgojno delo

*Shema 3: Primerjava prisotnosti kod obeh glavnih kategorij **Konizacija** in **Nosečnost**.*

3.5 RAZPRAVA

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšno je bilo doživljanje varovanke ob procesu diagnostike in zdravljenja CIN?

Doživljanje boleznij je zelo individualen in edinstven proces vsake posameznice. V čakaniu na operativni poseg se pri pacientkah zvrstijo različne čustvene reakcije kot tudi različna fizična počutja (Sanchez, Mihelič Zajec, 2005).

A.B. se je s težavo soočila z diagnozo, predvsem zaradi dejstva, da boleznij pravzaprav ni poznala, še manj pričakovala. Za to nepripravljenost na bolezen je zaslužna odsotnost kakršnihkoli simptomov.

Najprej so A.B. preplavile mislim o lastni minljivosti, o krhkosti lastnega življenja. Po začetni agoniji se je začela soočati z boleznijo. Po pogovorih z zdravstvenim osebjem in informiranjem (predvsem preko svetovnega spleta) je spoznala, da bolezen lahko vpliva na reproduktivno zdravje. Ženski pri 22. letih (še brez otrok) pomeni taka informacija veliko breme. Dejstvo, da mogoče nikoli ne bo imela otrok, jo je zelo potrlo. Kasneje je bila ob hospitalizaciji nepričakovano neprijetno presenečena zaradi očitajočega odnosa s strani zdravnika, ki je njeno bolezen obravnaval kot posledico nemoralnega spolnega vedenja. Še dodatno breme je pomenilo nerazumevanje in neupravičen odnos strani osebe, od katere pričakuješ pomoč. Doživljanje, soočanje in spoznavanje bolezni, doživljanje diagnostike CIN je bilo za A.B. mučno, polno strahu, dvomov ter vprašanj za prihodnost. Upanje na boljše čase ji je vlivala operacija. Ne gre pa zanemariti tudi podpore partnerja, ki ji je stal ob strani.

Raziskovalno vprašanje 2: Kako je potekala nosečnost varovanke-nosečnice in njeno doživljanje te izkušnje?

V začetnih mesecih je nosečnost potekala dokaj mirno, če izvzamemo slabosti in bruhanja, katerim je najverjetneje botroval velik psihični pritisk zaradi predhodne konizacije. Zaradi omenjenih težav je A.B. v začetnih mesecih izgubila 2-3 kg telesne teže. Ko so slabosti prenehale, se je apetit povrnil in pričela je pridobivati na telesni teži. V naslednjih mesecih je imela A.B. kar nekaj težav: urološke težave, otrdevanje trebuha in tiščanje navzdol. Neposredno urološkemu infektu je sledilo tudi skrajševanje materničnega vratu, zaradi česar je bila tudi hospitalizirana. Posebnih ukrepov za podaljševanje nosečnosti ni bila deležna.

V zadnjih mesecih nosečnosti so se pojavile bolečine nog celotne dolžine, ledvenega dela hrbtenice in medeničnih kosti. Tem bolečinam je pripomoglo tudi prekomerno pridobivanje na telesni teži (25 kg). Po splošnih priporočilih naj bi bil porast telesne teže med nosečnostjo od 11-15 kg (Kovač, Šeško, Krajnik, 2003). Rodila je tri dni čez pričakovan rok poroda.

V času nosečnosti je A.B. doživljala vsa možna čustva; od začetnega veselja, sreče, do ravnodušja v obdobju slabosti in bruhanja. *Prve tri mesece oz. od drugega meseca naprej se je začelo hudo bruhanje in hude slabosti. Seveda je to udarilo tudi na mojo psiho.* Po krajšem obdobju pričakovanja, brezskrbnosti in veselja so se zopet pojavile

skrbi o predčasnem porodu, ki so jo navdale s strahom in občutkom nezmožnostjo vplivanja na potek nosečnosti. Tudi hospitalizacija, čeprav le nekajdnevna, je v A.B. pustila pečat strahu in skrbi. Ponovno je bila presrečna in hvaležna, da so se stvari umirile in da se nosečnost nadaljuje. Nestrpno je odštevala dneve in čakala. V zadnjem tromesečju so se pojavile bolečine, ki so botrovale nespečnosti in utrujenosti. Nezadovoljstvo z lastnim izgledom povzroči slabo samopodobo. Želi si čimprej roditi. Skozi celotno nosečnost smo pri A.B. opazili zdravo mero zaskrbljenosti, po našem mnenju povsem upravičeno, glede na predhodni poseg na materničnem vratu. Upravičenost njenega strahu je potrdilo tudi krajšanje materničnega vratu v prvi polovici junija 2010. Glede na predhodne izkušnje A.B. je bil strah upravičen, kljub vsemu pa ji je, na naše veliko veselje in občudovanje, uspelo ohraniti pozitiven pogled na dogajanje, optimizem, veselje in zrel, stoičen odnos do vseh tegob, ki so jo doletele med nosečnostjo. Z zadovoljstvom smo opazovali njen težko pričakovan prihod otroka. Njene besede, izrečene šest tednov po porodu, potrjujejo stari rek naših babic: Ko enkrat zagledaš svojega otroka, pozabiš na vse hudo.

Če pogledam nazaj na nosečnost, se mi zdi, da nisem imela zelo veliko težav. Spremembe v počutju in spremembe telesa so seveda normalne. Je pa nosečnost resnično lepa izkušnja in porod čudovito in seveda tudi boleče doživetje. Sem pa vesela, da sem bila tako močna in sem rodila naravno, brez epiduralne ali drugih zdravil. Lepo je bilo božati trebušček, pripravljati vse za otroka, razmišljati o tem, kakšna starša bova. Se že veselim druge nosečnosti (ki pa še ne bo tako kmalu).

Pomembno vlogo ima diplomirana medicinska sestra kot del tima ginekološkega dispanzerja. Poleg opravljanja vseh intervencij zdravstvene nege in pomoči ginekologu pri medicinskih posegih, je diplomirana medicinska sestra pomembna predvsem kot prva oseba, ki sprejme nosečnico in zadnja, ki se poslovijo od nje, ko le ta pride na pregled. Zato njena tankočutnost, pronicljivost ter zmožnost in pripravljenost opazovanja, poslušanja in preišljenega odgovarjanja na vprašanja nosečnice, lahko v veliki meri pripomore k razjasnitvi dejstev, razblinjanju strahov in dvomov ali preprosto k njeni pomiritvi.

Diplomirana medicinska sestra združuje več vlog, tako v dispanzerju za ženske, kot tudi v bolnišničnem okolju in v postopku priprave pacientk na operativni poseg. Vzpostavlja

zaupni odnos s pacientko, jo informira, spodbuja njeno izražanje čustev, ugotavlja temeljne človekove potrebe in pomoč pri njihovem zadovoljevanju, poleg tega je udeležena pri intervencijah zdravstvene nege in intervencijah po naročilu zdravnika. Vse to izvaja diplomirana medicinska sestra s prijaznostjo in spoštovanjem dostojanstva pacientke (Sanchez, Mihelič Zajec, 2005).

V občutljivih situacijah, kot sta zdravljenje pacientke zaradi CIN in priprava na operacijo ter nosečnost, ne gre zanemariti tudi vloge zdravstveno vzgojnega dela diplomirane medicinske sestre, katere glavni namen je sicer spodbuditi posameznice za skrb ohranjanja lastnega zdravja (Zurc, Torkar, Bahun, Ramšak Pajk, 2010). Diplomirana medicinska sestra v dispanzerju za žene pri zdravstveno vzgojnemu delu uporablja metodo razgovora in metodo ustnega razlaganja (Zurc, Torkar, Bahun, Ramšak Pajk, 2010).

Pri pregledu in primerjavi obeh glavnih kategorij: *Konizacija* in *Nosečnost* smo dobljene pomembne kode združili v štiri podkategorije:

Zdravstvene težave; pri analizi besedila obeh obdobjih zelo izstopa dejstvo (kar je razvidno iz Sheme 3), da v prvem obdobju Konizacija A.B. ni imela nobenih zdravstvenih težav (če izvzamemo še ne eno uro trajajočo bolečino po operaciji), medtem ko se v obdobju Nosečnosti neprestano nekaj dogaja na tem področju in ji povzroča nemalo preglavic. Zdravstvene težave v nosečnosti so bile v večji meri posledica konizacije, tudi pred samim porodom je na ta račun A.B. preživela bolečo izkušnjo. *Na mizi mi je med pregledom odtekla porodna voda. Maternični vrat je bil pa še vedno čisto stisnjen, zabrazgotinjen. Zdravnica mi je s prsti odprla maternični vrat. To je res bolelo. Takoj sem bila odprta za 3 cm, pa tudi popadki so bili že na 4 min.*

Doživljanje; Ker nas v postopku raziskovanja zanima predvsem doživljanje A.B., ne moremo prezreti strahu, ki se pojavlja v obeh obdobjih zelo pogosto.

Strah ima realno podlago in traja toliko časa, dokler obstaja nevarnost (Rakovec Felser, 2002). A.B. je zbolela za tiho, nevidno boleznijo, brez znakov in simptomov, dokazljivo le v laboratoriju pod mikroskopskimi stekelci. Že sama lokacija telesne prizadetosti je zelo občutljiva. Psihično doživljanje vsakega posameznika, še posebej pa ginekološke

pacientke, je edinstveno (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004) in prav ginekološka obolenja in morebitni potrebni operativni posegi ponavadi pripeljejo do močnih čustev (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). A.B. v prvem obdobju obremenjuje predvsem strah pred nezmožnostjo v prihodnosti postati mati, kar si je vedno želela. Nosečnost je najpomembnejši znak ženskosti (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). A.B. je v času bolezni stara 22 let in še nima nobenega otroka. Odločilnega pomena prisotnosti strahu torej igra v tem primeru njena starost. Strah ima večjo vlogo v reproduktivnem obdobju (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). Čeprav je A.B. zaupala v uspešnost operacije, jo je kljub vsemu skrbelo, če bo operacija uspešna. Strah se je ponovno pojavil v nosečnosti, ko so se začele prve težave in ko se je A.B. pričela zavedati, da je nosečnost še dolga, in da se lahko pripeti še marsikaj nepričakovanega, na kar ne more vplivati. Nosečnost sama je edinstven pojav, ki ga ženska izkusi le enkrat, dvakrat ... v življenju ali pa sploh nikoli. Za žensko predstavlja duševno in telesno obremenitev (Pajntar, Novak Antolič, 2004). Pri vsaki ženski lahko strah izvira iz resnične življenjske situacije (Pajntar, Novak Antolič, 2004); v primeru A.B. strah pred prezgodnjim porodom zaradi skrajšanega materničnega vratu. Po Pajntarju so (v nasprotju s splošnim prepričanjem o pretežno pozitivnih misli posameznic v nosečnosti), mešane in labilne čustvene reakcije in stanja veliko pogostejše, tako jih približno polovica trpi za nespečnostjo, anksioznostjo in depresijo (Pajntar, Novak Antolič, 2004).

Podpora partnerja; V pogovorih je bila vedno močno prisotna podpora partnerja, ki ji je stal ob strani, tako v času pred konizacijo kot v času nosečnosti in tudi poroda. Strokovnjaki so mnenja, da osebe s podporo v družinskem krogu ali krogu prijateljev, bolje obvladujejo stresne razmere. V primeru A.B. gre s strani partnerja predvsem za emocionalni suport (Rakovec Felser, 2002).

Izkušnja z zdravstvenim osebjem - negativna; Odnos med pacientom in zdravnikom naj bi bil emocionalno nevtralen. Norme in socialne vloge so vpletene v socialno konstrukcijo bolezni. To vpliva na odnos med pacientom in zdravnikom. Del te predstave o bolezni je stereotip, da so za nekatere bolezni »krivi« pacienti in mogoče je bila A.B. res zaznamovana s socialno krivdo za svojo bolezen (Rakovec Felser, 2002).

Konizacija je eden izmed vodilnih razlogov za predčasen porod. Zato smo upravičeno pričakovali tudi pri A.B. porod pred predvidenim datumom. Razlog za dvom o dokončanju nosečnosti je bil poleg operativnega posega tudi način izvedbe, energija, ki se uporabi za omenjeni poseg. Pri A.B. je bila opravljena konizacija s skalpelom, ki po zgoraj omenjeni raziskavi pusti največ posledic. Na naše in varovankino začudenje se nosečnost ni zaključila predčasno. A.B. je rodila celo tri dni kasneje od predvidenega datuma, kljub temu, da ni bila deležna posebnih ukrepov za podaljševanje nosečnosti v primerih krajšega materničnega vratu.

Ob prebiranju domače in tuje literature nismo našli na raziskavo, ki bi bila primerljiva z našo temo doživljanja nosečnosti po konizaciji. Našli pa smo študije, ki pričajo o nevarnostih prezgodnjega poroda po konizaciji.

V dolgotrajni in obsežni študiji na Finskem so v študijo vključili ženske, ki so se v letih od 1986 do 2003 zdravile zaradi CIN, in od katerih jih je bilo približno četrtnina v naslednjih letih nosečih. Ugotovili so, da kakršen koli poseg (ne glede na način oz. energijo, ki je vložena v operativni poseg) na materničnem vratu oziroma zdravljenje CIN, poveča nevarnost za prezgodnji porod. Nadaljnje raziskovanje kaže na dejstvo, ki razlikuje posledice in razlike med različnimi oblikami zdravljenja materničnega vratu in njihov vpliv na kasnejšo nosečnost. Konizacija s skalpelom (izrezovalna tehnika) povzroča še večjo nevarnost za prezgodnji porod in narašča z velikostjo izrezanega tkiva (konusa). Raziskava se zaključuje z apelom proti nepotrebnim travmatskim posegom na materničnem vratu, saj ima prezgodnji porod lahko resne posledice tako za otroka kot za mater (Jakobsson M. idr. 2007).

Prendiville se v raziskavi ukvarja z različnimi tipi zdravljenja CIN in s posledicami le tega. Tudi on pride do zaključka, da konizacija predstavlja nevarnost prezgodnjega poroda, ta nevarnost pa narašča z velikostjo ekcizije, ki sega bolj globoko v endocervikalni kanal (Prendiville, 2009).

Donvold Sjoborg idr. raziskujejo vplive zdravljenja CIN na kasnejšo nosečnost in pridejo do istega zaključka; nosečnost po konizaciji je v večini primerov krajša kot pri nosečnicah, ki niso bile zdravljene zaradi CIN. Z naraščanjem stopnje CIN narašča tudi globina izrezanega konusa. Raziskava je nadgrajena z vzporednico, ki povezuje globino

izrezanega konusa in predčasen porod: z vsakim milimetrom izrezanega tkiva se poveča nevarnost za prezgodnji porod za 7 % (Donvold Sjoborg, Vistad, Myhr, Svenningsen, Herzog, Kloster-Jensen, Nygard, Hole, Tanbo, 2007).

V drugi študiji primerjajo ženske po zdravljenju CIN 3 in raka materničnega vratu z zdravimi ženskami, ki so kasneje rodile. Pri ženskah iz prve skupine je več nevarnosti, da rodijo otroka, ki je majhen za svojo gestacijsko starost (Mantia Smaldone, Krohn, Mcgee, 2010).

Omenjamo še raziskavo, ki se ukvarja s soočanjem žensk s patološkimi PAP brisi; 59 % žensk občuti skrb in tesnobo zaradi možnosti razvoja raka materničnega vratu, neplodnosti ali prezgodnje smrti, 83 % žensk je dobilo zeleno podporo v družinskem krogu in pri 64 % žensk je izvid PAP brisa vplival na njihov vsakdanjik (Idestrom, Milsom, Andrsson-Ellstrom, 2003).

Biti dober starš, dobro vzgajati otroke, biti zdrava, vesela in zadovoljna nosečnica – taka in podobna pričakovanja družbe in stereotipi lahko posameznici z določnimi zdravstvenimi, socialnimi ali ekonomskimi težavami povzročijo še dodatno tesnobo. Čas nosečnosti je čas intenzivnih čustev. Nosečnica, ki občuti stisko, naj bi poiskala ustrezno babiško, zdravniško ali psihološko pomoč (Drglin, 2009).

Študija primera osebe je temeljila na individualnih polstrukturiranih intervjujih. Pri tem smo se trudili ohraniti pravo mero distance in objektivnosti z namenom pridobiti verodostojne podatke.

Ugotovili smo, da nosečnost ni le veselo pričakovanje. Nosečnice se lahko soočajo z različnimi strahovi. Pri obravnavi nosečnice v dispanzerju za žene podpiramo posebno pozornost na njeno psihično stanje, saj nekatere nosečnice ne želijo ali ne upajo spregovoriti o svojih težavah. Predlagamo več podobnih raziskav v namen podiranja tabujev in stereotipov o srečni in brezskrbni nosečnosti. Sistematično iskanje nosečnice s stiskami bi omogočilo dodatno svetovanje pomoči potrebnim.

4 ZAKLJUČEK

Nosečnost je čas velikega pričakovanja in tudi čas velikih skrbi. Vsaka nosečnost je negotova in tudi nosečnost brez zapletov in težav ne zagotavlja normalnega zaključka nosečnosti ter zdrave matere in otroka. Da bi bodoči materi vsaj malo olajšali skrbi, mora zdravstveno osebje raziskati vse možne dejavnike tveganja in predvideti še tako malo verjeten zaplet, ki se lahko konča s prezgodnjim porodom. Prezgodnji porod zmanjša možnost preživetja otroka in poveča možnost nepopravljivih okvar, v veliki meri vpliva tudi na mater.

Spremljanje nosečnosti A.B.in njenega veselja ob misli na nerojenega otroka, njenih težav, skrbi, dvomov, je bila edinstvena izkušnja. Namen študije primera je v nasprotju s suhoparnim in monotonim navajanjem dejstev, predvsem edinstvena zgodba posameznice, ki nas je prijazno in brez zadržkov spustila v svoj svet. Ob raziskovanju smo se nehote vživeli v njeno pripoved, v njena doživljanja, strahove, dvome, čeprav smo se med raziskavo in ob pridobivanju podatkov trudili za objektivno distanciranje od primera za namen pridobitve relevantnih podatkov. Kljub vsemu pa ugotavljamo, da se pri tovrstnem raziskovanju ne da upreti doživljanju, povezovanju in razumevanju varovanca na osebnem nivoju. Brez sočustvovanja, skrbi, dvomov, vprašanj, tovrstna študija primera ni možna.

Ugotovili smo, da zdravljenje CIN s konizacijo in nosečnost v življenju ženske predstavljata resni preizkušnji, katerih doživljanje je odvisno od številnih dejavnikov: osebnosti posameznice, podpore v družini, kakovostnega pristopa članov tima zdravstvene nege ter uspešne in pravočasne specialistične obravnave.

Ob raziskovanju se nam je porodilo veliko možnosti za različne raziskave, nenazadnje ena nosečnost ni enaka drugi. Mogoče bo to delo prebrala nosečnica in bo pomirila svoje strahove in dvome ali pa jo bo v prihodnosti v roke vzel drug raziskovalec in z zanimanjem prebiral. Ta študija primera je prikaz edinstvene nosečnosti, katere rezultat je zdrav otrok in srečna ter zadovoljna mamica. Za raziskovalca, ki si dovoli tudi čustveno vpletenost v proces raziskovanja, so naslednje besede ob koncu raziskovanja največja nagrada:

»Čudovito je biti mama. Ljubim svojega angelčka! ☺«

5 LITERATURA

- Assejev V., Avanzo-Velkavrh M., Novak Antolič Ž., Verdenik I. Vnetja v obporodnem obdobju. Zdravstveni vestnik. 2003; 72 (3): 131 – 134
- Bindas A., Novak Antolič Ž. Porodniški izid po konzervativni terapiji intraepiteljskih ali zgodnjih invazivnih lezij materničnega vratu: pregled podatkov za Slovenijo od leta 2002 do 2005. Zdravstveni vestnik. 2009; 78 (5): 241 – 246
- Borko E., Gorišek B., Kralj B., Takač I. Ginekologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola ; 1998
- Campolunghi-Pegan P. Bris materničnega vratu in test PAP, Kolposkopija. In: Ivetić V., Kersnik J. Diagnostične preiskave. Združenje zdravnikov družinske medicine. Ljubljana; 2007
- Cor A. Ženska spolovila. In: Histologija učbenik. Ljubljana: Inštitut za histologijo in embriologijo. Medicinska fakultet; 2005: 221
- Donko J., Hoyer S. Evalvacija zdravstvenovzgojnega programa šole za bodoče starše. Obzornik zdravstvene nege 2003; 37(2): 151-7
- Donvold Sjoborg K., Vistad I., Myhr S., Svenningsen R., Herzog C., Kloster-Jensen A., Nygard G., Hole S., Tanbo T. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. Obstet Gynecol 2007; 86: 423-28.
- Drglin Z. Na poti v materinstvo: vodnik po pravicah nosečnic. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. 2005:5, 7
- Drglin Z. Zima v srcu. Ljubljana: IVZ RS; 2009

- Eder K. Humani virusi papiloma in rak materničnega vratu. In: Babič M. et al. Izzivi družinske medicine. Družinska medicina. Maribor 2007; 5 (Suppl. 6):187 – 193
- Gordon M. Negovalne diagnoze – priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Antona Drolca; 2006
- Guzej Z., Deisinger D., Lovšin B., Ravnikar J., Zver Skomina J., Smajila A., Verdenik I., Verem S. Porod po konizaciji. In: 50 let ginekološko porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Izola: zgodovina oddelka, diagnostika in zdravljenje cervikalnih intraepiteljskih sprememb: zbornik predavanj; 2004 April 2; Portorož – Bernardin; Slovenija. Izola: Ginekološko porodniški oddelek Splošne bolnišnice Izola; 2004: 64 -73
- Guzej Z., Lovšin B. Vpliv zdravljenja cervikalne intraepiteljske neoplazije. Onkologija /za prakso. 2007; XI, (1): 63-5
- Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006
- Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998
- Idestrom M., Milsom I., Andersson-Ellstrom A. Womens experience of coping with a positive Pap smear: a register –based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN 1. Obstet Gynecol 2003; 82: 756-61.
- Ilijaš Koželj M. Presejanje za raka materničnega vratu v očeh ambulantnega ginekologa. In: Štabuc B. et al., eds. Rak rodil – XVI seminar In memoriam dr. Dušana Reje, konferenčni zbornik. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008, str. 12 – 8

- Ivanuša A., Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka šola za zdravstveno nego; 2000
- Jakobsson M., Gissler M., Sainio S., Paavonen J., Tapper A. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 2007; 109 (2Pt1): 309 - 13
- Jančar J. Osnove patologije. Radovljica: Didakta; 2009
- Jeglič R., Ramšak Pajk J., Mihelič Zajec A. Psihični vidik obravnave pacientk z izrezano maternico z vidika medicinske sestre. *Obzornik zdravstvene nege* 2004; 38: 143-8
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010
- Kovač M. Zdrava prehrana med nosečnostjo in po porodu. In: Strokovni seminar; zbornik predavanj; 2003 Oktober 24.; Zagorje ob Savi, Trbovlje. Slovenija. Sekcija zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester babic. Ljubljana. 2003: 11-14
- Lomšek M., Rakar S., Kobal B. Zdravljenje prekancerov materničnega vratu. *Zdravstveni vestnik*. 2003; 72:II-147-150
- Lovšin B., Deisinger D., Uršič Vrščaj M., Zajec S., Zver Skomina J., Guzej Z. Diagnostika in zdravljenje intraepitelijskega raka materničnega vratu v koprski zdravstveni regiji. *Onkologija*. 2004; VIII, (2): 45 – 86

- Mantia Smnaldone G., Krohn M.A., McGee A. Cervical Cancer and Risk for Delivery of Small-for-Gestational Age Neonates. *Journal of Womens health*. Vol.19. No. 5, 2010: 969-74.
- Mahmutović R., Hrvatin T., Velova S., Plazar N. Seznanjenost žensk s preventivnim brisom materničnega vratu v dispanzerju za ženske zdravstvenega doma Koper. *Obzornik zdravstvene nege*. 2010; 44 (4): 229 – 304
- Mlinarič M., Popović L., Podhostnik A. Duševnost ženske v nosečnosti in med porodom – vloga medicinske sestre. In: 2. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved 8. junij 2010: Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju. Ljubljana; 2010
- Mujezinović F. Kratek maternični vrat – kaj pa zdaj?, *Zdravstveni vestnik* 2009; 78: I-85-9
- Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998*
- Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list Republike Slovenije št. 33/2002*
- Novak Ž., Fabjan Vodušek V., Steblovnik L., Globevnik Velikonja V., Tul N., Pušenjak S., Sketelj A., Cerar V.M., Babnik J., Verdenik I. Zelo prezgodnji porod: preprečevanje. *Medicinski razgledi*. 2008; 47 (4): 355 – 65
- Novak Antolič Ž., Pajntar M. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba: 2004
- Novak Antolič Ž., Verdenik I., Assejev V., Avanzo Velkavrh M. Ocenjevanje tveganja za prezgodnji porod. *Zdravstveni vestnik*. 2001; 70 (6): 347 – 9

- Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor:Visoka šola za zdravstveno nego; 1999
- Poljak M., Kocjan B.J., Seme K., Fujs K., Potočnik M., Luzar B., Gale N. Humani virusi papiloma (HPV). *Onkologija /v žarišču* 2005, 9(2): 60 – 72
- Prelec A. Psihološka priprava nosečnice na porod. In: Program funkcionalnega izobraževanja 6. februar 2003. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester babic. Ljubljana; 2003
- Prendeville W. The treatment of CIN: what are the risks? *Cytopathology* Dublin. Irska: 2009, 20: 145-153.
- Primic Žakelj M., Evropske smernice za presejanje žensk za raka materničnega vratu. In: Možina A, ed. HPV in preprečevanje raka materničnega vratu – Kje smo in kako naprej? Mednarodni znanstveni simpozij; 2005 Oktober 7.; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo. 2005: 9 –13
- Primic Žakelj M., Pogačnik A., Uršič Vrščaj M., Ivanuš U. Presejalni program ZORA po petih letih delovanja že kaže pomembne javnozdravstvene rezultate. *Onkologija/v žarišču*. 2009; XIII (1): 4 – 6
- Primic Žakelj M., Zadnik V., Pogačnik A., Uršič Vrščaj M. Presejanje za raka materničnega vratu v Sloveniji in državni program ZORA. *Radio Oncologia* 2006; 40 (Suppl 1): 143 – 8
- Primic Žakelj M., Zadnik V., Žagar T. Rak v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*. 2007; 76:775-780

- Pur K. Laboratorijske preiskave v nosečnosti. In: Zbornik člankov s strokovnega seminarja Sekcije medicinskih sester –babic. 2002 Oktober 11.; Slovenj Gradec, Slovenija. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester-babic; 2002: 7 – 11
- Rakar S. Diagnostika in zdravljenje raka materničnega vratu. In: Štabuc B. et al., eds. Rak rodil – XVI seminar In memoriam dr. Dušana Reje, konferenčni zbornik. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008, str. 34 – 40
- Rakovec Felser Z. Zdravstvena psihologija. Maribor:Visoka šola za zdravstveno nego; 2002
- Sanchez K., Mihelič Zajc A. Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil. Obzornik zdravstvene nege. 2005; 39: 277-84
- Simonič A. Proces žalovanja ob izgubi partnerja glede na način smrti. [Diplomsko delo]. Ljubljana: [A. Simonič]; 2004
- Takač I., Arko D., Gorišek B., Kodrič T., Repše Fokter I. Možnosti zdravljenja predrakastih sprememb materničnega vratu. Zdravstveni vestnik. 2009; 78 (Suppl 1): I-43 – I-48
- Teale G., Jordan J. Lower genital tract intraepithelial neoplasia. Gynaecological Oncology. London: Harcourt Publisher Limited; 2001
- Uršič Vrščaj M. Cepljenje proti okužbam s humanimi papiloma virusi. In: Štabuc B.(ed.) Slovenija proti raku; Zbornik zveze društev za boj proti raku leto 2008. Ljubljana: Zveza društev za boj proti raku Slovenije; 2009, str. 19 – 22
- Uršič Vrščaj M. Etiologija raka materničnega vratu – pomen onkogenih humanih virusov papiloma. In: Lindtner L. et al., eds. Doktrini zdravljenja

- bolnikov z malignimi limfoni in bolnic z rakom rodil. – 16. onkološki vikend; 2002 nov 22-23; Laško, Slovenija. Ljubljana: Laško, Kancerloško združenje Slovenskega zdravniškega društva; 2002: 63 – 7
- Uršič Vrščaj M. Humani papiloma virusi (HPV) in karcinogeneza. In: Možina A, ed. HPV in preprečevanje raka materničnega vratu – Kje smo in kako naprej? Mednarodni znanstveni simpozij; 2005 Oktober 7.; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo. 2005: 31 – 8
 - Uršič Vrščaj M. Odkrivanje raka materničnega vratu s testiranjem za visokorizične humane viruse papiloma. Onkologija/pregledi. 2009; XIII, (1):7 - 10
 - Uršič Vrščaj M. Preprečevanje raka materničnega vratu s cepljenjem – kaj je novega? In: Družinska medicina: 10. Fajdigovi dnevi. Kranjska Gora, 24. in 25. oktober 2008; 6 (Suppl. 3):9 – 16
 - Uršič Vrščaj M., Bašković M., Bebar S., Djurišić A., Stržinar V., Vakselj A. HPV in preprečevanje raka materničnega vratu. Zdravstveni vestnik. 2009a; 78: I-39-42
 - Uršič Vrščaj M., Bebar S., Možina A., Rakar S., takač I., Stržinar V., Vakselj A. Pomen humanih virusov papiloma pri odkrivanju in preprečevanju raka materničnega vratu – kje smo danes. Radiol Oncol. 2006; 40 (Suppl 1): 137-41
 - Verdenik I. Večplastni napovedni model prezgodnjega poroda. [Doktorsko delo]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2002
 - Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008

- Zora. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Dostopno na: http://zora.onko-i.si/?mod=mi_strokovnaPriporocilaInSmernice#listPdf1 (dostopno 1. 9. 2010)
- Zorc J., Torkar T., Bahun M., Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. In: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010
- Železnik D., Filej B., Brložnik M., Buček Hajdarević I., Dolinšek M., Istenič B., et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 24, 67

Internetni viri slik:

- http://www.cmdrc.com/Data/Images/Pap_test1.gif, (dostopno 2.4.2011)
- http://www.ansci.wisc.edu/jjp1/ansci_repro/misc/project_websites_08/tues/HPV/HPV1.jpg, (dostopno 2. 4. 2011)
- http://zora.onko-i.si/index.php?mod=mi_rakMaternicnegaVratu, (dostopno 2.4.2011)
- http://media.photobucket.com/image/cervikalna%20intraepitelna%20neoplazija/Psihonaut/Forum_elementi/hpv_citologija.jpg, (dostopno 2. 4. 2011)
- http://www.analife.rs/admin_images/meni_galerije/2010-12-23_bf1394877221da7a0809ce17e2c7a5.png, (dostopno 2. 4. 2011)

6 PRILOGE

OKVIRNI VPRAŠALNIK

1. *dihanje* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, kakršnekoli težave z dihanjem, morebitna neobičajna zadihanost pri manjših naporih ...)
2. *prehranjevanje in pitje* (odstopanja – kolikšno je povečanje od časa pred nosečnostjo, poznavanje načel zdrave prehrane nosečnice, posebne razvade ...)
3. *izločanje* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, ohranjenost navad odvajanja, kakšno je odvajanje – morebitna uporaba odvajal, težave pri izločanju ...)
4. *gibanje* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, morebitne težave, ki jih povzroča gibanje ...)
5. *spanje in počitek* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, povečana potreba po počitku ...)
6. *oblačenje in slačenje*
7. *vzdrževanje telesne temperature* (odstopanja od časa pred nosečnostjo)
8. *vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, poznavanje pomena osebne higiene ...)
9. *izogibanje nevarnostim* (zavedanje pomembnosti izogibanja nevarnostim)
10. *komuniciranje* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, družina in njena vloga v družini, odnosi z bližnjimi, obvladovanje stresnih situacij, skrbi, tesnoba ...)
11. *verovanje*
12. *koristno delo*
13. *rekreacija* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, poznavanje pomena rekreacije, vrst, pogostost in trajanje rekreacije ...)
14. *učenje* (odstopanja od časa pred nosečnostjo, možnosti učenja, želja po učenju ...)

Navedena vprašanja so predstavljala vodilo pri pogovorih. Sicer smo posebno pozornost namenili njenemu osebnemu doživljanju (v času nosečnosti, diagnostike CIN in konizacije). Poleg tega je bilo naše vodilo ob pridobivanju podatkov predvsem sproščeno ozračje, v katerem je varovanka lahko spontano izražala svoje misli in

občutja in ne suhoparno pridobivanje »podatkov«. Poleg zastavljanja vprašanj varovanki-nosečnici smo tudi mi odgovarjali na njena vprašanja.

TEMELJNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI

1. DIHANJE; »Je osnovna življenjska aktivnost, ki je za človekovo preživetje najpomembnejša. Človek brez dihanja lahko preživi le nekaj minut. Z dihanjem se pri človeku zadovoljuje potreba po kisiku, ki je lahko včasih večja ali manjša (spanje, počitek, fizični napor, športna aktivnost ...)« (Pajnkihar, 1999).
2. HRANJENJE IN PITJE; »Je osnovna življenjska aktivnost, ki je nujno potrebna za človekovo preživetje. Gre za sprejemanje hrane oziroma hranilnih snovi in tekočin« (Pajnkihar, 1999).
3. IZLOČANJE IN ODVAJANJE; »Je osnovna življenjska aktivnost, ki omogoča odstranitev produktov prebave in je v tesni povezavi s prehranjevanjem. Nanaša se predvsem na mikcijo in defekacijo« (Pajnkihar, 1999).
4. GIBANJE IN USTREZNA LEGA; »Gibanje in premikanje sta osnovni življenjski aktivnosti živih organizmov. Gre za krčenje in iztegovanje mišic oziroma mišičnih skupin, tako, da se človek lahko giblje v okolju, to pa je odvisno od usklajene funkcije lokomotornega aparata. Gre za osnovno življenjsko aktivnost, ki človeku omogoča zadovoljevanje tudi drugih življenjskih aktivnosti« (Pajnkihar, 1999).
5. SPANJE IN POČITEK; »Spanje in počitek sta življenjski aktivnosti, ki sta za človekovo življenje bistvenega pomena. Spanje je čas fiziološkega počitka, je stanje, za katerega je značilno prenehanje budnosti, ki se v trenutku lahko povrne. Ta sprememba loči spanec od kome ali narkoze. Spanje je v bistvu izguba kritičnega odzivanja, torej zmožnosti, da se ustrezno odzovemo na določen splet okoliščin« (Pajnkihar, 1999).
6. OBLAČENJE IN SLAČENJE; »Oblačenje in slačenje je osnovna življenjska aktivnost, ki ščiti telo pred vplivi okolja, pomaga pri vzdrževanju telesne temperature in higiene kože, izraža pa tudi estetsko in kulturno naravnost človeka« (Pajnkihar, 1999).

7. VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE; »Normalna telesna temperatura je osnova za zagotavljanje optimalne človekove psihične in fizične aktivnosti ter za njegovo dobro počutje. Pomembno je tudi, da človek pozna vplive iz okolja in se ustrezno zaščiti. Ta aktivnost je povezana z aktivnostjo oblačenja in slačenja« (Pajnkihar, 1999).
8. OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST; »Vzdrževanje telesne čistoče in urejenost je življenjska aktivnost, ki omogoča človeku zadovoljevanje osebne higiene in urejenosti, kar je pogoj za ohranitev zdravja in ugodnega počutja« (Pajnkihar, 1999)
9. IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU; »Bistvo te aktivnosti je, da nevarnost prepoznamo in se nanjo ustrezno odzivamo tako, da nam bo v okolju uspelo preprečiti, zmanjšati ali vsaj omiliti neugoden vpliv na zdravje« (Pajnkihar, 1999).
10. KOMUNICIRANJE, IZRAŽANJE ČUSTEV; »Komuniciranje je osnovna življenjska aktivnost, ki pri človeku zadovoljuje potrebe po izmenjavi informacij in znanj, izkušenj, potreb, občutkov in je tesno povezana z učenjem« (Pajnkihar, 1999).
11. IZRAŽANJE VERSKIH ČUSTEV; »Izražanje verskih čustev je življenjska aktivnost, ki omogoča človeku zadovoljevanje potreb po verski pripadnosti. Izražanje aktivnosti je tesno povezano s komunikacijo pacienta« (Pajnkihar, 1999).
12. KORISTNO DELO, USTVARJALNA ZAPOSLOVANJE; »Delo je življenjska aktivnost, ki omogoča človeku pridobivanje sredstev za življenje« (Pajnkihar, 1999).
13. RAZVEDRILLO, REKREACIJA; »Razvedrilo in rekreacija sta aktivnosti, ki omogočata, da se človek sprošča, vzdržuje ustrezno psihofizično kondicijo in si nabira novih moči za delo in življenje« (Pajnkihar, 1999).
14. UČENJE; »Je aktivnost, ki zadovoljuje potrebe po novih znanjih, rasti osebnosti in odnosu do zdravja. Učenje je vsako spreminjanje posameznika na osnovi izkušenj in prenosa izkušenj. Kadar želimo, da deklica spremeni svojo aktivnost, se pogosto odzove z neodobravanjem, kajti vedno teži k stalnosti, enakosti« (Pajnkihar, 1999).

