

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
PROFESIONĀLĀ BAKALaura STUDIJU
PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

**SIEVIEŠU IESAISTĪŠANĀS DZEMDES KAKLA
VĒŽA IZMEKLĒŠANĀ LATVIJAS VALSTS
SKRĪNINGA IETVAROS**

BAKALaura DARBS

Autors: Evita Upeniece

Stud. apl. Nr.: eu22004

Darba vadītājs: Dr. paed. Margarita Puķīte

RĪGA 2023

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir “Sieviešu iesaistīšanās dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros” .

Bakalaura darba mērķis ir identificēt sievietes zemās līdzdalības iemeslus dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros un izteikt priekšlikumus sievietes iesaistīšanās veicināšanai.

Pētniecības uzdevumi:

1. Analizēt un apkopot medicīnisko literatūru par dzemdes kakla vēža attīstību un stadijām, epidemioloģiju, simptomiem, diagnostiku un ārstēšanu;
2. Izstrādāt pētījuma instrumentu- aptaujas anketu sievietēm vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem par līdzdalību dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros;
3. Veikt aptauju;
4. Apkopot pētījuma rezultātus, izdarīt secinājumus un izstrādāt priekšlikumus.

Pētījuma jautājums: kāda ir sievietes iesaistīšanās un līdzdalību dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros?

Pētniecības metode: kvantitatīvais pētījums.

Pētniecības instruments: anketa.

Pētījuma rezultāti apliecina, ka būtiskākais faktors kādēļ sieviete nepiedalās valsts apmaksātā dzemdes kakla vēža skrīningā ir pašas sievietes rūpju un atbildības trūkums par savu veselību, kam seko informācijas trūkums un laika trūkums un efektīvākie faktori, kas rosinātu sievietes iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā ir ginekologa pieejamība, speciālistu rekomendācijas un informācijas pieejamība.

Atslēgvārdi: ginekoloģija, dzemdes kakla vēzis, dzemdes kakla vēža skrīnings, sievietes līdzdalība.

ANNOTATION

The topic of the bachelor's thesis is “Women's involvement in the investigation of cervical cancer within the framework of Latvian national screening”.

The aim of the bachelor's thesis is to identify the cause of the low participation of women in cervical cancer screening in Latvia and to make proposals for the promotion of women's motivation.

Research tasks:

1. Analyze the medical literature on the development and progression, epidemiology, symptoms, diagnosis and treatment of cervical cancer;
2. Develop a survey questionnaire for women aged 25 to 67 years about participation in cervical cancer screening within the Latvian state screening;
3. Conduct research;
4. Draw conclusions and developed offers.

Research question: what are the positive and negative factors that affect women's participation in cervical cancer screening within the Latvian national screening?

Research method: quantitative study.

Research instruments: questionnaire.

The results of the study confirm that the most important factor why a woman does not participate in publicly paid cervical cancer screening and women themselves who take care of their health, followed by lack of information and lack of time and approval, which affects women in cervical cancer screening and gynecologist. availability of specialist recommendations and information.

Keywords: gynecology, cervical cancer, cervical cancer screening, women's participation.

SATURS

1. Māszinību teoriju pielietojums.....	8
2. Dzemdes kakla vēža raksturojums	13
2.1. Dzemdes kakla vēža raksturojums.....	13
2.2. Dzemdes kakla vēža attīstības riska faktori un simptomi.....	17
3. Dzemdes kakla vēža diagnostika un ārstēšana	19
3.1. Dzemdes kakla vēža skrīnings latvijā.....	19
3.2. Dzemdes kakla vēža skrīninga latvijā vadlīnijas	22
3.3. Dzemdes kakla skrīninga citoloģijas metodes	24
3.4. Sieviešu līdzdalības nozīme dzemdes kakla vēža skrīningā.....	25
4. Pētījuma daļa.....	28
4.1. Pētījuma metodoloģija	28
4.2. Pētījuma rezultāti	31
Secinājumi	40
Ieteikumi.....	42
Izmantotā literatūra un avoti.....	44
Pielikumi.....	48

APZĪMĒJUMU SARAKSTS

A0–A7 – citoloģiskais rezultāts no laboratorijas

AGUS – neskaidras nozīmes glandulārā epitēlija šūnu atipiskas izmaiņas

ALAT - alanīnaminotransferāze

ASAT – aspartāminotransferāze

ASC-US – neskaidras nozīmes daudzkārtainā plakanā (skvamozā) epitēlija šūnu atipiskas izmaiņas

AR CPV – augsta riska cilvēka papilomas vīrusi (human papilloma virus)

CPV- Cilvēka papilomass vīruss

CIN 1 – viegla cervikālā intraepitēliālā neoplāzija.

CIN 2 – mērena cervikālā intraepitēliālā neoplāzija.

CIN 3 – izteikta cervikālā intraepitēliālā neoplāzija.

CGIN – cervikālā glandulāra intraepitēliālā neoplāzija.

DNS- Dezoksiribonukleīnskābe

FIGO - Starptautiskā Ginekologu un Dzemdību speciālistu federācija

HSIL – augstas pakāpes daudzkārtaina plakana epitēlija bojājums

HIV- cilvēka imūndeficīta vīruss

HPV- Cilvēka papilomas vīrusa

KS – kolposkopija

LSIL – zemas pakāpes daudzkārtaina plakana epitēlija bojājums

PVO - Pasaules Veselības organizācija

IEVADS

Dzemes kakla vēzis ir ļaundabīgs audzējs, kas veidojas dzemes kakla gļotādas audos un galvenokārt attīstās pēc inficēšanās ar cilvēka papilomas vīrusu, kuru ietekmē vairāki riska faktori, taču slimības konstatēšanā tiek pielietota kvalitatīvas diagnostikas metodes, kas paredz noteikt dzemes kakla vēzi agrīnā stadijā, tāpat arī ir izstrādātas efektīvas ārstēšanas metodes. Viena no būtiskām metodēm, kas veicina dzemes kakla vēža konstatēšanu agrīnā stadijā ir valsts organizēta un apmaksāta profilakses pārbaude, kuras mērķis ir atklāt pirmsvēža šūnu izmaiņas vai dzemes kakla vēzi agrīnā stadijā, kuras ietvaros vienu reizi trijos gados uz deklarēto dzīvesvietu tiek izsūtīti uzaicinājumi sievietēm vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem veikt profilaktisko pārbaudi. Dzemes kakla vēža pārbaudes ietvaros tiek noņemta citoloģiskā uztriepe – ginekoloģiskās apskates laikā tiek paņemtas dažas šūnas no dzemes kakla un tiek veikta to izmeklēšana laboratorijā, kur atkarībā no saņemtajiem rezultātiem tiek izvirzīta turpmāka rīcība- negatīvu rezultātu gadījumā nozīmēta nākamā profilaktiskā pārbaude pēc trijiem gadiem vai gadījumos, kad tiek konstatētas aizdomas par dzemes kakla vēzi (piemēram, CPV pozitīvs, malignizācijas pazīmes, LSIL, HSIL viegla/ vidēja/smaga displāzija, AGUS neskaidras nozīmes glandulārā epitēlija šūnu atipiskas izmaiņas) tiek nozīmēti papildu izmeklējumi.

Dzemes kakla vēža izmeklēšana Latvijas valsts skrīninga ietvaros ir plašas auditorijas skrīninga metode, kas ļauj konstatēt slimības iestāšanos dažādās vecuma grupās, taču būtiska ir izmeklējuma auditorijas- sieviešu līdzdalība un iesaistīšanās, taču kā vienas no skrīninga īstenošanas negatīvajiem aspektiem ir jānorāda zemā sieviešu motivācija veikt izmeklējumus, zemais izglītības līmenis par dzemes kakla vēža riskiem un simptomiem, kā arī rīcību simptomu aizdomu gadījumā, kas noved pie dzemes kakla vēža attīstības un riska to konstatēt vēlīnā stadijā.

Statistikas dati liecina, ka Latvijā katru gadu dzemes kakla vēzis tiek konstatēts aptuveni 240 sievietēm un ik gadu no šīs slimības mirst vidēji 110 sievietes. 2021.gada Vēža skrīninga programmas rezultāti liecina, ka sievietēm Latvijā tika izsūtīti 195 664 uzaicinājumi veikt dzemes kakla vēža skrīningu, taču izmeklējumus veica tikai 68 736 sievietes jeb 35,1% (1) no uzaicinātajām sievietēm, kas ir kritiski zems rādītājs un liecina par sieviešu motivācijas trūkumu veikt izmeklējumus, neizpratni par izmeklējumu nepieciešamību un to nozīmīgumu, līdz ar to ir būtiski noskaidrot iemeslus, kādēļ sievietes neveic izmeklējumus, kā arī veicināt sieviešu motivācijas palielināšanu, veicot izglītojošo un skaidrojošo darbu.

Bakalaura darba praktisko nozīmību pamato nepieciešamība analizēt sieviešu līdzdalību dzemes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros raksturojošos faktoros, lai

stiprinātu tos faktorus, kas veicina sieviešu motivāciju iesaistīties, kā arī novērstu vai mazinātu tos faktorus, kas attur sievietes veikt nepieciešamo izmeklējumu. Pētījumā iegūtos datus iespējams izmantot kā informācijas līdzekli sieviešu izglītošanai par dzemdes kakla vēža skrīninga nozīmīgumu, tāpat arī iegūtie dati izmantojami kā izejas dati Latvijas valsts skrīninga programmas uzlabošanai.

Bakalaura darba **tēma** ir “Sieviešu iesaistīšanās dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros”.

Bakalaura darba **mērķis** ir noskaidrot sieviešu atsaucību iesaistīties dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

Darba uzdevumi:

1. Analizēt un izveidot zinātniskās literatūras apskatu par dzemdes kakla vēža slimību, ārstēšanu un dzemdes kakla vēža skrīningu Latvijas valsts ietvaros.
2. Izstrādāt anketu un veikt sieviešu aptauju vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem par iesaistīšanos dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros.
3. Apkopot un analizēt iegūtos rezultātus.
4. Izdarīt secinājumus un izstrādāt priekšlikumus.

Pētījuma **jautājums**: Kāda ir sieviešu iesaistīšanās dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros?

Pētījuma veids: kvantitatīvais pētījums.

Pētījuma instruments: anketa

Pētījuma respondenti: 100 sievietes vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem.

Pētījuma bāze: medicīniskā literatūra, EBSCO datu bāzē pieejamie zinātniskie raksti, ResearchGate datu bāzē pieejamie pētījumi, interneta resursi, normatīvie akti, statistikas dati.

Bakalaura darba pirmajā nodaļā tiek apkopotas medicīniskajā literatūrā un pētījumos apkopotās atziņas par dzemdes kakla vēža epidemioloģiju, attīstību un stadijām, attīstības riska faktoriem, simptomiem, diagnostiku un ārstēšanu, kā arī raksturots dzemdes kakla vēža izmeklēšanas process Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

Bakalaura darba otrajā nodaļā autore veic anketēšanas pētījumu, kurā tiek aptaujātas 100 sievietes vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem par līdzdalības iemesliem dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

Bakalaura darba trešajā nodaļā autore, pamatojoties uz veikto pētījumu, izvirza priekšlikumus sieviešu motivācijas un līdzdalības veicināšanai dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

1. MĀSZINĪBU TEORIJU PIELIETOJUMS

Medicīnas māsa ir profesija, kuras mērķis ir palīdzēt klientam novērst, atrisināt, atvieglot vai tikt galā ar problēmām, kas saistītas ar darbību viņš vai viņa veic, lai dzīvotu. Tā ir profesija, kas palīdz slimam vai veselam cilvēkam to darbību veikšanai, kas veicina veselības atveseļošanos (vai līdz mierīgai nāvei), ko viņš vai viņa veiku bez palīdzības, ņemot vērā nepieciešamo spēku, gribu vai zināšanas. Cilvēka pakalpojums, kas saistīts ar klientu vajadzībām un iespējām rūpēties par sevi un palīdzēt viņiem saglabāt veselību, atgūties no slimībām un ievainojumiem vai tikt galā ar to sekām, kā arī profesija tiek definēta kā sociāli vērtīgs pakalpojums, kura mērķis ir veicināt pozitīvu pielāgošanās stimuliem un stresam, ar kuriem saskaras klients. (2)

Autore norāda, ka māsu darbam būtiskas ir skaidras vadlīnijas, principi pēc kā vadīties veicot māsu darba pienākumus, kā arī skaidri sasniedzamie rezultāti, kas balstīti uz konkrētām sākotnēji izvirzītām vērtībām- šādu skaidru vīziju māsu darba, nodrošina māsazinību teorijas.

Māsazinību teoriju mērķis ir aprakstīt, prognozēt un izskaidrot māsu darba nozīmi un kārtību. Tām jāsniedz māsu prakses pamati, jāpalīdz iegūt papildu zināšanas un jānorāda, kādā virzienā māsu jāattīstās nākotnē. Priekšrocības no noteiktas teorijas izmantošanas māsu darba jomā ietver labāku pacientu aprūpi, uzlabotu māsu profesionālo statusu, uzlabotu saziņu starp medmāsām un norādījumus pētniecībai un izglītībai. Ņemot vērā to, māsu darba galveno eksponentu – aprūpi – ir grūti izmērīt, ir ļoti svarīgi, lai būtu teorija, kas analizētu un izskaidrotu, ko dara medmāsas. (3)

Māsazinību teorijas nodrošina pārdomu ietvaru dažādu situāciju izpētei- kā rodas jaunas situācijas, šis ietvars nodrošina organizācijas struktūru, analīzi un lēmumu pieņemšanu. Visplašākajā nozīmē, māsu teorija ir nepieciešama nepārtrauktai attīstībai un evolūcijai māsu darbā, jo veselības aprūpes pasaule mainās praktiski katru dienu. Pamatā, māsām jāturpina paplašināt savu zināšanu bāzi, lai proaktīvi reaģētu uz izmaiņām sabiedrības vajadzībās. Māsu prakses zināšanas tiek attīstītas caur māsu pētījumiem, ko savukārt izmanto, lai pārbaudītu esošās teorijas vai radītu jaunas teorijas. (4)

Pēc autores domām māsazinību teoriju kopējais mērķis ir nodrošināt pacientu aprūpes augstu kvalitāti, taču jāņem vērā ka teoriju dažādība balstās uz to vērtībām un filozofiju, līdz ar to mehānismi, darba specifika kā sasniegt mērķi ir atšķirīga.

Profesionāla māsu prakse, kas tiek īstenota balstoties uz vienu vai vairākiem teoriju modeļiem vai teoriju elementiem, ietver vairākus morālus pienākumus un saistības. Šiem pienākumiem ir morāls spēks, jo māsu darba mērķis ir uzlabot savu iedzīvotāju veselību, taču, lai to īstenotu māsām nepārtraukti ir jāveicina zināšanu bāzes attīstība. Zināšanu bāzes attīstība

ir daļēji atkarīga no teorijā balstītas prakses un pētījumiem un daļēji no teorijas, kas tiek balstīta uz praksi un pētījumiem. Tādējādi profesijas pārstāvjiem ir pienākums pārbaudīt savas prakses pamatus un šo pamatu potenciālu, lai sasniegtu māsu un līdz ar to arī sabiedrības mērķus. (5)

Māszinību teorijas tiek iedalītas trīs lielās grupās:

- Augstākā līmeņa medmāsu teorijas- abstraktas, plašas un sarežģītas, tāpēc to precizēšanai ir nepieciešami turpmāki pētījumi. Augstākā līmeņa māsu teorijas nenosaka konkrētu māsu darbības virzienu, bet gan nodrošina vispārīgu ietvaru un māsu idejas, balstoties uz galvenajiem konceptiem- persona, kopšana, veselība un vide.
- Vidēja līmeņa medmāsu teorijas- teorijām ir ierobežotāks apjoms (salīdzinājumā ar lielajām teorijām) un tās piedāvā jēdzienus un priekšlikumus zemākā abstrakcijas līmenī. Lielākā daļa vidēja līmeņa teoriju ir balstītas uz grandiozu teorētiku darbiem, taču tās var veidot no pētījumiem, māsu prakses vai citu disciplīnu teorijām.
- Prakses līmeņa māsu teorijas- konkrētai situācijai raksturīgas teorijas, kuru darbības joma ir šaura un koncentrējas uz konkrētu pacientu grupu noteiktā laikā. Šajā līmenī izstrādātajām teorijām ir tiešāka ietekme uz māsu praksi nekā abstraktākām teorijām. Šīs teorijas ir savstarpēji saistītas ar jēdzieniem no vidējā līmeņa teorijām vai augstākā līmeņa teorijām. (5)

Bakalaura darba autore vēlas uzsvērt, ka māsu darbā tiek integrētas māszinību teorijas dažādos līmeņos- māsu darbs tiek balstīts saskaņā ar augstākā līmeņa māsu teoriju, nosakot vispārīgu darba ietvaru uz kura pamata tiek darbā integrētas prakses līmeņa māsu teorijas, kas nosaka konkrētu darbības jomu un veicamos pasākumus, tādējādi izveidojot vienotu māsu darba stratēģiju. Autore norāda, ka māszinību teorijas darbā ir apvienojamas, tās nav pretstatāmas tā kā sasniedzamais mērķis- pacientu augstas kvalitātes aprūpe un veselības stāvokļa uzlabošana visām teorijām ir kopīgs.

Māszinību teorijas iedalās atbilstoši to funkcijām un pēc to filozofijas.

1.1.tabula

Māszinību teoriju iedalījums (3)

Iedalījuma veids	Teoriju grupa	Skaidrojums
Pēc funkcijām	Aprakstošā	Identificē māsu darba disciplīnas īpašības un darbību
	Paskaidrojošā	Pēta, kā īpašības ir saistītas un tādējādi ietekmē disciplīnu
	Prognozējošā	Prognozē rīcības modeļus un apstākļus māsu darba praktikai
	Preskriptīvā	Paredz māsu darba rezultātus un sekas

Pēc filozofijas	Mijiedarbība	Šīs teorijas ir saistītas ar māsu un pacientu attiecībām. Šādas teorijas ir kritizētas par to, ka tās lielā mērā ignorē medicīnisko veselības modeli un neapmierina pamata fiziskās vajadzības.
	Vajadzība	Šīs teorijas ir balstītas uz to, lai palīdzētu indivīdiem izpildīt viņu fiziskās un garīgās vajadzības. Vajadzību teorijas ir kritizētas par to, ka tās pārāk daudz paļaujas uz medicīnisko veselības modeli un nostāda pacientu atklātā atkarīgā stāvoklī.
	Humānisms	Humānistiskās teorijas attīstījās, reaģējot uz psihoanalītisko domu, ka cilvēka liktenis tika noteikts agrīnā dzīves posmā. □ Humānistiskās teorijas uzsver cilvēka pašrealizācijas spēju. Humānisti uzskata, ka cilvēkā ir veselīgas un radošas izaugsmes potenciāls
	Rezultāti	Teorijas attēlo medmāsu kā mainīgu spēku, kas ļauj indivīdiem pielāgoties vai tikt galā ar veselības problēmām. Rezultātu teorijas ir kritizētas kā pārāk abstraktas un grūti īstenojamas praksē.

Māsām, izvēloties māszinību teoriju, jāievēro četri soļi:

1. Jāveic rūpīga teoriju analīze;
2. Jāsalīdzina katras teorijas saturs ar klīniskās vides misijas formulējumu un jānosaka vai teorija ir piemērota lietošanai to pacientu grupai, kur konkrētā medmāsa veic aprūpi;
3. Jānosaka vai filozofiskie apgalvojumi, kas ir katras teorijas pamatā, atbilst klīniskās vides filozofijai;
4. Jāizvēlas teoriju, kas visvairāk atbilst klīniskās vides misijai un māsu nodaļas filozofijai. (2)

Autore norāda, ka, pamatojoties uz māszinību teoriju tiek izstrādāta konkrētās medicīnas iestādes māsu darba politika, turklāt šo teoriju aspekti tiek iekļauti arī ārstu un citu medicīnas iestādes darbinieku pienākumu veikšanas izpildē, tādējādi nodrošinot māszinību teorijas pielietojuma atbalsta funkciju. Māszinību teorijas izvēle nav tikai māsu atbildība, tā ir medicīnas iestādes atbildība, kas kopā ar personālu izstrādā māszinību teorijas pielietojuma iespējas medicīnas iestādē.

Katras māsu uzdevums ir rūpīgi izvērtēt māszinību teorijas konceptu, medicīnas iestādes vadlīnijas un veikt darba pienākumus atbilstoši izvirzītajiem principiem un sasniedzamajiem rezultātiem, jāuzsver, ka māszinību teorijas nenosaka konkrētu rīcības modeli, veicamās darbības, to biežumu, bet gan vispārēju virzienu un darba stratēģiju, līdz ar

to katras māsas atbildība ir, ņemot vērā māszinību teorijas konceptu, integrēt tās principus savā ikdienas darba pienākumu veikšanā.

Autore ir veikusi māszinību teoriju izpēti un kā piemērotākos piemērus konkrēti darbā ar dzemdes kakla vēža pacientēm izvirza Betijas Ņūmenas "Sistēmas modeli", Kolistas Rojas "Adaptācijas modeli", Miras Levaines "Enerģijas saglabāšanas modeli", Katrīnas Kolkabas "Komforta teoriju" un Florensas Naitingeilas "Vides piemērošanas teoriju".

Betijas Ņūmenas sistēmas modelis tika ierosināts 1974. gadā. Šis modelis ir izstrādāts, pamatojoties uz moderno medicīnu, kas uzsver rūpēties par pacientu, rūpēties par sabiedrību, pievērst uzmanību tehnoloģijām un pakalpojumiem, lai kopā uzlabotu veselības aprūpes sistēmu. Izmantojot konkrētā modeļa holistisko un sistemātisko skatījumu iespējams izpētīt indivīda stresa ietekmi uz veselību un spēt to regulēt un līdzsvarot. Modeļa sistēmas režīms darbā ar vēža pacientiem sastāv no sistēmas un stresa, ieskaitot ķermeņa aizsardzību, stresa avotu un māsu darba pasākumiem-pacienti aktīvi saskaras ar spiediena avotiem un atgūst veselību caur terciāriem profilakses pasākumiem. (6)

Sievietes, kurām diagnosticēts dzemdes kakla vēzis, saskaras ar sarežģītām problēmām, tostarp fizioloģiskām, psiholoģiskām, sociālajām un garīgām problēmām. Sievietēm ir jāpielāgojas šīm sarežģītajām problēmām. Māsām, kā daļai no veselības aprūpes sniedzēju loka, ir pienākums palīdzēt klientiem tikt galā ar viņu veselības stāvokli, tāpat arī māsu loma ir palīdzēt klientiem/pacientiem apmierināt viņu pamatvajadzības. Viena no māsu teorijām – Kolistas Rojas Adaptācijas modelis, paredz pielietot Rojas teoriju, kas veicina sievietes ar agrīnas stadijas dzemdes kakla vēzi pielāgošanos pārmaiņām, kas notiek, tostarp fizioloģiski, psiholoģiski, sociāli un garīgi. (7)

Pacienti ar trešo dzemdes kakla vēža stadiju ir progresējošas stadijas vēža pacienti, kuriem nepieciešama visaptveroša aprūpe gan fiziski, gan psiholoģiski. Tāpēc Mira Levine enerģijas saglabāšanas modelis un Kolkabas komforta teorijas izmantošana māsu darbā būtiski veicina darba efektivitāti ar pacientiem. Pēc Levines modeļa saglabājot struktūras integritāti un enerģijas taupīšanu, pacienti var atrisināt problēmas, savukārt Kolkabas komforta teorijas posmi, kas nosaka komfortu kā visu cilvēku pamatvajadzību pēc atvieglojuma, kas izriet no stresa situācijām veselības aprūpes jomā, paredz uzlabot pacientu komfortu ne tikai fiziski, bet arī psiholoģiski ārstēšanas laikā. (8)

Florensa Naitingeila izstrādāja vides aizsardzības teoriju, kas tiek interpretēta kā nosacījums, ka visi ārējie apstākļi un faktori, kas ietekmē organisma dzīvi un attīstību, spēj novērst, apspiest vai veicināt slimības attīstību, regresu un nāvi. Slimība šajā teorijā tiek uzskatīts par procesu, kas atjauno veselību, kur medmāsu uzdevums ir līdzsvarot vidi, lai saglabātu to pacienta dzīvībai svarīgo enerģiju, kas nodrošinātu atgūšanos no slimības. Teorijas

izstrādātāja uzskatīja, ka ir jānodrošina piemērota vide pacientu atveseļošanās procesā, līdz ar to teorija pievēršas faktoriem, kas paredz uzturēt labvēlīgu vidi, lai veicinātu atveseļošanās procesu un veselīgu dzīvesveidu, piemēram, ventilāciju, tīrību, apgaismojums, siltums, troksnis, smakas un pārtika. (9)

Bakalaura darba autore norāda, ka minētajām teorijām ir virzieni, kā māsu darbs veicina dzemdes kakla vēža pacientu piemērošanos fizioloģiskajām un psiholoģiskajām izmaiņām, slimības ietekmei, kā arī dažādi risinājumu pacienšu veselības stāvokļa uzlabošanai, izmantojot dažādas koncepcijas- vides pilnveide, komforta veicināšana, enerģijas palielināšana, pielāgošanās, stresa mazināšanas, kur caur minētajiem faktoriem, tiek nodrošināta veselības stāvokļa uzlabošana.

2. DZEMDES KAKLA VĒŽA RAKSTUROJUMS

Pasaulē katru gadu tiek reģistrēti vairāk nekā 500 000 jaunu dzemdes kakla vēža gadījumu. Katru gadu no dzemdes kakla vēža mirst aptuveni 250 000 sievietes. Amerikas Savienotajās Valstīs katru gadu no dzemdes kakla vēža mirst aptuveni 4000 sievietes, savukārt afroamerikāņiem, spāņiem un sievietēm, kas dzīvo zemu resursu apgabalos, kur ir lielākas atšķirības medicīnas pieejamībā un aprūpē ir daudz augstāks mirstības līmenis. Dzemdes kakla vēža mirstība ir augstāka starp sievietēm, kuras nav piedalījušās skrīningā pēdējo piecu gadu laikā, un tām sievietēm, kurām nav konsekventas novērošanas pēc pirmsvēža stadijas bojājumu noteikšanas. Tendences joprojām liecina, ka sievietes ar vislielāko mirstības risku var retāk saņemt vakcināciju, kas potenciāli varētu novērst dzemdes kakla vēzi. (10)

Dzemdes kakla vēzis ir otrais visbiežāk diagnosticētais vēzis un trešais galvenais vēža nāves cēlonis sievietes vidū. Gandrīz 90% no dzemdes kakla vēža nāves gadījumiem notiek jaunattīstības valstīs. Dzemdes kakla vēža lielās ģeogrāfiskās atšķirības atspoguļo atšķirības skrīninga pieejamību (kas ļauj atklāt un novērst pirmsvēža bojājumus). Tomēr dzemdes kakla vēzis joprojām ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma pat attīstītajās valstīs: vairāk nekā 58 000 jaunu gadījumu gadā tiek diagnosticēts dzemdes kakla vēzis un Eiropā katru gadu mirst 24 000 pacientu no minētās slimības. Piecu gadu relatīvā izdzīvošana Eiropas sievietēm, kurām 2000.–2007. gadā diagnosticēts dzemdes kakla vēzis bija 62%, savukārt Austrumeiropā svārstās no 57 % līdz 67 %. Ziemeļeiropā Eiropā īpaši zema dzīvildze (< 55%) bija Bulgārijā, Latvijā un Polijā, bet visaugstākā Norvēģijā (71 %). Iespējas uzveikt slimību samazinājās pieaugot vecumam diagnozes noteikšanas brīdī, no 81% 15–44 gadus veciem cilvēkiem līdz 34% sievietēm vecumā no 75 gadiem. Iespējas uzveikt slimību ievērojami palielinājās no 61% 1999.–2001.gadā līdz 65% 2005.–2007.gadā, kur FIGO ieviešanas posms atstāja būtisku ietekmi. (11)

Trīs Baltijas valstis (Igaunija, Latvija un Lietuva) ir starp Eiropas Savienības valstīm ar augstākajiem saslimstības un mirstības rādītājiem ar dzemdes kakla vēzi. Lai risinātu šo sabiedrības veselības problēmu, Baltijas valstīs ir steidzami jāievieš progresīvākas un efektīvākas metodes dzemdes kakla vēža profilaksē. (12)

2.1. Dzemdes kakla vēža raksturojums

Dzemdes kakls ir fibromuskulārs orgāns, kas savieno dzemdes dobumu ar maksti. Tas ir cilindriskas formas, dzemdes kakls ir aptuveni 4 cm garš un 3 cm diametrā. Dzemdes kakls grūtniecei ir ievērojami lielāks nekā nedzemdējušām sievietēm, savukārt sievietes dzemdes kakls reprodūktīvā vecumā ir ievērojami lielāks nekā pēcmenopauzes periodā sievietei.

Dzemes kakla apakšējā puse jeb intravaginālā daļa, atrodas maksts augšējā galā, bet tā augšējā puse atrodas virs vagīnas, iegurņa/vēdera dobumā. (13) Dzemes kakls veic šādas funkcijas:

- ražo šķidrumu, lai palīdzētu uzturēt maksts veselību;
- atveras, lai menstruālās asinis no dzemes nokļūtu makstī;
- rada gļotas, kas palīdz spermai pārvietoties pa dzemdi un olvadiem, lai apaugļotu olšūnu, kas izdalījusies no olnīcas;
- grūtniecības laikā notur augošo bērnu dzemdē, paliekot aizvērts, pēc tam paplašinās, lai mazulis varētu piedzimt caur maksti. (13)

Dzemes kakla vēzis ir ļaundabīgs audzējs, kurš attīstās gļotādas audos, kas klāj dzemes daļu, ko dēvē par dzemes kaklu, un kas atrodas maksts augšējā daļā.

Ir dažādi dzemes kakla vēža veidi:

- Plakanšūnu karcinoma- šūnas ir plakanas, ādai līdzīgas šūnas, kas pārklāj dzemes kakla ārējo virsmu. Šis ir visizplatītākais veids, sasniedz 70 līdz 80 % no visiem dzemes kakla vēža gadījumiem.

- Adenokarcinoma- šis dzemes kakla vēža veids sākas dziedzeru šūnās, kas ražo gļotas. Dzemes kaklā ir dziedzeru šūnas, kuras ir izvietotas gar iekšpusi, kas iet no dzemes kakla uz dzemdi (endocervikālais kanāls). Adenokarcinoma ir retāk sastopama nekā plakanšūnu vēzis, taču tā pēdējos gados ir kļuvusi biežāk sastopama, sasniedz aptuveni 20% no dzemes kakla vēža gadījumiem.

- Sīkšūnu dzemes kakla vēzis- ļoti rets dzemes kakla vēža veids. Sastopams aptuveni 3% no dzemes kakla vēža gadījumiem.

- Citi reti sastopamie veidi- ļoti reti dzemes kaklā var rasties cita veida vēzis, piemēram, limfomas un sarkomas. (14)

Pasaules Veselības organizācija (PVO) atzīst trīs dzemes kakla epitēlija audzēju kategorijas: plakanšūnu, dziedzeru audzēju jeb adenokarcinomu un citus epitēlija audzējus, tostarp *adenosquamous karcinoma*, neuroendokrīni audzēji un nediferencēta karcinoma. (11)

Ir četri, parasti secīgi, ceļi, pa kuriem progresē invazīvs vēzis.

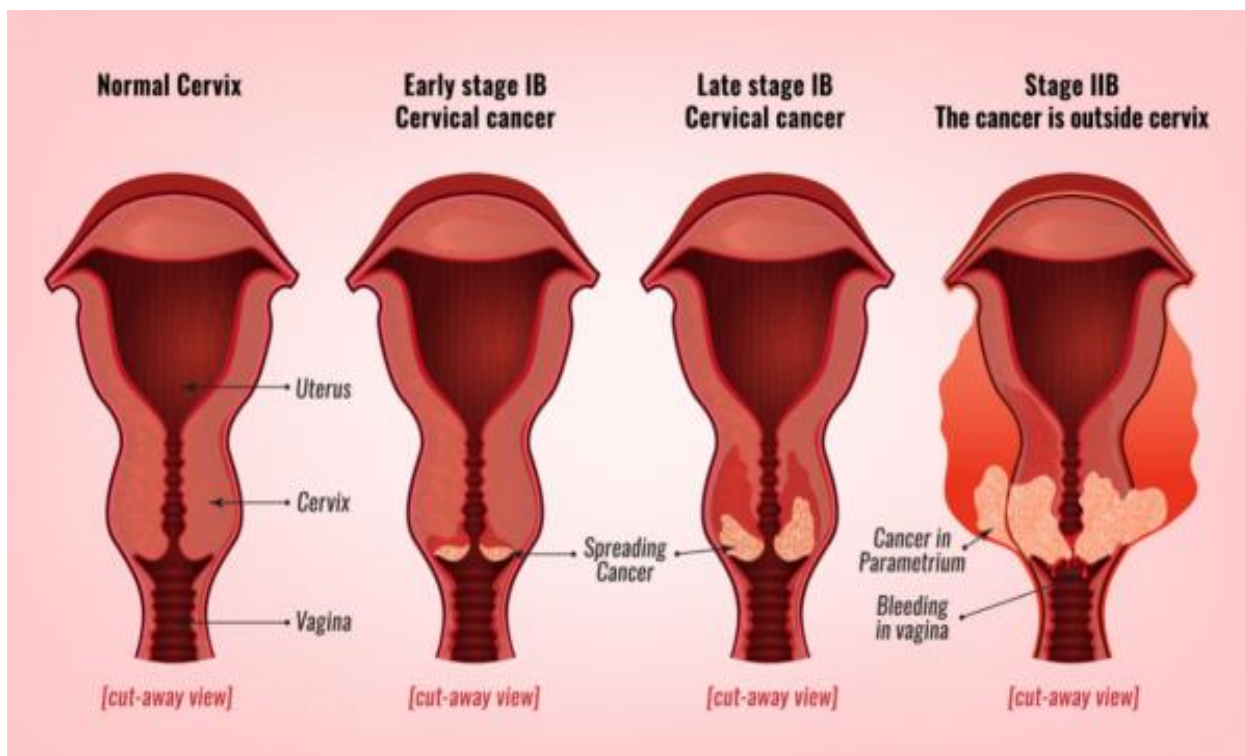
1. Dzemes kaklā: izplatīšanās notiek no neliela mikroinvazīva vēža perēkļa līdz tas Aptver visu dzemes kaklu, kura diametrs var palielināties līdz 8 cm vai vairāk. Vēzis var būt čūlainis, eksofītisks (aug uz āru) vai infiltrējošs (iebrūk uz iekšu).

2. Uz blakus esošajiem orgāniem: iespējama tieša izkļiedēšana visos virzienos – uz leju līdz makstij, uz augšu dzemdē, uz sānu audiem, kas atbalsta dzemdi iegurnī un urīnvados, atpakaļ uz taisno zarnu un uz priekšu uz urīnpūsli.

3. Limfātiskā: izplatīšanās uz iegurņa limfmezgliem notiek 15% gadījumu, kad vēzis joprojām ir tikai dzemes kaklā un palielinās, vēzim izplatoties. Limfmezgls metastāzes

sākumā ir tikai iegurnī un vēlāk izplatās gar aortu, galu galā sasniedzot vietu virs atslēgas kaula (*supraclavicular fossa*). Limfmezgli, kad tie ir inficēti ar vēzi, ir palielināti un, ja tas ir tuvu ādai, var palpēt.

4. Attālās metastāzes caur asinsriti un limfas kanāliem. Dzemdes kakla vēža šūnas var izplatīties pa asinsriti un limfātisko sistēmu, lai attīstītos attālās metastāzes aknās, kaulos, plaušās un smadzenēs. (15)



1.1.att. Dzemdes kakla vēža attīstības stadiju vizualizācija (16)

1.attēlā ir vizuāli attēlotas dzemdes kakla vēža attīstības stadijas, uzsverot normāla dzemdes kakla vizualizāciju, sākotnējo stadiju (IB), vēlo stadiju (IB) un novēlotu stadiju (IIB).

Atbilstoši Starptautiskās Ginekologu un Dzemdību speciālistu federācijas (International Federation of Gyneacology and Obstetrics – FIGO) izstrādātajiem kritērijiem tiek noteiktas četras dzemdes kakla vēža attīstības stadijas, ievērojot dzemdes kakla vēža izplatību:

1. I stadija – norobežots dzemdes kaklā;
2. II. stadija – izplatās ārpus dzemdes kakla un dzemdes;
3. III. stadija – izplatās uz iegurņa/maksts sienām;
4. IV.stadija – izplatās uz citiem orgāniem. (17)

1.2.tabulā ir apkopots dzemdes kakla vēža klasifikācijas raksturojums atbilstoši vēža stadijai.

FIGO dzemdes kakla vēža klasifikācija (17)

Stadija	Raksturojums
I stadija	Vēzis dzemdes kakla robežās
IA	Invazīvs vēzis, kas pierādīts tikai mikroskopiski. Invāzija dzemdes kakla stromā <5mm dziļumā
IA1	Invāzija stromā <3mm dziļumā
IA2	Invāzija stromā >3mm, bet <5 mm dziļumā
IB	Audzējs neizplatās ārpus dzemdes kakla, bet invāzijas dziļums pārsniedz IA stadijas gadījumā minēto
IB1	Audzējs < 4 cm diametrā
IB2	Audzējs > 4 cm diametrā
II stadija	Audzējs izplatās ārpus dzemdes kakla, bet nav cieši saistīts ar iegurņa sienu. Ieaug makstī, bet ne tālāk, kā līdz maksts apakšējajai 1/3
IIA	Nav izteikta perimētrijs audu infiltrācija
IIA1	Audzējs < 4 cm diametrā
IIA2	Audzējs > 4 cm diametrā
IIB	Izteikta perimētrijs audu infiltrācija
III stadija	Audzējs izplatās uz iegurņa sienu. Izmeklējot rektāli, nav brīvas telpas starp audzēju un iegurņa sienu. Audzējs infiltrē maksts apakšējo 1/3. Neonkoloģiskas izcelsmes hidroenefroze un/vai nefunkcionējoša niere.
IIIA	Nav pilnīgas pārejas uz iegurņa sienu. Audzējs infiltrē maksts apakšējo 1/3.
IIIB	Ir izplatība uz iegurņa sienu un/vai hidroenefroze, un/vai nefunkcionējoša niere.
IV stadija	Audzējs izplatās ārpus iegurņa (ar biopsiju pierādīts) un/vai ieaug urīnpūslī vai taisnajā zarnā.
IVA	Izplatība uz blakus orgāniem
IVB	Izplatība uz attāliem orgāniem

Dzemdes kakla pirmsvēža bojājums bieži neizraisa nekādas pazīmes vai simptomus. Simptomi vai pazīmes parasti parādās ar agrīnas stadijas dzemdes kakla vēzi. Progresējoša dzemdes kakla vēža gadījumā, kas ir izplatījies uz citām ķermeņa daļām, simptomi var būt smagāki atkarībā no audiem un orgāniem, kuros slimība ir izplatījusies. Jebkurš no šiem var būt dzemdes kakla vēža simptoms vai pazīme: asins plankumi vai viegla asiņošana starp vai pēc menstruācijām, menstruālā asiņošana, kas ir garāka un stiprāka nekā parasti, asiņošana pēc dzimumakta, dušas vai iegurņa izmeklēšanas, palielināti izdalījumi no maksts, sāpes dzimumakta laikā, asiņošana pēc menopauzes, neizskaidrojamas, pastāvīgas iegurņa un/vai muguras sāpes. (18)

Biežākie dzemdes kakla vēža simptomi ir:

- asiņošana bez mēnešreizēm;
- asiņošana pēc dzimumakta;

- pēcmenopauzes asiņošana;
- diskomforts dzimumakta laikā;
- nepatīkamas smakas izdalījumi no maksts,
- izdalījumi no maksts ar asinīm. (19)

Ja vēzis ir izplatījies tuvējos audos vai orgānos, simptomi var ietvert- apgrūtinātu vai sāpīgu urinēšanu, dažreiz ar asinīm urīnā, caureju vai sāpes vai asiņošana no taisnās zarnas, nogurumu, svara un apetītes zudumu, vispārēju slimības sajūtu, muguras sāpes vai pietūkumu kājās, iegurņa/vēdera sāpes. (20)

2.2.Dzemes kakla vēža attīstības riska faktori un simptomi

Daudzos gadījumos dzemes kakla vēzi var saistīt ar zināmiem slimības riska faktoriem. No dažiem riska faktoriem var izvairīties, bet no citiem nevar. Daži riska faktori, kas ir personas kontrolē, ir:

- Skrīninga vēsture: tām sievietēm, kurām regulāri nav veikti PAP testi, ir paaugstināts dzemes kakla vēža risks.
- HPV infekcija: daži HPV veidi ir saistīti ar dzemes kakla vēzi. HPV riska samazināšana var arī samazināt dzemes kakla vēža risku.
- Seksuālā vēsture: dzimumakts pirms 18 gadu vecuma un daudz seksuālo partneru rada lielāku HPV infekcijas un hlamīdiju risku. Šo slimību profilakse samazina dzemes kakla vēža risku.
- Smēķēšana: Cigarešu smēķēšana ir saistīta ar paaugstinātu dzemes kakla vēža risku.
- HIV infekcija: tām personām, kuras ir inficētas ar HIV, ir augstāks nekā vidējais risks saslimt ar dzemes kakla vēzi.
- Kontracepcijas tabletes: ir pierādījumi, ka ilgstoša perorālo kontracepcijas līdzekļu lietošana var palielināt dzemes kakla vēža risku.
- Vairāki bērni: ja ir trīs vai vairāk pilna laika grūtniecību, var palielināties risks saslimt ar dzemes kakla vēzi.
- Novājināta imūnsistēma: ja imūnsistēma ir vāja, ķermenis nespēj cīnīties ar infekcijām. (20)

Papilomas vīrusa infekcija ir visizplatītākais dzemes kakla vēža riska faktors. Šis vīruss ir zināms ir visizplatītākā seksuāli transmisīvā infekcija pasaulē. Papilomas vīruss ir ar DNS inficētu vīrusu grupa, kurai ir vairāk nekā 150 apakštīpi un 12 vīrusu veidi. Dzemes kakla vēzis rodas vairumam pacientu inficējoties ar HPV16 un HPV18, kā arī augsta riska HPV16. Vīrusu var pārnēsāt ātri un viegli, pat saskaroties ar ādu un gļotādu. HPV ir saistīta ar a dažādi

klīniskie stāvokļi, sākot no nekaitīgiem progresējošiem vēža veidiem. Tomēr lielākā daļa HPV infekciju ir labdabīgi. (21)

Daudzi epidemioloģiskie pētījumi to ir parādījuši seksuālā uzvedība un seksuālie partneri ir nozīmīgi riska faktori CPV izplatībai. Cilvēku seksuālajai uzvedībai (gan vīriešu, gan sieviešu) var būt nozīmīga ietekme uz CPV izplatību un dzemdes kakla vēža riska palielināšanos. Austrumāzijā veikts pētījums atklāja, ka seksuālā aktivitāte un uzvedība bija vissvarīgākie riska faktori CPV uzliesmojumam. Arī sievietes, kurām bija vairāki seksuālie partneri bija lielāks CPV infekcijas risks. (22)

Dažādi pētījumi liecina, ka smēķēšana ir viens no dzemdes kakla vēža riska faktori. Turklāt smēķēšana ir riska faktors CPV infekcijai un infekcijas progresēšana uz dzemdes kakla vēzi. Smēķēšana ar dažādu mehānismu palīdzību var palielināt dzemdes kakla neoplāzijas risku, viens no šiem mehānismiem ir lokāla imūnsistēmas indukcija tabakas metabolītu nomākšanai. Cigarešu ķīmiskās vielas, piemēram, nikotīns, var izraisīt DNS bojājumus plakanšūnu šūnās un padarīt tās neaizsargātākas. Pētījumi pierāda, ka risks saslimt ar dzemdes kakla vēzi bija ievērojami augstāks smēķētājiem- konstatēts ka sievietes, kas smēķē, var palielināt risku dzemdes kakla vēža saslimšanai divreiz vairāk nekā nesmēķētājiem un šis paaugstinātais risks palielinājās līdz ar intensitāti un smēķēšanas ilgumu. (23)

Diēta ar augļu un dārzeņu saturu, veselīgi pārtikas produkti, kas satur antioksidantus var samazināt risku saslimt ar dzemdes kakla vēzi. Aptaukošanās var palielināt dzemdes kakla vēža attīstības risku- Lacey et al. pētījumā sievietes ar aptaukošanos (ar ķermeņa masas indekss ir lielāks par 30) un sievietēm ar lieko svaru (ar ķermeņa masas indeksu lielāku par 25) bija divas reizes lielāks dzemdes kakla vēža saslimšanas risks. Citi cēloņi, piemēram, menopauze pirms 45 gadu vecuma un anamnēzē pirmās pakāpes radniekam dzemdes kakla vēža saslimšana var palielināt dzemdes kakla vēža risku. (24)

Pēc autores domām, tieši riska faktori ir tie aspekti par kuriem būtiski ir informēt sabiedrību ar mērķi izglītot, tādējādi mazinot risku izplatību un veicinot katras sievietes atbildību par risku mazināšanu.

3.DZEMDES KAKLA VĒŽA DIAGNOSTIKA UN ĀRSTĒŠANA

3.1. Dzemes kakla vēža skrīnings Latvijā

Dzemes kakla vēža izmeklēšanas un diagnozes process sākas ar ginekologa konsultāciju, kur uzklaustot pacientes sūdzības, speciālists nozīmē nepieciešamos izmeklējumus.

Ja pacientēm ir aizdomīgi simptomi, ir jāievāc anamnēze, jāveic šo pacienšu fizikālā izmeklēšana, jānosaka pilna asins aina (t.sk. trombocītu skaits), bioķīmiskās analīzes (ASAT, ALAT, bilirubīns, kreatinīns, urīnviela), jāveic attēldiagnostika (krūškurvja rentgenogrāfija, kompjūtertomoģrāfija vai PET un magnētiskā rezonanse pēc indikācijām), lai diagnosticētu endocervikālajā kanālā augsti novietotu veidojumu; pacientēm ar dzemes kakla audzēju IB1 stadijā vai mazāka izmēra audzējiem attēldiagnostika veicama tikai nepieciešamības gadījumā. (25)

Veiksmīgai slimības novēršanai būtisks ir efektīvs diagnozes noteikšanas process. Diagnozes noteikšanas ietvaros precīza stadijas noteikšana ir noteicošais faktors pacientu ārstēšanas plānam. Izpratne par slimības dabisko vēsturi ir galvenais punkts stadijas noteikšanai- šajā ziņā ir zināms, ka dzemes kakla vēzis var izplatīties makstī, parametriālajos audos, dzemdē, urīnpūslī vai taisnajā zarnā; tas izplatās arī reģionālā (iegurņa) un paraaortas limfmezglos, un, visbeidzot, hematogēnas var rasties attālas metastāzes maršrutos. (26)

FIGO rekomendācijas dzemes kakla vēža stadiju noteikšanā pašreiz aprobežojas ar tādu izmeklējumu ieteikšanu kā kolposkopija, biopsija, dzemes kakla konizācija, cistoskopija un rektosigmoidoskopija. Sarežģītākas radioloģiskās un ķirurģiskās stadijas noteikšanas procedūras FIGO klasifikācijā nav pieminētas. Toties ASV terapijas izvēlē un taktikas noteikšanā bieži vien izmanto kompjūtertomoģrāfiju, magnētisko rezonansi, pozitronu emisijas tomogrāfiju un ķirurģisku stadijas noteikšanu. (25)

Zelta standarta metode dzemes kakla vēža diagnostikai ir histopatoloģiskā dzemes kakla biopsijas pārbaude- tiešā biopsija vai konusa biopsija (konizācija) vai endocervikāla kiretāža endocervikālajiem bojājumiem. Izvēlētā metode izmeklēšanas uzsākšanai ir atkarīga no pacienta veselības stāvokļa un resursu pieejamības, tomēr klīniskais novērtējums ir vēlamais sākuma punkts. (27)

Klīniskajā novērtējumā, ja ir redzams bojājums vai ja ir neregulārs, izturēts, vai veģetatīvs dzemes kakls spoguļizmeklēšanā, jāveic tiešā biopsija. Šajā situācijā konizācija nav ieteicama un pietiek ar biopsiju. Turklāt šajā gadījumā ir obligāti jāveic maksts un taisnās zarnas pārbaude. No otras puses, ja pacientiem ir patoloģiska citoloģija un/vai pozitīvi rezultāti DNS-HPV un nav redzamu bojājumu dzemes kaklā, kas ir lielākā daļā gadījumu konstatējams pie

agrīnās stadijas diagnozes, viņiem jāveic kolposkopija un aizdomīgo zonu biopsija. Kolposkopija tiek veikta, parādot attēlus, kas liecina par audzēja invāziju (piemēram, netipiski asinsvadi, nekroze vai erozija). (28)

Visbeidzot, ir ieteicama konusa biopsija, ja citopatoloģiskais novērtējums liecina par intraepitēlija augstas pakāpes bojājumu, vai pat tad, ja ir domstarpības par aizdomīga bojājuma metodēm. Konusa biopsija ļauj novērtēt histoloģisko tipu, maksimālo stromas invāziju, audzēja pagarinājumu. (29)

Dzemes kakla konizācija ir veicama gadījumos, kad:

- izdarot dzemes kakla biopsiju, nav iespējams novērtēt invāzijas dziļumu;
- ir jāapstiprina audzēja mikroinvāzija. Visos gadījumos pirms dzemes kakla konizācijas ir veicama dzemes kakla kanāla abrāzija.

Pārbaudes un skenēšana, kas jāveic, lai diagnosticētu dzemes kakla vēzi, kas sniegs informāciju par vēža lielumu un to, vai tas ir izplatījies (stadiju). Dzemes kakla vēža ārstēšanai tiek izmantota Starptautiskās Ginekoloģijas un dzemdniecības federācijas (FIGO) dzemes kakla vēža stadijas noteikšanas sistēma:

- 1. posms: tikai dzemes kaklā. To var konstatēt tikai ar mikroskopu IA stadijā. IB stadijā vēzis tiek uzskatīts par redzamu audzēju, bet joprojām ir lokalizēts dzemes kaklā. Atkarībā no audzēja lieluma to iedala no 1B1 līdz 1B3 posmiem. Šos posmus bieži ārstē ar operāciju, bet lielākos audzējos ārstē ar ķīmijterapiju.

- 2. stadija: vēzis ir izplatījies no dzemes kakla uz maksts augšējo daļu (2.A stadija) vai apkārtējos audos, kas pazīstami kā parametrijs (2.B stadija). Ķīmijstarošana ir galvenā ārstēšanas metode, taču ir gadījumi, kad iespējams apsvērt operāciju.

- 3. stadija: vēzis ir izplatījies no dzemes kakla uz struktūrām ap to (3A/B stadija) vai limfmezglos iegurnī vai vēderā (3.C stadija). Ķīmijstarošana ir ieteicamā ārstēšana.

- 4. posms: vēzis ir izplatījies urīnpūslī vai aizmugurējā/taisnajā zarnā (4.A stadija) vai tālāk (4.B stadija). Galvenās ārstēšanas metodes ir ķīmijterapija, staru terapija vai šo ārstēšanas metožu kombinācija. Ja vēzis atrodas urīnpūslī vai taisnajā zarnā bez citas izplatības, var apsvērt ķirurģisku iejaukšanos. (30)

1. Mikroinvazīvs vēzis.

- Stadija IA1. Rekomendējamā ārstēšana ir totāla dzemes un dzemes kakla izņemšana. Ja paciente vēlas saglabāt reproduktīvo funkciju, ir pieļaujama dzemes kakla konizācija (ārstēšanas metode, kuras laikā no dzemes kakla tiek izgriezts konusveida fragments, kas ietver slimības bojāto audu zonu) ar tai sekojošu novērošanu veicot dzemes kakla citoloģisko izmeklēšanu pēc 4 un 10 mēnešiem.

- Stadija IA2- šīm pacientēm ir paaugstināts risks limfmezglu metastastāzēm, tāpēc ārstēšanas protokolā ir jāiekļauj limfmezglu izņemšana. Ieteicamā ārstēšana ir modificēta radikāla histerektomija (papildus dzemdei un dzemdes kaklam tiek izņemti apkārtējie audi un maksts augšējā trešdaļa un iegurņa limfmezgli) . Ja paciente vēlas saglabāt reproduktīvo funkciju, ir pieļaujamas sekojošas iespējas- plaša dzemdes kakla konizācija ar iegurņa limfmezglu izņemšanu, vai dzemdes kakla izņemšana, atstājot dzemdes ķermeni ar iegurņa limfmezglu izņemšanu.

5. Invazīvs vēzis.

Stadija IB1, IIA1- ārstēšanas metodes izvēle būs atkarīga no pieejamiem medicīniskiem resursiem, iesaistītā onkologa, pacientes vecuma un vispārējā veselības stāvokļa. Ķirurģiska ārstēšana - standarta ārstēšana IB1/IIA1 stadijas gadījumā ir radikāla dzemdes un iegurņa limfmezglu izņemšana. Staru terapija - standarta ārstēšana IB1/IIA1 stadijas gadījumā ir ārējā iegurņa apstarošana kombinējot to ar dobuma staru terapiju.

Stadija IB2-IIA1- primāra staru-ķīmijterapija; Primāra radikāla dzemdes un abpusēja iegurņa limfmezglu izņemšana, kurai parasti seko staru terapija (t.s. adjuvanta staru terapija). Ķīmijterapija ar secīgu radikālu dzemdes un abpusēja iegurņa limfmezglu izņemšanu ± adjuvantu staru terapiju vai ķīmij-staru terapiju

6. Ielaists dzemdes kakla vēzis – stadija IIB, III un IV- standartā primārā ārstēšana ir kombinēta ārējā un dobuma staru terapija ar vienlaicīgu ķīmijterapiju un mērķterapiju.

7. Dzemdes kakla vēža recidīvs- slimības recidīvs (atkārtota saslimšana pēc izārstēšanas) var būt gan iegurnī, gan citur ķermenī. Lielākajā daļā gadījumu slimības recidivēšana notiek pirmo divu gadu laikā pēc diagnozes noteikšanas brīža. Iespējamās terapijas metodes:

- staru terapija;
- ķīmijterapija kopā ar staru terapiju;
- paplašināta ķirurģiska iejaukšanās. (31)

Jāuzsver, ka dažādi faktori, piemēram, pacientu ar progresējošu stāvokli relatīvā proporcija pret slimību agrīnā stadijā, pacientu kohortas sadalījums pēc vecuma, pieeja ķirurģijai, staru terapijai un ķīmijterapijai, ietekmē dzemdes kakla vēža attīstību. Šie 3 faktori, īpaši pirmais un trešais, spēcīgi korelē ar sociālekonomisko stāvokli. Pacienti ar zemākiem ekonomiskiem līdzekļiem lēnākā tempā noskaidros diagnozi, kas var izraisīt progresējošāku slimību ārstēšanas laikā un līdz ar to sliktāku dzīvildzi. (32)

3.2.Dzemes kakla vēža skrīninga Latvijā vadlīnijas

Dzemes kakla vēža skrīnings ir būtiska sievietes ikdienas veselības aprūpes sastāvdaļa. Dzemes kakla vēža skrīnings var būt veikts medicīnas iestādē, kur skrīninga primārais mērķis ir identificēt pirmsvēža bojājumus, ko izraisa CPV, lai tos varētu novērst, lai novērstu invazīvu vēža attīstību. Sekundārais mērķis ir atklāt dzemes kakla vēzi agrīnā stadijā, kad to parasti var veiksmīgi ārstēt. Regulārs dzemes kakla skrīnings ievērojami samazina dzemes kakla vēža gadījumu skaitu un nāves gadījumi no šīs slimības. (33)

Latvijā kopš 2009.gada ir ieviesta valsts organizēta un apmaksāta dzemes kakla vēža diagnostikas metode – skrīnings, kura viens no galvenajiem mērķiem ir samazināt dzemes kakla vēža izraisīto mirstību.

Pasaules Veselības Organizācijas ieteikumi dzemes kakla vēža skrīninga vecuma un biežuma kritērijiem ir šādi:

a) sievietēm, kas jaunākas par 30 gadiem, neiesaka veikt skrīningu, izņemot sievietes, par kurām zināms, ka sieviete ir HIV inficēta vai dzīvo augsta HIV izplatības apgabalā;

b) valsts programmā par prioritāti būtu jāizvirza vismaz sievietes vecumā no 30 līdz 49 gadiem;

c) skrīninga intervālam (biežumam) nevajadzētu būt mazākam par pieciem gadiem (un ne mazākam par desmit gadiem, ja izmanto HPV testu);

d) prioritāte būtu jāpiešķir maksimizētam riska mērķa grupas pārklājumam un to sieviešu uzraudzībai, kurām ir novirzes no skrīninga testa rezultātiem, nevis maksimāli palielināt pārbažu skaitu sievietes dzīves laikā;

(e) valstīs ar augstu HIV izplatību jāpiedāvā sievietēm, kurām ir pozitīvs dzemes kakla vēža skrīnings HIV testēšana un konsultācijas. (34)

Atbilstoši Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras ieteikumu Nr.1 “Ieteikumi valsts organizētajā vēža skrīningā iekļaujamo personu noteikšanai” 3.punktam Dzemes kakla vēža skrīningam VIS atlasa sievietes vecumā no 25 līdz 70 gadiem, lai reizi trīs gados veiktu skrīningprogrammai raksturīgo izmeklējumu (dzemes kakla citoloģisko uztriepi). Izmeklējuma veikšanai attiecīgajā gadā atlasa sievietes, kurām paliek 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58, 61, 64, 67 gadi (dzemes kakla vēža skrīninga mērķa grupa). (35)

No dzemes kakla vēža skrīninga mērķa grupas izslēdz sievietes, kurām ir:

1. dzemes kakla amputācija;
2. dzemes ekstirpācija ar vai bez olvadu izņemšanas;
3. dzemes vagināla ekstirpācija;

4. dzemdes ekstirpācija dzemdību laikā vai agrīnā pēcdzemdību periodā ar vai bez olvadu izņemšanas;

5. Verthaema operācija;

6. dzemdes ekstirpācija ar mazā iegurņa limfadenektomiju vai deomentizāciju;

7. laparaskopija, histerektomija ar vai bez piedēkļiem;

8. dzemdes kakla ļaundabīgs audzējs;

9. dzemdes ķermeņa ļaundabīgs audzējs;

10. olvadu ļaundabīgs audzējs;

11. olvadu vēzis.

Valsts organizētajā dzemdes kakla vēža skrīningā ietverti šādi izmeklējumi:

1. ginekoloģiskā profilaktiskā apskate, ko veic sertificēti ginekologi, dzemdību speciālisti un ģimenes ārsti;

2. citoloģiskās uztriepes paņemšana no dzemdes kakla un maksts mugurējās velves reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem, ko veic ginekologs, dzemdību speciālists vai ģimenes ārsts, vecmāte vai ārsta palīgs (feldšeris) dzemdes kakla audzēju agrīnas diagnostikas nolūkā;

3. uztriepes citoloģiskais izmeklējums, ko citoloģijas laboratorijā veic laboratorijas ārsti/speciālisti citologi. (25)

Kāda metode tiks pielietota skrīninga izmeklējumam ir atkarīga no sievietes vecuma:

- sievietēm 25 un 28 gadu vecumā tiek nosūtīta skrīninga uzaicinājuma vēstule veikt šķidrums citoloģijas izmeklējumu. Skrīningā ietilpst gan ginekoloģiskā apskate, gan citoloģiskās uztriepes paņemšana un šūnu izmeklēšana, izmantojot šķidrums citoloģijas metodes. Ja analīžu rezultātos tiks konstatētas novirzes no normas, tiks veikta arī cilvēka papilomas vīrusa (CPV) klātbūtnes noteikšana.
- sievietēm vecuma grupā no 30 līdz 67 gadiem skrīningā ietilpst gan ginekoloģiskā apskate, gan citoloģiskās uztriepes paņemšana un šūnu izmeklēšana, taču primāri šūnās tiek pārbaudīta augsta riska cilvēka papilomas vīrusa (CPV) klātbūtne. Ja sievietei dzemdes kakla šūnās netiek atrasti augsta riska onkogēnie CPV tipi, kas var izraisīt priekšvēža vai vēža slimību, tad nākamo uzaicinājumu veikt profilaktisko pārbaudi sieviete saņems pēc pieciem gadiem. Ja CPV klātbūtne šūnās tiks konstatēta, tiks nozīmēti papildu izmeklējumi. (36)

3.3. Dzemes kakla skrīninga citoloģijas metodes

Daudzas desmitgades citoloģija tika izmantota kā primārais skrīninga tests. Šobrīd ir pieejamas divas citoloģijas metodes – konvencionālā citoloģija (Papanikolau metode) un šķidrums citoloģija. Konvencionālās citoloģijas gadījumā šūnas no dzemes kakla virsmas un dzemes kakla kanāla tiek iegūtas ar koka špāteli un birstīti. Iegūtais materiāls tiek uzneests uz priekšmetstikliņa. Laboratorijā stikliņi tiek krāsoti un analizēti zem mikroskopa - meklējot atipiskas šūnas. Konvencionālā citoloģija tikai daļēji izpilda skrīninga kritērijus, jo tai ir mērena jūtība (50-70%). Augstāka jūtība (70%) ir šķidrums citoloģijai. Šķidrums citoloģijas gadījumā šūnas no dzemes kakla un dzemes kakla kanāla tiek iegūtas ar speciālu slotiņu, un pēc šūnu savākšanas slotiņa tiek iegremdēta trauciņā ar speciālu šķidrumu un nosūtīta uz laboratoriju. Laboratorijā no trauciņa tiek savākts šūnu materiāls, atsijātas asins šūnas, gļotas, iekaisuma šūnas un diagnostiski nozīmīgās dzemes kakla gļotādas šūnas novietotas uz priekšmeta stikliņa. (37)

Sievietēm ar epitēlija šūnu anomālijām pēc Papanikolau metodes uztriepes jāveic pārbaude ar kolposkopiju un biopsiju. Kolposkops ir binokulārs mikroskops, kas ļauj vizuāli pārbaudīt dzemes kaklu. Pēc tam kolposkopijā vizualizētās rupjās novirzes var veikt biopsiju turpmākai klasifikācijai. Izdalījumi no maksts, asinis un smērvielas var traucēt Papanikolau metodes uztriepes interpretāciju. Veicot Papanikolau metodes uztriepes, daudzi pakalpojumu sniedzēji izmanto vai nu ūdeni, vai nelielu daudzumu ūdens bāzes smērvielas, lai mazinātu pacienta diskomfortu. (38)

Saskaņā ar citoloģiskā izmeklējuma rezultātu tiek veikta turpmāka sievietes izmeklēšana:

1. Gadījumā, ja konstatēta testēšana bez rezultāta- atkārtoto šķidrums citoloģiju pēc trīs mēnešiem, kur, ja rezultāts nolasāms, izmeklēšanas taktika atbilstoši iegūtajam rezultātam vai, ja rezultātu nevar nolasīt, tad nosūta pie speciālista veikt mērķbiopsiju, izmantojot kolposkopiju;

2. Gadījumā, ja nav atrasts intraepitēliāls bojājums- turpmākie izmeklējumi nav nepieciešami;

3. Gadījumā, ja konstatēta A2 - ASCUS: neskaidras nozīmes daudzkārtainā plakanā (skvamoza) epitēlija šūnu atipiskās izmaiņas- laboratorijā veic AR CPV noteikšanu, kur, ja pozitīvs testa rezultāts, nosūta pie speciālista veikt kolposkopiju vai ja negatīvs testa rezultāts, turpmākie izmeklējumi nav nepieciešami;

4. Gadījumā, ja konstatēta AH - ASC-H neskaidras nozīmes daudzkārtainā plakanā (skvamoza) epitēlija šūnu atipiskās izmaiņas, nevar izslēgt HSIL- nosūta pie speciālista veikt

mērķbiopsiju, lietojot kolposkopiju, kur, ja pozitīvs testa rezultāts un/vai citoloģiski ir A2 un izteiktākas izmaiņas, veic kolposkopiju ar/bez biopsijas vai ja negatīvs testa rezultāts un citoloģiski ir A1;

5. Gadījumā, ja konstatēta A3 - LSIL: viegla displāzija Laboratorijā veic AR CPV noteikšanu, kur ja pozitīvs testa rezultāts, nosūta pie speciālista veikt kolposkopiju vai ja negatīvs testa rezultāts, turpmākie izmeklējumi nav nepieciešami;

6. Gadījumā, ja konstatēta A4 - HSIL: vidēja/smaga displāzija Nosūta pie speciālista veikt mērķbiopsiju, lietojot kolposkopiju, kur ja pozitīvs testa rezultāts un/vai citoloģiski ir A2 un izteiktākas izmaiņas, veic KS ar/bez biopsijas vai ja negatīvs testa rezultāts un citoloģiski ir A1, turpmākie izmeklējumi nav nepieciešami;

7. Gadījumā, ja konstatēta A5 - AGUS: neskaidras nozīmes glandulārā epitēlija šūnu atipiskās izmaiņas laboratorijā veic AR CPV noteikšanu, kur ja testa rezultāts ir negatīvs, turpmākie izmeklējumi nav nepieciešami vai ja AR CPV testa rezultāts ir pozitīvs, nosūta pie speciālista veikt KS ar/bez biopsijas;

8. Gadījumā, ja konstatēts A6 - Malignizācijas pazīmes- pacientu nosūta konsultācijai pie onkoloģijas ginekologa. (37)

3.4. Sieviešu līdzdalības nozīme dzemdes kakla vēža skrīningā

Veiksmīgas masveida dzemdes kakla vēža skrīninga programmas nosaka atšķirības starp valstīm, kurās ir augsts dzemdes kakla vēža sastopamības līmenis, un valstīm, kurās saslimstība ir zema. Skrīninga programmas, kuru pamatā ir citoloģija, dažādās valstīs saskaras ar dažādām loģistikas problēmām. No tiem viens no lielākajiem izaicinājumiem ir kvalificētu speciālistu pieņemšana darbā. Lielākajā daļā valstu ar zemiem vai vidējiem ienākumiem uz citoloģiju balstītas skrīninga programmas nevar īstenot, jo ir ierobežoti līdzekļi, trūkst apmācītu patoģu, nav iespēju turpmākai citoloģiski pozitīvo gadījumu novērtēšanai, kā arī sievietes nav pietiekami izglītotas par skrīninga veikšanu un nozīmi. Autore piebilst, ka attīstītajās valstīs ir pieejams augstas kvalitātes medicīnas personāls un medicīnas tehnoloģijas skrīninga veikšanai, taču tieši sieviešu zemā motivācija un zināšanas par dzemdes kakla vēža attīstību un skrīninga nozīmi slimības attīstības ietekmēšanā veicina saslimšanas gadījumu attīstību.

2022.gadā tika veikts pētījums, kas pierādīja, ka par šķēršļiem sieviešu dalībai dzemdes kakla vēža skrīningā ir nosakāmas bailes no maksts izmeklējumiem, bailes no rezultāta, nezināšana, kur tiek veikts tests, nav dzemdes kakla vēža simptomu, izpratnes trūkums un neērtības sajūta veikt dzemdes kakla vēža skrīninga testu, kas var būt saistīts ar zināšanu trūkumu par dzemdes kakla vēža skrīningu, tāpat arī pētījumā secināts, ka lielākajai daļai

sieviešu bija nepietiekams zināšanu līmenis par dzemdes kakla vēzi un tā skrīningu, turklāt aptuveni divām trešdaļām bija negatīva attieksme pret dzemdes kakla vēža skrīningu. (39)

Attīstītajās valstīs pierādīts, ka dzemdes kakla vēža profilakses programmas ir efektīvas, lai samazinātu saslimstību ar dzemdes kakla vēzi un mirstību no tā, savukārt jaunattīstības valstīs, kur šādas programmas pastāv, tās nav sasniegušas savus mērķus loģistikas, finanšu un sociālo problēmu dēļ. Šķēršļi skrīninga veikšanai ir zināšanu trūkums par slimību, profilakses jēdziena izpratnes trūkums, aprūpes ģeogrāfiskā un ekonomiskā nepieejamība, sliktā pakalpojumu kvalitāte ģimeņu atbalsta trūkums. (40)

Atsevišķs šķērslis dzemdes kakla vēža skrīningam ietver psiholoģiskus faktorus, kas saistīti ar testēšanas procedūru. Jaunām sievietēm trūkst izpratnes un zināšanu par dzemdes kakla vēža skrīninga nozīmi un mērķi. Tomēr, neskatoties uz joprojām zemo dzemdes kakla vēža skrīninga biežumu jaunām sievietēm, ir veikti daži pētījumi, lai izstrādātu stratēģijas pārvarētu šos šķēršļus, padziļināti analizējot faktorus, kas kavē sievietes dalību dzemdes kakla vēža skrīningam. (41)

2022.gadā tika veikts pētījums, kas apliecina, ka sievietes, kuras veselības aprūpes speciālists bija nosūtījis uz skrīningu, biežāk tika pārbaudītas attiecībā uz šo slimību, liecina, ka lielākā daļa sieviešu tika pārbaudītas tikai veselības aprūpes speciālista norādījumu ietvaros. Minētais ir vērtējams gan kā iespēja, gan kā izaicinājums- viens no izaicinājumiem ir tas, ka dzemdes kakla vēzis bieži tiek diagnosticēts vēlīnā stadijā, kad lielākā daļa sieviešu meklē pakalpojumus pārāk vēlu, savukārt iespēja ir tāda, ka veselības aprūpes darbinieki var būt efektīvs līdzeklis, lai palielinātu skrīninga pakalpojumu izmantošanu sievietēm. Sievietes šajā pētījumā norādīja, ka veselības aprūpes darbinieki bija svarīgs dzemdes kakla vēža skrīninga informācijas avots, attiecīgi secināms, ka ja ir pieejams dzemdes kakla vēža skrīnings, no veselības aprūpes sniedzējiem saņemtā informācija var būtiski ietekmēt tā pieņemšanu. Tāpēc izpratnes palielināšana par šo pakalpojumu sniedzēju grupu ir ļoti svarīga jebkuras sabiedrības veselības programmas panākumiem. (42)

Igaunijā dzemdes kakla vēža skrīnings tika ieviests 2006.gadā, savukārt Lietuvā 2004.gadā, bet Latvijā 2009.gadā. Līdz 2020. gadam citoloģija bija primārais skrīninga tests visās trīs Baltijas valstīs (Igaunijā, sākot ar 2021. gadu, tiek izmantots HPV DNS tests). Visās trīs valstīs trūkst visaptverošas skrīninga testu kvalitātes kontroles sistēmas. Turklāt īpašā metodoloģija dzemdes kakla vēža paraugu krāsošanai dažādās valstīs atšķiras no tradicionālās daudzkrāsainās (pieci traipi trīs šķīdumos) citoloģiskās krāsošanas tehnikas, ko izstrādājis Džordžs Papanikolaou. Eiropas vadlīnijās ieteikto Papanicolaou citoloģisko testu (Pap testu) vietā citoloģisko uztriepes vērtēšanas paņēmieni Latvijā ir Giemsa traips Leišmaņa modifikācijā, kas ir unikāla vēsturiska tradīcija bijušās Padomju Savienības citoloģijā. Vietējie

pētījumi ir konstatējuši nepietiekamu skrīninga uzņemšanu un nepietiekamu uz Pap testu balstītas skrīninga programmas kvalitāti kā dzemdes kakla vēža profilakses neveiksmes cēloni. Salīdzinoši zemā izplatība Latvijā ir skaidrojama ar diviem faktoriem- pirmkārt, citoloģiskā pārbaude ārpus programmas joprojām ir ļoti bieža un tiek veikta pastāvīgi paralēli organizētajai skrīningam. Otrkārt, zemais dalības līmenis varētu būt saistīts ar Latvijas sieviešu slikto izpratni par dzemdes kakla skrīninga un HPV vakcinācijas lomu dzemdes kakla vēža profilaksē. (43)

Autore norāda, ka sievietes nozīme dalībai dzemdes kakla vēža skrīningā aktualizējas kā faktors, kas laicīgi ļauj diagnosticēt slimību un veikt visus nepieciešamos medicīniskos pasākumus agrīnā stadijā, lai slimību novērstu. Jānorāda, ka, jo lielāka sieviešu atsaucība un pacientu prasības pēc augstas kvalitātes pakalpojuma, jo būtiskāk medicīnas sistēmas veidotājiem ir jāspēj nodrošināt medicīnas personāla, aprīkojuma, sistēmas, datu apstrādes un līdzpakalpojumu kvalitāti.

Sieviešu līdzdalības dzemdes kakla vēža skrīningā nozīme raksturīga gan pašas sievietes veselības izmeklēšana, bet arī slimības izpēte, pētījumu veikšana, statistikas uzskaitē, problēmu identificēšana, kas piešķir sieviešu līdzdalībai skrīningā globālu nozīmi.

4. PĒTĪJUMA DAĻA

Bakalaura darba otrajā nodaļā autore veica pētījumu, kura ietvaros tika aptaujātas 119 sievietes vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem par līdzdalības iemesliem dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

4.1. Pētījuma metodoloģija

Empīrisko pētījumu autore veica laika periodā no 2023.gada februāra līdz aprīlim, kur pētījuma process sastāvēja no šādiem posmiem:

- Anketas jautājumu izstrāde, pamatojoties uz veikto teorētisko pētījumu;
- Pētījuma iekļaušanas kritēriju izstrāde un respondentu grupas noteikšana;
- Anketas izstrāde digitālajā platformā un tās popularizēšana;
- Respondentu anketēšana;
- Iegūtu rezultātu apkopošana un statistiska un grafiska apstrāde;
- Pētījuma rezultātu analizēšana un secinājumu izstrādāšana.

Autore izstrādāja pētījuma instrumentu - anketu, kas kopumā sastāvēja no sešpadsmit slēgta tipa jautājumiem, kuru mērķis ir noskaidrot informāciju par līdzdalības iemesliem dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros. (skat. 1. Pielikumu).

Anketa tika izvietota portālā visidati.lv un popularizēta, izmantojot tādas sociālo tīklu platformas kā *Facebook*, *Instagram*.

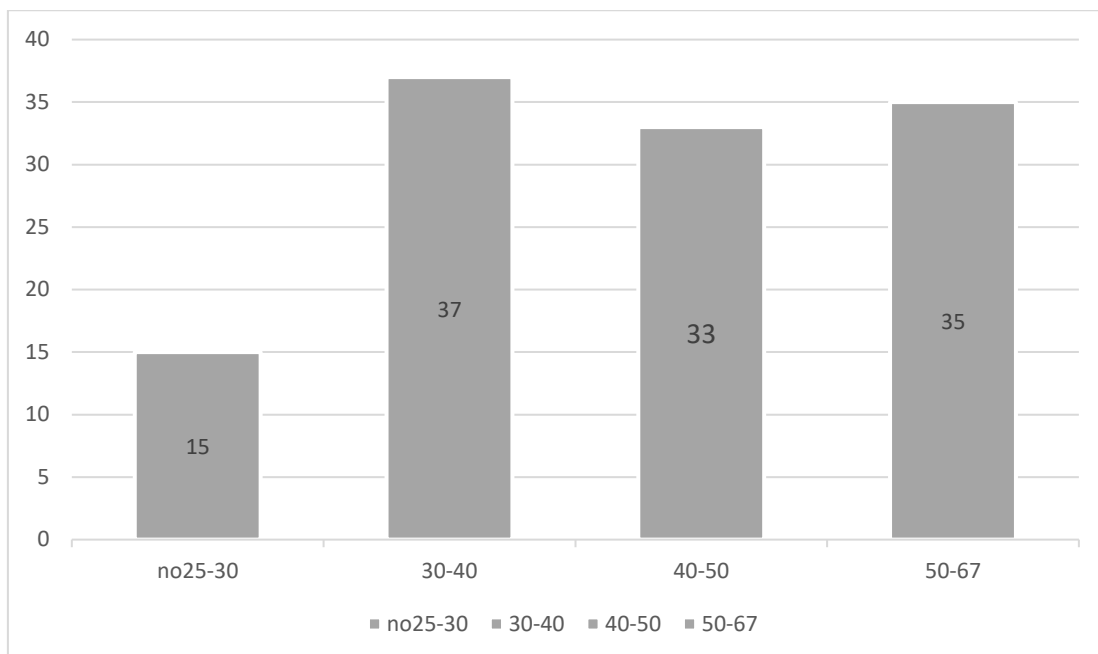
Pētījuma iekļaušanas kritēriji anketēšanas posmā- sieviete vecumā no 25 gadiem līdz 67 gadiem. Pētījuma izslēgšanas kritērijs- dzimums, neatbilstība konkrētajam vecumposmam vai atteikšanās piedalīties pētījumā.

Anketas ievadā respondentiem uzdoti jautājumi ar mērķi noskaidrot vecumu, izglītību, dzīvesvietu, tā kā šie faktori var raksturot gan zināšanu kopumu par dzemdes kakla vēzi, pieredzi skrīninga apmeklēšanā, kā arī ginekoloģisko pakalpojumu pieejamību. Anketas ietvaros tika uzdoti jautājumi par ginekologa apmeklējumu, pieejamību, informācijas pieejamību par dzemdes kakla vēzi, dalību skrīningā, faktoriem, kas kavē vai veicina piedalīties dzemdes kakla vēža skrīningā.

Pētījumā kopā piedalījās 119 dalībnieki.

Pētāmās grupas raksturojums

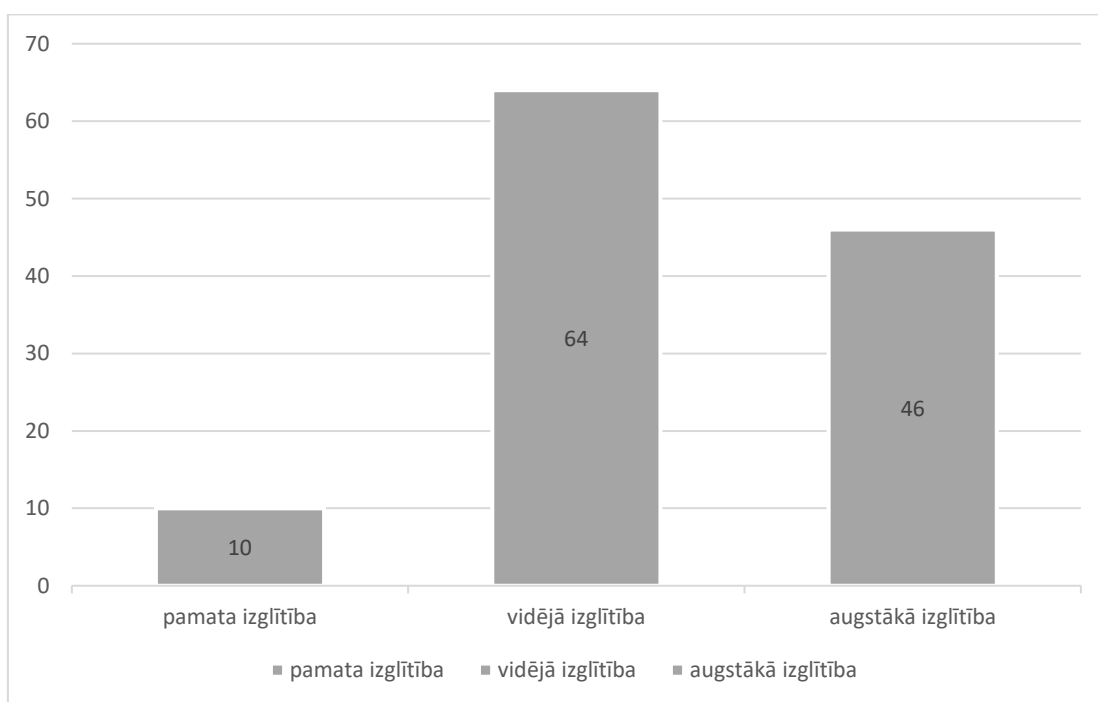
Respondentiem anketas sākumā tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot respondentu vecumu.



4.1.att. Respondentu vecums

31% respondentu ir vecumā no 30 līdz 40 gadiem, 28% respondentu vecumā no 40 līdz 50 gadiem, 29% respondentu vecumā no 50-67 gadiem, bet 12% respondentu vecumā no 25 līdz 30 gadiem.

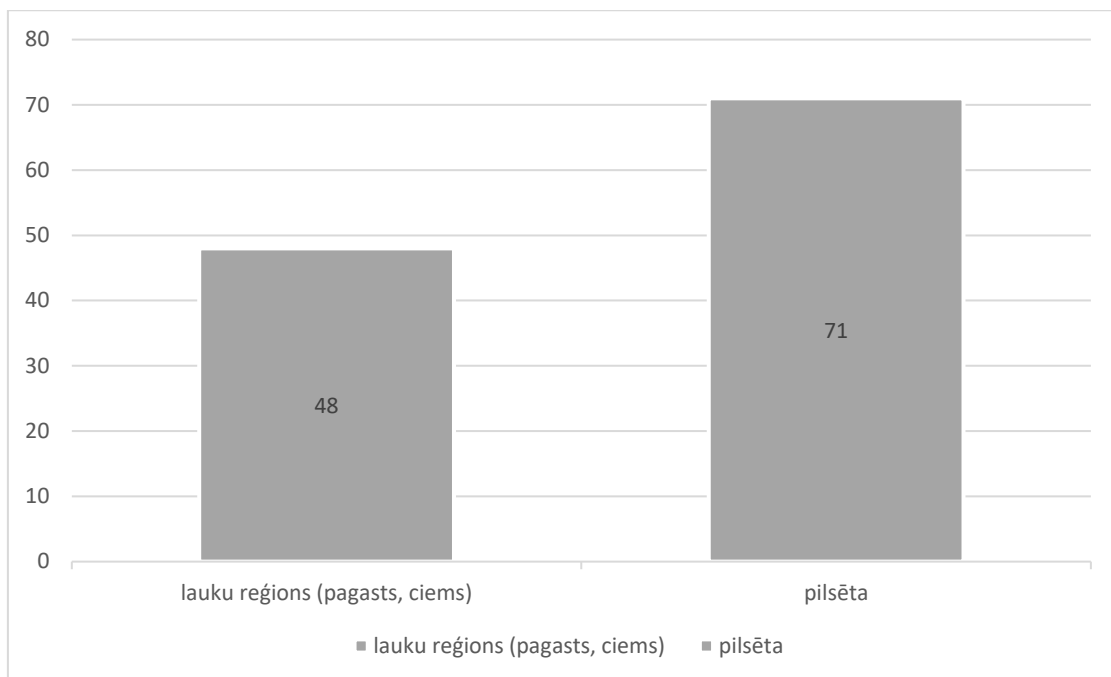
Respondentiem tika uzdots jautājums ar noskaidrot respondentu izglītību.



4.2.att. Respondentu izglītība

54% respondentu ir vidējā izglītība, 38% respondentu augstākā izglītība, bet 8% respondentu ir pamata izglītība.

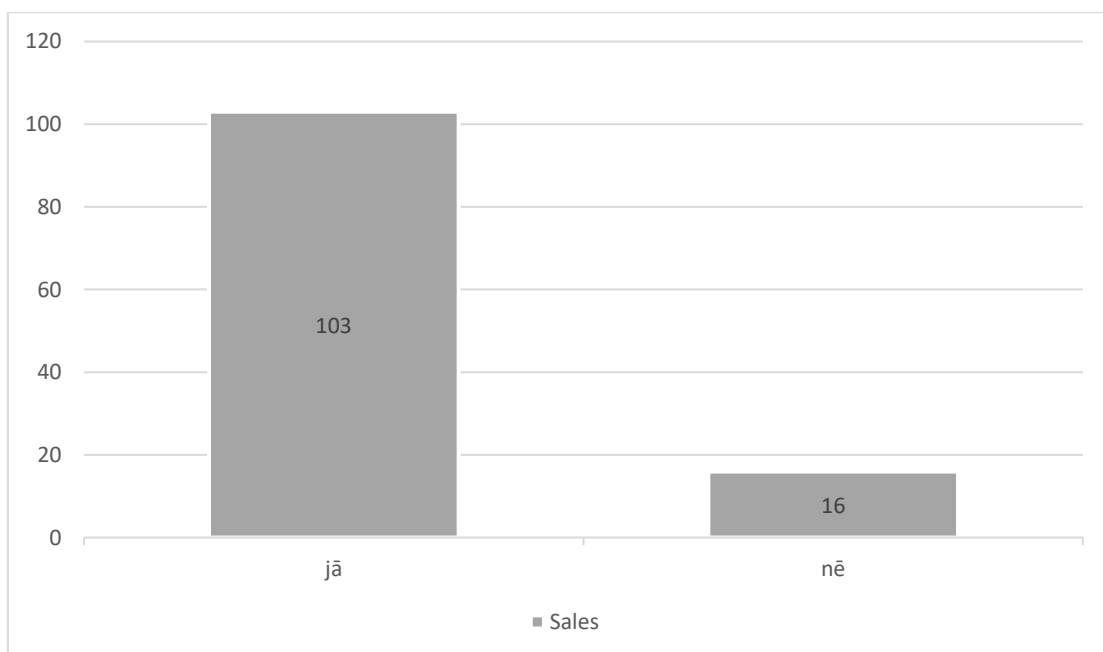
Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot respondenta dzīvesvietu.



4.3.att. Respondentu dzīvesvieta

60% respondentu dzīvo pilsētās, bet 40% respondentu dzīvo lauku teritorijās.

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot vai respondents dzīvo deklarētajā dzīvesvietā.



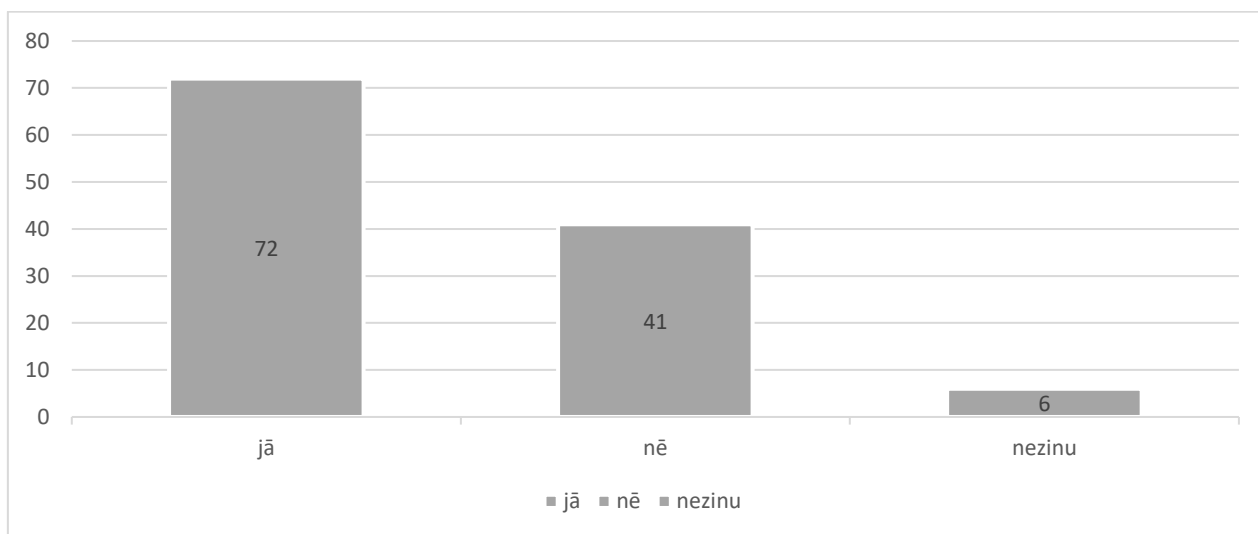
4.4.att. Respondentu sasniedzamība deklarētajā dzīvesvietā

87% respondentu dzīvo deklarētajā dzīvesvietā, savukārt 13% respondentu nedzīvo deklarētajā dzīvesvietā, kas šiem respondentiem rada risku nesaņemt uzaicinājumu uz skrīningu, gadījumos, kad respondents nesaņem vēstuli savā adresē, kur dzīvo.

Nākamajā apakšnodaļā tika apkopoti pētījumā iegūtie rezultāti, izsakot atbildes procentuālā apmērā, kā arī apkopojot datus Excel veidotās diagrammās.

4.2. Pētījuma rezultāti

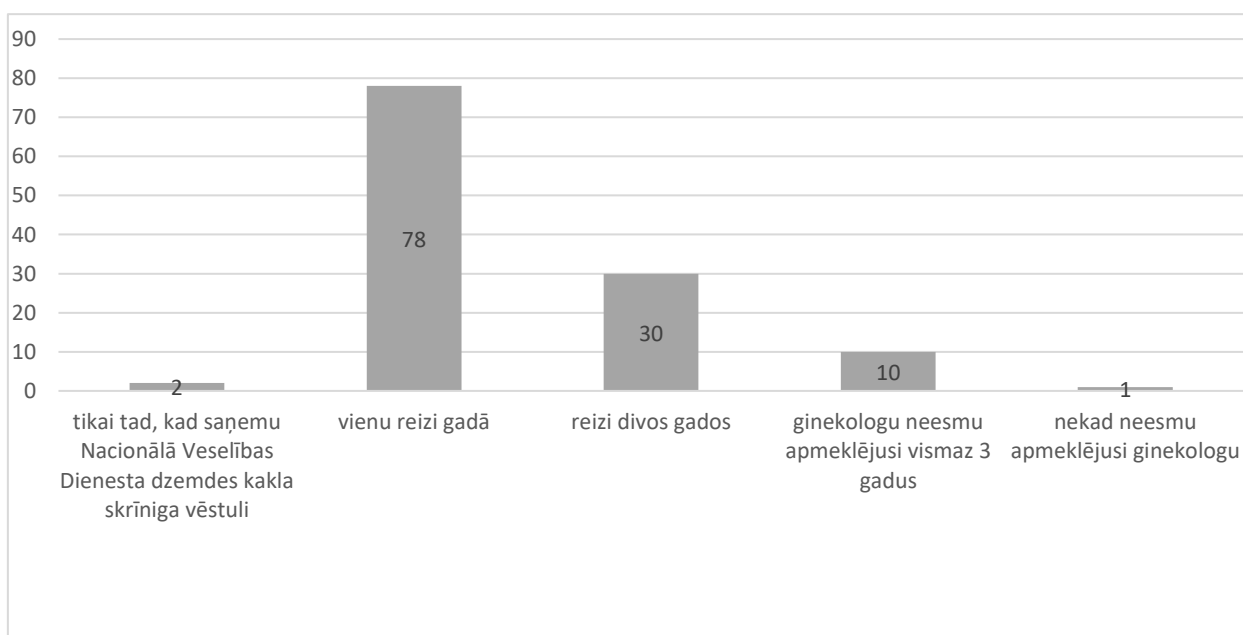
Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot vai respondenta dzīvesvietā ir pieejams ginekologs.



4.5.att. Ginekologa pieejamība dzīvesvietā

61% respondentu anketās norādīja, ka respondenta dzīvesvietā ir pieejams ginekologs, savukārt 34% respondentu atbildēja, ka ginekologs nav pieejams, bet 5% respondentu norādīja, ka nezina vai šāds speciālists dzīvesvietā ir pieejams.

Saņemtās atbildes liecina, ka lielākā daļa respondentu ginekologs ir pieejams dzīvesvietā, bet trešdaļai ir jāmēro lielāks attālums, lai šādu speciālistu sasniegtu, kas respondentam rada lielāku finansiālu un laika resursu patēriņu, kas var ietekmēt respondenta lēmumu apmeklēt ginekologu.

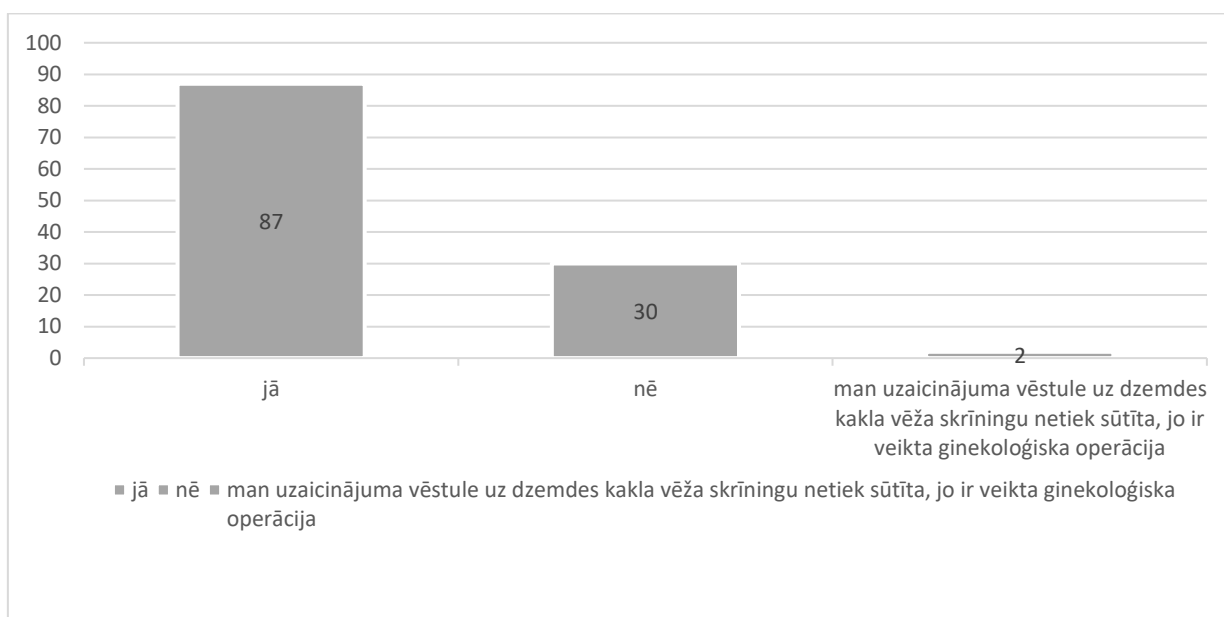


4.6.att. Ginekologa apmeklējuma biežums

64% respondentu atbildēja, ka apmeklē ginekologu vienu reizi gada, savukārt 25% respondentu norādīja, ka apmeklē ginekologu reizi divos gados, 8% respondentu atbildēja, ka ginekologs nav apmeklēts vismaz 3 gadus, savukārt 2% respondentu norādīja, ka ginekologu apmeklē tikai tad, kad saņemts uzaicinājums uz dzemdes kakla skrīningu, 1% norādīja, ka ginekologs nekad nav apmeklēts.

Saņemtās atbildes liecina, ka lielākā daļa respondentu rūpējas par savu veselību un apmeklē specialistu vismaz profilaktiskos nolūkos, bet daļa respondentu apmeklē speciālistu pārāk reti.

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot vai respondente ir saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu.

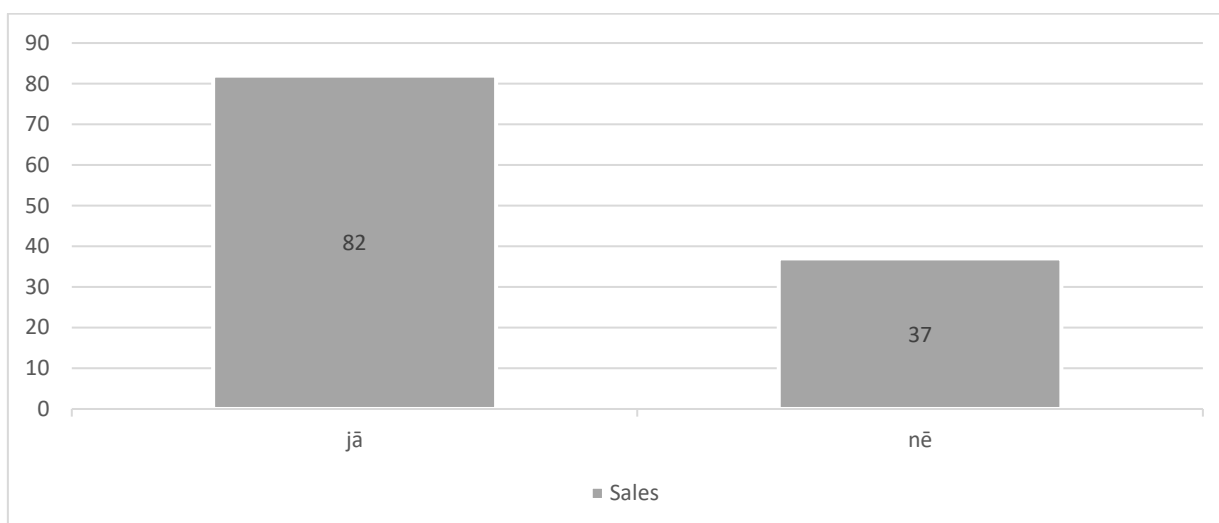


4.7.att. Uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu saņemšana

73% respondentu norādīja, ka respondente ir saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu, savukārt 25% respondentu norādīja, ka respondente nav saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu, bet 2% respondentu atbildēja, ka vēstule netiek sūtīta, tā kā veikta ginekoloģiska operācija.

Saņemtās atbildes liecina, ka lielākā daļa respondentu uzaicinājumu uz dzemdes kakla vēža skrīningu ir saņēmušas, taču viena ceturtdaļa šo uzaicinājumu nav saņēmušas, lai arī ietilpst konkrētajā vecuma grupā.

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot vai respondente ir veikusi dzemdes kakla vēža izmeklējumu Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

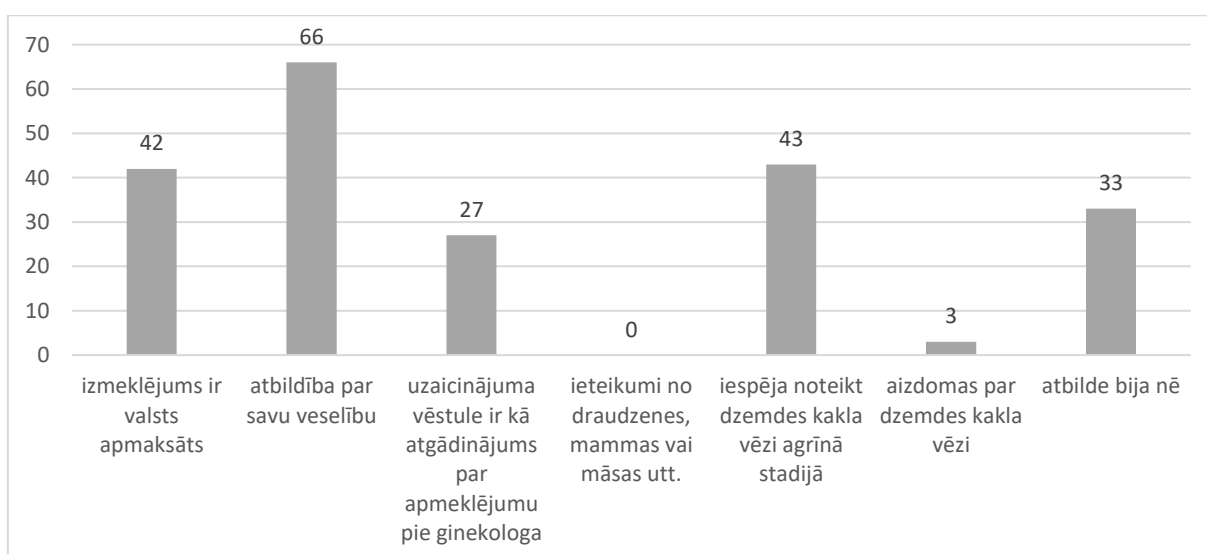


4.8.att. Dzemdes kakla vēža skrīninga apmeklējums

69% respondentu norādīja, ka ir apmeklējusi dzemdes kakla vēža skrīningu pēc Nacionālā Veselības Dienesta uzaicinājuma saņemšanas, bet 31% respondentu norādīja, ka nav veikusi dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumus pēc Nacionālā Veselības Dienesta uzaicinājuma saņemšanas.

Saņemtās atbildes liecina, ka lielākā daļa respondentu ir piedalījusies dzemdes kakla vēža skrīningā pēc Nacionālā Veselības Dienesta uzaicinājuma saņemšana, taču trešdaļa nav piedalījusies, turklāt, salīdzinot šī jautājuma atbildes ar iepriekšējā jautājuma atbildēm, secināms, ka uzaicinājuma nesaņemšana nav vienīgais iemesls, kādēļ respondente nav piedalījusies dzemdes kakla vēža skrīningā.

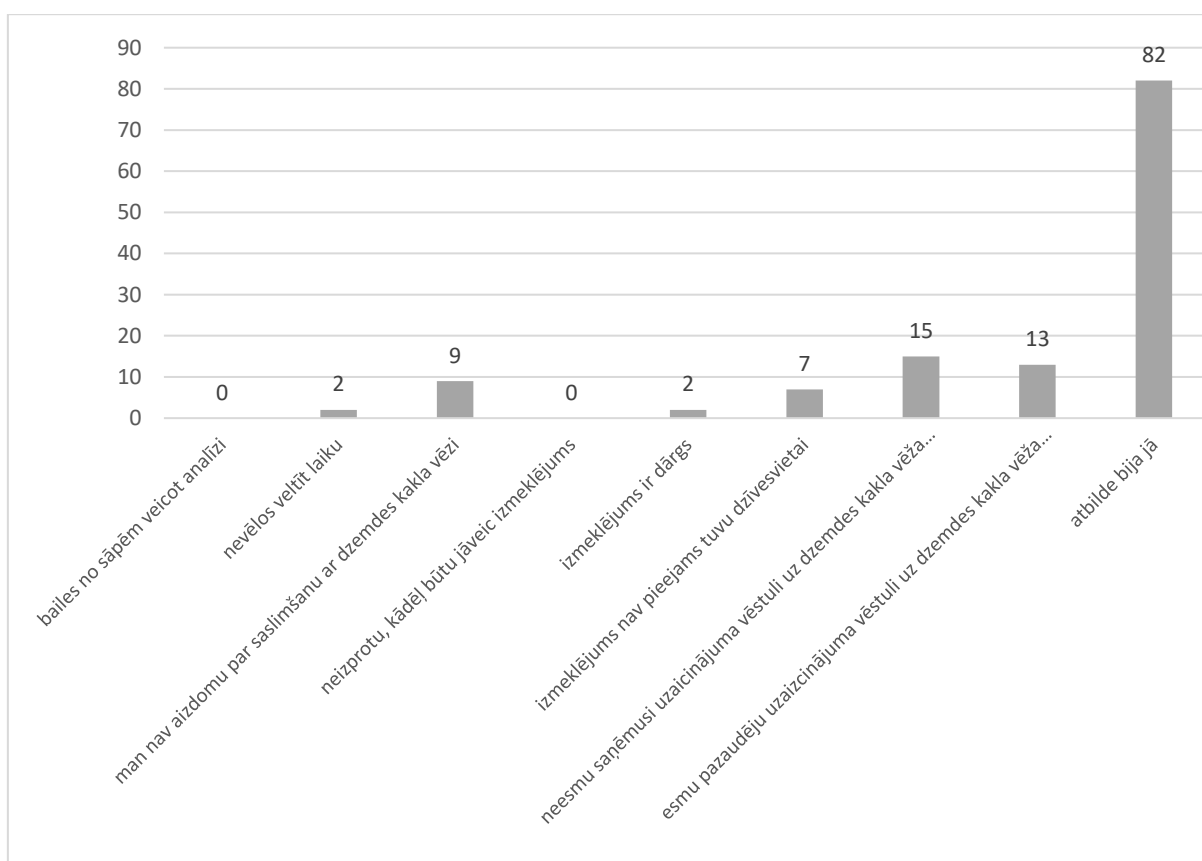
Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot faktorus, kas rosināja veikt izmeklējumus.



4.9.att. Faktori, kas rosināja veikt izmeklējumus

Atbildot uz šo jautājumu respondentēm bija iespēja atzīmēt vairākas atbildes, kur 66 respondenti norādīja, ka rosināja atbildība par savu veselību, 43 respondenti atbildēja, ka iespēja noteikt dzemdes kakla vēzi agrīnā stadijā, 42 respondenti atbildēja, ka motivēja tas, ka izmeklējums ir valsts apmaksāts, 27 respondenti atbildēja, ka uzaicinājuma vēstule ir kā ginekologa apmeklējuma atgādinājums, 3 respondenti norādīja, ka rosināja aizdomas par dzemdes kakla vēzi, savukārt neviens respondents nenorādīja, ka rosināja līdzcilvēku ieteikumi.

No saņemtajām atbildēm ir secināms, ka motivējošākie faktori ir atbildība, iespēja noteikt agrīnā stadijā un zemās izmaksas savukārt vismazāk lēmumu ietekmē līdzcilvēki vai aizdomas par dzemdes kakla vēzi.

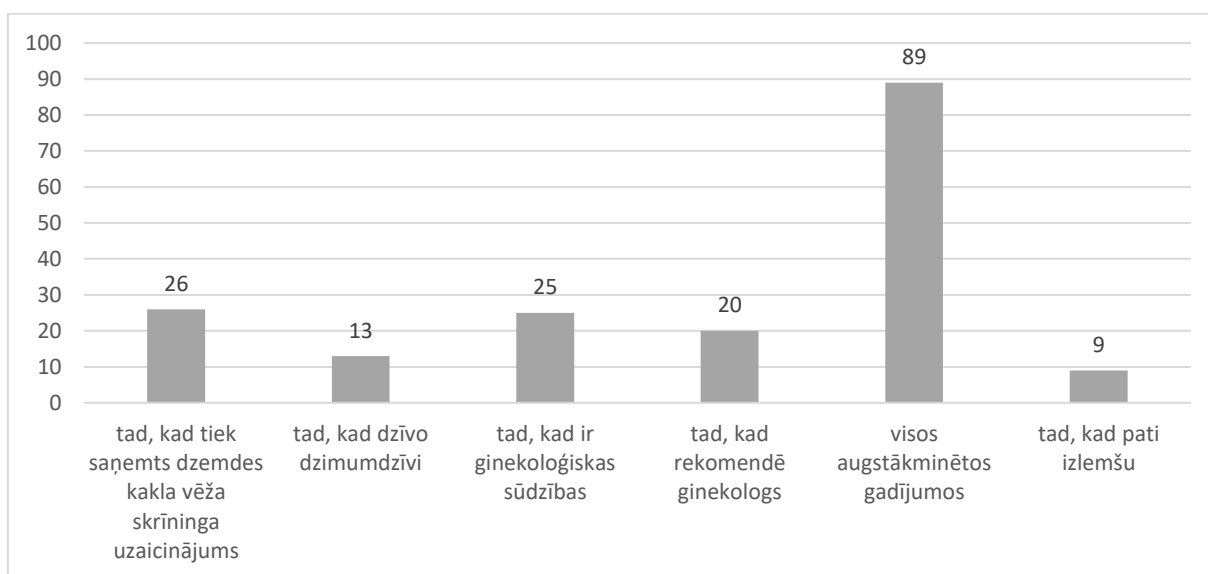


4.10.att. Faktori, kas kavē veikt izmeklējumus

Tiem respondentiem, kas bija norādījuši, ka nav veikuši dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumus pēc uzaicinājuma saņemšanas tika uzdots jautājums par faktoriem, kas kavē respondentu veikt izmeklējumus.

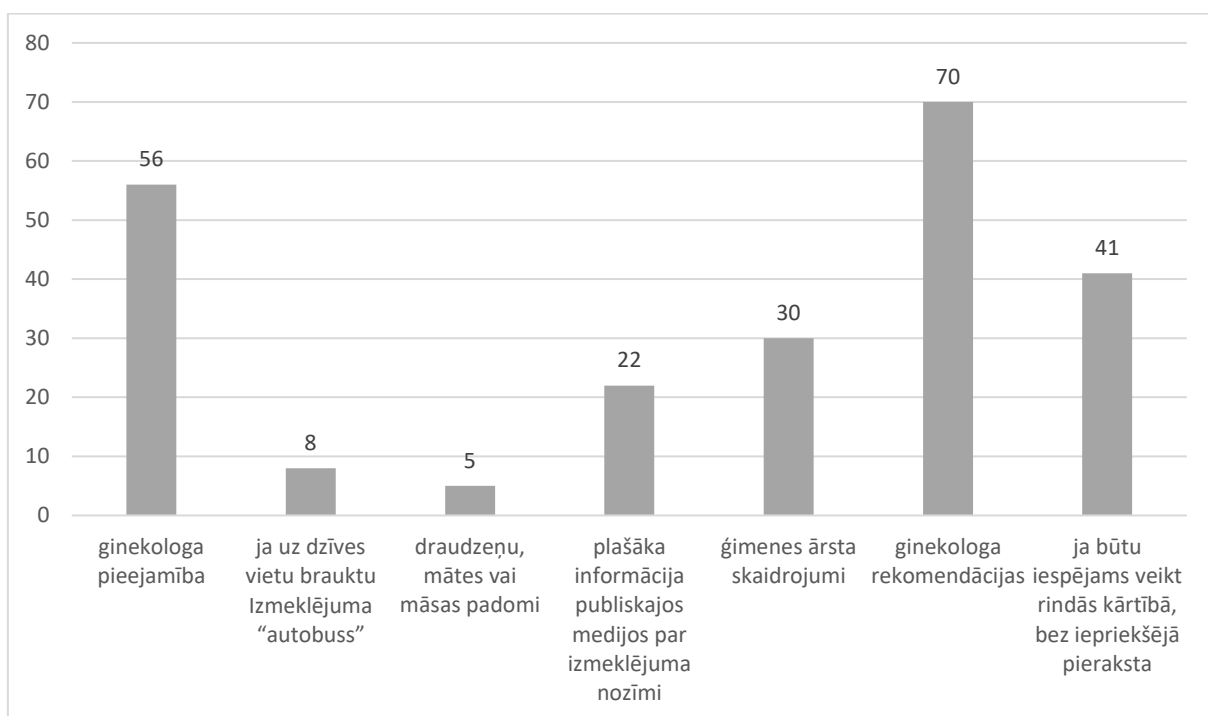
15 respondenti atbildēja, ka nav saņemta vēstule ar uzaicinājumu piedalīties dzemdes kakla vēža skrīningā, 14 respondenti norādīja, ka uzaicinājums ir pazaudēts, 7 respondenti atbildēja, ka izmeklējums nav tuvu dzīvesvietai, 9 respondenti norādīja, ka nav aizdomu par dzemdes kakla vēzi, 2 respondenti nevēlas tērēt laiku, bet vēl 2 respondenti norādīja, ka izmeklējums ir dārgs.

Pēc saņemtajām atbildēm, secināms, ka biežākie faktori, kas kavē dalību dzemdes kakla vēža skrīningā ir uzaicinājuma nesaņemšana vai pazaudēšana, kā arī aizdomu trūkums.



4.11.att. Respondentu viedoklis par skrīninga nozīmi

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot kādos gadījumos, pēc respondentu domām, dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanai ir nozīme, kur 89 respondenti norādīja, ka visos anketā norādītajos variantos, 26 respondenti norādīja, ka tad, ka saņemts uzaicinājums, 25 respondenti atbildēja, ka tad, kad ir ginekoloģiskas sūdzības, 20 respondenti atbildēja, ka tad, kad ginekologs rekomendē, 13 respondenti atbildēja, ka gadījumos, kad dzīvo dzimumdzīvi, bet 9 respondenti norādīja, ka nozīmīgi ir tad, kad pati sieviete izlemj šo skrīningu veikt.

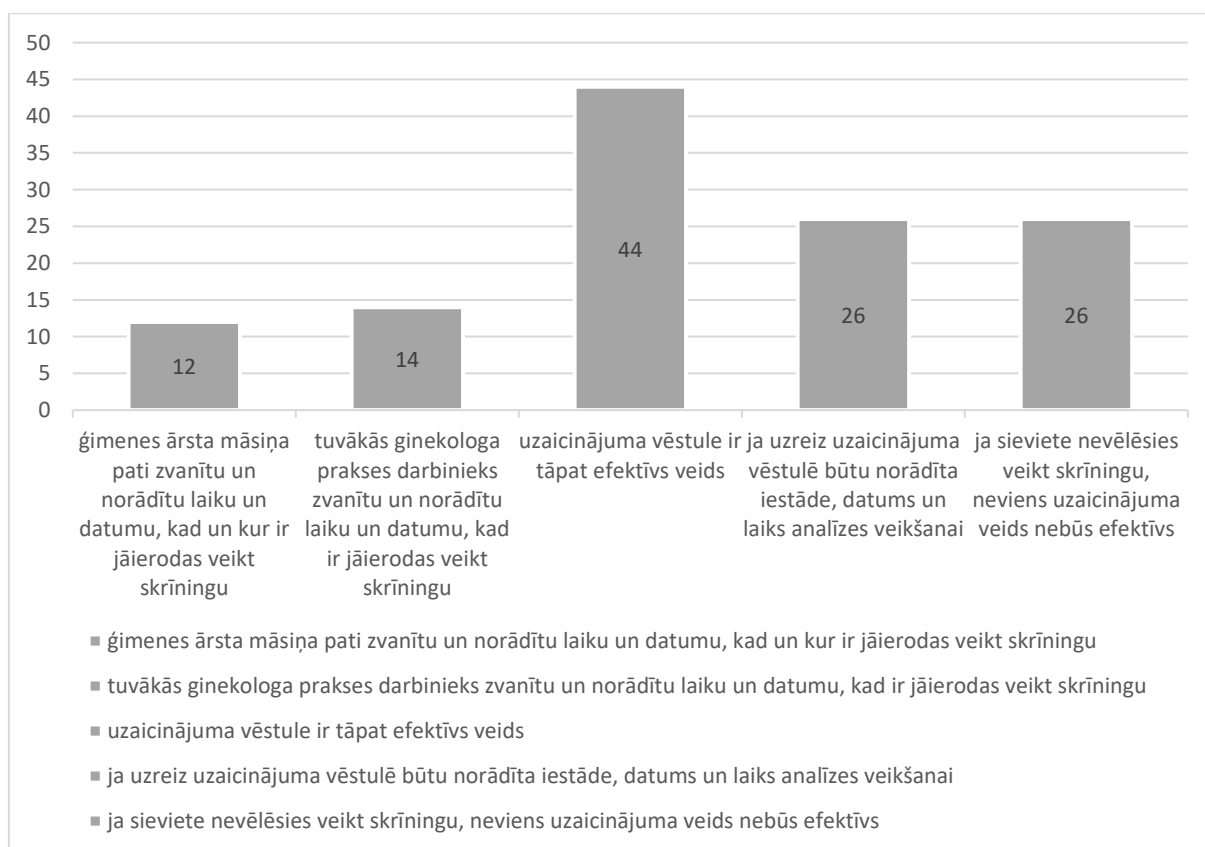


4.12.att. Faktori, kas rosinātu iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot, kas rosinātu iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā, kur 70 respondenti jeb 30,2% atbildēja, ka rosinātu ginekologa rekomendācijas, 56 respondenti jeb 24,1% norādīja, ka rosinātu ginekologa pieejamība, 41 respondents jeb 17,7% norādīja, ka iesaistītos, ja būtu iespējams veikt rindas kārtībā bez iepriekšēja pieraksta, savukārt 30 respondenti jeb 12,9% atbildēja, ka rosinātu ģimenes ārsta skaidrojumi, 22 respondenti jeb 9,5% atbildēja, ka nepieciešama plašāka informācija publiskajos medijos par izmeklējuma nozīmi, 8 respondenti jeb 3,4% atbildēja, ka rosinātu ja uz dzīvesvietu atbrauktu izmeklējuma autobuss, bet 5 respondenti norādīja, ka rosinātu līdzcilvēku padomi.

Saskaņā ar saņemtajām atbildēm ir secināms, ka efektīvākie faktori, kas rosinātu sievietes iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā ir ginekologa pieejamība, speciālistu rekomendācijas un informācijas pieejamība.

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot kurš no uzaicinājumiem uz valsts apmaksātu dzemdes kakla skrīninga izmeklējumu būtu visefektīvākais.

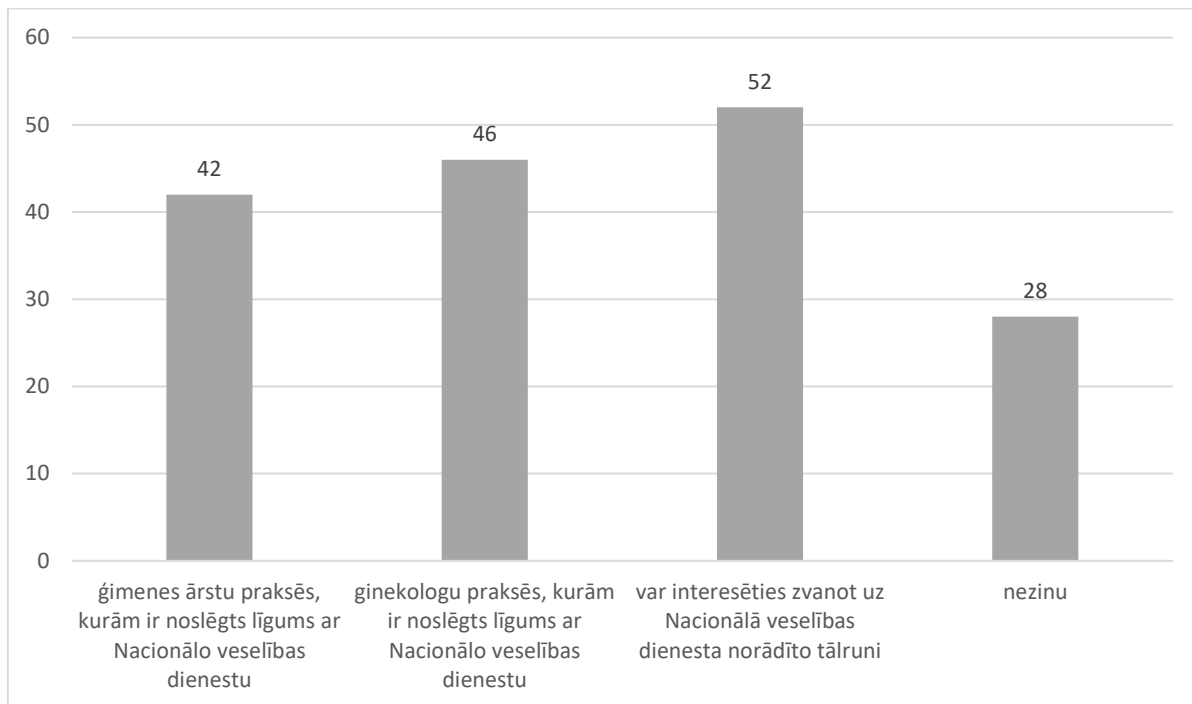


4.13.att. Uzaicinājuma veids, kas rosinātu piedalīties skrīningā

36% respondentu norādīja, ka esošā uzaicinājuma kārtība ir pietiekoši efektīva, 21% respondentu atbildēja, ka rosinātu, ja ģimenes ārstu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu, kā arī 21% norādīja, ka rosinātu, ja uzreiz uzaicinājuma vēstulē būtu norādīta iestāde, datums un laiks analīzes veikšanai, 12% respondentu atbildēja, ka

efektīvāk būtu, ja tuvākās ginekologa prakses darbinieks zvanītu un norādītu laiku un datumu, kad ir jāierodas veikt skrīningu, savukārt 10% respondentu atbildēja, ka ja sieviete nevēlēsies veikt skrīningu, neviens uzaicinājuma veida nebūs efektīvs.

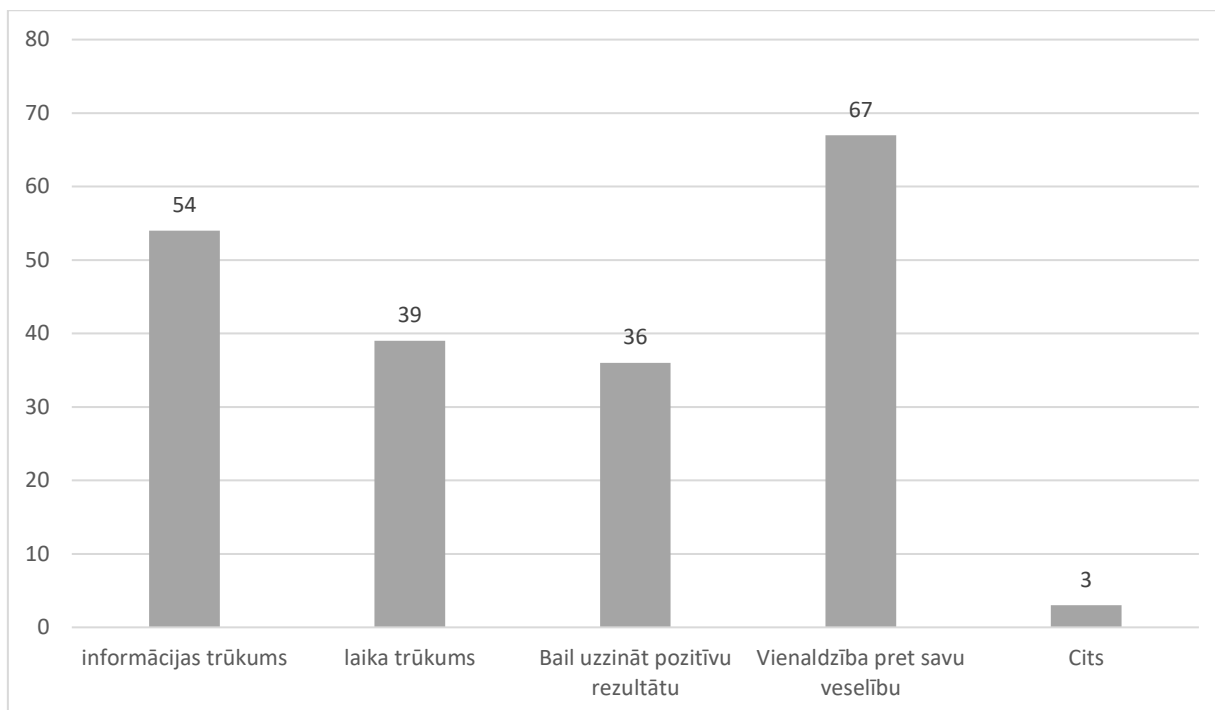
Saņemtās atbildes liecina, ka sievietēm būtiska ir skaidra informācija un konkrēts pieraksts, informācijas apkopojums kur, kā un kādā laikā iespējams veikt izmeklējumu.



4.14.att. Informācijas pieejamība par uzaicinājuma vēstulēm

Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot, kur pēc respondentu domām var gūt informāciju par nosūtītajām uzaicinājuma vēstulēm, kur 52 respondenti atzīmēja, ka var interesēties zvanot uz Nacionālā veselības dienesta norādīto tālruni, 46 respondenti atbildēja, ka ginekologu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu, bet 42 respondenti norādīja, ka informāciju var iegūt ģimenes ārstu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu. 28 respondenti atzīmēja, ka nezina, kur iegūt šādu informāciju.

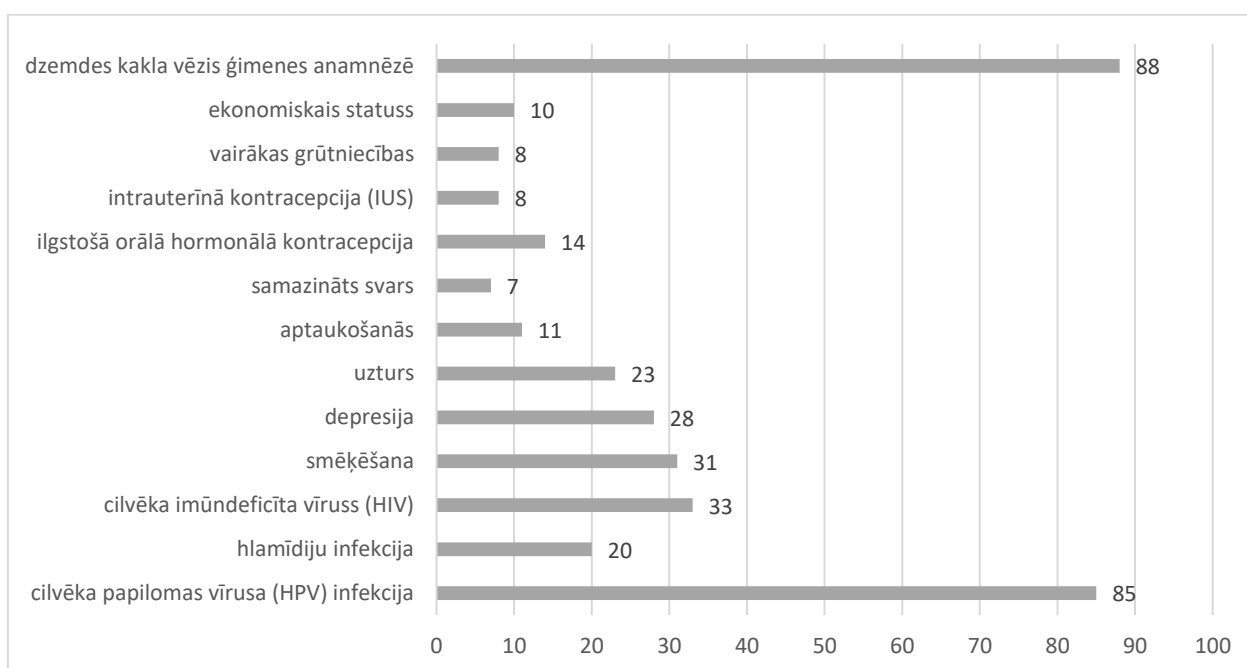
Respondentiem tika uzdots jautājums ar mērķi noskaidrot viedokli par to, kādēļ sievietes nepiedalās dzemdes kakla vēža skrīningā.



4.15.att. Respondentu viedoklis par to, kādēļ sievietes nepiedalās dzemdes kakla vēža skrīningā

67 respondenti anketās atzīmēja, ka sievietes nepiedalās dzemdes kakla vēža skrīningā, tā kā ir vienaldzīgas pret savu veselību, 54 respondenti atzīmēja, ka sievietes nepiedalās dzemdes kakla vēža skrīningā, tā kā trūkst informācijas, 39 respondenti atzīmēja, ka nepiedalās laika trūkuma dēļ, bet 36 respondenti atbildēja, ka izvēli piedalīties ietekmē bailes uzzināt pozitīvu rezultātu, 3 respondenti norādīja, ka izvēli ietekmē citi faktori.

Saņemtās atbildes liecina, ka būtiskākais faktors ir pašas sievietes rūpju un atbildības trūkums par savu veselību, kam seko informācijas trūkums un laika trūkums.



4.16.att. Respondentu viedoklis par to, kas izraisa dzemdes kakla vēzi

88 respondentu anketās atzīmēja, ka pēc viņu domām dzemdes kakla vēzi izraisa dzemdes kakla vēzis ģimenes anamnēzē, savukārt 85 respondenti norādīja, ka to izraisa cilvēka papilomas vīrusa (HPV) infekcija. 33 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV), 31 respondents norādīja, ka smēķēšana, bet 28 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa depresija. 23 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa uzturs, bet 20 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa hlamīdiju infekcija. 14 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa ilgstoša orālā hormonālā kontracepcija, bet 11 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa aptaukošanās, 10 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa ekonomiskais statuss, bet 8 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa vairākas grūtniecības vai intrauterīnā kontracepcija (IUS), bet 7 respondenti atzīmēja, ka dzemdes kakla vēzi izraisa samazināts svars.

SECINĀJUMI

Bakalaura darba autore pētījuma laikā ir izdarījuši šādus secinājumus:

1. Māszinību teoriju kopējais mērķis ir veicināt pacientu veselības uzlabošanu, taču katras teorijas koncepcija, vērtības un mehānismi kā tas tiek veicināts ir atšķirīgi.
2. Māszinību teoriju pielietojums māsu praksē veicina pacientu veselības stāvokļa uzlabošanu kā fizioloģiski, tā psiholoģiski, veicina pacientu socializēšanos, kā arī nodrošina pacientu aprūpes augstu kvalitāti.
3. Dzemdes kakla vēzis ir visbiežāk diagnosticētais vēža veids, kur viens no slimības profilakses pasākumiem ir valsts nozīmes dzemdes kakla vēža skrīnings, taču Latvijā izmeklējumus veic tikai 35,1% no uzaicinātajām sievietēm, kas ir kritiski zems rādītājs.
4. Pētījuma rezultāti liecina, ka dzīvesvietā respondentiem ir pieejams ginekologs ir pieejams dzīvesvietā, bet trešdaļai ir jāmēro lielāks attālums, lai šādu speciālistu sasniegtu, kas respondentam rada lielāku finansiālu un laika resursu patēriņu.
5. Baltijas valstīs ir augstākie rādītāji saslimstībai ar dzemdes kakla vēzi, taču tikai Latvijā tikai netiek izmantots Eiropas vadlīnijās ieteikto Papanicolaou citoloģisko tests (Pap testu), bet gan citoloģisko uztriepes vērtēšanas paņēmieniems Giemsa traips Leišmaņa modifikācijā.
6. Pētījumā secināts, ka 73% respondentu saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu, savukārt 25% nav saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu, kas apliecina to, ka, lai arī lielākā daļa uzaicinājumu ir saņēmušas, vienai ceturtajai daļai uzaicinājums kādu iemeslu dēļ nav piegādāts.
7. Pētījumi liecina, ka dzemdes kakla vēža skrīninga zemā apmeklētība Latvijā ir skaidrojama ar to, ka citoloģiskā pārbaude ārpus skrīninga tiek veikta saskaņā ar katras pacientes vēlmi un biežumu, kā arī Latvijā ir zema sieviešu informētība par dzemdes kakla skrīningu un HPV vakcinācijas lomu dzemdes kakla vēža profilaksē.
8. Pētījuma rezultāti liecina, ka 69% ir apmeklējuši dzemdes kakla vēža skrīningu pēc Nacionālā Veselības Dienesta uzaicinājuma saņemšanas, bet 31% respondentes nav veikušas dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumus pēc Nacionālā Veselības Dienesta uzaicinājuma saņemšanas.
9. Pētījumā secināts, ka motivējošākie faktori piedalīties valsts apmaksātā dzemdes kakla skrīningā ir atbildība par savu veselību, iespēja noteikt agrīnā stadijā un zemās izmaksas, savukārt vismazāk lēmumu ietekmē līdzcilvēki vai aizdomas par dzemdes kakla vēzi.

10. Pētījumā konstatēts, ka biežākie faktori, kas kavē dalību dzemdes kakla vēža skrīningā ir uzaicinājuma nesaņemšana vai pazaudēšana, kā arī aizdomu trūkums.

11. Pētījuma gaitā secināts, ka efektīvākie faktori, kas rosinātu sievietes iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā ir ginekologa pieejamība, speciālistu rekomendācijas un informācijas pieejamība.

12. Pētījumā secināts, ka 36% respondentu esošā uzaicinājuma kārtība ir pietiekoši efektīva, 21% respondentu rosinātu dalību skrīningā, ja ģimenes ārstu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu, kā arī 21% norādīja, ka rosinātu, ja uzreiz uzaicinājuma vēstulē būtu norādīta iestāde, datums un laiks analīzes veikšanai, 12% atbildēja, ka efektīvāk būtu, ja tuvākās ginekologa prakses darbinieks zvanītu un norādītu laiku un datumu, kad ir jāierodas veikt skrīningu, savukārt 10% respondentu atbildēja, ka ja sieviete nevēlēties veikt skrīningu, neviens uzaicinājuma veida nebūs efektīvs.

13. Pētījuma rezultāti apliecina, ka būtiskākais faktors kādēļ sieviete nepiedalās valsts apmaksātā dzemdes kakla vēža skrīningā ir pašas sievietes rūpju un atbildības trūkums par savu veselību, kam seko informācijas trūkums un laika trūkums.

IETEIKUMI

Pamatojoties uz veikto pētījumu un izdarītajiem secinājumiem, bakalaura darba autore izvirza ieteikumus trīs virzienos- skrīninga procedūras pilnveide, vides pieejamība, sabiedrības informēšana.

1. Skrīninga pasākumu pilnveide.

Kā vienu no būtiskākajiem faktoriem skrīninga procedūras pilnveidē nepieciešams pāriet uz Papanicolaou citoloģisko testu jeb Pap testu, kas raisīs lielāku uzticību sieviešu vidū, tā kā tiks izmantota metode atbilstoši Eiropas vadlīnijās noteiktajam, taču papildus nepieciešams izvērtēt Igaunijas pieredzi, ieviešot cilvēka papilomas vīrusa pašparaugu noņemšanas metodi, kas padarīs skrīninga procesu pieejamāku un ātrāku, samazinot veselības sistēmas speciālistu noslodzi.

Ņemot vērā digitalizācijas risinājumu apjomu katra sabiedrības locekļa dzīvē, nozīmīga ir skrīninga uzaicinājumu saņemšanas digitalizācija. Lai nodrošinātu ne tikai uzaicinājuma saņemšanu deklarētajā dzīvesvietā, jāievieš elektroniskā uzaicinājuma saņemšana jau esošajās datu bāzēs, kas saistītas ar medicīnu- E-veselība, datamed.lv, kur uzaicinājums pieejams jebkurā brīdī, līdz ar to mazinātu uzaicinājuma nozaudēšanas risku.

Ieviešot digitālos uzaicinājumus kā papildus funkciju nepieciešams ieviest iespēju uzreiz pieteikties uz skrīninga procedūru digitālā vidē, atzīmējot konkrēto pieejamo speciālistu, kas veic skrīninga procedūru, tādējādi motivējot sievieti neatlikt pierakstu un radot ērtus apstākļus tūlītējai pieraksta veikšanai.

Lai nodrošinātu pilnvērtīgu skrīninga sistēmas darbošanos, būtiski ir sasaistīt pacientu patstāvīgi veiktās dzemdes kakla vēža pārbaudes ar valsts apmaksātā skrīninga pārbaudēm, ieviešot apkopotu informācijas sistēmu, kas veicinās vienotu datu uzglabāšanu, salīdzināšanu, nepieciešamības gadījumā ārsts varēs veikt uzraudzības funkciju, tādējādi rosinot sabiedrībai vienotu izpratni par skrīninga nozīmīgu, aktualitāti un datu pieejamību medicīnas personālam, kas aizdomu gadījumā, balstoties uz vēsturiskiem datiem, salīdzinājumu, izpēti, pieredzi var nosūtīt pacienti veikt atkārtotu pārbaudi vai veikt pārbaudi ārpus konkrētā termiņa.

2. Vides pieejamība.

Viens no faktoriem, kāpēc sievietes neīsteno aktīvu līdzdalību dzemdes kakla skrīningā ir laika trūkums un finanšu trūkums, kur minētos riskus iespējams mazināt, nodrošinot vides pieejamību- ginekologu pieejamību un izmeklējumu pieejamību, piemēram, reģionos, kur ginekologa prakse atrodas reģiona centrā, kā arī nodrošinot izbraukuma izmeklējumu veikšanu akciju ietvaros.

Neatkarīgi no tā, ka pats izmeklējums ir bez maksas, sievietēm tas rada papildus ceļa izdevumus un laika resursu, līdz ar to, lai nodrošinātu to, ka sieviete var apmeklēt izmeklējumu netraucēti, nepieciešams noteikt darba vietas apmaksātu (ar iespējamību lūgt valsts kompensāciju) divu stundu brīvo laiku, kad sieviete netraucēti var doties veikt izmeklējumu, neradot sev zaudējumus. Šādā gadījumā būtiska ir uzaicinājuma uzrādīšana darba devējam.

3. Sabiedrības informēšana.

Kā svarīgākais iemesls sieviešu zemajai līdzdalībai valsts apmaksātā dzemdes kakla skrīningā ir jānorāda informācijas trūkums, nezināšana, kur to meklēt, tādējādi Nacionālajam veselības dienesta kopā ar nozares speciālistiem ir jāīsteno atbilstoša kampaņa uzmanības piesaistei. Šobrīd aktuālākie komunikācijas kanāli ir digitālās platformas, sociālie tīkli, līdz ar to šos kanālus neieciešams izmantot kā aktuālākos informācijas nodošanai. Izveidojot diskusijas ar nozares pārstāvjiem digitālajās platformās ir iespējams vērst uz problēmas nozīmīgumu un dzemdes kakla vēža skrīninga nozīmi sievietes dzīvē.

Mūsdienās moderns un plašu auditoriju sasniedzošs komunikācijas veids ir influenceru, sabiedrībā pazīstamu personu kā vēstnešu piesaiste, kas ikdienā caur sociālajiem tīkliem komunicē ar savu auditoriju, tādējādi spēj nodot informāciju plašam sieviešu skaitam, turklāt, caur izveidoto uzticību, motivēt sievieti piedalīties dzemdes kakla vēža skrīningā.

Nosūtot uzaicinājumu, kā papildus materiāls informācijas apguvei par dzemdes kakla vēzi un dzemdes kakla vēža skrīningu ir jāpievieno buklets, kurā apvienota visa nepieciešamā informācija par simptomiem, diagnostiku, ārstēšanas iespējām. Ņemot vērā to, ka dažādu iemeslu dēļ sievietes nepievērš uzmanību simptomiem, ir pacietīgas un neapmeklē ginekologu laicīgi, ir nepieciešams vērst sieviešu uzmanību uz simptomiem un dzemdes kakla vēža riska iespējamību.

Kā viens no svarīgākajiem speciālistiem sievietes veselības uzturēšanā ir jānorāda ģimenes ārsts, kas nereti ir uzticības persona, kura viedoklī pacients ieklausās līdz ar to nozīmīgi ir iesaistīt ģimenes ārstus informācijas sniegšanā par dzemdes kakla vēža skrīningu, nodrošinot ģimenes ārstus ar izdales materiālu, kurā pieejama visa informācija, kā arī par atbilstošu atalgojumu, uzlikt par pienākumu informēt un atgādināt pacientam par dzemdes kakla vēža skrīningu, kā arī CPV vakcināciju.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Nacionālais veselības dienests. Vēža skrīninga programmu rezultāti 2021.gadā. Skatīts [18.10.2022.] Pieejams: <https://neatkariga.nra.lv/veseliba/385702-veza-skrinings-parbaudes-veic-tikai-tresdala-sieviesu>
2. McKenna H. Nursing theories and models. Taylor & Francis e-Library, 2005. 288 p.
3. Marudhar M. Development of nursing theories. [Skatīts 20.04.2023.] Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/333022822_nursing_theories
4. Ahmad A.S. Theories and models of nursing practice. [Internets]. [Skatīts 20.04.2023.] Pieejams:<https://conursing.uobaghdad.edu.iq/wp-content/uploads/sites/20/uploads/others/conursing/lecture/theory.pdf>
5. Alligood R.M. Nursing Theory: Utilization and Application, ed 5. Mosby, an imprint of Elsevier Inc, 2013. 488 p.
6. Wang HP, Huang YQ, Sang M, et al. Betty Newman's systematic model and its application in clinical nursing. TMR Integrative Nursing, 2019, 3(4): 113-117.
7. Maryati I, Sukmawati S, Mamuroh L. The application of "Roy adaptation" theory model in women with early stage of cervical cancer: a study case. December 2018 Reproductive Health 1(2):386-397.
8. Belet L.I. The Application of Levine's and Kolcaba's Theories in the Nursing Care of Patients with the Third Stadium of Cervical Cancer. JNP (Indonesian Journal of Nursing Practices) Vol 3 No 2 December 2019 : 75-81.
9. Mauricio Caxias de Souza et al. Florence nightingale's environmental theory and the model proposed by johnson and webber: Nursing facing a theoretical reflection. International Journal of Development Resea, Vol. 12, Issue, 03, pp. 54775-54777, March, 2022.
10. Josephine R, Fowler E, Maani V, Dunton J, Jack B. Cervical Cancer. [Internets] [Skatīts 22.12.2022.] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431093/>
11. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 28 (Supplement 4): iv72–iv83, 2017.
12. Stankūnas M, Pärna K, Tisler A, Kivite-Urtāne A, Kojalo U, Zodzika J, Baltzer N, Nygard J, Nygard M, Uuskula A. Cervical Cancer in the Baltic States: Can Intelligent and Personalized Cancer Screening Change the Situation? Acta Med Litu. 2022;29(1)
13. Nott J, Bonney E, Pickering J, Simpson N. The structure and function of the cervix during pregnancy. Translational Research in Anatomy Volume 2, March 2016, Pages 1-7

14. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10. IARC. 2005.
15. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. Second edition. [Internets] [Skatīts 02.01.2023.] Pieejams: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf
16. Obermair A. Stages of Cervical Cancer. [Internets] [Skatīts 02.01.2023.] Pieejams: <https://www.obermair.info/latest-news/blog/stages-of-cervical-cancer/>
17. Salib M, Russell J, Stewart V, Sudderuddin S, Barwick T, Rockall A, Bharwani N. FIGO Staging Classification for Cervical Cancer: Added Benefits of Imaging. *RadioGraphics* 2020 40:6, 1807-1822.
18. Cervical Cancer: Symptoms and Signs. [Internets] [Skatīts 20.01.2023.] Pieejams: <https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/symptoms-and-signs>
19. Singh S, et al. Awareness about cervical cancer risk factors and symptoms. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2018 Dec;7(12):4987-4991.
20. Cervical Cancer. [Internets] [Skatīts 22.01.2023.] Pieejams: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12216-cervical-cancer>
21. Burd E. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical microbiology reviews*. 2003;16(1):1-17.
22. Domingo EJ, Noviani R, Noor MRM, Ngelangel CA, Limpaphayom KK, Van Thuan T, et al. Epidemiology and prevention of cervical cancer in Indonesia, Malaysia, the Philippines, Thailand and Vietnam. *Vaccine*. 2008;26:M71-M9
23. Sugawara Y, Tsuji I, Mizoue T, Inoue M, Sawada N, Matsuo K, et al. Cigarette smoking and cervical cancer risk: An evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Japanese journal of clinical oncology*. 2019;49(1):77-86.
24. Hillemanns P, Soergel P, Hertel H, Jentschke M. Epidemiology and early detection of cervical cancer. *Oncology research and treatment*. 2016;39(9):501-6
25. Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centrs Vadlīniju izstrādes darba grupa. Klīniskās vadlīnijas Dzemdes kakla vēža (C53) diagnostika, stadijas noteikšana, ārstēšana un novērošana. [Internets] [Skatīts 06.01.2023.] Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/1454/download?attachment>
26. Cohen P.A, Jhingran, A, Oaknin A., Denny L. Cervical cancer. *Lancet* 2019, 393, 169–182.
27. Stapley S, Hamilton W. Gynaecological symptoms reported by young women: Examining the potential for earlier diagnosis of cervical cancer. *Fam. Pract.* 2011, 28, 592–598.

28. Suzuki Y, Cho T, Mogami T, Yokota N.R, Matsunaga T, Asai-Sato M. et al. Evaluation of endocervical curettage with conization in diagnosis of endocervical lesions. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017, 43, 723–728.
29. Guimarães Y.M., Godoy L.R., Longatto-Filho A, Reis R. Management of Early-Stage Cervical Cancer: A Literature Review. *Cancers* 2022, 14, 575. <https://doi.org/10.3390/cancers14030575>
30. Boon S.S, Luk H.Y, Xiao C, Chen Z. Chan, P.K.S. Review of the Standard and Advanced Screening, Staging Systems and Treatment Modalities for Cervical Cancer. *Cancers* 2022, 14, 2913.
31. Informatīvais portāls par onkoloģiju. Dzemdē kakla vēža ārstēšana. [Internets] [Skatīts 06.01.2023.] Pieejams: <https://onko.lv/lv/dzemes-kakla-vezis/arstesana-un-profilake/dzemes-kakla-veza-arstesana/>
32. Franco E.L., Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ* 2001;164(7):1017-25.
33. Henke A, Kluge U, Borde T, Mchome B, Serventi F, Henke O. Tanzanian women s knowledge about Cervical Cancer and HPV and their prevalence of positive VIA cervical screening results. Data from a Prevention and Awareness Campaign in Northern Tanzania. 2021. *Global health action*, 14(1), 1852780.
34. World health organization. Comprehensive cervical cancer prevention and control: A healthier future for girls and women, WHO, Geneva, 2013. 14 p.
35. Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras ieteikumi Nr.1. Ieteikumi valsts organizētajā vēža skrīningā iekļaujamo personu noteikšanai. [Internets]. [Skatīts 06.01.2023.] Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/186986-ieteikumi-valsts-organizetaja-veza-skrininga-iekļaujamo-personu-noteiksanai>
36. Slimību profilakses un kontroles centrs. Vēža skrīnings. [Internets]. [Skatīts 07.01.2023.] Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/lv/veza-skrinings?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
37. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. Klīniskās vadlīnijas “Dzemdē kakla priekšvēža slimību profilakse, diagnostika, ārstēšana un novērošana”. [Internets]. [Skatīts 30.04.2023.] Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/15135/download>
38. Kitchen FL, Cox CM. Papanicolaou Smear. [Internets]. [Skatīts 02.05.2023.] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470165/>
39. Maram M.A, Hoda A.E, Abdelbaset F. M, Mona A.A. Premenopausal Women’s Awareness and Barriers Regarding Cervical Cancer and its Screening. *Minia Scientific Nursing Journal*. Vol. (12) No. (1) December 2022.

40. Nene B., et al. Determinants of women's participation in cervical cancer screening trial, Maharashtra, India. *Bull World Health Organ.* 2007 Apr; 85(4): 264–272.
41. Shin HY, Song SY, Jun JK, Kim KY, Kang P. Barriers and strategies for cervical cancer screening: What do female university students know and want? *PLoS ONE* 16(10), 2021.
42. Assefa T, Arefaynie M, Mebratu W. et al. Determinants of cervical cancer screening utilization among women attending health facilities of Dessie town, Northeast Ethiopia. *BMC Cancer* 22, 1330 (2022).
43. Stankūnas M, Pärna K, Tisler A, Kivite-Urtāne A, Kojalo U, Zodzika J, Baltzer N, Nygard J, Nygard M, Uuskula A. Cervical Cancer in the Baltic States: Can Intelligent and Personalized Cancer Screening Change the Situation? *Acta Med Litu.* 2022;29(1).

PIELIKUMI

Anketa

Aicinām Jūs piedalīties Evitas Upenieces veiktā pētījumā par Sieviešu iesaistīšanās dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros, aizpildot anonīmu pētījuma anketu. Anketas aizpildīšana Jums aizņems aptuveni 5-10 minūtes.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot sieviešu atsaucību iesaistīšanās iemeslus dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros un izteikt priekšlikumus sieviešu iesaistīšanās veicināšanai.

Palielināsies sieviešu zināšanu līmenis par dzemdes kakla vēža izmeklēšanu Latvijas valsts skrīninga ietvaros, kā arī palielināsies sieviešu iesaistīšanās veikt izmeklējumus. Paaugstināsies zināšanu līmenis par dzemdes kakla vēža izmeklēšanu medicīnas teorijā, kā arī Latvijas valsts skrīninga ietvaros.

Piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties aizpildīt anketu, un Jūsu atteikšanās neradīs nekādas nevēlamas sekas.

Anketa ir anonīma, Jūs nebūs iespējams identificēt pēc anketā sniegtās informācijas, un dati tiks izmantoti tikai apkopotā veidā pētījuma mērķa sasniegšanai.

Pētījums ir apstiprināts LU Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komitejā. Ja Jums rodas jautājumi par šo pētījumu, varat vērsties pie upeniecee@inbox.lv.

Paldies par Jūsu līdzdalību aptaujā!

1.Jūsu vecums?

- a) no 25-35
- b) 36-46
- c) 47-57
- d) 58-70

2.Jūsu izglītība?

- a) pamata izglītība
- b) vidējā izglītība
- c) augstākā izglītība

3.Jūsu dzīvesvieta?

- a) lauku reģions (pagasts, ciems)
- b) pilsēta

4. Vai Jūs dzīvojat savā deklarētā dzīves vietā?

- a) jā
- b) nē

5. Vai Jūsu dzīvesvietā ir pieejams ginekologs?

- a) jā
- b) nē
- c) nezinu

6. Cik regulāri apmeklējat ginekologu?

- a) tikai tad, kas saņem Nacionālā Veselības Dienesta dzemdes kakla skrīnīga vēstuli
- b) vienu reizi gadā
- c) reizi divos gados
- d) ginekologu neesmu apmeklējusi vismaz 3 gadus
- e) nekad neesmu apmeklējusi ginekologu

7. Vai Jūs esat saņēmusi uzaicinājuma vēstuli no Nacionālā Veselības Dienesta, lai veiktu dzemdes kakla vēža skrīningu?

- a) jā
- b) nē
- c) man uzaicinājuma vēstule uz dzemdes kakla vēža skrīningu netiek sūtīta, jo ir veikta ginekoloģiska operācija.

8. Vai Jūs esat veikusi dzemdes kakla vēža izmeklējumu Latvijas valsts skrīninga ietvaros?

- a) jā
- b) nē

9. Ja atbilde uz 8.jautājumu ir jā, lūdzu norādīt faktorus, kas rosināja Jūs veikt izmeklējumu? (var atzīmēt vairākus variantus)

- a) izmeklējums ir valsts apmaksāts
- b) atbildība par savu veselību
- c) uzaicinājuma vēstule ir kā atgādinājums par apmeklējumu pie ginekologa
- d) ieteikumi no draudzenes, mammas vai māšas utt.
- e) iespēja noteikt dzemdes kakla vēzi agrīnā stadijā

f) aizdomas par dzemdes kakla vēzi

10. Ja atbilde uz 8.jautājumu ir nē, lūdzu norādīt iemeslus, kas kavēja Jūs veikt izmeklējumu? (var atzīmēt vairākus variantus)

- a) bailes no sāpēm veicot analīzi
- b) nevēlos veltīt laiku
- c) man nav aizdomu par saslimšanu ar dzemdes kakla vēzi
- d) neizprotu, kādēļ būtu jāveic izmeklējums
- e) izmeklējums ir dārgs
- f) izmeklējums nav pieejams tuvu dzīvesvietai
- g) neesmu saņēmusi uzaicinājuma vēstuli uz dzemdes kakla vēža skrīningu
- h) esmu pazaudēju uzaicinājuma vēstuli uz dzemdes kakla vēža skrīningu
- i) neticība Latvijas veselības aprūpes sistēmai

11. Jūsaprāt, kādos gadījumos dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanai ir nozīme? (var atzīmēt vairākus variantus)

- a) tad, kad tiek saņemts dzemdes kakla vēža skrīninga uzaicinājums
- b) tad, kad dzīvo dzimumdzīvi
- c) tad, kad ir ginekoloģiskas sūdzības
- d) tad, kad rekomendē ginekologs
- e) visos augstākminētos gadījumos
- f) tad, kad pati izlemšu

12. Kas Jūs rosinātu iesaistīties dzemdes kakla vēža skrīningā? (var atzīmēt vairākus variantus)

- a) ginekologa pieejamība
- b) ja uz dzīves vietu brauktu Izmeklējuma “autobuss”
- c) draudzeņu, mātes vai māsas padomi
- d) plašāka informācija publiskajos medijos par izmeklējuma nozīmi
- e) ģimenes ārsta skaidrojumi
- f) ginekologa rekomendācijas
- g) ja būtu iespējams veikt rindās kārtībā, bez iepriekšējā pieraksta

13. Jūsaprāt, kurš no uzaicinājumiem uz valsts apmakstātu dzemdes kakla skrīninga izmeklējumu būtu visefektīvākais?

- a) ģimenes ārsta māsiņa pati zvanītu un norādītu laiku un datumu, kad un kur ir jāierodas veikt skrīningu,
- b) tuvākās ginekologa prakses darbinieks zvanītu un norādītu laiku un datumu, kad ir jāierodas veikt skrīningu,
- c) uzaicinājuma vēstule ir tāpat efektīvs veids
- d) ja uzreiz uzaicinājuma vēstulē būtu norādīta iestāde, datums un laiks analīzes veikšanai
- e) ja sieviete nevēlēsies veikt skrīningu, neviens uzaicinājuma veids nebūs efektīvs

14. Jūsaprāt, kur var gūt informāciju par nosūtītajām uzaicinājuma vēstulēm ? (var atzīmēt vairākus variantus)

- a) ģimenes ārstu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu.
- b) ginekologu praksēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu.
- c) var interesēties zvanot uz Nacionālā veselības dienesta norādīto tālruni
- d) nezinu

15. Jūsaprāt, kāpēc ne visas sievietes izmanto šo valsts apmaksāto profilaktisko veselības pārbaudi?

- a) Informācijas trūkums
- b) Laika trūkums
- c) Bail uzzināt pozitīvu rezultātu
- d) Vienaldzība pret savu veselību
- e) Cits variants _____

16. Jūsaprāt, kuri riska faktori izraisa dzemdes kakla vēzi (var atzīmēt vairākus variantus).

- a) cilvēka papilomas vīrusa (HPV) infekcija
- b) hlamīdiju infekcija
- c) cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV)
- d) smēķēšana
- e) depresija
- f) uzturs
- g) aptaukošanās
- h) samazināts svars
- k) ilgstošā orālā hormonālā kontracepcija

- i) intrauterīnā kontracepcija (IUS)
- j) vairākas grūtniecības
- l) ekonomiskais statuss
- m) dzemdes kakla vēzis ģimenes anamnēzē

Paldies!

Bakalaura darbs „Sieviešu iesaistīšanās dzemdes kakla vēža izmeklēšanā Latvijas valsts skrīninga ietvaros” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Evita Upeniece, 2023.gada __.maijā

(paraksts)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: Dr. paed. Margarita Puķīte, 2023.gada __.maijā

(paraksts)

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultāte profesionālā bakalaura studiju programma „Māszinības” ,
2023.gada __.maijā

Sekretāre: Līga Svārups, 2023.gada __.maijā

(paraksts)

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

__._.2023. prot. Nr. _____

Komisijas sekretāre: _____