

Mogućnosti intervencije medicinske sestre za povećanje odziva žena na Nacionalni program prevencije raka dojke

Adžić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:072196>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ana Adžić

MOGUĆNOSTI INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE ZA
POVEĆANJE ODZIVA ŽENA NA NACIONALNI PROGRAM
PREVENCIJE RAKA DOJKE

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ana Adžić

MOGUĆNOSTI INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE ZA
POVEĆANJE ODZIVA ŽENA NA NACIONALNI PROGRAM
PREVENCIJE RAKA DOJKE

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Katedri za obiteljsku medicinu, u ordinacijama obiteljske medicine Doma zdravlja Osijek.

Mentor rada: Prof. dr. sc. Rudika Gmajnić, prim. Dr. med. Spec. obiteljske medicine

Rad ima 32 lista i 13 slika.

Zahvale

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Rudika Gmajnić na pomoći prilikom izrade ovog završnog rada. Zahvaljujem se svim medicinskim sestrama i liječnicima Doma zdravlja Osijek na pokazanom razumijevanju prilikom provođenja istraživanja.

Ovim putem se želim zahvaliti svim djelatnicima Medicinskog fakulteta u Osijeku koji su mi omogućili stjecanje znanja u struci.

Najviše se zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima koji su mi bili podrška i poticaj tijekom svih ovih godina.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. ANATOMIJA DOJKE	1
1.2. EPIDEMIOLOGIJA KARCINOMA DOJKE	1
1.3. ETIOLOGIJA KARCINOMA DOJKE	2
1.4. PATOLOGIJA KARCINOMA DOJKE	3
1.5. KLINIČKA SLIKA KARCINOMA DOJKE	4
1.6. DIJAGNOSTIKA KARCINOMA DOJKE	4
1.6.1. <i>Mamografija</i>	5
1.7. LIJEČENJE KARCINOMA DOJKE	5
1.8. NACIONALNI PROGRAM RANOG OTKRIVANJA RAKA DOJKE.....	6
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. USTROJ STUDIJE.....	9
3.2. ISPITANICI.....	9
3.3. METODE ISTRAŽIVANJA	9
3.4. STATISTIČKE METODE ISTRAŽIVANJA	10
4. REZULTATI	11
5. RASPRAVA	23
6. ZAKLJUČAK	26
7. SAŽETAK	27
8. SUMMARY	28
9. LITERATURA	29
10. ŽIVOTOPIS	31
11. PRILOZI	32

1. UVOD

1.1. Anatomija dojke

Dojka (*mamma*) je parni žljezdani organ smješten na prsnom košu između drugog i sedmog rebra, te između prsne kosti i srednje pazušne linije. Oblik i veličina genetski su uvjetovani i ovise o konstituciji. Na vrhu je dojke bradavičasta tvorba oko koje je koža tamnije pigmentirana, *areola mammae*. Dojke su, kao sekularni spolni organ u žene, izložene velikim fiziološkim promjenama u tijeku života, osobito za vrijeme mjesečnice, trudnoće i dojenja (1).

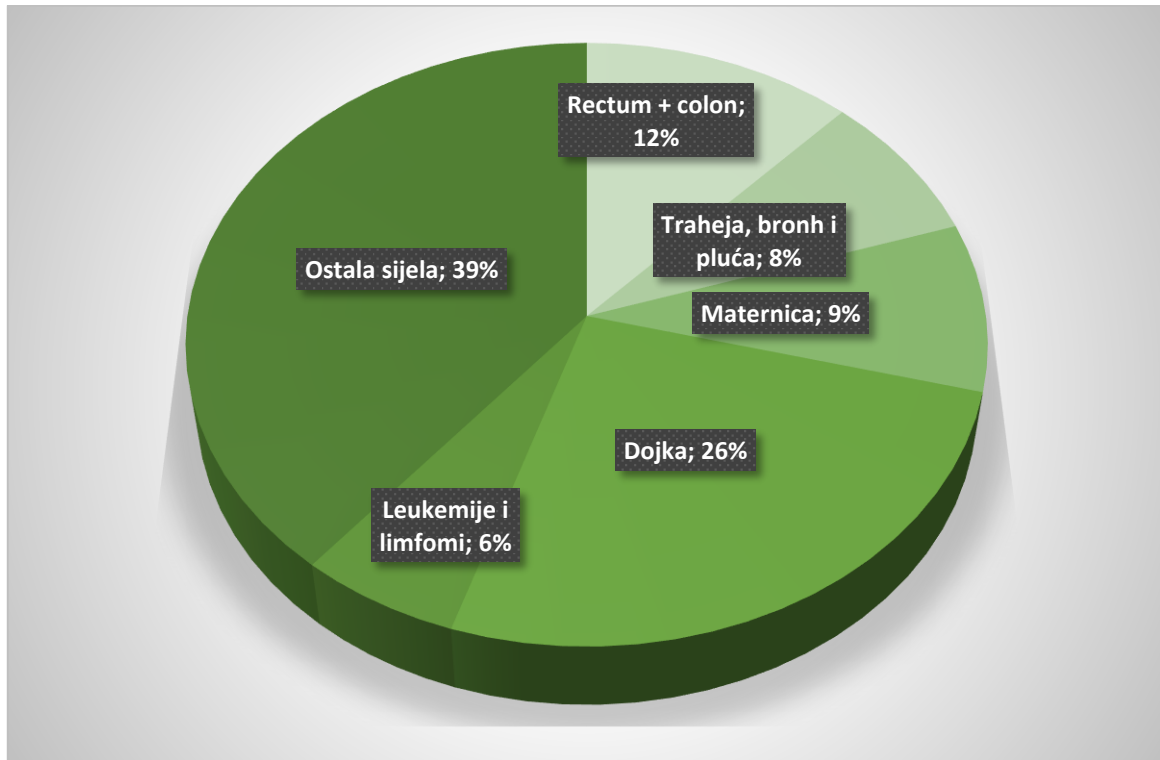
Ženska dojka je mliječna žlijezda (*glandula mammaria*) i sastoji se od 12 do 20 režnjeva (*lobi glandulae mammatiae*). Svaki režanj ima pripadajući mliječni kanal (*ductus lactiferi*) koji se otvara na bradavici. Režnjevi su pak sastavljeni od režnjića (*lobuli glandule mammariae*). Režnjići se sastoje od žljezdanih formacija obloženih epitelnim i mioepitelnim slojem stanica. Režnjići se nalaze u kolagenskom vezivu, a između njih se nalazi masno tkivo (2).

1.2. Epidemiologija karcinoma dojke

Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom u Hrvatskoj 2014. godine bio je 21 434, od toga 11 389 muškaraca i 10 045 žena. U Hrvatskoj je 2014. godine od raka umrlo 13 939 osoba, 7 911 muškaraca i 6 028 žena. Pet najčešćih sijela raka u žena su dojka (26%), traheja, bronh i pluća (8%), kolon (8%), tijelo maternice (6%) i štitnjača (5%). Oni čine 53% novih slučajeva raka u žena (3).

Karcinom dojke je najčešći zloćudni tumor dijagnosticiran u žena. Novootkriveni slučajevi raka dojke 2014. godine su u najvećem broju bili lokalizirani (45,1%). Proširenost u regionalne limfne čvorove je utvrđena u 25,9% slučajeva, a udaljene metastaze u 4,1% slučajeva, dok za 29,3% slučajeva nije poznat stadij bolesti. Ako obratimo pozornost na prethodne studije možemo uočiti porast novootkrivenih karcinoma dojke s 2303 u 2005. godini na 2644 u 2014. godini i porast mortaliteta s 830 u 2006. godini na 1086 u 2014. godini (4).

Broj novootkrivenih karcinoma dojke 2014. godine u Osječko-baranjskoj županiji je bio 167, od ukupno 597 novih slučajeva raka (3).



Slika 1. Najčešća sijela raka kod žena u Hrvatskoj prema podacima iz Registra za rak 2014. godine.

1.3. Etiologija karcinoma dojke

Epidemiološka su istraživanja utvrdila niz rizičnih čimbenika za nastanak raka dojke kao što su dob, način života, naslijeđe, prehrana, reproduktivna aktivnost, socioekonomski status i rasna pripadnost.

Starija životna dob je najveći čimbenik rizika za nastanak karcinoma dojke dok je pojava karcinoma u periodu prije dvadesete godine iznimno rijetka. 10% tumora dojke pripada hereditarnim karcinomima dojke, a većinom se dijagnosticira u mlađih pacijentica i često zahvaća obje dojke (5). Učestalost raka dojke počinje znatnije rasti s dobi od 34 do 40 godina (6). Isto tako, žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu, imaju veći rizik za nastanak karcinoma dojke. Zbog djelovanja estrogena, snažan utjecaj na nastanak ove vrste karcinoma

primijećen je u dobi u kojoj nastupa menarha i menopauze te prilikom prvog porođaja. Žene s ranom menarhom i kasnom menopauzom imaju dva do tri puta veći rizik za nastanak karcinoma dojke, dok ranija trudnoća i porod imaju zaštitnu ulogu u nastanku ovog karcinoma. Nerotkinje imaju četiri puta veću učestalost raka dojke od žena koje su rađale djecu (6).

Još jedan od rizičnih čimbenika je i oralna kontracepcija ako se koristi prije 25. godine života u periodu duljem od četiri godine (6).

Nadalje, postoji povezanost između pretilosti i nastanka raka dojke kod postmenopauzalnih žena jer su više izložene estrogenu (6).

Povećan rizik imaju i žene s dijagnozom dobroćudnih parenhimatoznih bolesti dojke, karcinoma endometrija i karcinoma jajnika koji stvaraju estrogen. (6)

1.4. Patologija karcinoma dojke

Rak dojke nastaje iz žljezdanog parenhima dojke, izvodnih kanalića (duktalni rak) ili žljezdanih lobula (lobularni rak). U odnosu na bazalnu membranu dijeli se na in situ karcinom (ne probija bazalnu membranu) i invazivni rak (tumor probio bazalnu membranu). Invazivni duktalni (70 – 80%) i invazivni lobularni (10 – 15%) karcinom su najčešći oblici raka dojke. Rjeđe se dijagnosticiraju specifični histološki podtipovi: tubularni, mucinozni, papilarni i medularni (6).

Prognostički čimbenici određuju prognozu bolesti i vjerojatnost izlječenja, odnosno duljinu preživljavanja. Važni prognostički čimbenici raka dojke su veličina tumora, stupanj zloćudnosti tumora, Ki-67 miotički indeks, zahvaćenost aksilarnih limfnih čvorova, status hormonskih receptora, dob bolesnice, HER-2 status (6).

1.5. Klinička slika karcinoma dojke

U ranom stadiju karcinoma klinički znakovi često izostaju, dok u kasnijim stadijima klinička slika postaje sve jasnija.

Rak dojke se najčešće očituje kao bezbolan čvor u dojci. Osim navedenoga, zna se pojaviti smečkasto krvavi iscjedak iz dojke, povlačenje bradavice te otekline, navlačenje kože i upala u području tumora. U slučaju zahvaćenosti limfnih čvorova oni se mogu vidjeti ili palpirati u aksili i supraklavikularnoj regiji (6).

Kod uznapredovalih stadija bolesti se javlja ulcerirani tumor koji zahvaća cijelu dojku sa širenjem na regionalne limfne čvorove, a kao simptom zahvaćenosti regionalnih limfnih čvorova može se pojaviti edem ruke (6).

Kod metastaza se javljaju simptomi i promjene vezane za pojedine organe i sustave, najčešće bol u kostima, znakovi oštećenja jetre i slično (6).

1.6. Dijagnostika karcinoma dojke

Dijagnoza karcinoma dojke započinje anamnezom i kliničkim pregledom. Anamnezom se pokušava definirati pojava simptoma i znakova te duljina njihova trajanja. Osim toga, potrebno je definirati postojanje izloženosti pojedinim čimbenicima rizika (6).

Klinički pregled dojki počinje vizualnom inspekcijom. Inspekcijom se istražuje simetrija dojki te vizualne nepravilnosti na koži, navlačenje kože ili povećanje regionalnih limfnih čvorova. Nakon inspekcije slijedi palpiranje dojki koje se radi simetrično. Potom se palpiraju regionalni limfni čvorovi (6).

Nakon toga je potrebno učiniti mamografiju kod žena starijih od 40 godina ili ultrazvuk kod mlađih žena. Ako postoji sumnja na multicentrični tumor u predmenopausalnih žena se može učiniti magnetska rezonancija. Ako je mamografski ili ultrazvučni nalaz pozitivan potrebno ga je dokazati patohistološki ili citološki. Potom se rade dijagnostičke pretrage za isključivanje mogućih metastaza (6).

1.6.1. Mamografija

Mamografija je radiološka metoda oslikavanja kojoj je svrha prikazati dojku s visokim kontrastom i visokom rezolucijom uz što manju primjenu zračenja (7). Koristi se za karakterizaciju lezija kod simptomatskih bolesnica i za probir asimptomatskih žena. Ponekad se uz pomoć mamografije karcinom može otkriti i do dvije godine prije pojave prvih simptoma (7). Suvremena mamografija ima mogućnost prikaza mikrokalcifikacija promjera 200 – 300 mikrometara, što ujedno predstavlja najraniji mogući znak detekcije (8).

Mamografsko snimanje izvodi se u dvije međunarodno priznate standardne projekcije: kraniokaudalna i mediolateralna kosa projekcija. Mamografija nije pogodna za sve žene zbog radiografske gustoće dojki. Dojke mlađih žena su ispunjene žljezdanom parenhimom i samim time radiološki guste. U takvom okruženju se tumori ne mogu uvijek uočiti uz pomoć mamografije, stoga je potrebno napraviti komplementarni ultrazvučni pregled dojke. Zbog fizioloških promjena na dojkama starijih žena, tumori su gušći od samog tkiva dojki pa ih se mamografski može otkriti u ranijoj razvojnoj fazi (7).

Oko 15 % tumora dojke se mamografijom ne može detektirati, pa mamografija nikako ne može koristiti kao metoda isključivanja karcinoma, već je promjene potrebno dodatno obraditi ultrazvukom i punkcijom (8).

Rano otkrivanje raka dojke pruža mogućnost liječenja karcinoma u stadiju koji nije uznapredovao, pri čemu važnu ulogu ima tim obiteljske medicine, uključujući liječnika obiteljske medicine, medicinsku i patronažnu sestru. Uloga medicinske i patronažne sestre je u tome što podučava žene o važnosti mamografskog screening tretmana, o prednostima i nedostacima istog te pomaže ženama da premoste razloge neodaziva na screening (9).

1.7. Liječenje karcinoma dojke

Liječenje karcinoma dojke je vrlo kompleksno i zahtjeva kirurško odstranjivanje tumora s dopunskom radiologijom, hormonskom ili citostatskom terapijom. Kirurško liječenje može biti ekscizija tumora i suspektnog područja do makroskopski zdravog tkiva. Isto tako može biti pošteđni kirurški zahvat (kvadrantektomija, segmentektomija, parcijalna resekcija dojke) koji uključuje eksciziju tumora s kožom iznad samog tumora, sigurnosnu zonu oko tumorskog

sijela na dva centimetra i eksciziju površinske pektoralne fascije uz evakuaciju aksilarnih čvorova. Radikalna mastektomija uključuje odstranjenje cijele dojke, eksciziju površne pektoralne fascije i odstranjenje limfnih čvorova iz pazuha (1).

Radioterapija se primjenjuje nakon svih poštednih zahvata kod pacijentica s pozitivnim aksilarnim limfnim čvorovima ili nakon mastektomije kod većih tumora (6).

Kemoterapija se primjenjuje kod bolesnica sa srednjim rizikom za remisiju bolesti prema CEF-protokolu, kod starijih kardiomiopata ordinira se terapija prema CMF-protokolu dok se u slučaju većeg rizika za remisiju primjenjuje kemoterapija prema TAC-protokolu (6).

Hormonska se terapija primjenjuje kod svake pacijentice koja ima pozitivan nalaz hormonskih progesteronskih ili estrogenskih receptora, a provodi se nakon kemoterapije i zračenja (6).

Imunoterapija trastuzumabom primjenjuje se u trajanju od jedne godine kod bolesnica koje su HER-2 pozitivne i s tumorom većim od jednog centimetra (6).

1.8. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke

Rano otkrivanje bolesti u zdravoj populaciji (probir, screening) jedan je od načina unaprjeđenja zdravlja. Primarne preventivne mjere su usmjerene na uklanjanje poznatih rizičnih čimbenika, sekundarne na ranu i pravovremenu dijagnostiku i liječenje, a tercijarne na ublažavanje ili uklanjanje komplikacija i posljedica.

Program probira može biti organizirani (nacionalni ili regionalni) i oportunistički. Oportunistički probir se obavlja na zahtjev pojedinca po preporuci liječnika obiteljske medicine. Organizirani probir sadrži jasno definirane procedure postupaka, obavezno je informatičko praćenje i nadzor, a ciljana populacija se aktivno poziva na pregled (10).

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke u Hrvatskoj u skladu je s odrednicama Nacionalne strategije prevencije i ranog otkrivanja raka, koje su sastavni dio cjelokupne strategije razvoja zdravstva 2006-2011 godine. Program je sukladan Rezoluciji o prevenciji i kontroli karcinoma (WHA 58.22 «Cancer prevention and control») koju je usvojila Svjetska zdravstvena skupština na svom 58. zasjedanju u Ženevi 2005. godine kako bi ukazala na rastući problem karcinoma u svijetu (11)

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke mora pružiti svim ženama jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira. Program probira treba biti prilagođen ženama koje imaju povećan rizik za oboljenje od karcinoma dojke iz bioloških, okolišnih ili genetskih razloga (12).

U Hrvatskoj je Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke usvojen 2006. godine s ciljem smanjenja mortaliteta za 25% u pet godina nakon početka programa. Isto tako, ovim programom se karcinom dojke otkriva u ranijoj fazi bolesti, prije pojave prvih kliničkih simptoma, što utječe na kvalitetu života oboljelih žena i smanjuje troškove liječenja u odnosu na napredovali stadij bolesti (13, 14).

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke poziva sve žene u dobi od 50 do 69 godina na besplatnu mamografiju svake druge godine. Pozvane su sve žene bez obzira na socijalni status i zdravstveno osiguranje (15)

Međutim, idealno bi bilo započeti s mamografijom već u 40. godini života, posebno kod žena koje imaju povećan rizik od oboljenja, iako se prema podacima u Registru za rak iz 2014. godine može vidjeti da je karcinom dojke kod žena iznad 30. godine života vodeći uzrok kancerogenih oboljenja.

Prethodna istraživanja (16, 17) pokazala su kako se odaziv na screening mamografiju može povećati uključivanjem timova obiteljske medicine te intenzivnim obrazovnim i motivacijskim aktivnostima.

Nadalje, timovi obiteljske medicine moraju surađivati s populacijom i provoditi preventivne mjere na planiran i sustavan način. U preventivne mjere se ubrajaju aktivnosti zdravstvenog odgoja, savjetovanje, utvrđivanje ranih simptoma i znakova bolesti te obavljanje screening tretmana u visokorizičnim skupinama (18)

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi ove retrospektivne studije su:

- 1) Evidentirati medicinske, socijalne, tradicijske i ostale razloge neodaziva na Nacionalni program prevencije raka dojke.
- 2) Ispitati razloge neodaziva žena na Nacionalni program prevencije raka dojke.
- 3) Predložiti mjere kojima se može povećati odaziv, a na koje svojim aktivnostima može utjecati medicinska sestra kao dio tima obiteljske medicine.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Studija je retrospektivna.

3.2. Ispitanici

U ovom istraživanju sudjelovalo je 200 žena u s područja Osječko-baranjske županije koje se nisu odazvale na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke temeljem poziva Županijskog zavoda za javno zdravstvo, niti su mamografiji pristupile na poziv liječnika obiteljske medicine, medicinske, odnosno patronažne sestre, unutar 6 mjeseci od službenog poziva na screening mamografiju. Starosna dob žena koje su sudjelovale u istraživanju je između 55 i 74 godine.

Istraživanje je provedeno u ordinacijama obiteljske medicine Doma zdravlja Osijek od lipnja do kolovoza 2017. godine.

3.3. Metode istraživanja

Za ovo istraživanje koristio se standardizirani upitnik odobren za potrebe projekta koji sadržava pitanja o dobi i mjestu stanovanja, o utjecaju aktivnosti medicinske sestre/liječnika na odaziv i o razlozima neodaziva na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke.

Svrha ovog upitnika je bila ispitati razloge neodaziva žena na prethodne pozive na mamografiju i detektirati mogućnosti intervencije medicinske sestre u motiviranju žena da pristupe mamografskim pregledima temeljem Nacionalnog programa.

Predviđene su aktivnosti medicinske sestre: pojedinačni motivacijski razgovor, skupni razgovor, podjela pisanih materijala i slične aktivnosti liječnika obiteljske medicine, kojima bi se žene motivirale na veći odaziv.

3.4. Statističke metode istraživanja

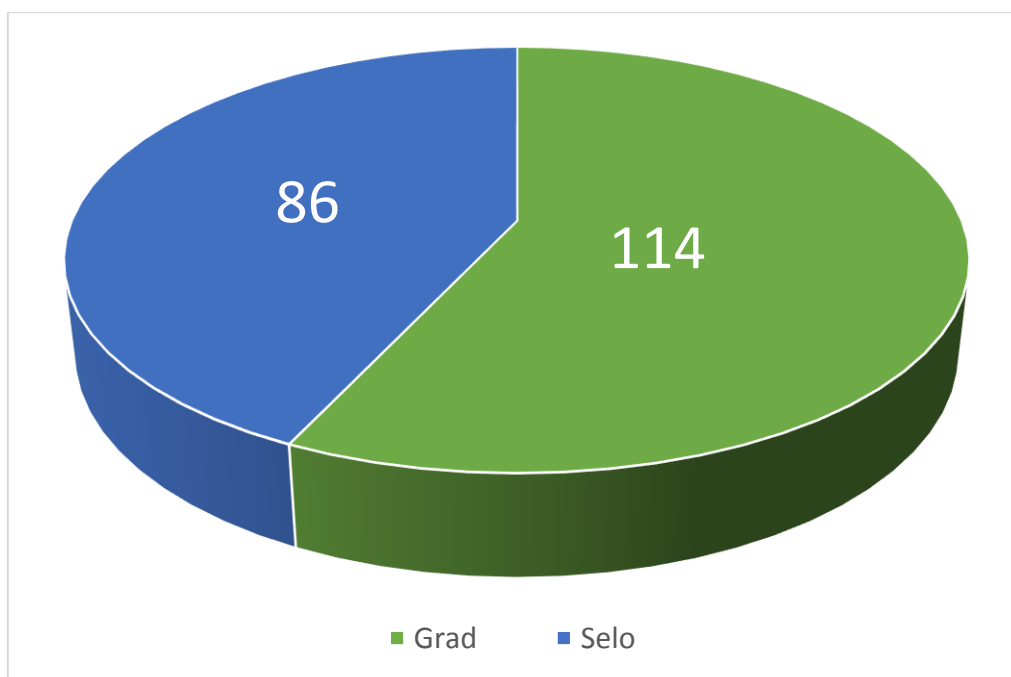
Statistička obrada podataka učinjena je u računalnom programu SPSS. Kategorijske su varijable deskriptivno prikazane pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, a numeričke pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije.

4. REZULTATI

Ispitivanje je uključilo 200 žena koje se nisu odazvale Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke temeljem poziva Županijskog zavoda za javno zdravstvo ili na poziv tima obiteljske medicine, te se anketnim upitnikom pokušalo saznati zašto se te iste žene nisu odazvale na prethodne pozive Nacionalnog programa.

Ispitanice su prema dobi podijeljene u četiri skupine kako bi se vidjelo postoji li povezanost između dobi i razloga neodaziva na preventivni pregled. Prva skupina obuhvaća žene u dobi od 55. do 59. godine, druga skupina obuhvaća žene od 60. do 64. godine, u trećoj skupini su žene u dobi o 65. do 69. godine, dok su u četvrtoj skupini žene između 70. i 74. godine života. Nadalje, ispitanice su podijeljene i prema mjestu stanovanja (grad/selo) kako bismo uočili sličnosti i razlike u razlozima neodaziva na Nacionalni program.

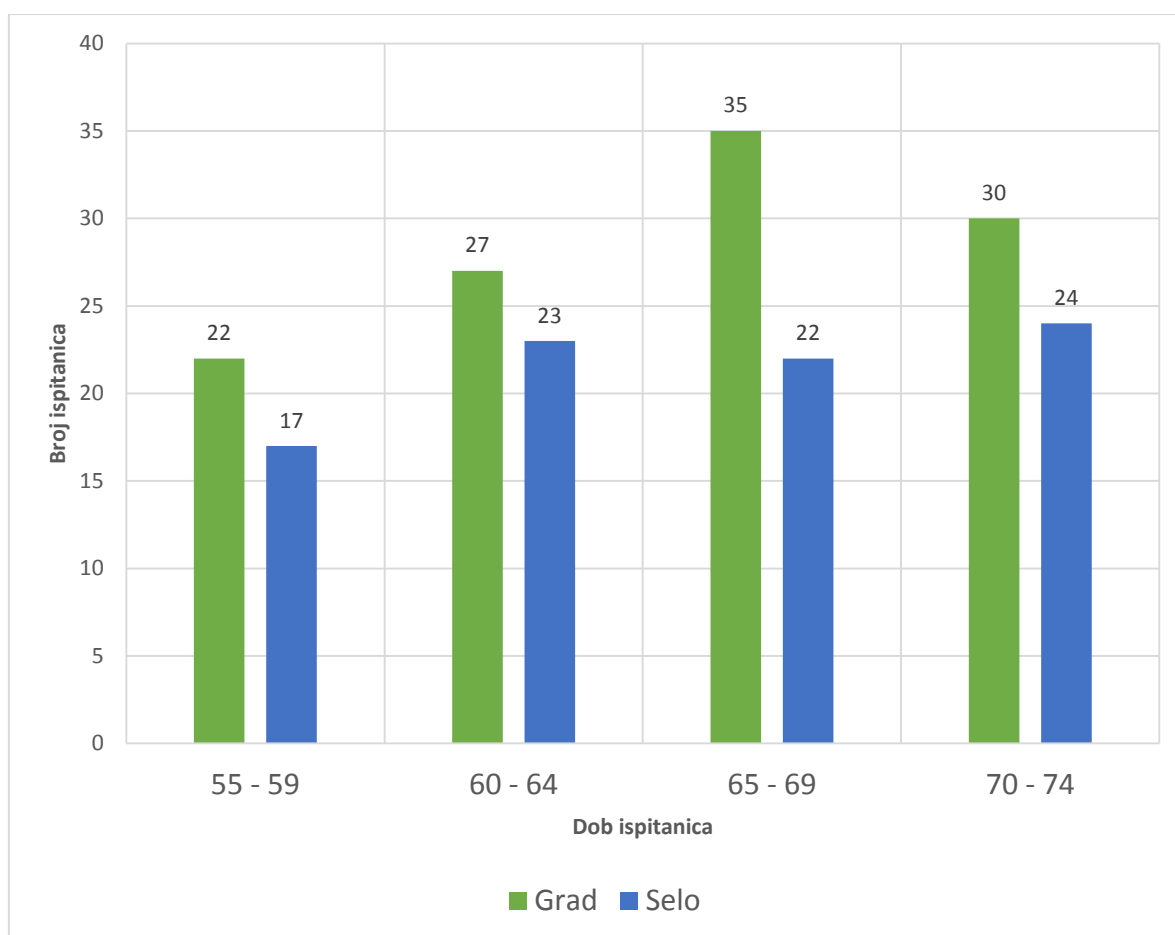
Na Slici 2. možemo vidjeti kako u ispitivanju prevladavaju žene s mjestom stanovanja u gradu, njih 114 (57%), dok je sa seoskog područja njih 86 (43%).



Slika 2. Zastupljenost gradskog i seoskog stanovništva u istraživanju.

Prema dobi ispitanica s gradskog područja su najzastupljenije žene u dobi od 65 – 69 godina (30,7%), slijede ih žene u dobi od 70 - 74 godine (26,3%), zatim od 60 - 64 godine (23,7%), a najmanje ispitanica je u bilo u dobi od 55 - 59 godina (19,3%) (Slika 2).

Među stanovnicama sela prevladavaju žene u dobi od 70 - 74 godine (27,9%), slijede ih žene od 60 - 64 godine (26,7%), potom od 65 - 69 godina (25,6%), a najmanje zastupljene su bile žene u dobi od 55 - 59 godina (19,8%) (Slika 3.).

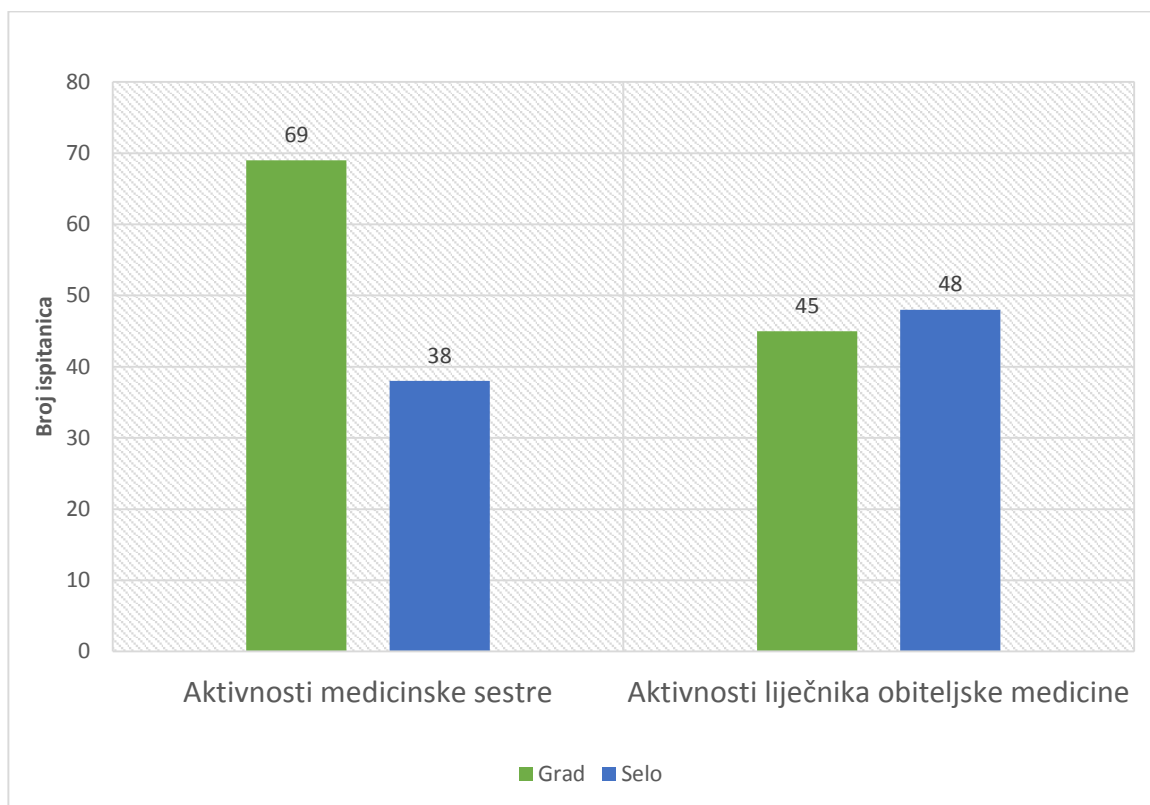


Slika 3. Prikaz strukture dobi u odnosu na mjesto stanovanja.

Najviše žena je pristupilo mamografskom screening tretmanu temeljem aktivnosti medicinske sestre, njih 107 (53,5%), dok se njih 93 (46,5%) odazvalo na poziv liječnika obiteljske medicine.

Ako se osvrnemo na mjesto stanovanja, možemo uočiti da se od ukupno 114 žena s područja grada 69 (60,5%) odazvalo na mamografski screening tretman temeljem aktivnosti medicinske sestre, dok je njih 45 (39,5%) pregledu pristupilo na poziv liječnika obiteljske medicine.

Među seoskom populacijom je situacije nešto drugačija. Od ukupno 86 ispitanica sa seoskog područja 48 (55,8%) žena se na preventivni pregled odlučilo nakon poziva liječnika obiteljske medicine, a 38 (44,2%) nakon aktivnosti medicinske sestre (Slika 4.).



Slika 4. Broj žena pozvanih na mamografski screening tretman temeljem aktivnosti medicinske sestre i liječnika opće prakse.

Kao mogući razlozi neodaziva na prvu mamografiju ponuđeni su: netočna adresa, ne živi u Hrvatskoj, obavila mamografiju u posljednjih godinu dana, postojeća bolest na dojci i ostalo (Slika 5.).

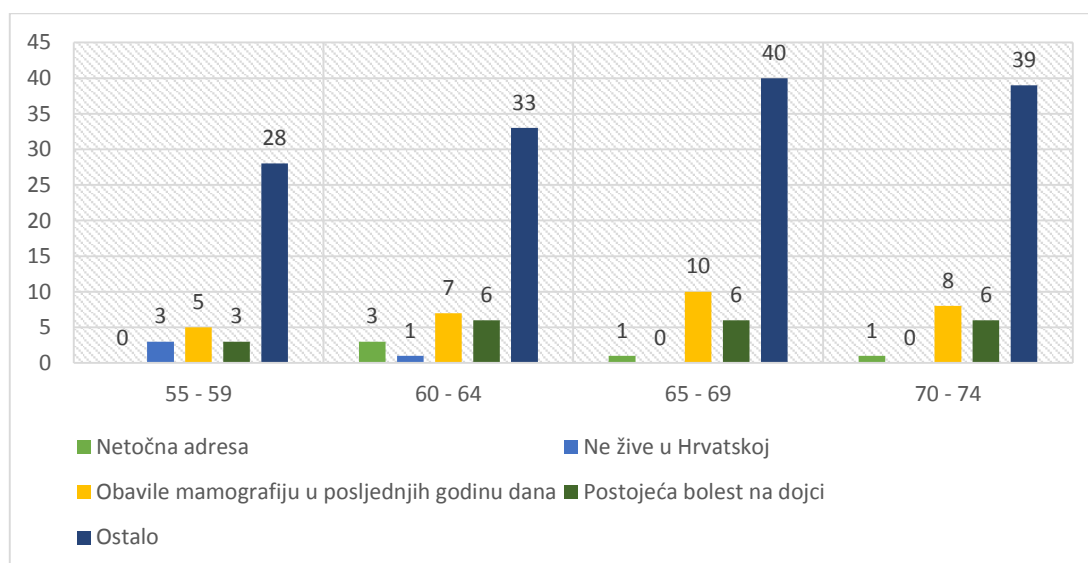
Zbog netočne adrese se na prvi poziv nije odazvalo njih 5 (2,5%), 3 (1,5%) u dobi od 60 - 64 godine, jedna (0,5%) u dobi od 65 - 69 godina i jedna (0,5%) u dobi od 70 - 74 godine. U kategoriji od 55 – 59 godina niti jedna ispitanica nije navela netočnu adresu kao razlog neodaziva na mamografiju.

Zbog boravka izvan države na prvi poziv se nisu odazvale 4 žene (2%), njih 3 (1,5%) u dobi od 55 – 59 godina i jedna (0,5%) u dobi od 60 - 64 godine. Među ženama u dobi od 65 do 74 godina niti jedna ispitanica nije navela boravak izvan države kao razlog neodaziva.

Zbog obavljene mamografije u posljednjih godinu dana na prvi poziv se nije odazvalo njih 20 (15%). Njih 10 (5%) u dobi od 65 – 69 godina, 8 (4%) u dobi od 70 – 74 godine, 7 (3,5%) u dobi od 60 - 64 godine i njih 5 (2,5%) u dobi od 55 – 59 godina.

Zbog postojeće bolesti na dojci na prvi poziv se nije odazvala 21 ispitanica (10,5%), 6 (3%) u skupini od 60 – 64 godine, 6 (3%) u skupini od 65 – 69 godina, 6 (3%) u skupini od 70 – 74 godine i njih 3 (1,5%) u skupini od 55 – 59 godina.

Ostale razloge neodaziva je navelo 140 ispitanica (70%). Od toga njih 40 (20%) u dobi od 65 – 69 godina, slijede njih 39 (19,5%) u dobi od 70 - 74 godine, zatim njih 33 (16,5%) u dobi od 60 – 64 godine i njih 28 (14%) u dobi od 55 – 59 godina.

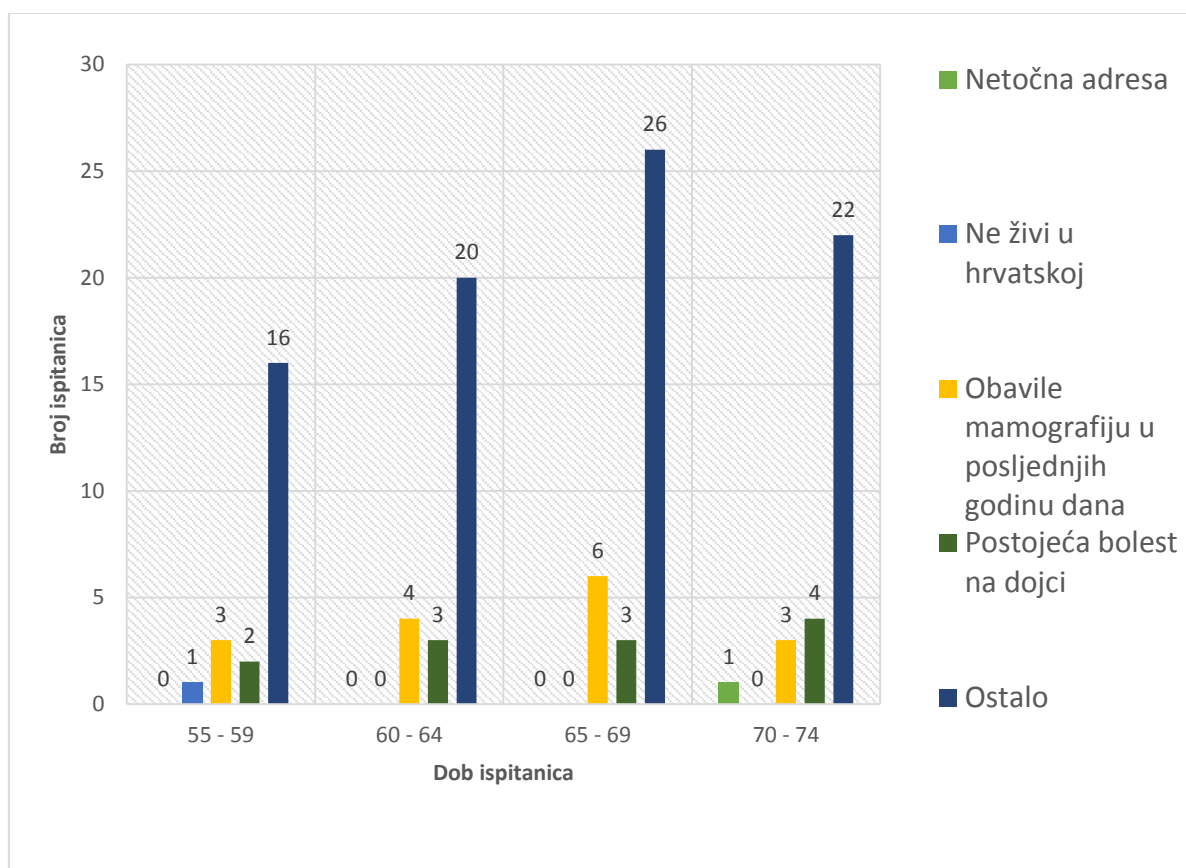


Slika 5. Razlozi neodaziva žena na mamografski screening tretman prema dobnim skupinama.

Na području grada (Slika 6.) netočnu adresu stanovanja kao razlog neodaziva navodi 1 (0,9%) žena u dobi od 70 – 74 godine. U Hrvatskoj ne živi 1 (0,9%) žena s područja grada u dobi od 55 – 59 godina.

Mamografiju je u posljednjih godinu dana obavilo 16 (14,4%) žena s gradskog područja i to u 3 (2,7%) u dobi od 55 – 59 godina, 4 (3,6%) u dobi od 60 – 64 godine, 6 (5,4%) u dobi od 65 – 69 godina i 3 (2,7%) u dobi od 70 – 74 godine. Postojeću bolest dojke ima 12 (10,8%) žena s mjestom stanovanja u gradu. Pri čemu 2 (1,8%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (2,7%) u dobi od 60 – 64 godine, 3 (2,7%) u dobi od 65 – 69 godina i 4 (3,6%) u dobi od 70 – 74 godine.

Ostale razloge neodaziva navodi 84 (73,7%) žene iz gradskog područja. 16 (14,4%) u dobi od 55 – 59 godina, 20 (18%) u dobi od 60 – 64 godine, 26 (23,4%) u dobi od 65 – 69 godina i 22 (19,8%) u dobi od 70 – 74 godine.

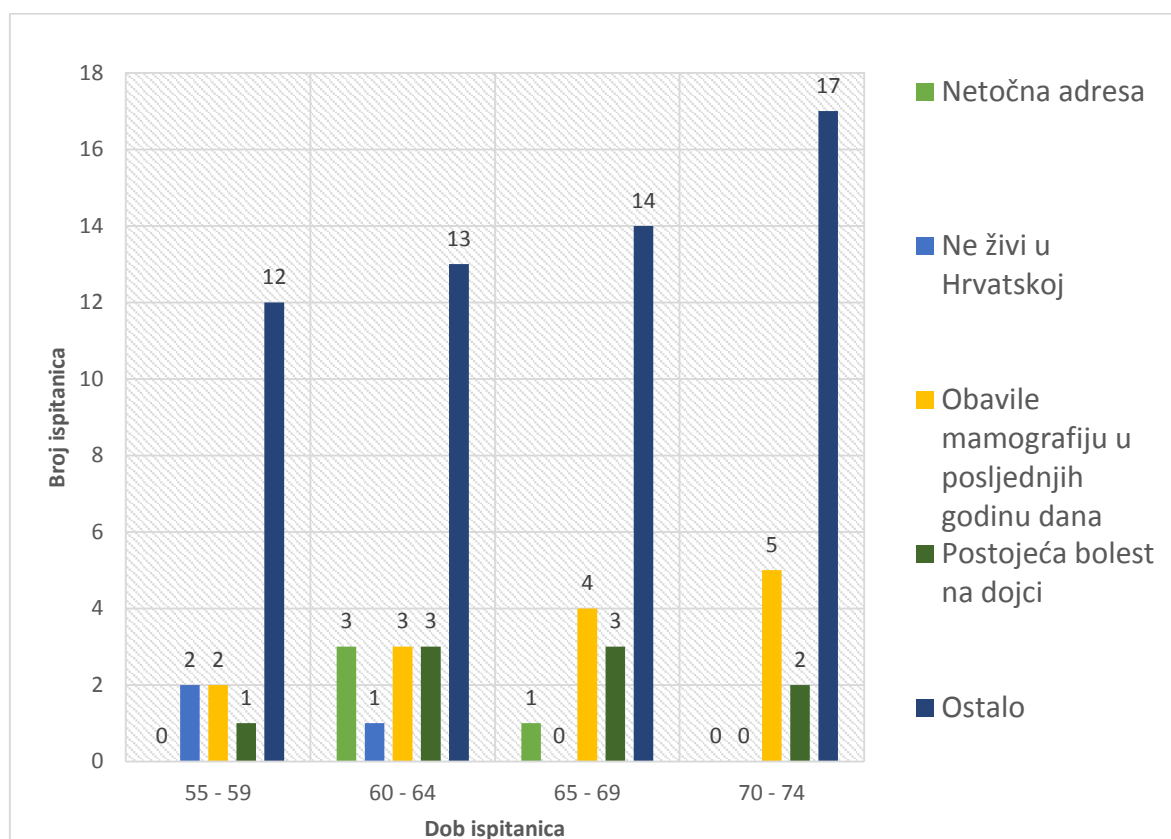


Slika 6. Razlozi neodaziva na mamografski screening tretman prema dobnim skupinama - gradsko stanovništvo.

Na području sela (Slika 7.) 4 (4,7%) žene navode netočnu adresu kao razlog neodaziva na prvu mamografiju, od toga 3 (3,5%) u dobi od 60 – 64 godine i 1 (1,2%) u dobi od 65 – 69 godina. U Hrvatskoj ne žive 3 (3,5%) žene, od toga 2 (2,3%) u dobi od 55 – 59 godina i 1 (1,2%) u dobi od 60 – 64 godine.

Mamografiju je u posljednjih godinu dana obavilo 14 (16,3%) žena sa sela. 2 (2,3%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (3,5%) u dobi od 60 – 64 godine, 4 (4,7%) u dobi od 65 – 69 godina i 5 (5,8%) u dobi od 70 – 74 godine. Postojeću bolest na dojci ima 9 (10,5%) žena s područja sela, od toga 1 (1,2%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (3,5%) u dobi od 60 – 64 godine, 3 (3,5%) u dobi od 65 – 69 godina i 2 (2,3%) u dobi od 70 – 74 godine.

Ostale razloge neodaziva navodi 56 (65%) žena, pri čemu 12 (14%) u dobi od 55 – 59 godina, 13 (15,1%) u dobi od 60 – 64 godine, 14 (16,3%) u dobi od 65 – 69 godina i 17 (19,6%) u dobi od 70 – 74 godine.



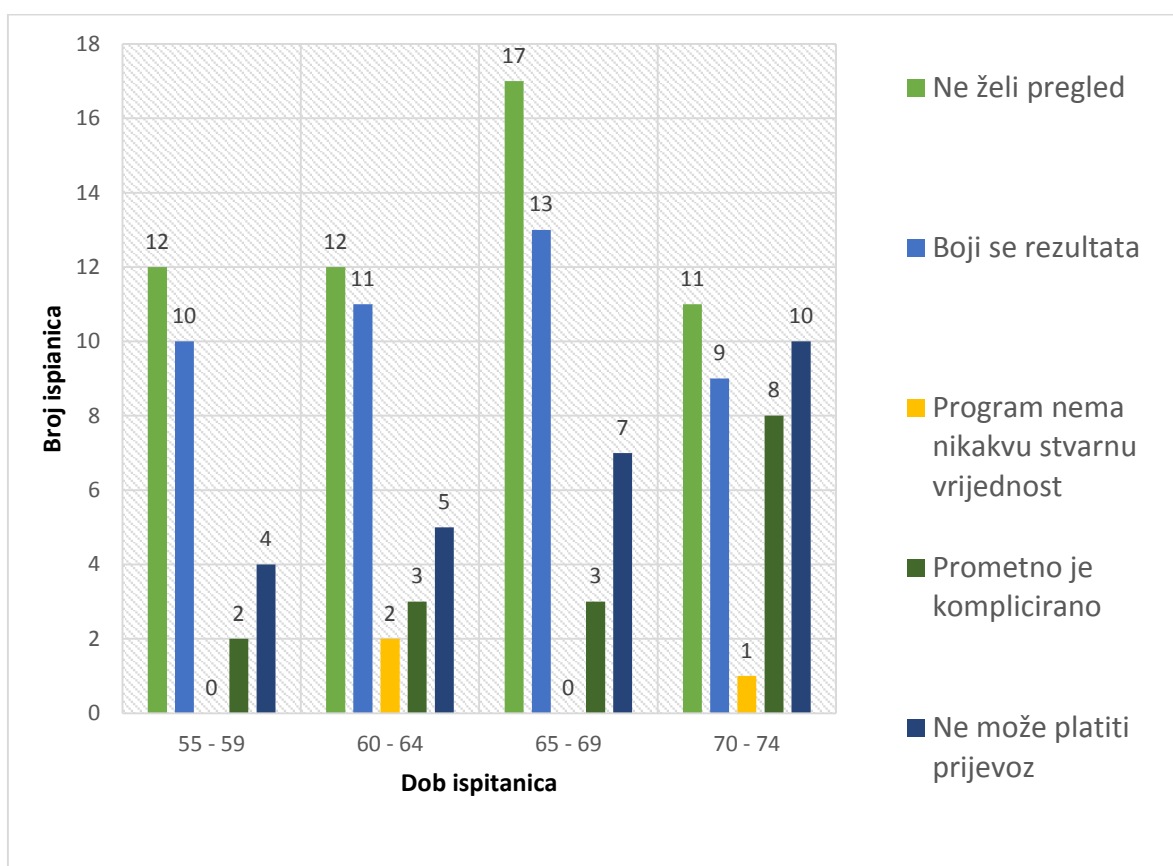
Slika 7. Razlozi neodaziva na mamografski screening tretman prema dobnim skupinama - seosko stanovništvo.

Kao „ostali“ razlozi neodaziva na prvi poziv ponuđeno je sljedećih pet odgovora: ne želim pregled, bojim se rezultata, program nema nikakvu stvarnu vrijednost, prometno je komplicirano i ne mogu platiti prijevoz (Slika 8.).

Najviše ispitanica, 52 (37,2%) ne želi pregled, od toga njih 12 (8,6%) u dobi od 55 – 59 godina, 12 (8,6%) u dobi od 60 – 64 godine, 17 (12,1%) u dobi od 65 – 69 godina i 11 (7,9%) u dobi od 70 – 74 godine. Rezultata pregleda se boji 43 (30,7%) žena, od toga 10 (7,1%) u dobi od 55 – 59 godina, 11 (8,9%) u dobi od 60 – 64 godine, 13 (9,3%) u dobi od 65 – 69 godina i 9 (6,4%) u dobi od 70 – 74 godine.

Prijevoz si ne može platiti 26 (18,6%) žena. 4 (2,9%) žene u dobi od 55 – 59 godina, 5 (3,6%) u dobi od 60 – 64 godine, 7 (5%) u dobi od 65 – 69 godina i 10 (7,1%) u dobi od 70 – 74 godine. Da je prometno komplicirano doći na mamografski pregled izjavljuje 16 (11,4%) žena, pri čemu 2 (1,4%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (2,1%) u dobi od 60 – 64 godine, 3 (2,1%) u dobi od 65 – 69 godina i 8 (5,7%) u dobi od 70 – 74 godine.

Da program nema nikakvu stvarnu vrijednost smatraju 3 (2,1%) žene, 2 (1,4%) u dobi od 60 – 64 godine i 1 (0,7%) u dobi od 70 – 74 godine.

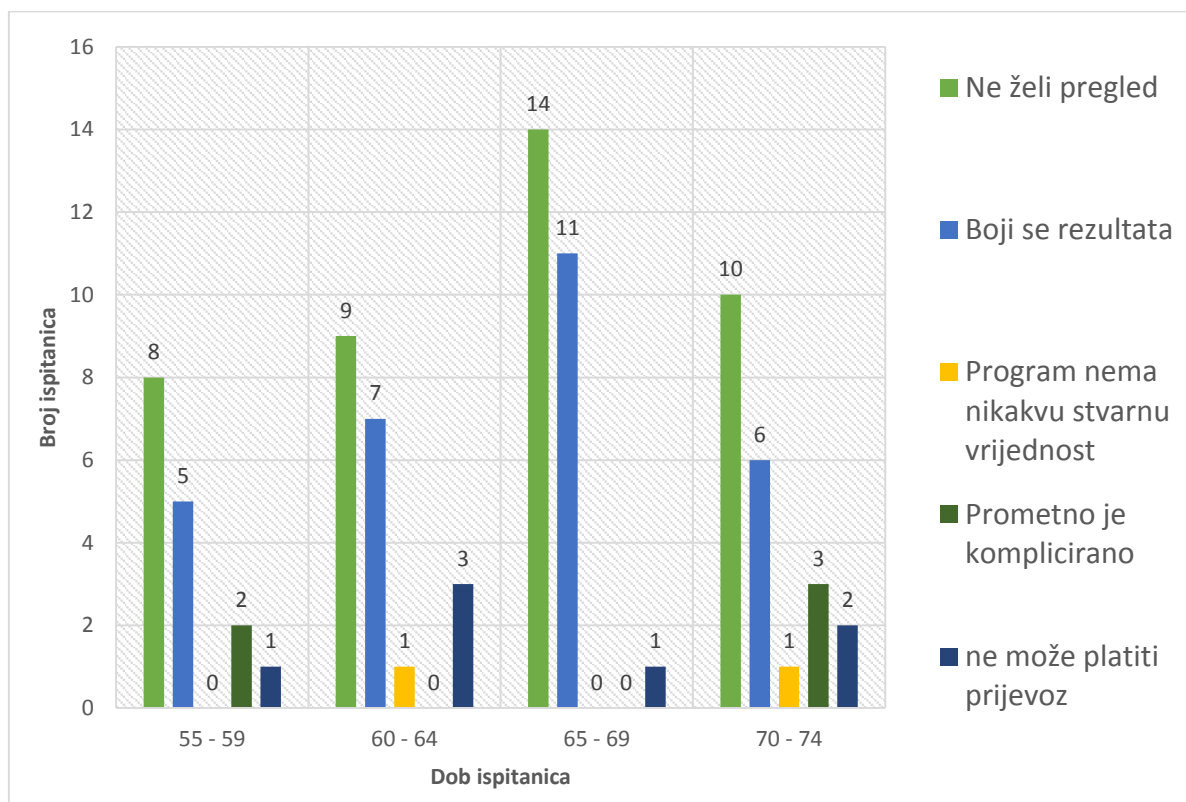


Slika 8. „Ostali“ razlozi neodaziva na mamografski screening tretman u odnosu na dob.

Od gradskog stanovništva se 41 (48,8%) žena na prvi poziv nije odazvala jer ne želi, pri tome 8 (9,5%) u dobi od 55 – 59 godina, 9 (10,7%) u dobi od 60 – 64 godine, 14 (16,7%) u dobi od 65 – 69 godina i 10 (11,9%) u dobi od 70 – 74 godine. Rezultata se boji 29 (34,5%) žena, od toga 5 (6%) u dobi od 55 – 59 godina, 7 (8,3%) u dobi od 60 – 64 godine, 11 (13,1%) u dobi od 65 – 69 godina i 6 (7,1%) u dobi 70 – 74 godine.

Prijevoz si ne može platiti 7 (8,3%) žena, 1 (1,2%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (3,6%) u dobi od 60 – 64 godine, 1 (1,2%) u dobi od 65 – 69 godina i 2 (2,4%) u dobi od 70 – 74 godine. Da je prometno komplicirano izjavilo je 5 (6%) žena, pri tome 2 (2,4%) u dobi od 55 – 59 godina i 3 (3,6%) u dobi od 70 – 74 godine.

Da program nema nikakvu stvarnu vrijednost smatra jedna (1,2%) žena u dobi od 60 – 64 godine i jedna (1,2%) u dobi od 70 – 74 godine (Slika 9.).

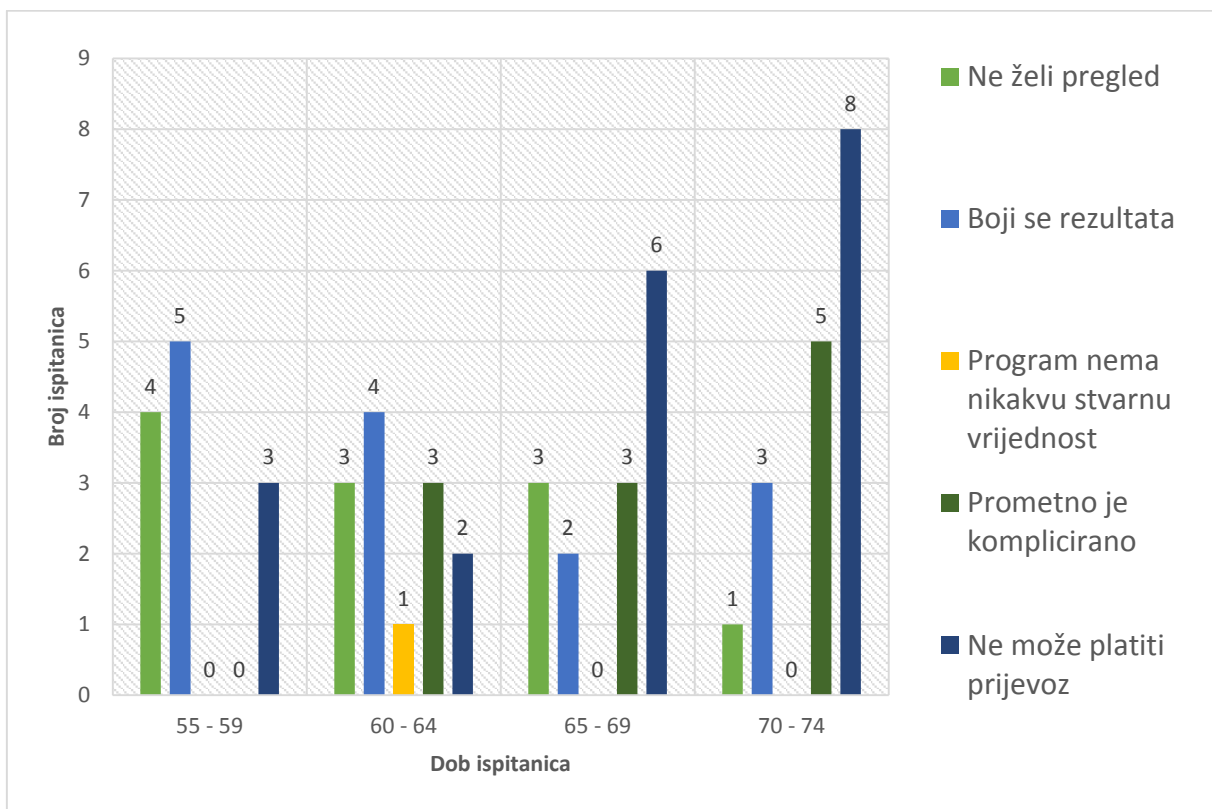


Slika 9. „Ostali“ razlozi neodaziva na mamografski screening tretman - gradsko stanovništvo.

Među seoskim stanovništvom najviše žena ne može platiti prijevoz, njih 19 (34%). U dobi od 55 – 59 godina 3 (5,4%), u dobi od 60 – 64 godine 2 (3,6%), u dobi od 65 – 69 godina 6 (10,7%) i u dobi od 70 – 74 godine 8 (14,3%) žena ne može platiti prijevoz. Prometnu kompliciranost ističe 11 (19,6%) žena, pri tome 3 (5,4%) u dobi od 60 – 64 godine, 3 (5,4%) u dobi od 65 – 69 godina i 5 (8,9%) u dobi od 70 – 74 godine.

Da program nema nikakvu stvarnu vrijednost smatra jedna (1,8%) žena u dobi od 60 – 64 godine.

Rezultata se boji 14 (25%) žena s područja sela, od toga njih 5 (8,9%) u dobi od 55 – 59 godina, 4 (7,1%) u dobi od 60 – 64 godine, 2 (3,6%) u dobi od 65 – 69 godina i 3 (5,4%) u dobi od 70 – 74 godine. Pregled ne želi 11 (19,6%) žena, 4 (7,1%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (5,4%) u dobi od 60 – 64 godine, 3 (5,4%) u dobi od 65 – 69 godina i 1 (1,8%) u dobi od 70 – 74 godine.



Slika 10. Ostali razlozi neodaziva na mamografski screening tretman - seosko stanovništvo.

Nadalje smo razloge neodaziva na Nacionalni program prevencije raka dojke podijelili u četiri kategorije:

- Medicinski (obavile mamografiju u posljednjih godinu dana, postojeća bolest na dojci)
- Socijalni (prometno je komplicirano, ne može platiti prijevoz)
- Tradicijski (ne želi pregled, boji se rezultata, program nema stvarnu vrijednost)
- Tehnički (ne živi u RH, netočna adresa)

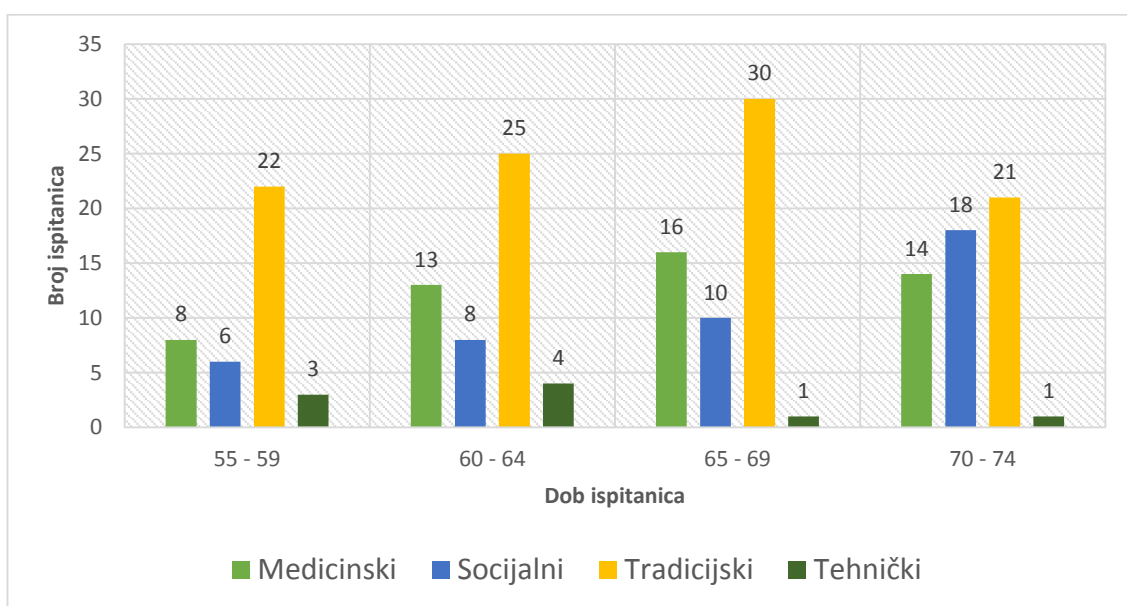
Najviše žena na preventivni pregled neodaziva se iz tradicijskih razloga (49%), slijede medicinski razlozi koji čine više od četvrtine razloga neodaziva (25,5%) i nakon toga socijalni sa 21%. Tehničke razloge navelo je 4,5% žena (Slika 11).

Zbog medicinskih razloga na Nacionalni program se nije odazvalo 8 (4%) žena u dobi od 55 – 59 godina, 13 (6,5%) u dobi od 60 – 64 godine, 16 (8%) u dobi od 65 – 69 godina i 14 (7%) u dobi od 70 – 74 godine.

Iz socijalnih razloga se nije odazvalo 6 (3%) žena u dobi od 55 – 59 godina, 8 (4%) u dobi od 60 – 64 godine, 10 (5%) u dobi od 65 – 69 godina i 18 (9%) u dobi od 70 – 74 godine.

Tradicijske razloge neodaziva navode 22 (11%) žene u dobi od 55 – 59 godina, 25 (12,5%) u dobi od 60 – 64 godine, 30 (15%) u dobi od 65 – 69 godina i 21 (10,5%) žena u dobi od 70 – 74 godine.

Tehničke razloge navode 3 (1,5%) žene u dobi od 55 – 59 godina, 4 (2%) u dobi od 60 – 64 godina, jedna (0,5%) u dobi od 65 – 69 godina i jedna (0,5%) u dobi od 70 – 74 godine.



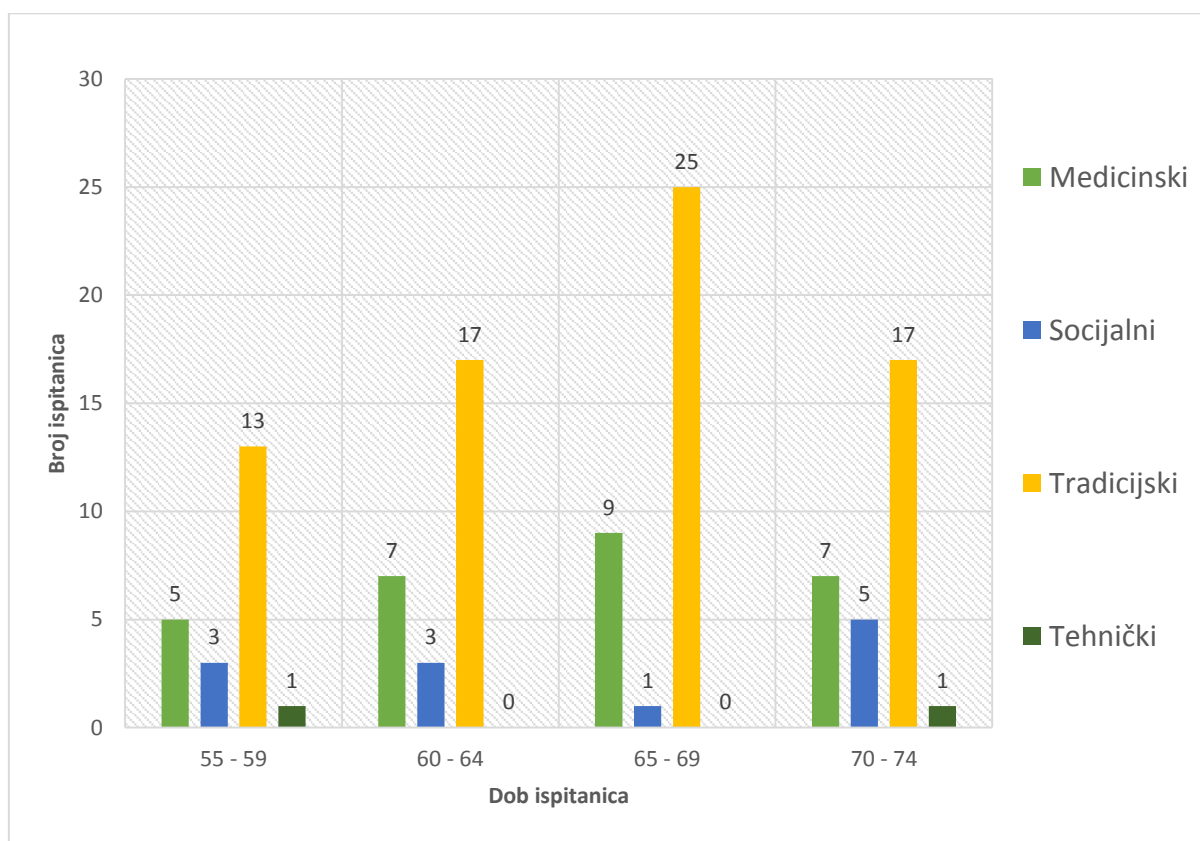
Slika 11. Razlozi neodaziva na mamografski screening tretman prema kategorijama.

Među gradskim stanovništvom (Slika 12.) 72 (63,2%) žena se nije odazvalo iz tradicijskih razloga, 13 (11,4%) u dobi od 55 – 59 godina, 17 (14,9%) u dobi od 60 – 64 godine, 25 (21,9%) u dobi od 65 – 69 godina i 17 (14,9%) u dobi od 70 – 74 godine.

Iz medicinskih razloga nije se odazvalo 28 (24,6%) žena, od toga 5 (4,4%) u dobi od 55 – 59 godine, 7 (6,1%) u dobi od 60 – 64 godine, 9 (7,9%) u dobi od 65 – 69 godina i 7 (6,1%) u dobi od 70 – 74 godine.

Socijalni razlozi su utjecali na ne odaziv 12 (10,5%) žena, pri tome 3 (2,6%) u dobi od 55 – 59 godina, 3 (2,6%) u dobi od 60 – 64 godine, jedna (0,9%) u dobi od 65 – 69 godina i 5 (4,4%) u dobi od 70 – 74 godine.

Iz tehničkih razloga nije se odazvala jedna (0,9%) žena u dobi od 55 – 59 godina i jedna u dobi o 70 – 74 godine.



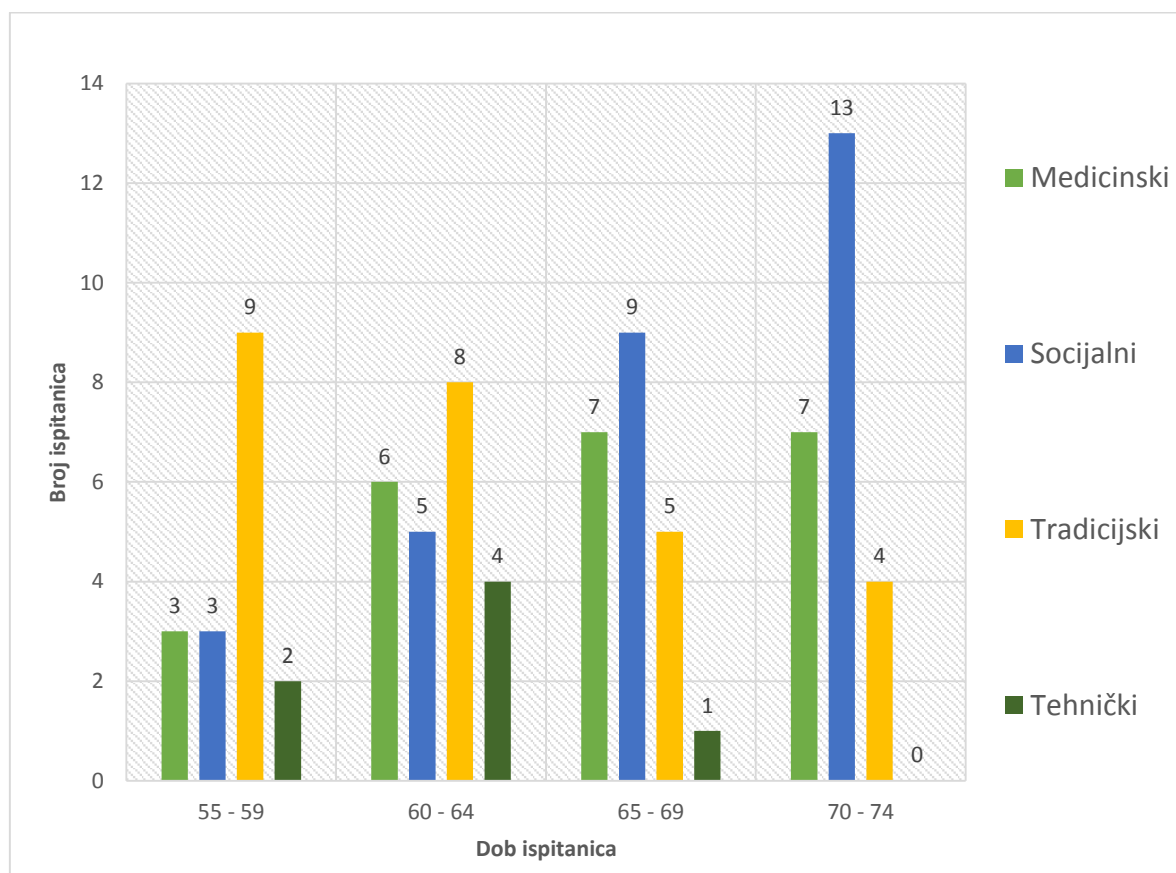
Slika 12. Razlozi neodaziva na mamografski screening tretman prema kategorijama - gradsko stanovništvo.

Na neodaziv 30 (34,9%) žena sa seoskog područja (Slika 13.) utjecali su socijalni razlozi. Od toga 3 (3,5%) u dobi od 55 – 59 godina, 5 (5,8%) u dobi od 60 – 64 godine, 9 (10,5%) u dobi od 65 – 69 godina i 13 (15,1%) u dobi od 70 – 74 godine.

Tradicijski razlozi neodaziva pojavljuju se kod 26 (30,3%) žena. Najviše 9 (10,5%) žena u dobi od 55 – 59 godine, potom 8 (9,3%) u dobi od 60 – 64 godine, 5 (5,8%) u dobi od 65 – 69 godina i 4 (4,7%) u dobi od 70 – 74 godine.

Iz medicinskih razloga se ukupno nije odazvalo 23 (26,7%) žena s područja sela, pri tome 3 (3,5%) u dobi od 55 – 59 godina, 6 (7%) u dobi od 60 – 64 godine, 7 (8,1%) u dobi od 65 – 69 godina i 7 (8,1%) u dobi od 70 – 74 godine.

Zbog tehničkih razloga nije se odazvalo ukupno 7 (8,1%) žena s gradskog područja. Pri tome 2 (2,3%) u dobi od 55 – 59 godina, 4 (4,7%) u dobi od 60 – 64 godine i jedna (1,2%) u dobi od 65 – 69 godina.



Slika 13. Razlozi neodaziva na mamografski screening tretman prema kategorijama - seosko stanovništvo.

5. RASPRAVA

Rezultati koje smo dobili u ovom istraživanju potvrđuju mnoga ranija istraživanja, a naročito istraživanje prof. dr. sc. Sande Pribić (19), koja je evidentirala razloge neodaziva i predložila aktivnosti tima obiteljske medicine kojima se može povećati odaziv na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke.

Motivacijske aktivnosti za povećanje odaziva na sve Nacionalne programe predviđene su tek u novije vrijeme kao valorizacijski dio liječnika obiteljske medicine. Medicinska sestra kao dio tima, i prema dosadašnjim istraživanjima i prema našem istraživanju, može svojim aktivnostima pridonijeti povećanom odazivu.

Rezultati također pokazuju da bi zajedničke i koordinirane aktivnosti Županijskog zavoda za javno zdravstvo i timova obiteljske medicine mogli polučiti i bolje rezultate kada bi kadrovska i tehnička ekipiranost bila znatnije veća.

Kao jedan od važnijih razloga neodaziva 15% žena na mamografski screening tretman je već obavljena mamografija u posljednjih godinu dana, pri čemu je 14,4% žena iz grada i 16,3% žena iz sela. Postojeću bolest dojke kao razlog neodaziva na mamografski screening tretman su i žene sa sela (10,5%) i žene iz grada (10,8%) navele u podjednakom postotku. Slične rezultate pronalazimo i u prethodnim istraživanjima, pri čemu se 19,83% žena nije odazvalo jer su mamografiju obavile u posljednjih godinu dana, a 6,61% zbog postojeće bolesti na dojci (19).

Netočnu adresu je kao razlog neodaziva navelo 2,5% žena, od čega 0,9% žena iz grada i 4,7% žena sa sela. Da ne živi u Hrvatskoj je izjavilo 2% žena, od čega 0,9% žena iz grada i 3,5% žena sa sela. Prema prethodnim istraživanjima na mamografski screening tretman se zbog netočne adrese nije odazvalo 3,58% žena, dok se njih 0,82% izjasnilo da ne živi u Hrvatskoj (19).

U ovom istraživanju „ostale“ razloge je navelo čak 70% žena, od čega 73,7% s područja grada i 65,1% s područja sela. Prema prijašnjim rezultatima ostale razloge neodaziva navodi 68,87% žena (19).

Iz kategorije „ostalo“ najviše žena, njih 37, 2%, ne želi pregled, od toga 48,8% s područja grada i 19,6% s područja sela. Zbog straha se na preventivni mamografski screening tretman nije odazvalo 30,7% žena, pri tome 34,5% s područja grada i 25% s područja sela. Zbog

nemogućnosti plaćanja prijevoza se na mamografski screening tretman se nije odazvalo 18,6% ispitanica, pri čemu njih 33,9% iz seoskog područja i 8,3% s gradskog područja. Prometnu kompliciranost navodi 18,6% ispitanica, od toga 19,6% s područja sela i 6% s područja grada. Da program nema nikakvu stvarnu vrijednost smatra 2,1% žena, od toga 2,4% s područja grada i 1,7% s područja sela.

Prema dosadašnjim istraživanjima najmanje je bilo žena koje smatraju da program nema nikakvu stvarnu vrijednost (6,4%). Prometnu kompliciranost navodi 10,8% žena, a 17,2% ističe kako ne može platiti prijevoz do mamografske jedinice. Zbog straha od dijagnostičkih rezultata se nije odazvalo 32% žena, a 33,6% se nije odazvalo iz nekih drugih razloga (19).

Prema podacima iz ovog istraživanja žene s područja grada većinom ne žele pregled ili se boje rezultata, dok je ženama sa sela najveći problem što si ne mogu platiti prijevoz i strah od rezultata. Jednak broj žena sa seoskog područja, kao razlog neodaziva, navodi da ne žele pregled i prometnu kompliciranost.

Prema kategorijama razloga neodaziva, najzastupljeniji su tradicijski razlozi (49%). Iz medicinskih razloga se nije odazvalo 25,5% žena, a iz socijalnih 21%. Iz tehničkih razloga se nije odazvalo 4,5% žena.

Kod žena koje žive na području grada kategorije razloga neodaziva zastupljene su istim redoslijedom u nešto drugačijem postotku. Iz tradicijskih razloga se nije odazvalo 63,2% žena, iz medicinskih 24,6% žena, iz socijalnih 10,5% žena i iz tehničkih 1,8% žena.

Među ženama koje žive na području sela je situacija nešto drugačija, pa su vodeći razlog neodaziva socijalni razlozi (34,9%). Tradicijski razlozi čine 30,3%, medicinski 26,7%, a tehnički razlozi 8,1%.

Poboljšanjem obrazovnog programa za široku javnost i zdravstvene djelatnike te prilagođavanjem istog socijalnim i tradicijskim uvjetima pojedine populacije, u velikoj bi se mjeri poboljšao odaziv na Nacionalni program prevencije raka dojke (17).

S obzirom na razloge neodaziva potrebno je prilagoditi pristup medicinske sestre određenoj populaciji. Među ženama koje su navele tradicijske razloge (ne žele, boje se, smatraju da program nema nikakvu stvarnu vrijednost) kao razlog neodaziva je potrebno provesti pravilnu edukaciju kako bi shvatile da se mamografski screening tretman radi u njihovu korist i da je prognoza bolesti bolja u slučaju ranog otkrivanja. Medicinska sestra ženama mora pružiti točne informacije, što znači da mora biti upućena u Nacionalni program. Brojna

istraživanja su pokazala da znanje žena o pojedinim rizičnim čimbenicima, tijekom bolesti, mogućnostima liječenja i mogućim ishodima bolesti smanjuju strah i povećavaju odaziv na mamografski screening tretman (20,21,22).

Medicinska sestra ne može samostalno utjecati na socijalne uvjete (prometna ne povezanost, nedostatak novca za prijevoz) pojedine populacije, ali može ukazati na njihove potrebe ostalim službama. Velik broj žena se na mamografski screening tretman ne odaziva jer nemaju novca za prijevoz, pa bi se u tom slučaju novac mogao osigurati iz proračuna, što bi značilo uštedu s obzirom na troškove liječenja kasnijeg stadija bolesti. Isto tako, u slučaju prometne ne povezanosti mjesta prebivališta i mjesta na kojem se održava mamografija bi se mogao osigurati prijevoz u dogovoru s ostalim kadrovima.

Medicinske (već obavljena mamografija, postojeća bolest na dojci) i tehničke razloge (pogrešna adresa, ne žive u Hrvatskoj) je potrebno pravovremeno evidentirati jer daju lažan rezultat odaziva.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i prema dobivenim rezultatima mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Aktivnosti medicinske sestre, uz aktivnosti liječnika obiteljske medicine, značajno utječu na odaziv mamografskom screening tretmanu. Utjecaj medicinske sestre je veći u gradskoj sredini.
2. Na neodaziv žena na Nacionalni program prevencije raka dojke u najvećoj mjeri utječu tradicijski razlozi, u nešto većoj mjeri među gradskim stanovništvom.
3. Medicinska sestra može utjecati na odaziv žena Nacionalnom programu prevencije raka dojke kao odgajateljica i kao učiteljica, pomažući ženama da usvoje potrebna znanja i motivaciju za promjenu ne zdravstvenog ponašanja.
4. Kao praktičar, medicinska sestra koristi svoje znanje, vještine i sposobnosti za prepoznavanje i utvrđivanje problema, te ih rješava po metodama zdravstvene njege.
5. Medicinska sestra pomaže ženskoj populaciji da prihvati odgovornost za svoje zdravlje, potičući žene da aktivno sudjeluju u planiranju i provođenju postupaka kojima se unaprjeđuje zdravlje.
6. Patronažna sestra zdravstvenu zaštitu provodi u domu osoba kojima je potrebna zdravstvena zaštita. Taj bliski kontakt pruža patronažnim sestrama važnu ulogu u timu obiteljske medicine.
7. Medicinske sestre trebaju biti svjesne svoje vrijednosti u timu obiteljske medicine, a uz to moraju imati neophodno znanje o sijelima raka i metodama njihova ranog otkrivanja. Isto tako, moraju detaljno poznavati organizaciju Nacionalnog programa i blisko surađivati s osobama koje provode program.
8. Medicinska sestra svojim znanjem i vještinama mora znati prepoznati osobe kojima će trebati savjet i podrška kako bi se odazvale na Nacionalni program.
9. U suradnji s ostalim kadrovima tima obiteljske medicine i Županijskim zavodom za javno zdravstvo medicinska sestra treba organizirati i provoditi grupne i pojedinačne edukacije o zdravlju.

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ciljevi istraživanja su bili evidentirati medicinske, socijalne, tradicijske i tehničke razloge neodaziva na Nacionalni program prevencije raka dojke, ispitati razloge neodaziva i predložiti mjere kojima se može povećati odaziv, a na koje svojim aktivnostima može utjecati medicinska sestra kao dio tima obiteljske medicine.

Nacrt studije: Studija je retrospektivna.

Ispitanici i metode: U istraživanju su obuhvaćene žene u dobi od 50 – 69 godina koje se nisu odazvale na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke temeljem poziva Županijskog zavoda za javno zdravstvo, niti su mamografiji pristupile na poziv liječnika obiteljske medicine, medicinske, odnosno patronažne sestre. Za ovo istraživanje koristio se standardizirani upitnik odobren za potrebe projekta koji sadržava pitanja o dobi i mjestu stanovanja, o razlozima odaziva i neodaziva na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke.

Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo 57% žena s područja grada i 43% žena s područja sela. Vodeći razlog neodaziva na mamografski screening tretman su tradicijski razlozi kod gradskih žena i socijalni razlozi kod žena s područja sela.

Zaključak: Medicinska sestra svojim aktivnostima može utjecati na odaziv žena Nacionalnom programu za rano otkrivanje raka dojke pomažući ženama da usvoje potrebna znanja i motivaciju za promjenu ne zdravstvenog ponašanja. Ona u praksi koristi svoje znanje, vještine i sposobnosti za prepoznavanje i utvrđivanje problema, te ih rješava po metodama zdravstvene njege ili uključuje druge zdravstvene kadrove ako ih nije u mogućnosti sama riješiti.

Ključne riječi: Nacionalni program, mamografija, medicinska sestra, rano otkrivanje, rak dojke.

8. SUMMARY

Possibilities of nursing intervention to increase women's response to the National Breast Cancer Prevention Program

Objectives: The purpose of this research is documenting medical, social, traditional and technical reasons for not responding to the National Breast Cancer Prevention Program, and investigating reasons of such a lack of response. Furthermore, it will suggest procedures which may concern nurses as part of the family medicine team in an effort to increase that responsiveness.

Study design: The study is retrospective.

Participants and Methods: Research included women age 50-69 who did not respond to the call of the County Public Health Institute to take part in the National Breast Cancer Prevention Program, didn't do mammograms according to the recommendation of family physicians, nurses or health visitors. For this research a standardized questionnaire was designed for the project's needs, including questions about age, current residence and about reasons for not responding to the National Breast Cancer Prevention Program.

Results: 57% of women in the urban area and 43% of women in the village participated in the study. The main reason for not responding to mammographic screening treatment appears to be traditional for urban women and social for women living in a village.

Conclusion: Nurse's activities can affect response to the National Breast Cancer Prevention Program by helping women to acquire necessary knowledge and motivation to change their behavior. In practice, nurse should use his/her knowledge, skills and abilities to identify problems, solve them by applying standard methods of health care or include other health care personnel if they are unable to solve the problem themselves.

Key words: breast cancer, early detection, mammography, national program, nurse

9. LITERATURA

1. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. 3. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
2. Jukić S. Patologija za studente viših medicinskih škola. 4. dopunjeno izd. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
3. Šekerija M, Bubanović Lj, Novak P, Šelendić Đ, Lončar J, Čukelj P. Registar za rak, Incidencija raka u Hrvatskoj 2014. godine. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Bilten br.39.2016.
4. Znaor A. Rak dojke u Hrvatskoj – kako stojimo i što očekujemo? HČJZ. 2008;13(3), Dostupno na adresi: <https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/1176/1130>. Datum pristupa: 17.8.2017.
5. Damjanov I, Jukić S, Nola M. Patologija. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
6. Vrdoljak E, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
7. Šimunić V. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
8. Hebrang A, Lovrenčić M. Radiologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2001.
9. Houfek JF, Waltman NL, Kile MA. The nurse's role in promoting breast cancer screening. *Nebr Nurse*. 1997;30(3):9-4.
10. Antoljak N, Jelavić M, Šupe Parun A. Nacionalni program ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. *Medix*. 2013; 104-105.
11. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Zagreb: Republika Hrvatska; 2006.
12. Šupe Parun A. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. HČJZ. 2011;7.
13. Šamija M, Strnad M, Ebling Z. Kako spriječiti i rano otkriti rak? Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
14. Kevit W, Bolster MJ, van der Wilt GJ, Bult P, Thunnissen FB, Maijer J, i sur. Cost-effectiveness of new guidelines for adjuvant systemic therapy for patients with primary breast cancer. *Ann Oncol*. 2005;16(12):1881-1874.
15. Strnad M, Šogorić S. Rano otkrivanje raka u Hrvatskoj. *Acta med Croatica*. 2010;64:468-461.
16. Pribić S, Gmajnić R, Majnarić-Trtica Lj, Ebling B, Vranješ Ž. Screening with mammography organized by family physicians team: What have we learnt? *Coll Antropol*. 2010;34(3):876-871.

17. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, Burstein HJ, Carter WB, Edge SB, i sur. Breast cancer: Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2009;7(2):192-122.
18. Majnarić-Trtica Lj, Strnad M, Gmajnić R, Ebling B, Ebling Z, Marković I, i sur. Efforts in fighting against cancer in Croatia have to be focused on primary health care. *Coll. Antropol.* 2008;32(3):724-709.
19. Pribić S. Doktorska disertacija: Uloga liječnika specijalista obiteljske medicine u prevenciji karcinoma dojke i karcinoma debelog crijeva. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku. Medicinski fakultet Osijek. 2011.
20. Vujanić E. Uloga medicinske sestre kod ranog otkrivanja raka. *Shock.* 2014;96-90.
21. Madhuri T, Panda S, Dash AK, Nikhat Y, Siddique A, Behara J. Knowledge of nurses about breast cancer risk factors, general awareness and screening procedures in South India. *JMSPH.* 2014;11(03):1375-1372.
22. Šiško I, Šiško N. Preventivni programi za rano otkrivanje raka dojke u Republici Hrvatskoj. *SG/NJ.* 2017;22:110-107

10. ŽIVOTOPIS

OPĆI PODATCI:

- Ime i prezime: Ana Adžić
- Datum i mjesto rođenja: 13. ožujka 1993., Požega
- Adresa stanovanja: Borisa Hanžekovića 199, 34 000 Požega
- Kontakt: 095/506-9685
- E-mail: ana.adzic13@gmail.com

OBRAZOVANJE:

- 2011. – do danas: Medicinski fakultet Osijek
- 2007. – 2011.: Srednja škola Pakrac
- 1999. – 2007: Osnovna škola „Dobriša Cesarić“ Požega

11.PRILOZI

1. Anketni upitnik za potrebe istraživanja završnog rada: Mogućnosti intervencije medicinske sestre za povećanje odaziva žena na Nacionalni program prevencije raka dojke

Anketni upitnik za potrebe istraživanja završnog rada:

**MOGUĆNOSTI INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE ZA
POVEĆANJE ODAZIVA ŽENA NA NACIONALNI PROGRAM
PREVENCIJE RAKA DOJKE**

Anketa je anonimna.

1. **Dob:** _____

2. **Mjesto stanovanja:**

- a) Grad
- b) Selo

3. **Na mamografiju sam se odazvala nakon:**

- a) Aktivnosti medicinske sestre
- b) Aktivnosti liječnika obiteljske prakse

4. **Koji je razlog vašeg ne odaziva na prvi poziv Nacionalnog programa?**

- a) Netočna adresa
- b) Ne živim u Hrvatskoj
- c) Obavila sam mamografiju u posljednjih godinu dana
- d) Zbog postojeće bolesti na dojci
- e) Ostalo

5. **Ukoliko ste zaokružili ostalo, navedite razlog neodaziva?**

- a) Ne želim pregled
- b) Bojim se rezultata
- c) Smatram da program nema nikakvu stvarnu vrijednost
- d) Prometno je komplicirano
- e) Ne mogu platiti prijevoz

Hvala Vam na sudjelovanju!