

Zdravstvena njega bolesnice s operacijom dojke

Bubalo, Barbara

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:770232>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Barbara Bubalo

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICE S OPERACIJOM
DOJKE**

Završni rad

Split, 2015. g.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Barbara Bubalo

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICE S OPERACIJOM
DOJKE**

Završni rad

Mentor:

Dragica Kustura, prof.

Split, Ožujak 2015.

ZAHVALA :

Zahvaljujem se mentorici Dragici Kustura prof. na pomoći prilikom odabira teme i prijedlozima prilikom pisanja završnog rada. Zahvaljujem se što mi je omogućila potrebne materijale i što je uvijek imala strpljenja i vremena za mene.

Također zahvaljujem mojim roditeljima, sestri i prijateljima što su uvijek bili uz mene tijekom studiranja i pružali mi podršku u mojim odlukama. A ponajviše se zahvaljujem dragom Bogu što mi je sve ovo omogućio!

1.UVOD.....	1
1.1.ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE.....	2
1.2.POVIJESTI BOLESTI DOJKE.....	4
1.3.EPIDEMIOLOGIJA.....	6
1.4.RIZIČNI ČIMBENICI.....	7
1.4.1.Genetski čimbenici.....	7
1.4.2.Menstrualni i reproduktivni rizični čimbenici.....	8
1.4.3.Endogeni rizični čimbenici.....	8
1.4.4.Prehrana kao rizični čimbenik.....	8
1.4.5.Socioekonomski status.....	9
1.4.6.Zračenje.....	9
1.5.DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI.....	9
1.5.1.Anamneza.....	9
1.5.2.Inspekcija i palpacija dojki.....	10
1.5.3.Ultrazvuk dojki.....	12
1.5.4.Citološka pretraga.....	12
1.5.5.Mamografija.....	13
1.5.6.Biopsija.....	13
1.5.7.Program ranog otkrivanja raka dojke.....	14
1.6.PATOHISTOLOŠKA PODJELA TUMORA DOJKE.....	16
1.7.KLINIČKA KLASIFIKACIJA.....	17
1.8.NAČIN ŠIRENJA DOJKE.....	18
1.9.KLINIČKE ZNAČAJKE RAKA DOJKE.....	19

1.10.DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA.....	19
1.11.LIJEČENJA RAKA DOJKE.....	20
1.11.1.Kirurško liječenje.....	21
1.11.2.Radioterapijsko liječenje.....	24
1.11.3.Kemoterapijsko liječenje.....	25
1.11.4.Hormonska terapija.....	25
1.12.PROGNOZA.....	26
2.CILJ RADA.....	27
3.RASPRAVA.....	28
3.1.PRIKAZ SESTRINSKE SKRBI ZA BOLESNICE OPERIRANE OD TUMORA DOJKE.....	28
3.2.PRIJEOPERACIJSKA PRIPREMA.....	28
3.3.POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA.....	32
3.4.ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PREVIJANJA KIRURŠKE RANE.....	33
3.5.SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE.....	34
3.6.ULOGA SESTRE U ZDRAVSTVENOM ODGOJU PRI OTPUSTU IZ BOLNICE.....	37
4.ZAKLJUČAK.....	38
5.LITERATURA.....	39
6.SAŽETAK.....	41
7.SUMMARY.....	43
8.ŽIVOTOPIS.....	45

1. UVOD

“Rak je skupina više od 100 raznih oboljenja. Pogađa osnovnu građevnu jedinicu tijela, stanicu. Rak se pojavljuje kada stanice počnu abnormalno funkcionirati i dijele se bez granice i reda”(5). Formira se masa tkiva, koja se naziva izraslina ili tumor, a može biti benigna i maligna. Benigni tumori nisu rak, a njihove stanice ne šire se u druge dijelove tijela. Rijetko su prijetnja životu. Maligni tumori su rak.

Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena, iako, vrlo rijetko, od raka dojke mogu oboljeti i muškarci. Manifestira se pojavom nove tvorbe u dojci.

Iz primarnog tumora, stanice mogu krvlju i limfom dospjeti u druge dijelova tijela. Ovakvim širenjem nastaju metastaze primarnog tumora. Kada rak dojke metastazira, zloćudne stanice se mogu naći u pazušnim limfnim čvorovima. Znači, rak se proširio i u druge limfne čvorove, kosti, jetra ili pluća. Takav tumor sadržava isti tip zloćudnih stanica kao i primarni tumor i naziva se metastatskim tumorom dojke.

Rak dojke čini gotovo 25% tumora u žena i uzrokuje oko 15% smrti zbog raka. Svaka će deseta žena dobiti rak dojke tijekom svog života. “U Hrvatskoj se godišnje dijagnosticira oko 2 500 novih slučajeva, a oko 800 žena umre od raka dojke. Zbog navedenog, jasno je zašto je rak dojke ponajveći javnozdravstveni problem zemalja zapadnoga svijeta”(2).

1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE

Dojka ili mliječna žlijezda (lat. Mamma, grč. Mastos) najveća je kožna žlijezda. To je modificirana žlijezda znojnice, koja se u žena razvija u funkcionalni organ, a u muškaraca ostaje rudimentirana.

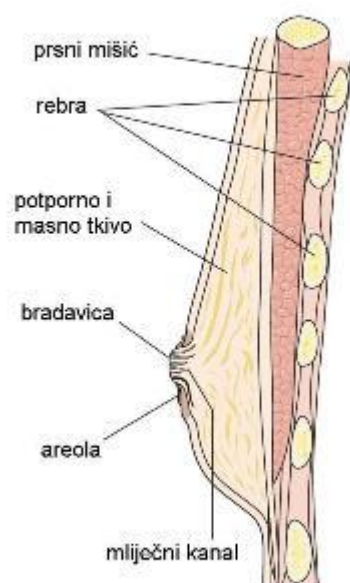
Smještena je na postraničnom dijelu prednje strane prsnog koša, od 2. do 7. rebra(3). Normalnu veličinu doseže u dobi između šesnaeste i devetnaeste godine. Korijen dojke (radix mammae) se nalazi na području ispod drugog rebra i nastavlja se u trup (corpis mammae). Dojka je obložena kožom koja u donjem dijelu čini oštar prijevaj, poput žlijeba (sulcus submammalis) i prelazi u kožu prsnog koša. Na vrhu dojke je bradavica (papilla mammae), izbočena tvorba promjera i visine oko centimetar, kroz koju izlaze izvodni kanali mliječne žlijezde. Oko bradavice je kružno pigmentirano područje (areola mammae). Masno tkivo najvećim dijelom daje oblik i veličinu dojci(3). Mliječnu žlijezdu čini 10 do 20 alveotubuloznih žlijezda (lobi glandulae mammae), od kojih svaka ima izvodni kanal (ductus lactiferi) koji se svaki posebno otvara na bradavici dojke. Režnjevi se dijele na režnjiće (lobuli glandulae mammae), odijeljene vezivnim pregradama. Zato se mliječna žlijezda pija kao zrnata tvorba. Režnjevi i njihovi izvodni kanali poredani su zrakasto oko bradavice, pa od tud pravilo da svaki rez dojke mora biti radijalan prema bradavici. Izvodni kanal proširuje se prije ulaska u bradavicu u 5 do 9 milimetara široki sinus (sinus lactiferus), nakon čega se opet suzuje prije otvaranja na bradavici. Dojka je bogato opskrbljena krvnim žilama. Glavna su tri izvora opskrbljivanja krvlju dojke sa: *a. thoracica interna*, *a. thoracica lateralis* (axsilaris) i *a. intercostale*. Arterije prate istoimene vene, kao i limfni putevi koji imaju veliki značaj u propagaciji i metastaziranju karcinom(4).

Dojka je u muškaraca rudimentirani organ, a u žena je dio spolnog aparata, koji luči mlijeko i omogućava prehranu dojenčeta spregom niza hormona. Estrogeni u pubertetu ciklički potiču rast strome i kanalića, kao i odlaganje masti koja povećava volumen dojke. Potpuni razvoj dojke događa se u trudnoći. Pod utjecajem progesterona rastu režnjiči, alveole pupaju, a alveolarne stanice poprimaju sekrecijska obilježja. To je analogno utjecaju progesterona na endometriju u drugoj polovini menstrualnog ciklusa.

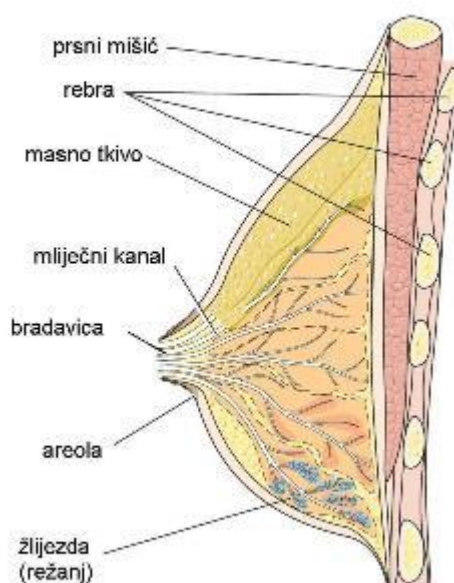
Mlijeko se neprekidno luči u alveole mliječnih žlijezda, a u kanaliće, tj. do dojenčeta, dolazi kombiniranim, neurogenim i hormonskim podražajem oksitocinom.

Oksitocin se luči istovremeno s prolaktinom, prijenosom impulsa somatičnim živcima kroz leđnu moždinu, u hipotalamus. Preko krvi dolazi u dojku i izaziva kontrakciju mioepitelnih stanica koje okružuju alveole, što dovodi do istiskivanja mlijeka u kanaliće. Ovaj proces započinje pola do jedne minute nakon što dijete počne sisati, a nastaje u obje dojke. Često je za stimulaciju dovoljno samo tetošenje djeteta ili dječji plač.

Muška dojka



Ženska dojka



Slika 1. Anatomija dojke

Izvor slike: <http://www.onkologija.hr/dojka-anatomija-i-fiziologija/>

1.2. POVIJEST I BOLESTI DOJKE

Nema jasnog povijesnog termina koji bi precizirao vrijeme kada su bolesti dojke počele imati vaćniju ulogu u povijesti medicine. Da je rak dojke davno poznata bolest, svjedoće zapisi o tumorima dojke nastali u starih Egipćana 3000 godina prije Krista. Najstariji zapisi o raku dojke datiraju 1600 godina prije Krista. Radi se o papirusu dugom 4,68 metara, na kojem je opisano 48 kirurških slućajeva, od ćega 8 bolesti dojke, a od toga sigurno jedan raka dojke (45.slućaj). taj papirus je poznat kao nalaz Edwina Smitha (Teba 1862.god.), a predpostavlja se da ga je napisao Imhotep, koji je u starom Egiptu proglašen bogom. To je ujedno i najstariji lijećnićki zapis na papirusu. Predpostavlja se da je taj papirus zapravo prijepis iz 1600.god. prije Krista, a prvotni papirus bio je znatno stariji, oko 3000 god prije Krista. U njima se opisuje kauterizacija raka dojke instrumentom koji bi odgovarao nekoj vrsti ųaraća, no autor papirusa zakljućuje kako nema uspješnog lijećenja raka dojke. Herodot (525.god. prije Krista) je opisao slućaj Alase, kćerke Cyrusa, koja je sama napipala ćvor u svojoj dojci, ali ga je tajila sve dok nije probio koųu kao „ųiva rana“. Tada je njen otac pozvao ćuvenog lijećnika, koji je „uspješno“ izvadio djevojci tumor iz dojke. Celzo prepoznaje vrijednosti kirurškog zahvata kod ranog raka dojke te govori da se samo mali rak dojke moųe ukloniti, dok su ostali tumori samo iritirani bilo kojim pokućajem lijećenja. Hipokrat (460 god. prije Krista) razlikuje „dobroćudne“ od „zloćudnih“ tumora i smatra da je rak dojke neizljećiv. U skladu sa doktrinom grćkog lijećnika Galena (130.-200.god prije Krista), glavni etioloćki ćimbenik raka dojke bila je melankolija. Terapija se sastojala od specijalnih dijeta, te eksorcizma.

Zaštinitica ųena od bolesti dojke je sveta Agata, i to po kanonskom pravu rane Crkve. Ona je za vrijeme rimskog cara Deciusa okrutno kaųnjena amputacijom dojke. Zbog odbijanja ljubavnih ponuda sicilijanskog guvernera Quintianusu, Agati, kao lijepoj mladoj ųeni iz Katanije, u znak odmazde, a pod izlikom kaųnjavanja krććanke, odrezana je dojka. Tako su molitve oboljelih od raka dojke i obraćenja sv.Agati za pomoć, postali sastavni dio srednjovjekovnih rituala u okviru lijećenja bolesti.

Prvi opis operacije raka dojke se pripisuje Leonidusu iz Aleksandrije u prvom stoljeću nakon Krista. Postupak mu se sastojao u rezu koųe na nezahvaćenom dijelu, a

za zaustavljanje krvarenja koristio se kauterizacijom. Rezanje i paljenje ponavlja dok se ne ukloni cijeli tumor i dojka. Engleski liječnik Thommas Willis (1621.-1675.) daje definiciju tumora koja se gotovo ne razlikuje od današnje, gdje je tumor „poremećaj rasteinja primarno obilježen prekomjernim, neprestanim i fiziološkim potrebama organa potpuno nesvrshodnim umnožavanjem stanica“. Za vrijeme renesanse, Andreas Vesalius (nizozemski anatom, koji je preispitao medicinske doktrine Aristotela i Galena i čija je knjiga „DeHumani corporis fabrica“ činila osnovu za moderna istraživanja) preporučio je mastektomiju kao i ligature (suture) za kontrolu krvarenja, umjesto kauterizacije. Da se rak dojke može proširiti u regionalne aksilarne limfne čvorove prvi je prepoznao liječnik LeDran (1685.-1770.). On je prvi primijetio i lošiju prognozu bolesnika s zahvaćenim limfnim čvorovima(6). Prvi epidemiološki podaci o raku dojke potječu iz bolnice Middlesex u Londonu, u kojoj su od 1791. do 1805. hospitalizirani i pažljivo registrirani slučajevi raka dojke, među njima i 250 bolesnica koje su odbile liječenje. U 18.stoljeću anatomska saznanja su preciznija, ali kirurško liječenje dojke koje je na početku bilo često, u drugoj polovici stoljeća zaostaje, bilo zbog infekcija koje prate operacijske zahvate, bilo zbog nedovoljnog ublažavanja boli, ali i zbog nekritički izvedenih opsežnih mutilacija i s tim u svezi loših krajnjih rezultata. Uvođenjem opće anestezije 1846., antiseptice 1867. i mikroskopskih histoloških pretraga, medicina i kirurgija uzimaju novi zamah.

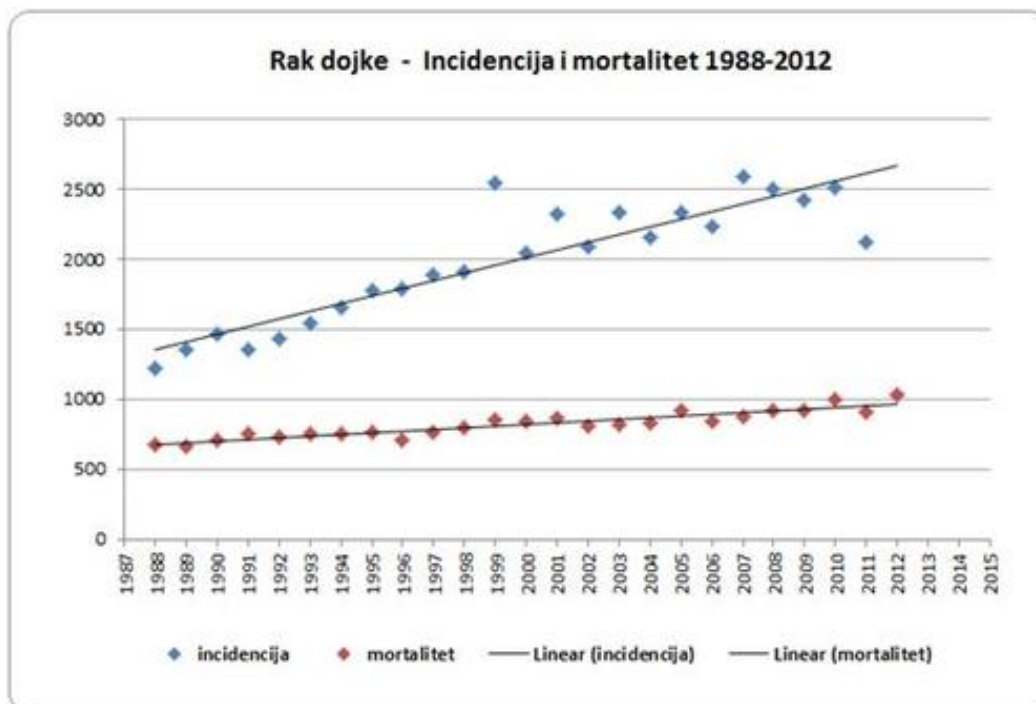
Halstedovo razmišljanje temelji se na učenju poznatog njemačkog celularnog patologa Rudolfa Virchowa, koji smatra da je rak lokalna bolest, a regionalni limfni čvorovi čine prirodnu barijeru njegovu širenju. Prema tim postulatima liječenje od raka dojke može se postići lokalnim uklanjanjem tumora do u zdravo tkivo. U Halstedovoj seriji nalazimo bolesnice uglavnom u odmaklom stadiju bolesti, a shvaćanje ranog raka dojke veličine 8x7 cm. Ostvareno je desetogodišnje preživljenje od 34%, koje je u to doba u liječenju raka dojke bilo gotovo nestvarno. Radikalna mastektomija po Halstedu unosi novu eru i pristup liječenju raka dojke.

Sredinom dvadesetog stoljeća rendgenska dijagnostika dojke je toliko napredovala da omogućava otkrivanje nepalpabilnih tumorskih promjera u dojci, a time izvođenje još poštenijih kirurških zahvata kao što su tumorektomije, kvadrantektomije ili segmentektomije.

1.3. EPIDEMIOLOGIJA

Rak dojke je najčešća maligna bolest u žena, dok je u muškaraca rijetkost. S povećanjem ženine životne dobi rizik za rak raste. Stopa smrtnosti zaostaje u odnosu na porast broja bolesnika, što se u prvom redu tumači poboljšanjem rane dijagnostike, a zatim napretkom u liječenju. U Hrvatskoj 2005.godine broj novooboljelih žena bio je 2 303 u odnosu na 1968.godinu to je povećanje 2,5 puta. Opaženi porast incidencije najvjerojatnije možemo pripisati kohornim učincima vezanim za suvremeni način života. Rak dojke je vodeći uzrok smrti raka u žena, od kojeg je u 2004.godini umrlo 825 žen(1).

Svakoj jedanaestoj ženi u Republici Hrvatskoj trenutačno prijete rak dojke. Rak dojke je jedan od malobrojnih tumora u kojeg postoji valjan dokaz da se pomno razrađenim planom primarne prevencije može znatno smanjiti mortalitet. Spriječiti rak dojke nije moguće upravo stoga je nužno što ranije otkriti bolest. Više od 90% bolesnica sa rakom dojke može se izliječiti ako se dijagnoza bolesti postavi u ranom stadiju i ispravno liječi. Činjenica da se ne primjećuje jasan silazni trend mortaliteta od raka dojke ukazuje nam da do uvođenja nacionalnog programa nije bilo odgovarajućeg obuhvata žena mamografskim skriningom. Žene crne rase imaju značajno nižu incidenciju raka dojke, međutim nešto veći mortalitet(7).



Slika 2. Incidencija i mortalitet od raka dojke u Hrvatskoj

Izvor slike: <http://www.onkologija.hr/rak-dojke-statistika-epidemiologija/>

1.4. RIZIČNI ČIMBENICI

1.4.1. Genetski čimbenici

Žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu imaju veći rizik za nastanak raka dojke. Tako žene kojima je majka ili teta oboljela od raka dojke (prva rodbina) imaju procijenjeni relativni rizik za nastanak raka dojke 8 puta veći od slične populacije žena bez obiteljske anamneze raka dojke. Samo 10% tumora se može povezati sa genskom predispozicijom. Otkrivena su 2 supresorska gena, BRCA 1 i BRCA 2 (breast cancer gen 1 i 2), koji su dovedeni u izravnu vezu s nastankom nekih od obiteljskih tumora

dojke. Tako žene s mutacijom jednog ili obaju gena imaju mnogo veću vjerojatnost da će oboljeti od raka dojke (90% za razliku od normalne populacije).

1.4.2. Menstrualni i reproduktivni rizični čimbenici

Rana prva mjesečnica, kasna menopauza i kasna prva trudnoća smatraju se rizičnim čimbenicima. Žene koje nisu rađale također imaju povišen rizik od razvoja raka dojke. Studije su pokazale da žene koje su prvo dijete rodile nakon trideset godina imaju veći rizik za razvoj od žena koje uopće nisu rađale. Rana prva trudnoća smanjuje rizik od nastanka karcinoma dojke (8).

1.4.3. Endogeni rizični čimbenici

Utjecaj hormonske terapije kao što je hormonska kontracepcija, hormonska nadomjesna terapija u postmenopauzi (5 godina i više) još je predmet rasprava. Objavljena su mnoga istraživanja o povezanosti dugotrajne hormonske terapije s povećanim rizikom od oboljenja od raka dojke, no konačnih zaključaka još nema. Opširna studija provedena u SAD-u ustanovila su da konjugirani estrogene koji se rabe u hormonskoj nadomjesnoj terapiji ne povećavaju rizik obolijevanja od karcinoma dojke. Rani dokazi ukazuju da su endogeni estrogene važni u patogenezi raka dojke (8).

1.4.4. Prehrana kao rizični čimbenik

Ne postoje istraživanja koja sa sigurnošću definiraju vrstu prehrane koja nosi veći rizik za razvoj raka dojke, no činjenica je da pretile žene u postmenopauzi imaju veći rizik za razvoj te bolesti. Dokazano je kako mršave žene imaju 1.5. do 2 puta manji rizik u odnosu na pretile žene. Pretilost se povezuje i s lošijom prognozom bolesnica za karcinom dojke. Smatra se kako je rizik povećan kod ovakvih osoba zbog odlaganja estrogena u masnome tkivu. Rezultati pojedinih studija ipak ukazuju na moguće značenje prehrane kao rizičnog čimbenika i to povezano sa prehranom koja sadrži životinjske masti i meso.

1.4.5. Socioekonomski status

Žene višeg socioekonomskog statusa i one koje žive u gradovima mogu imati povećan rizik nastanka raka dojke do 2 puta u odnosu na žene nižeg socioekonomskog statusa i onih koje žive na selu (9).

1.4.6. Zračenje

Istraživanja su pokazala kako žene koje su do tridesete godine bile izložene većim dozama zračenja tijekom radioloških dijagnostičkih i terapijskih postupaka (zračenje prsnog koša u mlađoj dobi u terapijske svrhe kod Hodgkinove bolesti ili limfona) imaju povećan rizik. Najnovije studije pokazuju kako su žene u djetinjstvu osjetljivije na zračenje nego u adolescentnoj dobi.

1.5. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

1.5.1. Anamneza

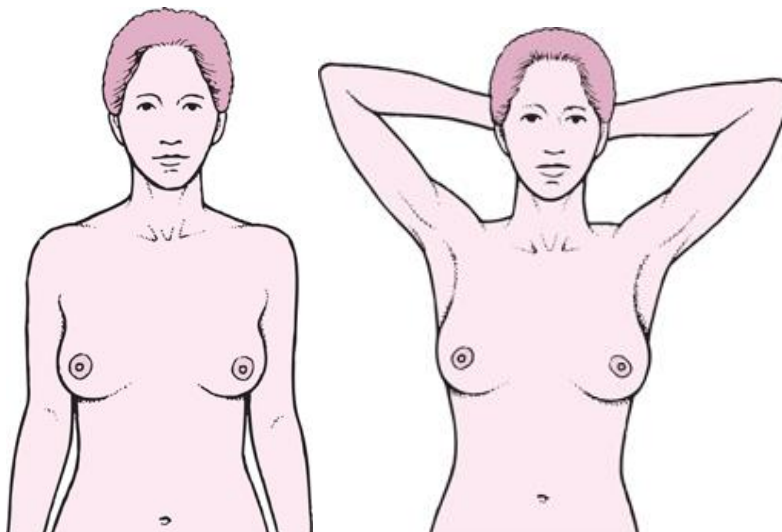
Palpabilna masa u dojci najčešći je simptom koji navodi ženu da zatraži liječničkipregled. Većina iscjedaka iz bradavice posljedica je benignih bolesti dojke, no uvijek je potrebno isključiti zloćudni proces. Međutim nije rijetkost da se karcinom nađe kao slučajni nalaz prilikom rutinske mamografije u inače potpuno asimptomatične bolesnice.

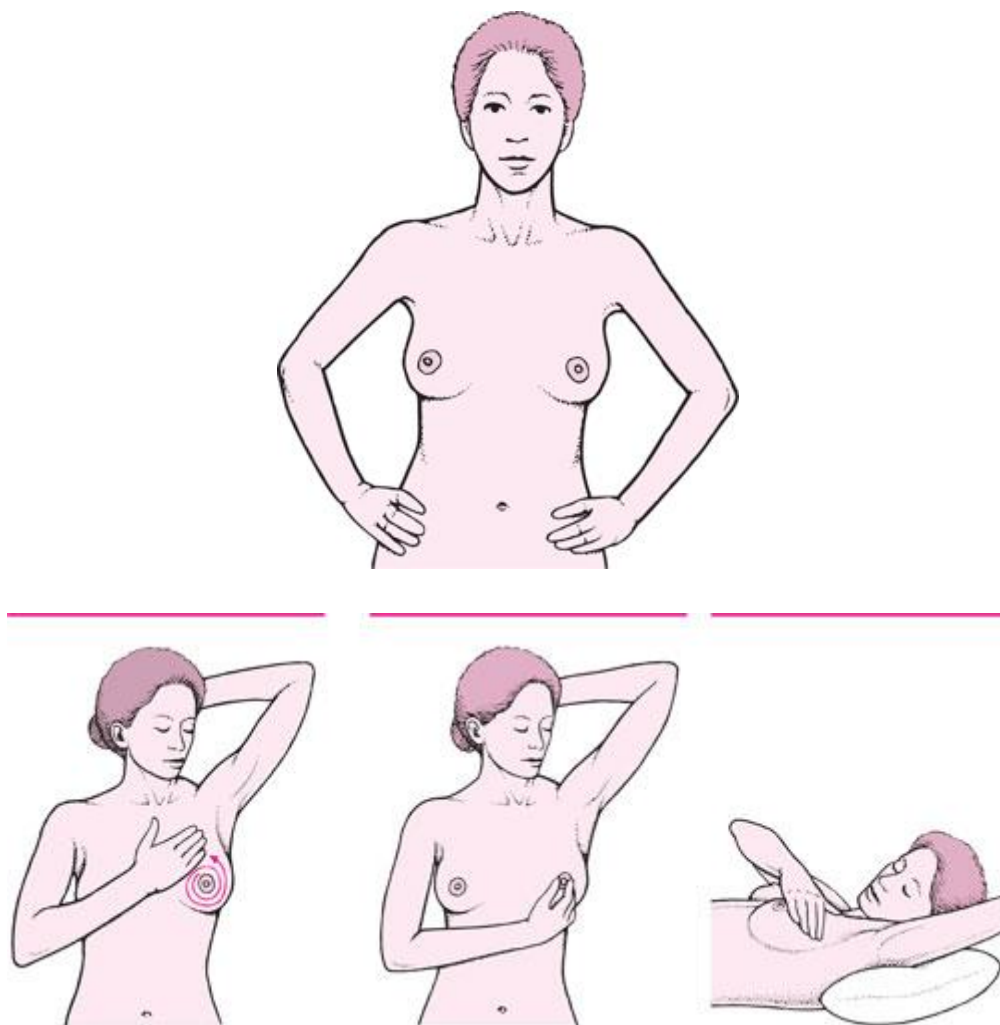
Osobitu pozornost treba posvetiti obiteljskoj anamnezi s obzirom na maligne bolesti, ranijim bolestima dojki, broju porođaja, dobi kod prvog porođaja, dobi kod prve i posljednje menstruacije. Treba saznati sa li je bolesnica dulje vrijeme uzimala hormonsku terapiju. Ako bolesnica navodi iscjedak, treba saznati javlja li se on na objema dojkama ili samo na jednoj, je li stalan ili povremen te koje je boje i konzistencije. Dobro uzeta anamneza ima svoje značenje u diferencijalnoj dijagnozi pri razlučivanju malignog tumora od drugih bolesti dojke. Podatak o uvlačenju bradavice, a posebice trajanje te pojave, vrlo je bitno u dijagnostičkom postupku. Pojava sekreta iz

bradavice, njegov izgled, a posebice pojava krvi zahtijeva pomnu obradu bolesnice. Spomenute pojave nisu uvijek znaci raka dojke, ali se obradom mora isključiti maligna bolest. Osnovno je obilježje raka dojke pojedinačna bezbolna tvrda tvorba, nejasno ograničena u odnosu na okolinu. Preko 90% bolesnica same su otkrile novotvorevinu na dojci i zbog toga se javile na pregled. Za dijagnozu su bitne prijašnje bolesti te kirurški zahvati na njoj.

1.5.2. Inspekcija i palpacija dojki

Nakon uzete anamneze slijedi inspekcija dojki. Važno je obratiti pažnju na položaj, oblik i veličinu dojki, izgled i oblik bradavica, te da li postoje promjene boje, kvaliteta kože i venski crteži. U toku inspekcije pacijentica se pomiče lijevo-desno kako bi se ovi elementi sagledali iz svih kuteva. Nastavak pregleda se obavlja s rukama podignutim iza glave i zategnutom muskulaturom kako bi se bolje uočile promjene tipa uvlačenja ili izbočina na dojci.





Slika 3. Samopregled dojke (sjedeći i ležeći položaj)

Izvor slike: <http://www.msđ-prirucnici.placebo.hr/msđ-za-pacijente/specificne-bolesti-zena/bolesti-dojke/rak-dojke>

Palpacija je najvažniji dio kliničkog pregleda. Najprije je potrebno dojku ispalpirati punim dlanom, kružnim pokretima. Nakon toga dojka se ispalpira prstima obje ruke, i to tako da je bolesnica nagnuta malo naprijed, s opuštenim prsnim mišićima. Kod ležećeg pregleda dojka se raširi, postaje tanja, pa se mnoge strukture lakše pipaju. Još bolji raspored struktura u dojki postizemo podizanjem odgovarajuće ruke iznad glave. Na taj način dobiva se raspored struktura koji je više-manje stalno isti i koji se godinama ne mijenja, pa zato omogućuje lakše pamćenje položaja i veličine različitih struktura. Pregled pokušavamo poboljšati tako što dojku podijelimo na četvrtine vukući okomice kroz bradavicu, pa tako razlikujemo gornji unutarnji, gornji

vanjski, donji unutarnji i donji vanjski kvadrant. Nakon dojke potrebno je palpirati aksilarnu, supraklavikularnu i infraklavikularnu jamu. Pregled je najbolje raditi prilikom kupanja. Neobično je važno da se samopregled uvijek izvodi u istoj fazi ciklusa, pred kraj ili neposredno poslije menstruacije, u fazi kada se dojke opuste. Kod nekih žena je to već treći dan ciklusa, kod drugih sedmi ili osmi. Ni kod iste žene to ne mora uvijek biti u istom danu ciklusa, kao što ni dojke nisu uvijek jednako napete uoči menstruacije. Svaka žena može najbolje ocijeniti trenutak kada se dojke opuste i tako ih pipati u najboljem trenutku (10).

1.5.3. Ultrazvuk dojki

Za dojke mlađih žena važna dijagnostička metoda (nakon fizikalnog pregleda) jest ultrazvuk jer je njegova osjetljivost i specifičnost u toj dobi veća od mamografije. Ultrazvuk dojke je dopunska pretraga, koja je indicirana nakon što mamografija daje dvojben ili nejasan nalaz. Iznimka su dojke mlađih žena, kod nas ispod 40. godine, jer se zbog smanjenog rizika raka dojke kod tih žena, neželjenog djelovanja ionizirajućeg zračenja te „gustih“ dojki kod mlađih osoba, smatra da je uputnije početi obradu ultrazvukom.

1.5.4. Citološka pretraga

Citološka se pretraga sastoji od toga da se aspiracijskom punkcijom pomoću tanke igle dobiju stanice tumora za citološki pregled. Mora se vršiti ciljano iz suspektnog dijela dojke. Točnost navedene pretrage pokazuje se samo pri nalazu malignih stanica. Negativan citološki nalaz može biti posljedica promašaja tumora s malobrojnim malignim stanicama.

1.5.5. Mamografija

To je najznačajnija i najučinkovitija neinvazivna metoda pregleda dojki, a u dijagnostici asiptomatskog i klinički okultnog (nepalabilnog) karcinoma dojke predstavlja „zlatni standard“. Ali ne svaka mamografija, već samo vrlo kvalitetna mamografija(8). Najveća je vrijednost ove pretrage u diferencijalnoj dijagnostici različitih procesa u dojci, posebno onih koji zbog svojih neznatnih dimenzija nisu dostupni palpaciji. Unatoč njezinoj izuzetnoj vrijednosti i nezamjenjivosti u otkrivanju karcinoma važno je naglasiti da se mamografijom može prikazati 15-20% karcinom dojki, posebice ako se radi o dojkama s gustom žljezdanom strukturom.

Podaci britanskih istraživača prikupljeni u Švedskoj pokazuju kako je redovito provođenje mamografija povezano s prevencijom smrti od raka dojke. U prosjeku su žene koje su redovito odlazile na mamografiju imale 30% manji rizik za smrt od raka dojke. Utvrđeno je i kako se s vremenom uz pomoć mamografije povećava broj spriječenih smrtnih slučajeva prouzročenih rakom dojke.

Galaktografija je metoda kontrasnog prikazivanja mliječnih vodova i procesa unutar njih

1.5.6. Biopsija

Najbolji uvid u stupanj malignosti patološkog procesa i njegovu rasprostranjenost unutar tkiva dojke pruža biopsija, koja time ujedno određuje vrstu i opseg kirurškog zahvata. Indikacija za biopsiju dojke postavlja se timski. Tim čine suradnici svih primjenjenih dijagnostičkih postupaka. Pozitivan klinički nalaz, bez obzira na druge pretrage, zahtijeva biopsiju. Isto tako i opravdan mamografski nalaz bez obzira na druge pretrage, indicira također izvođenje biopsije uz prethodno točno lokaliziranje procesa unutar dojke. Često se postavlja pitanje je li nužno da biopsija neposredno prethodi kirurškom zahvatu. Za sada ipak ne postoji ni jedna teorijska postavka koja bi umanjila

značenje bipsije pred operacijom. Biopsiju u pravilu treba izvoditi u općoj anesteziji, a bolesnica se priprema kao da će uslijediti radikalna operacija (7).

1.5.7. Program ranog otkrivanja raka dojke

U Hrvatskoj program ranog otkrivanja raka dojke je u skladu 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 koju je usvojila Svjetska zdravstvena skupština na svom 58. zasjedanju u Ženevi 2005.godine da bi ukazala na rastući problem karcinoma u svijetu. Program ranog otkrivanja raka dojke značajno pridonosi poboljšanju zdravlja populacije i odnosu cijena-korist jedino ako je dobro koncipiran i ako je njime obuhvaćena sveukupna ciljana populacija te ako je organizirana dobra kvaliteta rada na svim razinama. Sve građanke moraju imati jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira, uključujući i socijalno najugroženije. Mamografski skrining svake 2-3 godine, uz praćenje osoba s pozitivnim ili suspektnim nalazima, smanjit će mortalitet od raka dojke za jednu trećinu među ženama u dobi od 50-69godine. Mamografski skrining ne treba uvoditi sve dok nisu dostupna sredstva da se osigura unčikovit barem za 70% ciljane skupine, a to su žene starije od 50 godina.

ŽIVOTNA DOB	SAMOPREGLED	FIZIKLANI PREGLED LIJEČNIKA	MAMOGRAFIJA	NAPOMENA
20 – 40	Najmanje jednom na mjesec	Svake druge godine	mamografija	<i>Pozitivni nalaz</i> ide na obradu
35 - 40				<i>Suspektni nalaz</i> ide u skupinu povećanog rizika
40 - 50				<i>Negativni nalaz</i> ide na praćenje ultrazvukom i fizikalnim pregledom
Sve žene iz skupine s većim rizikom				Svake godine
			Svake godine	

TABLICA 1.:Vodič za redovni pregled dojke radi ranog otkrivanja raka

1.6. PATOHISTOLOŠKA PODJELA TUMORA DOJKE

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), tumori dojke klasificiraju se na:

Neinvazivni (neinfiltrativni) karcinom:

1. Intraduktalni (DCIS)
2. Intraduktalni papilarni
3. Lobularni in situ (LCIS).

Invazivni karcinom:

1. Invazivni duktalni
2. Lobularni
3. Medularni
4. Koloidni
5. Pagetova bolest
6. Tubularni
7. Adenoidni komedokarcinom
8. Invazivni komedokarcinom
9. Apokrini
10. Invazivni papilarni.

Oko 75-80% tumora dojke otpada na duktalne invazivne karcinome koji mogu biti čisti ili u kombinaciji s drugim histološkim tipovima. Invazivni lobularni karcinom na drugom je mjestu učestalosti. Pegetova bolest karakterizirana je tumorskim procesom koji zahvaća bradavicu. Svakom od ovih tumora prilikom rutinske dijagnostike potrebno je odrediti histološki stupanj diferenciranosti, jer se pokazalo da on ima veliki utjecaj na prognozu bolesti (2).

1.7. KLINIČKA KLASIFIKACIJA

Stupanj proširenosti bolesti jedan je od temeljnih čimbenika za određivanje postupaka liječenja i prognoziranja ishoda bolesti. Zbog toga je vrlo bitno odrediti stupanj proširenosti malignoma dojke. Najprihvaćenija je podjela prema TNM klasifikaciji, gdje T označuje veličinu tumora, N metastaze u regionalnim limfnim čvorovima, a M metastaze (2).

Tx - primarni tumor ne može se odrediti

T0 – ne može se dokazati primarni tumor

Tis – neinvazivni tumor

T1, T2, T3, T4 – klasifikacija prema veličini tumora

Nx – postojanje metastaza u regionalnim limfnim čvorovima

N1, N2, N3 – metastaze u limfnim čvorovima

Mx – ne može se utvrditi prisutnost udaljenih metastaza

M0 – bez udaljenih metastaza

M1 – prisutne udaljene metastaze

TNM klasifikacija tumora dojke osnovana je za definiranje stadija bolesti kojima se određuje stupanj uznapredovale bolesti. Liječenje i prognoza određuje se i opisuje s obzirom na tako dobivene studije (2).

1.8. NAČIN ŠIRENJA RAKA DOJKE

Rak dojke kao i većina zloćudnih tumora širi se lokalno, limfogeno i hematogeno. Najčešći putovi širenja raka dojke su:

1. Hematogeno u udaljene dijelove tijela (pluća, kosti, jetra, mozak)
2. U limfne čvorove ispod ošita
3. U medijastinalne limfne čvorove
4. Lokalno u okolne strukture
5. U vratne limfne čvorove
6. U limfne čvorove uz arteriju mamariu internu
7. U limfne čvorove iznad ključne kosti
8. U pripadajuću pazušnu jamu
9. U drugu dojku i u pripadajuću pazušnu jamu.

Rak dojke raste polagano udvostručenjem tumorskih stanica. Prirodni lijek karcinoma dojke odlikuje dugotrajnost. Procjenjuje se da se prosječan tumor udvostručuje oko 3 puta godišnje. Potrebno je 5-8 godina da se tumor poveća na promjer od 1 cm i tek tada se može otkriti pipanjem i samopregledom. Kako tumor raste, odbacuje stanice koje se šire po tijelu limfnim ili krvnim žilama. Rak dojke vrlo rano stvara udaljene presadnice (metastaze) i to prvenstveno u pazušnim limfnim čvorovima. Izravno širenje tumora u kožu i potkožno tkivo uzrokuje nabiranje kože, uvlačenje kože i bradavice, a ponekad i nastanak rane. Tumor se limfnim putovima širi do limfnih čvorova u pazušnoj jami i drugim područjima u tijelu. Krvlju se presadnice šire najčešće u pluća, jetru i kosti, mozak, jajnike i nadbubrežnu žlijezdu.

1.9. KLINIČKE ZNAČAJKE RAKA DOJKE

Rak dojke je bolest koja se dugo razvija prije nego postane klinički manifestna. Prosječno trajanje života bolesnice koja odbije bilo koje liječenje iznosi 2,5 do 3 godine, no nisu rijetki slučajevi gdje su bolesnice živjele i bez terapije i 20 godina. Rak dojke je tumor sporijeg rasta i pokazalo se da se u prosjeku poveća 3 puta u godinu dana.

1.10. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Diferencijalno dijagnostički, u raka dojke dolaze u obzir sljedeće bolesti:

1. Fibrocistična mastopatija
2. Benigni tumor
3. Rjeđe specifične i nespecifične upale.

Katkad u dojci nalazimo nekrozu masnih tkiva kao posljedicu ozljede ili degenerativnih promjena.

Fibrocistična mastopatija obično zahvaća obje dojke. Žljezdani parenhim je pri toj pojavi induriran i elastične je konzistencije bez oštrih granica.

Cista je obično okrugla elastična tvorba, a može ih biti i više.

Među benignim tumorima najčešći su fibroadenomi. Njihova osobina je da su tvrdi, oštro ograničeni i glatke površine, a izrazito su pokretni unutar dojke.

Među upalnim procesima tuberkuloza je diferencijalno dijagnostička teškoća.

Fibroadenom, mastopatija i rak dojke su najčešće diferencijalno dijagnostičke teškoće. Učestalost im je različita prema dobnim skupinama, s time da se benigni tumori pojavljuju nakon puberteta, a mastopatija je najčešća.

1.11. LIJEČENJE RAKA DOJKE

Osnovni pristupi liječenja raka dojke mijenjaju se tijekom vremena. Od Haldstedove teorije (1894.) koja govori o raku dojke kao lokalnoj bolesti do fisherove biološke hipoteze (1968.) koja govori da je rak sistemna bolest. Ove dvije teorije razlikuju se i u kirurškom pristupu. Haldstedova je za mastektomiju, a Fisherova za poštudne kirurške zahvate (segmenktomiju, kvadrantektomija, lumpektomija). Poštudni kirurški zahvat s popratnom iradijacijom prikladna je metoda u žena s rakom 1. i 2 stadija. Preživljavanje je jednako kao i kod mastektomije. Pri provođenju liječenja raka dojke 5 je osnovnih uvjeta kojih se mora pridržavati:

1. TNM klasifikacija
2. Određivanje stadija bolesti
3. Tinski rad
4. Histološka verifikacija
5. Određivanje receptora.

Nakon dijagnostičkih postupaka dobivamo tri velike skupine bolesnica sa rakom dojke, s različitim terapeutskim pristupom:

1. Operabilni rak dojke T0 – T3a, N0 – N1, M0 (tumor dojke se ne pipa – nema učvršćivanja ili priraslina za pektoralnu fasciju i mišić, u aksili se ne pipaju limfni čvorovi- u aksili se pipaju pomični limfni čvorovi, bez udaljenih metastaza)
2. Lokalno uznapredovali rak dojke T3b- 4, Nx-M0 (tumor prirašten u pektoralnu fasciju i mišić, tumor dojke bilo kojih dimenzija, sa zahvaćenom kožom ili torakalnim zidom, limfni čvorovi x broja fiksirani međusobno ili s okolinom, bez udaljenih metastaza).
3. Diseminirani rak dojke Tx, Nx, M1 (tumor x broja bilo kojih dimenzija sa zahvaćenom kožom i torakalnim zidom, limfni čvorovi x broja povećani i fiksirani međusobno ili s okolinom, prisutne i potvrđene metastaze)(2).

1.11.1. Kirurško liječenje

Kirurško liječenje je uobičajeni način liječenja raka dojke. Novi i napredniji oblik kirurškog liječenja, koji možemo i nazvati revolucijom u ovom području dolazi s Halstedom i Mayerom, koji 1984. godine istodobno, u potpunosti uklanjaju dojku, potpunu disekciju aksilarnih limfnih čvorova a sve tri etaže, resekciju obaju pektoralnih mišića uz resekciju torakodorsalnog neurovaskularnog spleta i n. thoracicus longus. Radikalna mastektomija po Haldstenu unosi novu eru i pristup u liječenju karcinoma dojke. Pojmom Fisherove teorije (1968.) o biološkom rastu i ponašanju tumora u svijetu sve više pristaša dobivaju tzv. poštedni kirurški zahvat na dojci (segmentektomije, kvadrantektomije, lumpektomije). Poštedna operacija dojke predstavlja uklanjanje zloćudnog tkiva dojke uz malo okolnog, zdravog tkiva. Pri tome se normalan izgled dojke može sačuvati u velikoj mjeri.

Prema opsegu kirurškog zahvata razlikujemo:

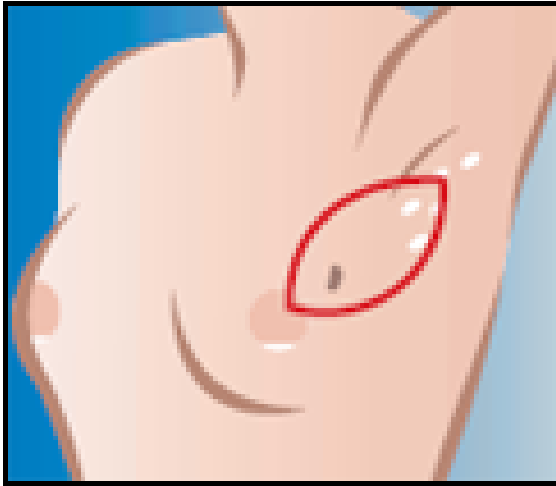
1. Lumpektomija /uklanjanje kvržice (nekad se naziva ekscizijska biopsija ili široka ekscizija) je uklanjanje kvržice u dojci i odstranjenje nešto okolnog tkiva. Nakon operacije obično slijedi terapija zračenjem preostalog dijela dojke. Većina liječnika obično uklanja i neke od limfnih čvorića u pazušnoj jami.



Slika 4. Lumpektomija

Izvor slike: http://www.cybermed.hr/centri_a_z/rak_dojke/lijecenje_raka_dojke

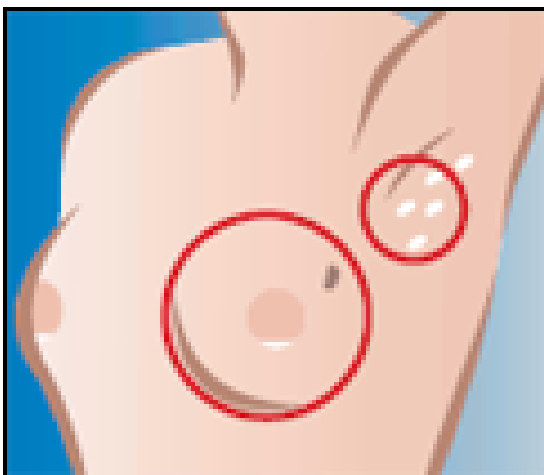
2. Segmentnu mastektomiju (naziva se još i kvadrantektomija) uklanja se tumorsko tkivo te veliki dio normalnog tkiva koje ga okružuje, moguće je uklanjanje i nešto limfnih čvorova u pazuhu.



Slika 5. Segmentna mastektomija

Izvor slike: http://www.cybermed.hr/centri_a_z/rak_dojke/lijecenje_raka_dojke

3. Totalnu (jednostavnu) mastektomiju. Uklanja se dojka u cijelosti, moguće je i uklanjanje limfnih čvorova u pazuhu.



Slika 6. Totalna (jednostavna) mastektomija

Izvor slike: http://www.cybermed.hr/centri_a_z/rak_dojke/lijecenje_raka_dojke

4. Modificiranu radikalnu mastektomiju, kod koje se odstranjuju dojke, mali pektoralni mišići i limfni čvorovi iz aksile ili se odstrane samo dojka i limfni čvorovi.

5. Radikalnu mastektomiju koja se sastoji u odstranjenju dojke, oba pektoralna mišića i limfnih čvorova iz aksile. Ako se odstranjuju i limfni čvorovi duž arterije mamarije, te učini i resekcija dijela torakalne stijenke, govorimo o proširenoj radikalnoj mastektomiji (13).

Najčešće komplikacije kirurške terapije jesu: dehiscijencija šavova i edem ruke nakon disekcije aksile, koji može prerasti i u tromboflebitis. Smatra se da je kod edema ruke u tijeku ili odmah nakon terapije više uzrok zračenje nego kirurško liječenje. Limfna drenaža ruke poremećena je zbog dislokacije aksile i to je vjerojatni razlog edema i tromboflebitisa koji se pojavljuje kasnije. Rekonstrukcija dojke nakon mastektomije i poštenog kirurškog zahvata ima vrlo velik utjecaj na psihičko stanje i brzinu oporavka te bi zbog toga trebala biti pravilo, a ne iznimka. Cilj rekonstruktivne plastične kirurgije jest vratiti simetriju između dvije dojke. Postupak se izvodi kako bi se zamijenila koža, tkivo dojke i bradavica uklonjena tijekom mastektomije. Žene koje razmišljaju o rekonstruktivnom zahvatu trebaju se posavjetovati s plastičnim kirurgom prije nego što se obavi zahvat mastektomije.

Poslije rekonstrukcije dojke najčešće komplikacije su:

- hematom
- infekcija
- ishemija kože i potkožnog tkiva sve do nekroze
- rana protruzija na mjestu dehiscijencije šavova ili nekroza kože
- stvaranje fibrozne kapsule oko implatanta
- nekroza mišićno – kožnog slobodnog reznja.

1.11.2. Radioterapijsko liječenje

U terapiji zračenjem koriste se visoke doze zračenja kako bi se uništile tumorske stanice odnosno spriječio njihov daljnji rast i razmnožavanje. Terapija zračenjem umanjuje oštećenja zdravih stanica, a obično se provodi nakon poštodne operacije dojke, a ponekad i nakon mastektomije kako bi se smanjio rizik od ponovnog lokalnog pojavljivanja raka u dojci. Terapija zračenjem (izolirana ili uz kemoterapiju odnosno hormonsku terapiju) ponekad se koristi u svrhu smanjivanja veličine tumora prije operacije. Radioterapija raka dojke je vrlo složen postupak zbog blizine pluća i srca. Zračenje pluća i srca moramo svesti na najmanju moguću mjeru, a s druge strane, dojka mora biti radikalno označena homogenim poljem. Zbog zakrivljenosti prsnog koša zrači se iz nekoliko smjerova, pazeći pritom da ne dođe do preklapanja polja jer se na tom mjestu zračenje zbraja pa mogu nastati neželjene nuspojave. Dojka se zrači telekobaltom ili X-zrakama linearnog akcelatora čija je energija prilagođena debljini zračnoga tkiva. Zrači se minimalnom terapijskom dozom od 45 do 50 Gy koja je raspodijeljena u 22 do 25 frakcija zračenja tijekom 4,5 do 5 tjedana. Gornja granica polja zračenja dojke u visini glave i ključne kosti, medijalna je granica u medijalnoj liniji prsne kosti ili 1cm preko te linije, lateralna granica je 2 cm lateralno od dojke, a donja je granica oko 1cm ispod tkiva dojke. Nakon poštudnog kirurškog liječenja, osim preostale dojke zrače se i područja regionalnih limfnih čvorova ako je patohistološki nalaz diseciranih čvorova bio pozitivan. Najčešća komplikacija radioterapije je radiodermatitis koji se očituje laganim crvenilom i iritacijom kože.

1.11.3. Kemoterapijsko liječenje

Već se dugo zna da je karcinom dojke gotovo od samog početka sistemna bolest te da lokalna kirurška i radioterapija mogu biti dostatne samo kod ranih stadija karcinoma dojke. Žene kojima su ustanovljene metastaze u 1 do 3 limfnih čvorova imaju vjerojatnosti oko 65% da će do relapsa bolesti doći u idućih 3 godine nakon

kirurškog zahvata, ako nakon takvog zahvata ne dobiju adjuvantnu kemoterapiju. Zbog svega navedenog kemoterapija zajedno s kirurgijom i radioterapijom već mnogo godina je standardna metoda liječenja raka dojke. Pri određivanju visine doze i trajanju terapije potrebno je imati u vidu i kvalitete života bolesnice. Terapijska doza ovisi o površini tijela, tjelesnoj masi i vrsti tumora.

U najčešće komplikacije kemoterapije ubrajaju se:

1. mijelotoksičnost koja rezultira pojačanom osjetljivošću na zaraze, anemijom i produljenim vremenom zgrušavanja krvi
2. gastrointestinalna toksičnost, koja se očituje mučninama i povraćanjem te osjećajem općeg lošeg stanja
3. nefrotoksičnost
4. neurotoksičnost
5. alopecija, javlja se gotovo u svih bolesnica.

1.11.4. Hormonska terapija

Hormonska terapija uskraćuje zloćudnim stanicama hormone koji su im potrebni za rast. Rak dojke spada u hormonski ovisne tumore, te osobito mjesto u liječenju uznapredovalih formi, recidiva i metastaza nalazi endokrina terapija. Indikacije za endokrinu terapiju izводе se iz prisustva estrogenih i progesteronskih receptora u tumorskom tkivu. Oko 60 – 70% slučajeva raka dojke sadrže estrogenske receptore u srednjoj ili velikoj mjeri i stoga reguliraju na endokrinu- antiestrogensku terapiju. Razlikuju se ablativna i aditivna hormonska terapija. *Ablativna endokrina terapija* podrazumijeva odstranjenje jajnike (ovarektomija) u premenopauzi. Sličan učinak ima terapija s GnRH analogima (Zoladex, Enantone) – kemijska ovarektomija. Aditivna hormonska terapija podrazumijeva primjenu odgovarajućih hormonskih lijekova: antiestrogenskih hormona (tamoxifen), gestagena ili inhibitora aromataze (kemijska adrenalektomija). Hormonski preparati sigurni su za upotrebu i nuspojave njihova korištenja su rijetko ozbiljne prirode. Zbog toga se preporučuje primjena hormonske

terapije i u bolesnica u kojih su vrijednosti hormonskih receptora granične ili se zbog bilo kojeg razloga nisu mogle odrediti.

1.12. PROGNOZA

Prognoza tumora dojke u prvom redu ovisi o stadiju u kojem je tumor otkriven liječenje započeto. Općenito prognoza nije dobra jer petogodišnje preživljavanje, bez obzira na stadij, iznosi 50%.

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada je prikazati zdravstvenu njegu bolesnice oboljele od tumora dojke od prijema na kirurški odjel, kroz prijeoperacijsku pripremu, poslijeoperacijsko razdoblje sve do otpusta iz bolnice. Prikazati proces zdravstvene njege bolesnice kroz plan zdravstvene njege i prikazati najčešće sestrinske dijagnoze. Smatram kako je važno prikazati vrste bolesničkih problema koji se javljaju za vrijeme bolesti te mogućnosti rješavanja istih kroz primjenu procesa zdravstvene njege.

3. RASPRAVA

3.1. PRIKAZ SESTRINSKE SKRBI ZA BOLESNICE OPERIRANE OD TUMORA DOJKE

Bolesnice s tumorom dojke primaju se kao redovni prijam na kirurški odjel za planirane operacijske zahvate 1-2 dana prije. Obradu za kirurški zahvat naprave kroz planirane i specijalističke konzilijarne ambulante. Viša medicinska sestra prilikom prijama bolesnice na kirurški odjel uz opće podatke o bolesnici uzima sestrinsku anamnezu, pregledava bolesnicu, postavlja sestrinsku dijagnozu, plan i program zdravstvene njege te listu dokumentacije zdravstvene njege. Prvi dojam bolesnice stječe se pri prijemu i taj proces mora proći toplo, humano, brzo.

Zdravstvena skrb bolesnice s malignomom dojke usmjerena je na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti. Uz otklanjanje tjelesnih simptoma, bolesnicu moramo pripremiti i prilagoditi promjenama koje će nastati nakon kirurškog zahvata.

3.2. PRIJEOPERACIJSKA PRIPREMA

Svrha je prijeoperacijske pripreme bolesnice osigurati najbolju psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat.

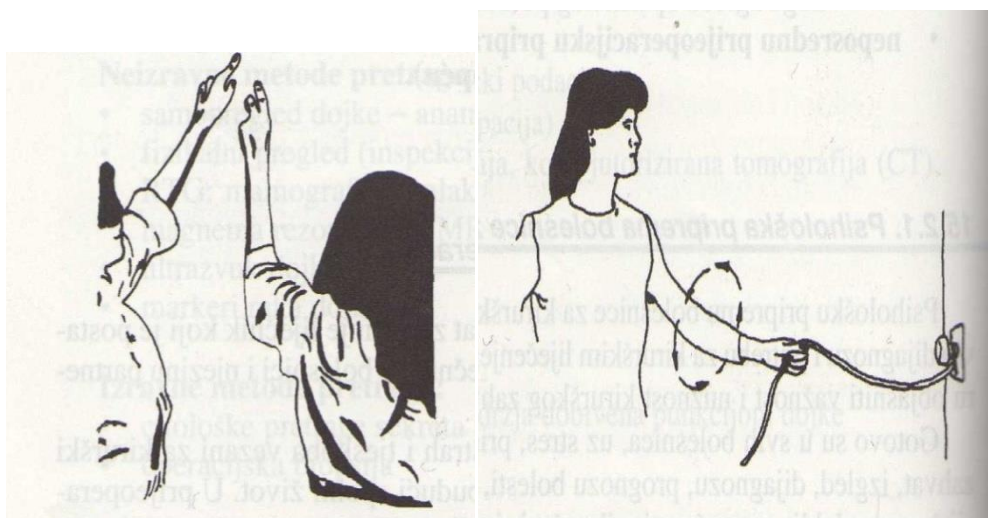
Psihološko pripremanje započinje liječnik, a nastavlja ga medicinska sestra kao važan sudionik tima i mora se maksimalno uključiti. Svojim znanjem i komunikacijskom vještinom aktivno uključuje bolesnicu u proces zdravstvene njege. Razlozi zabrinutosti bolesnice nakon prijama u bolnicu su različiti: osjećaj bespomoćnosti i izgubljenosti, strah od boli, operacijskog zahvata i anestezije, strah zbog izgleda nakon operacije, prognoze te strah za budući spolni život.

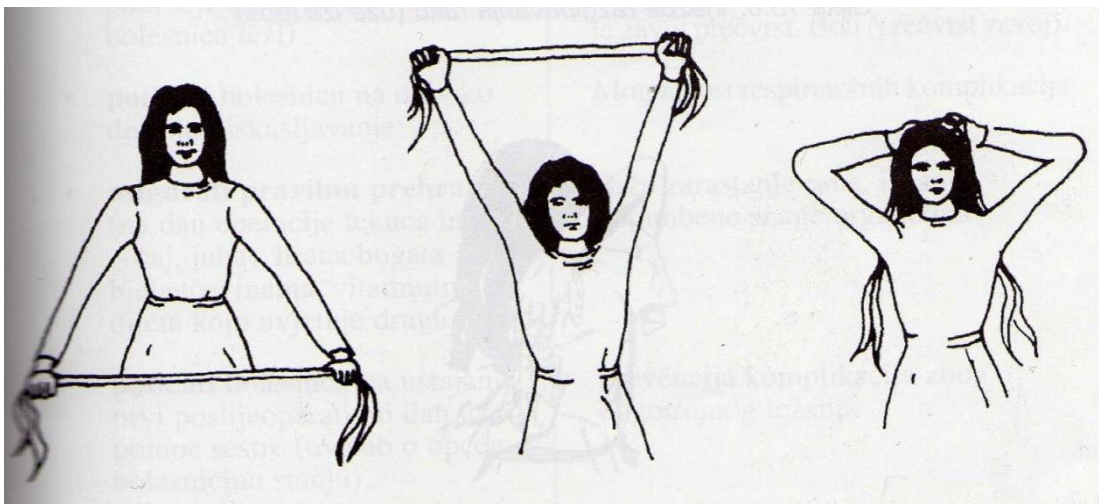
Psihološku podršku medicinska sestra treba prije i nakon kirurškog zahvata pružiti bolesnici. Cilj je da bolesnica verbalizira svoje emocije, a medicinska sestra će je

potaknuti opisivanjem pozitivnih iskustava. Pristup bolesnici treba biti individualan, u skladu s njenim mogućnostima primanja informacija i znanja. Za vrijeme razgovora sestra treba pažljivo slušati bolesnicu i pokazati zanimanje za njene probleme, a na pitanja odgovoriti iskreno i uz potporu. Sestra treba empatijom osvojiti povjerenje i koristiti dodir rukom kao znak ohrabrenja (14).

Psihološka priprema uključuje partnera kako bi što lakše prihvatio promjene nastale nakon operacije.

Fizička priprema se sastoji od provjere dokumentacije vezane za bolest i rutinskih pretraga vezanih za kirurški zahvat. Obaveza medicinske sestre je educirati bolesnicu vježbanja disanja, poticati je na izvođenje i provjeriti je li usvojila znanja i vještine. Zadaća sestre je poučavanje bolesnice vježbama ruke na bolesnoj strani radi razgibavanja ramenog zgloba, koje će spriječiti skraćanje mišića i stvaranje kontraktura. Tijekom poučavanja sestra mora biti strpljiva, uvjerenjena u ono što poučava, pozitivno usmjerena. Sestra upute mora ponavljati (demonstrirati način izvođenja), poticati bolesnicu na izvođenje te provjeriti je li ona usvojila znanja i vještine te osijeća li se spremna za promjenu načina života. Savladano izvođenje vježbi prije operacije i provođenje nakon operacije u velikoj će mjeri spriječiti razvoj postoperativnih posljedica (12).





Slika 7. Vježbe razgibavanja ruku

Izvor slike: https://www.google.hr/search?q=rak+dojke-+razgibavanje+ruku&um=1&hl=hr&gbv=2&tbm=isch&oq=&gs_l=

Intervencije koje sestra obavlja na dan prije operacije su:

- provjeriti jesu li obavljani svi pregledi i laboratorijske pretrage
- dokumentacija mora biti uredno složena kronološkim redom jer je to važno za anesteziološki i kirurški tim
- obavijestiti bolesnicu o anesteziološkom pregledu
- dati protokol prehrane, (objasniti bolesnici važnost neuzimanja hrane i tekućine iz a ponoći)
- provoditi intervencije za psihološku podršku kako bi bolesnica mogla izraziti svoje osjećaje i postaviti pitanje.
- po odredbi liječnika prije spavanja dati propisanu premedikaciju

Intervencije koje sestra obavlja na dan operacije:

- kroz rani intervju koji sestra provodi rano ujutro mora provjeriti je li se bolesnica pridržavala protokola prehrane
- provjeriti je li se nešto dogodilo do jutros u smislu dobivanja mjesečnice ili alergijske reakcije
- provođenje higijenskog protokola važan je čimbenik u sprječavanju infekcije kirurškog mjesta u što spada kompletno kupanje tijela i pranje kose, higijena usne šupljine
- priprema operacijskog polja što podrazumijeva uklanjanje dlačica s područja dojke i aksile te dezinfekcija. Ako bolesnica želi sama ukloniti dlačice depilacijom ili brijanjem dopuštamo joj i kontroliramo učinjeno.
- upozoriti bolesnicu da treba skinuti: nakit, sat, zubnu protezu, kontaktne leće, kozmetičke preparate, lak za nokte
- sestra daje premedikaciju po odredbi liječnika i objašnjava joj njeno djelovanje
- osigurati prijevoz bolesnice u operacijsku dvoranu

Na sam dan operacije važnu ulogu ima smirena sredina koja bolesnici daje osjećaj sigurnosti. Sestra pri provođenju intervencija u pripremi bolesnice za operaciju mora voditi brigu i o „malim“ stvarima koje bolesnici mogu pomoći: ohrabrujući pogled,

stisak ruke, objašnjenje svega što će se raditi. Sestra može ponuditi pomoć bolničkog duhovnika koji posebno kod osoba starije životne dobi bude oslonac pa bolesnica znatno smirenije dočekuje kirurški zahvat.

3.3. POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA

Nakon operacije bolesnica se premješta u sobu za buđenja koja se nalazi u operacijskom bloku. Opremljena je aparatima i uređajima za praćenje svih vitalnih funkcija.

Zdravstvena njega bolesnice u ranom poslijeoperacijskom tijeku (Recovery room) usmjerena je na:

- praćenje učinka anestezije (vraćanje senzornih funkcija)
- praćenje stabilnosti i vitalnih znakova
- prepoznavanje ranih simptoma postoperacijskih komplikacija
- praćenje balans tekućina
- otklanjanje i/ili smanjenje tjelesnih simptoma

Pri premještanju bolesnice iz operacijske dvorane (sobe za buđenje) medicinska sestra preuzima dokumentaciju i dobiva uvid u stanje bolesnice, vrsti zahvata, korištenim anestheticima, eventualnim incidentima i komplikacijama postavljenim drenovima, nadoknadi volumena tekućine.

Poslijeoperacijska je zdravstvena njega bolesnice s operacijom dojke usmjerena na otklanjanje tjelesnih simptoma, sprječavanje i prepoznavanje komplikacija, sprječavanje infekcije, prilagodbu na promjene koje su se dogodile u tijeku kirurškog zahvata i usvajanje poželjnog ponašanja (15).

Intervencije u zbrinjavanju bolesnice poslije operacije

- staviti bolesnicu u odgovarajući položaj (nakon operacije je ležeći – bočni, zatim povišeni). Povišeni položaj omogućuje lakše iskašljavanje i bolju ventilaciju pluća te olakšava drenažu krvi i seruma iz rane.

- ruku na operiranoj strani staviti na jastuk (lakat pod pravim kutom). Ruka podignuta na jastuk za oko 30* pomaže otjecanju tekućine kroz limfne i venske putove i umanjuje pritisak i bol.
- promatrati i mjeriti vitalne znakove, vanjski izgled, disanje, balans tekućine i diurezu. Uočavaju se promjene, prepoznaju komplikacije i/ili poslijeoperacijske teškoće (mučnina, povraćanje, bol, poteškoće s mokrenjem).
- kontrolirati zavoj zbog poremećaja cirkulacije. Kontrolirati drenažu zbog mogućnosti krvarenja. Moguća je dispneja i bol zbog prečvrstog zavoja.
- poticati bolesnicu na duboko disanje i iskašljavanje da bi se spriječile respiratorne komplikacije
- osigurati tekuću dijetu poslije operacije, a kasnije prehranu s mnogo bjelančevina i vitamina jer ovakva prehrana omogućava brže zarastanje rane i jačanje obrambene snage organizma.
- poticati bolesnicu na ustajanje prvi poslijeoperativni dan, pružiti joj fizičku pomoć i osigurati pomagala (trapez) i na taj način prevenirati komplikacije dugotrajnog ležanja.
- poticati bolesnicu na vježbe razgibavanja ruke i ramenog zgloba drugi dan od operacije zbog prevencije limfedema i kontraktura.
- spriječiti nastanak infekcije tako da se pri previjanju poštuju sva pravila asepse
- voditi sestrinsku dokumentaciju i bilježiti sve što se za bolesnicu uradilo
- pružiti psihološku potporu i osigurati posjete i komunikaciju s bliskim osobama

3.4. ULOGA MEDICNSKE SESTRE KOD PREVIJANJA KIRURŠKE RANE

- previjanje se izvodi tehnikom ne dodirivanja i uporabom sterilnih instrumenata
- rana se najčešće previja drugi dan poslije operacije
- pri izvođenju previjanja strogo paziti na aseptične uvjete
- sestra je dužna osigurati prostor, pribor, bolesnika i osobnu pripremu.
- pri prvom previjanju bolesnici treba osigurati privatnost i pružiti joj psihičku podršku jer je to zapravo njeno prvo suočavanje s operacijskim rezom.

- za drenažu kod ovih operacija najčešće se koristi Redon drenaža tj.drenaža na niski negativni tlak te je vrlo važno promatrati ulaznu ranu drenaže,boju i količinu drenažnog sadržaja.
- promatra se rana da bi sestra na vrijeme uočila eventualne znakove poremećenog cijeljenja rane.

3.5. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE

Dijagnoza koju postavlja prvostupnica sestrinstva opis je aktualnog ili potencionalnog zdravstvenog problema koji su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati (M. Gordon). To je izjava koja opisuje ljudske odgovore pojedinaca ili grupe koje sestre mogu legalno identificirati i za koje mogu propisati konačne intervencije radi održavanja zdravstvenog stanja ili smanjena, otklanjanja i sprečavanja poremećaja (Carpenito). Dijagnoze se odnose na aktualne i potencijalne te vjerojatne i konačne probleme. Intervencije iz područja zdravstvene njege su specifične aktivnosti usmjerene ublažavanju ili rješavanju problema odnosno ostvarenju ciljeva i odgovor su na pitanje što treba učiniti da se cilj postigne. Rješavanju bolesnikovih problema doprinijet će intervencije koje su: utemeljene na znanju.

Evaluacija cilja sastoji se od ponovne procjene bolesničinog stanja i ponašanja te usporedbe sa željenim ali i realnim stanjem. Evaluacija plana nastavlja se na evaluaciju cilja. Ako cilj nije postignut, potrebno je utvrditi zašto nije postignut, pa treba eventualno mijenjati plan. Ako je cilj postignut, provjerava se postoji li mogućnost recidiva istog problema i jesu li se javili novi problemi.

Prikaz mogućih sestrinskih dijagnoza kod bolesnice s operacijom dojke:

1. BOL U/S OPERACIJSKOM RANOM

INTERVENCIJE:

- procjeniti bol uz primjenu skale (od 0 do 10)
- utvrditi situacijske čimbenike (pritisak zbog prečvrstog zavoja, edema, nepravilnog položaja tijela)
- primijeniti propisane analgetike
- pratiti uspješnost djelovanja analgetika

2. VR ZA INFEKCIJU OPERACIJSKE RANE U/S PROPUSTIMA U ASEPTIČNOM PROTOKOLU

INTERVENCIJE:

- provesti higijenski protokol u prijeoperacijskom protokolu
- poštovati načela asepsa pri previjanju i rukovanju s drenom i drenažnim spremnikom

3. VR ZA KRVARENJE U/S KOMPLIKACIJAMA OPERATIVNOG ZAHVATA

INTERVENCIJE:

- promatrati drenažni sadržaj, bilježiti količinu
- kontrolirati vanjske šavove rane
- kontrolirati vrijednosti krvnog tlaka, pulsa i disanja
- u slučaju krvarenja obavijestiti liječnika

4. ANKSIOZNOST U/S PREDSTOJEĆIM OPERATIVNIM ZAHVATOM I DIJAGNOZOM KARCINOMA

INTERVENCIJE:

- saznati što bolesnica zna o svom problemu, kako ga tumači i doživljava
- provjeriti što želi znati, poticati je da postavlja pitanja, odgovarati joj točno i iskreno
- poticati je da verbalizira svoje emocije, prezentirati pozitivna iskustva
- pružiti emocionalnu potporu

5. POREMEĆAJ U DOŽIVLJAVANJU SAME SEBE U/S PROMIJENJENIM TJELESNIM IZGLEDOM

INTERVENCIJE:

- ohrabriti bolesnicu da verbalizira svoje osjećaje
- razgovarati o tjelesnim promjenama
- pružiti pomoć u iznalaženju mehanizama koji će joj pomoći u suočavanju sa promjenama tjelesnog izgleda (perika, umetci, grudnjaci)
- poticati pozitivno mišljenje
- uključiti bolesnicu u rad grupe za samopomoć
- uključiti i članove obitelji kao psihološku pomoć

3.6. ULOGA SESTRE U ZDRAVSTVENOM ODGOJU PRI OTPUSTU IZ BOLNICE

Prije odlaska iz bolnice nužno je bolesnici i njenoj obitelji pomoći u psihološkoj, spolnoj i sociološkoj rehabilitaciji i uputiti je u mehanizme prilagodbe. Zadaća sestre je poticati bolesnicu na daljnje provođenje vježbi ruku i dati joj pisane upute o vježbama. Educirati bolesnicu o terapijskim postupcima pri dnevnim aktivnostima: terapijske vježbe, antigravitacijski položaj ruke uz primjenu elastičnog kompresivnog rukava i rukavice. Upoznati je s nastankom limfedema i njegovom prevencijom.

Važnost je uputiti bolesnicu u pridržavanje mjera opreza pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti: izbjegavanje ozljede kože, topline, vlage, prisilnih položaja, pažljiva njega kože i noktiju. Uputiti bolesnicu u mogućnost izbora i nabave specijalnih grudnjaka i umetaka.

Bolesnici se naglašava važnost redovitih kontrola pri odlasku iz bolnice bolesnica će dobiti dva otpusna pisma. Jedno piše liječnik, a drugo piše viša medicinska sestra. Sestrinsko otpusno pismo sadrži uz identifikacijske podatke jasno prikazanu zdravstvenu njegu bolesnice tijekom hospitalizacije uz preporuke za nastavak zdravstvene njege u drugoj ustanovi ili njezinom domu ako je potrebno. U profesionalnoj i socijalnoj rehabilitaciji potrebno je bolesnicu uputiti za osposobljavanje za isti ili drugi posao, poticati je na što ranije vraćanje u radnu sredinu i osposobiti je za savladavanje život ih sresova. Uputiti je u rad klubova podrške tj.klubova žena operiranih na dojci koji postoje na razini cijele države pa tako i u Splitu te joj objasnimo mogućnosti uključivanja (adresa, vrijeme rada klubova i ciljeve).

Ciljevi kluba:

- psiho-socijalna potpora ženama nakon operacije karcinoma dojke
- ojačati i uključiti žene u redovite životne aktivnosti u što kraćem periodu nakon operacije
- senzibiliziranje javnosti o potrebama i problemima žena sa dijagnozom larcinoma dojke
- uključivanje obitelji i zajednice u rehabilitaciju žena nakon operacije karcinoma dojke
- edukacija građana o važnosti provedbe preventivne zaštite za dojkku.

4. ZAKLJUČAK

Rak dojke je najučestalija zloćudna bolest u žena i jedan od najvećih zdravstvenih problema u razvijenim zemljama svijeta. Treća je najčešća vrsta raka, a u žena se nalazi na prvom mjestu po učestalosti i smrtnosti. Zadaća je medicinske sestre provoditi zdravstveno prosvjeđivanje i zdravstveni odgoj djevojaka i žena radi stjecanja znanja u ranom otkrivanju tumora samopregledom dojke. Dokazano je da nakon dobre psihičke pripreme bolesnice s tumorom dojke, pravilno postavljenim ciljevima i dobro provedenim intervencijama bolje podnose operacijski zahvat, brže se oporavljaju, trebaju manje analgetika, rjeđe su komplikacije, a samim se time skraćuje boravak u bolnici. Proces zdravstvene njege označava najbolji pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege. Pristup pacijentu je individualiziran po pravilima procesa zdravstvene njega. Vrlo je važna primopredaja pacijentova stanja po primitku. Medicinska sestra treba imati uvid u kompletno stanje pacijenta pa i u događaje i promjene za vrijeme same operacije. Nakon buđenja vrlo je bitan holistički pristup pacijentu, razumijevanje i empatija, jer je njegov život od sada promijenjen i to znatno. Smatram kako svaka medicinska sestra mora biti sposobna izraditi individualni plan zdravstvene njege na temelju anamneze (u kojem se navode sestrinske dijagnoze, ciljevi i protokoli intervencija uz konačnu evaluaciju) uz trajno praćenje zdravstvene njege bolesnika. Svaka bi medicinska sestra trebala svojim znanjem, vještinom, sigurnošću i voljom u radu i komunikaciji djelovati smirujuće na bolesnike oboljele od malignih bolesti što će im pružiti sigurnost, povjerenje i nadu u oporavak.

Znanje i pozitivan stav prema osobnom zdravlju najbolji su načini zaštite od karcinoma.

5. LITERATURA

1. <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13572>
2. Šamija M, Bešenski N, Beketić-Orešković L. Onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2000., str.316-320
3. Fajdić I, Bišćan M, Brkljačić B. Suvremena dijagnostika bolesti dojke, Medicinska naklada, Zagreb, 2001.,str. 16-40.
4. Margaritoni M. Rak dojke, Školska knjiga, Zagreb, 2003.,str 3-10.
5. Čukljek S. Zdravstvena njega onkoloških bolesnika, Zdravstveno veleučilište,Zagreb, 2012.
6. Duančić V. Osnove embriologije čovjeka, Medicinska knjiga, Zagreb, 1983.,str. 180.
7. <http://rakdojke.kbsplit.hr/rakdojke.htm>
8. Prlić N. Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2001.,str 130.
9. Šegeta I. Etika sestринства. Pergamena zagreb, 1997. str. 107-194.
10. <http://www.svevesti.com/a108614-kako-napraviti-samopregled-dojke>
11. <http://ultrazvuk-tarle.hr/>
12. Prpić I.Kirurgija za više medicinske škole, medicinska naklada, Zagreb, 1996., str.130
13. Vrdoljak E., Šamija M., Kusić Z., Petković M., Gugić D., Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada 2013.

14. Nola P, Orešić V, Kolarić K. Rak dojke Turić i sur. Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996., str 590.
15. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1994., str.140-150.

6. SAŽETAK

Danas smo na žalost, svjedoci sve veće učestalosti zloćudnih bolesti u populaciji, a jedan od najčešćih je sve prisutniji zloćudni tumor ili karcinom dojke u žena. Zabrinjavajuća činjenica je da se tumor javlja u sve mlađoj životnoj dobi, ponekad čak i kod djevojaka mlađih od 20 godina, osobito ako je netko od ženskih članova obitelji također bolovao od karcinoma dojke. U SAD-u se procjenjuje da će svaka 10. žena bijele rase oboljeti od karcinoma, a u muškaraca je mnogo rjeđa: na 100 oboljelih žena dolazi 1 muškarac. Sretna okolnost je da se napretkom medicine i razvijenom sviješću o bolesti među ljudima zloćudni karcinom dojke otkriva u vrlo ranim fazama, kada je moguće postići izlječenje bolesti bilo operacijom, zračenjem ili kemoterapijom, odnosno kombinacijom tih načina liječenja.

Veliku ulogu u ranom otkrivanju bolesti ima redoviti, barem jednom tjedno izvedeni, samopregled dojki, jer svaka žena redovitim opipavanjem dojki može primjetiti nešto neobično i razriješiti sumnju liječničkim pregledom. Također su važni redoviti godišnji pregled dojke mamografijom ili ultrazvukom. Sve ovo spomenuto, kao i uredan način života znatno povećava izgleda za rano otkrivanje, a potom i izlječenje raka dojke. Rak dojke predstavlja golem problem u zdravstvu i zajednici pa se ulažu brojni naporu u prevladavanju bolesti, poglavito ulaganjem u biološka i medicinska istraživanja, izobrazbu stručnjaka i prosvjećenost pučanstva.

Medicinska sestra kroz sve svoje segmente djelovanja može doprinijeti ranom otkrivanju raka dojke, uspješnoj zdravstvenoj njezi i rehabilitaciji kroz intervencije koje provodi u zbrinjavanju bolesnice, osiguravajući joj neposrednu fizičku i emocionalnu pomoć uz motivaciju, socijalnu podršku i edukaciju. Primjerom suvremenih stručnih spoznaja kroz zdravstvenu njegu uz emocionalnu i toplu podršku u holističkom pristupu bolesnici otvara nove stranice sestinstva koje suvremeno društvo prepoznaje, ali još uvijek nedovoljno vrednuje. U procesu liječenja i zdravstvene njege bolesnica postaje ravnopravom partner liječniku i medicinskoj sestri, koji zajedno dogovaraju i planiraju zdravstvenu skrb. Ovaj timski model organizacije u liječenju i zdravstvenoj njezi daje bolesnici snažnu fizičku i psihološku potporu što joj ulijeva vjeru u ozdravljenje, osjećaj sigurnosti i poštovanja od strane zdravstvenih djelatnika. Navedeno upućuje na

zaključak o nužnosti stalnog usavršavanja medicinske sestre koja se uz dobru komunikaciju i organizaciju rada moći profesionalno primjetiti sve dijelove zdravstvene njege usmjerene na bolesnika ispunjavajući njegove temeljne ljudske potrebe.

7. SUMMARY

Unfortunately, today we are witnessing increasing incidence of malignant disease in the population and one of the most common is all present malignant tumor or breast cancer in women. The disturbing fact is that the tumor occurs in all younger and younger age, sometimes even among girls younger than 20 years, especially if one of the female family members also suffered from breast cancer. In the U.S. it is estimated that every 10th Caucasian women will develop the disease, and when it comes to men it is much rarer; for one affected woman there is a man. Lucky circumstance is that, thanks to the progress of medicine and developed awareness of the disease among people cancerous breast cancer is revealed in the very early stages, when it is possible to cure disease by surgery, radiation or chemotherapy or a combination of these methods of treatment. Major role in early detection of disease has regular, at least once a week performed, breast self-examination, because every woman doing regular breast palpation may notice something unusual and resolve doubts with the medical examination. Another important thing is regular annual breast mammography or ultrasound examinations. Everything that is mentioned, as well as a neat way of life increases the chances of early detection and treatment of cancer. Breast cancer is a huge problem in health care and community and great efforts are invested in overcoming diseases, particularly in investing in biological and medical research, and in educating experts and population. A nurse, through all segments of her work can contribute to early detection of breast cancer, successful health care and rehabilitation through interventions implemented in the care of patients, ensuring her immediate physical and emotional assistance with motivation, social support and education. Application of contemporary professional knowledge through health care with a warm and emotional support to patients in a holistic approach opens a new page of sisterhood that modern society recognizes, but is still insufficiently valued. Application of contemporary professional knowledge through health care with a warm and emotional support to patients in a holistic approach opens a new page of nursing that modern society recognizes, but is still insufficiently valued. In the process of healing and health care the patient becomes an equal partner to the doctor and nurse, who together plan and negotiate health care. This team model organization in treatment and health care gives

the patient a strong physical and psychological support as she instills in healing, a sense of security and respect by health workers. Noted suggests the need for continuous training of nurses that with good communication and organization can professionally observe all parts of health care focused on patients fulfilling his basic human needs.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i Prezime : Barbara Bubalo

Datum i mjesto rođenja : 31.10.1992. god., Metković, Republika Hrvatska

Državljanstvo : Hrvatsko

Elektronička pošta : barby-mtk@hotmail.com

Obrazovanje :

- Pohađala osnovnu školu „Don Mihovila Paulinovića“ u Metkoviću
- Pohađala srednju školu „Zdravstvena škola Dubrovnik“
- Pohađala preddiplomski studij sestrinstva na Odjelu zdravstvenih studija u Splitu od 2011. g. – 2015. g.
- Pod mentorstvom Dragice Kustura,prof. izradila završni rad 2015. g.

Strani jezik : Engleski (aktivno)