

PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA BOLESNIKA OPERIRANIH OD RAKA DOJKE

Puljić, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:673852>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-26**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Nikolina Puljić

PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA BOLESNIKA

NAKON OPERACIJE RAKA DOJKE

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Nikolina Puljić

PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA BOLESNIKA

NAKON OPERACIJE RAKA DOJKE

Završni rad

Mentor:

Prof.dr.sc. Nenad Ilić, dr. med.

Split, 2014.

Zahvaljujem se mentoru prof.dr.sc. Nenadu Iliću na pomoći prilikom odabira teme završnog rada, te na podršci i prijedlozima prilikom pisanja rada.

“ DOBRA VOLJA DOBRIH LJUDI PLEMENITE OSJEĆAJE BUDI “

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE.....	1
1.2. POVIJEST BOLESTI DOJKE	3
1.3. EPIDEMIOLOGIJA	5
1.4. RIZIČNI ČIMBENICI.....	7
1.4.1. Genetski čimbenici	7
1.4.2. Menstrualni i reproduktivni rizični čimbenici	7
1.4.3. Endokrini rizični čimbenici	8
1.4.4. Prehrana kao rizični čimbenik	8
1.4.5. Socioekonomski status	8
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	11
1.5.4. Mamografija	12
1.5.5. Citološka pretraga.....	12
1.5.6. Biopsija.....	12
1.5.7. Program ranog otkrivanja raka dojke	13
1.6. PATOHISTOLOŠKA PODJELA RAKA DOJKE	15
1.7. KLINIČKA KLASIFIKACIJA	16
1.8. NAČIN ŠIRENJA I RAST DOJKE	18
1.9. KLINIČKE ZNAČAJKE RAKA DOJKE.....	19
1.10. PROGNOСТИČKI ČIMBENICI	19
1.10.1. Limfni čvorovi.....	19

1.10.2. Veličina tumora	20
1.10.3. Histološki gradus tumora.....	20
1.10.4. Estrogenski i progesteronski receptori	20
1.10.5. HER 2 receptori	20
1.10.6. Tumorski markeri	20
1.10.7. Genetski profil	21
1.10.8. Dob	21
1.11. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA	21
1.12. LIJEČENJE RAKA DOJKE	22
1.12.1. Kirurško liječenje	23
1.12.2. Radioterapijsko liječenje	26
1.12.3. Kemoterapijsko liječenje	27
1.12.4. Hormonska terapija	28
1.13. PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA NAKON OPERACIJE	29
1.13.1. Prvi korak – suočavanje s rakom.....	30
1.13.2. Drugi korak – susreti s dijagnostičkim postupcima i liječenjem.....	31
1.13.3. Treći korak – rehabilitacija i potpora	35
1.13.3.1. Važnost izražavanja emocija.....	38
1.13.3.2. Povećanje kvalitete života.....	39
1.13.4. Četvrti korak – utjecaj tima	42
1.14. PROGNOZA	45
2. CILJ RADA.....	46
3. RASPRAVA.....	47
3.1. PRIKAZ SESTRINSKE SKRBI ZA BOLESNICE OPERIRANE OD TUMORA DOJKE	47
3.2. PRIJEOPERACIJSKA PRIPREMA	47

3.3. POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA	50
3.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PREVIJANJA KIRURŠKE RANE ..	52
3.5. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE.....	53
3.5. ULOGA SESTRE U PSIHOSOCIJALNOJ REHABILITACIJI I ZDRAVSTVENOM ODGOJU PRI OTPUSTU BOLESNICE	56
3.6. INTERVENCIJE USMJERENE RJEŠAVANJU NUSPOJAVA NASTALIH LIJEČENJEM CITOSTATICIMA.....	58
3.7. INTERVENCIJE USMJERENE RJEŠAVANJU NUSPOJAVA NASTALIH ZRAČENJEM.....	60
4. ZAKLJUČAK.....	62
5. LITERATURA	64
6. SAŽETAK.....	67
7. SUMMARY	68
8. ŽIVOTOPIS	69

1. UVOD

Najstariji pisani dokument o karcinomu dojke datira 1600 godina prije nove ere. Radi se o papirusu dugome oko 4.68 metara u kojemu je opisano čak 8 slučajeva bolesnika s opisima ove maligne bolesti, dijagnostičkim postupcima, dijagnozom i liječenjem. U tome spisu autor zaključuje kako je bolest neizlječiva (7).

Rak dojke je najučestalija zloćudna bolest u žena i jedan je od najvećih zdravstvenih problema u razvijenim zemljama svijeta, pa tako i u Hrvatskoj. Pojavnost raka dojke je u stalnom porastu i čini 32% od ukupno svih tumora. Godišnje se dijagnosticira oko 1,2 milijuna novih bolesnica, a umire oko 411 tisuća žena. Incidencija je najviša u Sjevernoj Americi, Australiji, zapadnoj i sjevernoj Europi. Godišnje se u našoj zemlji otkrije 2400 novih slučajeva raka dojke, a prema zadnjim objavljenim podacima za Hrvatsku i sve županije koje bilježi *Registar za rak* pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, rak dojke najčešće je sijelo raka u žena (1). Incidencija raka dojke posebno se povećava u žena u postmenopauzi. Pod primarnom prevencijom ovdje se misli na redovite mamografije žena u rizičnim skupinama i na edukaciju žena o samopregledu dojki. Zbog činjenice da je rak dojke vrlo čest, a u isto vrijeme i rak s relativno dobrom prognozom, on je vrlo česta tema rasprava u svjetskoj znanstvenoj javnosti (2).

1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE

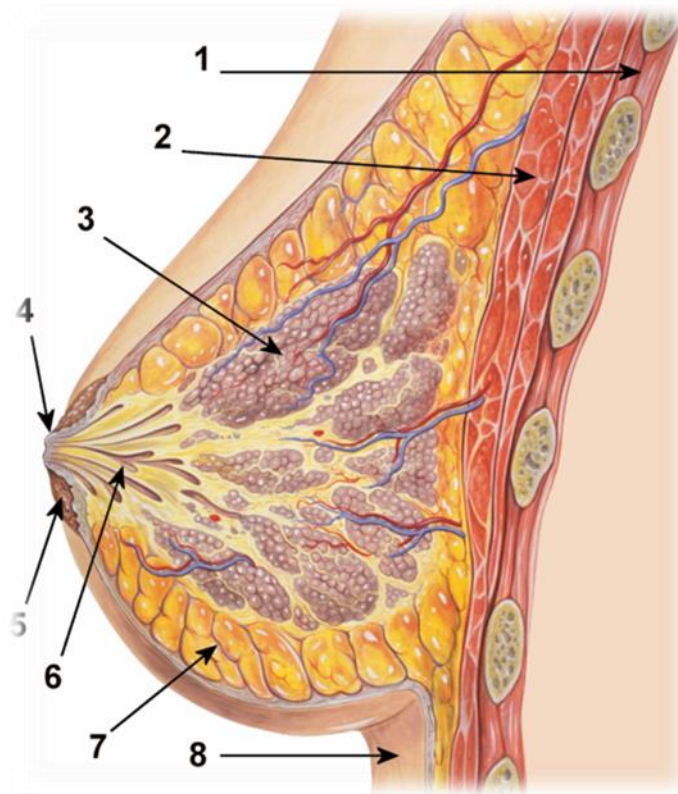
Dojka ili mliječna žlijezda (lat. mamma, grč. mastos) najveća je kožna žlijezda. To je modificirana žlijezda znojnice, koja se u žena razvija u funkcionalni organ, a u muškaraca ostaje rudimentirana (4).

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 u području ispod drugog rebra i nastavlja se u trup (corpus mammae). Dojka je obložena kožom koja u donjem dijelu čini oštar

prijevoj, poput žlijeba (sulcus submammaris) 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 pipa kao zrnata tvorba. Režnjevi i njihovi izvodni kanali poredani su zrakasto oko bradavice, pa otud 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* (axilaris) i *a. intercostale*. Arterije prate istoimene vene, kao i limfni putevi koji imaju veliki značaj u propagaciji i metastaziranju karcinoma (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 režnjići, alveole pupaju, a alveolarne stanice poprimaju sekrecijska obilježja. To je analogno utjecaju progesterona na endometrij 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 (5).

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 kao stimulacija dovoljno samo tetošenje djeteta ili dječji plač (5).



Slika 1. Anatomija dojke (1. Grudni koš; 2.Grudni mišić; 3.Mliječne žlijezde; 4.Bradavica; 5.Areola; 6. Mliječni kanalići; 7. Masno tkivo; 8. Koža) (5)

1.2. POVIJEST BOLESTI DOJKE

Nema jasna povijesnog termina koji bi precizno označavao vrijeme kada su bolesti dojke počele imati važniju ulogu u povijesti medicine. Da je rak dojke davno poznata bolest, svjedoče 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 slučajeva, od čega osam bolesti dojke, a od toga sigurno jedan raka dojke (45.slučaj). Taj papirus je poznat kao nalaz Edwina Smitha (Teba 1862.god.), a pretpostavlja se da ga je napisao Imhotep, koji je u starom Egiptu proglašen bogom. To je ujedno i najstariji liječnički zapis na papirusu. Pretpostavlja se da je taj papirus zapravo prijepis iz 1600 god.p.Kr., a prvotni papirus bio je znatno stariji, oko 3000 god.pr.Kr. U njima se opisuje kauterizacija raka

dojke instrumentom koji bi odgovarao nekoj vrsti žarača, no autor papirusa zaključuje kako nema uspješnog liječenja raka dojke. Herodot (525.god. prije Krista) je opisao slučaj Alase, kćerke Cyrusa, koja je sama napipala čvor u svojoj dojci, ali ga je tajila sve dok nije probio kožu kao „živa rana“. Tada je njen otac pozvao čuvenog liječnika, 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 može ukloniti, dok su ostali tumori samo iritirani bilo kojim pokušajem liječenja. Hipokrat (460 god.p.Kr.) razlikuje „dobročudne“ od „zloćudnih“tumora i smatra da je rak dojke neizlječiv. U skladu sa doktrinom grčkog liječnika Galena (130.-200.god.p.Kr.), glavni etiološki čimbenik raka dojke bila je melankolija. Terapija se sastojala od specijalnih dijeta, te eksorcizma (7).

Zaštitnica žena od bolesti dojke je sveta Agata, i to po kanonskom pravo rane Crkve. Ona je za vrijeme rimskog cara Deciusa okrutno kažnjena amputacijom dojke. Zbog odbijanja ljubavnih ponuda sicilijanskog guvernera Quintianusu, Agati, kao lijepoj mladoj ženi iz Katanije, u znak odmazde, a pod izlikom kažnjavanja kršćanke, odrezana je dojka. Tako su molitve oboljelih od raka dojke i obraćanja sv.Agati za pomoć, postali sastavni dio srednjovjekovnih rituala u okviru liječenja te bolesti (7).

Prvi opis operacije raka dojke se pripisuje Leonidusu iz Aleksandrije u prvom stoljeću nakon Krista (n.K.). Postupak mu se sastojao u rezu kože na nezahvaćenom dijelu, a za zaustavljanje krvarenja koristio se kauterizacijom. Rezanje i paljenje ponavlja dok se ne ukloni cijeli tumor i dojka, a ranjena površina ne pokrije krustom nastalom paljenjem. Engleski liječnik Thommas Willis (1621.-1675.) daje definiciju tumora koja se gotovo ne razlikuje od današnje, gdje je tumor „poremećaj rastežanja primarno obilježen prekomjernim, neprestanim i fiziološkim potrebama organa potpuno nesvrishodnim umnožavanjem stanica“. Za vrijeme renesanse, Andreas Vesalius (nizozemski anatom, koji je preispitivao medicinske doktrine Aristotela i Galena i čija je knjiga „De Humani corporis fabrica“ činila osnovu za moderna istraživanja) preporučivao 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 primjetio 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 u 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., antiseptike 1867. i mikroskopskih histoloških pretraga, medicina i kirurgija uzimaju novi zamah (7).

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 izlječenje 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 ilustrira nam sam Halsted, koji izvješćuje i o uklanjanju jednog „malog“ tumora dojke veličine 8 x 7 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 u liječenju raka dojke (7).

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 (7).

Engell objavljuje 1955. da je dokazao vensku diseminaciju zloćudnih stanica, pa liječenje ne ovisi samo o odstranjenju tumora i njegovih pristupačnih presadnica, nego je potrebno i sistemsko liječenje. To je bio jedan od povoda za traženje učinkovite kemoterapije i imunoterapije (7).

1.3. EPIDEMIOLOGIJA

Rak dojke je najčešća maligna bolest u žena, dok je u muškaraca rijetkost. Iznimka je prije puberteta, rijetkost prije 30-te godine života, a zatim mu učestalost raste

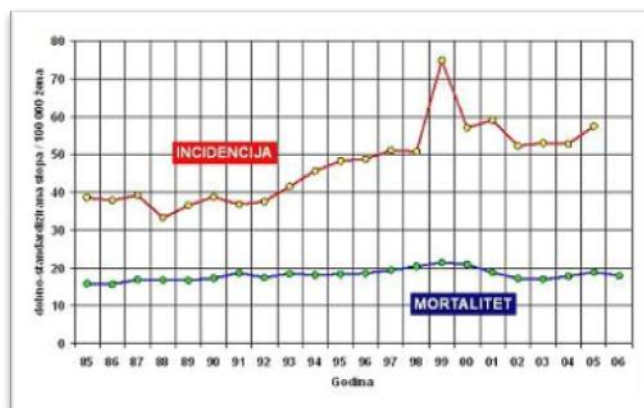
i doseže maksimum u dobi oko 50-ih godina. S povećanjem ženine životne dobi rizik raka raste. Stopa smrtnosti zaostaje u odnosu na porast broja bolesnika, što se u prvom redu tumači poboljšanjem rane dijagnostike, a zatim napretkom u liječenju (7).

Svakoj jedanaestoj ženi u Republici Hrvatskoj trenutačno prijeti 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 karcinomom dojke može se izliječiti ako se dijagnoza bolesti postavi u ranom stadiju i ispravno liječi (7).

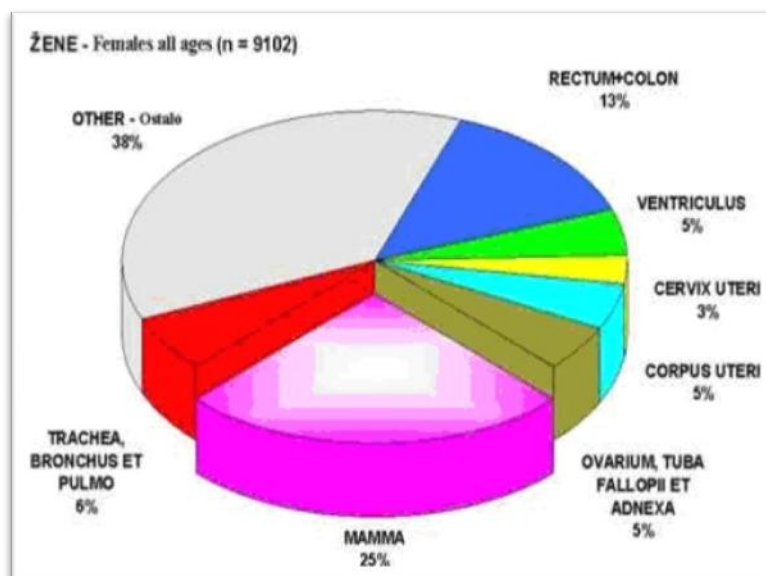
Niz epidemioloških i kliničkih istraživanja u svijetu ukazao je na skupine žena izloženih većem riziku razvoja raka dojke. Tako je uočeno da rođakinje bolesnice u prvom koljenu imaju veći rizik oboljevanja od raka dojke nego ostala populacija. Novija istraživanja ističu pozitivnu obiteljsku anamnezu kao glavni rizični čimbenik u žena s više bolesnica u obitelji, uz doživotni rizik i do 50% (7).

Najnovija tehnologija u kojoj se primjenjuju DNA markeri gena pruža nove mogućnosti genetskih istraživanja (18).

S obzirom na lokalizaciju u dojci, rak se najčešće javlja u vanjskom gornjem kvadrantu (38,5%) (7).



Slika 2. Incidencija i mortalitet od raka dojke u Hrvatskoj (1)



Slika 3. Novi slučajevi, najčešća sjela raka kod žena (1)

1.4. RIZIČNI ČIMBENICI

1.4.1. Genetski čimbenici

Obolijevanje od raka dojke u prvoj rodbinskoj liniji ili u užoj obitelji (majka, sestra, kći) povećava rizik od pojave bolesti 2 do 3 puta u odnosu na žene bez takve obiteljske anamneze. Što se u obitelji maligni tumor dojke javlja u kasnijim godinama, to se rizik oboljenju razmjerno smanjuje. Važno je spomenuti kako treba uzeti u obzir genetske nasljedne mutacije na genima BRCA1 i BRCA2 (4).

1.4.2. Menstrualni i reproduktivni rizični čimbenici

Rana prva mjesečnica, kasna menopauza (nakon 50. godina) i kasna prva trudnoća (nakon 30. godina) smatraju se rizičnim čimbenicima. Žene koje nisu rađale također imaju povišen rizik od razvoja raka dojke. Istraživanja su pokazala da žene koje

su prvo dijete rodile nakon trideset godina imaju veći rizik za razvoj raka dojke od onih žena koje uopće nisu rađale. Rana prva trudnoća smanjuje rizik od nastanka raka dojke (8).

1.4.3. Endokrini rizični čimbenici

Da hormoni utječu na rizik i prognozu raka dojke zna se već duže vremena. Rak dojke je rijedak u muškaraca, što govori o utjecaju spolno-steroidnih hormona. Razni 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 sa karcinomom dojke. Smatra se kako je rizik povećan kod ovakvih osoba zbog odlaganja estrogena u masnome tkivu. Neka istraživanja ukazuju na protektivnu ulogu maslinovog ulja, odnosno mediteranske prehrane. Rezultati pojedinih studija ipak ukazuju na moguće značenje prehrane kao rizičnog čimbenika i to povezano sa prehranom koja sadrži životinjske masti i meso. Konzumacija alkohola povećava rizik za rak dojke (18).

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

Pokazalo se da su žene koje su do tridesete godine bile izložene većim dozama zračenja (tijekom radioloških i terapijskih postupaka) imaju povećan rizik (9).

1.5. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

1.5.1. Anamneza

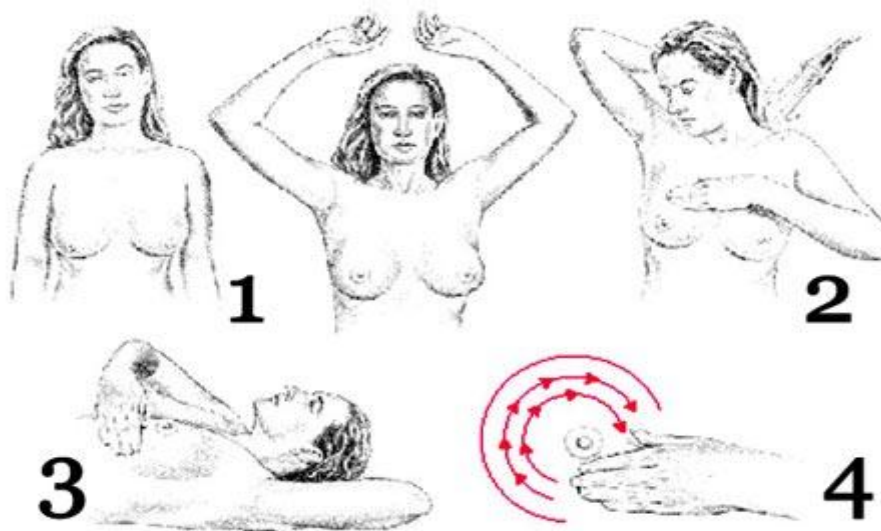
Palpabilni čvor u dojci najčešći je simptom koji navodi ženu da zatraži liječnički pregled. Osim čvora u dojci koji može biti bolan ili bezbolan, žena može primjetiti iscjedak iz bradavice koji može biti krvav ili sukrvav, rjeđe proziran ili zamućen, te promjenu bradavice i erozije koji također pripadaju tipičnim simptomima raka dojke. U lokalno uznapredovaloj bolesti koža dojke je poput kore naranče (peau d orange) a dojka može biti deformirana. Većina iscjedaka iz bradavice posljedica je benignih bolesti dojke, no uvijek je potrebno isključiti zloćudni proces. Međutim nije rijetkost da se rak dojke nađe kao slučajni nalaz prilikom rutinske mamografije u inače potpuno asimptomatične bolesnice (11).

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. Važno je saznati da li je bolesnica uzimala duže vrijeme hormonsku terapiju. Ako bolesnica navodi iscjedak, treba saznati javlja li se on na obje dojke 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 raka 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 postojanje maligne bolesti. 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. Svi spomenuti podatci bitni su zbog ugroženosti bolesnica od raka

dojke, te radi izdvajanja od ostalih bolesnica zbog češćih kontrola ili podvrgavanja daljnim dijagnostičkim postupcima (11).

1.5.2. Inspekcija i palpacija dojki

Nakon uzete anamneze sljedi inspekcija dojki pri čemu je bolesnica u uspravnom položaju. 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 kutova. Također treba promatrati i pomicanje dojki prilikom napinjanja prsnih mišića. Obraćamo pažnju na kožu (koža poput kore od naranče- upućuje na patološki proces koji retrahira kožu i obično je znak uznapredovalog raka) i na crteže potkožnih krvnih žila. Nastavak pregleda se obavlja s rukama podignutim iza glave i zategnutom miškulaturom kako bi se bolje uočile promjene tipa uvlačenja ili izbočina na dojci. U ranim stadijima raka dojke nalaz inspekcije najčešće je uredan. Poslije izvršene inspekcije prelazi se na palpaciju dojke koja se nastavlja palpacijom pazušne regije. Najprije je potrebno dojku ispalpirati punim dlanom i kružnim pokretima. Nakon toga dojka se ispalpira prstima obiju ruku, i to tako da je bolesnica nagnuta malo naprijed, s opuštenim prsnim mišićima. Pregled treba ponoviti u ležećem položaju, te s podignutim pacijentičinim rukama. 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. Pregled pokušavamo poboljšati tako što dojku podijelimo na četvrtine (kvadrante) vukući okomice kroz bradavicu, pa tako razlikujemo gornji unutarnji, gornji vanjski, donji unutarnji i donji vanjski kvadrant. U nastavku pregleda vrši se pritisak na bradavicu čime se promatra da li postoji sekrecija iz bradavica ili eventualno uvlačenje. Nakon dojke potrebno je palpirati aksilarnu, supraklavikularnu i infraklavikularnu jamu. Samopregled dojke je najbolje raditi prilikom kupanja, te se provodi u istoj fazi ciklusa, pred kraj ili neposredno poslije menstruacije, u fazi kada se dojke opuste. Svaka žena može sama najbolje ocijeniti trenutak kada se dojke opuste i tako ih pipati u idealnom trenutku (11).



Slika 4. Samopregled dojke (sjedeći i ležeći položaj) (24)

1.5.3. Ultrazvuk dojki

Ultrazvuk je dijagnostička metoda izbora za žene mlađe životne dobi i komplementarna metoda mamografiji. Dokazano je da nije štetan, a uz mamografiju značajno podiže točnost dijagnostike zloćudnih i dobroćudnih bolesti dojke. Nezaobilazan je u distanciranju solidnih od cističnih tvorbi (32).

Učestalost primjene koja se preporuča je (32):

- do 40-te godine života jednom godišnje,
- od 40-70-te godine, uz mamografiju, jednom godišnje,
- nakon 70-te godine života prema potrebi.

1.5.4. Mamografija

Mamografija je osnovna, najznačajnija i najučinkovitija neinvazivna dijagnostička metoda u otkrivanju malignih bolesti dojke, osobito ranih stadija. 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 raka, važno je naglasiti da se mamografijom ne može prikazati 15-20 % slučajeva rak dojki, posebice ako se radi o dojkama s gustom žljezdanom strukturom (32).

Mamografija se izvodi u prvoj trećini ciklusa. Primjenjuje se različitom učestalošću. Tako se preporučava slijedeće (32):

- bazična mamografija između 38 – 40-te godine života,
- od 40-50-te godine u razdoblju od 1-2 godine,
- od 50-69-te godine jedan put godišnje,
- od 70-te godine u razdoblju od 1-2 godine.

Kod žena mlađih od 40 godina, mamografija se izvodi samo ako za to postoji potreba.

1.5.5. Citološka pretraga

Citološka pretraga se sastoji od toga da se aspiracijskom punkcijom pomoću tanke igle dobiju stanice tumora za citološki pregled. Mora se vršiti ciljano iz suspektne dijela dojke. Točnost navedene pretrage pokazuje se samo pri nalazu malignih stanica. Negativan citološki nalaz može biti posljedica promašaja tumora iglom ili se može raditi o tumoru s malobrojnim malignim stanicama (5).

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 tinski. 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, jeli nužno da biopsija neposredno prethodi kirurškom zahvatu. Za sada ipak ne postoji nijedna teorijska postavka koja bi umanjila značenje biopsije pred operacijom. Biopsiju u pravilu treba izvoditi u općoj anesteziji, a bolesnica se priprema kao da će uslijediti radikalna operacija (26).

1.5.7. Program ranog otkrivanja raka dojke

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 2006-2014.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 karcinom u svijetu (33).

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 ugroženije. 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 50-69 godine. Mamografski skrining ne treba uvoditi sve dok nisu dostupna sredstva da se osigura učinkovit barem za 70 % ciljane skupine, a to su žene starije od 50 godina (33).

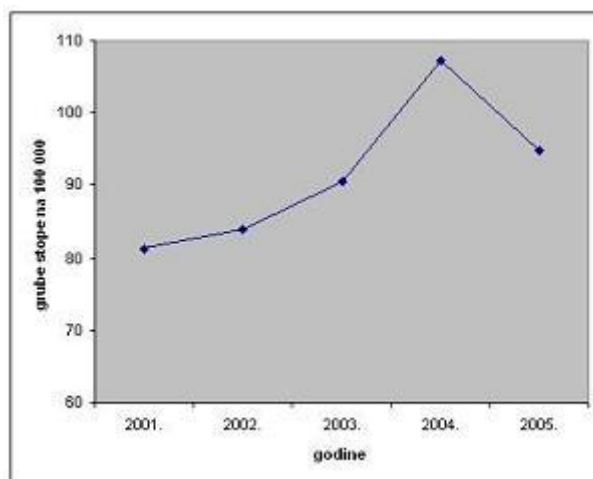
Ciljevi programa ranog otkrivanja raka dojke su (33):

1. smanjiti mortalitet od raka dojke za 25 % pet godina nakon početka provođenja programa,

2. otkriti rak u početnom (lokaliziranom) stadiju u većem postotku nego danas u odnosu na uznapredovale stadije bolesti i time smanjiti troškove vrlo skupog liječenja uznapredovalog stadija bolesti,
3. 3. poboljšati kvalitetu življenja bolesnice s rakom dojke.

Tablica 1. Novooboljele žene od raka dojke prema dobnim skupinama u Splitsko-dalmatinskoj županije za razdoblje 2001.-2005. Godine (23)

godina	dobne skupine			
	0-24	25-44	45-64	65 i >
2001.	0	15	83	94
2002.	0	24	86	89
2003.	0	25	79	111
2004.	0	32	111	112
2005.	0	24	100	101
ukupno:	0	120	459	507



Slika 5. Incidencija raka dojke u žena Splitsko-dalmatinske županije za razdoblje 2001.-2005. godine (23)

1.6. PATOHISTOLOŠKA PODJELA RAKA DOJKE

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), tumori dojke klasificiraju se na (2):

Neinvazivni (neinfiltrativni) karcinom:

- Intraduktalni (DCIS),
- Intraduktalni papilarni,
- Lobularni in situ (LCIS).

Invazivni karcinom:

- Invazivni duktalni,
- Lobularni,
- Medularni,
- Koloidni (mucinozni),
- Pagetova bolest,
- Tubularni,
- Adenoidni komedokarcinom,
- Invazivni komedokarcinom,
- Apokrini,
- Invazivni papilarni.

Oko 75-80 % tumora dojke otpada na duktalne invazivne karcinome koji mogu biti i u kombinaciji s drugim histološkim tipovima. Invazivni lobularni karcinom na drugom je mjestu po učestalosti. Intraduktalni (DCIS) i lobularni in situ (LCIS) najranije su faze tumora, kada tumorske stanice još nisu probile bazalnu membranu, a započinje unutar mliječnih žlijezda i obično se razvija prije menopauze. Pagetova 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 raka dojke. Osnovu za klasifikaciju zloćudnih tumora, prema njihovoj rasprostranjenosti dao je francuz Pierre Denoix u razdoblju između 1943. i 1953. godine. Najprihvaćenija je podjela prema TNM klasifikaciji, gdje T označuje veličinu tumora, N metastaze u regionalnim limfnim čvorovima, a M udaljene metastaze (2).

Tablica 2. TNM klasifikacija raka dojke (2)

Oznaka klasifikacije:	Objašnjenje:
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 nije moguće odrediti
N0	bez metastaza u regionalnim limfnim čvorovima
N1,N2,N3	metaste u limfnim čvorovima
Mx	ne može se utvrditi prisutnost udaljenih metastaza
M0	bez udaljenih metastaza
M1	prisutne udaljene metastaze

TNM klasifikacija raka 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).

Tablica 3. Podjela malignoma dojke prema stadijima (2)

Stadij 1	Tumor promjera manjeg od 2 cm, bez zahvaćenih limfnih čvorova pazuha i bez udaljenih metastaza
Stadij 2	Tumor promjera manjeg od 5 cm, sa zahvaćanjem pomičnih regionalnih limfnih čvorova, bez udaljenih metastaza
Stadij 3	Tumor bilo koje veličine sa zahvaćanjem kože ili fiksacijom uz prsnu stjenku, metastaze u nepomičnim pazušnim limfnim čvorovima, bez udaljenih metastaza
Stadij 4	Tumor bilo koje veličine uz postojanje udaljenih metastaza

Tablica 4. Podjela malignoma dojke prema stadijima po TNM klasifikaciji (2)

Stadij 0	Tis	N0	M0
Stadij I	T1	N0	M0
Stadij IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadij IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadij IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Stadij IIIB	T4	Svi N	M0
	Svi T	N3	M0
Stadij IV	Svi T	Svi N	M1

1.8. NAČIN ŠIRENJA I RAST DOJKE

Rak dojke se širi lokalno, limfogeno i hematogeno; kao i većina zloćudnih tumora (2).

Najčešći putovi širenja raka dojke su (2):

- lokalno u okolne strukture,
- u pripadajuću pazušnu jamu,
- u limfne čvorove uz arteriju mamariju internu,
- u limfne čvorove iznad ključne kosti,
- u drugu dojku i u pripadajuću pazušnu jamu,
- u vratne limfne čvorove,
- u mediastinalne limfne čvorove,
- u limfne čvorove ispod ošita,
- hematogeno u udaljene dijelove tijela (pluća, kosti, jetra, mozak).

Rak dojke raste polagano udvostručenjem tumorskih stanica. Prirodni tijek raka dojke odlikuje dugotrajnost. Procjenjuje se da se prosječan tumor udvostručuje oko 3 puta godišnje. Potrebno je 5-8 godina da se rak poveća na promjer oko 1 cm i tek tada se može otkriti pipanjem i samopregledom. Rak dojke pojavljuje se kao fokalna lezija unutar žljezdanih kanala, no širi se kontinuirano u okolne strukture u svim smjerovima. 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 u nadbubrežnu žlijezdu (2).



Slika 6. Prošireni rak dojke (11)

1.9. KLINIČKE ZNAČAJKE RAKA DOJKE

Rak dojke je bolest koja se dugo razvija prije nego postane klinički manifestna. Prosječno trajanje života u bolesnica koje odbiju bilo koje liječenje iznosi 2,5 do 3 godine, no nisu rijetki slučajevi gdje su bolesnice živjele bez terapije i 20 godina. Rak dojke je tumor sporijeg rasta i pokazalo se da se u prosjeku povećava 3 puta u godinu dana (4).

1.10. PROGNOŠTIČKI ČIMBENICI

1.10.1. Limfni čvorovi

Zahvaćenost limfnih čvorova tumorom i njihov broj znak je loše prognoze i u izravnoj su vezi s postotkom lokalnog recidiva bolesti i preživljavanja (4).

1.10.2. Veličina tumora

Što je promjer tumora veći, to je veća vjerojatnost da su zahvaćeni i pazušni limfni čvorovi te je veća vjerojatnost ponovnog javljanja, a i manji je slobodni interval od recidiva. Multicentričnost tumora povećava rizik od lokalnog recidiva (4).

1.10.3. Histološki gradus tumora

Nediferencirani tumori, te tumori koji imaju više nekroza i vaskularnih invazija imaju veću vjerojatnost recidiva (4).

1.10.4. Estrogenski i progesteronski receptori

Bolesnice s negativnim receptorima imaju znatno manje preživljavanje i manju vjerojatnost da odgovore na hormonsko liječenje (4).

1.10.5. HER 2 receptori

Ovaj receptor ima važnu ulogu u staničnom rastu, diferencijaciji i preživljavanju. Njegova se amplifikacija ili pojačana izražajnost javlja u 15-25 % bolesnica s rakom dojke i povezana je s agresivnim tumorskim fenotipom i kraćim preživljavanjem. Velike koncentracije ovog proteina loš su prognostički znak (4).

1.10.6. Tumorski markeri

U serumu se prilikom postavljanja dijagnoze, a prije diferentne terapije određuje koncentracija tumorskih markera. Marker specifičan za maligne tumore dojke za sad još nije poznat, ali je potvrđeno da maligni tumori dojke sintetiziraju niz antigena koji su korisni za ranu dijagnostiku ove bolesti. Važno je spomenuti tumorske markere CEA i Ca 15-3 (4).

CEA je cirkulirajući antigen mnogih tumora, a dobar je marker karcinoma dojke. Povećana koncentracija ukazuje da su bolesnice u relapsu bolesti, a smanjena koncentracija znak je remisije bolesti. Nije specifičan samo za karcinom dojke, jer pokazuje povećane vrijednosti i kod tumora probavnog trakta (4).

Ca 15-3 je najspecifičniji antigen kod karcinoma dojke. Vrijednost mu raste s obzirom na tumorsku masu. Važan je u praćenju terapije i napredovanju bolesti pa je nužno odrediti predoperacijsku vrijednost radi kasnijeg uspoređivanja. Gornja granica normalnih vrijednosti je do 10 Uml (4).

1.10.7. Genetski profil

Određivanje genetskog profila uz davanje prognostičkih podataka o tumoru također može pomoći i u predviđanju odgovora na kemoterapiju (4).

1.10.8. Dob

Mlađe bolesnice u generativnoj dobi imaju povećan rizik od lokalnog recidiva (4).

1.11. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Diferencijalno dijagnostički, kod raka dojke dolaze u obzir sljedeće bolesti (7):

- fibrocistična mastopatija,
- benigni tumori,
- rjeđe specifične i nespecifične upale.

Katkad u dojci nalazimo nekrozu masnog tkiva kao posljedicu ozljede ili degenerativnih promjena (7).

Fibrocistična mastopatija obično zahvaća obje dojke. 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. 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 (7).

1.12. LIJEČENJE RAKA DOJKE

Osnovni pristup u liječenju raka dojke mijenjaju se tijekom vremena, od Haldstedove teorije (1894.godine) koja govori o raku dojke kao lokalnoj bolesti do Fisherove biološke hipoteze (1968.godine) koja govori da je rak sistemna bolest. Ove dvije teorije se razlikuju i u kirurškom pristupu. Haldstedova je za mastektomiju, a Fisherova za poštodne kirurške zahvate (segmentektomija, kvadrantektomija, lumbektomija). Poštodni kirurški zahvat s popratnom iradijacijom prikladna je metoda u žena s rakom 1. i 2. stadija. Preživljenje je jednako kao i kod mastektomije (7).

Pri provođenju liječenja raka dojke 5 je osnovnih uvjeta kojih se mora pridržavati (2):

- TNM klasifikacija,
- određivanje stadija bolesti,
- timski rad,
- histološka verifikacija,
- određivanje receptora.

Nakon dijagnostičkih postupaka dobivamo tri velike skupine bolesnica s rakom dojke, s različitim terapijskim pristupom (2):

1. *Operabilni rak dojke T0-T3a, N0-N1, M0*

(tumor dojke se ne pip – nema učvršćivanja ili priraslina za pektoralnu fasciju i mišić, u aksili se ne pipaju limfni čvorovi, bez udaljenih metastaza).

2. *Lokalno uznapredovali rak dojke T3b-4, Nx, M0*

(tumor prirašten uz 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 udaljene metastaze).

1.12.1. Kirurško liječenje

S kirurškim liječenjem raka dojke počelo se još prije stotinu godina. Kirurški zahvat koji se tada primjenjivao bila je radikalna mastektomije (RM) i uključivala je ablaciju dojke s pripadajućom kožom, masnim tkivom i pazušnim limfnim čvorovima, te odstranjenje velikog i malog prsnog mišića. Danas je standardna operacija modificirana radikalna mastektomija (MRM) kojom se u većine bolesnica sačuva veliki prsni mišić, odstranjuje manji dio kože i nešto poštenije uklanjaju limfni čvorovi. Novi i napredniji oblik kirurškog liječenja, koji možemo i nazvati revolucijom u ovom području dolazi s Halstedom i Mayerom, koji 1964.godine istodobno, u potpunosti uklanjaju dojku, potpunu disekciju aksilarnih limfnih čvorova sa sve tri etaže, resekciju obaju pektoralnih mišića uz resekciju torakodorsalnog neurovaskularnog spleta i n.Thoracicus longus. Radikalna mastektomija po Halstedu unosi novu eru i pristup u liječenju karcinoma dojke. Pojmom Fisherove teorije (1968.godine) o biološkom rastu i ponašanju tumora u svijetu sve više pristaša dobivaju tzv. poštediti kirurški zahvat na dojci (segmentektomija, kvadrantektomije, lumbektomije). Poštedna operacija dojke predstavlja uklanjanje zloćudnog tkiva dojke uz malo okolnog, zdravog tkiva. Pri tome se normalan izgled dojke može sačuvati u velikoj mjeri (18).

Različite vrste poštediti operacije dojke su (25):

- *Lumbektomija / uklanjanje kvrčice* (nekad se naziva ekscizijska biopsija ili široka ekscizija) - uklanja se tumorsko tkivo i malo područje oko njega, često se uklanja i nešto limfnih čvorova u pazuhu. Nakon operacije obično slijedi terapija zračenjem preostalog dijela dojke.



Slika 7. Lumbektomija (25)

- *Segmentna mastektomija (kvadrantektomija)* uklanja se tumorsko tkivo te veliki dio normalnog tkiva koje ga okružuje, moguće je uklanjanje i nešto limfnih čvorova u pazuhu (25).



Slika 8. Segmentna mastektomija (25)

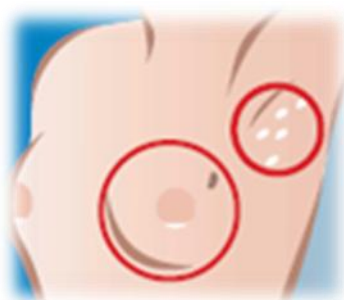
Mastektomija predstavlja uklanjanje cijele dojke. Postoji nekoliko postupaka mastektomije koje je danas moguće izvesti, a oni uključuju (25):

- *Totalnu (jednostavnu) mastektomiju:* uklanja se dojka u cjelosti, moguće je i uklanjanje limfnih čvorova u pazuhu (25).



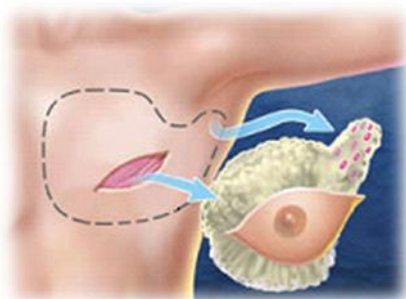
Slika 9. Totalna (jednostavna) mastektomija (25)

- *Modificirana radikalna mastektomija:* uklanja se dojka u cjelosti i limfni čvorovi u pazuhu, često se uklanja i sloj iznad prsnih mišića (25).



Slika 10. Modificirana radikalna mastektomija (25)

- *Radikalna mastektomija:* uklanja se dojka u cjelosti, oba prsna mišića, svi limfni čvorovi ispod dojke i nešto dodatnog masnog tkiva i kože. Ovaj se postupak koristi samo u rijetkim slučajevima kada se tumor proširio na prsne mišiće (25).



Slika 11. Modificirana radikalna mastektomija (12)

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 (19).

Rekonstrukcija dojke nakon mastektomije i poštjednog kirurškog zahvata ima vrlo velik utjecaj na psihičko stanje i brzinu oporavka te bi zbog toga trebala biti pravilo, a ne iznimka. Cilj je 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 (13).

Poslije rekonstrukcije dojke najčešće komplikacije su (13):

- hematoma,
- infekcija,
- ishemija kože i potkožnog tkiva sve do nekroze,
- rana protruzija na mjestu dehiscijencije šavova ili nekroza kože,
- kasna protruzija implantata na mjestu postupne atrofije potkožnog tkiva i kože,
- stvaranje fibrozne kapsule oko implantata,
- nekroza mišićno-kožnog slobodnog reznja.

1.12.2. Radioterapijsko liječenje

U terapiji zračenjem koriste se visoke doze zračenja kako bi se uništile tumorske stanice odnosno spriječio njihov daljni rast i razmnožavanje. Terapija zračenjem umanjuje oštećenja zdravih stanica, a obično se provodi nakon poštjedne 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 zračenja zbraja pa mogu nastati neželjene nuspojave. Zračenje nakon radikalnog kirurškog zahvata smanjuje lokalni recidiv 40% u odnosu na skupinu bolesnica u kojih nakon mastektomije nije provedena radioterapija. Dojka se zrači telekobaltom ili X-zrakama linearnog akcelatora čija je energija prilagođena debljini zračnog 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 je glave i ključne kosti, medijalna je granica u medijalnoj liniji prsne kosti ili 1 cm preko te linije, lateralna granica je 2 cm lateralno od dojke, a donja je granica oko 1 cm ispod tkiva dojke. Nakon poštjednog kirurškog liječenja, osim preostale dojke zrače se i područja regionalnih limfnih čvorova ako je patohistološki nalaz diseciranih čvorova bio pozitivan (13).

Najčešća komplikacija radioterapije jest radiodermatitis koji se očituje laganim crvenilom i iritacijom kože. U nekim slučajevima može nastupiti i jaka upalna reakcija s vlažnim eritemom. Ako je aksila ozračena većom dozom može nastati i oštećenje brahijalnog spleta, koje se očituje bolima i parestezijom, a može doći i do nekroze torakalnog zida (13).

1.12.3. Kemoterapijsko liječenje

Kemoterapija predstavlja primjenu lijekova tzv. citostatika, kojima se uništavaju tumorske stanice odnosno usporava njihov rast. Može se primjenjivati peroralnim putem (u obliku tableta) ili izravno u venu (intravenski). Obično se primjenjuje u nekoliko ciklusa, u intervalima od nekoliko tjedana. Iako se može koristiti i samo jedan citostatik, u kemoterapijskim protokolima se obično koristi kombinacija lijekova kako bi se povećala učinkovitost liječenja. Kemoterapijski lijekovi ulaze u krvotok i putuju tijelom te tako dolaze i do tumorskih stanica koje su se možda proširile i izvan osnovnog, izvornog tumora. 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. Kemoterapija se može primijeniti nakon lumpektomije ili mastektomije kako bi se smanjila mogućnost ponovne pojave raka dojke. Kemoterapija se može primijeniti prije operacije kako bi se smanjila veličina tumora i olakšalo njegovo uklanjanje (18).

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 kvalitetu bolesničina života. Terapijska doza ovisi o površini tijela, tjelesnoj masi i vrsti tumora (18).

Najčešće nuspojave kemoterapije uključuju (18):

1. mijelotoksičnost (hematološka toksičnost) koja rezultira smanjenom otpornošću na infekcije, anemijom, umorom, te lakim nastankom povreda ili javljanja krvarenja (produljeno vrijeme 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 bolesnika.

Tijekom liječenja provode se redovite kontrole krvne slike kako bi se utvrdilo je li došlo do smanjenja broja krvnih stanica. Ako je potrebno, može se primijeniti transfuzija ili druge metode da se nadomjesti smanjeni broj crvenih krvnih stanica. Dostupni su i lijekovi kojima se može povećati broj bijelih krvnih stanica, a time povećati i otpornost bolesnika na infekcije. Naposljetku, mogu se primijeniti i druge vrste liječenja da bi se spriječile infekcije (19).

1.12.4. Hormonska terapija

Hormoni su tvari koje kontroliraju normalne tjelesne funkcije ali neki od njih, poput estrogena, mogu utjecati i na stanice raka dojke. Zato se neke od bolesnica, koje imaju hormonski ovisan oblik tumora tj. pozitivne receptore na tumorskim stanicama,

moгу liječiti lijekovima koji sadrže hormone odnosno inhibiraju njihovo djelovanje. 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 (20).

Indikacije za endokrinu terapiju izvode se iz prisustva estrogenskih i progesteronskih receptora u tumorskom tkivu. Oko 60-70% slučajeva raka dojke sadrže estrogenske receptore u srednjoj ili velikoj mjeri i stoga reagiraju 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 adenalektomija) (20).

1.13. PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA NAKON OPERACIJE

Stoljećima je rak bolest koja u ljudi izaziva strah, prvenstveno zbog loših rezultata liječenja, često uz smrtni ishod, ili pak zbog preostalog života ispunjenog boli, strahom i patnjama. Zbog toga su mnogi liječnici, i novinari, a i ljudi općenito, u komunikaciji godinama izbjegavali upotrebljavati riječ «rak», a prava dijagnoza bila je skrivana od bolesnika (29).

Suočiti se s dijagnozom zloćudne bolesti nikome nije lagano niti jednostavno. Već prva spoznaja da postoji mogućnost da netko boluje od raka razvija stres, koji je kasnije praćen raznolikim depresivnim krizama. Sve se još više pogoršava s potrebom kirurških zahvata ili tijekom dodatne radioterapije i/ili kemoterapije, posebice zbog dobro poznatih neugodnih nuspojava takvog liječenja. Obično onkolozi, koji primjenjuju ta liječenja, svakodnevno pružaju bolesnicima različite informacije, a i psihosocijalnu potporu, dok je ponekad potrebna i pomoć psihologa ili psihijatra (29).

Posljednjih nekoliko desetljeća u liječenju raka postignut je ogroman napredak. Znatno su učinkovitiji dijagnostički aparati i tehnike kojima se rak može otkriti u sasvim početnoj fazi. Novi su i uređaji za puno preciznije zračenje, s manje štetnih popratnih pojava i posljedica. Kirurške su tehnike poštudne (npr. odstranjuje se samo djelić dojke s tumorom, a ne cijela dojka, kako je prije bilo uobičajeno). Novi, mnogo učinkovitiji lijekovi primjenjuju se u kemoterapiji tumora. Sve je više potpuno izliječenih bolesnika, a isto tako i zaliječenih, koji žive niz godina kvalitetnim životom, zahvaljujući raznim mogućnostima uspješnog palijativnog liječenja zloćudnih tumora. Tako danas u Americi živi oko 10 milijuna ljudi koji su izliječeni ili zaliječeni od raka. Slični su pokazatelji i za Europu, a i u Hrvatskoj je sve više ljudi izliječenih od raka. Naziv «rak» sve se češće i slobodnije upotrebljava, pokušavajući maligni tumor učiniti bolešću kakve su i sve druge, uz smanjenje straha i užasa koji prati postavljanje dijagnoze. Svakako, i dalje je pri tome jako bitan utjecaj načina života, intelektualnog statusa, socijalne, ekonomske i vjerske kulture na psihosocijalne uvjete življenja s rakom (29).

1.13.1. Prvi korak – suočavanje s rakom

Rak dojke kod žena ostavlja posljedice na njihovo duhovno zdravlje i ponašanje te uzrokuje pad samopouzdanja i osjećaja manje vrijednosti. Suočavanje s dijagnozom najvažniji je problem (29).

Prvo sučeljavanje s vlastitim obolijevanjem od raka izaziva u svakom čovjeku psihičku reakciju različitog oblika i jačine. U mnogih bolesnika tijekom više godina prisutni su trijas simptomi nazvani «3 S»: strah, sram i skrivanje dijagnoze kako prije, tako i kod prvog pregleda. Strah od fatalne i užasne bolesti prisutno je kod svih bolesnika koji su primijetili neke promjene u svom zdravstvenom stanju. Istovremeno je nazočan i strah od spoznaje da baš oni imaju «tu» bolest. I konačno, prisutna je i namjera da sakriju bolest od obitelji, okoline i samih sebe, nastojeći tako pobjeći od dijagnoze i od liječenja bolesti. Negativan odnos prema tom oboljenju – raku danas je uvelike promijenjen zahvaljujući značajnim dijagnostičko-terapijskim usavršavanjima, a osobito mnogo boljim i uspješnim rezultatima liječenja. Nažalost, još uvijek ponekad, često i u visoko školovanim i intelektualnim sredinama, postoje osobe s izrazito

negativnim odnosom prema raku. Takva reakcija tipa «ne želim ništa znati o raku» ili «to se meni nikako ne može dogoditi» vrlo često dovodi do negiranja očitih znakova bolesti, odgađanja liječenja i, u konačnici, do prekasnog dolaska liječniku, onda kada se pomoći može još vrlo malo ili gotovo ništa (29).

Kad žena prođe sve faze u prihvatanju bolesti, tada postaje spremna uporabiti sve poznate metode za poboljšanje stupnja kvalitete života. Kako bi bolesnice bile osposobljene za izvršavanje svakodnevnih aktivnosti, u edukaciju bolesnica potrebno je uključiti sve članove zdravstvenog tima specijaliziranoga za liječenje bolesnica s malignim bolestima dojke. Članovi zdravstvenog tima svojim stručnim savjetima i potporom poboljšavaju kvalitetu života bolesnicima, njihovim partnerima i članovima obitelji. Tijekom hospitalizacije na kirurškom odjelu važnu ulogu ima medicinska sestra kao član zdravstvenog tima. U prijeoperacijskom i poslijeoperacijskom periodu provodi intervencije koje su usmjerene na psihičku i fizičku pripremu bolesnica za kirurški zahvat. Dobrom interakcijom između medicinske sestre i bolesnica osigurava se više uzajamnog povjerenja, bolesnica neće izgubiti samopoštovanje, što će omogućiti bolji tijek poslijeoperacijskog oporavka. Uvažavajući bolesnicu/ka kao aktivna sudionika u provođenju zdravstvene njege, medicinska sestra usmjerava proces zdravstvene njege te uporabom holističkog pristupa prevenira nastanak i rješava postojeće probleme. Opisanom uporabom procesa zdravstvene njege radi ispunjenja zadanih ciljeva, bolesnici će biti pripremljeni na sve izazove poslijeoperacijskog tijeka liječenja. Uporabom znanstveno verificiranih metoda edukacije članova zdravstvenog tima, bolesnici su odgovarajuće pripremljeni za suočavanje s promjenom načina života i usvajanjem potrebnih, novih životnih navika. S novim spoznajama bolesnici se mogu uključiti u aktivnosti koje su obavljali i prije provedenog kirurškog liječenja (29).

1.13.2. Drugi korak – susreti s dijagnostičkim postupcima i liječenjem

Briga za zdravlje javlja se kod bolesnika obično u trenutku kad su ga izgubili, kad su suočeni s dijagnozom raka. Svaka osoba intimno živi u uvjerenju da je nepovrediva i besmrtna. Takav je stav u redu, jer život bi lako mogao izgubiti smisao ako bi vjerovali u skori kraj. Zato smo uvijek neugodno iznenađeni pojavom bolesti.

Navedeni stav dio je obrambenog sustava svake osobe i pomaže nam da se lakše nosimo s neugodnim događajima i osjećajima (26).

Pronalazak «nečeg stranog» u tijelu ili na njemu i pregled liječnika, dijagnostička obrada i potom potreba liječenja raka izazivaju u ljudi različite reakcije. Psihosocijalna podrška bolesniku iznimno je važna u procesu prilagođavanja saznanju da ima rak, da treba liječenje, da treba uspostaviti normalne tokove života, odnosno naučiti bolesnika da «živi s rakom» (29).

Osjećaji i misli koje se pojavljuju u različitim razdobljima liječenja raka, predstavljaju važne emocionalne izazove. Danas znamo da upravo načini na koje se nosimo ili načini na koje se suočavamo s bolešću, mogu biti izvor olakšanja našeg emocionalnog stanja. Suočavanje je pojam kojim se koristimo kako bismo opisali način na koji se ljudi pokušavaju prilagoditi stresnim životnim uvjetima. Ponekad se pogrešno smatra da se pod suočavanjem podrazumijeva samo život s problemom, bez obzira na to sviđa li nam se takav život ili ne sviđa. Suočavanje je, zapravo, stalno prilagođavanje problemu, ali i iznalaženje načina upravljanja problemom. Ne možemo promijeniti činjenicu da mi osobno ili netko nama drag ima rak, ali važno je raditi na tome da što uspješnije prihvatiti tu situaciju, da što primjerenije reagira i što kvalitetnije živi s rakom. Nema dobrog ni lošeg suočavanja, postoje samo potencijalno više ili manje uspješni načini ublažavanja stresa. Suočavanjem nastoji aktivirati kapacitete na misaonom, emocionalnom i izražajnom planu kako bi savladali ili umanjili zahtjeve stresne situacije. Najčešće razlikujemo tri načina suočavanja. Prvi je aktivni način i usmjeren je na rješavanje problema (prikupljanje informacija o dostupnim načinima liječenja, poduzimanje koraka ka rješavanju problema, zanimanje za lijekove koji umanjuju mučnine i sl.). Drugi je način emocijama usmjereno suočavanje, a usmjeren je na olakšavanje i izražavanje emocija kako bi se osjećali lakše (plakanje, razgovor o strahu prije novog načina liječenja, traženje podrške i sl.). Treći je način izbjegavanje suočavanja - tada čine sve drugo samo da se ne moraju suočiti s problemom, odnosno „zaboravljanje“, „odgađanje“, prave se da problem ne postoji (ignoriraju kontrole, odbijaju liječenje, čine sve što nikad nisu činili usprkos bolesti i sl.). Sva tri navedena načina suočavanja koriste gotovo svi ljudi u različitim situacijama. Za većinu bolesnika prva asocijacija koju imaju nakon dobivanja dijagnoze je da se radi o bolesti sa smrtnim

ishodom. Međutim, danas su zloćudne bolesti u velikom postotku izlječive zahvaljujući napretku u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji istih. Unatoč toj činjenici dijagnoza raka i postupci liječenja utjecat će na razmišljanje i osjećaje, ali i na osjećaje članova obitelji i prijatelja. Uočavaju se razlike u poteškoćama s kojima se mora nositi oboljeli od raka u odnosu na članove obitelji: oboljeli se mora suočiti sa strahom od tijeka liječenja i ishoda bolesti, strahom od patnje i strahom od smrti, a članovi obitelji s ugroženošću života člana obitelji i prijetnjom gubitka. Dovoljno dobrom komunikacijom takvi strahovi mogu se ublažiti ili prevladati (26).

Najčešće emocionalne reakcije na suočavanje s dijagnozom raka su (26):

Strah:

Strah je neugodan osjećaj i predstavlja reakciju organizma na poznatu opasnost. U nekim situacijama djeluje mobilizirajuće, tj. pozitivno, ali u nekim situacijama inhibira, tj. djeluje neželjeno na ponašanje.

Tjeskoba:

Tjeskoba u malom intenzitetu dovodi organizam u stanje pripreme, a u pojačanom intenzitetu dominira ponašanjem pojedinca i dovodi do osjećaja bespomoćnosti. U situacijama intenzivne tjeskobe ponašanje nije usmjereno cilju, već su svi naponi usmjereni na oslobađanje od tjeskobe. Ako je tjeskoba odgovor na suočavanje s rakom, važno ju je prepoznati i liječiti.

Tuga, žalovanje, depresija:

Tuga je emocionalni odgovor na gubitak ili drugi stresor i nema značaj neprilagođene reakcije.

Žalovanje je proces prorade gubitka (zdravlja). Naglasak je na procesu koji nam pomaže da se pomirimo s promjenom stanja i pronađemo načine da nastavimo život u novoj situaciji.

Depresija je neprilagođena reakcija na gubitak (zdravlja) i zahtijeva liječenje.

Negacija:

Bijeg od stvarnosti kako bi se odgodila prva teška reakcija na bolest, prvenstveno strah koji uključuje strah od neizvjesnog ishoda, strah od patnje i bolova, strah od ovisnosti o drugima te strah od smrti. Negaciju ćemo prepoznati kroz reakciju bolesnika koji nakon saznanja o dijagnozi vjeruje kako se ne radi o njemu i kako je vjerojatno došlo do pogreške, zamjene nalaza i sl.

Projekcija:

Uzroke za svoju bolest bolesnik pripisuje drugim osobama ili okolnostima (drugi su bili loši pa je on stradao). Ponekad bolesnik vjeruje da je bolest «urok». Događa se da bolesnik optuži zdravstveno osoblje za pogrešno liječenje.

Premještanje:

Definira se kao način na koji se neugodan osjećaj potiskuje u odnosu na objekt ili situaciju koja ga je izazvala, a izbija prema drugom objektu ili situaciji. Koristi se u cilju smanjenja straha. Kod oboljelih od raka intenzivan strah može se preusmjeriti (premjestiti) na neki dio tijela (glavobolja, titranje pred očima, klecanje nogu, lupanje srca, pritisak u prsima, bolovi u tijelu i dr.)

Treba prepoznati više skupina čimbenika koji utječu na mentalno i fizičko stanje bolesnika tijekom njegove prilagodbe na rak. Iznimno je važno uspostavljanje odnosa povjerenja s liječnikom koji bolesnika «vodi» kroz dijagnostičke pretrage i liječenje. To zahtijeva potpun i iskren razgovor, u kojem je od neobične važnosti uplašenom čovjeku pružiti što više preciznih i jasnih podataka o njegovoj bolesti i dijagnozi, koja je najčešće dovoljno zastrašujuća sama po sebi, a ako je napisana nerazumljivim jezikom (latinski) onda se čini i da sakriva, odnosno laže bolesnika o prirodi bolesti. Potrebno je sa znanjem i sigurnošću, uz suradnju bolesnika, izabrati metode liječenja, objasniti sve popratne pojave i postupke da se oni ublaže. Treba upozoriti i objasniti da je rak kronična bolest koja zahtijeva dugotrajno, katkad i doživotno liječenje. Bolest neminovno donosi promjene u stilu života i ciljevima, a pri tome treba naglasiti da su psihičke krize neminovne i nisu sramne. Bolesnik treba znati da je od velike važnosti njegovo aktivno sudjelovanje i odlučivanje o liječenju. Time mu se vraća sigurnost da i dalje sam kontrolira vlastiti život (29).

Bolesnik treba podršku društva za sučeljavanje s poteškoćama vezanim uz bolest. Često je pri tome neobično važno pozitivno iskoristiti postojeće ili ranije iskustvo s rakom u obitelji ili okolini. Tijekom cijelog procesa liječenja, ali i oporavka, utjecaj i pomoć obitelji ne samo da su značajni sa psihosocijalne strane, nego osobito u nastojanju da se uspostavi što bolja, potpuna stabilnost bolesnika. Članovi obitelji, posebice bračni drugovi koji pružaju bitnu potporu, ponekad i sami trebaju stručnu pomoć jer su uznemireni, prestrašeni i ne znaju kako se ponašati s bolesnikom. Djeca su također naročito važan čimbenik i često osnovni razlog želji i nastojanju da se oporavi i da se bolesnik uhvati u koštac s bolešću i vrati normalnom životu i radu (29).

1.13.3. Treći korak – rehabilitacija i potpora

Treba naglasiti važnost medicinske i fizikalne rehabilitacije u procesu potpunog ozdravljenja bolesnika. Postoji više različitih postupaka i metoda rehabilitacije. One ovise o lokalizaciji tumora, o izvršenim operacijskim zahvatima i zračenju ili drugim metodama liječenja, kao i o nastalim nuspojavama. Cilj je oporavak bolesnika i uključivanje u normalan život i posao (29).

Intervencije koje se provode u rehabilitaciji pacijentica oboljelih od raka dojke su inicijalne i kontinuirane (28):

Inicijalne intervencije su:

- a) psihoedukacija - pacijentica/obitelji - motivacija za liječenje,
- b) savjetovanje,
- c) psihoterapijski suport,
- d) kratkotrajna psihoterapija,
- e) psihofarmakološko liječenje i
- f) koordinacija psihosocijalne pomoći.

Kontinuirane intervencije su:

- a) dugotrajna psihoterapija: individualna, grupna, obiteljska,

- b) fizička aktivnost/vježbanje,
- c) suportivne grupe,
- d) tehnike relaksacije i
- e) razne aktivnosti: ples, šetnja, hobi.

Rak mijenja životni stil čovjeka na puno načina. Bolesnik je preplavljen različitim neugodnim fizičkim i psihičkim senzacijama. Osobe bliske bolesniku (supružnici, djeca, roditelji) mogu pružiti veliku i nezamjenjivu potporu. Ali, ponekad njihova briga i suosjećanje nisu dostatni. Osobe oboljele od raka imaju neku vrstu zadržke da baš sve svoje strahove i druge osjećaje vezane za bolest dijele sa svojom obitelji - plaše se izgovoriti ih glasno. Zadržka se često javlja iz potrebe da ih zaštite i poštede dodatne brige ili su potpuno zaokupljeni bolešću i nisu u stanju uspostaviti komunikaciju. Tada je dobrodošla pomoć stručnih osoba koje im mogu pomoći da vrate nadu, uspostave kontrolu nad životom i tijekom liječenja te pomoći u trenucima krize i gubitka emocionalne snage. Profesionalci na području mentalnog zdravlja (psiholozi, psihijatri, psihijatrijske sestre, psihoterapeuti) znaju pružiti takvu vrstu pomoći. Većina ljudi, naročito onih koji su jako ustrašeni i depresivni, najčešće ne vjeruje da razgovor pomaže. Razgovor ih plaši, jer su pri tom suočeni s vlastitim stanjem, od kojeg najčešće bježe. Međutim, kad se jednom ohrabre, osjete se da razgovori ipak na neki način pomažu. Razgovor pomaže jer više nisu sami sa svojom bolešću, a stručna osoba im može pomoći da shvate što se događa s njihovim osjećajima, da pronađu način na koji će se bolje nositi s vlastitim emocijama, mislima ili praktičnim problemima. Osjećaj olakšanja donosi i sama činjenica da mogu slobodno govoriti s nekim tko je zainteresiran za njih i njihove osjećaje, nekim tko nije s njima da bi ih procjenjivao i sudio o njima i da je to osoba kojoj možegu vjerovati. Psihološka pomoć se može pružiti individualno i grupno. Individualno znači da će stručnjak iz područja mentalnog zdravlja u jednom ili više navrata razgovarati s bolesnikom na samo. U zajedničkom radu pomoći će mu da prepozna pozitivne aspekte bolesti i liječenja, a ne da pažnju usmjerava isključivo na njezine fatalne i jako zastrašujuće komponente. Pomoći će da prepoznaju značenje nade i brige drugih za njihov oporavak. Pomoći će da nađu ljude koji ih podržavaju, što je posebno važno za one koji nemaju vlastite obitelji ili čije su

obiteljske situacije konfliktne. Tijekom psiholoških intervencija posebna pažnja će se usmjeriti na kvalitetu života koja se neminovno mijenja tijekom bolesti, ali i tijekom, ponekad dugotrajnog liječenja. Prihvatanje činjenice da se kvaliteta života nužno mijenja, postepen je proces. Budući da živimo s bazičnom pretpostavkom da smo neranjivi, da se „teške stvari“ događaju drugima, a ne nama samima, zahtijeva postupnu promjenu i prilagodbu misli i osjećaja. Naročito je bolna istina za svakog od nas da je smrt sastavni dio života. Svatko se od nas bilo svjesno, bilo nesvjesno boji smrti. Svi se mi pitamo da li je smrt bolna, što se događa nakon smrti. Čini se da je ipak najbolnija pomisao o rastanku od ljudi i svijeta koje volimo. Oboljela osoba razmišlja o tome što bi njihova smrt značila i kako bi se osjećali članovi obitelji kojoj pripadaju, koje vole i koji vole njih. S druge strane, ljudi koji su bliski oboljeloj osobi, ponekad teško podnose dilemu tipa pričati ili ne pričati o rastanku i o strahovima od smrti. Ljudski obzir je razlog zbog kojeg se ne razgovara o strahu od smrti i smrti. Ali, koliko god to možda čudno zvučalo, bolesnik i njegovi najbliži mogu osjetiti veliko olakšanje ako s nekim podijele svoju tugu i strah koji u nekim fazama bolesti i liječenja može dotaknuti beskraj. Terapeuti uče o povezanosti emocija i tijela jer je dokazano da su misli, emocije i ponašanje u uskoj povezanosti s fiziološkim i fizičkim promjenama u tijelu kod svake bolesti, pa tako i raka. Pomoć se može pružati i grupno. Mnoge studije pokazuju da suportivne grupe mogu puno pomoći. To su grupe koje vode profesionalni grupni terapeuti, u kojima bolesnici s drugima dijele probleme koje im je rak donio. One umanjuju osjećaj usamljenosti, vraćaju nadu, šire spektar mogućih pozitivnih načina reagiranja. Postoji mogućnost da u okviru bolničkih odjela ili nekih specijaliziranih udruga i sami organizirate tzv. grupe samopomoći. Takve grupe mogu biti vođene i od strane neprofesionalaca. Jedna od psiholoških tehnika koje povećavaju zadovoljstvo sobom i životom, jest i slušanje „životnih priča“. To može pomoći da stvore pregled svojih uspjeha i pronađu smisao vlastitog života. Nabrojane vrste intervencija bolesnik može potražiti u različitim zdravstvenim ustanovama i specijaliziranim ambulantama. U bolničkim uvjetima najekipiraniji su psihijatrijski odjeli ili klinike koje među svojim kadrom imaju i psihoterapeute. U medicinskom sustavu psihološku pomoć najčešće daju psihijatri i psiholozi. Idealno bi bilo da se tom vrstom pomoći bave zdravstveni psiholozi i suradni psihijatri, koji su obrazovani za psihoterapiju, naročito ako su oni dio istog medicinskog tima koji se brine i o njihovoj tjelesnoj bolesti. Teoretske osnove

njihovih intervencija mogu biti različite, ovisno o tome kojoj psihoterapijskoj školi pripadaju, a dobro primijenjene, uz adekvatnu motivaciju bolesnika, jednako su djelotvorne. U našim bolničkim uvjetima najčešće se primjenjuju psihodinamske, kognitivno-bihevioralne i geštalt psihoterapijske tehnike (26).

Psihoterapija može pomoći u prevladavanju emocionalnih teškoća kod osoba oboljelih od raka. Kognitivno-bihevioralno tehnika samo je jedna od njih i nudi neke praktične smjernice koje bi im mogle koristiti. Psihološka terapija ili savjetovanje može pomoći u suočavanju sa zahtjevima koje im nameće liječenje raka, kao i u periodu nakon završetka kemoterapije ili zračenja. Ovakvo savjetovanje obično zahtijeva 6-12 sati (seansi), jedanput tjedno. Psihoterapeut će bolesniku pomoći uočiti problem, kao i njihove jake strane, snage i slabosti s kojima se suočavaju. Zajedno odlučivaju koje probleme žele riješiti i koji je način najbolji za bolesnika. Također, tijekom nekoliko seansi može se u terapiju uključiti i bliska osoba bolesniku (26).

1.13.3.1. Važnost izražavanja emocija

Istraživanja pokazuju kako je otvorenost iskazivanja emocija bitna za bolje suočavanje. Neki ljudi ustručavaju se govoriti o osjećajima, a duševne smetnje smatraju znakom slabosti pa psihičke simptome prikrivaju i umanjuju kako bi izbjegli dodatnu nelagodu i sram. Sa psihoterapeutom bolesnik ima priliku otvoreno razgovarati u nastojanju da poboljša svoj način komunikacije s važnim osobama, kako bi bili podrška jedan drugome. Neke negativne misli mogu biti korisne (obrambeni mehanizmi), dok druge mogu odmoći i potencijalno dovesti do poticanja stresa. Bitno je uočiti negativne emocije, osvijestiti ih i podijeliti s psihoterapeutom. Tek tada mogu početi istraživati misli koje su iza njih. Neki primjeri: 'Nema smisla išta činiti.'; 'Nitko me neće voljeti ako izgubim svu kosu.'; 'Ne mogu se nositi s time.' Sve misli gore navedene automatske su misli, isto tako su negativne i nerealne i odražavaju pesimističan stav. U terapiji se može naučiti kako odvojiti realne negativne misli od ekstremnih ili otežavajućih negativnih misli. Prva stepenica je upravo prepoznavanje takvih misli. Zatim misli treba izazvati i pokušati doznati u kojoj se situaciji javljaju. Preporuča se bilježenje misli ili vođenje dnevnika. Većina ljudi ima osjećaj da samo prepoznavanje

takvih misli vraća osjećaj kontrole. Možete se zapitati koliko su te misli realne i koliko vam pomažu i tada tražiti alternative, odnosno druge načine razmišljanja, koji su konstruktivniji. Istraživanja pokazuju kako već samim osvješćivanjem misli bolesnik može poboljšati svoje raspoloženje i osjećaj kontrole u situaciji. Postoje različite metode suočavanja koje se koriste u različitim situacijama. Mnogim ljudima mogu koristiti tehnike relaksacije, opuštanja. Fizička napetost i stres mogu stvoriti krug u kojem se vrtimo i čini nam se kako ne može stati. Obično se takve reakcije prekidaju učenjem korištenja tehnika opuštanja. Naučiti i znati kako se opustiti može pomoći u suočavanju sa stresnim situacijama (26).

1.13.3.2. Povećanje kvalitete života

Cilj svakog liječenja je, naravno, izlječenje, a kada ono nije u potpunosti moguće, cilj je produženje života, uz osiguravanje što bolje kvalitete življenja. Jednako kao što nakon neke povrede ostaje ožiljak i više nikad nije isto, tako ni nakon dijagnoze raka neće više biti isto. Unatoč tome, nakon terapije i rehabilitacije može biti dobro i može se živjeti jednako kvalitetno kao i prije bolesti. Utjecaj bolesti na život pokušavamo umanjiti tako da činimo stvari koje volimo i koje nam daju osjećaj vrijednosti ili uspjeha, s tim da uskladimo svoja očekivanja s mogućnostima. Npr. ako smo jako slabi i iscrpljeni velikim postignućem smatramo i samostalno pripremanje čaja. Čak i ako to zahtijeva više energije i vremena nego ranije, važno je ne odustajati. Bolesnik treba činiti što može i nagraditi se, priznati si da je i to što čini je jednako važno. Ponekad mogu osjećati kako sve ide dobro, a ponekad kao da su poteškoće toliko velike da im se čini da ih ne mogu prevladati. Bez obzira na to u kojem razdoblju bolesti se nalaze, važno je uz pomoć bliskih osoba i/ili psihoterapeuta suočiti s realnim mogućnostima s ciljem stvaranja osjećaja da drže „uzde u svojim rukama“, odnosno da imaju kontrolu nad svojim životom. Ponekad nisu dovoljni samo razgovori. Kad ih preplavi tjeskoba i kad su jako bezvoljni ili razdražljivi, neće moći adekvatno sudjelovati u razgovoru. U tom slučaju potrebni su im lijekovi, možda i samo privremeno ili povremeno, ali tu su da im bude lakše. Ako depresija ili tjeskoba traju predugo ili se pogoršavaju, može pomoći kura antidepresiva. Antidepresivi u većini slučajeva djeluju i na tjeskobu i na depresiju i najčešće nije potrebno uzimati više

različitih lijekova, osim prvih 1-2 tjedna dok antidepresivi ne započnu svoj učinak. U tom periodu pomažu lijekovi za umirenje i lijekovi za spavanje, ako je prisutna i nesanica. Tijekom liječenja antidepresivima polako će se osjećati bolje, u smislu ublažavanja napetosti, poboljšanja raspoloženja i boljeg sna. Stvari im se više neće činiti tako beznadne, polako će im se vratiti povjerenje i optimizam pa će se lakše nositi s problemima u svakodnevicu, kao i problemima vezanim za tjelesno stanje. Crna predviđanja zamijenit će nada u pozitivan ishod liječenja. Kad se popravi depresija i umanji tjeskoba, i bolovi će biti manji i lakše će ih podnositi. Sve navedeno vodi popravljanju općeg stanja i jačanju obrambenih snaga organizma pa ishod liječenja i rehabilitacija imaju bolje izgleda. Raspoloženje će se popraviti tek nakon 1-3 tjedna, ovisno o vrsti antidepresiva i ovisno o tome jesu li i ranije uzimali neki od njih. Antidepresivi djeluju i na tjeskobu pa se većina ljudi odmah na početku osjeća manje napeta i bolje spava. Ublažiti tjeskobu i popraviti san se može i uz pomoć lijekove za umirenje i/ili lijekova za spavanje. Njih, zbog potencijalnog navikavanja, koristimo kratko, prvih par tjedana dok antidepresiv ne započne svoj učinak. Bolesnik treba potporu svoje okoline za suočavanje i nošenje s poteškoćama vezanim za bolest i liječenje. Za stvaranje i djelovanje socijalne i emocionalne podrške nužno je ostvariti komunikaciju. Važno je da oboljela osoba aktivno sudjeluje u liječenju. Ona je aktivni član tima, uz liječnika i medicinsko osoblje. Kako bi mogla biti aktivni sudionik u liječenju, treba učiti o svojoj bolesti, pitati liječnika sve što joj je nejasno pa će tako moći sudjelovati u donošenju odluka zajedno sa svojim liječnikom (26).

Bolesnik ne bi smio (26):

- donositi odluke impulzivno, bez dovoljno znanja i informacija o bolesti,
- prepustiti liječniku da donosi odluke koje nisu jasne jer se ne želi preuzeti odgovornost,
- očekivati da drugi kažu što bi trebali raditi.

Što je bolest teža, što je liječenje invazivnije, zahtjevnije i dugotrajnije, suradnja je važnija. Važno je da bolesnik uči o svojoj bolesti i načinu liječenja, pruži svom liječniku informacije o sebi, postavlja pitanja i pomno sluša odgovore, te sudjeluje u odlukama. Važno je otvoreno komunicirati sa liječnikom i medicinskim sestrama. Oni mu daju odgovore na mnoga pitanja, te pružaju potporu u naporima tijekom liječenja.

Bolesnici se često ustručavaju pitati zbog niza razloga - vide da su liječnici pre zaposleni, da nemaju vremena pa ih ne žele smetati ili se pak boje da ne pitaju „glupo pitanje“. To ih ometa u otvorenoj komunikaciji s medicinskim osobljem (26).

U fazi liječenja nužni su neki terapijski postupci kao što su kirurški zahvat, zračenje ili kemoterapija. Strahovi i strepnje mogu se vezati uz neki od tih postupaka. Razgovor s liječnicima i prikupljanje potrebnih informacija može koristiti kod uklanjanja strepnje, planiranja daljnjih koraka, nabavke potrebnih pomagala i pripreme na neophodne zahvate. Kirurškim liječenjem raka nastoji se postići lokalna kontrola bolesti (spriječiti lokalni povrat bolesti ili recidiv), dobiti informaciju o vrsti tumora (patohistološki nalaz) i postići što bolji estetski rezultat. Operacijski zahvati koji narušavaju vanjski izgled ili se njima odstranjuju organi od posebnog značenja, naročito su stresogeni. Dojka ili maternica kod žena odnosno testisi kod muškaraca čine seksualna obilježja svakog od njih. Gubitak istih utjecat će na odnos prema vlastitoj seksualnosti zbog čega se mogu javiti poteškoće u seksualnom funkcioniranju kako oboljelog tako i njegovog partnera. Operacije koje mijenjaju izgled lica, amputacije i sl. značajno mijenjaju vanjski izgled. Promjena vanjskog izgleda za većinu ljudi znači i promjenu identiteta. Važno je o svakom zahvatu tražiti informacije od liječnika koji su uključeni u postupke dijagnosticiranja i liječenja kako bi bolesnika što manje iznenadile neke od posljedica, tj. kako bi se lakše prilagodili i prihvatili novo stanje (26).

Kemoterapija podrazumijeva upotrebu posebnih lijekova u liječenju raka. Može se primjenjivati samostalno, kao jedino liječenje ili u kombinaciji s kirurškim zahvatom i/ili radioterapijom. Najčešća neželjena djelovanja kemoterapije, koja će bolesniku stvarati najviše brige i nelagode, jesu: mučnina i povraćanje, smanjeni broj krvnih stanica s posljedičnom anemijom ili infekcijom, alopecija ili gubitak kose, bol i umor. Prije početka kemoterapije važno je razgovarati s onkologom koji planira kemoterapiju i tražiti točne informacije o potencijalnim neželjenim djelovanjima te se pravovremeno pripremiti za njih kako bi na vrijeme ublažili nelagodu i uspješno završili liječenje. Ukoliko bolesnik nepripremljen i prestrašen započne kemoterapiju, strah i neznanje mogu pojačati nuspojave. Važno je znati da postoje lijekovi koji ublažavaju mučninu i povraćanje. Kako bi bolesnik lakše podnio gubitak kose, na vrijeme može nabaviti vlasulju u skladu s bojom kose i frizurom. Važno je zaštititi se od infekcije pravilnim

rukovanjem namirnicama, održavanjem higijene i izbjegavanjem javnih mjesta na kojima se kreće puno ljudi. Umor bi trebao pokušati prevladati pravilnom prehranom, održavanjem kondicije svakodnevnim šetnjama, a sve aktivnosti koje zahtijevaju veći napor, prepustiti bližnjima dok se bolesnik ne oporavi. Neželjena djelovanja mogu biti neugodna, ali ih se uvijek mora procijeniti u odnosu na korisnost liječenja zloćudne bolesti (26).

U literaturi je pojam kvalitete života definiran na više načina. Kvaliteta života predstavlja sveobuhvatno ukupno zadovoljstvo/ nezadovoljstvo vlastitim životom. To je subjektivan doživljaj svakog čovjeka koji nesumnjivo ovisi o okolnostima u kojima netko živi, kao i o sustavu vrijednosti, očekivanjima i težnjama. Kvaliteta života odnosi se na osobno blagostanje i životno zadovoljstvo, uključujući mentalno i fizičko zdravlje. Bolesnici koji se suočavaju sa dijagnozom malignog oboljenja prolaze teško razdoblje prihvatanja i prilagodbe bolesti. Potrebno je poboljšati edukaciju žena o kvaliteti života u poslijeoperacijskom tijeku liječenja te da upute o obavljanju tjelesnih aktivnosti moraju biti usmjerene na ona područja koja bolesnike individualno najviše zanimaju. Stupanj zadovoljstva znatno bi se povećao kada bi se bolesnicima osiguralo više pisanih materijala i kada bi se omogućio lakši pristup nabavci i izboru potrebnih pomagala/ ortoze [specijalni grudnjaci, perike, proteze]. Utvrđeno je da je liječenje i zbrinjavanje bolesnika s malignom bolešću multidisciplinarno, s posebnim naglaskom na ulogu medicinske sestre koja provodi najviše vremena s bolesnikom. Da bi proces zdravstvene njege zadovoljio potrebe bolesnika tijekom hospitalizacije i nakon otpusta, važan je čimbenik kontinuirana edukacija medicinskih sestara radi usvajanja novih spoznaja, znanja i vještina. Samo dobro educirana medicinska sestra, koja raspolaže potrebnim znanjem te poštuje opća načela zdravstvene njege, može bolesniku pružiti psihosocijalnu potporu te mu pomoći da stekne potrebna znanja i vještine da bi se lakše nosio s novim, bolešću uzrokovanim životnim okolnostima (29).

1.13.4. Četvrti korak – utjecaj tima

Onkolozi i onkološke sestre svakodnevno su izloženi kontaktu s bolesnicima, njihovim pitanjima i nastojanjima da uspostave normalne tokove i odnos prema bolesti.

Onkolozi moraju biti pripremljeni za različita pitanja, koja su često osjećajno uznemirujuća i za njih same. I onkološke sestre moraju biti dobro educirane i pripremljene da žive i rade s bolesničkim pitanjima. To je posebice važno u razlučivanju na koje pitanje mogu same odgovoriti, a kada je bolje da bolesnika po odgovor upute liječnicima. Pored onkologa, koji liječe bolesnike i vrlo često također brinu o njihovim psihosocijalnim problemima, pojedine zdravstvene ustanove imaju i specijalne timove koji obrađuju bolesnike i pomažu im da prebrode te probleme. Takav tim obično uključuje onkologe, psihologe, psihijatre, psihoterapeute, onkološke sestre, socijalne radnike, educirane volontere, a katkad i članove obitelji (29).

U slučajevima jakih smetnji i potrebe specifične psihosocijalne pomoći, bolesnici se upućuju na liječenje kod psihijatra ili psihologa. Depresija i beznade vrlo se često javljaju barem u jednoj fazi liječenja; ponekad pomoć onkologa tada nije dostatna. Pojavnost i intenzitet različitih depresivnih poremećaja i kriza zavisi od brojnih čimbenika: seksualnih, kulturoloških i religioznih podloga i obiteljske potpore te tipa raka, njegove lokalizacije, kao i tjelesnih oštećenja i posljedica liječenja. Na primjer, 25-30% bolesnica s rakom dojke ili maternice čak godinu dana nakon liječenja još uvijek osjeća strah, koji ponekad graniči s panikom, od eventualnog povratka bolesti. Zbog operacije i liječenja često su prisutni seksualni poremećaji koji u 10% slučajeva dovode do trajnog prestanka seksualnog života. Slične tegobe imaju i muškarci nakon operacije prostate ili raka završnog dijela debelog crijeva. Uz to je stalno prisutan i strah za budućnost. Većina se bolesnika, poslije većih kirurških zahvata kojima se uklanja dio tijela ili organ, ili neke onkološke terapije, osjeća manje vrijednim. Zbog toga im je potrebna brza i promptna potpora, a objektivno informiranje od velike je pomoći da oni uspješno prebrode tu akutnu fazu i krizu (29).

Uloga socijalnih radnika i pomoć okoline također su značajne. Onkološki bolesnici katkad su pogođeni smatrajući se obilježenima jer su bolesni, gube samopouzdanje i samopoštovanje i imaju strah od reakcije okoline (nažalost, i danas okolina vrlo često krivo reagira predrasudama, sažaljenjem ili «otpisivanjem» bolesnika). U tim slučajevima socijalni radnici pomažu bolesnicima da vrate svoj mir, snagu i pouzdanje u sebe kao člana društva. Također postoje mnoge udruge za borbu protiv raka te klubovi bolesnika koji bolesniku pružaju savjete, tiskane vodiče kroz

bolest te razne druge informativne brošure, kao i sastanke, predavanja, razgovore. Oni su vrlo uspješni u direktnoj podršci člana drugom članu, u obliku praktičnih savjeta bolesnika bolesniku. Ranije liječeni onkološki bolesnik ili član njegove obitelji shvaćaju slične situacije ili probleme na koje novi bolesnici nailaze. Odličan su primjer za to dobro organizirane udruge žena s rakom dojke koje, nakon operacijskog odstranjenja dojke, vrlo često imaju mnoge psihičke i društvene probleme. Trajna podrška koju žene dobivaju u tim klubovima od bitne je koristi u ponovnom uspostavljanju i obavljanju njihovih svakodnevnih obveza i normalnog obiteljskog života. Njihova dobra resocijalizacija rezultat je dobrog programa tih udruga, ali i pomoći obitelji i društva. Te žene dobivaju dobar poticaj i rezolutnost upravo u društvu sebi sličnih, gdje im se vraća samopovjerenje i sposobnost društvene reintegracije (29).

Kvaliteta života pojedinca temelji se na subjektivnoj procjeni. Naime, bolest od koje boluju dvije osobe može biti ista, ali ljudi se razlikuju po svojim percepcijama, stavovima, reagiranjima, nadama, strahovima. U našem sustavu potrebno je omogućiti da svaka medicinska sestra obavlja svoj posao na kvalitetan i uspješan način. Medicinske sestre, radi poboljšanja stupnja kvalitete života bolesnika s malignim bolestima moraju svoj svakodnevni rad temeljiti na znanosti o sestrinstvu, na verificiranim znanstvenim teorijama i empiriji (4).

Psihološkim savjetovanjem nastoji se pomoći oboljelom da donese odluku o daljnjoj terapiji, daje se niz praktičnih informacija o različitim civilnim organizacijama i udrugama, kućnoj njezi, smrti, umiranju; rješavaju se problemi u komunikaciji između članova obitelji, umanjuje se izoliranost pacijenta, umanjuju se sumnje i strah od smrti, podržava se proces žalovanja. Sama psihološka pomoć treba biti fleksibilna, individualizirana (nema pravila o „najboljem načinu umiranja“), fokusirana na resurse a ne na problem (fokus je na unutarnjim kvalitetama pacijenta, dobrim odnosima s drugima, iskustvu), optimistična i realistična (ne smije se davati lažna nada) te je nužan sistematski pristup (što znači da se psihološka pomoć daje i obitelji oboljelog kao i čitavom timu stručnjaka koji rade s oboljelima). Onkološki bolesnici se često osjećaju bespomoćno, depresivno, anksiozno, da su na teret drugima, bez samodostojanstva i kontrole nad životom, boje se umiranja i smrti, javljaju se emocionalne krize, smanjuje im se kvaliteta života. Zadaća psihologa i psihološkog savjetovanja je pomoći

onkološkim bolesnicima reinterpretirati životnu situaciju, naučiti ih kako se nositi sa stresom te pronaći nadu, smisao života i umiranja (27).

1.14. PROGNOZA

Prognoza tumora dojke u prvom redu ovisi o stadiju u kojem je tumor otkriven i liječenje započeto. Općenito prognoza nije dobra jer petogodišnje preživljavanje, bez obzira na stadij, iznosi 50% (14).

Petogodišnje preživljavanje bolesnica s lokaliziranim rakom dojke, adekvatno liječenih, iznosi 98%, tj. 95% nakon 10 godina, dok kod bolesnica s presadnicama iznosi 30%, tj. 50% nakon 10 godina (14).

2. CILJ RADA

Rak dojke je najučestalija zloćudna bolest u žena i predstavlja jedan od najvećih zdravstvenih problema u razvijenim zemljama svijeta. Stopa smrtnosti zaostaje u odnosu na porast bolesnica, što se u prvom redu tumači poboljšanjem rane dijagnostike, boljom registracijom bolesnica, promjenama u načinu života, zatim napretkom u liječenju i zdravstvenoj njezi.

Cilj 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,
- ulogu medicinske sestre u zdravstvenom odgoju i psihosocijalnoj rehabilitaciji bolesnice.

Važno je prikazati vrste bolesničkih problema koji se javljaju za vrijeme bolesti, te mogućnosti rješavanja istih kroz primjenu procesa zdravstvene njege s posebnim osvrtom na sestrinske intervencije, te njihovu usklađenost s cjelokupnim planom skrbi.

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 primarne 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 na kirurški zahvat.

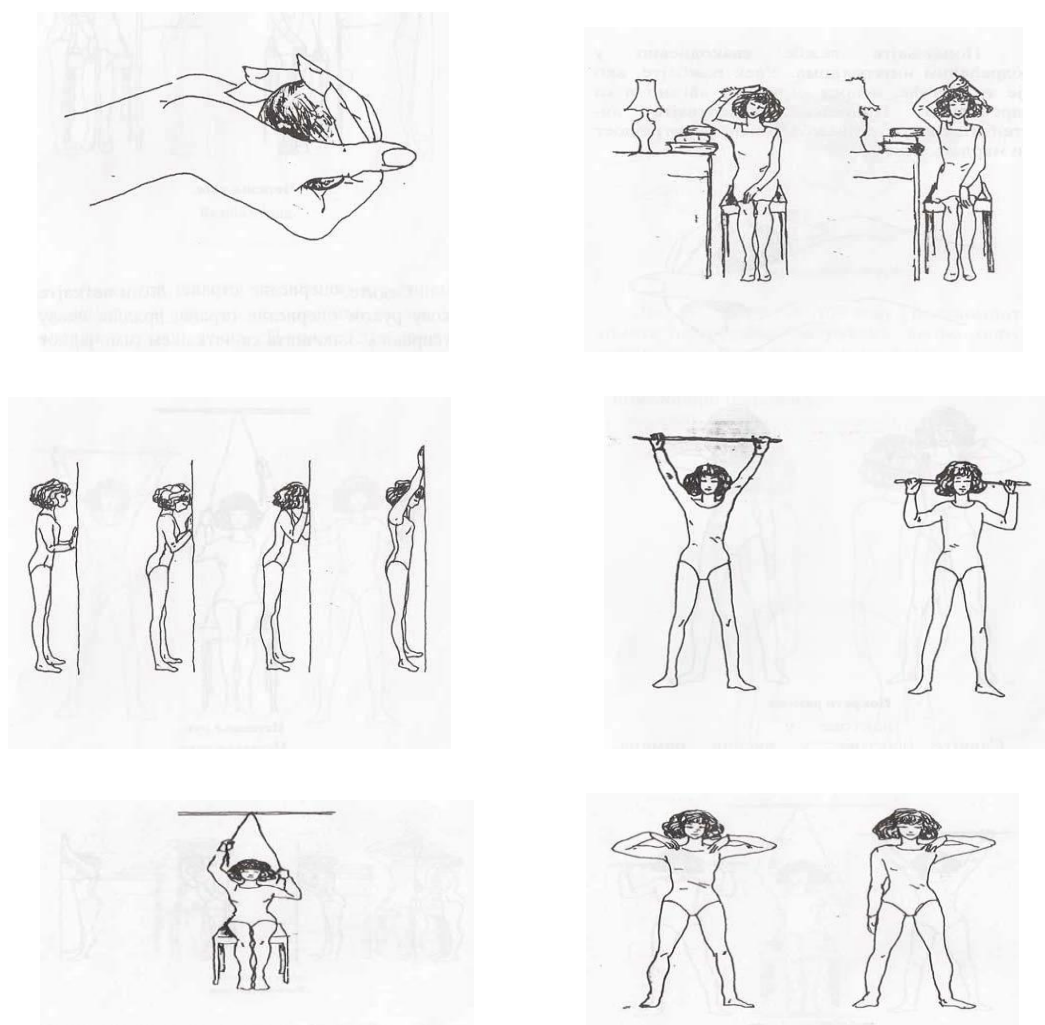
Psihološko pripremanje započinje liječnik, a nastavlja ga medicinska sestra kao važan sudionik tima i mora se maksimalno uključiti. Svojim znanjem i komunikacijskom vještinom aktivno uključuje bolesnicu u proces zdravstvene njege. Razlozi zabrinutosti bolesnice nakon prijama u bolnicu su različiti: osjećaj 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.

Psihološka priprema uključuje partnera kako bi što lakše prihvatijo 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 jeli usvojila znanja i vještine.



Slika 12. Vježbe razgibavanja ruku (15)

Zadaća medicinske 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, uvjerena u ono što poučava, pozitivno usmjerena. Sestra upute mora ponavljati (demonstrirati način izvođenja), poticati bolesnicu na izvođenje te provjeriti jeli ona usvojila znanja i vještine te osjećali se spremna za promjenu načina života. Savladano izvođenje vježbi prije operacije i provođenje nakon operacije u velikoj će mjeri spriječiti razvoj postoperativnih posljedica.

Intervencije koje sestra obavlja na dan operacije su:

- provjeriti jesu li obavljeni 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),
- provoditi intervencije za psihološku podršku kako bi bolesnica mogla izraziti svoje osjećaje i postaviti pitanja,
- 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 jeli se bolesnica pridržavala protokola prehrane,
- provjeriti jeli se nešto dogodilo do jutros u smislu dobivanja mjesečnice ili alergijske reakcije,
- pražnjenje mokraćnog mjehura,

- 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 podrazumjeva 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 bolesnici za operaciju mora voditi brigu i o „malim“ stvarima koje bolesnici mogu pomoći: ohrabrujući pogled, stisak ruke, lijepe riječi, objašnjenja svega što će raditi. Sestra često bolesnici ponudi i pomoć bolničkog duhovnika koji posebno kod osoba starije životne dobi bude oslonac i bolesnica znatno smirenije dočekuje kirurški zahvat. Sestra obavlja sve intervencije vezane neposredno za operacijski zahvat: razgovorom ublažava strah od anestezije, umanjuje napetost i tjeskobu koja je prisutna prije operacijskog zahvata, ohrabruje je za stanje nakon operacijskog zahvata. Dokazano je kako nakon dobre psihičke pripreme bolesnica bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, potrebno joj je manje analgetika (29).

3.3. POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA

Nakon operacije bolesnica se premješta u sobu za buđenje 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 (21):

- praćenje učinka anestezije (vraćanje senzornih funkcija),
- praćenje stanja svijesti i vitalnih znakova,
- promatranje mjesto operacijskog zahvata i drenažni sustav,
- prepoznavanje ranih simptoma postoperacijskih komplikacija,
- praćenje balans tekućina,
- mijenjanje položaja bolesnice,
- otklanjanje i /ili smanjenje tjelesnih simptoma,
- primjenjuje (po potrebi) kisik,
- primjenjuje i kontrolira ordiniranu i.v. terapiju.

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 (16).

Intervencije u zbrinjavanju bolesnice poslije operacije su (20):

- 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 bjelanjčevina i vitamina jer ovakva prehrana omogućava brže zarastanje rane i jačanje obrambene snage organizma.
- Poticati bolesnicu na ustajanje prvi poslijeoperacijski 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 (partner, djeca).

3.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PREVIJANJA KIRURŠKE RANE

U cilju sprječavanja komplikacija, važnu ulogu medicinska sestra ima kod previjanja kirurške rane (31) :

- 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 njen prvi susret i pogled na operacijski rez,

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

3.5. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Vještine medicinske sestre su bazirane na znanju i zahtijevaju sposobnost samostalnog rasuđivanja i prilagodbu svakoj pojedinoj situaciji. Individualizirani pristup svakom pojedincu i problemu kroz logičan i sustavan slijed radnji, garancija su profesionalnog, na znanju utemeljenog pristupa- procesu zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege označava najbolji pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege. Cilj procesa zdravstvene njege je prepoznati i imenovati bolesnikov problem te planirati i provesti postupke usmjerene rješavanju problema uz obaveznu provjeru njihove uspješnosti. Intervencije medicinske sestre u procesu zdravstvene njege bolesnika nakon operacije raka dojke su usmjerene na osiguranju psihološke i emocionalne potpore, uključivanju bolesnika u planiranje i provođenje zdravstvene njege i osiguranju posjeta i komunikacije sa bliskim osobama (partner, djeca) (30).

Tablica 5. Neupućenost

Sestrinska dijagnoza
Neupućenost u/s postoperativnim vježbama
Cilj
Bolesnica će verbalizirati specifična znanja i pravilno demonstrirati vježbe za postoperativni oporavak do kraja dana.
Intervencije
1. objasniti važnost vježbi u svrhu suzbijanja postoperativnih poteškoća i komplikacija 2. demonstrirati vježbe disanja i vježbe razgibavanja ruke 3. osigurati potrebna pomagala 4. dati pisanu literaturu 5. provjeriti usvojeno znanje

Tablica 6. Bol

Sestrinska dijagnoza
Bol u/s operativnom ranom
Cilj
Bolesnica će smanjiti intenzitet boli za 1 sat
Intervencije
1. utvrditi situacijske čimbenike (pritisak zbog prečvrstog zavoja, edema, nepravilnog položaja tijela) 2. ukloniti ili umanjiti situacijske čimbenike (popustiti zavoj, smjestiti bolesnicu u povoljan položaj) 3. primijeniti propisane analgetike

Tablica 7. VR za krvarenje

Sestrinsko – medicinski problem
VR za krvarenje u/s operativnom ranom i drenažom
Cilj
/
Intervencije
1. promatrati drenažni sadržaj, bilježiti količinu sadržaja
2. kontrolirati zavoj rane
3. mjeriti vitalne znakove (RR, puls, disanje)

Tablica 8. Poremećaj u doživljavanju same sebe

Sestrinska dijagnoza
Poremećaj u doživljavanju same sebe u/s promjenjenim tjelesnim izgledom
Cilj
Bolesnica će prihvatiti promjene svog tjelesnog izgleda tijekom hospitalizacije
Intervencije
1. ohrabriti bolesnicu na verbalizaciju osjećaja
2. razgovarati otvoreno o tjelesnim promjenama
3. pružiti pomoć u suočavanju s promjenama tjelesnog izgleda (perika, umetci, grudnjaci)
4. poticati pozitivno mišljenje
5. uključiti bolesnicu u rad grupe za samopomoć
6. uključiti i članove obitelji da pruži psihološku potporu

Tablica 9. VR za infekciju

Sestrinska dijagnoza
VR za infekciju u/s operacijskom ranom
Cilj
Bolesnica neće dobiti infekciju tijekom hospitalizacije
Intervencije
1. provesti higijenski protokol u prijeoperacijskom i postoperacijskom tijeku 2. poštivati načela asepsa pri previjanju i rukovanju s drenom i drenažnim spremnikom 3. mjeriti vitalne znakove 4. pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza 5. primijeniti ordiniranu terapiju

Evaluacija cilja sastoji se od ponovne procjene bolesničinog stanja i ponašanja te usporedbe sa željenim, ali i realnim stanjem (17). 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.

3.5. ULOGA SESTRE U PSIHOSOCIJALNOJ REHABILITACIJI I ZDRAVSTVENOM ODGOJU PRI OTPUSTU BOLESNICE

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.



Slika 13. Limfedem ruke (15)

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.

Potrebno je upoznati bolesnicu ovisno o patohistološkom nalazu s potrebama daljnjeg liječenja : radioterapiju, kemoterapiju, hormonalnu terapiju.

Bolesnici se naglašava važnost redovitih kontrola. Pri odlasku iz bolnice bolesnica će dobiti dva otpusna pisma. Jedno koje piše liječnik, a drugo koje piše viša medicinska sestra. Sestrinsko otpusno pismo sadrži identifikacijske podatke, jasno prikazanu zdravstvenu njegu bolesnice tijekom hospitalizacije uz preporuke za nastavak zdravstvene njege u drugoj ustanovi ili njezinom domu.

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 svladavanje životnih stresova.

Uputiti je u rad Klubova podrške tj. klubovi 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). Medicinska rehabilitacija važan je segment u nastavku liječenja i osposobljavanja osobito kroz provođenje vježbe razgibavanja ruku i osposobljavanja za nošenje proteze.

Ciljevi kluba su (34) :

- 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 karcinoma dojke
- uključivanje obitelji i zajednice u rehabilitaciju žena nakon operacije karcinoma dojke
- edukacija građana o važnosti provedbe preventivne zaštite za dojku

3.6. INTERVENCIJE USMJERENE RJEŠAVANJU NUSPOJAVA NASTALIH LIJEČENJEM CITOSTATICIMA

Citostatska terapija u liječenju karcinoma dojke primjenjuje se mjesec dana nakon operacijskog zahvata. Njena primjena je najčešća kroz 6 ciklusa svakih 21 dan. Citostatici imaju i neželjene učinke pa se sestrinske intervencije svode na njihovo rješavanje. Najčešći problemi i sestrinske intervencije kod liječenja citostaticima (21):

Mučnina i povraćanje:

- uzimati hladnu i laganu hranu (žitarice, slastice, pirei),
- piti hladnu tekućinu, češće, a manje (limunada),
- izbjegavati mirisne kuhane hrane,

- šetnja u prirodi,
- otvoreni prozor i svjež zrak,
- TV, komunikacija, čitanje knjiga i sl.

Alopecija (prolazna i trajna):

- nabaviti noćnu pamučnu kapicu,
- nabaviti turban ili pamučnu maramu,
- nabaviti periku prije nego se izgubi kosa.

Promjene na sluznicama:

- češća njega usta uz ispiranje limunovim sokom ili kamilicom,
- vlažiti usne nekim balzamom,
- piti dosta tekućine u više navrata,
- izbjegavati alkohol i duhan.

Krvarenje:

- sačuvati integritet kože i sluznice,
- sačuvati integritet sluznice probavnog trakta,
- sačuvati integritet sluznice gornjih dišnih putova (izbjegavati snažno ispuhavanje nosa),
- sačuvati integritet sluznice urogenitalnog sustava (uzimanje najmanje 3 L tekućine).

Anemija:

- uskladiti prehranu bogatu bjelančevinama,
- primjena krvnih pripravaka,
- uzimati hranu bogatu željezom.

Umor:

- povećati odmor kroz spavanje,
- izbjegavati veće i češće aktivnosti.

Infekcija:

- postići optimalnu prehranu,
- čuvati energiju,

- izbjegavati potencijalne izvore infekcije,
- prati ruke,
- cijepiti se protiv gripe.

Neobična percepcija okusa:

- uzimati ne zaslađene bombone sa okusom mentola,
- uzimati žvakaće gume koje pokrivaju metalan ili gorak okus .

3.7. INTERVENCIJE USMJERENE RJEŠAVANJU NUSPOJAVA NASTALIH ZRAČENJEM

Najčešća rana komplikacija radioterapije jest radiodermatitis koji se očituje laganim crvenilom i iritacijom kože. U nekim slučajevima može nastupiti i jaka upalna reakcija s vlažnim eritemom. Zračenje aksile većom dozom može izazvati oštećenje brahijalnog spleta koje se očituju bolnošću i parestezijama (21).

Intervencije vezane za oštećenje kože svode se na:

- primjenu lokalnih obloga hladnom vodom,
- primjena neutralnih krema.

Ezofagitis i traheitis rješava se:

- ispiranje usta i ždrijela čajevima i limunovim sokom,
- češćom konzumacijom tekućine,
- izbjegavanje alkohola i duhana.

Oštećenje brahijalnog spleta (bolnost i parestezije) rješava se :

- analgeticima,
- postavljanjem ruke u povišeni položaj (na jastuku pod pravim kutom).

Tijekom kirurškog liječenja, liječenja kemoterapijom i radioterapijom medicinska sestra prilagođava poučavanje bolesnici u svim fazama liječenja, a ono ovisi o bolesničkoj intelektualnoj sposobnosti, obrazovanju, motivaciji i spremnosti za prihvaćanje promjena za novi način života. Povratak kući i rehabilitacija značajne su

promjene u životu bolesnice, a rješavanje navedenog je proces koji traje više mjeseci nakon završenog liječenja. Intervencije kod povratka bolesnice kući nastavlja medicinska sestra iz primarne zdravstvene zaštite kroz patronažnu djelatnost (21).

4. ZAKLJUČAK

Kroz ovaj rad sam shvatila koliko su medicinske sestre važan faktor u zdravstvu, te jedini profil zdravstvenih djelatnika osposobljen za zdravstvenu njegu i prema tome samostalne na tome području (što ne znači da djeluju izolirano). Mislim da je vrlo važno naglasiti kako je rad medicinske sestre usmjeren unapređivanju, čuvanju i ponovnom uspostavljanju zdravlja kada je ono narušeno što znači da medicinske sestre zajedno sa drugim zdravstvenim djelatnicima i društvom u cjelini doprinose realizaciji tih ciljeva.

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. Rano otkrivanje raka dojke daje najveću mogućnost izlječenja. Zadaća je medicinske sestre provoditi zdravstveno prosvječivanje 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 i boravak u bolnici skraćuje.

Uspješnost, a time i kakvoća zdravstvene njege ovisi o poznavanju struke (u najširem smislu te riječi) i razumijevanju procesa donošenja odluka, odnosno uočavanja i rješavanja problema. 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.

Bolesnice koje su bile uključene u proces zdravstvene njege lakše su prihvatile stvarnost i svladavale stresne situacije i s više optimizma su prihvatile nastavak liječenja. Proces zdravstvene njege označava najbolji pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege. Cilj procesa zdravstvene njege je prepoznati i imenovati bolesnikov problem te planirati i provesti postupke usmjerene rješavanju problema uz obaveznu provjeru njihove uspješnosti. Sestrinske se dokumentacije ne treba bojati izbjegavati, treba je učiti, primjenjivati i unaprjeđivati jer ona nam donosi: kontinuirano praćenje bolesnika, dokazuje postojanje sestrinskih intervencija, doprinosi profesionalizaciju struke, pravni je dokument i omogućuje istraživanje. Sestrinstvo je u pozitivnim mjerama što utječe na motivaciju sestara, posebice na području komunikacije i edukacije. Pacijenticu koja boluje od karcinoma dojke sestra treba aktivno uključiti u proces zdravstvene njege što će doprinijeti pravodobnom uočavanju problema, pravilnom postavljanju ciljeva i dobrom provođenju intervencija, a kroz evaluaciju će se postići željena završna zdravstvena skrb bolesnice. Svi ovi nabrojeni aspekti su vrlo važni za izlječenje i oporavak pacijentice, ali ja bi ipak istaknula važnost sestrinskih intervencija za koje treba velika doza ljubavi, strpljenja i poštovanja. 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.

Za mene osnovni okvir ovog završnog rada je bolje upoznavanje ovog oboljenja, upoznavanje vlastitih mogućnosti u postavljanju ciljeva i mogućnosti njihovih rješavanja. Jedna od glavnih intervencija je kako što bolje upozoriti žensku populaciju o važnosti samopregleda, redovitoj kontroli nakon preboljene bolesti, bavljenjem rekreacijskim aktivnostima, posebno mlade žene, koji su dosta zanemarile te glavne životne karakteristike. Pokušati ću kao mlada medicinska sestra skrenuti pozornost na redovite preglede, važnost samopregleda, na zdrav način života, bavljenjem tjelesnom aktivnošću, prestankom pušenja, nekonзумiranjem alkohola i ostalih sličnih faktora koji mogu štetiti zdravlju.

5. LITERATURA

1. Dostupno na : <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13572> datum pristupa 31.08.2014.
2. Šamija M, Bešenski N, Beketić-Orešković L. Onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2000., str. 316-321
3. Fajdić I, Bišćan M, Brkljačić B. Suvremena dijagnostika bolesti dojke, Medicinska naklada, Zagreb, 2001., str. 16-37.
4. Margaritoni M. Rak dojke, Školska knjiga, Zagreb, 2003., str. 3-8.
5. Dostupno na:
http://en.wikipedia.org/wiki/File:Breast_anatomy_normal_scheme.png datum pristupa 5.09.2014.
6. Duančić V. Osnove embriologije čovjeka, Medicinska knjiga, Zagreb, 1983., str. 177-178.
7. Dostupno na: <http://rakdojke.kbsplit.hr/sadrzaj.htm> datum pristupa 31.08.2014.
8. Janković S. Mamografski probir raka dojke: Organizacija, rani rezultati i kontrola kvalitete, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split 2008.
9. Dostupno na: www.stampar.hr/lgs.axd?t=16&id=2827 datum pristupa 31.08.2014.
10. Dostupno na:
<http://www.svevesti.com/a108614-kako-napraviti-samopregled-dojke> datum pristupa 31.08.2014.
11. Dostupno na:
http://ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/proireni_rak_dojke/ datum pristupa 5.09.2014.
12. Dostupno na: http://poliklinika-eljuga.hr/radikalni-kirurski-zahvati/zagreb/modificirana_radikalna_mastektomija/ datum pristupa 1.09.2014.
13. Prpić I. Kirurgija za više medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb, 1996., str. 126-129.
14. Nola P, Orešić V, Kolarić K. Rak dojke U Turić i sur. Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996., str.593.

15. Dostupno na:
[http://ambulantamaksimovic.com/pdfs/TERAPIJA%20LIMFEDEMA%20RUK
E%20NAKON%20OPERACIJE.pdf](http://ambulantamaksimovic.com/pdfs/TERAPIJA%20LIMFEDEMA%20RUK%20NAKON%20OPERACIJE.pdf) datum pristupa 5.09.2014.
16. Prlić N. , Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2001.,
str.124-134
17. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
Zagreb, 1994., str.143-160
18. Turić M, Kolarić K, Eljuga D. Klinička onkologija. Nakladni zavod Globus,
Zagreb 1996, str.577-627
19. Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, i sur.Kirurgija.Medicinska biblioteka, Zagreb
2007,str. 884-889
20. Prpić I, Alfirević I, Borčić V, i sur. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga,
Zagreb, 2005, str. 222-237
21. Prlić N. Zdravstvena njega. Školska knjiga, Zagreb, 2003.
22. Šegota I. Etika sestrinstva. Pergamena Zagreb, 1997. Str. 107-194
23. Dostupno na :
<http://www.izlog.info/tmp/hcjz/clanak.php?id=13587> datum pristupa 5.09.2014.
24. Dostupno na:
<http://www.haoss.org/t924-rak-dojke> datum pristupa 5.09.2014.
25. Dostupno na:
http://www.cybermed.hr/centri_a_z/rak_dojke/liječenje_raka_dojke
datum pristupa 5.09.2014.
26. Dostupno na:
<http://klub-nada-rijeka.hr/dokumenti/Psiholoska%20pomoc.pdf>
datum pristupa 5.09.2014.
27. Dostupno na:
[http://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=68
%3Apruzanje-psiholoske-pomoci&Itemid=61](http://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=68%3Apruzanje-psiholoske-pomoci&Itemid=61) datum pristupa 5.09.2014.
28. Dostupno na :
<http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=666163>
datum pristupa 5.09.2014.
29. Dostupno na :

- <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/31/podrska.htm> datum pristupa 5.09.2014.
30. Dostupno na :
<http://bs.scribd.com/doc/111171451/Proces-Zdravstvene-Njege-Kod-Bolesnica-Oboljelih-Od-Karcinoma-Dojke> datum pristupa 15.09.2014.
31. Dostupno na:
<http://www.zzjzpgz.hr/nzl/86/kirurska.htm> datum pristupa 15.09.2014.
32. Dostupno na:
<http://www.poliklinikaabr.hr/objasnjenje-pojmova/108-karcinom-dojke-rak-dojke> datum pristupa 15.09.2014
33. Dostupno na:
http://www.zzjzkzz.hr/rak_dojke.aspx datum pristupa 15.09.2014.
34. Dostupno na:
<http://www.klubzenalijecenihnadojcisplit.hr/index.php/site-map> datum pristupa 15.09.2014.

6. SAŽETAK

Rak dojke je najčešći tumor u žena. U mnogim je zemljama vodeći uzrok smrti maligne bolesti. Rak dojke je golem problem u zdravstvu i zajednici gdje se ulažu brojni naponi u prevladavanju bolesti, poglavito ulaganjem u biološka i medicinska istraživanja. Najbolja terapija je njegovo rano otkrivanje. Redoviti liječnički pregled i samopregledi kao i uredan stil života znatno povećavaju izgleda za rano otkrivanje, a potom i izlječenje raka dojke.

Medicinska sestra kroz sve svoje segmente djelovanja znatno 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. Timski model organizacije u liječenju i zdravstvenoj njezi daje bolesnici snažnu fizičku i psihološku potporu što joj ulijeva vjeru, osjećaj sigurnosti i poštovanja.

Kvalitetna suradnja skraćuje boravak bolesnika u bolnici, a bolesnikove potrebe bile bi zadovoljene u kućnom okruženju.

Klub žena operiranih na dojki je sa ciljem da okuplja i pomaže ženama nakon operacije od malignih bolesti dojke. Zadaća ovih klubova žene je okupiti što više žena operiranih od karcinoma dojke te međusobnim druženjem i razmjenom iskustava prevladati strahove vezane uz tešku dijagnozu.

7. SUMMARY

Breast cancer is the most common tumor in women. In many countries the leading cause of malignant disease. Breast cancer is a huge problem in health care and community that investing many efforts to overcome the disease, primarily by investing in biological and medical research. The best treatment is its early detection. Regular medical examination and self-examination as well as a neat lifestyle significantly increases the chances for early detection, and then the cure for breast cancer.

Nurse through all segments of their work can significantly contribute to the early detection of breast cancer, a successful health care and rehabilitation through interventions conducted in the care of patients, ensuring her immediate physical and emotional help with motivation, social support and education. Team organization model in the treatment and medical care gives patients a strong physical and psychological support as she infuses faith, a sense of security and respect. A good cooperation shortens patient stays in hospital, a patient needs would be met in the home environment.

Women`s Club operated on the breast with the aim of gathering and helping women after surgery for malignant breast disease. The mission of the Club is to gather as many women treated for breast cancer and each others company and sharing experiences to overcome the fears associated with the difficult diagnosis.

8. ŽIVOTOPIS

Nikolina Puljić, rođena u Varaždinu, 16.prosinca 1992.

Živi u Zadru.

Srednju zdravstvenu školu za medicinske sestre općeg smjera završila 2011.g. u Zadru.

U listopadu 2011. godine upisala preddiplomski studij sestrinstva na Odjelu zdravstvenih studija u Splitu.