

Zdravstvena njega pacijentice s karcinomom dojke

Jovanović, Ena

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:568429>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

Medicinski fakultet

Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

ENA JOVANOVIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTICE S KARCINOMOM DOJKE

Završni rad

Pula, rujan 2020. godine

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

Medicinski fakultet

Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

ENA JOVANOVIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTICE S KARCINOMOM DOJKE

Završni rad

JMBAG: 0303078777, izvanredni student

Studijski smjer: Sestrinstvo

Predmet: Zdravstvena njega kirurških bolesnika, zdravstvena njega odraslih II.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Roberto Licul, mag. med. techn.

Pula, rujan 2020. Godine



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani _____, kandidat za prvostupnika _____ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, _____, _____ godine



IZJAVA

o korištenju autorskog djela

Ja, _____ dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom

_____ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

Mentor rada: Roberto Licul, mag. med. techn.

Završni rad je obranjen dana _____ na Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____.

Sažetak

Rak dojke je maligna bolest u žena koja predstavlja značajan javno-zdravstveni i klinički problem. Sama dijagnoza raka dojke započinje anamnezom i kliničkim pregledom. Kod dijagnostike je važno naglasiti važnost samopregleda koji žena provodi, a koji ima ključno značenje u ranom otkriću bolesti. Dijagnostika se obavlja putem mamografije, ultrazvučnog pregleda, magnetske rezonancije biopsije i dr. Po saznanju raka dojke, kreće se s liječenjem. Samo liječenje iziskuje puno napora kod pacijentice zbog operativnog zahvata, zračenja, kemoterapije, hormonske terapije te imunoterapije. Liječenje se započinje nakon biopsije. Najvažniji kriterij prognoze je svakako zahvaćenost limfnih čvorova. Što je veći broj zahvaćenih limfnih čvorova metastazama prognoza je lošija. Važnost zdravstvene njege kod pacijentice oboljele od karcinoma dojke stoga je neupitna, a uloga prvostupnice sestrinstva je pravovremeno uočavanje potreba i promjena zdravstvenog stanja pacijentice, fizička i psihološka podrška te sukladno time izrada plana zdravstvene njege. Cilj ovog završnog rada je kroz prikaz slučaja jedne pacijentice izraditi i analizirati sestrinske dijagnoze i pripadajuće intervencije kod osoba oboljelih od maligne bolesti dojke.

Ključne riječi: karcinom dojke, liječenje, medicinska sestra, prevencija, zdravstvena njega.

Summary

Breast cancer is a malignant disease in women that represents a significant public health and clinical problem. The diagnosis of breast cancer itself begins with a history and clinical examination. When diagnosing, it is important to emphasize the examination that the woman does herself, which is of central importance in the early detection of the disease. Diagnosis is performed through mammography, ultrasound examination, magnetic resonance biopsy, etc. Upon learning of breast cancer, he moves on to treatment. The treatment itself requires a lot of effort in the patient from surgery, radiation, chemotherapy, hormone therapy, and immunotherapy. Treatment is started after the biopsy. The most important prognostic criterion is certainly lymph node involvement. The higher the number of lymph node metastases affected, the worse the prognosis. The health care of a patient with breast cancer is unquestionable, so health professionals, nurses-technicians have a big role in all this. The nurse-technician observes and recognizes the nurse's diagnoses, and accordingly works out a health care plan. The role of the nurse-technician is to create an intervention plan through the patient's diagnoses. The purpose of this paper is to analyze and explain nursing diagnoses and interventions in diagnostic and therapeutic procedures in persons with breast malignancy.

Keywords; breast cancer, treatment, prevention, nurse, nursing.

KRATICE

Kontraceptiva	OK
Hormonsko nadomjesno liječenje	HNL
Tjelesna masa	TM
Svjetska zdravstvena organizacija	WHO
Armed forces institute of pathology	AFIP
Lobularni karcinom in situ	LICS
Ultrasonografija ultrazvuk	UZV
Magnetska rezonancija	MRI
Tumor, limfni čvor, mestastaza	TNM
Karcinoembrijski antigen	CEA
Dezoksiribonukleinska kiselina	DNK
Patohistološka dijagnoza dalje u tekstu	PHD

Sadržaj

Sažetak	1
Summary	2
KRATICE.....	3
1. UVOD.....	6
2. FIZIOLOGIJA I ANATOMIJA DOJKE.....	8
3. KARCINOM DOJKE.....	13
3.1. Epidemiologija bolesti	14
3. 2. Etiologija i patologija bolesti.....	14
3. 3. Vrste karcinoma dojke	17
3. 4. Rizični čimbenici i simptomi nastanka bolesti	18
3. 5. Klasifikacija karcinoma dojke	19
3. 6. Dijagnoza bolesti	22
3. 6. 1. Samopregled dojki	22
3. 6. 2. Ostale dijagnostičke metode.....	25
4. LIJEČENJE KARCINOMA DOJKE.....	28
4. 1. Programi prevencije i rano otkrivanje	28
4. 2. Kirurško liječenje	30
4. 3. Kemoterapija.....	31
4. 4. Radioterapija.....	32
4. 5. Hormonska terapija.....	33
5. ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH ŽENA OD KARCINOMA DOJKE	34
5.1. Sestrinska skrb.....	34

5. 2. Psihološka i fizička pomoć prije operacije.....	34
5. 2. 1. Vježbe ruku i ramena nakon operacije dojke.....	36
5. 3. Prijeoperacijska skrb.....	36
5. 3. 1. Najčešći sestrinski problemi pacijenata kod operacije dojke	38
5. 4. Poslijeoperacijska skrb.....	39
5. 5. Uloga patronažne sestre u provedbi Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke.....	41
6. PRIKAZ SLUČAJA	43
6.1. Prikupljanje podataka po obrascu M. Gordon	43
6. 2. Sestrinske dijagnoze i planovi zdravstvene njege	46
6. 3. Obrazac SOAPIE.....	53
6. 4. Otpusno pismo zdravstvene njege	53
LITERATURA.....	59

1. UVOD

Karcinom dojke je najčešća maligna bolest koja se pojavljuje kod žena, a vrlo rijetko može se pojaviti i kod muškaraca. Prema posljednjim podacima Registra za rak dojke u Hrvatskoj u 2017. godini zabilježene su 2767 novooboljele žene (stopa 129,7/100.000), a od te zloćudne bolesti, 2018. godine, umrlo je 789 žena (stopa 37,0/100.000). 1% svih zabilježenih slučajeva raka dojke zabilježeno je kod muškog spola (HZJZ, 2020). Manifestira se pojavom nove tvorbe u području dojke, a predstavlja golemi javnozdravstveni problem. Tumorske stanice se mogu odvojiti od tumora u dojci te putem krvi ili limfe dospjeti do udaljenih dijelova tijela (metastaziranje). Tamo počinju daljnji rast i razmnožavanje te stvaraju novi tumor. Najčešća mjesta metastaza karcinoma dojke su jetra, pluća, kosti, mozak te limfni čvorovi (Bratko, 2015). Oko trećinu svih malignih tumora kod žena čini upravo karcinom dojke.

Zabrinjavajuća činjenica je da se tumor javlja u sve mlađoj životnoj dobi, ponekad čak i kod djevojaka mlađih od 20 godina, osobito ako je netko od ženskih članova obitelji također bolovao od karcinoma dojke. Karcinom dojke je multifaktorska bolest koja ovisi o vanjskim i unutarnjim čimbenicima - vanjski čimbenici poput prehrane, navika i stila života osobe i izloženost ionizirajućem zračenju, dok su unutarnji čimbenici reproduktivna aktivnost, obiteljska sklonost i dob (Bratko, 2015). Dijagnostika karcinoma dojke sastoji se od samopregleda dojke i provođenjem redovitih dijagnostičkih metoda jednom godišnje mamografijom ili ultrazvukom.

Cilj kirurškog zahvata je uklanjanje primarnog tumora te mogućih presadnica u limfnim čvorovima aksile (Kovačić i Lukić, 2006). Kirurgu se pruža mogućnost mastektomije te poštudnih operacija poput kvadrantektomija, segmentektomija. U zadnje vrijeme se češće koriste poštudne operacije. Danas je moguće plastično rekonstruirati dojku vrlo različitim kirurškim postupcima, što ovisi o osnovnoj bolesti i dobi bolesnice. 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/tehničar te se dobrom interakcijom između medicinske sestre i bolesnice osigurava individualno povjerenje i sprječava gubitak samopoštovanja, a što omogućuje

bolji tijek poslijeoperacijskog oporavka. Žene kojima je postavljena dijagnoza karcinoma dojke i koje prolaze kroz tretman liječenja imaju mnoge smetnje u svom psihološkom funkcioniranju i doživljavaju veliki stres.

Žene oboljele od karcinoma dojke potporu mogu dobiti i u udrugama za pomoć ženama oboljelih od ove zloćudne bolesti. Takvo članstvo u grupi za potporu može smanjiti razinu psiholoških i fizičkih indikacija. Ono što je ključno je to da članstvom u grupi za potporu dolazi do zbližavanja s ostalim članovima i dijeljenja iskustva iz sličnih životnih situacija.

2. FIZIOLOGIJA I ANATOMIJA DOJKE

Dojka ili mliječna žlijezda lat. *mamma*, grč. *mastos* najveća je kožna žlijezda. To je modificirana žlijezda znojnica, koja se u žena razvija u funkcionalni organ, a u muškarca ostaje rudimentirana (Margaritoni, 2003). Krajem prvog mjeseca embrionalnog razvitka, duž ventrolateralne strane trupa, od osnove ruke do osnove noge, razvijaju se mliječne pruge. Od njihovih kranijalnih dijelova razvijaju se mliječne žlijezde. Urastanjem zadebljanog epidermisa u mezenhim iz njegovog distalnog dijela izrasta niz epitelnih tračaka do 25 godine, od kojih se razviju glavni odvodni kanali reznjeva mliječne žlijezde (*ducti lactiferi*) (Guyton i Hall, 2006).

Potkraj fetalnog života epitelni tračci se razgranavaju i u njima se pojavljuje lumen. Prema vani, *ducti lactiferi* se otvaraju u udubinu, od koje se, kratko nakon rođenja, formira bradavica, proliferacijom mezenhima iz dubine. Grananje epitelnih tračaka, koji predstavljaju buduće mliječne kanaliće, nastavlja se i nakon rođenja. Kod muškaraca, grananje prestane prije puberteta, pa mliječna žlijezda ostane nerazvijena. Kod žene se, u doba puberteta, dioba epitelnih tračaka nastavlja, uz istodobno gomilanje masnog tkiva. Konačno razgranjenje i formiranje žljezdanih dijelova i njihova diferencijacija u smjeru sekrecije, završava za vrijeme trudnoće, a u starosti nastupa senilna involucija.

Dojka je simetrični parni organ, smješten na prednjoj strani prsnog koša. Normalnu veličinu doseže u dobi između 16 do 20 godine. Većinom je smještena između drugog i sedmog rebra, te između lateralnog ruba prsne kosti i srednje pazušne linije (*regio mammalis*) (Fajdić i Džepina, 2016). 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 submammalis*) i prelazi u kožu prsnog koša (Stanec i sur., 2011).

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*) (Kovačić i Lukić, 2006; Guyton i Hall, 2006; Stanec i sur., 2011). Dojku oblikuje žljezdano tkivo mliječne žlijezde (*glandula mammaria*) uloženo u vezivnu stromu i obloženo masnim tkivom. 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 (Margaritoni, 2003; Šamija i sur., 2006). 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.

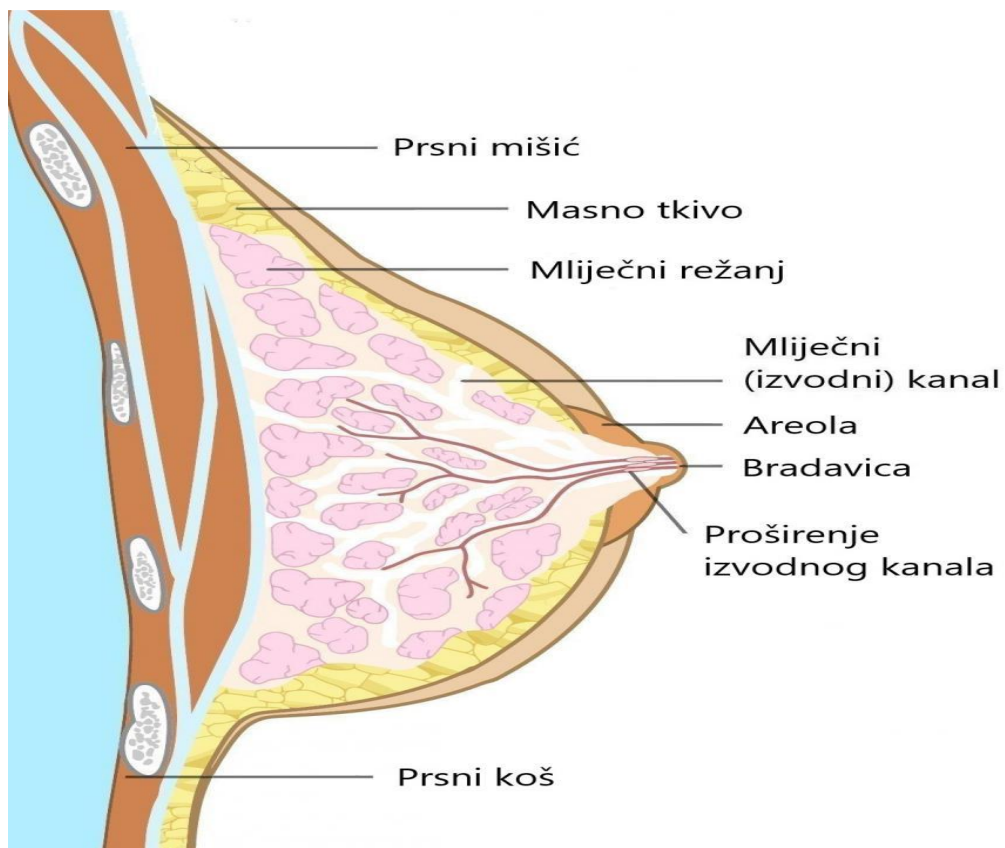
Arterije dojke su ogranci triju arterija: unutrašnje arterije prsnog koša (*a. thoracica interna*), lateralne a. prsnog koša (*a. thoracica lateralis*) i međurebrene arterije (*aa. intercostales*). Medijalni dio dojke opskrbljuje arterijskom krvlju *a. thoracica interna*, od koje odlaze perforantni ogranci (*rr. perforantes*) koji probijaju međurebrene prostore. Od perforantnih grana odlaze ogranci za dojku (*rr. mammarii*). Lateralni dio dojke prokrvljen je ograncima a. toracike lateralis (*rami mammarii laterales*). Duboki dio opskrbljuju ogranci interkostalnih arterija (*rr. mammarii*) (Vrdoljak i sur, 2013).

Vene dojke čine obilati splet ispod kože, koji započinje oko areole Hallerovim prstenom (*plexus venosum areolaris*). Vene medijalnog dijela dojke ulijevaju se u unutrašnje vene prsnog koša (*vv. thoracicae internae*), a iz lateralnog dijela dojke, vensku krv odvođe lateralna vena prsnog koša (*v. thoracica lateralis*) i međurebrene vene (*vv. intercostales*) (Kovačić i Lukić, 2006; Fajdić i Džepina, 2016; Vrdoljak i sur., 2013). Limfne žile dojke nalaze se na površini i u dubini dojke, čineći mreže koje međusobno anastomoziraju. Najveći dio površnih limfnih žila ulijeva se u limfne čvorove pazuha (*nodi lymphatici axillares*). Neke od potkožnih limfnih žila ulijevaju se i u pazušne limfne čvorove suprotne strane, i to izravno ili posredno preko limfnih žila dojke suprotne strane. Limfa iz bradavice, areole i lateralnog dijela dojke ulijeva se u pazušne limfne čvorove duž donjeg ruba velikog prsnog mišića. Iz lateralnih dijelova limfne žile idu najprije u međurebrene limfne čvorove (*nodi lymphatici intercostales*), a zatim u pazušne limfne čvorove (*nodi lymphatici axillares*) (Guyton i Hall, 2006).

Iz gornjih i dubokih dijelova dojke limfne žile teku uzduž fascije velikog prsnog mišića prema pazuhu. Na tom putu nalaze se prsni limfni čvorovi (*nodi lymphatici*

pectorales). Drugi dio tih žila probija taj mišić i ulijeva se u infra i supraklavikularne limfne čvorove. Iz dubokih dijelova medijalne strane dojke limfne žile probijaju međurebrenne mišiće i uljevaju se u parasternalne limfne čvorove (*nodi lymphatici parasternales*). To su jedine limfne žile što potpuno mimoilaze aksilarne limfne čvorove (Šamija i sur., 2007).

Pazušni limfni čvorovi, kojih ima 30 do 40, dijele se na limfne čvorove u vrhu pazušne jame (*nodi lymphatici apicales*), u središtu pazušne jame (*nodi lymphatici centrales*), duž medijalne strane pazušne vene (*nodi lymphatici laterales*), duž donjeg ruba velikog prsnog mišića (*nodi lymphatici pectorales*) i ispred subskapularnog mišića (*nodi lymphatici subscapulares*) (Vrdoljak, 2013). Dojku inerviraju međurebrenni živci (*nn. intercostales*, II do VI). Gornji dio dojke inerviraju i ogranci supraklavikularnih živaca koji pripadaju vratnom spletu. U korijumu i potkožju dojke nalaze se Vater - Pacinijeva i Meissnerova osjetna tjelešca (Šamija i sur., 2007).



Slika 1. Anatomija dojke

(Preuzeto s: <https://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/prevencija-raka/1321>)

Dojka je u muškaraca rudimentirani organ, a u žena je dio spolnog aparata, koji luči mlijeko i omogućava prehranu dojenčeta spregom niza hormona (Fajdić i Džepina, 2016; Šamija i sur., 2007). Estrogeni u pubertetu ciklički potiču rast strome i kanalića, kao i odlaganje masti koja povećava volumen dojke. Potpuni razvoj dojke događa se u trudnoći. Placenta u trudnoći luči velike količine estrogena, koji dovode do grananja i rasta sustava kanalića, povećanja strome i ulaganja masti.

Na rast sustava kanalića utjecaj imaju još najmanje četiri hormona: hormon rasta, prolaktin, glukokortikoidi suprarenalne žlijezde i inzulin. 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. Estrogen i progesteron imaju i specifično inhibitorno djelovanje na lučenje mlijeka. Prolaktin koji luči hipofiza majke potiče lučenje mlijeka. Koncentracija mu se neprestano povećava od 5. tjedna trudnoće do porođaja.

Pri porodu koncentracija prolaktina je 10 puta veća od normalne. Placenta na lučenje mlijeka utječe i lučenjem velike količine somatotropina koji djeluje blago laktogeno. Dojka do poroda izlučuje malene količine kolostruma koji za razliku od mlijeka ne sadrži masti. Nakon poroda prestaje lučenje estrogena i progesterona, što omogućava da dođe do izražaja laktogeni efekt prolaktina. Dva do tri dana nakon poroda počinje obilno lučenje mlijeka, za što je osim prolaktina potrebno postojanje sekrecije i ostalih hormona majke, od kojih su najvažniji hormon rasta, glukokortikoidi nadbubrežne žlijezde i paratiroidni hormon.

Oni utječu na metabolizam aminokiselina, masnih kiselina, glukoze i kalcija potrebnih za stvaranje mlijeka. Razina prolaktina pada poslije poroda na ne trudničku razinu, ali svako dojenje izaziva deseterostruko povećanje lučenja prolaktina koje traje oko jedan sat, uslijed refleksnog djelovanja podražaja bradavice na hipotalamus. Taj prolaktin osigurava mlijeko za iduće dojenje. Ako se dojenje prekine, ili dođe do oštećenja hipotalamusa ili hipofize, dojka za nekoliko dana izgubi sposobnost stvaranja mlijeka. Mlijeko se neprekidno luči u alveole mliječnih žlijezda, a u kanaliće, tj. do dojenčeta, dolazi kombiniranim, neurogenim i hormonskim podražajem oksitocinom. Oksitocin se luči istovremeno s prolaktinom, prijenosom impulsa somatičnim živcima

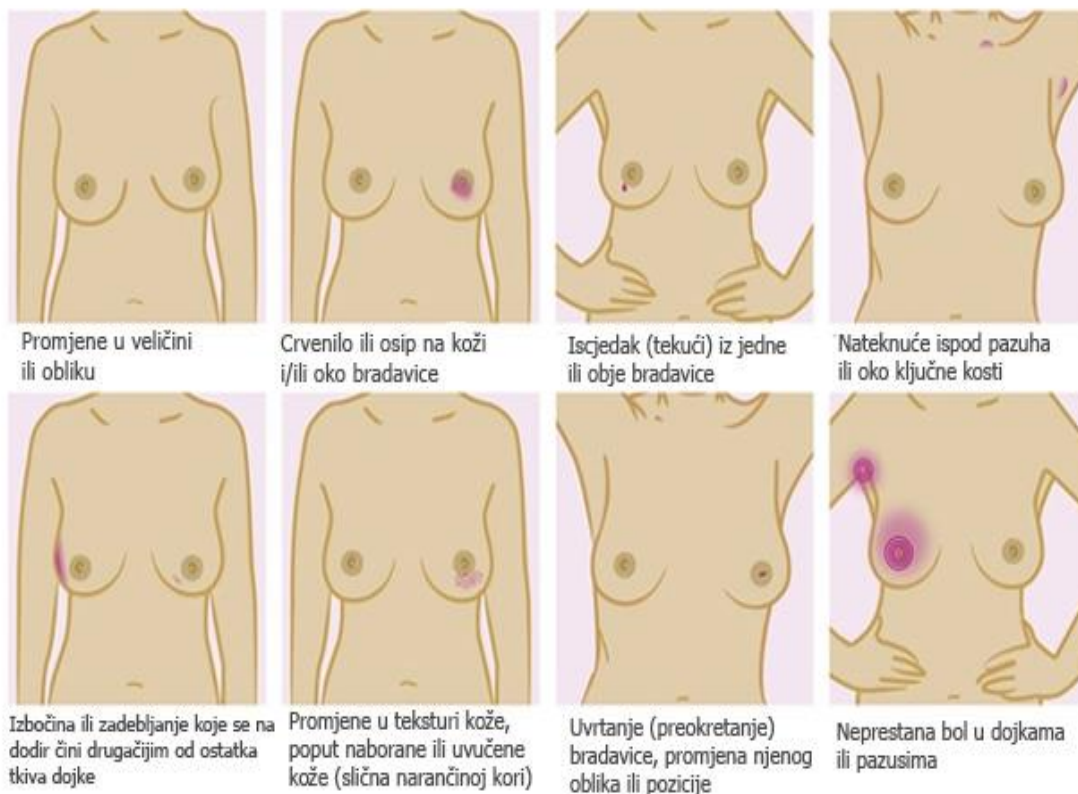
kroz leđnu moždinu, u hipotalamus. Preko krvi dolazi u dojku i izaziva kontrakciju mioepitelnih stanica koje okružuju alveole, što dovodi do istiskivanja mlijeka u kanaliće. Ovaj proces započinje pola do jedne minute nakon što dijete počne sisati, a nastaje u obje dojke. Često je kao stimulacija dovoljno samo tetošenje djeteta ili dječji plač.

Nasuprot ovome inhibicija lučenja oksitocina nastaje zbog mnogih psihogenih faktora, kao i generalizirane simpatičke stimulacije. Stoga je važno da majka ima nesmetan puerperij da bi dojila dijete (Stanec i sur., 2011; Šamija i sur., 2006; Šamija i sur., 2007) . Tumorske bolesti dojke možemo podijeliti na (Rudolf i Peterlin, 2010);

- Dobročudni tumori. Najčešći je fibroadenom (češći je u mlađih žena) i papilom (resičasto bujanje u mliječnom vodu koje često uzrokuje krvarenje, pa je čak 50% svih krvavih iscjedaka iz bradavice uzrokovano tom promjenom). Ostali su prilično rijetki. To su: lipom, fibrom, hemangiom, neurinom, hondrom. Ciste također pripadaju ovoj skupini. Poseban oblik rijetkog tumora dojke su phyllodes tumori (sastoje se od cističnih formacija kojima listasto bujaju izdanci stanica).
- Zloćudni tumori (rak dojke).

3. KARCINOM DOJKE

Otpriblike jednoj od osam žena dijagnosticiran je karcinom dojke tijekom života. Postoji dobra šansa za oporavak ako se otkrije u ranoj fazi. Iz tog razloga, od vitalnog je značaja da žene redovito provjeravaju grudi radi bilo kakvih promjena. U rijetkim slučajevima, muškarcima se može dijagnosticirati i karcinom dojke. Znakovi raka dojke mogu uključivati kvržicu u dojci, promjenu oblika dojke, potamnijvanje kože, tekućinu koja dolazi iz bradavice, novo napuštenu bradavicu ili crvene ili ljuskaste mrlje na koži. U osoba s udaljenim širenjem bolesti može postojati bol u kostima, natečeni limfni čvorovi, kratkoća daha ili žuta koža (Pribić, 2011).



Slika 2. Simptomi karcinoma dojke

(Preuzeto s: <https://poliklinika-aviva.hr/zdravisavjeti/rak-dojke/>)

3.1. Epidemiologija bolesti

Rak dojke je najčešći maligni tumor žena. U mnogim je zemljama vodeći uzrok smrti od maligne bolesti u žena. Prema podacima većine zemalja svijeta, osim azijskih, incidencija i mortalitet s dobi raste, a najviši su u žena u dobi 85 godina i više, gdje je incidencija čak preko 350/100.000 (Boranić, 2006). Broj novo dijagnosticiranih je preko milijun žena godišnje, a broj umrlih od tog sijela raka je blizu 380 tisuća godišnje. Visoki rizik obolijevanja imaju žene u razvijenim zemljama svijeta, dok niži rizik imaju žene u Africi i Aziji. Prema rezultatima istraživanja u Europi 93% preživi jednu, a 73% pet godina nakon postavljanja dijagnoze i provedene terapije, ovisno o tome koliko je uznapredovala bolest (Boranić, 2006). Rak dojke u Europi otkriva se u jedne četvrtine svih novooboljelih žena od raka (25,5%), a smrt uzrokuje u 17,5% umrlih žena od raka (Šeparović, 2014).

Porast mortaliteta od raka dojke zabilježen je u europskim zemljama pedesetih i šezdesetih godina prošlog stoljeća. Zaustavljanje porasta smrtnosti ili početak pada zamijećen je sedamdesetih i osamdesetih godina u nekim od zapadnih zemalja Europe, te također u SAD-u, Kanadi i Australiji. To su zemlje koje su pred nekoliko desetljeća počele s organiziranim programima ranog otkrivanja raka. U Europi primjerice Švedska, Finska, Nizozemska i Ujedinjeno Kraljevstvo imaju sniženje mortaliteta od raka dojke. Prema podacima Registra za rak pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo Istarske županije, rak dojke najčešće je sijelo raka u žena, međutim u manjem postotku može se javiti i kod muškaraca. Prema posljednjim podacima Registra za rak u Istarskoj županiji u 2019. godini zabilježenog u specijalističko – konzilijarnoj djelatnosti Istarske županije ukupan broj oboljelih od raka dojke je 4037 oboljelih, od toga 8 (0,1 %) muškaraca i 4029 (23,4 %) žena (ZZJZIŽ, 2019).

3. 2. Etiologija i patologija bolesti

Etiološki činioci odgovorni za nastanak raka dojke do danas nisu potpuno poznati, no epidemiološka evidencija značajno ukazuje na tri moguće skupine genetičkih, endokrinih i vanjskih čimbenika. Genetičke promjene inkriminirane za genezu raka dojke su (Ivičinec, 2016):

- Aktivacija protoonkogeni (HER-2/neu (17q),

- Inaktivacija (gubitak ili mutaciju) tumor supresor gena: 1p, 1q, 3p, 5p, 6q, 7q, 8p, 9q, 13q, 15q, 16q, 17p (p53), 17q (BRCA1 i NF1) i 18q
- Inaktivacija gena odgovornih za popravak oštećene DNK (29 - 40).

Važna je obiteljska anamneza raka dojke prvog naraštaja ženskih srodnika, tj. majke, kćeri i sestre. Najveći rizik nose žene čije su majke imale bilateralan rak dojke prije menopauze. One imaju čak devet puta veći rizik od ostalih, tj. 50% njih može oboljeti. Endokrini čimbenici su povezani s endogenim hiperestrinizmom, a egzogeni unos se dovodi u vezu s uzimanjem oralnih kontraceptiva dalje u tekstu (OK) i hormonskim nadomjesnim liječenjem dalje u tekstu (HNL). Najčešće spominjani rizični čimbenici su dugo trajanje generativnog razdoblja (ranija menarha i kasnija menopauza), neplodnost, kasna dob pri rađanju prvog djeteta i gojaznost (Šeparović, 2014).

Utjecaj fizičke aktivnosti na dob menarhe od velikog je značaja, tako djevojke koje se redovito bave bilo baletom, plivanjem ili trčanjem imaju kasniju menarhu. Postoje nalazi povezanosti hiperestrinizma s fibrocističnom epitelnom hiperplazijom, skromno povećan (premda osporavan) rizik određen egzogenim estrogenima (duga upotreba oralnih kontraceptiva ili HNL u menopauzi) i rijetkost raka dojke u kastriranih djevojaka prije puberteta (Kocjan, 2011).

Normalni epitel dojke posjeduje estrogenske i progesteronske receptore. Oni su potvrđeni samo kod nekih, ali ne i svih karcinoma dojke. Stanice karcinoma dojke u žena izlučuju različite faktore transformirajući čimbenik rasta (TGF - alfa, PDGF) (Ivičinec, 2016). Proizvodnja tih činitelja rasta uvjetovana je estrogenima i moguće je da međudjelovanje cirkulirajućih hormona, hormonskih receptora tumorskih stanica i autokrinih čimbenika rasta induciranih tumorskim stanicama ima ulogu u progresiji karcinoma dojke. U pokušaju da se predvidi odgovor novotvorine na hormonsku terapiju sada se koristi određivanje količine receptora u tkivima biopsijom. U postmenopauzi veći izvor estrogena je masno tkivo, u kome se vrši konverzija adrenalnog androgena, androstenediona u estron. Žene ispod 50 godina imaju malo ili nimalo povećan rizik povezan sa povećanom tjelesnom masom dalje u tekstu (TM), dok žene iznad 60 godina sa 10 kg povećanom TM imaju oko 80% povećan rizik razvoja raka dojke (Pribić, 2011).

Posebno je visceralna gojaznost (duboka abdominalna gojaznost) koja se može procijeniti CT-om signifikantno zastupljenija kod gojaznih bolesnica s rakom dojke. Vanjski čimbenici su vezani za virusne infekcije, povećano konzumiranje alkohola, izloženost ionizacijskom zračenju (prirodnom i umjetnom), pušenje, dugotrajno bojenje kose i stres. Virus, kao etiološki činitelj raka dojke, inkriminiran je 1936. godine otkrićem Bittnera da filtrabilni agens (zvan virus tumora dojke miša (MMTV), prenosiv majčinim mlijekom, uzrokuje karcinom dojke u mišje dojenčadi. MMTV je poslije potvrđen kao retrovirus. Posljedično tome, postoje nagovještaji postojanja jednakog virusa u tumoru dojke u čovjeka, ali rezultati istraživanja nisu uvjerljivi (Imbrišić, 2016).

Konzumiranje alkohola po nekim studijama povećava rizik razvoja raka dojke, međutim veći broj prospektivnih studija pokazao je signifikantnu povezanost, dok umjerena konzumacija alkohola zasigurno djeluje protektivno na kardiovaskularni sustav. Vrijednosti selena u serumu bolesnica s rakom dojke je signifikantno manji nego u zdravoj populaciji. Vitamin A i povećano konzumiranje povrća i voća smanjuje rizik. U mediteranskim zemljama kod žena koje konzumiraju maslinovo ulje zabilježena je manja incidencija. Izloženost ionizacijskom zračenju značajno utječe na razvoj raka dojke.

Jedan od vanjskih predisponirajućih čimbenika u nastajanju bolesti je i stres, međutim kako je stres teško mjerljiva veličina, u literaturi je o tome vrlo malo podataka (Ivičinec, 2016). S druge strane, postoje slučajevi raka dojke kod kojih se nije mogao dokazati utjecaj nijednog od navedenih čimbenika. Dojka je građena od epitelnog, vezivnog i masnog tkiva, pa su i tumori koji se u dojci mogu razviti tumori tih tkiva i mogu biti dobroćudni i zloćudni (karcinom).

Zloćudni tumori dojke najčešće su epitelnog podrijetla (karcinomi). Postoje brojne klasifikacije zloćudnih tumora dojke, međutim dvije su najčešće upotrebljavane klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije dalje u tekstu (WHO) i klasifikacija Armed Forces Institute of Pathology dalje u tekstu (AFIP).

S obzirom na odnos malignih stanica prema bazalnoj membrani, karcinomi mogu biti neinvazivni (ne prelaze bazalnu membranu) ili invazivni (prelaze bazalnu membranu) (Glavašić, 2016). Najčešći patohistološki tip raka dojke je invazivni duktalni karcinom (čini preko 80% svih karcinoma dojke), zatim slijede, po učestalosti, invazivni lobularni

(10%), pa medularni karcinom (5%). Medularni karcinom je rjeđi u starijoj nego u mlađoj dobi. Mucinozni i papilarni rak češći su u starijih žena, ali čine manje od 10% svih vrsta raka dojke.

3. 3. Vrste karcinoma dojke

Tumor „*in situ*“ znači „na izvornom mjestu“, znači da je tumor lokaliziran. Dva su glavna tipa raka *in situ* duktalni karcinom *in situ* dalje u tekstu (DCIS) i lobularni karcinom *in situ* dalje u tekstu (LCIS) (Glavašić, 2016).

- Lokalizirani duktalni karcinom (DCIS) karakteriziran je abnormalnim stanicama u mliječnom kanaliću u tkivu dojke. To je neinvazivan tip raka, što znači da se ne širi izvan mliječnog kanala i ima mali rizik da postane invazivan tip. Uglavnom nema znakove i simptome pa se obično otkrije tijekom mamografskog probira (preventivnog pregleda). Duktalni karcinom *in situ* uspješno se liječi. Ako se ne liječi može postati invazivan i proširiti se u okolno tkivo dojke. Žene koje u osobnoj anamnezi imaju ovu vrstu raka, imaju oko 10 puta veću vjerojatnost da će im biti dijagnosticiran invazivni rak dojke u odnosu na žene bez DCIS-a (Imbrišić, 2016).
- Lokalizirani lobularni karcinom (LCIS) je tip raka u kojemu se stanice u režnjevima (lobulima) tkiva dojke nekontrolirano množe. Obično se ne vidi na mamografskom snimanju, nego se otkrije biopsijom dojke. LCIS ne uzrokuje znakove i simptome, ali nakon otkrića biopsijom potrebni su redoviti kontrolni pregledi. Žene s LCIS-om imaju povećani rizik (oko 20%) za razvoj invazivnog raka dojke odnosno na 100 žena s lokaliziranim lobularnim karcinomom kod njih 20 bit će dijagnosticiran invazivni rak dojke (Imbrišić, 2016).
- Invazivni duktalni karcinom (*carcinoma ductale invasivum*) je rak dojke kada su se abnormalne stanice proširile iz mliječnih kanalića u okolno tkivo dojke. Ovo je najčešća vrsta karcinoma dojke, 70 do 80% od svih karcinoma dojke (Imbrišić, 2016).
- Invazivni lobularni karcinom (*carcinoma lobulare invasivum*) javlja se u mliječnim žlijezdama dojke odakle se zloćudne stanice šire u limfne čvorove i druge dijelove tijela. Predstavlja manji dio svih karcinoma dojke.

- Upalni rak dojke je agresivan i brzo rastući karcinom dojke kod kojega zloćudne stanice infiltriraju kožu i limfne žile dojke. Rani simptomi su dugotrajni svrbež, pojava osipa ili sitnih iritacija poput uboda insekata, crvenilo, otok, pojava narančine kože te promjene na bradavicama. Potrebno je agresivno liječenje koje obuhvaća kirurški postupak, zračenje i kemoterapiju.
- Pagetova bolest dojke je rijetki oblik raka dojke, koji počinje na bradavici i području do areola bradavice (do tamnog kruga kože oko bradavice). Najčešće se javlja kod žena starijih od 50 godina. Mogući znakovi i simptomi su: ljuskava koža na bradavici, hrskava ili stvrdnuta koža na bradavici i oko nje (na areolu), svrbež, crvenilo, peckanje, iscjedak iz bradavice, plosnata ili uvučena bradavica, kvržica u dojci. Obično žena ima znakove i simptome nekoliko mjeseci prije nego se postavi dijagnoza.

3. 4. Rizični čimbenici i simptomi nastanka bolesti

Uzroci raka dojke su multifaktorijalni, tj. višestruki. Najčešće se grupiraju u endokrine, genetske i čimbenike sredine. Rizični čimbenici za pojavu raka dojke su mnogi, kao na primjer (Bratko, 2015):

- atipična duktalna hiperplazija,
- broj porođaja je obrnuto proporcionalan sa incidencijom raka dojke (nerotkinje imaju 4x veću učestalost raka dojke),
- debljina (veća izloženost estrogenima),
- dob (učestalost počinje rasti s dobi od 35 do 40 god te raste s godinama),
- ionizirajuće zračenje osobito u dobi mlađoj od 40,
- pozitivna obiteljska anamneza (mutacija gena BRCA1 i/ili BRCA2),
- prehrana obilata zasićenim mastima, pušenje i alkohol.
- rana menstruacija i kasna menopauza,
- starija životna dob pri prvom porođaju (iznad 30 do 35 godina),
- uzimanje egzogenih hormona (kao npr. hormonsko nadomjesno liječenje).

U Hrvatskoj populaciji, 85% učestalosti raka dojke otpada na sporadični rak dojke (nije vezan za genetsku predispoziciju), a samo 15% predstavlja obiteljski ili

nasljedni rak dojke, koji je najčešće vezan za nasljedne mutacije u BReast CAncer gene dalje u tekstu (BRCA1 i BRCA2) genima. Osim vodećih BRCA gena, u predispoziciji za nastanak raka dojke sudjeluje i cijeli niz gena, kao npr. ATM, CDH1, CHEK2, MRE11A, NBN, PALB2, PTEN, RAD50, RAD51C te TP53 gen (Stipić, 2017). Njima je zajedničko da imaju ključne uloge u regulaciji diobe stanica te popravku oštećenja DNA.

Simptomi raka dojke su sljedeći (Stipić, 2017):

- iznenada nastalo crvenilo jedne dojke koje ne nestaje, uvlačenje kože ili izgled narančine kore,
- novonastale promjene u veličini i obliku dojke (usporedba jedne prema drugoj),
- novonastalo raznoliko ponašanje dojki prilikom podizanja ruke ili bolovi (koji nisu povezani s početkom mjesečnice),
- pojava bezbolne kvržice (više od 80% bolesnica svoj rak dojke otkrije samo pregledom),
- promjene na koži bradavice, uvlačenje bradavice, iscjedak iz bradavice - vodenasti, gnojni ili su krvavi, jantarno žuti, svjetlo crveni i smeđe crveni, svrbež i pečenje uz ekcematozne promjene na koži u okolini bradavice te malaksalost nepoznatog uzroka.

3. 5. Klasifikacija karcinoma dojke

Tumore dojke potrebno je podijeliti u skupine i stadije zbog različitih rezultata liječenja karcinoma dojke ovisno o uznapredovalosti bolesti, te da bi se mogle vrednovati metode liječenja. Ispravno određen stadij omogućava izbor najboljeg odgovarajućeg terapijskog postupka što dovodi do vrlo dobrih rezultata liječenja. Postoje nekoliko vrsta klasifikacija karcinoma. Dobro poznata Steintalova klinička klasifikacija razlikuje tri glavna stadija anatomskog širenja tumora (Turić i sur., 1996):

- 1. stupanj tumor je jasno ograničen na sjedište svog podrijetla
- 2. stupanj postoji rasap u regionalne limfne čvorove
- 3. stupanj prisutni znaci diseminacije izvan regionalnog opsega ili udaljene metastaze

U toj klasifikaciji, drugi stupanj se može podijeliti u dva pod stupnja, tako da 2a označava manje, a 2b veće promjene u pazušnim limfnim čvorovima s važnim posljedicama što se tiče liječenja i prognoze. Najviše prihvaćena je TNM klasifikacija pri čemu T označava veličinu tumora, N metastaze u regionalnim limfnim čvorovima, a M udaljene metastaze. Temeljem tog sustava proširenosti tumora određuje se i opći stadij proširenosti bolesti te se bolesnici svrstavaju u jedan od pet stadija bolesti (Bratko, 2017; Turić i sur., 1996);

- Stadij 0 bolesnici s CIS
- Stadij I bolesnici s tumorom ograničenim na organ na kojem je nastao
- Stadij II bolesnici s tumorom koji se proširio izvan organa na kojem je nastao
- Stadij III bolesnici s tumorom koji se proširio izvan organa na kojem je nastao i metastazirao u regionalne limfne čvorove
- Stadij IV bolesnici s tumorom koji je metastazirao u udaljene organe.

Skupine određuju način liječenja, prognozu bolesti, a uspješnost terapijskih postupaka ocjenjuje se unutar pojedinih skupina. TNM sustav klasifikacije tumora (Imbrišić, 2016; Turić i sur., 1996);

- T - primarni tumor
 - Tx - primarni tumor se ne može odrediti
 - T0 - nema dokaza o postojanju primarnog tumora
 - Tis – karcinom in situ (CIS): duktalni karcinom (DCIS), lobularni karcinom in situ (LCIS), Pagetova bolest bradavice bez tumora.
- T1 – tumor promjera do 2 cm
 - T1a - tumor promjera do 0,5 cm
 - T1b - tumor promjera od 0,5 cm do 1 cm, ne veći
 - T1c - tumor promjera većeg od 1 cm, ali ne veći od 2 cm
- T2 - tumor promjera većeg od 2 cm, ali ne većeg od 5 cm
- T3 - tumor veći od 5 cm
- T4 - Tumor bilo koje veličine koji se širi u kožu ili je pričvršćen uz stijenku prsnog koša;
 - T4a - infiltracija stijenke prsnog koša, ali ne i pektoralnog mišića

- T4b - edem ili egzulceracija tumora, satelitski kožni čvorići na istoj dojci
- T4c - označava kombinaciju T4a i T4b T4d - inflamatorni (upalni) karcinom.
- N - regionalni (okolni) limfni čvorovi;
 - Nx - okolni limfni čvorovi se ne mogu odrediti odnosno pregledati
 - N0 - u okolnim limfnim čvorovima nema metastaziranja
 - N1 - metastaze se nalaze u pomičnim limfnim čvorovima pazušne jame N1mi. mikrometastaze (veće od 0,2 mm, ali manje od 2 mm)
 - N2 - metastaze su međusobno fiksirane u limfnim čvorovima i/ili zahvaćaju okolno tkivo ili klinički manifestirane metastaze uz mamarnu arteriju internu bez metastaza u aksilarnim limfnim čvorovima
 - N3 - metastaze u ipsilateralnim infraklavikularnim limfnim čvorovima; ili klinički manifestne metastaze uz mamarnu arteriju internu s metastazama u ipsilateralnim pazušnim čvorovima; ili metastaze u ipsilateralnim supraklavikularnim limfnim čvorovima sa ili bez metastaza u ipsilateralne pazušne čvorove ili uz mamarnu arteriju internu
- M - udaljene metastaze
 - Mx - nije moguće odrediti postojanje udaljenih metastaza
 - M0 - nema udaljenih metastaza
 - M1 - postoje udaljene metastaze

Tablica 1. Podjela dojke prema stadijima

STADIJI 0	Tis, N0, M0,
STADIJI I	T1, N0, M0
STADIJI II A	T0, N1, M0 T1, N1, M0 T2, N1, M0
STADIJI II B	T2, N1, M0 T3, N0, M0
STADIJI III A	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0 T3, N2, M0
STADIJI B	T4, N0, M0 T4, N1, M0 T4, N2, M0
STADIJI III C	Bilo koji T, N3, M0
STADIJI IV	Bilo koji T, bilo koji N, M1

3. 6. Dijagnoza bolesti

Dijagnoza raka dojke započinje anamnezom i kliničkim pregledom. Anamnestički se definira pojava simptoma i znakova raka dojke te duljina njihova trajanja. Definira se i postojanje izloženosti pojedinim čimbenicima rizika. Da bi žena što bolje razumjela potrebu i način izvođenja pojedinih mjera i metoda koje se provode kod ranog otkrivanja raka dojke vrlo je važno dati joj odgovarajuće informacije i uputiti ju u izvođenje istih.

Osim toga, medicinska sestra će bolesnici dati upute i gdje se nalaze prostorije za određene dijagnostičke pretrage, a ako je potrebno i otpratiti ili odvesti bolesnicu. Time se ujedno smanjuje osjećaj straha i nesigurnosti kod bolesnice i postiže bolja suradnja između bolesnice i medicinskog osoblja koje izvodi pretrage. Vrlo važno je i prepoznavanje simptoma koji mogu ukazivati na postojanje raka dojke, stoga će medicinska sestra poučiti bolesnicu koji su to simptomi i znakovi i kako ih prepoznati.

3. 6. 1. Samopregled dojki

U dijagnostici raka dojke važno je spomenuti samopregled dojki, koji ima centralno značenje u ranom otkriću. Preporučuje se započeti sa samopregledom već s 20 godina starosti, jedanput mjesečno, između 5. do 10. dana ciklusa (Hicks i Lester, 2012). Važan je temeljit fizički pregled i anamneza. Zato je važno da medicinska sestra educira ženu o tehnici izvođenja samopregleda. Vizualnim pregledom uočiti će promjene na koži dojke i na bradavicama, obratiti pažnju na pomičnost dojki kod podizanja ruku kao i pomičnost i izgled kože kod pomicanja dojke u svim smjerovima.

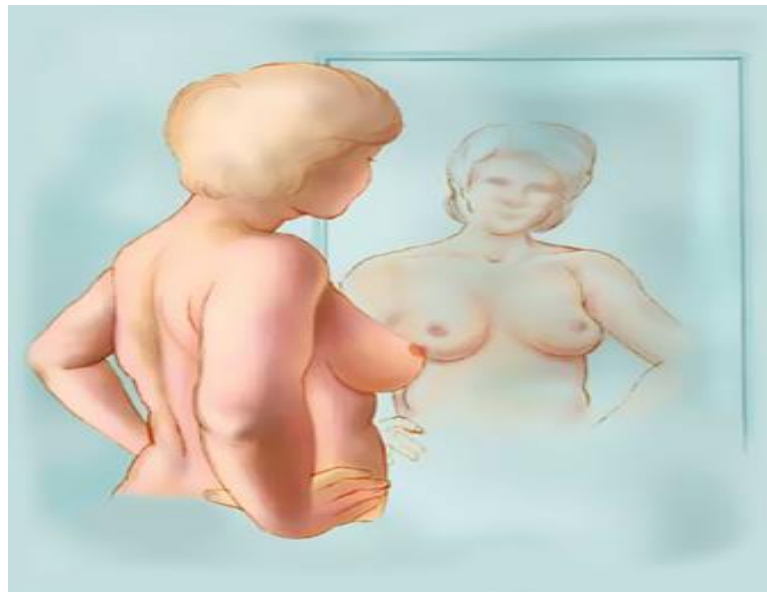
Samopregled dojki je postupak kojim žena sama pregledava svoje dojke. Radi se svaki mjesec, između 8. do 12. dana od početka menstruacije. Tada su dojke najmekše, opuštene i nisu osjetljive (Bratko, 2015; Hicks i Lester, 2012).

Samopregled nije zamjena za specijalistički pregled, mamografiju ili UZV dojki nego odlična nadopuna tim pregledima koje treba provoditi redovito. Vremenski intervali između pojedinih pregleda obično su od nekoliko mjeseci do dvije godine, koji je u trenutku pretrage pokazao uredan nalaz, vidjeti za šest ili deset mjeseci nitko sa

sigurnošću ne može predvidjeti. Prilikom samopregleda dojki, žena mora obratiti pozornost na promjene u veličini dojke i na bradavicama, udubljena ili smežuranost dojke, ispučenost vena, crvenilo na koži, vlaženje bradavice te čvor u dojci.

Bit samopregleda je zapamtiti strukturu svoje dojke. Pipanjem i pretraživanjem dojki svaka žena treba postići da zna točan raspored svih struktura u njima. Mora dobro upoznati sve kvržice kako bi među njima mogla napipati svaku novu promjenu. Samopregled se sastoji od inspekcije i palpacije (Hicks i Lester, 2012);

- Inspekcija – za vrijeme inspekcije pacijentica mora biti u uspravnom položaju, do pojasa bez odjeće i opuštena. Inspekcija se vrši najprije sprijeda kada su ruke ispružene uz tijelo, zatim je potrebno obuhvatiti struk te u tom položaju promatrati dojke kao što je prikazano na slici 3.



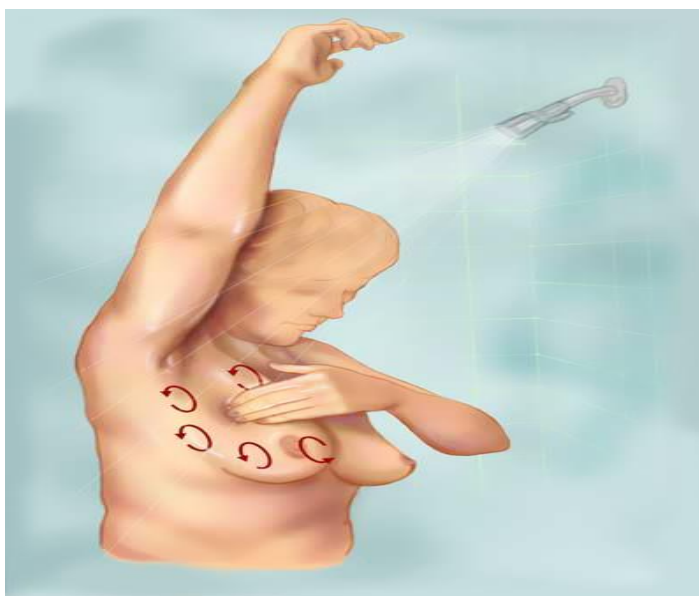
Slika 3. Inspekcija dojki kada ruke obuhvate struk

(Preuzeto s: https://ultrazvuk-tarle.hr/?/dijagnostika/zagreb/samopregled_dojki)

Kod pregleda desne dojke desna je ruka podignuta iznad glave, a lijevom, koja je postavljena iznad bradavice da ne zaklonimo kožu od pogleda, pomičemo donje dijelove desne dojke u raznim smjerovima i pratimo hoće li se bilo gdje na koži

pokazati nekakva promjena, postoji li nešto što povlači ili gura dojku ili kožu i napinje li se koža preko nečega. Istu radnju zatim ponovimo s lijevom dojkom (Gregurić, 2005).

- Palpacija – drugi dio samopregleda je palpacija. Dojke treba pipati i sjedeći i ležeći, jer se neke promjene bolje uočavaju sjedeći, a druge ležeći. Osnovno je pravilo da desna ruka uvijek pipa lijevu dojku, a lijeva ruka desnu. Pritom je jako važno spojiti jagodice dva ili još bolje tri prsta kako bi povećali površinu pipanja i izbjegli mogućnost da male kvržice "pobjegnu" pred (raširenim) prstima (Gregurić, 2005). Za pregled u stojećem položaju potrebno je podignuti lijevu ruku te prstima desne pažljivo opipavati lijevu dojku. Počinje se s gornjom vanjskom stranom te se kružnim pokretima pipa dojka s gornje i donje strane dok se ne pretraži cijela dojka. Isti postupak potrebno je ponoviti i na drugoj dojci.



Slika 4. Palpacija dojke u stojećem položaju

(Preuzeto s: https://ultrazvuk-tarle.hr/?/dijagnostika/zagreb/samopregled_dojki)

Kod ležećeg pregleda dojka se raširi, postaje tanja, pa se mnoge strukture lakše pipaju. 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. Svaki kvadrant dojke treba popipati temeljito u dva smjera, a tek nakon pregleda svih kvadranta pojedinačno treba pipati cijelu dojku. Kružnim pokretima u smjeru kazaljke na satu, a potom u suprotnom smjeru. Samopregled još obuhvaća palpaciju limfnih čvorova i kontrolu eventualnog iscjetka iz dojki (Gregurić, 2005).



Slika 5. Palpacija dojke u ležećem položaju

(Preuzeto s: https://ultrazvuk-tarle.hr/?/dijagnostika/zagreb/samopregled_dojki)

3. 6. 2. Ostale dijagnostičke metode

Zatim se rade mamografija te ultrasonografija ultrazvuk (UZV) kojim se uporabom visokofrekventnih zvučnih valova može otkriti da li tvorba sadrži tekućinu (cista) ili je solidna masa (koja može i ne mora biti rak). Za postavljanje dijagnoze koristi se biopsija tkiva, mamografija, aspiracija iglom i citološka analiza dobivenog uzorka. Potrebno je uzeti uzorak tekućine ili tkiva da bi se došlo do dijagnoze (Bratko, 2015).

Kao pomoćna metoda u dijagnosticiranju karcinoma pomaže i mjerenje tumorskih markera. Tumorski marker CA 15-3 dobro nadgleda širenje karcinoma dojke, ali zbog slabe osjetljivosti ne pomaže u ranom otkrivanju karcinoma dojke. Marker ili biljezi raka

dojke su supstancije koje se u tijelu bolesnika nalaze u većoj koncentraciji nego u zdravom organizmu. Daje podatke o stadiju bolesti i o uspjehu liječenja odnosno pojavi metastaza ili recidiva kod već ustanovljene bolesti. Marker je rijetko povišen u ranim stadijima bolesti. Karcinoembrijski antigen dalje u tekstu (CEA) je u I. i II. stadiju bolesti povišen svega nekoliko posto. Drugi markeri, CA 15-3 i CA 549, iako su povišeni u 20% do 50% bolesnica s primarnim karcinomom dojke, povišeni su i u 20% bolesnica s dobroćudnim tumorima dojke i sa gastrointestinalnim bolestima (Snaga sestrištva, 2019). Međutim, općenito se može reći da niti jedan marker pojedinačno nije specifičan samo za rak dojke, a nijedan od njih, pa niti u kombinaciji, ne može otkriti rani rak dojke. U dijagnostiku raka dojke, kao i kod praćenja uspješnosti liječenja ubrajaju se i osnovne laboratorijske pretrage: sedimentacija, kompletna krvna slika, biokemijske pretrage.

Mamografija je rendgenska je pretraga dojke kojom se dobiva slikovni prikaz dojke i kojom se upotpunjuje klinički pregled. Pomoću mamografije dobiva se oblik, veličina i proširenost promjene te se može pretpostaviti radi li se o benignoj ili malignoj promjeni. Benigne promjene imaju oštre rubove i ograničene su od okolnog tkiva dok maligne promjene imaju neograničene rubove i zvjezdastog su oblika. Također, može se vidjeti kalcifikacija koja isto može biti benigna ili maligna. Benigne su obično veće i pojedinačne dok su maligne sitne, točkaste ili igličaste promjene, gusto grupirane u jednom području. Moguće je vidjeti i zadebljanje kožne linije koje nastaje kao posljedica maligne upalne infiltracije. Češće se upućuju žene koje su starije životne dobi zbog atrofičnosti žljezdanog parenhima u dojkama. Izvodi se na obje dojke u dva smjera kраниокаудално i koso mediolateralno (Turić, 1996).

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

Magnetska rezonancija (MRI) je dijagnostička metoda koja nam pomaže u slučaju sumnje na multicentrični tumor kod mladih i premenopausalnih žena. MRI dojke se na najkvalitetniji način izvodi na supra - vodljivim magnetima visoke snage magnetskog

polja. Koriste se posebne zavojnice za dojke te intravenozna aplikacija para-magnetskih kontrastnih sredstava. MRI dojke uz primjenu kontrasta najosjetljivija je metoda oslikavanja, otkrivanju patologije u dojci. Može biti kao dodatna metoda te povećati senzitivnost mamografije i ultrazvuka u otkrivanju patologije u dojci. Nedostatak MRI-ja je u tome da se ne može prikazati 5 do 12% infiltrativnih karcinoma dojke te čak 30 do 70% neinfiltrativnih karcinoma dojke pa je MRI znatno inferiorniji u odnosu na mamografiju u otkrivanju in situ karcinoma dojke. MRI se rabi za (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015):

- pacijentice sa silikonskim implantatima.
- pacijentice čije je dojke teško prikazati uporabom mamografije i ultrazvuka, a koje su imale parcijalnu resekciju dojke, aksilarne metastaze u limfne čvorove iz nepoznatoga primarnoga tumora, poslije operacijske ožiljke, ili su imale dokazani karcinom jedne dojke, a MRI se koristi za isključenje multifokalnosti/multicentriciteta.

Biopsija pruža najbolji uvid u stupanj malignosti, njegovu rasprostranjenost unutar tkiva te određuje vrstu i opseg kirurškog zahvata. Kod izvođenja biopsije mora se obratiti pozornost na odnos tumora i incizijske linije stoga se koža reže iznad rezistencije po fiziološkim linijama. Uzima se komadić živog tkiva na dijelu promjene dojke. Uglavnom se provodi u općoj anesteziji, priprema bolesnice za biopsiju je kao kod radikalne operacije, a oporavak nakon nje jest 7 do 10 dana (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015). Indikacija za biopsiju se postavlja timski. Tim čine osobe svih primijenjenih dijagnostičkih postupaka. Pozitivan klinički nalaz, bez obzira na druge pretrage, zahtijeva biopsiju. Biopsiju u pravilu treba izvoditi u općoj anesteziji, a bolesnica se priprema kao da će uslijediti radikalna operacija.

4. LIJEČENJE KARCINOMA DOJKE

Prije početka liječenja karcinoma dojke, bolest treba dijagnosticirati i potvrditi njezin opseg i proširenost, karakter i prognostičke čimbenike. Postoje 5 uvjeta koji moraju biti ispunjeni kod provođenja liječenja, a to su klasifikacija malignih tumora, Node, Metastasis (tumor, limfni čvor, metastaza) dalje u tekstu (TNM) klasifikacija, određivanje stadija bolesti (zbog razlike u liječenju), timski rad, histološka verifikacija i određivanje receptora (Ahčan, 2015). Liječenje raka dojke može biti lokalno (područje dojke i okolnog tkiva) kirurška terapija, radioterapija (zračenje) i sistemsko (cijeli organizam) kemoterapija, hormonska terapija, biološka i ciljana terapija.

Rak dojke se najčešće liječi različitim kombinacijama više vrsta liječenja. Određena se liječenja provode istodobno, a neka slijedom, jedno za drugim. Također je važno naglasiti da se plan liječenja može mijenjati, ovisno o tome koliko je uspješan. Odluku o najboljem načinu liječenja donijet će u dogovoru s bolesnicom liječnik onkolog.

4. 1. Programi prevencije i rano otkrivanje

Mnogobrojna istraživanja na području raka pokazuje da se trećina raka može spriječiti provedbom mjera primarne prevencije. Europski kodeks borbe protiv raka u 10 točaka preporučuje mjere i postupke (Hicks i Lester, 2012; Puljić, 2014):

- primarne prevencije: nepušenje, umjereno pijenje alkohola, izbjegavanje prekomjernog izlaganja suncu, kontrolu zdravlja i pridržavanje mjera sigurnosti na radu, konzumiranje svježeg voća i povrća, te drugih namirnica s mnogo vlakana, izbjegavanje pretilosti i smanjenje konzumiranje masne hrane.
- sekundarne prevencije- pravodobno otkrivanje: odlazak liječniku čim se primijeti novo zadebljanje, promjene u madežima ili neprirodno krvarenje, odlazak liječniku radi ustrajnih zdravstvenih tegoba, „sedam znakova“ primjerice otekline, promuklost, alteracija madeža, promjene u stolici, nakašljavanje, iscjedak, krvarenje Za žene: redovna kontrola cervikalnog razmaza, mamografija u redovitim razmacima nakon 50. godine života.

Tablica 2. Program za rano otkrivanje karcinoma dojke

ŽENE BEZ POJAVE KARCINOMA DOJKE U BLIŽE RODBINE	ŽENE S POJAVOM KARCINOMA DOJKE U BLIŽE RODBINE	ŽENE S LIJEČENIM KARCINOMOM DOJKI	ŽENE KOD KOJIH JE VEĆ UČINJENA BIOPSIJA DOJKI POKAZIVALA KARCINOM
U dobi od 20 do 35 godina samopregled dojki jedanput mjesečno, klinički pregled dojki svake 2 do 3 godine, UZV po odredbi liječnika	samopregled dojki jedanput mjesečno - klinički pregled dvaput godišnje - prva mamografija s 35 godina, ili po odredbi liječnika - UZV pregled dojki dvaput godišnje	samopregled dojki jedanput mjesečno klinički pregled dvaput godišnje - mamografija jedanput godišnje, a UZV pregled dojki dva puta godišnje	prva mamografija učinjena s 35 godina, a dalje po odredbi liječnika - UZV pregled dojki jedanput godišnje
U dobi od 35 do 40 godina samopregled dojki jedanput mjesečno UZV pregled jedanput mjesečno. Najmanje jedanput učinjena mamografija, tzv. bazični mamogram			
U dobi iznad 40 godina - samopregled dojki jedanput mjesečno, mamografija svake 2 godine, a između toga godišnji UZV pregled dojki, klinički pregled jedanput godišnje			

Izvor: Šamića M., Juzbašić S, Šeparović V., Vrdojak D.V. Tumori Dojke, Medicinska naklada, Hrvatsko onkološko društvo, Zagreb, 2007.

4. 2. Kirurško liječenje

Cilj kirurškog liječenja je odstranjenje maligne tvorbe. Kirurškim putem je moguće izliječiti samo one bolesnice kod kojih nije došlo do širenja bolesti izvan područja dojke i regionalnih limfnih čvorova. Dvije su glavne vrste kirurškog liječenja poštedna operacija dojke (lumpektomija) i operacija kojom se uklanja cijela dojka (mastektomija). Prva skupina kirurških zahvata (poštedni kirurški zahvati) omogućuje očuvanje tkiva dojke, a obuhvaća (Hicks i Lester, 2012; HZJZ, 2015; Snaga sestrinstva, 2019):

- Kvadrantektomija podrazumijeva resekciju kvadranta dojke s tumorom i kožom iznad lezije i potkožno masno tkivo te fasciju pektoralisa
- Segmentektomija radi se ograničena resekcija tkiva dojke s tumorom gdje se ne odstranjuje koža i pektoralna fascija, ali rubovi zdravog tkiva moraju biti najmanje 1 do 2 cm od tumora
- Parcijalna mastektomija jest djelomično uklanjanje tkiva dojke s karcinomom i kožom iznad odstranjenog tumora.
- Poštednom operacijom dojke (lumpektomija) se uklanja tumor tj. kvržica na dojci, kao i dio zdravog tkiva koji ga okružuje (tzv. margine). Ponekad postoji potreba za dodatnom, ponovljenom operacijom kada su na mjestu s kojeg je uklonjena prva kvržica ostale tumorske stanice na rubnom području (tzv. pozitivne margine) ili vrlo blizu ruba (bliske margine). Ta je opcija prikladna za žene koje žele zadržati dojku.

U drugoj skupini (radikalni kirurški zahvati) ubrajaju se operacije koje ne očuvaju tkivo dojke, a obuhvaćaju (Hicks i Lester, 2012; HZJZ, 2015; Snaga sestrinstva, 2019):

- Halstedova radikalna mastektomija koja označava odstranjenje oba prsna mišića s aksilarnom limfadenektomijom
- Halstedova radikalna mastektomija koja podrazumijeva odstranjivanje internih mamarnih čvorova.
- Superradikalna mastektomija kod koje se radi disekcija prednjeg medijastinuma s timektomijom, zatim disekcija aksilarnih, parasternalnih i supraklavikularnih limfnih čvorova.

- Modificirana radikalna mastektomija pri kojoj se odstranjuje tkivo dojke s aksilarnom limfadenektomijom, ali se očuva veliki prsni mišić.

Rizici kod mastektomije su: krvarenje, infekcija, bol, otok ruku, formiranje tvrdog ožiljka na mjestu kirurškog zahvata, bol i ukočenost u ramenima, utrnulost ispod ruku i nakupljanje krvi u mjestu kirurškog zahvata.

4. 3. Kemoterapija

Uvođenjem terapije citostatika u liječenje metastatskog karcinoma dojke postignut je veliki napredak. Primjenjuje se u svih bolesnica sa srednjim i visokim rizikom za ponovnu pojavu bolesti. Pomoću kemoterapije moguće je postići objektivne remisije u 50 do 70% bolesnica s metastatskim karcinomom dojke, s 5 do 20 potpunih remisija. Pomoću citostatika poboljšava se opće stanje i nestanak simptoma. Kemoterapija se sastoji od nekoliko vrsti adjuvantna kemoterapija, monokemoterapija, polikemoterapija, kemoterapija uznapredovanog karcinoma dojke i kemoterapija metastatskog karcinoma dojke (Puljić, 2014; Svečnjak, 2018).

Žene kojima su ustanovljene metastaze u 1 do 3 limfnih čvorova imaju vjerojatnosti oko 65% da će do relapsa bolesti doći u idućih 3 godine nakon kirurškog zahvata, ako nakon takvog zahvata ne dobiju adjuvantnu kemoterapiju. Zbog svega navedenog kemoterapija zajedno s kirurgijom i radioterapijom već mnogo godina je standardna metoda liječenja raka dojke. Pri određivanju visine doze i trajanju terapije potrebno je imati u vidu i kvalitete života bolesnice. Terapijska doza ovisi o površini tijela, tjelesnoj masi i vrsti tumora. U najčešće komplikacije kemoterapije ubrajaju se (Kojić, 2017):

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

U mlađih bolesnica s visokim rizikom za povratak bolesti primjenjuje se i veća gustoća kemoterapije. Ordinira se svaka 2 tjedna uz podršku hematopoetičkim čimbenikom rasta. Uz povećanu hematološku toksičnost, u bolesnice postiže veći izgled za izlječenje od raka dojke. Primjena kemoterapije smanjuje vjerojatnost smrti od raka dojke za 30%. Cilj kemoterapije jest postići što bolje i potpunije povlačenje bolesti, no treba imati na umu da je metastatski karcinom neizlječiva bolest. Valja postići ravnotežu između dobiti kemoterapije i njezinih nedostataka. Opće fizičko stanje pacijentice je među najvažnijim faktorima koji utječu na kemoterapiju, a najbolju prognozu bolesti imaju one pacijentice koje su u početnoj fazi bolesti s malo simptoma.

4. 4. Radioterapija

Imunoterapija je oblik terapije koji se koristi za liječenje raka. Imunoterapija u trajanju od jedne godine primjenjuje se u bolesnica koje su HER-2 pozitivne i s tumorom većim od 1 cm. Terapija se počinje nakon kemoterapije (Hicks i Lester, 2012; Puljić, 2014). Istodobno s kemoterapijom koja uključuje taksane te istodobno s radioterapijom i hormonskom terapijom ako su one indicirane.

Radioterapija ili zračenje može prouzročiti stvaranje promjena u normalnom parenhimu i u tumorskom tkivu. Zračenje povećava rizik nastanka tumora mekih tkiva, ali ne i rizik nastanka tumora u kolateralnoj dojci. Zračenje djeluje i na najosjetljiviju molekulu u stanici dezoksiribonukleinska kiselina dalje u tekstu (DNK) što dovodi do oštećenja stanice, njezin gubitak funkcije i smrt. Učinak zračenja najveći je u fazi mitoze, a budući da je broj mitozna veći u zdravoj stanici nego u maligno promijenjenoj, zračenje će teže oštetiti malignu stanicu dok će kod zdrave stanice izazvati reparabilna oštećenja jer zračenje ne djeluje selektivno (HZJZ, 2015; Snaga sestrinstva 2019).

Prije provođenja radioterapije nužno je poznavanje lokalizacije tumora, njegove veličine, definitivnog patohistološka dijagnoza dalje u tekstu (PHD) nalaza tumora kao i njegov stadij te analizu rubova preparata. Dojka se zrači telekobaltom ili X-zrakama linearnog akcelatora čija je energija prilagođena debljini zračnoga tkiva. Zrači se minimalnom terapijskom dozom od 45 do 50 Gy koja je raspodijeljena u 22 do 25 frakcija zračenja tijekom 4,5 do 5 tjedana (Puljić, 2014).

Gornja granica polja zračenja dojke u visini glave i ključne kosti, medijalna je granica u medijalnoj liniji prsne kosti ili 1cm preko te linije, lateralna granica je 2 cm lateralno od dojke, a donja je granica oko 1 cm ispod tkiva dojke. Nakon poštenog kirurškog liječenja, osim preostale dojke zrače se i područja regionalnih limfnih čvorova ako je patohistološki nalaz diseciranih čvorova bio pozitivan. Najčešća komplikacija radioterapije je radiodermatitis koji se očituje laganim crvenilom i iritacijom kože.

4. 5. Hormonska terapija

Za primjenu hormonske terapije prijeko je potrebno odrediti prisutnost steroidnih receptora u primarnom metastatskom tumoru. Nespecifično hormonsko liječenje provodi se ako postoji kontraindikacija za poli kemoterapiju ili kod bolesnica koje su refraktne na djelovanje citostatika. U usporedbi s drugim sistemskim načinima liječenja, hormonska terapija ne uzrokuje puno nuspojava, nije jako toksična i ima dugotrajnije rezultate.

Samo hormonski ovisni tumori reagiraju na hormonsku terapiju stoga je to njezin veliki nedostatak. Kombiniranjem različitih mogućnosti hormonskog liječenja, pravilnim odabirom i drugim terapijskim postupcima postiže se zadovoljavajući učinak, a hormonska terapija ima veliko značenje u liječenju karcinoma dojke. Ablativna hormonska terapija izravno ili posredno utječe na razinu estrogena koji su glavni stimulatori proliferacije stanica raka dojke, a čini ju ovariektomija, adrenalektomija ili hipofizektomija (Ahčan, 2015; Svečnjak, 2018).

5. ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH ŽENA OD KARCINOMA DOJKE

5.1. Sestrinska skrb

Uloga medicinske sestre kao člana tima u liječenju karcinoma dojke značajna je tijekom sveukupne skrbi. Uz planiranje zdravstvene njege na odjelu, medicinska sestra mora imati specifičan pristup jer sam način pristupa medicinske sestre i njezine empatije prema drugima će ublažiti strah i brigu kod pacijentice. U liječenju karcinoma dojke sudjeluju liječnici, onkolozi, radiolozi, psiholozi, anesteziolozi, no veliku ulogu imaju i medicinske sestre. Rad sestara temelji se na osnovi rada procesa zdravstvene njege.

Proces zdravstvene njege je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se u četiri osnovne faze: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege te evaluacija zdravstvene njege (Fučkar, 1995). Plan zdravstvene njege se primjenjuje kod svih bolesnika bez obzira na medicinsku dijagnozu. Pri izradi plana zdravstvene njege trebamo obaviti specifične aktivnosti kako bi riješili ili ublažili problem. Pri izboru i primjeni intervencija koje sestra primjenjuje u skrbi bolesnika nakon operacije na dojci trebamo voditi računa o: vrsti i osobinama intervencija, postupku pri odabiru intervencija, dijelovima opisa intervencija kao i cjelovitosti primjene istih u procesu zbrinjavanja.

5. 2. Psihološka i fizička pomoć prije operacije

Prijeoperacijsku pripremu dijelimo na fizičku i psihičku. Jako je bitna i važna psihička priprema bolesnika zbog radikalnog zahvata na dojci. Dokazano je da nakon dobre psihološke pripreme bolesnik bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, potrebno mu je manje analgetika (Kojić, 2017). Suze i depresija žena koje su doznale za dijagnozu raka dojke pripadaju prirodnim reakcijama. Nerijetko se događa da terapijske intervencije pogoršaju psihičke reakcije. Uslijed mastektomije ženi je izgubljeno svako samopoštovanje, a povratak te vrlo važne dimenzije osobnosti, moguć je rekonstrukcijom dojke.

No ne odlučuju se lako sve žene za rekonstrukciju i bolesnice mogu trebati dodatnu pomoć oko oporavka i uspostavljanja psihološke stabilnosti (Grgantov, 2019). Nekima je dovoljan ponovno privlačan izgled te im je rekonstrukcija dojke važan i

zadovoljavajući uvjet bar djelomičnog povratka nekadašnje životne kvalitete. Liječenje raka dojke, dakle, nije cjelovito ukoliko ne obuhvaća uz kiruršku, radijacijsku i medikamentoznu terapiju još i psihološku sastavnicu. Bolesnica s rakom dojke sama se mora odlučiti za terapiju jer ne odgovara svako liječenje svakoj bolesnici. Bolesnica kojoj je dijagnosticiran rak dojke, a pogotovo liječena (najčešće mastektomijom), ima promijenjenu tjelesnu shemu. Ona se ustrojava od najranijeg.

Osim gubitka jedne ili objiju dojki dolazi i do opadanja kose, čestog pratitelja daljnjih oblika liječenja. Uslijed toga dolazi do promjene doživljaja sebe. Bolesnica sebe doživljava manje vrijednom, gadi se sama sebi i dominira tjeskoba. Tjeskoba je odgovor našeg ega na anticipaciju opasnosti. Dijagnoza raka dojke stvara tjeskobu i depresiju koja je posljedica svakog gubitka. Umor koji je čest popratni simptom raka dojke nije samo posljedica tjelesnih promjena, nego je integralni simptom depresivnog sindroma.

Fizička priprema bolesnice za operaciju obuhvaća (Kojić, 2017; Prlić i sur., 2005):

- Dijagnostičke pretrage: zadaća medicinske sestre je pripremiti pacijenticu za pojedine pretrage, uzeti dijagnostički materijal (krv, mokraću) i uputiti ga u laboratorij. Opće su pretrage za sve operacije i sve bolesnike jednake, a uključuju: osnovne rutinske laboratorijske pretrage, koagulogram, krvnu grupu i Rh faktor, EKG, snimku pluća i mišljenje interniste i anesteziologa te eventualne specijalne pretrage koje su uvjetovane osnovnom bolešću.
- Prehrana: Prehrana je pri prijemu uvjetovana stanjem bolesnice, indikacijom, vrstom i mjestom kirurškog zahvata. Bolesnici treba osigurati hranu koja sadrži odgovarajuću energetska vrijednost, određenu količinu životinjskih bjelančevina, određenu količinu ugljikohidrata, dovoljno vitamina i minerala, vodu i smanjiti unos masti. Medicinska sestra mora bolesnici osigurati uvjete za uzimanje hrane. Nakon operacije bolesnica je na običnoj prehrani s mnogo bjelančevina i vitamina ili dijeti koju uvjetuje druga bolest.
- Eventualna priprema probavnog sustava prema protokolu ustanove i sukladno ERAS smjernicama.
- Poučavanje: Cilj poučavanje je naučiti bolesnicu kako da se nosi sa novonastalom situacijom. Način poučavanja medicinska sestra mora prilagoditi

bolesnici. Bolesnicu treba poučiti vježbama ruke na bolesnoj strani radi razgibavanja ramenog zgloba i vježbama disanja. Poučavanje je osnovna mjera u sprječavanju poslije-operacijskih poteškoća i komplikacija. Medicinska sestra upute treba ponavljati, biti strpljiva, pozitivno usmjerena te poticati bolesnicu na izvođenje vježbe.

5. 2. 1. Vježbe ruku i ramena nakon operacije dojke

- Vježba za pravilno držanje - Držeći ruke uz tijelo istovremeno podignuti oba ramena, a zatim ih polagano spustiti. Vježba se može izvoditi tako da naizmjenično podižemo i spuštamo ramena.
- Vježba za jačanje prsnih mišića - Spojiti dlanove u visini grudiju i snažno ih pritiskati jednog prema drugom, a nakon toga opustiti ruke.
- Vježba za jačanje ramenih mišića - U sjedećem položaju naizmjenično odizati ruke u stranu do visine ramena.
- Vježba za jačanje ruku - Zauzeti sjedeći položaj, podignuti obje ruke do visine ramena i laganim pokretima kružiti od sprijeda prema straga.
- Vježba za pokretljivost ramenih zglobova - Ovu vježbu izvoditi u sjedećem položaju. Ruke postaviti na koljena i zatim ih ispružene lagano podizati iznad glave.
- Vježba za jačanje mišića ramena i grudi - S rukama podignutim iznad glave naginjati se naizmjenično na jednu i drugu stranu. Vježba se izvodi u sjedećem položaju.
- Vježba za smanjenje otoka i jačanje ruku - Obje ruke, savijene u laktovima pod pravim kutem, podignuti do visine ramena i istovremeno zapljeskati 3 do 5 puta. Postupak ponoviti nekoliko puta uz kraće pauze.
- Vježba za rastezanje i pokretljivost tijela - Ruku neoperirane strane tijela postaviti na kuk. Drugu ruku staviti iza leđa pokušavajući dohvatiti suprotnu lopaticu. Zamijeniti ruke i ponoviti radnju (OB „ Dr. Tomislav Bardek, 2016).

5. 3. Prijeoperacijska skrb

Prijeoperacijska skrb označava psihičku i fizičku pripremu pacijentice za nadolazeći operacijski zahvat. Zdravstvena je njega bolesnice s bolestima dojke

usmjerena na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, prilagodbu na promjene koje će nastati u tijeku kirurškog zahvata. Izuzetno je bitna potpora pacijentice. Ženu je potrebno upoznati s operacijskim zahvatom, objasniti tijek liječenja te kirurškim i onkološkim aspektima (Grgantov, 2019; Čukljek, 2014). Zdravstvena je njega bolesnice dan prije operacije usmjerena na procjenjivanje njezina zdravstvenog stanja, kontrolu učinjenih pretraga, provođenje osobne higijene, pripremu operacijskog polja, a tijekom pružanja intervencija medicinska sestra razgovara s pacijenticom, te joj pruža psihičku podršku.

Anesteziolog tijekom dana posjećuje pacijenticu, provjerava njezino stanje te joj propisuje lijekove za večer, sredstvo za spavanje ili sedativ, te sredstvo za premedikaciju. Medicinska sestra će bolesnicu uključiti u planiranje i provođenje zdravstvene njege, što će pridonijeti tome da ona stekne povjerenje, postavlja pitanja i izražava svoju nesigurnost i strah. Liječnik će razgovarati s bolesnicom o daljnjem tretmanu nakon mastektomije te će joj objasniti i predložiti mogućnost rekonstrukcije dojke. Medicinska sestra će educirati i naučiti pacijenticu o aktivnostima koje će provoditi nakon operativnog zahvata, a to su vježbe disanja i vježbe ruku na bolesnoj strani. Također će joj pružiti psihološku pomoć te joj savjetovati razgovor s bolničkim psihologom i učlanjenje u grupu podrške žena oboljelih od raka dojke. Dokazano je da nakon dobre psihičke pripreme bolesnici bolje podnose kirurški zahvat, brže se oporavljaju, trebaju manje analgetika i boravak u bolnici se smanjuje za 1-2 dana (Čukljek, 2014).

Prijeoperacijska skrb za medicinsku sestru znači uzimanje opsežne sestrinske anamneze koja obuhvaća intervju s pacijenticom pomoću kojeg se dobivaju opći osobni podaci, podaci o percepciji boli, psihofizičkom i emocionalnom stanju pacijentice. Mora se provjeriti jesu li obavljene svi pregledi i laboratorijske pretrage, razgovarati s pacijenticom, procijeniti njezino stanje, pružiti joj psihološku pomoć, provjeriti vitalne znakove, osigurati joj lako probavljivu hranu za večeru.

Od trenutka zaprimanja pacijentice na odjel započinje psihička prijeoperacijska priprema (Svečnjak, 2018; Kojić, 2017; Čukljek 2014). Uz psihičku pripremu postoji i fizička priprema pacijentice u kojoj medicinska sestra uzima podatke o nutritivnim, respiratornim, kardiovaskularnim i imunološkim vrijednostima. Na večer se pacijentica

kupa s 25ml antiseptične otopine. Posebnu pozornost treba obratiti na prepone, aksile, spolovilo, područje iza uha, oko nosa i pupka. Tijelo se ispere s vodom te se nakon toga postupak ponovi s još 25 ml otopine, uključujući i pranje kose (Dobrić, 2012). Takvim postupcima smanjuje se mogućnost postoperativnih infekcija uzrokovanih bakterijama koje su uobičajeno prisutne na koži. Nakon kupanja primijeni se propisana premedikacija.

Priprema pacijentice na dan operacije važan je čimbenik za uspješnost kirurškog zahvata. Medicinska sestra mjeri vitalne znakove, provjerava je li bolesnica natašte te priprema operacijsko polje. Bolesnicu je potrebno uputiti da obavi osobnu higijenu i kupanje u antiseptičnoj otopini. Nakon obavljene osobne higijene potrebno je upozoriti pacijenticu da skine protezu, nakit, ukosnice, naočale i spremi na sigurno mjesto. Pacijentici se osigurava odjeća za operaciju, uputimo je da isprazni mokraćni mjehur i da se smjesti u krevet. Nakon toga oblačimo joj elastične čarape, primijenimo propisanu terapiju i premedikaciju. Upozorimo je da će se osjećati omamljeno i žedno i da sada više ne izlazi iz kreveta. Pacijentica ostaje na odjelu do poziva iz sale, nakon kojeg se mora osigurati prijevoz bolesnice u operacijsku dvoranu.

5. 3. 1. Najčešći sestrinski problemi pacijenata kod operacije dojke

Najčešći sestrinski problemi pacijenata kod operacije dojke s kojima se medicinska sestra susreće su akutna bol, visok rizik za krvarenje, visok rizik za infekciju, smanjena mogućnost brige o sebi (osobna higijena, oblačenje), nesanic, opstipacija, umor, strah, nisko samopoštovanje, visok rizik za usamljenost, poremećaj socijalne interakcije, neupućenost. Poznavanje Maslowljeve motivacije pomaže medicinskoj sestri pri utvrđivanju prioriteta u procesu zdravstvene njege. Pri javljanju i redosljedu zadovoljavanja ljudskih potreba postoji određena pravilnost koju Maslow objašnjava hijerarhijom motiva. Prepoznao je i opisao pet skupina potreba zajedničkih svim ljudima koje su u hijerarhijskom odnosu. Što je neka potreba na nižoj razini to je njezino zadovoljenje za pojedinca važnije i hitnije. U skladu s tim prednost imaju fiziološke potrebe npr. (akutna bol, visok rizik za infekciju, visok rizik za krvarenje, smanjena mogućnost brige o sebi, nesanic, opstipacija), potrebe za sigurnošću (strah), afilijativne potrebe (visok rizik za usamljenost, poremećaj socijalne interakcije), potrebe

za (samo)poštovanjem (nisko samopoštovanje), potrebe za samoaktualizacijom (neupućenost) (Fučkar, 1995).

5. 4. Poslijeoperacijska skrb

Kod premještaja bolesnice iz operacijske sale, anesteziološki tim prenosi podatke o vrsti operativnog zahvata i primijenjenoj anesteziji, općem stanju bolesnice, stanju disanja, krvnog tlaka i ostalim vitalnim znakovima, o eventualnim incidentima tijekom operativnog zahvata, postavljenim drenovima i kateterima, o količini nadoknade volumena infuzijskim otopinama i gubicima krvi te nadoknadi. Kod prijema bolesnice na odjel medicinska sestra odmah utvrđuje stanje vitalnih znakova, ritam, frekvenciju i punjenost pulsa, ritam, dubinu i frekvenciju disanja, stupanj budnosti i boju kože.

Vitalni znakovi se kontroliraju svakih 15 minuta, a po potrebi i češće. Posebnu pažnju treba obratiti na respiratornu funkciju, zavoje na operativnoj rani zbog kontrole krvarenja i kontrola drena ako je postavljen. Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je što prije postići stanje u kojem će bolesnica samostalno zadovoljavati svoje potrebe. Medicinska sestra treba pratiti znakove koji upućuju na bol. Nakon procjene vrste i intenziteta boli upotrijebit će najprihvatljiviju tehniku suzbijanja boli ili primijeniti analgetik koji je odredio liječnik. U prevenciji poslije operacijskih komplikacija važno je rano prepoznavanje simptoma.

Medicinska sestra mora i voditi računa o ranom ustajanju, pravilnoj prehrani, položaju ruke nakon operacije te o vježbama bolesne ruke. Pacijenticu se mora upozoriti na važnost redovitih kontrolnih pregleda i savjetovati uključenje u udruge žena operiranih na dojci. Od trenutka zaprimanja pacijentice, medicinska sestra mora utvrditi ponovno opće stanje, vitalne funkcije, respiratorno stanje, stupanj budnosti i stanje kože (Husić i Mešić, 2010).

Medicinska sestra mora prepoznati poslijeoperacijske poteškoće i na vrijeme reagirati kako bi ih umanjila ili uklonila. Jedna od najčešćih poteškoća koja se javlja kod gotovo svih operiranih bolesnica je bol. Javlja se u predjelu operacijske rane, zatiljka, vrata te na većem području tijela. Medicinska sestra uvijek mora imati na umu da je bol sve što pacijentica kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji. Važno je prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju i karakteru boli, promatrati pacijenticu, zatražiti da

pacijentica procijeni intenzitet boli na skali za bol, ukloniti ili umanjiti situacijske čimbenike kao npr. pritisak, edem, hematoma, primijeniti propisane analgetike te pratiti stanje pacijentice nakon što smo joj dali analgetik. Ako bol ne slabi i postaje sve jača unatoč analgeticima potrebno je obavijestiti liječnika.

Vrlo često nakon operacije javljaju se i poteškoće s mokrenjem. Bolesnici općenito 6 do 8 sati nakon operacije ne mokre, a diureza je smanjena. Količina primljene i izlučene tekućine izregulira se u roku 48 sati (Cazin, 2013). Ako bolesnica spontano ne mokri, mokrenje se pokušava izvesti različitim postupcima: stavljanjem bolesnice u drugi položaj, stavljanjem toplog termofora, otvaranjem slavine, osiguravanjem opuštenosti i intimne atmosfere. Uloga medicinske sestre kod previjanja kirurške rane je ta da se previjanje izvodi tehnikom ne dodirivanja i uporabom sterilnih instrumenata, rana se najčešće previja drugi dan poslije operacije.

Pri izvođenju previjanja treba strogo paziti na aseptične uvjete, sestra je dužna osigurati prostor, pribor, bolesnika i osobnu pripremu. Pri prvom previjanju bolesnici treba osigurati privatnost i pružiti joj psihičku podršku jer je to zapravo njeno prvo suočavanje s operacijskim rezom. Za drenažu kod ovih operacija najčešće se koristi Redon drenaža tj. drenaža na niski negativni tlak te je vrlo važno promatrati ulazno mjesto drena, boju i količinu drenažnog sadržaja. - promatra se rana da bi sestra na vrijeme uočila eventualne znakove poremećenog cijeljenja rane (Kojić, 2017; Dobrić, 2012).

Poslijeoperacijske komplikacije koje se mogu javiti nakon operacije su: krvarenje, infekcija rane, dehiscencija rane, duboka venska tromboza, respiratorne komplikacije, gastrointestinalne komplikacije i šok. Prva 2 tjedna nakon izlaska iz bolnice dozvoljeno je četkati kosu i sušiti je sušilom, obrisati prašinu, kuhati, složiti rublje. Nakon mjesec dana dozvoljene su aktivnosti s opterećenjem do 1,5 kg: vješanje odjeće u ormar, držanje za držač u sredstvima javnog prijevoza, pospremanje kreveta te vožnja automobila na kratke relacije (Brajan i sur., 2015). Nakon dva mjeseca po izlasku iz bolnice dozvoljene su i teže aktivnosti sve dok ne izazivaju nelagodu: podignuti dijete, nositi torbu preko ramena, baviti se lakšim sportom. Svakako treba izbjegavati nošenje bilo kakvog tereta težeg od 2 kg osim na vrlo kratke relacije (npr. u domaćinstvu).

Medicinska sestra također može predložiti pacijentici uključenje u Udrugu žena operiranih na dojci. Svrha poslijeoperacijske skrbi jest što ranije postizanje samostalnosti i mogućnosti obavljanja osobnih potreba, a trajanje hospitalizacije ovisi o vrsti kirurškog zahvata i mogućim komplikacijama (Husić i Mešić, 2010).

5. 5. Uloga patronažne sestre u provedbi Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke

Djelatnost patronažne službe je primarno preventivno edukativna i informativna, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. U tu svrhu patronažna sestra/tehničar mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. U suradnji s obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata (HZJZ, 2018).

Ključna obilježja patronažne sestrinske skrbi, ono što ju čini prepoznatljivom i drugačijom od ostalog sestrinstva, činjenica je da se aktivnost odvija izvan zdravstvenih ustanova, najčešće u kući korisnika, te što se promicanje optimalnog zdravlja postiže radom s ljudima u partnerstvu i njihovom sudjelovanju u najvećoj mogućoj mjeri. Kvalitetan rad patronažne službe je bitan faktor zaštite pacijenata i održavanja zdravlja stanovništva. Patronažne sestre/tehničari neizostavna su karika provedbe Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka koja ima veliku ulogu u podizanju odaziva, motivaciji i edukaciji osoba za sudjelovanje u nacionalnim programima ranog otkrivanja raka. Kako bi mogla ispuniti svoju ulogu u programima, patronažna sestra/tehničar treba biti svjesna doprinosa kojeg može dati i vlastite važne uloge u timu provoditelja programa, a radi boljeg odaziva na programe, isto tako dovoljno znanja o sijelima raka i metodama njihova ranoga otkrivanja. On mora poznavati razloge za provođenje programa, njihovu svrhu, ciljeve, dobrobiti i ograničenja, odnosno moguće rizike sudjelovanja; kao i detaljno poznavati organizaciju programa (nacionalno i lokalno), dinamiku provedbe, ciljane skupine, testove probira i interval probira te učestala pitanja i odgovore, odnosno

prepreke za sudjelovanje. Razvijati usku suradnju s osobama koje koordiniraju i provode programe, prema programima probira, te biti uzor populaciji o kojoj skrbe.

6. PRIKAZ SLUČAJA

U prikazu slučaja podaci će se prikupljati po obrascu M. Gordon prema sljedećem podsjetniku: fizikalni pregled, percepcija i održavanje vlastitog zdravlja, prehrana, eliminacija, aktivnosti, spavanje, kognitivno – perceptivne funkcije, percepcija samog sebe, uloga i odnosi s drugima, seksualna aktivnost i reprodukcija, sučeljavanje i tolerancija na stres, vrijednosti i stavovi. Izvori podataka koji će se koristiti su primarni (pacijentica) i tercijarni (medicinska dokumentacija). Sestrinski problemi biti će raspoređeni prema prioritetu po A. G. Maslowu te će također biti obuhvaćeni obrazac SOAPIE te sestrinsko otpusno pismo.

6.1. Prikupljanje podataka po obrascu M. Gordon

1. Opći podaci i fizikalni pregled – Pacijentica N. N. rođena 20. 04. 1971. godine, udata, ima dvije kćerke u dobi od 20 i 25 godina, po zanimanju prodavačica, u stalnom radnom odnosu. Hospitalizirana na odjelu kirurgije zbog zloćudne novotvorine dojke (C50.) (MKB, 2012). Visina 165 cm, tjelesna težina 60 kg, indeks tjelesne mase 22.0 kg/m^2 (normalna tjelesna težina), tjelesna temperatura mjerena axilarno $36,6^\circ\text{C}$, puls 66/min, ritmičan, punjenost dobra, krvni tlak 125/80 mmHg izmjeren na lijevoj ruci, frekvencija disanja 16/min, dispneja nije prisutna, Guk 5,4 mmol/L, SpO2 98%. Koža urednog izgleda, nema crvenila, svrbež negira, glava, vrat, toraks, gornji i donji ekstremiteti uredni, abdomen na dodir mekan, usna šupljina uredna, sluznica normalne boje, dobro prokrvljena, hod i ravnoteža uredni.
2. Percepcija i održavanje vlastitog zdravlja – Pacijentica N. N. dolazi na odjel kirurgije zbog zloćudne novotvorine na dojci koja joj je nedavno dijagnosticirana. S pacijenticom se uspostavlja normalna komunikacija te ona odgovara na postavljena pitanja. Navodi da nikada prije nije bolovala od nekih težih bolesti, da od lijekova ništa ne uzima, eventualno tablete za bolove, najčešće Brufen 400 mg, kada ju zna boljeti glava. N. N. navodi da joj je ovo treća hospitalizacija te da su prve dvije bile vezane za porod. Sada kada su kćerke velike rijetko izostaje s posla. Pacijentica navodi da u obitelji nitko nije bolovao od karcinoma dojke. N. N. je pušač, popuši 10 – 12 cigareta dnevno, alkohol ne pije. Alergije na lijekove i hranu negira. Govori da je prije mjesec dana, prilikom tuširanja, napipala kvržicu

na desnoj dojci. Sljedeći dan se naručila privatno na UZV dojke te joj je savjetovano da ode u bolnicu na pregled kod specijaliste. U bolnici je nakon pregleda specijaliste upućena na biopsiju što je i napravila te je ustanovljeno da ima zloćudnu novotvorinu na dojci. Nakon postavljene dijagnoze preporučena joj je poštena operacija dojke. Sebe opisuje kao vedru i veselu osobu no nakon postavljene dijagnoze jako se uplašila, svakakve misli prolazile su joj kroz glavu, te navodi da nije znala kako će se nositi s novonastalom situacijom. Velika podrška su joj bili suprug te njezine kćeri. Nada se da će operativni zahvat proći u redu i da će se brzo oporaviti. Za vrijeme hospitalizacije velika podrška su joj također i medicinske sestre za koje govori da su ljubazne i da im se uvijek može obratiti kada joj nešto zatreba.

3. Prehrana – Pacijentica jede četiri puta dnevno. Doručak u 6:20 h, jer od 7 počinje raditi u trgovini, ručak u 16 h, večeru u 19 h. Jedan je međuobrok u 10:30 h. Za doručak najčešće pojede žitarice ili šnit u kruha s mliječnim namazom, za ručak i večeru jede kuhano meso, najviše voli jesti piletinu. Najčešći prilog joj je povrće, zelena salata, rajčice i tikvice. Od voća voli jesti jabuke, naranče i kruške. Od zamjena i dodataka prehrani ne uzima ništa. Navodi da voli sve jesti, da nije izbirljiva i da ima dobar apetit. Nema poteškoća pri žvakanju i gutanju hrane. Alergije na hranu negira. Pije 2 - 3 litre tekućine dnevno, najviše voli piti vodu. Crnu kavu popije samo ujutro kada se probudi, u 06:00 h. Navodi da nekih većih oscilacija u tjelesnoj težini nije imala. Usna šupljina uredna, sluznica normalnog izgleda, dobro prokrvljena. Problema sa zubima nema.
4. Eliminacija - N. N. navodi da problema sa stolicom nikada nije imala, također navodi da bi išla na toalet svako jutro nakon što bi popila crnu kavu. Stolica je uvijek bila normalnog izgleda, boje, količine i konzistencije bez primjesa krvi. Pacijentica ne osjeća bolove pri defekaciji. Zadnja stolica bila je jučer. Eliminacija urina bez teškoća. Mokri u mlazu, 6 do 7 puta na dan. Navodi da mokri uvijek iste količine urina te da se po noći ne budi radi mokrenja. Izmokri 2 – 3 litre mokraće, koliko unese tekućine. Znojenje je normalno. Diuretike ne koristi. Povraćala nije. Za vrijeme hospitalizacije N. N. se žali da dva dana nije imala stolicu.

5. Aktivnosti – Pacijentica je u svim aktivnostima samozbrinjavanja bila samostalna. Kretanje, premještanje, sjedenje, stajanje, promjena položaja, hranjenje, osobna higijena, oblačenje, eliminacija, priprema hrane, kućanski poslovi, odlazak u kupovinu, penjanje po stepenicama označeni su brojem 0. N. N. navodi da dobro podnosi napor, te da voli puno šetati pa kada ne radi ona i suprug zajedno s prijateljima odlaze pješaćiti. Za vrijeme hospitalizacije N. N. ne može samostalno obavljati osobnu higijenu zbog operativnog zahvata pa joj je pri umivanju, pranju zubi i češljanju potrebna pomoć medicinske sestre stoga je stupanj samostalnosti osobne higijene označen brojem 2. Pacijentica također provodi vježbe disanja i vježbe ruku na bolesnoj strani, kako je educirana, zajedno s fizioterapeutom.
6. Spavanje - Bolesnica navečer prije spavanja voli čitati knjige, najdraži su joj ljubavni romani jer navodi „oni djeluju opuštajuće na mene i uz njih lakše zaspim.“ ili gledati dnevnik. Ide spavati u 23:00 h i budi se u 05:50 h. Tokom noći se ne budi. Spava u pidžami. Ne uzima tablete za spavanje. Kada se probudi osjeća se naspavano i odmorno. Preko dana pacijentica ne odmara. Negira mjesečarenje i noćne more, nesanicu nema.
7. Kognitivno perceptivne funkcije – N. N. nema problema s vidom i sluhom, ne nosi naočale niti slušni aparat. Problema s pamćenjem i zaboravljivošću nema. Dominantna ruka joj je desna. Za sebe kaže da je vizualni tip i da joj je to najlakši način učenja i usvajanja novih znanja. Poteškoća u donošenju novih odluka nema, ali navodi da kako stari da joj je privikavanje na nekakve drastične promjene teže nego kada je bila mlađa. Pacijenticu trenutno ništa ne boli, no boji se da će ju nakon operativnog zahvata boljeti.
8. Percepcija samog sebe – Pacijentica voli pričati o sebi, većinu vremena o sebi razmišlja dobro. Priznaje kako ju je ova novonastala situacija potresla te navodi „Bojim se operacije i njezinog ishoda.“ Smatra da tijekom događaja ne može promijeniti te se osjeća bespomoćno i razdražljivo.
9. Uloga i odnosi s drugima - Pacijentica živi u stanu u Puli zajedno s suprugom i svojom mlađom kćerkom, starija kćerka je na fakultetu u Rijeci. Obiteljski odnosi su skladni. Kada su suprug i kćerke saznali za njezinu dijagnozu bili su jako potišteni, ali su joj bili velika podrška te su je svakodnevno podsjećali na to da nije

sama i da će zajedno sve prebroditi. N .N. navodi da se ne osjeća usamljeno te da joj uz obitelj veliku potporu pružaju prijatelji i kolegice s posla. Za vrijeme hospitalizacije svakodnevno joj u posjetu dolaze suprug i mlađa kćerka.

10. Seksualna aktivnost i reprodukcija – Pacijentica ima redovne spolne odnose. Prva menstruacija bila je s 12 godina, a zadnja prije 3 mjeseca. Ne boluje od spolnih bolesti. Imala je dvije trudnoće koje su uredno protekle. Na ginekološke preglede uredno odlazi svake godine te nema nekih većih problema. Zadnji ginekološki pregled obavila je u veljači ove godine.
11. Sučeljavanje i tolerancija na stres – Pacijentica navodi da su joj jedni od težih događaja u životu bili smrt majke kada je imala 20 godina te suočavanje s postavljenom dijagnozom. Smatra da se kroz život dobro nosila s svakodnevnim stresom. Sebe opisuje kao optimističnu osobu te govori da zna kako niti sada ne smije gubiti nadu, ali se osjeća bespomoćno i razdražljivo zbog novonastale situacije.
12. Vrijednosti i stavovi – Pacijentica je ateist, nikada nije odlazila u crkvu te su ona i suprug tako odgajali i njihove kćerke. N. N. navodi da nikada djeci nisu htjeli nametati vjeru te da su uvijek bili stava da oni sami odluče, kada budu odrasli, u što žele vjerovati. Smatra da su njezine životne vrijednosti njezine kćerke koje su ona i suprug odgojili kako su najbolje mogli i znali.

6. 2. Sestrinske dijagnoze i planovi zdravstvene njege

1. Anksioznost u/s ishodom operativnog zahvata što se očituje osjećajem bespomoćnosti i razdražljivošću pacijentice.

Definicija: Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetecom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti (HKMS, 2011).

Tablica 3 Plan zdravstvene njege – anksioznost

Datum	Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencija	Evaluacija
15.07.2020.	Anksioznost u/s ishodom operativnog zahvata šso osjećajem bespomoćnosti i razdražljivošću pacijentice.	Za vrijeme hospitalizacije pacijentica će smanjiti razinu anksioznosti te se neće osjećati bespomoćno i razdražljivo.	<p>Medicinska sestra će:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stvoriti odnos povjerenja s pacijenticom. 2. Razgovarati s pacijenticom i odgovoriti joj na sva njezina pitanja i nedoumice. 3. Uključiti u razgovor operatera i anesteziologa koji će joj detaljnije objasniti proceduru i tijek operacije. 4. Pružiti joj podršku 5. Informirati pacijenticu o planiranim postupcima. 6. Potaknuti ju da potraži pomoć kada osjeti anksioznost. 7. Uovoljiti njezinim realnim željama i zahtjevima nakon operativnog zahvata. 8. Podučiti ju tehnikama smanjivanja razine anksioznosti (vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije). 9. Poticati ju da izrazi svoje osjećaje. 10. Uključiti obitelj u proces oporavka od operativnog zahvata. 11. Predstaviti rad udruge te joj dati letak i kontakt udruge za pomoć žena operiranih od karcinoma dojke. 	<p>Cilj postignut, za vrijeme hospitalizacije pacijentica je smanjila razinu anksioznosti te se više nije osjećala bespomoćno i razdražljivo.</p> <p>19.07.2020. u 13 sati, sr. E. Jovanović</p>

16.07.2020.			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
17.07.2020.			-//-	
18.07.2020.			-//-	
19.07.2020.			-//-	

2. Strah u/s operativnim zahvatom što se očituje izjavom pacijentice „Bojim se operacije i njezinog ishoda.“

Definicija: Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti (HKMS, 2013).

Tablica 4 Plan zdravstvene njege – strah

Datum	Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencija	Evaluacija
15.07.2020.	Strah u/s operativnim zahvatom što se očituje izjavom pacijentice „Bojim se operacije i njezinog ishoda“.	Za vrijeme hospitalizacije pacijentica će verbalizirati i smanjiti razinu straha.	<p>Medicinska sestra će:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stvoriti profesionalan i empatijski odnos s pacijenticom. 2. Poticati pacijenticu da verbalizira strah. 3. Stvoriti osjećaj sigurnosti. 4. Uključiti operatera i anesteziologa koji će joj detaljnije objasniti tijek operacije. 5. Dogovoriti s pacijenticom koje informacije i kome se smiju reći. 6. Osigurati privatnost 	<p>Cilj postignut, za vrijeme hospitalizacije pacijentica je verbalizirala i smanjila razinu straha.</p> <p>19.07.2020. u 13 sati, sr. E. Jovanović</p>

			<p>pacijentice o njenom zdravstvenom stanju.</p> <p>7. Redovito informirati pacijenticu o planiranim postupcima.</p> <p>8. Omogućiti pacijentici sudjelovanje u donošenju odluka.</p> <p>9. Poticati ju da izrazi svoje osjećaje.</p> <p>10. Usmjeravati pacijenticu prema pozitivnom razmišljanju.</p> <p>11. Pružiti pacijentici psihološku potporu.</p> <p>12. Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču osjećaj sigurnosti i zadovoljstva pacijentice.</p>	
16.07.2020.			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
17.07.2020.			-//-	
18.09.2020.			-//-	
19.07.2020.			-//-	

3. Smanjena mogućnost brige o sebi (osobna higijena) u/s operativnim zahvatom što se očituje nemogućnošću samostalnog umivanja, pranja zubi i češljanja.

Definicija: Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene (HKMS, 2011).

Tablica 5 Plan zdravstvene njege – SMBS (osobna higijena)

Datum	Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencija	Evaluacija
15.07.2020.	Smanjena mogućnost brige o sebi (osobna higijena) u/s operativnim zahvatom šso nemogućnošću samostalnog umivanja, pranja zubi i češljanja.	Za pet dana pacijentica će aktivnosti umivanja, pranja zubi i češljanja obavljati samostalno.	<p>Medicinska sestra će:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijentice. 2. U dogovoru s pacijenticom napraviti dnevni plan održavanja osobne higijene. 3. Dogovoriti s suprugom da joj donese električnu četkicu koju koristi i kod kuće. 4. Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ju da ih koristi. 5. Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati pacijenticu na povećanje samostalnosti. 6. Osigurati privatnost pacijentice (otpratiti ju do toaleta). 7. Potreban pribor i pomagala staviti nadohvat ruke, te poticati pacijenticu da ih koristi. 8. Nadzirati pacijenticu 	<p>Cilj postignut, pacijentica je za pet dana aktivnosti umivanja, pranja zubi i češljanja obavljala samostalno.</p> <p>19.07.2020. u 13 sati, sr. E. Jovanović</p>

16.07.2020.			prilikom obavljanja osobne higijene. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	
17.07.2020.			-//-	
18.07.2020.			-//-	
19.07.2020.			-//-	

4. Visok rizik za opstipaciju u/s zatamljivanjem podražaja na defekaciju.

Definicija: Rizik za izostanak ili smanjenje učestalosti stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno otežanim i / ili nepotpunim pražnjenjem crijeva. (HKMS, 2011).

Tablica 6 Plan zdravstvene njege – VR za opstipaciju

Datum	Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencija	Evalucija
15.07.2020.	Visok rizik za opstipaciju u/s zatamljivanjem podražaja na defekaciju.	Za vrijeme hospitalizacije pacijentica će imati stolicu svaki dan.	Medicinska sestra će: 1. Procijeniti pacijenticu s ciljem utvrđivanja ranih znakova opstipacije. 2. Pokazati pacijentici gdje se nalazi toalet te ju poticati na njegovu uporabu. 3. Poticati pacijenticu na defekaciju sukladno uobičajenim navikama. 4. Osigurati čist i uredan toalet.	Cilj postignut, za vrijeme hospitalizacije pacijentica je imala stolicu svaki dan. 19.07.2020. u 13 sati, sr. E. Jovanović

			<p>5. Uputiti pacijenticu da ne zatomiuje podražaj na defekaciju.</p> <p>6. Objasniti joj važnost redovitog defeciranja.</p> <p>7. Osigurati privatnost bolesnice.</p> <p>8. Dati joj ključ od toaleta kako bi ga mogla nesmetano koristiti.</p> <p>9. Na vrata toaleta staviti znak „zauzeto“.</p> <p>10. Omogućiti pacijentici odlazak na toalet 15 – 20 minuta nakon konzumacije crne kave ujutro.</p> <p>11. Osigurati joj dovoljno vremena za korištenje toaleta.</p> <p>12. Svaku defekaciju i karakteristike stolice dokumentirati.</p>	
16.07.2020.			1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
17.07.2020.			-//-	
18.07.2020.			-//-	
19.07.2020.			-//-	

6. 3. Obrazac SOAPIE

Najbolji model za dokumentiranje kroz 24 sata je SOAPIE model, a dijelovi kratice odražavaju faze procesa zdravstvene njege što znači S (subjektivni podaci), O (objektivni podaci), A (analiza podataka, zaključak o problemu), P (planirane intervencije), I (provedene intervencije), E (evaluacija) (Fučkar, 1995).

Tablica 7 Obrazac SOAPIE – akutna bol

S	Bolesnica osjeća bol na mjestu operativnog zahvata te bol na VAS skali od 0 – 4, ocjenjuje brojem 4.
O	/
A	Akutna bol
P	Medicinska sestra će pacijentici dati analgetik propisan od strane liječnika.
I	Pacijentica dobila analgetik propisan od strane liječnika.
E	Pacijentica se više ne žali na bol, i na skali za procjenu boli (0 – 4) bol procjenjuje brojem 1.

6. 4. Otpusno pismo zdravstvene njege

Otpust bolesnika uvjetovan je razinom izlječenja te njegovim trenutnim i predviđenim potrebama za zdravstvenom njegom. U trenutku otpusta iz bolnice, bolesnik mora dobiti dva otpusna pisma – jedno koje piše liječnik i drugo koje piše medicinska sestra. Sestrinsko otpusno pismo sadrži:

1. Identifikacijske podatke o bolesniku (ime, prezime, dob).

2. Opće podatke koji su utjecali na opseg i vrstu potrebne zdravstvene njege (medicinska dijagnoza, sljepoća, obrazovanje, invalidnost).

3. Popis svih problema (dijagnoza) iz područja zdravstvene njege otkrivenih tijekom hospitalizacije.

4. Prikaz svakog problema koji sadrži: opis postupaka dijagnosticiranja, prikaz provedenih načela i postupaka usmjerenih rješavanju problema, ocjenu uspješnosti zdravstvene njege, preporuke za nastavak intervencija ako problem nije potpuno riješen ili postoji mogućnost recidiva.

Iz navedenog se razabire da u otpusnom pismu treba kratko i jasno prikazati zdravstvenu njegu određenog bolesnika tijekom hospitalizacije uz preporuke za nastavak u drugoj ustanovi ili njegovom domu (Fučkar, 1995).

Tablica 8 Otpusno pismo zdravstvene njege

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> OB Pula USTANOVA </div>		<h3 style="margin: 0;">OTPUSSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE</h3>				
Pacijent N.N.	Datum rođenja 20.04.1971.	Adresa Koparska ulica 52 052/547-251	Grad/gradsko područje Grad Pula, Šijana			
Zakonski određen skrbnik /	Srodstvo /	Adresa skrbnika /				
Datum prijama 15.07.2020.	Vrijeme otpusta (datum, sat) 19.07.2020. u 14 h	Klinika/Odjel OB Pula, odjel kirurgije				
Medicinska dijagnoza kod otpusta C50. Zloćudna novotvorina dojke			Izabrani obiteljski liječnik Dr. Anić Šifra: 8529874			
SOCIJALNI STATUS						
Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> Živi sa: Sa suprugom i kćerkom	Socijalno stanje Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice <input checked="" type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input checked="" type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni <input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući..... <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz.... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input checked="" type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo			
U kojem segmentu njege, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specijalnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza...)/..... <input type="checkbox"/> U opskrbi rane... U prevanju rane nakon operativnog zahvata... <input type="checkbox"/> Kod prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo: /						
PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI						
Pacijentica je nakon operativnog zahvata bila ovisna o pomoći medicinske sestre pri obavljanju osobne higijene prilikom umivanja, pranja zubi i češljanja (stupanj samostalnosti 2). Također su provedeni postupci ublažavanja boli davanjem analgetika po odredbi liječnika. Pacijentica je educirana o važnosti i pravilnoj izvedbi vježbi ruku i ramena na strani operativnog zahvata. Provedena je aktivna fizikalna terapija s bolničkim fizioterapeutom. Pacijentica je nakon skidanja urinarnog katetera uspostavila uredno mokrenje. Za vrijeme hospitalizacije imala je stolicu svaki						
Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informiran: Educiran: <input checked="" type="checkbox"/> Potpuno <input checked="" type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P <input type="checkbox"/> Značajne osobe P		Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja Tijekom hospitalizacije pacijentica je educirana o vježbama ruku i ramena na strani operativnog zahvata, također su joj dane pisane upute te će vježbe provoditi i kod kuće. Pacijentica će također redovito odlaziti na kontrole kod kirurga te uzimati lijekove za bolove, ako je potrebno, po odredbi liječnika. Pri otpustu iz bolnice bolesnica je samostalna u svim segmentima samozbrinjavanja.				
UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI						
<input checked="" type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije patronažnoj MS <input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove		Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući <input type="checkbox"/> VRLO HITNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu <input checked="" type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu				
Fizičko stanje	Mentalno stanje	Aktivnost	Pokretljivost	Inkontinencija	Prehrana	Tekućina
<input checked="" type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input checked="" type="checkbox"/> Pri svijesti <input type="checkbox"/> Apatičan, pasivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Stuporozan	<input checked="" type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> Vežan na kolica <input type="checkbox"/> Vežan na krevet	<input checked="" type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	<input checked="" type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletno	<input checked="" type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede	<input checked="" type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitusi DA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>		Druge rane DA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>		Specijalne potrebe		
Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:		Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo		

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE

Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma

Visok rizik za infekciju u/s operativnim zahvatom
 Visok rizik za bol u/s operativnim zahvatom
 Anksioznost u/s ishodom liječenja
 Strah u/s ishodom liječenja

Kategorija pacijenta

I. II. III. IV.

PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Preporučeni plan postupaka u ZNJ/Koliko puta u tjednu

Nakon otpusta iz bolnice pacijentici se preporučuju redovni odlasci na kontrole, redovito previjanje rane, nastavak vježbi ruku i ramena kako je educirana za vrijeme hospitalizacije te uključivanje u rad udruge za pomoć žena operiranih od karcinoma dojke.

POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

- Prevoj, toaleta rane
 Inkontinencija
 Retencija urina
 Klizma
 Njega stome
 Njega kanile
 Hranjenje na sondu
 Toaleta CVK
 Hranjenje na sondu
 Drugo:

Opis preporučenog materijala/opreme

Sterilne gaze
 Octenisept sprej
 Rivanol
 Leukoplast

POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE

Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja

Pogledati liječničko otpusno pismo.

Mogućnost uzimanja/primjene lijekova

- Pacijent može sam redovito uzimati lijekove
 Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
 Pacijentu treba druga osoba davati lijekove
 Potrebna primjena parenteralne terapije

DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LIJEČENJE U BOLNICI

- Fizioterapeut
 Dietetičar
 Psiholog
 Logoped
 Drugi:

Daljnji tretman

 DA NE

Kada.....

Kome.....

PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)

Pacijentica se pri otpustu subjektivno osjeća dobro, sretna je jer odlazi kući svojem suprugu i kćerki.

Datum: 19. srpnja 2020.....

Potpis VMS odjela: Jovanović Ena.....

Telefon: 052/789-654.....

6. ZAKLJUČAK

Karcinom dojke je najčešći karcinom kod žena i jedan od najvećih zdravstvenih problema u razvijenom svijetu. Rano otkrivanje raka dojke pruža veću šansu za liječenje bolesti. Karcinom dojke može se otkriti u ranoj fazi bolesti, a tada je mogućnost izlječenja velika. Rano otkrivanje provodi se samopregledom dojke i redovitim pregledima. Stoga su znanje i pozitivan stav prema osobnom zdravlju od najveće važnosti. Pojava karcinoma dojke i mogućnost gubitka dojke, važno vanjsko obilježje ženstvenosti, uzrokuju veliki psihološki stres kod pacijenta.

Zadatak medicinske sestre je provoditi zdravstveni odgoj i zdravstveno obrazovanje žena kako bi stekli znanje u ranom otkrivanju karcinoma dojke. Informiranje javnosti o programu zdravstvenog obrazovanja o problemima raka dojke je od velike važnosti. Dokazano je da nakon dobre psihološke pripreme pacijentice s tumorima dojke, pravilno postavljeni ciljevi i dobro izvedene intervencije lakše podnose operaciju, brže se oporavljaju, trebaju manje analgetika, imaju manje komplikacija i tako skraćuju boravak u bolnici.

Medicinska sestra bi trebala imati uvid u cjelokupno stanje pacijenta, kao i događaje i promjene tijekom operacije. Nakon buđenja vrlo je važan holistički pristup pacijentu, razumijevanje i empatija, jer se njegov život od sada značajno promijenio. Liječenje karcinoma dojke je multidisciplinarno. Medicinska sestra kao nezamjenjivi član multidisciplinarnog tima ima vrlo važnu ulogu u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji raka dojke.

Kombinacija zračenja, kirurškog i sistemskog liječenja daje najveću učinkovitost. Postupci liječenja moraju se planirati u multidisciplinarnom timu s naglaskom na individualni pristup. Nastojimo najefikasnije metode liječenja kako bismo postigli najbolji mogući rezultat. Medicinska sestra kao dio kirurškog tima koji se bavi liječenjem žena s karcinomom dojke, u djelokrugu svog rada, a to je zdravstvena zaštita, primjena znanja, iskustva i stečenih vještina doprinosi uspjehu u ovom dijelu liječenja, a samim time i daljnjem tijeku liječenja i kvalitetu života žene nakon završetka liječenja. Cilj operacije je uklanjanje primarnog tumora i mogućih transplantacija u aksilarnim limfnim čvorovima.

Kirurgu se pruža mogućnost mastektomije i štedljivih operacija; kvadrantektomija, segmentektomija. U posljednje vrijeme štedljive su operacije sve češće korištene, dok je mastektomija rezervirana za slučajeve većih tumora, starijih žena, pacijenata s kolagenim bolestima, onih koji ne žele doći na postoperativnu radioterapiju.

Iz rada se može zaključiti da svaka medicinska sestra mora biti u mogućnosti izraditi individualni zdravstveni plan na temelju anamneze (koja nabraja dijagnoze, ciljeve i protokole medicinske sestre s konačnom procjenom) uz kontinuirano nadgledanje zdravstvene zaštite pacijenta. Svaka medicinska sestra treba svojim znanjem, vještinom, sigurnošću i voljom u radu i komunikaciji imati umirujući učinak na pacijente oboljele od malignih bolesti, što će im pružiti sigurnost, povjerenje i nadu u oporavak.

LITERATURA

1. Ahčan U. (2015.) *Rak dojke i suvremeni način rekonstrukcije*. Zagreb: Medicinska naklada
2. Boranić M. (2006.) *Etiologija i patogeneza tumora dojke*. Klinička bolnica Osijek, Medicinski vjesnik, Vol. 38 No. (1-4), 2006. str. 33-42
3. Bratko L. (2015.) *Rak dojke*. Varaždin: Sveučilište Sjever, diplomski rad
4. Brajan D, Fumić N, Ružak N, Marinović M. (2015.) *Limfedem nakon operacije tumora dojke*. Acta Med Croatica 2015;69:27-30
5. Cazin K. (2013.) *Kvaliteta života bolesnica poslije operacije karcinoma dojke*. Sestrinski glasnik Vol.18. No1. travanj SG/NJ 2013;18:19-32 DOI:1011608/sgnj/2013.18.007
6. Ceronja I. (2010.) *Odaziv na mamografski skrining*. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2010; 22(7): 537
7. Čukljek S. (2014.) *Zdravstvena njega onkoloških bolesnika - nastavni tekstovi*. Zagreb
8. Dobrić, S. (2012.) *Zdravstvena njega bolesnice nakon mastektomije*. Zagreb : Zdravstveno Veleučilište, završni rad - preddiplomski studij. Zagreb : Zdravstveno Veleučilište, 10.01. 2012, 35 str. Voditelj: Kovačević, Irena
9. Fajdić J., Džepina I. (2016.) *Kirurgija dojke*. Zagreb: Školska knjiga
10. Fučkar G. (1995.) *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu
11. Guyton AC, Hall JE. (2006.) *Medicinska fiziologija*. Zagreb: Medicinska naklada
12. Glavašić H. (2016.) *Mišljenja patronažnih sestara o nacionalnim programima ranog otkrivanja raka i ulozi patronažne službe u njihovom promicanju i provođenju*. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera, diplomski rad
13. Grgantov M. (2019.) *Perioperacijska skrb pacijentice s karcinomom dojke*. Veleučilište u Bjelovaru, završni rad
14. Grgurić I. (2005.) *Samopregled dojke*.
[Online] Dostupno na: <https://www.vasezdravlje.com/zensko-zdravlje/samopregled-dojke-nepobitno-vazna-ali-nedovoljno-istaknuta-metoda>

- [Pristupljeno 30. kolovoza 2020.]
15. Hicks DG, Lester SC. (2012.) *Diagnostic Pathology Breast*. 1. izdanje. Salt Lake City, SAD, Amirsys, 2012, str. 5-156-230.
16. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2015.) *Patronažna sestra u provedbi nacionalnih programa ranog otkrivanja raka*. Zagreb
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018.) *Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/nacionalni-program-ranog-otkrivanjaraka-dojke/>
[Pristupljeno 05. svibnja 2020.]
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020.) *Odjel za programe probira raka dojke*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-programe-probira-raka-dojke/>
[Pristupljeno 06. kolovoza 2020.]
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012.) *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Zagreb: Medicinska naklada
20. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara (2011.) *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb
21. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara (2013.) *Sestrinske dijagnoze 2*. Zagreb
22. Husić, S. Mešić, D. (2010.) *Dnevni hospicij: Depresija i anksioznost nakon mastektomije zbog raka dojke*. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=86162,
[Pristupljeno 05. svibnja 2020.]
23. Ivičinec B. (2016.) *Karcinom dojke i sestrinska skrb*. Sveučilište Sjever: Završni rad
24. Imbrišić R. (2016.) *Uloga patronažne sestre u zbrinjavanju pacijenta s kroničnom ranom*. Bjelovar: Visoka tehnička škola, završni rad
25. Kovačić N, Lukić IK. (2006.) *Anatomija i fiziologija*. Zagreb: Medicinska naklada
26. Kocjan G. (2011.) *Aspiracijska citologija u liječenju bolesti dojke: europske perspektive danas*. Acta Med Croat 2011;65:391 - 402
27. Kojić E. (2017.) *Zdravstvena njega u terminalnoj fazi bolesti kod karcinoma dojke*. Veleučilište u Bjelovaru, završni rad

28. Margaritoni M. (2003.) *Rak dojke*. Zagreb: Školska knjiga
29. Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ (2016.) *Upute za bolesnike nakon operacije karcinoma dojke*. Koprivnica
Dostupno na: <https://vdocuments.mx/upute-za-bolesnike-nakon-operacije-dojke.html>
[Pristupljeno 30. kolovoza 2020.]
30. Pribić S. (2011.) *Doktorska disertacija: Uloga liječnika specijalista obiteljske medicine u prevenciji karcinoma dojke i karcinoma debelog crijeva*. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera, Medicinski fakultet Osijek.
31. Puljić N. (2014.) *Psihosocijalna rehabilitacija bolesnika nakon operacije raka dojke*. Split: Sveučilište u Splitu, završni rad
32. Prlić N, Rogina V, Muk B. (2005.) *Zdravstvena njega 4*. 3. izd. Zagreb: Školska knjiga
33. Rudolf, G. Peterlin, B. (2010.) *Medicinska genetika u kliničkoj obradi raka dojke*. // *Medicina Fluminensis*. 46 (2010), 2 ; str. 165-171.
34. Stanec M., Vrdoljak D.V., Turić M. (2011.) *Kirurška onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada
35. Snaga sestrinstva (2019.) *Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju*, Glasnik medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava, Zagreb
36. Stipić M. (2017.) *Kemoterapija raka dojke i sestrinska skrb*. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru, završni rad
37. Svečnjak L. (2018.) *Inovativne metode u skrbi i edukaciji pacijentice kod rekonstrukcije dojke*. Sveučilište Sjever, završni rad
38. Šamija M. Vrdoljak E. Krajina Z. (2006.) *Klinička onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada
39. Šamija M., Juzbašić S, Šeparović V., Vrdoljak D.V. (2007.) *Tumori Dojke*. Zagreb: Medicinska naklada, Hrvatsko onkološko društvo
40. Šeparović, R. (2014.) *Systemic therapy of metastatic breast cancer*. // *Libri oncologici*. 42 (2014), 1/3 ; str. 51-60.
41. Turić M., Kolarić K., Eljuga D. (1996.) *Klinička onkologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus, Klinika za tumore, Hrvatska liga protiv raka.

42. Vrdoljak E., Šamija M., Kusić Z. (2013.) *Klinička onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada

43. Zavod za javno zdravstvo Istarske županije (2019.) *Maligne bolesti i preventivni programi ranog otkrivanja raka*. Dostupno na:

https://www.zzjiz.hr/fileadmin/user_upload/dokumenti/PUBLIKACIJE/2020/20.07.2020/6Prik2019_rak.pdf

[Pristupljeno 06. kolovoza 2020.]

POPIS ILUSTRACIJA

Tablice

Tablica 1 Podjela dojke prema stadijima	21
Tablica 2 Program za rano otkrivanje karcinoma dojke	29
Tablica 3 Plan zdravstvene njege – anksioznost	47
Tablica 4 Plan zdravstvene njege – strah	48
Tablica 5 Plan zdravstvene njege – SMBS (osobna higijena).....	50
Tablica 6 Plan zdravstvene njege – VR za opstipaciju	51
Tablica 7 Obrazac SOAPIE – akutna bol.....	53
Tablica 8 Otpusno pismo zdravstvene njege	54

Slike

Slika 1. Anatomija dojke.....	10
Slika 2. Simptomi karcinoma dojke.....	13
Slika 3. Inspekcija dojki kada ruke obuhvate struk	23
Slika 4. Palpacija dojke u stojećem položaju	24
Slika 5. Palpacija dojke u ležećem položaju.....	25