

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PERIOPERATIVNA SKRB PACIJENTICE S
KARCINOMOM DOJKE**

Završni rad br. 47/SES/2019

Marijana Grgantov

Bjelovar, kolovoz 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Grgantov Marijana** Datum: 10.06.2019. Matični broj: 001549
JMBAG: 0314015117

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA ODRASLIH II/IV**

Naslov rada (tema): **Perioperativna zdravstvena skrb pacijentice s karcinomom dojke**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., mentor**
3. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 47/SES/2019

Studentica će u ovome radu prikazati prijeoperacijsku, intraoperacijsku i poslijeoperacijsku zdravstvenu skrb pacijenata kod kojih se provodi kirurško liječenje raka dojke. U svom radu objasniti će važnost pripreme pacijenata za operacijski zahvat, intraoperacijsku i poslijeoperacijsku njegu, moguće komplikacije i rehabilitaciju.

Zadatak uručen: 10.06.2019.

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem mentorici, Kseniji Eljuga, dipl. med. techn., na savjetima, smjericama i uputama, a samim time jako velikoj pomoći pri izradi završnog rada. Zahvaljujem se i mojoj obitelji i prijateljima na velikoj podršci i strpljenju za vrijeme studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE RADA.....	4
4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE.....	5
5. PATOLOGIJA I PATOHISTOLOGIJA	7
5.1. Carcinom in situ	8
5.1.1. Duktalni carcinoma in situ	8
5.1.2. Lobularni carcinoma in situ	8
5.2. Pagetova bolest	9
6. EPIDEMIOLOGIJA I ETIOLOGIJA KARCINOMA DOJKE.....	10
7. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOSTIKA.....	12
7.1. Klinička slika	12
7.2. Samopregled dojki.....	13
7.3. Klinički pregled i ultrazvuk	14
7.4. Mamografija.....	15
7.5. Citopunkcija i biopsija.....	16
7.6. Magnetna rezonancija.....	16
8. LIJEČENJE.....	17
8.1. Kirurški zahvati.....	17
8.1.1. Poštedni kirurški zahvati.....	17
8.1.2. Radikalni kirurški zahvati	18
8.2. Adjuvantna radioterapija	18
8.3. Adjuvantna hormonska terapija	19
8.4. Adjuvantna kemoterapija	19
8.5. Neoadjuvantna terapija	20
8.6. Rekonstrukcija dojke	20
9. PROGNOZA.....	21
10. REHABILITACIJA.....	22

10.1. Likovna rehabilitacija	23
11. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PERIOPERATIVNE ZDRAVSTVENE SKRBI...	24
11.1. Prijeoperacijska zdravstvena skrb bolesnice kod karcinoma dojke	25
11.1.1. Psihološka priprema za operaciju	26
11.1.2. Fizička priprema za operaciju	27
11.2. Neposredna prijeoperacijska priprema	28
11.3. Intraoperativna zdravstvena skrb	30
11.4. Postoperativna zdravstvena njega	31
11.5. Postoperativne poteškoće i komplikacije.....	32
11.5.1. Mučnina i povraćanje	32
11.5.2. Drhtavica.....	32
11.5.3. Bol	33
11.5.4. Serom.....	33
11.5.5. Krvarenje	34
11.5.6. Limfedem ruke	34
12. NAJUČESTALIJE SESTRINSKE DIJAGNOZE	35
12.1. Anksioznost u/s operativnim zahvatom što se očituje verbalizacijom napetosti i straha ..	36
12.2. Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom na dojci	37
12.3. Visok rizik za smanjenu pokretljivost ruke u/s pojavom limfedema	37
12.4. Bol u/s operativnim zahvatom što se očituje procjenom boli s 9 na skali za bol od 1 do 10.	38
12.5. Poremećaj tjelesnog imidža u/s radikalnom mastektomijom što se očituje nedostatkom samopoštovanja	39
12.6. Mogućnost komplikacija: krvarenje	39
13. ZDRAVSTVENI ODGOJ	40
14. ZAKLJUČAK	41
15. LITERATURA.....	42
16. OZNAKE I KRATICE	44
17. SAŽETAK	45
18. SUMMARY	46

1. UVOD

Karcinom dojke je najčešći i vodeći karcinom u žena u razvijenim zemljama svijeta. U Hrvatskoj je smrtnost i incidencija karcinoma dojke u porastu, neovisno o napretku dijagnostičko terapijskih postupaka te najčešće pogađa žene u dobi od 35. do 40. godine života (1). Godišnje se u Hrvatskoj dijagnosticira oko 2 500 novih slučajeva od čega je umrlih preko 900, stoga se svrstavamo među zemlje s visokom incidencijom. U prosjeku jedna od osam žena dobije karcinom dojke. Oboljenja kod muškaraca nisu česta kao kod žena te je kod njih zabilježeno 1% svih slučajeva (2).

Karcinom pogađa stanicu koja funkcionira abnormalno bez reda i granice, a stare stanice ne odumiru. Tako se stvaraju nakupine koje izgledaju poput čvorića, kvržice ili otekline, odnosno karcinoma. Zloćudni tumor se može, pomoću krvi i limfe, proširiti u druge dijelove tijela kao što su pluća, jetra, kosti, limfne žlijezde, mozak i koža (3). Prema vrsti tkiva od kojeg je nastao i prema proširenosti, karcinom može započeti u mliječnim žlijezdama, mliječnim kanalićima, masnom te vezivnom tkivu. Različite vrste karcinoma se ponašaju različito. Neki rastu vrlo sporo i metastaziraju u ostale dijelove tijela tek kada postanu veliki, dok su drugi agresivniji, brzo rastući i šire se vrlo brzo. Međutim, ista vrsta karcinoma se može kod svake žene ponašati drugačije stoga svakoj ženi treba pristupiti individualno.

Faktori rizika koji dovode do karcinoma dojke su vezani uz genetsku predispoziciju i suvremeni način života. Kod karcinoma dojke, kao i kod svakog drugog oboljenja, jako je bitno na vrijeme prepoznati bolest te uočavati simptome i znakove koji se mogu pojaviti. Prilikom samopregleda, žena može uočiti neke promijene. Važno je da se u tom slučaju obrati liječniku koji može potvrditi dijagnozu mamografijom, ultrazvukom, magnetskom rezonancijom, punkcijom ili biopsijom.

Medicinska sestra ima veliku ulogu u zdravstvenom prosvjećivanju stanovništva o metodama prevencije, organizaciji sistematskih pregleda te koristi svoje znanje i vještine kako bi utvrdila problem te planirala i provodila plan zdravstvene njege. Također, ima veliku ulogu u perioperacijsko zdravstvenoj njezi koja obuhvaća pripremu i skrb pacijenta prije operacije, za

vrijeme operacije i poslije operacije, te tijekom rehabilitacije. Jako je važan holistički pristup prema svim pacijentima jer omogućuje promatranje pojedinca u cijelosti. Omogućuje pacijentu zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba uz uvažavanje fizioloških, psiholoških i socijalnih aspekata. Pristup prema pacijentima treba biti pun povjerenja od strane osoblja i obitelji. Potrebno je prisustvo empatije i iskrenosti. Medicinska sestra na odjelu planira i provodi pripremu bolesnika za operativne zahvate te preuzima brigu o sveukupnoj poslijeoperacijskoj njezi. Aktivno sudjeluje u procesu prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenata s karcinomom dojke. Ova teška i najčešća maligna bolest u žena je vrlo velik i kompleksan problem stoga je potrebna suradnja između svih društvenih sektora unutar i izvan sustava zdravstva.

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikazati i objasniti perioperativnu skrb bolesnica koja obuhvaća prijeoperacijsku, intraoperacijsku i poslijeoperacijsku zdravstvenu njegu kod kojih se provodi kirurško liječenje karcinoma dojke. U ovom radu će se objasniti važnost pripreme pacijenta za operacijski zahvat, zdravstvena njega, moguće komplikacije i rehabilitacija.

3. METODE RADA

Pretraživanje literature za ovaj završni rad se provodilo pregledom i sažimanjem odgovarajuće recentne znanstvene i stručne literature iz područja kirurgije i sestrinske skrbi vezanim uz karcinom dojke.

4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DOJKE

Dojka (lat. mamma) je parna i apokrina žlijezda, smještena na prednjoj strani prsnoga koša u istoimenoj topografskoj regiji (lat. regio mammaria) a prostire se od drugog do sedmog rebra. Mliječne žlijezde su prisutne kod oba spola, muškog i ženskog i do puberteta se ne mijenjaju. U pubertetu je razvoj dojki kod žena povezan s razvojem sekundarnih spolnih oznaka. Funkcije i struktura dojke se tijekom života mijenja, a to ovisi o hormonima i fazi menstrualnog ciklusa te trudnoći (4).

Mišićnu podlogu dojke čine veliki i mali prsni mišić, a između dviju dojki, u sternalnoj regiji, nalazi se brazda (lat. sulcus intermammarius). Na prednjoj strani dojke nalazi se bradavica (lat. papilla mammae) u kojoj se otvaraju odvodni kanali mliječne žlijezde. Oko bradavice je pigmentirano područje kože koje ne sadrži masno tkivo (lat. areola mammae), a tijekom trudnoće se povećava i postaje tamnije (5). Velike lojne žlijezde (lat. glandula sebacea) koje se nalaze u području areole čine njezinu površinu neravnom te proizvode loj. U unutrašnjosti se svaka mliječna žlijezda sastoji od 15 do 25 režnjeva (lat. lobi glandulae mammariae), a otvaraju se u području bradavice te su međusobno odvojeni i obloženi vezivnim tkivom i masti. Vezivno tkivo sadržava podržne ligamente (lat. ligg. suspensoria mammaria) koji vežu dojku za mišićnu fasciju te za kožu s njezine vanjske strane (5). Žljezdano tkivo izgrađuju žljezdane alveole koje proizvode mlijeko. Mlijeko se iz alveola prenosi u mliječne vodove (lat. ductus lactiferus) koji se otvaraju prema van u području bradavice. U dubini areole se svi mliječni vodovi proširuju u mliječni sinus (lat. sinus lactiferus) gdje se mlijeko pohranjuje tijekom dojenja. Stvaranje i izlučivanje mlijeka počinje potkraj trudnoće, a nadzire ga hipofizni hormon prolaktin. Ovakav opis mliječnih žlijezda odnosi se na trudnice i žene koje doje. Kod nerotkinja areole su obično ružičaste, a žljezdana građa je uglavnom nerazvijena i zbog toga veličina dojke ovisi o količini masnog tkiva (6).

Dojke opskrbljuju arterije i vene. Najvažnija arterija koja opskrbljuje dojku polazi od unutarnje prsne arterije (lat. a. thoracica interna), odnosno od njezinih perforantnih grana (lat. rr. perforantes). Perforantne grane se probijaju od drugog do četvrtog međurebrenog prostora te daju grane lat. rr. mammarii mediales. S lateralne strane se nalaze ogranci lat. rr. mammarii

laterales od lat. a. thoracicae lateralis u trećem do petom međurebrenom prostoru. Aksilarna vena je najvažnija vena (lat. v. axillaris) koja se nastavlja na potključnu venu (lat. v. subclavia). Tako se krv dojke najvećim dijelom slijeva u gornju šuplju venu (lat.v. cava inferior) (5). Limfa dojke ide iz dubine dojke limfnim žilama u limfni splet te nakon toga u paramamarne limfne čvorove (lat. nodi lymphoidei paramammarii). Najveći dio limfe se proteže u aksilarne limfne čvorove (lat. nodi lymphoidei axillares), gdje se limfa dalje slijeva u skupinu čvorova između velikoga i maloga prsnog mišića (lat. nodi interpectores), odnosno u Rotterove čvorove. Limfa iz dojke može ići niz trbušnu stijenku ili u drugu dojku. Dojku inerviraju lat. r. cutanes lateralis et anterior pectoralis n. intercostalis, koji se protežu od drugog do šestog međurebrenog prostora. Ti živci imaju osjetna i parasimpatička vlakna koja opskrbljuju kožu, bradavice te krvne žile i mliječne žlijezde (6).

Dojke muškog i ženskog novorođenčeta se ne razlikuju sve do početka puberteta kada se pod utjecajem hormona razvijaju dojke u ženske djece. Pod utjecajem više hormona i faktora rasta, među kojima su najbitniji estrogeni i progesteroni iz jajnika, slijedi daljnji razvoj. Estrogen ima ulogu u stimulaciji rasta stanica i tkiva dojke, a progesteron djeluje na povećanje i dijeljenje žljezdanih stanica. Za rast sustava kanalića su važni hormon rasta, prolaktin, glukokortikoidi i inzulin. U muškaraca izostaje hormonska stimulacija koja se događa u žena, stoga se njihova dojka sastoji od kanalića bez režnjeva (6). Kako ženino reproduktivno razdoblje ide dalje, tako se događaju ritmične promjene izlučivanja spolnih hormona i stanice žljezdanog tkiva prolaze kroz cikličke faze rasta, diferencijacije i apoptoze ili propadanja. Dakle, klinički gledano, dolazi do promjene u zrnatosti i veličini dojke. Pad ili smanjenje koncentracije hormona smanjuje proliferaciju stanica te se gubi voda i žljezdano tkivo. Dojka je po prestanku menstruacije pet do sedam dana minimalnog volumena stoga je upravo to razdoblje najpogodnije za klinički pregled i uočavanje nekakvih patoloških promjena (4).

5. PATOLOGIJA I PATOHISTOLOGIJA

S obzirom na to da karcinom dojke nastaje iz stanica duktusa i acinusa, patohistološki se najčešće dijeli na duktalni i lobularni karcinom dojke. Najčešće se javlja duktalni invazivni karcinom i to u 85 – 90% slučajeva. Dijeli se na nespecificirani tip (NST) i neke rjeđe podtipove kao što su mucinozni, adenoid – cistični i tubularni karcinom koji većinom imaju dobru prognozu izlječenja. Drugi po učestalosti je najčešći lobularni karcinom. Postoje još maligni tumor phyllodes, sarkom, limfom dojke te Pagetova bolest koji se rijetko javljaju (7). Makroskopska, histološka i imunohistokemijska analiza obuhvaćaju veličinu i udaljenost tumora od ruba preparata, status estrogenskih i progesteronskih receptora, postojanje limfovaskularne invazije te zahvaćenost pazušnih limfnih čvorova tumorskim tkivom. Zahvaljujući molekularnoj analizi utemeljena je patološka podjela karcinoma na podtipove: luminal A, luminal B HER2-negativni, luminal B HER2-pozitivni i non- luminal HER2-pozitivni, trostruko negativni. Ovi podtipovi karcinoma određuju izbor adjuvantnog liječenja (8). Učestalost pojavnosti karcinoma dojki prema smještaju je:

- 39% u vanjskom gornjem kvadrantu
- 9% u donjem vanjskom kvadrantu
- 5% u unutarnjem donjem kvadrantu
- 29% u središnjem dijelu dojke – areola (2).

Karcinom dojke invadira lokalno i širi se u početku kroz regionalne limfne čvorove ili krv, a metastaze mogu zahvatiti gotovo sve organe u tijelu, najčešće pluća, jetra, kosti, mozak i kožu. Većina metastaza u koži događa se na području operirane dojke ili glave. Metastatski karcinom se često pojavljuje godinama nakon početne dijagnoze i liječenja (2).

5.1. Carcinom in situ

Carcinom in situ je poseban oblik tumora koji nema metastatski potencijal zbog stanica koje ne probijaju bazalnu membranu. Ne postoji invazija okolne strome. Stanice koje oblažu duktuse razlikuju se u izgledu, pokazuju hiperkromaziju uz prisutnost nekrotičnih promjena. U isto vrijeme vidljiv je i monomorfni izgled stanica s malom nuklearnom atipijom i bez nekroze. Koncept carcinoma in situ kao prekursora u invazivnog karcinoma je poput mosta koji povezuje prekid između benigne epitelne proliferacije i invazivnog karcinoma. Mamografija i unaprjeđenje ultrazvuka najviše su pridonijeli povećanju broja otkrivenih neinvazivnih lezija. Carcinom in situ može biti duktalni i lobularni (7).

5.1.1. Duktalni carcinoma in situ

Komedonski tip karcinoma je podvrsta DCIS-a i on je najagresivniji tip karcinoma, zbog čega se uz njega često pronalaze žarišta mikroinvazije i posljedične metastaze u limfnim čvorovima. DCIS se klinički očituje kao palpabilna tumorozna masa ili kao iscjedak iz bradavice te se otkriva mamografijom i često je ograničen na jedno područje, ali može postati invazivan. Tumorska žarišta DCIS-a mogu biti multifokalna, što znači da se dva ili više žarišta nalaze u istom kvadrantu, ali s minimalnom udaljenošću od 5 mm. O multicentričnosti govorimo ako je DCIS smješten u više od jednog kvadranta (7).

5.1.2. Lobularni carcinoma in situ

LCIS ili lobularni karcinom in situ je neopipljiva promjena koja se obično otkriva biopsijom zbog mikroskopskih promjena u lobulima. Može ga se pronaći u fibroadenom, intraduktalnom papilomu ili u sklerozirajućoj adenozii. Također, i LCIS može biti multicentričan i bilateralan. Učestalija je pojava prema gornjem vanjskom kvadrantu, kao i prema središnjim dijelovima dojke (6). Liječenje se provodi kirurškom biopsijom i potrebno je uključiti redovito praćenje i profilaktičku mastektomiju s rekonstrukcijom ili jednostavnu mastektomiju (8).

5.2. Pagetova bolest

Pagetova bolest bradavica je oblik dukalnog karcinoma in situ koji se širi na kožu bradavice i areolu, a za posljedicu ima upalne promjene. Znakovi koji ukazuju na Pagetovu bolest su: koža bradavice i areole je obično ulcerirana, vlažna i s fisurama, a u okolnim dijelovima dojke prisutna je hiperemija i edem. Može se javiti i kontaktni dermatitis i eritematozne vlažne promjene. Liječenje Pagetove bolesti se provodi radikalnom mastektomijom ili pošteđnim kirurškim zahvatom, ovisno o stanju i fazi bolesti pacijentice (9).

6. EPIDEMIOLOGIJA I ETIOLOGIJA KARCINOMA DOJKE

Karcinom dojke je najrasprostranjeniji karcinom u žena. U razvijenim zemljama svijeta pa čak i u Hrvatskoj je na prvom mjestu po incidenciji. Prema posljednjim podacima Registra za rak u Hrvatskoj, u 2015. godini je zabilježeno 2748 novih slučajeva. Od ove zloćudne bolesti su u 2017. godini umrle 853 žene (10). Učestalost karcinoma dojke počinje zamjetnije rasti s dobi od 35. do 40. godine života, nakon toga incidencija kontinuirano raste. Za razliku od visoke stope pobola u zapadnome svijetu, u Japanu i općenito Aziji je ona mnogo niža, što odražava razliku u načinu života ženske populacije posebno u području hormonske terapije i rađanju djece. Razlike u mortalitetu nisu toliko izražene zbog velikog napretka u načinu liječenja i ranijeg otkrivanja bolesti te zahvaljujući organiziranim programima ranog otkrivanja raka. Osim zemljopisne varijacije koja utječe na učestalost karcinoma dojke, primijećena je i različita učestalost ovisno o ekonomskoj razvijenosti zemlje (11). Zemlje koje su ekonomski bolje razvijene imaju manju pojavnost karcinoma od onih zemalja koje su slabo razvijene. To možemo objasniti većim ulaganjem u preventivne preglede kao i većim brojem novih uređaja za pregled.

Etiologija same bolesti je složena i nepoznata, no poznati su brojni čimbenici rizika vezani uz stil života, reproduktivno ponašanje te razni endokrini i genetički čimbenici. Postoje promjenjivi i nepromjenjivi čimbenici. Od promjenjivih čimbenika vezanih uz način života najveći utjecaj imaju uzimanje hormonske terapije i tjelesna neaktivnost. Jedan od najvažnijih nepromjenjivih čimbenika je izloženost estrogenu pa je tako rizik povećan u žena s ranijom menarhom, kasnijom menopauzom i kod nerotkinja. Veliku ulogu imaju dob, spol i pozitivna obiteljska anamneza (7). Starija životna dob i ženski spol je najveći rizični čimbenik za nastanak karcinoma. Rjeđe se pojavljuje u žena mlađih od 20 godina, a nešto češće kod žena od 35. do 40. godine života. Nakon toga incidencija karcinoma samo kontinuirano raste. Žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu imaju osam puta veći rizik za nastanak karcinoma. Otkrivena su dva gena za koje se smatra da su odgovorni za nastanak bolesti. To su dva supresorska gena, BRCA 1 i BRCA 2 (Breast cancer gen 1 i 2), čijom mutacijom jednog ili oba povećavaju rizik nastanka ove bolesti u žena. Žene koje prvi puta rode između 30. i 35. godine života imaju četiri puta povećani rizik za nastanak karcinoma u odnosu na žene prvorotkinje između 20 i 25. godine života (1). Isto tako veći broj porođaja je pridružen s manjom vjerojatnošću nastanka karcinoma. Kasna menopauza i

rana menarha su izravno povezani s patofiziologijom djelovanja estrogena. Što je dulja izloženost djelovanja estrogena, veća je vjerojatnost nastanka karcinoma. Između pretilosti i nastanka karcinoma dojke postoji pozitivna sprega u postmenopauzalnih žena. Većinu života jajnici proizvode 90% estrogena, a u menopauzi većinu estrogena proizvode nadbubrežne žlijezde i masno tkivo. Stoga pretilost djeluje na povećano djelovanje estrogena. Uzimanje oralne kontracepcije prije 25. godine života u vremenu duljem od četiri godine dokazano povećava rizik nastanka karcinoma. Atipična duktalna hiperplazija povećava rizik za četiri do pet puta dok druge bolesti dojčanog parenhima, adenoze i papilomi, povećavaju rizik nastanka karcinoma jedan do dva put (1).

7. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOSTIKA

7.1. Klinička slika

Većinu karcinoma dojke pacijentica otkriva sama ili se otkriva tijekom pregleda. Najčešća promjena koju pacijentica uočava je tvrda i bezbolna kvrga u dojci koja uvlači kožu dojke ili bradavice. Ulceracija kože i palpabilni povećani limfni čvorovi u pazuhu se mogu vidjeti tek kod uznapredovalih stadija karcinoma. Kod izraženije tumorske zahvaćenosti pazušnih limfnih čvorova normalan tok limfe iz dojke je prekinut, zbog čega se pojavljuje limfedem dojke. Manifestira se otokom, zadebljanjem kože i naglašenošću folikula, te koža dojke izgleda poput narančine kore. Karcinom dojke se ponekad očituje samo sukrvavim ili krvavim iscjetkom. Adenokarcinom dojke se prezentira kao egzem ili ulceracija u području bradavice (7). Inflamatorni karcinom dojke je vrlo rijedak i agresivan oblik čije su osnovne karakteristike crvenilo i edem kože bez jasno palpabilnog tumora. Dojka je najčešće bolna i difuzno povećana i izgleda poput kore naranče. Takav je izgled posljedica zahvaćenosti dermalnih limfnih žila tumorskim stanicama. Novonastali bolovi u kostima, neurološki ispadi, naglo mršavljenje, ikterus ili respiratorne smetnje mogu upućivati na mogućnost metastaziranja stanica kod lokalno uznapredovale bolesti (8).

7.2. Samopregled dojki

Samopregled dojki je jednostavan i lako izvodljiv te je s provođenjem potrebno početi vrlo rano, već sa 20 godina starosti. Izvodi se pri kraju ili neposredno poslije menstruacije kad se dojke opuste. Svrha samopregleda je da žena upozna svoje dojke, njihov oblik i veličinu, a provodeći ga redovito svakog mjeseca može na vrijeme uočiti sumnjive promjene. Zato je važno da medicinska sestra educira ženu o tehnici pravilnog izvođenja samopregleda. Vizualnim pregledom može uočiti 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 (6). Kod pregleda palpacijom, potrebno je pregledati dojku, dio između pazuha i dojke na obje strane tijela. Pregled se može raditi u ležećem položaju s rukom ispod glave, a s drugom rukom vršiti pregled. Ležeći položaj je poželjan zbog toga što se tkivo dojke tada raspoređi, raširi po prsnom košu i postane tanje te tako olakšava palpaciju. U sjedećem ili stojećem položaju potrebno je palpirati pazuh s lagano podignutom rukom na strani koja se palpira. Ako se primjete bilo kakve promjene koje prije nisu bile prisutne i sumnjive potrebno je obratiti se liječniku što prije (7).

7.3. Klinički pregled i ultrazvuk

Kao i kod ostalih tumora, tako i dijagnoza karcinoma dojke započinje anamnezom i kliničkim pregledom. Anamnestički se definira pojava simptoma i znakova bolesti te duljina njihova trajanja. Također, potrebno je utvrditi postojeću izloženost čimbenicima rizika. Klinički pregled započinje vizualnom inspekcijom koja se provodi u sjedećem ili stojećem položaju s rukama spuštenim niz tijelo. Inspekcijom se istražuje simetrija dojki, postojanje vizualnih nepravilnosti na koži dojke te moguće povećanje regionalnih limfnih čvorova pri čemu bolesnica stavlja ruke na bokove i iza glave radi bolje preglednosti. Dojka se palpira unutrašnjom stranom prstiju (12).

Ultrazvučni pregled dojki je često korišteni pregled u postavljanju dijagnoze karcinoma, osobito u slučaju postmenopauzalnih žena. Razlog je u masnoj pretvorbi dojki nakon menopauze. Ultrazvuk ne prodire dobro kroz masno tkivo te je metoda izbora, uz klinički pregled u ranoj dijagnozi karcinoma dojke, u premenopauzalnih pacijentica (12). Ova pretraga je za ženu ugodna, nema štetnih djelovanja ni izlaganja ionizirajućem zračenju te se može ponavljati koliko god puta je indicirano. Ultrazvukom nije moguće prikazati mikrokalifikacije, koje su često najraniji znak karcinoma, a koje se jasno vide na mamografiji zbog njihove radiografske gustoće. Promjene manje od 5 do 10 mm se katkad ne mogu uočiti, a kod voluminoznih dojki analiza može biti otežana (7).

7.4. Mamografija

Rano otkrivanje karcinoma dojke osniva se na rentgenološkom pregledu koji se naziva mamografija. Ovom pretragom se mogu pronaći mali tumori u promjeru svega nekoliko milimetara te ih je moguće kirurški ukloniti prije nego što dalje metastaziraju. Izvodi se u dva smjera, kraniokaudalnom i kosom mediolateralnom smjeru (7). Ovo je najvažnija metoda oslikavanja u dijagnostici bolesti dojki. Ima visoku senzitivnost i prihvatljivu specifičnost za rano otkrivanje karcinoma dojke, i to je danas jedina prihvatljiva metoda koja se koristi u probiru sa svrhom otkrivanja tvorbi. Treba imati na umu da oko 10% palpabilnih oblika nije uočljivo na mamografiji te da njezin negativni nalaz nije dovoljan za isključenje karcinoma u klinički simptomatske pacijentice. Mamografija je radiološka metoda oslikavanja koja ima svrhu prikazati dojku visokom rezolucijom uz što manju primljenu dozu zračenja (6). Visoko je specifična za isključenje karcinoma u involutivnim, masno infiltriranim dojkama te omogućuje sigurnu dijagnozu benigne tvorbe kod tipičnih cista, lipoma i fibroadenoma. No, u većine mamografski otkrivenih promjena nalaz je nespecifičan te je moguće dati samo više ili manje vjerojatnu dijagnozu. Stoga je biopsija vrlo važna za postavljanje odgovarajuće dijagnoze te se ona koristi kao nadopuna mamografiji. Preporuka je da svaka žena napravi prvi mamogram s 40 godina, odnosno s 35 godina života ako ima pozitivnu obiteljsku anamnezu. Nakon toga se mamografija treba ponoviti svake dvije do tri godine ili češće, ovisno o osobnoj ili obiteljskoj anamnezi (6).

7.5. Citopunkcija i biopsija

Citološkom analizom aspirata dojke može se s vrlo visokom pouzdanošću odrediti radi li se o malignoj ili benignoj promjeni. Dijagnoza vrste karcinoma je iznimno bitna za planiranje kirurškog zahvata. Precizno određivanje lezije i uzimanje uzorka stanica i tkiva s odgovarajućeg mjesta ima najveće značenje za postavljenje točne dijagnoze. Punkcija i biopsija se najčešće rade pod nadzorom ultrazvuka, a može se raditi i pod nadzorom magnetske rezonancije. Pod nadzorom ultrazvuka moguće je precizno izvesti citološku punkciju i biopsiju lezija u dojkama, kao i aspiraciju tekućine iz cista (6). Biopsijom širokom iglom se uzima uzorak tkiva te se iz njega može odrediti radi li se o karcinom in situ ili invazivnom tumoru. U biopsiju ubrajamo i incizijsku metodu koja se radi vrlo rijetko i to kod tumora u području mamile (Pagetova bolest), ako biopsija širokom iglom nije uspjela ili je rizična zbog opasnosti od krvarenja ili pneumotoraksa. Ekscizijska biopsija je dijagnostičko – terapijski postupak kojim se može u cijelosti ukloniti sumnjiva tvorba (7).

7.6. Magnetna rezonancija

Magnetna rezonancija služi u procjeni dojki s multifokalnim ili multicentričnim žarištima, procjeni prije i nakon neoadjuvantnog liječenja, dijagnostici kod osoba s visokom gustoćom dojke, kod bolesnika s metastatskim limfnim čvorovima u pazuhu i Pagetovom bolešću, kod kojih drugim pretragama nije pronađen adenokarcinom dojke u podlozi. Kod ove pretrage je relativno čest lažno pozitivni rezultat, zbog čega je jako važno prije daljnjih odluka o liječenju učiniti citopunkciju ili biopsiju širokom iglom (7).

8. LIJEČENJE

Liječenje karcinoma dojke ovisi o stadiju bolesti i tipu tumora. U lokoregionalno liječenje spada kirurški zahvat i zračenje, a u sistemsko liječenje kemoterapija, hormoterapija te bioterapija. U liječenju karcinoma dojke uzima se u obzir i vlastiti izbor same pacijentice. Kod lokalnog karcinoma dojke cilj odnosno svrha je izlječenje, dok je kod proširenog – diseminiranog karcinoma cilj osigurati maksimalno kvalitetan i dug život (11).

8.1. Kirurški zahvati

U slučaju lokalnog karcinoma terapija je kirurški zahvat. Cilj kirurškog zahvata je uklanjanje primarnog tumora te mogućih metastaza u limfnim čvorovima pazuha. Kirurgija pruža mogućnost ordiniranja mastektomije odnosno uklanjanje cijele dojke te pošteđenih operacija (12).

8.1.1. Pošteđeni kirurški zahvati

Tumorektomija ili lumpektomija je odstranjenje tumora i malog ruba okolnog zdravog tkiva dojke. Radi se kroz rez na koži iznad tumora koji je koncentričan na lat.mamillu u gornjim kvadrantima ili u donjim kvadrantima. Tumor se uklanja zajedno sa okolnim tkivom dojke širine 1 cm. Disekcija aksilarnih limfnih čvorova se radi kroz transvezalni rez u pazuhu. Ovaj postupak se najčešće radi kada je bolest otkrivena u ranoj fazi (12).

Ako je bolest uznapredovala, tada se radi kvadrantektomija. To je ekscizija kvadranta dojke i kože iznad kvadranta te fascije pektoralnog mišića ispod kvadranta. Disekcija aksilarnih limfnih čvorova se može napraviti kroz transvezalni rez u pazuhu (11).

Segmentektomija je klinasta ekscizija tkiva dojke s tumorom i okolnim tkivom dojke koje je bar 2 cm udaljeno od tumora. Radi se kroz inciziju kože koncentričnu lat.mamillu u gornjim i donjim kvadrantima. Disekcija aksilarnih limfnih čvorova transvezalnim rezom se radi ako je tumor smješten u lateralnom području dojke. U tumora smještenih medijalno, segmentektomija i disekcija aksilarnih limfnih čvorova radi se u dva reza (12).

8.1.2. Radikalni kirurški zahvati

Modificirana radikalna mastektomija je uklanjanje cjelokupnog tkiva dojke uz disekciju aksilarnih limfnih čvorova. Često se uklanja i sloj iznad prsnih mišića. Radi se s dva poprečna reza uz rub dojke. Radikalna mastektomija znači uklanjanje cijele dojke u cjelosti, oba prsna mišića, svi limfni čvorovi i nešto dodatnog masnog tkiva i kože. Ovaj zahvat se koristi ako je bolest uznapredovala na prsne mišiće (11). Danas je moguće kod žena kod kojih je uklonjena cijela dojka plastično – rekonstrukcijskim postupcima rekonstruirati dojku različitim kirurškim postupcima, što ovisi o osnovnoj bolesti i dobi bolesnice.

8.2. Adjuvantna radioterapija

S ciljem sprječavanja ponovne pojave karcinoma u operiranoj dojci, ordinira se adjuvantna radioterapija. Uvijek se ordinira nakon poštednog kirurškog zahvata i cijeljenja rane. Ako se pacijentici planira ordinirati i kemoterapija, adjuvantna radioterapija se ordinira mjesec dana nakon kemoterapije. Doza je 50 Gy na cijelu dojku tijekom 25 frakcija ili 42,5 Gy tijekom 16 frakcija uz nadomjestak na primarno sijelo tumora od 15 Gy tijekom 5 frakcija. Propisivanjem radioterapije se smanjuje učestalost lokalnog recidiva s 30-35% na manje od 5%. Indicirana je u slučajevima nakon mastektomije i to u slučaju većih tumora, zahvaćenih aksilarnih čvorova tumorom te općenito većeg rizika ponovne pojave bolesti (11).

8.3. Adjuvantna hormonska terapija

Hormonska, adjuvantna terapija je indicirana u svakog pacijenta koja ima pozitivan nalaz hormonskih receptora, a provodi se nakon ordinirane kemoterapije i radioterapije. Hormonska terapija uključuje tamoksifen, inhibitore aromataze, ovarijalnu supresiju ili ablaciju. Poznato je da hormonska terapija tamoksifenom direktno smanjuje učinkovitost nekih citostatika koji se koriste u liječenju karcinoma dojke (11). Također, zaustavljanjem diobe stanica raka dojke direktno se smanjuje učinkovitost kemoterapije i radioterapije jer preventivno djeluju na stanice u diobi. Tamoksifen je zlatni standard adjuvantne hormonske terapije te se primjenjuje u dozi od 20 mg na dan u trajanju od 5 godina. Na taj se način smanjuje rizik smrti od raka dojke za 26%, rizik lokalnog recidiva za 46% i rizik pojave raka na drugoj dojci za 45%. Letrozol, anastrozol i egzemestan su aromatozni inhibitori/inaktivatori, iznimno važni u adjuvantnom liječenju postmenopauzalnih bolesnica s hormonski ovisnim karcinomom dojke (12).

8.4. Adjuvantna kemoterapija

Kemoterapija se primjenjuje u svih pacijentica sa srednjim i visokim rizikom za ponovnu pojavu bolesti. Ovu vrstu terapije trebaju primiti i one pacijentice s pozitivnim limfnim čvorovima u aksili kao i sve s trostruko negativnim i HER2 pozitivnim tumorima. Pacijentice koje ne trebaju primiti adjuvantnu kemoterapiju su one s izrazito pozitivnim hormonskim, HER2 negativnim tumorima koji imaju niski stupanj maligniteta, neovisno o životnoj dobi i pratećoj komorbidnosti (6). Osnovni kemoterapijski protokol u liječenju karcinoma dojke je AC-T, odnosno 4 trotjedna ciklusa kombinacije doksorubicina i ciklofosfamida praćena s 12 tjednih aplikacija paklitaksela. Kod mlađih pacijentica i u pacijentica s dobrim općim stanjem koje imaju visok rizik za povratak bolesti primjenjuje se i veća gustoća kemoterapije koja se ordinira svaka 2 tjedna uz podršku hematopoetskim čimbenikom rasta (AC-T dd protokol). Na taj način se u pacijenata postiže veći izgled za izlječenje od karcinoma dojke. Primjena adjuvantne kemoterapije smanjuje vjerojatnost smrti od raka za 30% (7).

8.5. Neoadjuvantna terapija

Neoadjuvantna terapija je liječenje karcinoma dojke koje započinje prije konačnog kirurškog zahvata. Cilj joj je smanjiti tumorski volumen, veličinu tumora i u što većem broju slučajeva uzrokovati manje nuspojava lokalnog liječenja, poput limfedema i slično. Aplicira se u potpunosti prije konačnog kirurškog zahvata u standardnim dozama i režimima davanja. Uz taksane, u terapiju se dodaje i trastuzumab u standardnim dozama tijekom godinu dana. Dodatak trastuzumaba neoadjuvantnoj terapiji je poboljšao ukupno preživljenje bez znakova bolesti i u pacijentica s hormonski neovisnim karcinomom dojke. Neoadjuvantna hormonska terapija se uobičajeno preporučuje starijim pacijentima s uznapredovalim hormonski visokoovisnim karcinomom dojke koji ne dopuštaju primjenu kemoterapije (7).

8.6. Rekonstrukcija dojke

Rekonstrukcija dojke nakon mastektomije i poštednog kirurškog zahvata ima vrlo velik utjecaj na psihičko stanje i brzinu oporavka. Cilj rekonstruktivne plastične kirurgije je vratiti simetriju između dvije dojke. Postupak se izvodi kako bi se zamijenila koža, tkivo dojke i bradavica uklonjena tijekom mastektomije. Žene koje razmišljaju o rekonstruktivnom zahvatu trebaju se posavjetovati s plastičnim kirurgom prije nego što se obavi zahvat mastektomije (8). Rekonstrukciju dojke moguće je učiniti silikonskim protezama, protezama punjenim fiziološkom otopinom, tkivnim ekspanderima i uporabom vlastitog tkiva. Potreba za provedbom adjuvantne kemoterapije, radioterapije i starija životna dob nisu kontraindikacija za rekonstrukcijsku kirurgiju. Primarna rekonstrukcija obavlja se odmah nakon što se dojka ukloni te je metoda izbora u većine žena, a i za kirurga je zahvat zahvalniji zbog neoštećenog tkiva nakon provedenog zračenja ili nastalih ožiljaka. Žene koje odluče naknadno rekonstruirati dojku moraju se obratiti liječniku oko dogovora za sekundarnu rekonstrukciju (9).

9. PROGNOZA

Prognoza pacijentica s karcinomom dojke najviše ovisi o samom stadiju bolesti. Pacijentice s karcinomom in situ imaju 100% - tnu razinu izlječivosti ako se na vrijeme primjene odgovarajuće metode liječenja. Kod invazivnih tumora stupanj izlječivosti se smanjuje povećanjem veličine primarnog tumora i brojem zahvaćenih limfnih čvorova u pazuhu. U prosjeku, petogodišnje preživljenje pacijentica s karcinomom dojke u razvijenim zemljama iznosi 80-90%. To je uzrokovano različitim prosječnim stadijem bolesti pri utvrđivanju dijagnoze te lošijom terapijom u zemljama s lošijim preživljenjem. Odgovarajuća adjuvantna terapija karcinoma dojke povećava vjerojatnost petogodišnjega preživljenja za 30-70%, što ovisi o samom tumoru (11). Postoje prognostički i prediktivni čimbenici koji određuju vjerojatnost odgovora tumora na određenu terapiju. Važni prognostički čimbenici su: veličina tumora, stupanj zloćudnosti tumora, zahvaćenost aksilarnih limfnih čvorova, status hormonskih receptora i sama dob pacijentice (12).

10. REHABILITACIJA

Karcinom dojke i njegovo intenzivno liječenje imaju velik utjecaj na pacijenticu i njezinu obitelj. Ponekad može utjecati na cjelokupno zdravlje i uzrokovati veliki stres. Rehabilitacija je važna za povećanje sposobnosti pacijenta na prilagođavanje novonastalog stanja. Cilj rehabilitacije je očuvanje zdravlja, razvoj, ponovna uspostava i obnavljanje optimalne tjelesne funkcije žena nakon operacije dojke. Poboljšanje kvalitete života u svakodnevnim aktivnostima operirane i liječene žene je specifičan cilj rehabilitacije. Danas sve više obolijevaju mlađe žene tako da je rehabilitacija važna za njihov oporavak i poboljšanje radnih sposobnosti (13).

U rehabilitaciji se provodi timski rad odnosno, uključuje se stručni tim zdravstvenih djelatnika: liječnik specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije, fizioterapeut, psiholog, defektolog i medicinska sestra. Također, kao član rehabilitacijskog tima uključen je i bivši pacijent – volonter. Veliku ulogu u napretku rehabilitacije ima podršku i razumijevanje obitelji. Iako stručnjaci preporučuju započeti što ranije s rehabilitacijom, iz prakse je poznato da mnoge operirane žene na rehabilitaciju dopiju tek kada se pojavi problem u funkciji ruke. Stoga je mjesto i uloga rehabilitacije značajna s ciljem liječenja postojećih i prevencija kasnijih komplikacija u funkcioniranju i kvaliteti života operirane žene (13).

Prije odlaska iz bolnice nužno je pacijentici i njejoj obitelji pomoći u psihološkoj, spolnoj i sociološkoj rehabilitaciji i uputiti je u mehanizme prilagodbe. Zadaća sestre je poticati pacijenticu na daljnje provođenje vježbi ruku i dati joj pisane upute o vježbama. Potrebno je i uputiti je u rad Klubova podrške tj. klubovi žena operiranih na dojci koji postoje na razini cijele države te joj objasniti mogućnosti uključivanja (adresa, vrijeme rada klubova i ciljeve) (14). Medicinska rehabilitacija važan je segment u nastavku liječenja i osposobljavanja osobito kroz provođenje vježbe razgibavanja ruku i osposobljavanja za nošenje proteze (puljić). Ciljevi kluba su: psiho-socijalna potpora ženama nakon operacije karcinoma dojke, ojačati i uključiti žene u redovite životne aktivnosti u što kraćem periodu nakon operacije, senzibiliziranje javnosti o potrebama i problemima žena s dijagnozom karcinoma dojke, uključivanje obitelji i zajednice u rehabilitaciju žena nakon operacije karcinoma dojke te edukacija građana o važnosti provedbe preventivne zaštite za dojku (14).

10.1. Likovna rehabilitacija

Likovna (eng.art) terapija dobiva sve veće značenje u psihoonkologiji. Važno je poticati mehanizme obrane kod pacijentica koje boluju od karcinoma kako bi uspjele pokazati osjećaje koji su potisnuti. Glavni ciljevi ove suportivno-ekspresivne terapije su proraditi žalovanje za gubitcima koje donosi teška bolest kao i prilagodba na promijenjenu sliku tijela. Ekspresija u umjetnosti daje simptomima formu i boju te se oni više ne moraju konvertirati u fizičke ili psihološke tegobe (15). Likovna terapija ima dugodjelujući učinak na veliki spektar simptoma vezanima uz rak dojke i njegove posljedice. Također, uočen je pozitivan utjecaj na samospoznaju i samoaktualizaciju pacijenata. Zbog toga se likovnu terapiju može koristiti kao visoko učinkovit pristup u pružanju psihološke pomoći pacijenticama oboljelima od raka dojke, koji omogućava ekspresiju emocija i bolju kvalitetu života (16).

Likovna rehabilitacija se može smatrati psihoterapijom koja se može koristiti za obradu emocionalne traume i stresa. Proces rehabilitacije stimulira neurone na različite načine. Potrebno je djelovati i reflektirati umjetničku terapiju kako bi promoviralo sudionikov proces samorazumijevanja u trenutnoj situaciji. Nadalje, razumijevanje ranjivosti onkoloških pacijenata i mogućnost rješavanja njihovih potreba ključno je za uspješnost bilo koje terapijske intervencije. Stoga je važno da art-terapeut pomogne pacijentima da prebrode svoje osjećaje i da se osjećaju ugodno. Kad su pacijentovi ciljevi vodeći faktor u sesiji art-terapije, art-terapeut mora biti budan da primijeti da li se i kada mijenjaju ove namjere (15). U likovnoj terapiji slika traje. Može se usredotočiti i osjetiti, vidjeti i dodirnuti, kao i pomaknuti. Slika je tamo u odnosu na osjećaje i misli, čak i nakon toga, poput prijelaznog fenomena. Na sesijama art terapije slikar može uvijek pogledati vlastiti izraz u oblicima, figurama, linijama i bojama kako bi s vremena na vrijeme prepoznao različite emocije i misli i na papiru prepoznao emocionalne ili kognitivne promjene. Vjeruje se da zrcalni neuroni pružaju intersubjektivnu svijest koja ima za cilj internalizirati terapijski odnos kako bi pacijentu pružila novi obrazac za odnos prema sebi ili slici i drugima, poput terapeuta. Proces potiče pacijentovo razumijevanje sebe i trenutne situacije (16).

11. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PERIOPERATIVNE ZDRAVSTVENE SKRBI

Svrha pripreve pacijenta za operaciju je osigurati najbolju moguću spremnost za kirurški zahvat. To podrazumijeva fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu pripremu pacijenta. To je svrha svih članova zdravstvenog tima. Svaki pacijent ima individualne potrebe i one uvjetuju tko će sudjelovati u pripremi pacijenta za operaciju (liječnici, medicinske sestre, radiolozi, zdravstveno-laboratorijski tehničari, socijalni radnici, svećenici i drugi). Svaki član tima ima svoju ulogu o kojoj ovisi uspjeh kirurškog zahvata (17).

Prije operacije pacijent razvija različite osjećaje zbog čega zdravstvena njega ne smije biti vezana samo za vrijeme prije i nakon operacije, nego mora uključivati skrb i tijekom operacije. To je posebno važno za pacijenta koji će biti operiran u spinalnoj anesteziji, što od osoblja u operacijskoj dvorani zahtjeva svjesniji odnos s budnim pacijentom. Medicinske sestre na odjelu kao i sestre instrumentarke u operacijskoj dvorani se bave ljudskim potrebama koje zajedno s tehničkim pripremama određuju njihove intervencije. Plan zdravstvene njege se za svakog pacijenta izrađuje individualno, na osnovi sustavno i cjelovito utvrđenih potreba pri perioperativnoj skrbi. Ona uključuje prijeoperacijsku pripremu pacijenta, intraoperacijsko zbrinjavanje pacijenta i poslijeoperacijsku zdravstvenu njegu pacijenta (18).

11.1. Prijeoperacijska zdravstvena skrb bolesnice kod karcinoma dojke

Opća prijeoperacijska priprema bolesnice se sastoji od fizičke i psihičke pripreme, pripreme respiratornog trakta te poučavanja pacijentice vježbama razgibavanja ruku. Vježbe razgibavanja ruku uključuju penjanje rukama po zidu, okretanje užeta, povlačenje užeta te vježbe razgibavanja ruku s maramom. Penjanje rukama po zidu se izvodi tako što se dlanovi prislone na zid u ravnini ramena, povlačeći prste po zidu. Ruke se podižu prema gore dok nisu ispružene a zatim se povlače prema dolje na početnu točku (18). Okretanje užeta se izvodi tako da se jedan kraj užeta zaveže za stranicu kreveta ili za vrata. Drugi, slobodni kraj užeta pacijentica uzima u ruku na operiranoj strani, dok je suprotna ruka oslonjena na bok. Ruku koja drži užu potrebno je ispružiti i praviti široke krugove. Už se potom prebacuje preko držača za trapez kako bi pacijentica mogla uzeti oba kraja. Ruke najprije ispruža ispred tijela, a potom naizmjenice povlači jednu ruku prema gore dok vuče drugom rukom prema dolje (19). Za vježbe razgibavanja ruku s maramom pacijentica će uhvatiti maramu objema rukama, raširiti je oko 60 cm i ispruženim rukama će je podignuti iznad glave. Potom treba saviti laktove spuštajući maramu iza glave te se vratiti na početnu točku. Medicinska sestra ima odgovornost i zadaću pomoći pacijentici da prihvati trenutno stanje u kojem se nalazi te ju pozitivnim usmjerenjem i strpljivošću poticati na učenje. Kako bi medicinska sestra znala je li pacijentica usvojila vještine i znanja, nakon završetka procesa učenja mora ju provjeriti (18).

Prijeoperacijska psihološka priprema i edukacija za pacijenta imaju dva cilja, a to su skraćivanje trajanja bolničkog liječenja i smanjenje potrošnog materijala i lijekova. Vrsta i način provođenja edukacije pacijenta ovisi o dobi, obrazovanju, socijalno- ekonomskom okruženju i vrsti oboljenja (19).

11.1.1. Psihološka priprema za operaciju

Svrha psihološke pripreme je osigurati pacijentu najbolju moguću psihološku spremnost za kirurški zahvat. Pacijent mora imati potpuno pouzdanje u osoblje koje sudjeluje u njegovom liječenju. Psihološku pripremu započinje liječnik koji je postavio dijagnozu i potrebu za kirurškim liječenjem. On će pacijentu i njegovoj obitelji na razumljiv način objasniti važnost kirurškog zahvata, predvidivu duljinu boravka u bolnici kao i moguće ishode nadolazeće operacije. Unatoč temeljitoj pripremi, pacijentice na odjel dolaze s osjećajem straha i tjeskobe vezani uz kirurški zahvat, izgled, dijagnozu i prognozu bolesti. Često strahuju od anestezije jer se boje da se možda neće probuditi, boje se smrti, slabosti, boli i nemoći (17).

Medicinska sestra uključuje pacijenta u planiranje i provedbu zdravstvene njege. To pridonosi većem povjerenju, pacijent slobodnije postavlja pitanja i izražava svoju nesigurnost te strah. Jako je važna emocionalna potpora koju medicinska sestra prije i nakon kirurškog zahvata mora pružiti. Pacijentovo povjerenje će zadobiti ako na njemu razumljiv način objasni svrhu i važnost svakog postupka koji će bolesnik proći kroz operaciju. U razgovoru s pacijenticom sestra treba saznati što ga opušta te mu savjetovati da to čini u vremenu prije operacije. Pacijentice, ako žele, imaju i mogućnost posjete duhovnika. Nakon dobre psihološke pripreme pacijentica bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja i treba manje lijekova, a sam boravak u bolnici se skraćuje za jedan do dva dana (20).

11.1.2. Fizička priprema za operaciju

Prije samog operativnog zahvata, pacijentica mora obaviti niz pretraga koje će pokazati njegovo opće zdravstveno stanje i fizičku spremnost za operaciju i anesteziju. Opće pretrage koje pacijentica mora napraviti su:

- osnovne, rutinske laboratorijske pretrage
- sedimentacija eritrocita, kompletna krvna slika, glukozu u krvi, mokraću
- vrijeme krvarenja i vrijeme zgrušavanja, protrombinsko vrijeme
- krvna grupa i Rh-faktor
- EKG, snimku pluća i mišljenje kardiologa
- specijalne pretrage (17).

Specijalne pretrage su one pretrage koje pomažu kirurgu pri postavljanju dijagnoze, određivanju veličine i mjesta tumora, a time i samom načinu i vrsti operacije. To su mamografija, ultrazvuk dojke, biopsija i punkcija te magnetna rezonancija. Na osnovi anamneze, fizičkoga pregleda i laboratorijskih nalaza kirurg procjenjuje opće zdravstveno stanje bolesnika i odlučuje postoje li kontraindikacije za kirurški zahvat. Anesteziolog ocjenjuje prihvatljivu vrstu anestezije za operaciju pacijentice (16). Tijekom fizikalnog pregleda potrebno je zabilježiti sve relevantne podatke vezano uz nutritivni, respiratorni, kardiovaskularni i imunološki status te funkciju jetre i slezene kao i endokrinih žlijezda. Također treba zabilježiti i moguće promjene na koži i sluznicama te poremećaje u funkciji organa (19).

11.2. Neposredna prijeoperacijska priprema

Zdravstvena skrb pacijenta dan prije operacije je usmjerena na procjenjivanje njegova zdravstvenog stanja, kontrolu učinjenih pretraga, provođenje osobne higijene, a tijekom provođenja intervencija medicinska sestra pacijentici pruža psihološku potporu. Anesteziolog uspostavlja kontakt s pacijenticom te se upoznaje s njezinim zdravstvenim stanjem i propisuje sredstva za premedikaciju. Iznimno je važno razgovarati s pacijenticom prije spavanja kako bi ona mogla verbalizirati svoje strahove i nesigurnost te postaviti pitanja koja ju muče (17).

Na dan operacije zdravstvena skrb je usmjerena na pripremu pacijentice za operaciju što uključuje mjerenje vitalnih znakova, provjeru je li pacijentica natašte, upozoravanje da ništa ne uzima na usta i da ne puši te pripremanje operacijskog polja. Pacijenticu je potrebno smjestiti u opran, presvučen i dezinficiran krevet, odjenuti ju za operaciju te upozoriti kako treba skinuti sav nakit i protezu. Stavljaju se i elastični zavoji prema pravilima odjela ili odredbi liječnika. Pacijentica treba i isprazniti mokraćni mjehur i uzeti ordiniranu premedikaciju u prisustvu medicinske sestre (19).

Priprema operacijskog polja ima za cilj smanjenje bakterijske flore na koži u predjelu budućeg operativnog zahvata. Pacijentica kod kupanja može koristiti germicidni sapun, šampon ili gel. Prije same operacije se treba istuširati ili okupati u toploj vodi, koristeći sapun s Betadinom odnosno povidon jodidom. Većina pacijenata higijenu može samostalno obavljati, a kod onih koji to ne mogu zbog neke druge bolesti ili starosne dobi, potrebna je medicinska sestra. Što se tiče depiliranja ispod pazuha, većina pacijentica se samo depilira ili brije, stoga im je potrebno reći prije dolaska u bolnicu da se ne depiliraju večer prije operacije nego da će ako je to potrebno medicinska sestra učiniti ujutro na sam dan operacije. Nakon što se operativno polje očisti i obrije, ono se premaže dugodjelujućim dezinficijensom i zaštićuje sterilnom gazom (17).

Prije davanja lijekova za premedikaciju važno je utvrditi koje je lijekove pacijent koristio u posljednja dva mjeseca, kako ne bi došlo do njihove interakcije. Također je važno upozoriti kirurga i anesteziologa na preosjetljivost na druge lijekove. U svrhu premedikacije može se koristiti i više lijekova što ovisi o općem zdravstvenom stanju pacijenta, a učinci su im:

anksiolitički, amnestički i sedativni. Osobama koje su starije od 85 godina lijekovi se uopće ne daju. Od barbiturata se najčešće koristi pentobarbital (Nembutal) i secobarbital (Seconal Sodium) te benzodiazepini kao što su flurazepan, diazepam. Sniženje praga za bol, odnosno antanalgezija može biti popratna pojava premedikacije (19). Opijati kao što su morphij ili meperidin (Demerol) se mogu dati za suzbijanje određenih neželjenih nuspojava. Važno ih je pravilno dozirati jer mogu izazvati respiratornu depresiju i acidozu te aspiracijsku pneumoniju. Veća doza može izazvati mučninu i povraćanje, snižen krvni tlak, konstipaciju i abdominalnu dispneju. Atropin je antikolinergik koji se daje u svrhu smanjivanja sekrecije respiratornog trakta i održavanje normalne funkcije srca tijekom anestezije. Za premedikaciju se mogu koristiti i drugi lijekovi kao što su droperidol i fentanyl, ali se ne smiju davati u kombinaciji sa sedativima jer tada dovode do depresije respiratornog sustava (17). Lijek se daje 45 minuta prije početka operativnog zahvata te je bolesnika potrebno upozoriti da ne ustaje iz kreveta zbog moguće omamljenosti kao posljedica djelovanja primijenjene premedikacije. Medicinska sestra u dokumentaciju treba zabilježiti vrijeme davanja lijekova i njihov naziv. Prilikom predaje dokumentacije i pacijentice medicinskoj sestri iz operacijske sale, pacijenticu će predstaviti imenom i prezimenom te će dati informacije o terapiji koju je ona primio i o vrijednostima vitalnih znakova. Prije nego što se medicinska sestra vrati na odjel, mora ohrabriti pacijenticu i pozdraviti se s njom (19).

11.3. Intraoperativna zdravstvena skrb

Vrijeme prije uvođenja u anesteziju i same operacije je vrlo stresno za samu pacijenticu jer je u prisutnosti nepoznatih osoba dok je u potpunosti razotkrivena i prepuštena njihovim pogledima i postupcima na njezinom tijelu, a da pritom nema nikakvu kontrolu. Stoga svi članovi tima za operaciju, profesionalnim pristupom i empatijom, moraju pridonijeti da se pacijentica osjeća ugodno te svojim nastupom steknu njegovo povjerenje (18).

Intraoperativna zdravstvena njega odnosno skrb uključuje pripremu pacijenta, instrumenata i materijala za operaciju te aparata i instrumenata za anesteziju. Medicinska sestra mora postaviti pacijenticu u pravilan položaj na operacijskom stolu, pripremiti instrumente i lijekove za anesteziju te ju monitorirati. Psihološka podrška, kao što je prethodno navedeno, neminovna je prije operacije. Sastoji se od objašnjavanja psihičkog statusa pacijentice osoblju operacijske sale, promatranju njezina ponašanja i pružanju informacija o postupku do indukcije. Od ostalih postupaka, medicinska sestra treba osigurati aseptične uvjete rada u operacijskoj sali te odgovarajuće mikroklimatske uvjete (21).

Po samom završetku operacije, medicinska sestra pomaže u transportu pacijentice do sobe za buđenje. Svaki član tima za operaciju ima svoj djelokrug rada koji mora biti na profesionalnoj razini jer sam ishod operacije ovisi o svima njima zajedno.

11.4. Postoperativna zdravstvena njega

Svrha postoperativne zdravstvene njege je usmjerenost na prepoznavanje i otklanjanje te sprječavanje poteškoća i komplikacija, prilagodbu na promjene uslijed operacije i usvajanje poželjnog zdravstvenog ponašanja. Poslije operacije pacijenticu se dovodi u sobu za buđenje gdje medicinska sestra vrši monitoring i prati opće stanje svijesti. U dogovoru s pacijenticom medicinske sestre planiraju i provode intervencije u skladu sa sestrinskim dijagnozama. Pacijentica u sobi za buđenje ostaje do potpuna buđenja iz anestezije i stabilizacije vitalnih znakova te do vraćanja svijesti u potpunosti. Kod manjih zahvata pacijenti se poslije sobe za buđenje vraća na odjel, a kod većih zahvata u jedinicu intenzivnog liječenja (20).

Nakon operacije, pacijenta se stavlja u ležeći, a kasnije u povišeni položaj koji omogućuje bolju ventilaciju pluća i lakše iskašljavanje. Ruka na operiranoj strani mora biti u povišenom položaju za oko 30 stupnjeva jer to pomaže otjecanju tekućine. Na taj se način smanjuje pritisak i bol. Iznimno je važno praćenje vitalnih znakova i diureze da se na vrijeme mogu uočiti promjene kod bolesnika. Također, potrebno je kontrolirati zavoj zbog mogućeg krvarenja i poremećaja cirkulacije. Ako je zavoj prečvrst, mogu se pojaviti bol i pritisak (18).

Za smanjenje mogućnosti nastanka respiratornih komplikacija jako je važno duboko disanje i iskašljavanje koje je pacijentica naučila u prijeoperacijskoj pripremi za operaciju. Prehrana pacijenata poslije operacija mora biti kvalitetna i pravilna, bogata bjelančevinama i vitaminima kako bi pomogla jačanju snage organizma pacijenta. Prvi postoperativni dan, ovisno o općem stanju pacijentice, potrebno je poticati na prvo ustajanje zbog sprječavanja komplikacija dugotrajnog položaja (dekubitus, tromboflebitis, kontraktura, nesvjestica). Drugi dan poslije operacije pacijentica mora primjenjivati naučene vježbe razgibavanja ruke i ramenog zgloba u svrhu sprječavanja kontraktura i limfedema (20).

11.5. Postoperativne poteškoće i komplikacije

Komplikacije i poteškoće koje se javljaju poslije operacije su najčešće posljedica samog kirurškog zahvata na dojci i djelovanja anestetika. Većinu ih je moguće ublažiti pa čak i spriječiti kvalitetnom fizičkom i psihološkom pripremom u prijeoperacijskom razdoblju. Zdravstvena njega je usmjerena na prepoznavanje postoperativnih poteškoća i komplikacija te njihovo umanjivanje ili otklanjanje. Najčešće poslijeoperacijske poteškoće su: mučnina i povraćanje, drhtavica, bol te serom. Krvarenje i limfedem ruke su najčešće komplikacije nakon operacije dojki.

11.5.1. Mučnina i povraćanje

Mučnina i povraćanje su česte postoperativne poteškoće koje se pojavljuju u mnogih pacijenata nakon operativnog zahvata. Povraćanje uzrokuje gubitak tekućina i elektrolita, neugodan osjećaj u ustima te bol. Negativno utječe na pacijentovo opće stanje. Naprezanje trbušnih mišića predstavlja opasnost za operacijsku ranu. Kada dođe do povraćanja medicinska sestra treba reagirati i pacijenta okrenuti na bok ili glavu u stranu te mu pridržati posudu za povraćanje (bubrežastu zdjelicu). Nakon povraćanja pacijentu treba omogućiti ispiranje usta i davanje ordinirane terapije kao što su antiemetici i parenteralna nadoknada tekućina i elektrolita (17).

11.5.2. Drhtavica

Zbog pothlađivanja nastaje još jedna postoperativna poteškoća, a to je drhtavica. Pojavljuje se kada pacijent u operacijskoj dvorani leži dulje vrijeme bez odjeće. Također, drhtavica se može pojaviti i kao nuspojava anestetika. Pacijenta je potrebno utopiti pokrivačem. Neki pacijenti ponese vlastiti pokrivač u bolnicu jer sam miris i prisutnost nečeg osobnog na njih djeluje umirujuće (21).

11.5.3. Bol

Bol je subjektivan osjećaj pojedinca koji je gotovo uvijek prisutan poslije operacije. To je najčešća postoperativna poteškoća. Medicinska sestra ima zadatak prikupiti podatke o boli, lokalizaciji, karakteru i trajanju boli dok pacijent sam treba procijeniti jačinu boli koju osjeća na skali od 1 do 10. Neudoban položaj u krevetu, položaj ruke na strani operacijske rane, jako stegnuti flasteri ili prevelika osjetljivost na flastere, mogu biti uzrok boli. Ako je bol manjeg intenziteta mogu se primijeniti metode koje je pacijent sam izabrao, a koje mu pomažu. Međutim, ako pacijent tvrdi da mu kod uklanjanja bolova pomažu jedino analgetici, medicinska sestra treba uvažiti njegovu želju i tvrdnju te mu dati ordinirani lijek. 24 – satna analgezija ili kontinuirana analgezija je potrebna kod boli jakog intenziteta i boli koja traje duže vrijeme nakon operativnog zahvata, pogotovo kod pacijenata koji su odjednom imali i rekonstrukciju dojke (20). Bol prate autonomne zaštitne reakcije koje s vremenom slabe jer ih organizam ne može dugo održavati na visokoj razini. Zaštitne reakcije su: mišićna napetost, proširene zjenice, tahipneja, tahikardija i hipertenzija. Jaka bol može izazvati šok u pacijenta. Medicinska sestra nikada ne smije osuđivati pacijenta s niskim pragom boli i ne vjerovati mu da ga boli, jer bol je sve ono što pojedinac kaže da jest i postoji kada god on kaže da postoji (17).

11.5.4. Serom

Nakupljanje serozne tekućine ispod kožnih reznjeva nakon operacije dojke je serom. Većinom ga tijelo uspije apsorbirati, ali kada do toga ne dođe, potrebno ga je evakuirati u strogo aseptičkim uvjetima što će medicinska sestra i osigurati. Zbog velike učestalosti nakupljanje seroma se u posljednje vrijeme sve više smatra kao nuspojava nego postoperativna poteškoća. Pacijenti poslije operacije često navode osjećaj nelagode i zategnutosti na mjestu operacijske rane (21).

11.5.5. Krvarenje

Medicinska sestra ima zadaću na vrijeme uočiti rane znakove krvarenja, koje je vrlo ozbiljna postoperativna komplikacija. U poslijeoperacijskom periodu medicinska sestra mora obratiti pažnju na ranu dojke kao i na leđa pacijenta s one strane gdje je učinjena operacija, jer se krv može slijevati bočno niz leđa. Krvarenje može biti i sekundarno što znači da se ono može pojaviti i za nekoliko dana poslije operacijskog zahvata kao posljedica popuštanja ligature krvne žile, infekcijom ili erozijom krvne žile drenom. Dren se postavlja za vrijeme operacije s ciljem da se omogući izlaženje tekućeg sadržaja iz rane. Silikonski dren se postavlja kod segmentektomije, a redon dren kod mastektomije (21). Redon dren se sastoji od plastične cijevi s mnogo rupica na jednom dijelu cijevi, a drenaža se obavlja pomoću boce s negativnim tlakom te na takav način pridonosi odstranjivanju sekreta iz rane i sljepljivanju rubova rane. Medicinska sestra mora kontrolirati drenažni sadržaj, je li on krvav, sukrvav ili pak serozan. Jako je važna količina sadržaja i prohodnost drena. Normalno pražnjenje drena je 50 ml u sat vremena. Ovisno o količini sadržaja, dren se vadi drugi ili treći dan nakon operacije (17).

11.5.6. Limfedem ruke

Limfedem ruke je jedna od težih komplikacija koja nastaje nakon mastektomije dojke s disekcijom aksile. U vrijeme primjene radikalnih zahvata ta je komplikacija bila vrlo česta dok kasnijim pomakom kirurških zahvata na dojci sve više ka pošteđnim zahvatima, edem ruke je rijedža pojava. Limfedem koji nastaje nakon operacije obično se smanji za 2 do 3 mjeseca kada se uspostave novi limfni putevi. U predjelu prsnog koša, pazušne jame i ramena postoji velik broj limfnih žila koje odvođe limfu iz ruke i dojke. Trauma zbog kirurškog zahvata oštećuju te strukture, dovodeći do blokade u otjecanju limfe, što rezultira otokom ruke, zadebljanjem kože, osjećajem težine u ruci i ograničavanjem pokreta. Strahujući od bolova, većina pacijentica, mirujuć i štedeći rame i ruku operirane strane, postupa zapravo suprotno od potrebnog. Neaktivnost ramena i ruke operirane strane dovodi do deformiranja, ukočenosti i daljnjeg smanjenja funkcije. Kako bi se to izbjeglo, provođenje vježbi treba započeti vrlo rano nakon operacije i provoditi ga kroz duži period postepeno, povećavajući trajanje i intenzitet vježbi (21).

12. NAJUČESTALIJE SESTRINSKE DIJAGNOZE

Suvremenim razvojem medicinskih znanosti i tehnologije dolazi do važnih promjena u sestrinstvu. Sestra profesionalac ima sposobnost interpretacije znanja, kompetenciju, priznatu stručnu sposobnost kojom raspolaže, a koja je rezultat specifičnog usavršavanja, učenja i vježbanja. Ista uključuje znanje i vještine kroz komunikaciju, poučavanje, fizičko zbrinjavanje, kroz suradnju s timom i laicima, primjenu sestričkog procesa i menadžmenta u zdravstvu. Te promjene su se nadasve odrazile na osnovnu djelatnost medicinske sestre, a to je zdravstvena njega i primjena procesa u sestričkoj praksi. Proces zdravstvene njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju problema iz područja zdravstvene njege (21).

Prva faza procesa zdravstvene njege je utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom te je ona temelj za sve ostale faze. Procjena stanja počinje u trenutku prijema pacijenta u bolnicu, kontinuirano se provodi tijekom skrbi pacijenta i završava prilikom njegova otpusta. Prilikom svakog susreta s pacijentom, medicinska sestra prikuplja podatke i promatra njegovo stanje te na temelju toga samostalno prepoznaje i tretira sestričke dijagnoze. Ciljevi, intervencije i evaluacija za svakog pacijenta mogu biti različiti. Znanje i iskustvo pomažu medicinskoj sestri da stvori što bolji odnos s pacijentom kako bi prikupila više kvalitetnih podataka za prepoznavanje kvalitetne sestričke dijagnoze (22).

12.1. Anksioznost u/s operativnim zahvatom što se očituje verbalizacijom napetosti i straha

Anksioznost ili tjeskoba se može opisati kao nejasan osjećaj straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, najčešće uzrokovan gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pacijent ne može suočiti.

Cilj: Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznošću.

Sestrinske intervencije:

- uspostaviti odnos pun povjerenja
- stvoriti osjećaj sigurnosti
- stvoriti profesionalni empatijski odnos
- poučiti pacijenticu o postupcima koji će se provoditi
- omogućiti pacijentici da sudjeluje u odlukama
- izbjegavati površno davanje potpore i žaljenje
- potaknuti pacijenticu da potraži pomoć bližnjih ili od osoblja kada osjeti anksioznost
- poučiti pacijenticu kako provoditi postupke koji dovode do smanjenja anksioznosti: vježbe dubokog disanja, okupacijska terapija, humor, masaža i vizualizacija ugodnih trenutaka (23).

12.2. Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom na dojci

Visok rizik za infekciju je stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije patogenim mikroorganizmima.

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma i znakova infekcije: operacijska rana će biti čista, bez crvenila i sekrecije.

Sestrinske intervencije:

- mjeriti vitalne znakove
- pratiti promjene laboratorijskih nalaza
- održavati pravilnu higijenu ruku prema protokolu
- njega drenažnih katetera prema protokolu
- održavati optimalne mikroklimatske uvjete
- educirati pacijenticu o čimbenicima rizika za nastanak infekcije (23).

12.3. Visok rizik za smanjenu pokretljivost ruke u/s pojavom limfedema

Nakon operativnog tretmana karcinoma dojke koji uljučuje odstranjenje limfnih žlijezda iz pazušne jame moguće je javljanje limfedema odnosno otoka ruke. Limfedem ruke različitog stupnja često se manifestira odmah nakon terapije karcinoma dojke.

Cilj: Pacijentica neće imati komplikacije smanjene pokretljivosti ruke.

Sestrinske intervencije:

- poticati na što ranije ustajanje iz kreveta
- provoditi vježbe ruku koje je pacijentica usvojila prije operacije
- osigurati potrebna pomagala za izvođenje vježbi ruku
- provoditi vježbe dubokog disanja
- osigurati odgovarajuće mikroklimatske uvjete (24).

12.4. Bol u/s operativnim zahvatom što se očituje procjenom boli s 9 na skali za bol od 1 do 10.

Bol je subjektivan doživljaj pacijenata. To je jedan od zaštitnih mehanizama organizma koji se javlja kada se u organizmu ošteti tkivo. Bol je neugodan osjećaj kojeg je teško opisati.

Cilj: Pacijentica će izvijestiti o manjem intenzitetu boli, navesti će da bol ne prelazi 5 na ljestvici boli od 1 do 10.

Sestrinske intervencije:

- stvoriti osjećaj povjerenja
- procijeniti neverbalne pokazatelje boli
- procijeniti neverbalne pokazatelje boli kao što je izraz lica, napetost, tahipneja, tahikardija i hipertenzija
- procijeniti potrebu za farmakološkim postupcima ublažavanja boli kao što su analgetici prema odredbi liječnika.
- smjestiti pacijenticu u položaj u kojem osjeća manju bol
- osigurati udobnost pacijentici
- poučiti pacijenticu o primjeni nefarmakoloških postupaka ublažavanja boli kao što su masaža, vizualizacija i relaksacija
- poticati pacijenticu da pravodobno verbalizira bol (25).

12.5. Poremećaj tjelesnog imidža u/s radikalnom mastektomijom što se očituje nedostatkom samopoštovanja

Nisko samopoštovanje je često prisutno u žena kod kojih je rađena radikalna mastektomija odnosno kompletno odstranjivanje dojke.

Cilj: Pacijentica će imati pozitivan stav o sebi.

Sestrinske intervencije:

- uspostaviti odnos povjerenja s pacijenticom i njezinom obitelji
- pomoći pacijentici da ponovno stekne samopoštovanje
- poticati razgovor pacijentice o novonastalom stanju
- biti uz pacijenticu u trenucima emocionalne krize i pružiti potporu
- pacijenticu smjestiti u sobu s drugim pacijentima koji su već operirani i kod kojih je operacija bila uspješna ako je to moguće (24).

12.6. Mogućnost komplikacija: krvarenje

Krvarenje je česta komplikacija koja se javlja u postoperacijskom periodu.

Cilj: Medicinska sestra će na vrijeme prepoznati znakove krvarenja.

Sestrinske intervencije:

- mjeriti vitalne znakove
- kontrolirati izgled operativne rane na dojci
- kontrolirati šavove na operativnoj rani
- promatrati dren i njegov sadržaj (22).

13. ZDRAVSTVENI ODGOJ

Karcinom dojke je moguće izliječiti ako se otkrije na vrijeme. Medicinska sestra ima veliku ulogu u zdravstvenom prosvjećivanju žena na vršenje samopregleda, mamografije i liječničkih pregleda. Cilj zdravstvenog odgoja žena je da redovito provodi samopregled dojke, a to je jednom mjesečno. Od 20. do 40. godine života je potrebno obavljati liječnički pregled svake 3. godine, a poslije 40. godine, jednom godišnje. Prvu mamografiju treba obaviti između 40. i 45. godine života. Nakon navršenih 50 godina preporučuje se liječnički pregled i mamografija jednom mjesečno (18). Također, već operirane žene zbog karcinoma jedne dojke moraju ići na preglede jednom godišnje kao i one žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu na karcinom dojke. Samopregled dojke se vrši neposredno nakon menstruacije jer su dojke tada mekane i nisu osjetljive. Uloga medicinske sestre je naučiti bolesnika kako izvesti samopregled i na što treba obratiti pozornost. Ako pacijentica primijeti promjene na bradavicama, udubljenja, smežuranosti, ispupčenije vene na dojci ili iscjedak iz dojke, mora se obratiti liječniku (20).

14. ZAKLJUČAK

Karcinom dojke je najčešća i vodeća zloćudna bolest žena u razvijenim zemljama svijeta. Manifestira se pojavom nove tvorbe u području dojke, a tumorske stanice putem krvi ili limfe mogu dospjeti do ostalih udaljenih dijelova tijela. U Hrvatskoj je stopa incidencije vrlo visoka što je zabrinjavajuće. To je postao velik javnozdravstveni problem, stoga se ulažu se veliki naponi u ranom otkrivanju te bolesti i njenom pravodobnom liječenju. Poznato je da se na nastanak karcinoma dojke ne može utjecati, ali se može utjecati na smanjivanje ili uklanjanje nekih rizičnih čimbenika koji pogoduju nastanku te bolesti. Medicinska sestra je neizostavni član multidisciplinarnog tima te ima važnu ulogu u prevenciji karcinoma dojke na svim razinama zdravstvene zaštite. Suočavanje sa zloćudnom bolešću nikada nije laka i nikoga ne ostavlja ravnodušnim. Stoga je pacijentu i cijeloj njegovoj obitelji potrebna velika psihološka potpora, koja je neizostavna u cjelokupnom procesu liječenja. Medicinska sestra kao dio kirurškog tima sudjeluje u zbrinjavanju pacijenta oboljelih od karcinoma dojke djelokrugom svog rada, što je zdravstvena njega. Primjenjujući svoje znanje, iskustvo i stečene vještine pridonosi uspjehu u daljnjem tijeku liječenja i kvaliteti života pacijenta nakon završetka liječenja. Edukacija i zdravstveni odgoj pacijenta je također jako bitna sastavnica u procesu liječenja jer poučavanjem pacijenta o samopregledu dojke i simptomima bolesti te prevenciji motiviramo ga za brigu o vlastitom zdravlju.

Medicinska sestra ima ulogu i u perioperativnoj skrbi pacijenta. Svrha priprave pacijenta za operaciju je osigurati najbolju moguću spremnost za kirurški zahvat. To podrazumijeva fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu pripremu pacijenta. To je svrha svih članova zdravstvenog tima. Svaki pacijent ima individualne potrebe i tako mu treba pristupiti.

15. LITERATURA

1. Gugić D, Krajina Z, Kusić Z i suradnici. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
2. Parač M, Plantak M. Zdravstvena njega kod kirurških zahvata na dojci. Snaga sestrištva. 2019; 6:9-19.
3. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Rak dojke. 2014. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/bolesti-dojke/rak-dojke> (18.8.2019.)
4. Uroš A. Rak dojke i suvremeni načini rekonstrukcije. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
5. Andreis I, Jalšovec D. Anatomija i fiziologija. Zagreb: Školska knjiga; 2009.
6. Juzbašić S, Šamija M, Šeparović i suradnici. Tumori dojke. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
7. Orešković L, Šantek F. Karcinom dojke: multidisciplinarno liječenje. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
8. Biočina B, Rotim K, Vrdoljak D. Kirurgija. Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu; 2013.
9. Džepina I, Fajdić J. Kirurgija dojke. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. 2018. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/nacionalni-program-ranog-otkrivanja-raka-dojke/> (18.8. 2019.)
11. Gugić D, Juretić A, Kusić Z i suradnici. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
12. Krajina Z, Šamija M, Vrdoljak E. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
13. Kraljević N. Rehabilitation medicine and palliative care of breast cancer patients. Libri Oncol. 2014; 42: 65-69. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=293108 (18.8.2019.)
14. Puljić N. Psihosocijalna rehabilitacija bolesnika nakon operacije raka dojke (završni rad). Split: Sveučilište u Splitu; 2014.

15. Braš M, Milutinović M, Đorđević V. Art Therapy as Supportive-Expressive Therapy in Breast Cancer Treatment (professional paper). Zagreb: University Department of Psychological Medicine; 2017.
16. Svensk AC, Öster I, Thyme KE. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *Eur J Cancer Care* 2009; 18: 69-77.
17. Prlić N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika – opća. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
18. Kovačević I, Vujanić E. Perioperativna zdravstvena njega bolesnica kod operacije dojke. *SHOCK* (online edition). 2016; 3: 35-48. Dostupno na: <http://www.shock-onlineedition.hr/magazines/28/237c2983f0705bbbb493444317f51b55.pdf> (18.8.2019.)
19. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika. Zagreb; 2003.
20. Muk B, Prlić N, Rogina V. Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
21. Prstec A. Perioperacijska skrb bolesnica oboljelih od raka dojke (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
22. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta; 1995.
23. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb: [Online]. 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (18.8.2019)
24. Novak M. Sveobuhvatnost sestrinske skrbi nakon mastektomije (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
25. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb; 2013.

16. OZNAKE I KRATICE

BRCA 1 i 2 – Breast Cancer Gen 1 i 2

DCIS – Ductal Carcinoma In Situ

HER 2 – Human Epidermal factor Receptor 2

NST – No Special Type

LCIS – Lobular Carcinoma In Situ

17. SAŽETAK

Karcinom dojke je najčešći i vodeći karcinom u žena u razvijenim zemljama svijeta. U prosjeku jedna od osam žena kroz svoj život dobije karcinom dojke. Faktori rizika koji dovode do karcinoma dojke su vezani uz genetsku predispoziciju i suvremeni način života. Većinu karcinoma dojke pacijentice otkrivaju same ili se otkrivaju tijekom rutinskog pregleda. Najčešće se uočava kao tvrda, bezbolna kvrga u dojci koja uvlači kožu dojke ili bradavice. Kod karcinoma dojke, kao i kod svakog drugog oboljenja, jako je bitno na vrijeme prepoznati bolest te uočavati simptome i znakove koji se mogu pojaviti. Prilikom samopregleda, žena može uočiti neke promijene stoga je bitno da se u tom slučaju obrati liječniku koji može potvrditi dijagnozu mamografijom, ultrazvukom, magnetskom rezonancijom, punkcijom ili biopsijom. Liječenje karcinoma dojke ovisi o stadiju bolesti i tipu tumora. Plan zdravstvene njege se za svakog pacijenta izrađuje individualno, na osnovi sustavno i cjelovito utvrđenih potreba pri perioperativnoj skrbi koja uključuje prijeoperacijsku pripremu pacijenta, intraoperacijsko zbrinjavanje i poslijeoperacijsku zdravstvenu njegu pacijenta. Karcinom dojke je moguće izlječiti ako se otkrije na vrijeme. Medicinska sestra ima veliku ulogu u zdravstvenom prosvjećivanju žena na vršenje samopregleda, mamografije i liječničkih pregleda. Proces zdravstvene njege je neizostavan dio posla medicinske sestre. Znanje i iskustvo pomažu medicinskoj sestri da stvori što bolji odnos s pacijentom kako bi prikupila više kvalitetnih podataka za prepoznavanje kvalitetne sestrinske dijagnoze.

Ključne riječi: dojka, karcinom, pacijent, medicinska sestra, perioperativna skrb

18. SUMMARY

Breast cancer is the most common and leading cancer in women in developed countries of the world. On average, one in eight women will develop invasive breast cancer through their lifetime. The risk factors that lead to breast cancer are linked to genetic predisposition and modern lifestyles. Most breast cancers are detected by the patient alone or are detected during a routine examination or mammogram, in the form of a lump. It is most commonly seen as a hard, painless lump in the breast that retracts the skin of the breast or nipples. In breast cancer, as with any other disease, it is very important to recognize the disease in time and to notice the symptoms and signs that may occur. During a self - examination, a woman may notice some changes, so it is important that she consult a doctor who can confirm the diagnosis by mammogram, ultrasound, magnetic resonance, puncture or biopsy. Breast cancer treatment depends on the stage of the disease and the type of tumor. The health care plan is developed for each patient individually, based on systematically and comprehensively identified needs for preoperative care, which includes preoperative patient preparation, intra operative patient care and postoperative patient health care. Breast cancer can be cured if detected on time. The nurse plays a major role in women's health education for self-examinations, mammograms and medical examinations. The nursing process is an indispensable part of the nurse's job. Knowledge and experience help the nurse create a better relationship with the patient in order to collect more quality data to identify a quality nursing diagnosis.

Keywords: breast, cancer, patient, nurse, preoperative care

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>19.8.2019.</u>	MARIJANA GRGANTOV	<i>M. Grgantov</i>

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARIJANA ORGANTOV

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 19.8.2019.

M. Organtov
potpis studenta/ice

