

Zdravstvena njega u terminalnoj fazi bolesti karcinoma dojke

Kojić, Ema

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:494802>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU

**ZDRAVSTVENA NJEGA U TERMINALNOJ FAZI
BOLESTI KOD KARCINOMA DOJKE**

Završni rad br. 34/SES/2017

Ema Kojić

Bjelovar, siječanj 2018.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Kojić Ema**

Datum: 12.05.2017.

Matični broj:001244

JMBAG: 0314012087

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

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega u terminalnoj fazi bolesti karcinoma dojke**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 34/SES/2017

Karcinom dojke je najčešća zloćudna bolest u žena i predstavlja drugi razlog smrtnosti po učestalosti. Terminalni stadij bolesti je faza bolesti u kojem se bolest više ne može izliječiti niti adekvatno tretirati te se očekuje da će rezultirati smrću u kratkom vremenskom periodu.

O ovome će radu studentica na odabranom slučaju prikazati usmjerenost zdravstvene njege upravo na ovu fazu bolesti i prikazati koliko je skrb i briga za ove pacijente neophodna. Na temelju adekvatno prikazanog primjera iz prakse pojasniti će načine djelotvornog upravljanja boli i simptomima, komunikaciju s oboljelim i obitelji i dati odgovore na pitanja kako poboljšati kvalitetu života ovih pacijenata.

Zadatak uručen: 12.05.2017.

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



ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na velikom trudu i prenesenom znanju. Posebno se zahvaljujem mentorici dipl.med.techn. Kseniji Eljugi na stručnoj pomoći tijekom izrade rada.

Sadržaj

Table of Contents

1.	UVOD	1
1.1.	Anatomija dojke.....	2
1.2.	Rak Dojke	3
1.2.1.	Etiologija.....	3
1.2.2.	Epidemiologija	4
1.2.3.	Predisponirajući faktori	5
1.2.4.	Rizični čimbenici.....	5
1.2.5.	Način rasta i širenja raka dojke	6
1.2.6.	Patologija tumora dojke.....	7
1.2.7.	Dijagnosticiranje raka dojke.....	8
1.2.8.	Liječenje raka dojke	10
1.2.8.1.	Kirurško liječenje	10
1.2.8.2.	Kemoterapija	12
1.2.8.3.	Hormonsko liječenje raka dojke	13
1.3.	Palijativna skrb	14
1.3.1.	Zdravstvena njega umirućeg bolesnika	14
1.3.2.	Palijativna skrb o obitelji.....	15
1.3.3.	Palijativna skrb u obitelji.....	16
2.	CILJ RADA.....	17
3.	PRIKAZ SLUČAJA	18
3.1.	Anamneza	18
3.2.	Razlog dolaska u bolnicu	18
3.3.	Dijagnostika.....	18
3.4.	Liječenje	19
3.4.1.	Prijeoperacijska priprema bolesnice.....	19
3.4.2.	Sestrinske dijagnoze u prijeoperacijskom periodu	21
3.4.3.	Intraoperacijska priprema bolesnice.....	22
3.4.4.	Poslijeoperacijska zdravstvena njega	23
3.4.5.	Sestrinske dijagnoze u poslijeoperacijskom periodu	23
3.5.	Rehabilitacija	25
3.6.	Zdravstvena njega	26
4.	RASPRAVA.....	28
5.	ZAKLJUČAK.....	30
6.	LITERATURA	31
7.	OZNAKE I KRATICE	33
8.	SAŽETAK.....	34
9.	SUMMARY	35

1. UVOD

Rak dojke je najučestalija zloćudna bolest u žena (1). U Republici Hrvatskoj svake godine oboli oko 2500 žena, a 1000 ih umire (2). Među članovima obitelji kod kojih je obiteljska anamneza pozitivna, karcinom dojke ima veću učestalost. Etiologija nastanka karcinoma dojke je nejasna i smatra se da je multifaktorna te uključuje način prehrane, reproduktivne čimbenike i hormonski disbalans. Može nastati u svakoj životnoj dobi, najmanja učestalost je u populaciji koja je mlađa od 25 godina starosti, a najveća u populaciji žena u menopauzi. U gornjem lateralnom kvadrantu nastaje oko 50% tumora dojke, 10% u svakom od ostalih kvadranta te oko 20% u središnjem ili oko bradavice. Lokalizacija nastanka tumora uvjetuje način širenja u regionalne limfne čvorove. Bolest je nužno otkriti što prije jer se više od 90% bolesnica s rakom dojke može izliječiti ako se dijagnoza same bolesti postavi u početnom stadiju i ispravno liječi, u tom slučaju petogodišnje preživljavanje iznosi 97% (2). Rano otkrivanje tumora u dojci osnovni je preduvjet za poboljšanje rezultata liječenja raka dojke, te je potrebno provoditi trajno zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva. Kod žena, rak dojke ostavlja posljedice na njihovo ponašanje i duhovno zdravlje te uzrokuje pad samopouzdanja i dolazi do osjećaja manje vrijednosti. Najvažniji problem je suočavanje s dijagnozom. Bolesnica prolazi kroz sve faze u prihvaćanju bolesti i tek tada postaje spremna uporabiti sve poznate metode za poboljšanje stupnja kvalitete života. U edukaciju oboljelih osoba potrebno je uključiti sve članove zdravstvenog tima specijaliziranoga za liječenje bolesnica s malignim bolestima dojke. Medicinska sestra ima vrlo važnu ulogu kao član zdravstvenog tima jer provodi intervencije u prije operacijskom i poslije operacijskom periodu koje su usmjerene na psihičku i fizičku pripremu bolesnica za kirurški zahvat. Važna je dobra interakcija medicinske sestre i bolesnice jer se osigurava uzajamno povjerenje i bolesnica neće izgubiti samopouzdanje što omogućuje bolji tijek poslije operacijskog oporavka. Poticanjem bolesnice na aktivno sudjelovanje u provođenju zdravstvene njege, medicinska sestra usmjerava proces zdravstvene njege te prevenira nastanak i rješava postojeće probleme uporabom holističkog pristupa (2). Kada je bolesnik u terminalnoj fazi bolesti, specifično liječenje više ne donosi rezultata i treba ga prekinuti i nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Bolesnici teško prihvaćaju da lijeka za njihovu bolest više nema. Rak dojke se, osim kod žen, pojavljuje i kod muškaraca. Razmjerno je rijetka bolest u muškaraca i incidencija iznosi 1 na 100 000 populacije, te oko 1% svih karcinoma dojke i oko 1,5% svih malignih tumora u muškaraca. U Hrvatskoj godišnje oboli oko 25 muškaraca (3).

1.1. Anatomija dojke

Dojka je žlijezdani organ smješten na prednjoj strani prsnog koša, uključen u masno tkivo što ga sa svih strana okružuje. Većinom se nalazi između drugog i šestog rebra, te od prsne kosti do prednje pazušne linije i njena veličina je nestalna. Pazušni nastavak žlijezde proteže se u vanjskom gornjem kvadrantu i možemo ga napipati duž vanjskog ruba velikog prsnog mišića (4). Korijen dojke (*radix mammae*) se nalazi u području ispod drugog rebra i nastavlja se u trup (*corpus mammae*) (3). Vezivno tkivo dojke formira čvrste interlobarne pretince, koji prelaze u vezivne tračke (*retinacula cutis*) i s pomoću njih povezuje dojku s fascijom velikog grudnog mišića. U vezivu dojke se nalaze masne stanice, čija količina individualno varira (5).

Corpus mammae ili tijelo dojke, glavni je dio dojke i sastoji se od 15 do 20 žljezdanih režnjeva. Ti režnjevi smješteni su u potkožnom tkivu. Režnjevi su međusobno odvojeni gustim vezivnim te masnim tkivom (3).

Areola bradavice (*areola mammae*) nalazi se u središtu dojke i u odrasle žene oblikovana je poput svoda. To je kružno tamno pigmentirano područje kože, promjera 1,5 do 2,5 cm. Zbog 10 do 15 lojnih žlijezda (*glandulae areolares*) što se nalaze u tankom potkožnom sloju tkiva, površina areole je neravna. Bradavice podmazuje masna izlučevina tih žlijezda, a snopići glatkih mišićnih vlakana ukrute bradavicu u vrijeme dojenja (4).

Bradavica ili papila dojke izdignuta je nekoliko milimetara iznad dojke i sadržava 15 do 20 mliječnih vodova (*ductus lactiferi*) okruženih vezivno-mišićnim tkivom i pokrivenih nabranom kožom. Unutar tog dijela bradavice i ispred njezine osnovice ti se vodovi šire i oblikuju male mliječne vrećice (*sinus lactiferi*) u kojima se može nakupljati mlijeko. Mliječni vodovi, čiji su nastavci mliječne vrećice, šire se radijalno od bradavice prema stijenci prsnog koša. Brojni sekundarni tubuli odvajaju se od mliječnih vodova i završavaju u nakupinama epitela oblikujući acinozne režnjiće mliječne žlijezde (*lobuli glandulae mammariae*). Broj mliječnih vodova i veličina režnjića znatno se razlikuju u pojedinim osoba i u različitoj životnoj dobi. Za vrijeme trudnoće mliječni vodovi i žlijezdani acinusi su najbrojniji te dosežu svoj puni fiziološki razvoj samo tijekom trudnoće i dojenja. Te žlijezdane tvorbe zajedno tvore parenhim žlijezde (4). Vezivno tkivo bradavice sadrži veliki broj krvnih i limfnih žila i glatkih mišićnih stanica koje su smještene kružno i uzdužno oko odvodnih kanala, a radijarno i transverzalno na bazi bradavice (5).

Vezivno i masno tkivo tvore stromu žlijezde. Dojku oblaže fascija koja dijeli žlijezdu u režnjeve i šalje vlakna u kožu nad njom (4).

Obilnu opskrbu krvlju dojci dovode grane silaznog dijela grudne aorte (aorta thoracica), stražnje međurebrene arterije (aa. intercostales posteriores), te grana podključne arterije (a. subclavia), unutrašnja arterija prsnog koša (a. thoracica interna) i grana pazušne arterije (a. axillaris), lateralna arterija prsnog koša (a. thoracica lateralis) i njezini ogranci (rami mammarii laterales) (4). Vene oblikuju prstenasti splet u području areole. Opskrba krvlju povećana je za vrijeme dojenja. Limfne žile dojke vrlo su razvijene i imaju veliko značenje kao putovi za prenošenje tumora, naročito karcinoma (5).

Mreža limfnih žila dojke je obilata i razdijeljena je u dvije ravnine, u površinski, potkožni ili subareoralni i duboki ili fascijalni splet (4). Najveći dio površnih limfnih žila ulijeva se u limfne čvorove pazuha (nodi lymphatici axillares) (3). Živci većinom prate krvne žile, ali ima i samostalnih ogranaka. Smatra se da su sekretorna i vazomotorna mreža živaca u dojci anatomski samostalne, a igraju značajnu ulogu kod laktacije. Broj živčanih vlakana u dojci povećava se za vrijeme dojenja (5).

1.2. Rak Dojke

Rak dojke najčešća je zloćudna bolest u žena. U Hrvatskoj godišnje od raka dojke oboli oko 2.500 žena i oko 25 muškaraca. Liječenje ovisi o stadiju bolesti i vrsti karcinoma. Može se liječiti kirurškim zahvatom, zračenjem i sistemskom terapijom u slučaju rane dijagnoze. Asimptomatska kvržica se javlja kod većine oboljelih od raka dojke, koja se obično otkrije slučajno, pri rutinskom pregledu ili probirnoj mamografiji. Najčešće se spominje kvržica na dojci, a kod velikog broja žena dolazi i do drugih promjena kao što su iscjedak iz bradavice, uvlačenje bradavica, pojava „narančine kože“ na dojci, udubljenja, otekline, crvenilo i zadebljana koža. Karcinomi dojke dijele se na neinvazivne karcinome (karcinom in situ) i invazivne karcinome dojke (6).

1.2.1. Etiologija

Uzroci nastanka raka dojke su nepoznati, kao i u većine drugih oblika raka. Hormonalni poremećaji, uz druge činioce, utječu na nastanak raka dojke. Hormonska stimulacija i oslabljena rezistencija tkiva su potrebni činioci za nastanak raka dojke. Intenzivnom primjenom estrogena u pokusu, uspjelo je izazvati rak dojke. Snažni estrogeni hormoni proizvedeni su u posljednjih tridesetak godina i njihova primjena je učestala u liječenju

različitih poremećaja, pa tako i u menopauzi. No, porast učestalosti raka dojke u vezi s njihovom primjenom nije se mogao zapaziti. Nerotkinje imaju 4 puta veću učestalost raka dojke od žena koje su rađale djecu (3). Mnogi ističu kako dojenje stvara zaštitu, ali ta činjenica nije dokazana. Ranim porođajem smanjuje se opasnost od nastanka raka dojke. Također je zapaženo da žene koje su kastrirane prije 35. godine života izrazito rijetko obolijevaju od raka dojke. Bolesnice kao rizik nastanka bolesti navode i traumu, ali ona se nikada nije mogla dovesti u vezu s nastankom raka dojke (4). Mutacije BRCA1 i BRCA2 kromosoma odgovorne su za 85% nasljednih karcinoma dojke (6). BRCA1 i BRCA2 su dovedeni u izravnu vezu s nastankom nekih od obiteljskih tumora dojke. Žene s mutacijom jednog ili oba gena imaju znatno veću vjerojatnost da će oboljeti od raka dojke (90% za razliku od normalne populacije u koje je vjerojatnost nastanka raka dojke samo 10%) (3).

1.2.2. Epidemiologija

Rak dojke, s obzirom na svoju učestalost, dijagnostiku, terapiju i brojne komplikacije koje izaziva, od posebnog je interesa za veliki dio zdravstvenih radnika (4). Najčešća je maligna bolest u žena, dok je u muškaraca rijetkost. Učestalost mu raste u dobi oko 50 godina, dok je prije 30-e godine rijetkost, i doseže svoj maksimum. Stoga, povećanjem životne dobi, rizik raka raste (7). Godišnje u Hrvatskoj oboli više od 2500 žena, što nas svrstava među zemlje s visokom incidencijom. Učestalost raka dojke u Japanu i općenito u Aziji znatno je niža za razliku od visoke stope pobola u zapadnom svijetu (3). U Hrvatskoj novodijagnosticiranih s rakom 2003. godine bilo je 11390 osoba starijih od 65 godina, što je 57% od ukupno oboljelih. Najčešći rak u starijih od 65 godina je rak dojke za žene (8). Od 2006. godine, u Hrvatskoj se provodi Program probira za rano otkrivanje raka dojke (9).

U odnosu na porast broja bolesnika, stopa smrtnosti zaostaje što znači da se rana dijagnostika poboljšala. Liječnici ukazuju i na mogućnost povećanja broja benignih, odnosno manje malignih oblika raka dojke. Poboljšanje preživljenja bolesnica s rakom dojke može se barem djelomično objasniti otkrivanjem većeg broja manjih tumora s povoljnijim histološkim značajkama. U prvom koljenu rođakinje bolesnica (sestre, kćerke bolesnica) imaju veći rizik obolijevanja od raka dojke nego ostala populacija. Razmjerno je teško dokazati moguće čimbenike koji utječu na povećanje rizika jer su dotične rođakinje dijelom izložene i istim utjecajima okoline. Novija istraživanja ističu pozitivnu obiteljsku anamnezu kao glavni rizični čimbenik u žena s više bolesnica u obitelji, uz doživotni rizik i do 50% (7).

1.2.3. Predisponirajući faktori

Velika uloga u nastanku raka dojke pripisivala se mastopatijama. Gramer je smatrao da čak 80% mastopatija prelazi u karcinom, a Bruskin i Woren navode da 1,8 do 2% raznih mastopatija prelazi u rak (4).

Uz visok titar estrogena u menopauzi, brojni oblici mastopatija s velikim brojem cista mogu prijeći u rak. U karcinom mogu prijeći benigni tumori, kao što su fibroadenomi, ali se ne mogu smatrati prekancerozama. Veća je opasnost od maligne alteracije intraduktalnih papiloma. Oni se obično očituju krvarenjem i kirurški ih je potrebno ukloniti. Primjena androgena u svrhu liječenja je kontraindicirana jer povećava rizik od maligne alteracije mastopatije (4).

1.2.4. Rizični čimbenici

Čimbenik rizika koji je najvažniji za nastanak raka dojke je spol (9). Žene koje su imale prvu menstruaciju prije 12. godine, koje su rodile ili su rađale nakon 30. godine, one koje su ušle u menopauzu nakon 55.godine, pretilost i genetska predispozicija glavni su predispozicijski faktori za razvoj raka dojke (11).

Rani nastanak menarhe, kasni nastanak menopauze i kasni prvi porođaj i niliparitet povezuju se s povećanim rizikom obolijevanja od raka dojke. S arteficialnom menopauzom, rizik se smanjuje, posebice prije 40. godine. Dob pri prvom porođaju najkarakterističnija je jer rizik raste progresivno s dobi. Dob menarhe je vezana i za prehrambeni status. Zato bi studije koje proučavaju utjecaj prehrane na pojavu raka dojke to trebale uzimati u obzir. Prehrana, najčešće ona koja sadrži životinjske masti i meso, predstavlja rizik. Istraživanjem migranata i pojedinih vjerskih podskupina, kao što su časne sestre, adventisti i slično došlo se do zaključka da prehrana u djetinjstvu i mladalaštvu može utjecati na razvoj raka dojke. U izrazito pretilih žena rizik za razvoj raka dojke 1,5-2 puta je veći u usporedbi s mršavima. Pretilost je isto tako povezana i s lošijom prognozom bolesnica s rakom dojke (7).

U žena u kojih je učinjena biopsija zbog benigne bolesti dojke, rizik od obolijevanja od raka dojke veći je 2-3 puta. Rizik je povećan i do 4 puta samo za skupinu žena u kojih je biopsija pokazala atipičnu hiperplaziju (7).

Valja napomenuti kako rizik raste u kombinaciji pojedinih rizičnih čimbenika.

Žene su u djetinjstvu znatno osjetljivije na zračenje nego u adolescentnoj ili mlađoj odrasloj dobi. Važna je doza zračenja i rizik s primljenom dozom zračenja. To je od posebnog značenja s obzirom na mamografiju. Nakon 40-e godine, primjena suvremenih mamografskih uređaja smanjuje rizik od jednogodišnje mamografije na minimum (7).

Oralni kontraceptivi ne povećavaju općenito rizik nastanka raka dojke. Rizik može biti povećan u pojedinim podskupinama, primjerice u žena koje nastavljaju uzimati kontraceptive u dobi oko menopauze i u žena koje uzimaju oralne kontraceptive kako bi odgodile prvu trudnoću i uzimale su prolongirane oralne kontraceptive prije 25-e godine (7).

Nekontraceptivni estrogene se primjenjuju u vrijeme menopauze i mogu povećati rizik u žena u dobi od 45-54 godine, ali samo nakon dugotrajnog uzimanja (10 godina) i nakon 15-ak i više godina od početka uzimanja. Nekontraceptivni estrogene primjenjivani u menopauzi mogu povećati rizik raka dojke za oko 50% nakon 10 do 15 godina. Međutim, njihovo uzimanje usporedno smanjuje rizik osteoporoze (7).

1.2.5. Način rasta i širenja raka dojke

Kada normalne žljezdane stanice dojke promijene svojstva i počnu nekontrolirano rasti, umnožavati se i uništavati zdravo okolno tkivo, govorimo o nastajanju raka dojke (11).

Svi infiltrativni oblici raka dojke imaju zajedničke odlike, bez obzira na patohistološki tip. Pojavljuju se kao fokalne lezije koje nastaju unutar žljezdanih kanala i šire se progresivno u okolne strukture u svim smjerovima. Tijekom vremena infiltriraju kožu ili mišićnu fasciju, ovisno o mjestu početne lezije. Postupno zahvaćaju sve što im se nalazi na putu i daljnjim rastom prodiru u stijenku prsnog koša. Da bi konačno došlo do egzulceracije tumora, prožimlju kožu. Tumor se u većine bolesnica širi limfnim žilama u regionalne limfne čvorove prije nego se proširi izvan žljezdanog tkiva dojke. Tumor iz vanjske polovine dojke metastazira u limfne čvorove odgovarajuće pazušne udubine. Prema limfnim čvorovima koji se nalaze uz arteriju mamariju metastazira tumor iz unutrašnje polovine i središnjeg dijela dojke. Razne su mogućnosti širenja tumora limfom, bez obzira na njegov položaj u dojci. Edem dojke nastaje kada tumor začepi limfne putove (7). U trudnoći, pojedini oblici raka izrazito infiltriraju tkivo dojke i limfne žile, pa nastaje tzv. upalni oblik raka. Taj oblik raka ima veliku sklonost lokalnom širenju i stvaranju udaljenih metastaza. Osim u pazušnu udubinu, rak se širi i u limfne čvorove iznad ključne kosti te u čvorove vrata (7). Tumor se

može širiti i ispod ošita. Rak dojke se širi i krvnim putem u udaljene dijelove tijela. Najčešće metastazira u kosti, pluća, jetru i mozak, ali moguće je metastaziranje i u sve ostale dijelove tijela (7). U kožnom i potkožnom tkivu izravno širenje tumora uzrokuje uvlačenje kože i retrakciju bradavice, a moguća je i ulceracija. Od udaljenih metastaza umre oko 95% bolesnica (12).

1.2.6. Patologija tumora dojke

Nakon kliničkog pregleda, postavljanja kliničke dijagnoze i kirurškog zahvata daljnji tijek liječenja ovisi o histološkom tipu i stupnju diferenciranosti tumora, prisutnosti metastaza, vrijednosti hormonskih receptora te nekim drugim čimbenicima (7).

Veliki broj različitih vrsta tumora mogu se pojaviti u dojci, koji polaze od kože masnog tkiva, mezenhinskog vezivnog tkiva i epitelnih struktura. Pod nazivom rak dojke podrazumijevamo karcinom koji polazi od žljezdanih struktura i duktalnog epitela dojke (4).

Intraoperacijska biopsija važna je za razlikovanje dobroćudnih od zloćudnih tumora dojke. Dobra suradnja kliničara, patologa i biokemičara nužna je za pravilnu obradu uzoraka. Relevantni klinički podaci trebaju biti navedeni uza svaki uzorak tkiva. Kožna ligatura stavlja se uz rub areole za orijentaciju dojke na 12 sati, a granice za diferencijaciju limfnih čvorova aksile po etažama označe se metalnim pločicama i važno je naznačiti vrstu obavljenog kirurškog zahvata. Isječak se najprije izmjeri i izvaže ako je riječ o isječku tkiva dojke s tumorom. Tumorsku promjenu važno je opisati te izmjeriti i razrezati po najdužem promjeru i pregledati na reznoj plohi. Jedan se blok uzima za intraoperacijsku biopsiju, a ako se radi o karcinomu in situ ili se tumor ne može naći sa sigurnošću ili je jako malen, onda je važno pregledati čitav uzorak. Lokalizacija tumora određuje se kvadrantima i udaljenosti centra mamile od najbliže točke tumora (7).

O veličini tumora ovisi broj blokova za histološku obradu. Tumori se, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, klasificiraju (7).

Neinvazivni (neinfiltrativni) karcinom može biti:

- intraduktalni,
- intraduktalni papilarni i
- lobularni in situ.

Invazivni karcinom može biti:

- invazivni duktalni,
- invazivni lobularni,
- medularni, koloidni (mucinozni),
- Pagetova bolest,
- tubularni,
- adenoidni komedokarcinom,
- invazivni komedokarcinom,
- apokrini i
- invazivni papilarni.

U skupinu duktalnih invazivnih karcinoma ubraja se otprilike 75-80% svih tumora (7). Duktalni karcinom nastaje unutar duktusa (4).

U gornjem vanjskom kvadrantu nastaje oko 50% karcinoma, 10% u ostalim kvadrantima, a oko 20 % nastaje u središnjoj ili subareolarnoj regiji. Na način metastaziranja u regionalne limfne čvorove znatno utječe sjedište ili kvadrant ishodišta raka (4).

1.2.7. Dijagnosticiranje raka dojke

1.) Anamneza

Ima veliku ulogu u diferencijalnoj dijagnozi pri razlučivanju malignog tumora od drugih bolesti dojke. U dijagnostičkom postupku vrlo je bitan podatak o uvlačenju bradavice, a posebice trajanje te pojave. Kada se pojavi sekret iz bradavice, zatjeva se pomna obrada bolesnice. Bezbolna tvrda tvorba osnovno je obilježje raka dojke i ona je nejasno ograničena u odnosu na okolinu. Bolesnice najčešće same otkriju novotvorinu u dojci, te se same jave na pregled. Važna je obiteljska anamneza s obzirom na maligne bolesti (7).

2.) Inspekcija

Inspekcija je vrlo vrijedna u kliničkom pregledu jer pri tome bolesnicu gledamo u cijelosti, a posebno oboljelu dojku (4). Inspekcija nas upućuje na narav bolesti. Bolesnica mora biti u uspravnom položaju, gola do pojasa i opuštena prilikom inspekcije. Pregled dojke vrši se s raznih strana, pri uzdignutim bolesničnim rukama, a potom i napetim prsnim mišićima. Važno je obratiti pozornost i na oblik, veličinu, asimetričnost dojke i bradavice, boju kože i

crtež potkožnih žila. Nalaz inspekcije u ranim stadijima bolesti najčešće je uredan. Znaci raka dojke često su veća ili manja izbočenja te uvlačenja kože na ograničenom području. Znaci uznapredovalog raka dojke najčešće su koža poput kore naranče i ulceracije tumora (7).

3.) Palpacija

Najvažnija metoda kliničkog pregleda svakako je palpacija. Postojanje palpabilne tvorbe (kvržice) u dojci utvrđuje se pregledom dojki i određuje se njezina veličina, pomičnost, promjene na koži i slično (6). Otvorenim dlanom palpiramo dojku, i to kružnim pokretima. Dojku je potrebno palpirati prstima obje ruke u položaju pri kojem je bolesnica nagnuta prema naprijed. Isto tako, palpacija se odvija i dok je bolesnica u ležećem položaju i pri podignutim rukama jer se promjenom položaja neki znaci bolesti u dojci mogu lakše uočiti. Površinu, veličinu, oblik, konzistenciju, ograničenost prema okolini, bolnost i sijelo tumora u dojci određujemo palpacijom (4). Bolesnica će sama pokazati lokaciju tumora ako ga je opazila. Tada započinje pregled zdrave dojke. Prema kvadrantima određuje se sijelo tumora, a potomje sijelo prema položaju kazaljke na satu i udaljenosti od areole bradavice. Nadalje, važno je odrediti pomičnost i pokretljivost tumora prema podlozi i koži. Pazušne udubine pretražuju se ispruženih stisnutih prstiju suprotne ruke, tako da je prema prsima bolesnice okrenut dlan. Lagano se pritišće masno tkivo u pazušnoj udubini. Limfni čvorovi, karcinomatозno promijenjeni, su tvrdi i okrugli, veličine zrna kukuruza do ploda trešnje. Nakon pazušnih udubina, slijedi pregled supraklavikularnih i infraklavikularnih udubina. Istim postupkom palpiraju se i lateralne strane vrata (7).

4.) Mamografija

Rendgenska pretraga dojke naziva se mamografija (7). Mamografija točno predviđa prisustvo ili odsutstvo bolesti (13). Mamografski probir je najprihvatljiviji način ranog otkrivanja raka dojke i osigurava uspješno liječenje uz najmanju štetu i troškove u zdravstvenom sustavu (14). Mamografija otkriva tumor 2 godine prije nego se on može napipati, posebno je važna u otkrivanju patoloških mikrokalcifikacija (12). Nakon menopauze vrijednost mamografije raste jer nastupa involucija žljezdanog parenhima dojke. U mladih žena učestale mamografije povećavaju rizik od nastanka karcinoma dojke zbog zračenja (7).

5.) Citološka pretraga

Citološka pretraga se sastoji od toga da se aspiracijskom punkcijom uz pomoć tanke igle dobiju stanice tumora za pregled. Sama punkcija nam pomaže pri liječenju i egzaktno nas

informira o malignom procesu (7). U diferencijalnoj dijagnozi tumora dojke, citološka punkcija tankom iglom može se koristiti kao vrlo pouzdana pretraga u kombinaciji s radiološkim pretragama i kliničkim pregledom (15).

6.) Biopsija

Biopsija pruža najbolji uvid u stupanj malignosti patološkog procesa i njegovu rasprostranjenost unutar tkiva dojke. Pozitivan klinički nalaz zahtijeva biopsiju. Bolesnicu je važno pripremiti za biopsiju kao da će uslijediti radikalna operacija. Reže se koža iznad rezistencije po fiziološkim linijama i bitno je misliti i na estetski izgled. Posebnu pažnju valja obratiti na odsutnost tumora (7). Bez značajnijih komplikacija, biopsija širokom iglom pouzdana je metoda za postavljanje dijagnoze sumnjivih lezija u dojci. Biopsijom širokom iglom pod kontrolom UZV-a ili core biopsijom dobiva se uzorak tkiva za patohistološku analizu. Primjenjuje se ako postoji sumnja da je proces u dojci zloćudan i uznapredovao do te mjere da je liječenje potrebno započeti kemoterapijom (16).

1.2.8. Liječenje raka dojke

Liječenje raka dojke složen je zadatak i uključuje rad čitavog tima stručnjaka (4). U odluci o izboru vrste liječenja može pomoći poznavanje naravi raka dojke. Liječenje raka dojke definirano je stupnjem proširenosti; kod lokalnog raka dojke cilj je izlječenje dok je kod proširenog diseminiranog raka cilj osigurati maksimalnu duljinu života uz odgovarajuću kvalitetu istog (3). Veličina tumora, odnos prema koži i podlozi, postojanje ili odsutnost opipljivih limfnih čvorova i udaljenih metastaza su osnovne kliničke osobine pri određivanju prognoze i izbora liječenja. Prije početka liječenja bolest treba dijagnosticirati i potvrditi njezin opseg i proširenost, narav i prognostičke čimbenike (7). Kombinacija kirurškoga liječenja, zračenja i sistemskoga liječenja osigurava najveću učinkovitost (10). U početnoj fazi bolesti kada je rak ograničen na dojku i regionalne limfne čvorove, cilj liječenja je izlječenje od bolesti (6).

1.2.8.1. Kirurško liječenje

Kirurški zahvat je neizostavni terapijski modalitet u liječenju bolesnika s nediseminiranim tumorima. Radioterapija ili kemoterapija mogu se ordinirati prije kirurškog zahvata, najčešće

radi smanjenja tumorske mase i olakšavanja kirurškog uklanjanja tumora (3). Kirurškim liječenjem uklanjamo lokalnu i regionalnu malignu bolest u dojci i limfnim čvorovima u aksili (12). Kirurško liječenje je ključ i uvjetna opcija u odabiru liječenja raka dojke (7).

Halstedova radikalna mastektomija se izvodila prvih pedeset godina ovog stoljeća i ona predstavlja odstranjenje dojke, obaju pektoralnih mišića i limfnih čvorova iz aksile (12). Njegovo razmišljanje temelji se na učenju poznatog njemačkog celularnog patologa Rudolfa Virchowa, koji smatra da je rak lokalna bolest, a regionalni limfni čvorovi čine prirodnu barijeru njegovu širenju (7).

D.H. Patey u Londonu 1948. godine predstavlja vrijednost modificirane radikalne mastektomije koja čuva veliki pektoralni mišić (6). Modificirana radikalna mastektomija predstavlja odstranjenje malog pektoralnog mišića (Pateyova operacija) (12).

Madden preferira i opisuje modificiranu radikalnu mastektomiju s očuvanjem obaju pektoralnih mišića (7).

Poštedna operacija dojke počinje se primjenjivati u svijetu 1970. i 1980. godine s istodobnom disekcijom limfnih čvorova iz aksile kao alternativa mastektomiji. Nakon operacije slijedi zračenje dojke. Sistemna terapija je potrebna ako se u aksili nađu metastaze. Važno je najprije obilježiti tzv. sentinel limfni čvor ili čvor čuvar u okolini tumora dojke, a zatim se učini biopsija čvora. Smatra se da nije potrebna disekcija aksilarnih limfnih čvorova ako se patohistološkim pregledom odstranjenog limfnog čvora ne nađu metastaze. Rezultati poštedne operacije i zračenja jednaki su kao i kod modificirane radikalne mastektomije, ali je kvaliteta života bolja, jer dojka ostaje sačuvana. Ako je tumor manji od 4 cm, primjenjuju se poštedna operacija i zračenje (12).

Dojka je poslije poštednih operacija sačuvana. Nakon kirurškog zahvata žena s rakom dojke danas više ne bi trebala ostati bez dojke. Rekonstrukcija dojke treba biti sastavni dio plana liječenja ako se u nekih bolesnica ipak mora učiniti mastektomija. Rekonstrukcija dojke poslije mastektomije ima veliko značenje u psihofizičkoj rehabilitaciji jer se poboljšava kvaliteta života. Žene valja prije mastektomije upoznati s mogućnošću ponovnog oblikovanja dojke da ne bi morala nositi vanjsku protezu za dojku. Najčešće komplikacije poslije rekonstrukcije dojke su infekcija, hematoma, ishemija kože i potkožnog tkiva sve do nekroze, rana protruzija implantata na mjestu dehiscencije šavova ili nekroze kože, kasna protruzija implantata na mjestu postupne atrofije potkožnog tkiva i kože, stvaranje fibrozne kapsule oko implantata i nekroza mišićno-kožnog slobodnog režnja (7).

1.2.8.2. Kemoterapija

Kemoterapija je jedan od osnovnih oblika sistemnoga onkološkog liječenja (3). Uvođenjem terapije citostaticima postignut je znatan napredak u liječenju metastatskog raka dojke (7). Daje se kao adjuvantno liječenje u bolesnica s metastazama u aksili jer agresivne lokalno-regionalne metode nisu poboljšale prognozu operabilnog raka dojke (12). Koristi se kod svih bolesnica sa srednjim i visokim rizikom ponovne pojave bolesti. Sve bolesnice s pozitivnim limfnim čvorovima u aksili moraju primiti adjuvantnu kemoterapiju (3). Neoadjuvantna kemoterapija (primarna kemoterapija) rabi se kao početni oblik liječenja bolesnika s lokaliziranom malignom bolesti, za koji postoji drugi oblik liječenja, ali nije zadovoljavajuće uspješan (7). Diseminacija tumora, a ne lokalni recidiv, bila je najčešći uzrok smrti u većine bolesnica. Polikemoterapija se daje u žena mlađih od 50 godina, a najčešće ciklofosamid, metotreksat i 5-fluorouracil (CMF, označava kombinaciju ciklofosfamida, metotreksata i 5-fluorouracila), doxorubicin i ciklofosamid (AC, označava kombinaciju adriamicina i ciklofosfamida) ili ciklofosamid, doxorubicin i 5-fluorouracil (CAF, kombinacija ciklofosfamida, adriamicina i 5-fluorouracila). Poslije liječenja tijekom 5 godina u oko 25% tih bolesnica, razvit će se udaljene metastaze. Tumor veći od 1 cm, slaba histološka diferencijacija tumora, negativni hormonski receptori su prognostički čimbenici koji upozoravaju na veliku opasnost za diseminaciju. Citostatici se daju ako su hormonski receptori negativni. Tamoxifen ili citostatici mogu se dati kada su hormonski receptori pozitivni, a drugi čimbenici upozoravaju na lošiju prognozu, kao što su tumor veći od 2 cm i slaba histološka diferencijacija. U liječenju primarnog i metastatskog raka dojke, visokodozna kemoterapija uz potporu matičnih stanica (transplantacijom koštane srži ili iz periferne krvi) nije toliko uspješna da bi se uvela u rutinsku praksu. U Europi i SAD-u u nekim ustanovama, kao metoda liječenja raka dojke stadij I. i stadij II., primjenjuje se tumorektomija i zračenje, a u nekih samo zračenje. Petogodišnje preživljenje u stadiju I. je 93%, a 82% u stadiju II. Ipak, zračenje nije prihvaćeno kao glavna i jedina metoda primarnog liječenja raka dojke. 1970. godine uvedeno je primarno liječenje citostaticima kod lokalno uznapredovalog raka dojke u kombinaciji sa zračenjem, operacijom ili s obje metode. Primarnom kemoterapijom pokazano je da se veličina tumora može smanjiti toliko da je moguća radikalna operacija kod tumora koji je prvotno izgledao kao inoperabilan (12). Otpornost na kemoterapiju, s obzirom na vrijeme pojave, dijelimo na idiopatsku otpornost (tumor od početka ne odgovara na ordiniranu terapiju) i stečenu otpornost (tumor prestaje odgovarati na kemoterapiju nakon

njezine početne uspješnosti) (3). Polikemoterapija se pokazala nadmoćnom u palijativnom liječenju raka dojke, u odnosu na pojedinačnu citostatusku terapiju (4).

1.2.8.3. Hormonsko liječenje raka dojke

Rak dojke odgovara na različite načine liječenja, uključujući endokrine ablativne procedure, aditivnu endokrinu terapiju, citotoksičnu kemoterapiju i radioterapiju. Iako današnji oblici liječenja ne rezultiraju izlječenjem, bolesnice koje odgovore na sistemsko liječenje postižu olakšanje simptoma i produljenje života (7). U prosjeku samo 1/3 bolesnica pozitivno odgovara na hormonsku terapiju (4). Preduvjet za djelovanje hormona na tumor dojke je njegova hormonska ovisnost, odnosno postojanje estrogenih i/ili progesteronskih receptora. Svakom karcinomu dojke mora se odrediti koncentracija estrogenih i progesteronskih receptora (3). Najčešće se primjenjuje nakon operacije, zračenja ili kemoterapije kako bi se smanjio rizik povrata bolesti kod ranog raka dojke ili usporio razvoj uznapredovalog, metastatskog karcinoma. Ponekad se upotrebljava prije operacije kako bi se smanjila veličina tumora. Pacijenti uglavnom dobro podnose hormonsku terapiju. Nuspojave mogu biti izraženije u prvim mjesecima liječenja, a onda postupno nestaju (6). Remisije su privremene i prosječno traju 6 do 12 mjeseci, a ponekad i duže (4). Postoje četiri osnovne vrste hormonske terapije karcinoma dojke; ablativna terapija, terapija inhibitorima sinteze, aditivna terapija i kompetitivna terapija (3). Na odluku o uvođenju i vrsti hormonske terapije utječu menopauza, stadij karcinoma, nuspojave, gustoća kostiju, artritis i rizik od karcinoma uterusa i jajnika (6). U bolesnica prije menopauze i u onih do 5 godina nakon menopauze vrši se ablativna hormonska terapija (kastracijska, odnosno primjena androgena, od kojih postoje i preparati što ne izazivaju maskulinizirajuće efekte). U bolesnica s više od 5 godina poslije menopauze vrši se aditivno hormonsko liječenje primjenom estrogenih hormona (4). Hormonska terapija zahtjeva višegodišnje liječenje. Hormonska terapija se, kod lokaliziranog raka dojke, uzima tijekom 5 godina nakon operacije, zračenja ili kemoterapije. Hormonska terapija se kod metastatskog raka dojke uzima dok god djeluje, odnosno do napredovanja bolesti što se može dijagnosticirati radiološkim metodama ili porastom markera Ca 15-3 (7).

1.3. Palijativna skrb

Nova grana medicine koja se brine za optimalnu kvalitetu života do smrti naziva se palijativna medicina. Ona je, u prvom redu, područje liječničkog interesa. U periodu kada postaje jasno da će bolesnik uskoro umrijeti, važno je uključiti palijativnu skrb. Palijativna skrb ne zastupa brigu samo za bolesnika, već i za njegove bližnje (17). Neizlječiva bolest i očekivana smrt jednog člana nužno utječe na ostale i mijenja odnose u obitelji. Palijativna skrb o obitelji uključuje podržavanje obiteljskog njegovatelja. Isto tako, važna je da afirmacija smrti i umiranja kao prirodnih procesa (18). U Hrvatskoj nema ni jednog hospicija ni drugih ustanova palijativne skrbi. Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb Hrvatskoga liječničkog zbora postoji od 1994. godine i cilj mu je edukacija i zdravstvenih profesionalaca i javnosti općenito. Organizirane su dvije udruge koje djeluju na državnoj i gradskoj razini (Hrvatska udruga prijatelja hospicija i Udruga prijatelja nade). Bore se za realizaciju Regionalnog hospicijskog centra u Zagrebu, za koji je na gradskoj razini obećano i zemljište i druge pogodnosti (17).

1.3.1. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika

O terminalnom stadiju bolesti govorimo kada tijekom bolesti dođe do stadija kada aktivno liječenje više ne može produžiti život, ili čak može biti štetno. Tada je bolesniku važno pristupiti na drugi način i s drugim ciljevima držeći se osnovnih postulata palijativne skrbi. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definirala je palijativnu skrb kao pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću, kao i njihovim obiteljima, pruža i unaprjeđuje kvaliteta života prevencijom i olakšavanjem simptoma metodama ranog otkrivanja, procjenom i liječenjem boli te ostalih psihičkih, fizičkih, duhovnih i psihosocijalnih problema (19). Smrt je prihvaćena kao normalan proces, a težište djelovanja usmjereno je kvaliteti života (19). Virginia Henderson definirala je zdravstvenu njegu kao pomoć zdravom ili bolesnom pojedincu u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on izvodio bez pomoći da ima snagu, volju ili znanje (20). Kod umirućih bolesnika, cjelokupna skrb mijenja se od kurativne prema palijativnoj. Uloga medicinskih sestara je osigurati mirnu i dostojanstvenu smrt kad je ona jedini realan ishod. Cjelovitost, orijentacija na bolesnika, uvažavanje bolesnika kao subjekta, otvorena komunikacija, ljudski rad kao glavna tehnologija temelj su sestrinskog obrazovanja i prakse i ta načela čine osnovu palijativne skrbi. Zato je važno sudjelovanje medicinske sestre u cjelokupnoj palijativnoj

skrbi. Cilj zdravstvene njege umirućeg bolesnika je smanjiti patnje i bol, osigurati najveću moguću kvalitetu umiranja i očuvati osobni dignitet do smrti. Uz zdravstvenu njegu umirućeg bolesnika, važna je i skrb za članove obitelji, a sve to u razdoblju umiranja i poslije njega. Sestrinska skrb ovisi o mjestu gdje bolesnik umire. U hospicijima i bolnicama sestre imaju priliku izravno pružiti pomoć umirućem bolesniku i članovima obitelji, dok umiranje u domu bolesnika podrazumijeva podučavanje laika kako da se brinu o umirućem bolesniku na stručan način. Utvrđivanjem potreba, planiranjem, provođenjem i evaluacijom odvija se zdravstvena njega umirućeg bolesnika. Individualizirana zdravstvena njega odvija se samo ako medicinska sestra zna koje želje i probleme ima bolesnik i članovi obitelji. Vrlo važno je imati na umu da fiziologija umiranja nije ista kao fiziologija života. Medicinska sestra treba biti puna razumijevanja za bolesnikove probleme i mora razviti iznimnu osjetljivost (20).

1.3.2. Palijativna skrb o obitelji

Kao i samom umirućem bolesniku, tako je i obitelji važno pružiti podršku tijekom svih faza bolovanja, od postavljanja dijagnoze do smrti. Kada se o bolesniku skrbi u vlastitom domu, potrebna je posebna pomoć i podrška bolesnikovoj obitelji. Raznim opcijama se može pružiti pomoć; uključiti drugu osobu iz neformalne mreže podrške ili profesionalnog njegovatelja, osigurati usluge tima za palijativnu skrb te dnevni ili privremeni smještaj umirućeg u ustanovu. Multiprofesionalni tim pruža potporu članovima obitelji, a njega mogu činiti socijalni radnik, medicinska sestra, njegovatelj, duhovnik i drugi. Medicinsko osoblje mora pravovremeno informirati obitelj umirućeg bolesnika o njegovom zdravstvenom stanju i vrlo važno je educirati obitelj kako pružiti njegu takvom bolesniku. Obitelj umiruće osobe doživljava brojna opterećenja kao što su zahtjevnost njege u obitelji, promjene organizacije obiteljskog života, povećani novčani troškovi, javljanje negativnih osjećaja, razvoj traume zbog prisutnosti trpljenju drage osobe, suočavanje s gubitkom i tugovanjem, donošenje odluka kada umirući više nije sposoban zastupati sebe i drugo. Kvaliteta skrbi o obitelji ima veliki utjecaj na sami doživljaj umiranja i smrti (18). Bolesnik je mirniji ako zna da njegova obitelj ima svu potrebnu podršku, jer je većina umirućih bolesnika zabrinuta kako će njihova obitelj prihvatiti i proći to teško razdoblje (20).

1.3.3. Palijativna skrb u obitelji

Umirući bolesnici pridaju veliku važnost umiranju u vlastitom domu, s više mira i dostojanstva. Čovjek je sam po sebi socijalno biće, pa je tako opravdana želja za ostankom u obitelji. Rađa se u obitelji, živi u njoj i isto tako želi i umrijeti u obitelji. Potrebe umiruće osobe su najvažnije pa ih je, prije početka palijativne skrbi u obitelji, važno detaljno razmotriti (20). Neophodno je uključiti i članove stručnog tima da bi skrb u obitelji dobila opseg i kvalitetu. Opterećenje se značajno umanjuje kada se surađuje s timom, a i podiže se kvaliteta same njege. Dobra komunikacija i partnerski odnos umiruće osobe, obitelji, profesionalnog njegovatelja i stručnog tima su važno obilježje suradnje što zahtijeva vrijeme i strpljivost svih uključenih. Prije početka palijativne skrbi u obitelji važno je detaljno razmotriti potrebe umiruće osobe, neophodne vrste pomoći, realistično procijeniti obiteljske mogućnosti i izabrati obiteljskog njegovatelja (18).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati zdravstvenu njegu u terminalnoj fazi bolesti kod karcinoma dojke.

3. PRIKAZ SLUČAJA

Pregledom medicinske dokumentacije na odjelu kirurgije OB Bjelovar, izabran je slučaj koji će najrelevantnije opisati bolesnika u terminalnoj fazi bolesti od karcinoma dojke.

3.1. Anamneza

Iz anamneze je vidljivo da je pacijentica pušač od svoje 18. godine te konzumira 12-13 cigareta na dan. Do ove bolesti, bila je uglavnom zdrava i nije bilo drugih onkoloških i teških bolesti. Familijarno baka po majci je bolovala od karcinoma uterusa.

3.2. Razlog dolaska u bolnicu

Pacijentica je obavljala ultrazvučni pregled dojke.

3.3. Dijagnostika

Kod prvog ultrazvučnog pregleda u lijevoj dojci u gornjem kvadrantu otkrivena je nepravilna struktura promjera oko 15 mm koja zahtijeva daljnju obradu. U ostalom dijelu obje dojke nije bilo vidljivih promjena, te je pacijentica nakon ultrazvučnog pregleda dobila termin za punkciju.

Nakon ultrazvučnog pregleda, pacijentica je obavila mamografski pregled dojki. Nalaz je pokazao sumnju na neoplastični proces koji je opisivani i na ultrazvučnom nalazu veličine oko 16 mm. Te su fibrocistične promjene u obje dojke vidljive.

Punkcijom lijeve dojke pod kontrolom UZV-a otkrivene su nepravilne strukture max. promjera 18 mm u gornjem lijevom kvadrantu.

Nakon obavljenih dijagnostičkih postupaka, pacijentici je dijagnosticiran karcinom dojke (carcinoma mammae lat. sin.).

3.4. Liječenje

3.4.1. Prijeoperacijska priprema bolesnice

Nakon postavljene dijagnoze u razgovoru s liječnikom, nakon predloženih modaliteta liječenja, odabrano je kirurško liječenje kao najbolje trenutno rješenje. Prije radikalne mastektomije lijeve dojke s evakuacijom aksile pacijenticu je bilo važno pripremiti i psihički i fizički (21).

Kada kirurg pregleda ženu i indicira operaciju, počinje priprema bolesnice za operaciju dojke. Dobra komunikacija i opći dojam najvažniji su faktori koji utječu na povjerenje bolesnice u medicinsko osoblje. Postavljanje dijagnoze zloćudne bolesti i operacija izazivaju kod pacijentice niz emocionalnih reakcija kao što su zbunjenost, strah od smrti, strah od operacije, strah od anestezije te strah od narušavanja fizičkog izgleda. Kirurg daje sve potrebne operacije o samoj bolesti i operativnom zahvatu (22).

Psihološka priprema bolesnice

Pacijenti su često zabrinuti nakon prijema u bolnicu, a razlozi su različiti. Osjećaju se izgubljeno, bespomoćno, prisutan je strah od smrti, boli i samog operativnog zahvata. Za vrijeme boravka u bolnici mnogi ne mogu zadovoljiti neke od svojih osnovnih psiholoških potreba kao što su potreba za ljubavlju i pripadanjem, potreba za poštovanjem i samopoštovanjem, sigurnošću i ugodom i zato najčešće reaguju na tri tipična načina; povlačenjem, hiperaktivnošću i regresijom. Psihološka priprema provodi se od trenutka prijema bolesnika na odjel pa sve do odlaska u operacijsku salu. U psihološkoj pripremi bolesnice sudjeluje cijeli tim. Ona smanjuje tjeskobu, potištenost i poboljšava sveukupnu međusobnu suradnju. Bol se dijeli na mentalnu, tjelesnu i tjelesnu bol psihogeno uvjetovanu. Važno je imati dobru psihičku prijeoperacijsku pripremu jer je ona od iznimne važnosti za percepciju boli u poslijeoperacijskom periodu. Dolaskom bolesnika u bolnicu javlja se stres, a kako bi se spriječilo djelovanje psihičkog stresa na organizam koriste se brojne tehnike:

- joga,
- autogeni trening,

- tehnika biofeedbacka,
- tehnika inokulacije stresom (21).

Medicinska sestra uzima dobru sestrinsku anamnezu iz koje onda lako utvrđuje potencijalne i aktualne probleme, te uzroke koje su do njih doveli. Prvi korak je vođenje standardnog intervjua s bolesnikom tijekom kojeg dolazi do prikupljanja općih osobnih podataka, podataka o bolesnikovoj percepciji boli, bolesnikovom psihofizičkom stanju i emocionalnom stanju. Nakon što su problemi utvrđeni, slijedi individualni razgovor s bolesnikom, i to najčešće zbog pružanja emocionalne pomoći, davanja uputa u načinu komuniciranja sa zdravstvenim osobljem, pružanja obavijesti o predstojećem zahvatu te provođenja prijeoperacijskog antistresnog programa s demonstracijama vježbi disanja i opuštanja (21).

Medicinska sestra treba poticati bolesnicu na postavljanje pitanja, a iz toga će saznati što pacijenticu najviše zabrinjava. Komunikacija medicinske sestre s bolesnice mora ostaviti dojam sigurnosti. Mora pokazati empatiju prema bolesnici, iskreno zanimanje za njene probleme i uvažavati ju ne samo kao bolesnicu nego i kao osobu (22).

Fizička priprema bolesnice

Fizičku pripremu provodi medicinska sestra uz aktivno sudjelovanje bolesnice. Ona obuhvaća poučavanje bolesnice, adekvatnu prehranu i provođenje odgovarajućih higijenskih mjera s ciljem smanjivanja komplikacija za vrijeme operacije kao i u poslijeoperacijskom periodu. Način edukacije medicinska sestra prilagođava bolesnici imajući u vidu njene intelektualne sposobnosti, razinu obrazovanja, motivaciju i dob. Isto tako, vrlo je važan sam pristup medicinske sestre bolesnici. Medicinska sestra daje jasna objašnjenja za sve postupke koje radi. Pacijenticu je važno educirati o vježbama disanja i vježbama ruku kako bi poslijeoperacijski period bio što lakši. Medicinska sestra brine da pacijentica redovito dobije sve potrebne obroke te da večer prije operacije, iza pola noći, ne uzima ništa od jela i pića (22).

Prije operacijskog zahvata nužno je obaviti niz radioloških, laboratorijskih i ostalih pretraga kao što su biopsija, analiza krvi, analiza urina i stolice i druge. Uloga medicinske sestre je objasniti bolesniku sve postupke i njihovu svrhu. Važno je, tijekom fizikalnog pregleda, zabilježiti kardiovaskularni status, nutritivni status, respiratorni status, imunološki

sustav, funkciju jetre i slezene, funkciju endokrinih žlijezda i drugo. Isto tako, bilježiti promjene na koži, sluznicama i poremećaje u funkciji osjetnih organa i ravnoteže (21).

3.4.2. Sestrinske dijagnoze u prijeoperacijskom periodu

Sestrinske dijagnoze su aktualni ili potencijalni probemi koje medicinska sestra samostalno prepoznaje i tretira. Najvažnije sestrinske dijagnoze u prijeoperacijskom periodu su:

1.) Dijagnoza

Anksioznost u svezi predstojećeg operativnog zahvata i dijagnoze karcinoma

Cilj

Bolesnica će u prijeoperacijskom periodu osjećati anksioznost manjeg intenziteta

Intervencije

Kako bi se anksioznost smanjila potrebno je identificirati razinu anksioznosti te provoditi suportivne mjere (osigurati privatnost, vrijeme i mjesto za meditaciju, provoditi vježbe relaksacije, odgovoriti na svako postavljeno pitanje), uključiti obitelj bolesnice.

Evaluacija

Bolesnica je u prijeoperacijskom periodu osjećala anksioznost manjeg intenziteta. Cilj je postignut.

2.) Dijagnoza

Neupućenost u svezi s prijeoperacijskom pripremom, operacijskim protokolom i poslijeoperacijskim ishodom (poteškoćama i komplikacijama).

Cilj

Bolesnica će biti educirana o prijeoperacijskoj pripremi, operacijskom protokolu i poslijeoperacijskom ishodu.

Intervencije

Važno je pacijentici objasniti moguće komplikacije i poteškoće. Educiranje bolesnice najvažnija je sestrinska intervencije. Važno je dopustiti pacijentu da aktivno sudjeluje u prijeoperacijskoj pripremi i da demonstrira aktivnosti koje će biti važne u poslijeoperacijskom periodu

Evaluacija

Bolesnica je educirana o prijeoperacijskoj pripremi, operacijskom protokolu i poslijeoperacijskim ishodom. Cilj je postignut.

3.4.3. Intraoperacijska priprema bolesnice

U intraoperacijskom periodu se pripremaju bolesnik, instrumenti i materijali za operativni zahvat. Bolesnika je važno postaviti u pravilan položaj na operacionom stolu i pružiti psihičku podršku (21). Vrijeme prije anestezije i operacije izaziva veliki stres kod bolesnice, stoga je važno da svi članovi tima za operaciju pomažu bolesnici da se osjeća ugodno i da svojom profesionalnošću steknu povjerenje bolesnice (22). Tijekom operacije prate se puls, disanje, temperatura, EKG, tlak te balans tekućine u organizmu. Bolesnici je važno pružiti psihološku podršku te objasniti emocionalni status bolesnice osoblju operacione sale, ako postoji potreba. Medicinska sestra je uz bolesnicu tokom cijelog postupka te brine za nju i njene potrebe. Važno je osigurati mikroklimatske uvjete i aspetičan rad. (21). Medicinska sestra provjerava je li bolesnica natašte te postoje li alergije na nešto, isto tako provjerava ima li pacijentica zubnu protezu. Potrebno je izbjegavati komentare o svemu što se tiče bolesnice, njenog fizičkog izgleda, bolesti bez obzira je li pacijentica budna ili je pod utjecajem anestetika i spava (22).

Nakon postavljene dijagnoze, pacijentica je bila podvrgnuta radikalnoj mastektomiji lijeve dojke s evakuacijom limfnih čvorova lijeve aksile. Pacijentica je ostala u bolnici zbog operativnog liječenja klinički, UZV i citološki verificiranog karcinoma lijeve dojke. Tijek operacije na odjelu bio je uredan.

3.4.4. Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Nakon operacije, bolesnik se iz operacione sale premješta u sobu za poslijeanestezijski oporavak. Kod prijema bolesnika u sobu za poslijeanestezijski oporavak važno je pratiti učinak anestezije, pratiti stabilnost vitalnih funkcija, prepoznati rane simptome poslijeoperacijskih komplikacija i pratiti balans tekućina. Važno je kontrolirati drenove i zavoje na operativnoj rani kako bi se spriječile infekcije i postoperacijske komplikacije. Kako bi bolesnik iz sobe za poslijeanestezijski oporavak bio premješten na kirurški odjel mora imati stabilne vitalne znakove, dobru respiratornu funkciju, mora biti orijentiran u vremenu i prostoru, mučnina i povraćanje moraju biti pod kontrolom, satna diureza veća od 30 ml/h, te bol niskog intenziteta (21).

Postoperativni tijek na odjelu bio je uredan, te su se preparati poslali na PHD analizu. Rana se previjala te su se nakon prestanka sekrecije, drenovi su izvadili. Pacijentica je ubrzo puštena kući, 5 dana nakon operacijskog zahvata, dobrog općeg stanja.

Najčešće poslijeoperacijske poteškoće su bol, mučnina i povraćanje, abdominalna distenzija i štućavica. Dok su najčešće poslijeoperacijske komplikacije hemoragijski šok, krvarenje, dehiscencija operativne rane, respiratorne komplikacije. Pacijentica je osjećala mučninu te je povraćala nakon operacijskog zahvata, no to je vrlo česta pojava. (21).

Bol je gotovo uvijek prisutna poslijeoperacijska poteškoća. Intenzitet boli ovisi o mnogo faktora, kao što su veličina incizije, razina tolerancije na bol, psihičko i fizičko stanje bolesnika, vrsta anestezije i vrsta operativnog zahvata. U svrhu suzbijanja boli, tijekom 24 sata iza operativnog zahvata, trebaju se davati preparati morfija ili meperidine hidroklorid. Bolesnik se primjenom takve metode relaksira, dublje diše i smanjuje mogućnost poslijeoperacijskih respiratornih komplikacija. Medicinska sestra je važna u procesu praćenja vrste i intenziteta boli, pri primjeni najprihvatljivije tehnike suzbijanja boli ili primjeni analgetika kojega određuje liječnik (21).

3.4.5. Sestrinske dijagnoze u poslijeoperacijskom periodu

1.) Dijagnoza

Poremećaj self imagea u svezi s operacijskim zahvatom 2° radikalna mastektomija lijeve dojke s evakuacijom aksile, što se očituje izjavom “ne izgledam više kao prije“.

Cilj

Pacijentica će stvoriti pozitivan stav o sebi i osjećati će se jednako ženstveno kao i prije, te će tijekom hospitalizacije prihvatiti situaciju u kojoj se nalazi.

Intervencije

Medicinska sestra intervenira tako što uspostavlja odnos povjerenja s bolesnicom, i pomaže joj u kriznim situacijama. Potiče bolesnicu da verbalizira svoje strahove i osjećaje.

Evaluacija

Pacijentica je stvorila pozitivan stav o sebi i osjeća se jednako ženstveno kao i prije, te je tijekom hospitalizacije prihvatila situaciju u kojoj se nalazi. Cilj je postignut.

2.) Dijagnoza

Bol u svezi s operacijskim zahvatom što se očituje izjavom “bol je toliko nepodnošljiva da se ne mogu pomaknuti“.

Cilj

Bolesnica će tijekom hospitalizacije osjećati bol manjeg intenziteta.

Intervencije

Medicinska sestra treba bolesnicu smjestiti u udoban položaj u kojem će osjećati bol manjeg intenziteta te joj staviti jastuk ispod ruke na strani operativne rane. Važno je primjeniti ordinirane analgetike, te obavijestiti liječnika o intenzitetu boli.

Evaluacija

Bolesnica je tijekom hospitalizacije osjećala bol manjeg intenziteta. Cilj je postignut.

3.5. Rehabilitacija

Nakon dolaska PHD nalaza i nalaza imunohistokemije pacijentica je upućena onkologu, te su zbog visokih vrijednosti CA 15-3 tražene dodatne pretrage kojima su uočene brojne osteolitičke promjene u kralježnici, zdjelici i desnoj natkoljenici. Nalaz CT-a pokazao je vidljive promjene na skeletu. Pacijentica je naručena u kliniku radi zračenja metastatskih promjena vratne kralježnice i usputne kontrole dijagnostičke obrade metastatskog karcinoma dojke. Oko 7 mjeseci je osjećala bolove u kralježnici, sa širenjem prema desnoj nozi. U Klinici za onkologiju u Zagrebu, provedena je radioterapija kralježnice. Započeta je hormonska terapije, no u međuvremenu nastaje progresija bolesti te je započeta kemoterapija po AC (antraciklinskom) protokolu. Iza prvog ciklusa antraciklinskih protokola i pamitora, pacijentica je bila uznemirena i osjećala je slabost. Nakon 4. apliciranog ciklusa po AC (antraciklinskom) protokolu, 12 dana kasnije pacijentica je hospitalizirana u OB Bjelovar zbog febrilne neutropenije tj, agranulocitoze, te je primila transfuziju, filgrastim i meropenem. Ovo je treći put da je pacijentica hospitalizirana zbog febrilne neutropenije. Pacijentica je bila hospitalizirana 8 dana, te nakon toga nije bila sklona nastavku kemoterapije jer su se dogodile brojne komplikacije koje su posljedica primanja kemoterapeutika.

Gastrointestinalne nuspojave kemoterapije su mučnina i povraćanje, proljevi i kolitis. Isto tako javljaju se i kožne komplikacije i hematološke nuspojave. Najčešća subakutna promjena je pojava gubitka kose (alopecija). Kasne komplikacije nastupaju godinama nakon primijenjene kemoterapije (sterilitet, encefalopatija, sekundarni malignomi). Pacijentica je tri puta bila hospitalizirana zbog febrilne neutropenije. Febrilna neutropenija je jedna od hematoloških ili onkoloških hitnoća.

Bolovi u vratu bili su nešto manji, a nešto izraženiji u desnoj preponi. Traumatolog je izdao bolesnici doznaku za nabavku Schantzovog ovratnika. Pacijentici su otkrivene metastaze na jetri i u području vratne kralježnice.

3.6. Zdravstvena njega

Medicinska sestra pacijentici pruža zdravstvenu njegu od samog početka liječenja te je uključena u psihološku pripremu bolesnice. Pomaganje bolesnici da se suoči s dijagnozom i da lakše prihvati trenutnu situaciju, početni je korak zdravstvene njege. Pružanje emocionalne potpore u samom početku liječenja je od iznimne važnosti za bolesnicu i daljnji tijek liječenja.

Prije operacijskog zahvata, medicinska sestra educira bolesnicu o karcinomu dojke i tijeku operacije te o nastanku mogućih komplikacija i poteškoća. Vrlo važno je ohrabrivati pacijenticu i educirati je o vježbama disanja i tehnikama relaksacije kako bi si olakšala poslijeoperacijski period. Prije operacije, medicinska sestra ima iznimno veliku ulogu u pripremi i edukaciji bolesnice. Bolesnicu je važno educirati o bolesti kako bi poslijeoperacijski period prošao što lakše. Time se znatno podiže samostalnost pacijentice te se boravak u bolnici znatno skraćuje.

Na dan operacije, pomaže bolesnici pri tuširanju antiseptičnim sredstvom (ako je potrebno), provjerava operacijsko polje (ako postoje dlačice na pazušnom dijelu, depilira ih kremom ili električnim kliperom), provjerava cjelokupnu medicinsku dokumentaciju, podsjeća bolesnicu da isprazni mokraćni mjehur, objašnjava transport do operacijske sale. Medicinska sestra instrumentarka prije operacije provjerava dokumentaciju, provjerava je li pacijentica natašte te postoje li alergije. Podsjeća bolesnicu na skidanje zubne proteze, ako ona postoji. Isto tako, medicinska sestra instrumentarka pruža podršku i sigurnost pacijentici. Provjerava operacijski stol, kožu pacijentice, obavezno mjeri vitalne funkcije i sve dokumentira. Nakon mastektomije, kao najčešća komplikacija, javlja se limfedem. Dolazi do abnormalnog nakupljanja limfne tekućine koja uzrokuje oticanje, a najčešće se primjećuje na nogama i rukama. Pojavom limfedema dolazi do smanjenja kvalitete svakodnevnog života. Liječenje limfedema temelji se na konceptu samonjege.

Nakon operacijskog zahvata pacijentica je premještena u sobu za buđenje koja je opremljena instrumentima i aparatima za hitnu intervenciju. Opremljena je respiratorima, defibrilatorom, monitorima, setom za intubaciju, svim vrstama otopina, kateterima, setovima za drenaže i setovima za traheotomiju. U sobi za buđenje prati se učinak anestezije, vitalne funkcije, prepoznaju se rani simptomi poslijeoperacijskih komplikacija kao što su šok i krvarenje, kontrolira se balans tekućine.

Pacijentica je bila premještena na odjel tek kada je imala zadovoljavajuću respiratornu funkciju, stabilne vitalne znakove, satnu diurezu veću od 30 ml/h, bol niskog intenziteta,

kontrolu nad mučninom i povraćanjem i kada je bila orjentirana u vremenu i prostoru. Pri prijemu na odjel praćen je respiratorni status, cirkulatorni status, neurološki status, stanje drenaže, bol te mučnina i povraćanje. U slučaju povraćanja bolesnice, medicinska sestra joj okreće glavu na stranu i podiže uzglavlje kreveta. Kako bi intenzitet boli bio manji, primjenjuje analgetike ordinirane od strane liječnika. Medicinska sestra pruža zdravstvenu njegu od početka do kraja hospitalizacije zajedno s ostatkom medicinskog tima. Tim, osim medicinske sestre, čine liječnik, psiholog, fizioterapeut. Važno je da pacijentica bude educirana od strane svih zdravstvenih djelatnika (21).

4. RASPRAVA

Rak dojke je najčešće sjelo raka u žena te će se sve više žena u budućnosti suočavati s ovom bolešću. Rak dojke se može otkriti u ranom stadiju, ako pacijentica obavlja redovite preglede koji obuhvaćaju samopregled dojki, mamografiju i ultrazvučni pregled. U ranom stadiju bolesti, izgledi za izlječenje su mnogo veći (11).

Prikazan je slučaj 44 godišnje pacijentice koja boluje od karcinoma dojke. Pacijentica je bila podvrgnuta radikalnoj mastektomiji lijeve dojke nakon što su joj liječnici postavili dijagnozu karcinoma dojke. Operacijski tijek prošao je uredno te je pacijentica ubrzo puštena kući.

Tijekom prijeoperacijskog perioda izuzetno je važno bilo pripremiti pacijenticu i educirati je o njenom trenutnom zdravstvenom stanju, te joj objasniti moguće komplikacije i poteškoće. Uloga medicinske sestre je neizostavna jer pripremanjem pacijentice za zahvat potrebno je kontinuirano pružanje podrške i ohrabrivanje te provođenje edukacije koje će kasnije u poslijeoperacijskom periodu pacijentici znatno olakšati oporavak.

U Klinici za onkologiju u Zagrebu započela je s kemoterapijom ubrzo nakon operacije. Nakon svih dijagnostičkih postupaka i operacijskog zahvata, ubrzo su otkrivene metastaze. Ubrzo nakon započete hormonske terapije, dolazi do progresije bolesti te započinje liječenjem kemoterapijom po AC protokolu.

Nakon 4. apliciranog ciklusa po AC protokolu, pacijentica je odustala od kemoterapije. Smatra kako je kemoterapija imala više loših i štetnih učinaka na nju, nego onih dobrih, te je zato odustala. Osjećala je slabost te je u većini slučajeva bila smetena. Za vrijeme primjene kemoterapije, hospitalizirana je 3 puta zbog febrilne neutropenije. Nakon treće hospitalizacije nije bila sklona nastavku kemoterapije.

Pacijentica je nakon boravka u bolnici puštena kući, a zbog njenog slabog stanja, o njoj je brinula obitelj. Pacijentica je dobivala podršku svoje obitelji te su joj pomagali pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Terminalni stadij bolesti predstavlja nemogućnost produženja života aktivnim liječenjem jer ono može samo biti štetno. Tada nastupa palijativna skrb (18). Pacijenticu, kao i obitelj, je bilo potrebno suočiti s bolešću i njenim daljnjim tijekom. U razdoblju kada je pacijentica shvatila da joj kemoterapija ne donosi oporavak, prihvatila je smrt kao normalan proces te je sve bilo usmjereno ka poboljšanju kvalitete života.

Glavni cilj je smanjenje boli i patnje te poboljšanje kvalitete života pacijentice (20).

S obzirom na to da umirući bolesnici pridaju veliku važnost umiranju u vlastitom domu, pacijentica živi s obitelji koja skrbi o njoj i pomaže joj pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Pošto je njeno kretanje ograničeno i otežano, kreće se pomoću invalidskih kolica. Trudi se i dalje biti što samostalnija, iako joj je pomoć obitelji neupitno potrebna kako bi što lakše obavljala određene svakodnevne aktivnosti. Nakon odustajanja od kemoterapije, okrenula se alternativnim metodama liječenja.

Pacijentica shvaća kojom brzinom ova bolest napreduje i ograničava je u raznim životnim aktivnostima.

5. ZAKLJUČAK

Karcinom dojke je najčešća zloćudna bolest koja pogađa žene i popraćen je fizičkim i psihičkim komplikacijama. Uzroci nastanka raka dojke su nepoznati. Može nastati u bilo kojoj životnoj dobi, a ipak je najčešća pojava kod žena u menopauzi. Godišnje, u Republici Hrvatskoj, oboli više od 2500 žena, dok ih oko 1000 umire.

Najvažnija komponenta u poboljšanju liječenja karcinoma dojke je njegovo rano otkrivanje. Važno je trajno zdravstveno educirati građane o samoj bolesti i poticati ih na brigu o sebi i svome tijelu.

Pružanje psihološke potpore bolesnici i njejoj obitelji važan je segment u procesu liječenja. Medicinska sestra ima veliku ulogu u edukaciji žena o načinu smanjivanja i uklanjanju rizičnih čimbenika i potiče žene na brigu o svome tijelu.

Medicinska sestra treba uspostaviti odnos povjerenja s bolesnicom, kao i ostatak tima. Dobrom komunikacijom i ohrabivanjem pacijentica osjeća sigurnost i dolazi do smanjena anksioznosti i straha.

Kada se ustanovi dijagnoza karcinoma dojke, dolazi do šoka bolesnice, ali i cijele obitelji. Zato je potrebno pružiti emocionalnu potporu i ohrabrivati i bolesnicu i njenu obitelj. Kada žena spozna da će možda izgubiti dojku, dolazi do velikog psihološkog stresa kod bolesnice, gubitka volje i osjećaja gubitka ženstvenosti.

Kada karcinom dojke znatno napreduje, dolazi do terminalne faze o kojoj govorimo kada aktivno liječenje više ne može produžiti život, ili čak može biti štetno. U terminalnoj fazi bolesti, osim bolničke palijativne skrbi za bolesnika, važna je i skrb za obitelj samog bolesnika.

Palijativna skrb započinje u periodu kada postaje jasno da će bolesnik umrijeti. U terminalnoj fazi bolesti cjelokupna skrb usredotočena je na poboljšanje kvalitete života bolesnice.

6. LITERATURA

1. Eljuga D, Juzbašić S, Stojanović J. i suradnici. Nužnost sveobuhvatnog pristupa u liječenju uznapredovalog raka dojke: prikaz bolesnice [online]. 2006. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/15810> (27.11.2017).
2. Cazin K. Quality of life in patients after breast cancer surgery [online]. 2013. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/98142> (27.11.2017).
3. Šamija M, Vrdoljak E, Krajina Z. Klinička Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
4. Piljac G. Rak, klinička onkologija. Čakovec: Tiz "Zrinski" Čakovec; 1977.
5. Domac Tešar B. Dojka. U: Šercer A, ur. Medicinska enciklopedija. Zagreb. Jugoslavenski leksikografski zavod; 1967. Sv. 2, D-Glu. str. 213-214.
6. Cybermed. Rak dojke - osnovne karakteristike bolesti [online]. 2017. Dostupno na: http://www.cybermed.hr/centri_a_z/rak_dojke/rak_dojke_osnovne_karakteristike_bolesti (27.11.2017).
7. Turić M, Kolarić K, Eljuga D. Klinička onkologija. Zagreb: Globus; 1996.
8. Strnad M. Starija životna dob i rak [online]. 2005. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=29425 (27.11.2017).
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Bezbolni pregledi spašavaju živote [online]. 2015. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/bezbolni-pregledi-spasavaju-zivote/> (27.11.2017).
10. Čufer T. Rak dojke [online]. 2001. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19347> (27.11.2017).
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Listopad – mjesec borbe protiv raka dojke [online]. 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/listopad-mjesec-borbe-protiv-raka-dojke/> (27.11.2017).
12. Prpić I. i suradnici. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga, Zagreb, 2002.
13. Džono-Boban A, Čale Mratović M, Mašanović M. Analiza rezultata mamografskog probira u dubrovačko-neretvanskoj županiji 2006.-2009. godine [online]. 2014. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/118776> (27.11.2017).

14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatske smjernice za osiguranje kvalitete probira i dijagnostike raka dojke [online]. 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/26356/> (27.11.2017).
15. Mišković J. Dijagnostička vrijednost citološke punkcije tankom iglom kod tumora dojke [online]. 2016. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=262274 (27.11.2017).
16. Prutki M, Štern-Padovan R, Jakić-Razumović J. i suradnici. Biopsija dojke pod kontrolom ultrazvuka – retrospektivna studija i pregled literature [online]. 2012. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=254407 (27.11.2017).
17. Jušić A. Palijativna medicina - palijativna skrb [online]. 2001. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=30994 (27.11.2017).
18. Cicak M. Obitelj u palijativnoj skrbi [online]. 2008. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=36404 (27.11.2017).
19. Šklebar I, Šklebar D. Mogućnosti poboljšanja kvalitete života u terminalnom stadiju neizlječive bolesti razvojem suvremenih oblika palijativne skrbi na području Bjelovarsko-bilogorske županije [online]. 2013. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=166484 (27.11.2017).
20. Jušić A. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga; 1995.
21. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika s odabranim specijalnim poglavljima – nastavni tekstovi. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2000.
22. Prstec A. Perioperacijska skrb bolesnika oboljelih od raka dojke (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.

7. OZNAKE I KRATICE

AC protokoli – Antraciklinski protokoli

BRCA1 i BRCA2 – BReast CAncer gene

UZV- Ultrazvuk

CT – Computed tomography

OB – Opća bolnica

PHD – Patohistološka dijagnoza

EKG- Elektrokardiografija

8. SAŽETAK

Kada normalne žljezdane stanice dojke promijene svojstva i počnu nekontrolirano rasti, umnožavati se i uništavati zdravo okolno tkivo, govorimo o nastajanju raka dojke. Rak dojke najčešća je zloćudna bolest u žena. Liječenje ovisi o stadiju bolesti i vrsti karcinoma. Etiologija nastanka karcinoma dojke je nejasna i smatra se da je multifaktorna te uključuje način prehrane, reprodukcijске čimbenike i hormonski disbalans. Najčešće se spominje kvržica na dojci, a kod velikog broja žena dolazi i do drugih promjena kao što su iscjedak iz bradavice, uvlačenje bradavica, pojava „narančine kože“ na dojci, udubljena, otekline, crvenilo i zadebljana koža.

Prikazana je 44 godišnja pacijentica koja boluje od karcinoma dojke, te je bila podvrgnuta radikalnoj mastektomiji lijeve dojke s evakuacijom aksile. Nakon operacijskog zahvata uslijedila je kemoterapija. Pacijentica je ubrzo odustala od kemoterapije zbog neučinkovitosti i loše podnošljivosti. Medicinska sestra ima ulogu u osiguravanju mirne i dostojanstvene smrti kada je ona jedini realan ishod. Cilj zdravstvene njege umirućeg bolesnika je smanjiti patnje i bol, osigurati najveću moguću kvalitetu umiranja i očuvati osobni dignitet do smrti.

Ključne riječi: karcinom dojke, kemoterapija

9. SUMMARY

When normal glandular breast cells change properties and begin to grow uncontrollably, multiply and destroy the healthy surrounding tissue, we talk about the emergence of breast cancer. Breast cancer is the most common malignant disease in women. The treatment depends on the stage of the disease and the type of cancer. The etiology of breast cancer is unclear and is considered to be multifactorial and includes eating habits, reproductive factors and hormonal imbalance. Most commonly referred to is the nodule in the breast, and in many women there are other changes such as nipple discharge, nipple inversion, appearance of "orange skin" on the breast, dents, swelling, redness and thickening of the skin.

Here we can see a 44 year old female patient who has breast cancer and has been on radical mastectomy of left breast with axillary evacuation. After a surgery the next step was chemotherapy. The patient soon dropped out of chemotherapy because of inefficiency and poor tolerability. Nurse has a role in making sure that a patient has a calm and dignified death when death is the only outcome. The goal of health care for a dying patient is to reduce pain and suffering, ensure the best possible quality of dying and to save self-dignity until death.

Key words: breast cancer, chemotherapy

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>29.1.2018.</u>	<i>Ema Kojic</i>	<i>Ema Kojic</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

Ema Kojić

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, 29.1.2018.

Ema Kojić

potpis studenta/ice