

Suživot s dijagnozom karcinoma dojke

Novak, Damjan

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:383206>

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

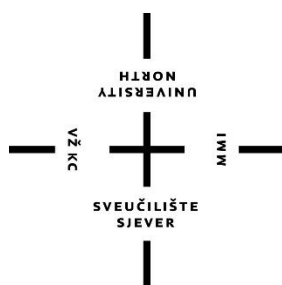
Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





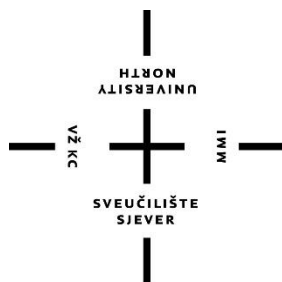
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1509/SSD/2021

Suživot s dijagnozom karcinoma dojke

Damjan Novak

Varaždin, rujan 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1509/SSD/2021

Suživot s dijagnozom karcinoma dojke

Student

Damjan Novak

Mentor

Valentina Novak, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Damjan Novak	JMBAG	2380/336
DATUM	23.09.2021	KOLEGIJ	Zdravstvena njega onkoloških bolesnika
NASLOV RADA	Suživot s dijagnozom karcinoma dojke		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Coexistence with a diagnosis of breast cancer		

MENTOR	Valentina Novak, mag.med.techn	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	Ivana Herak, pred., predsjednik		
	1. Valentina Novak, pred., mentor		
	2. dr.sc. Nenad Kudelić, v.pred., član		
	3. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., zamjenski član		
	4.		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1509/SSD/2021
OPIS	

Karcinom dojke je čest uzrok smrti u ženskoj populaciji, a godine istraživanja i praćenje statističkih podataka ukazuju na sve veću pojavnost oboljenja. Skupine sklonije oboljenju su žene starije od 50 godina, nerotkinje i pretile žene te žene s genetskom predispozicijom. Kad govorimo o mlađoj ženskoj populaciji nailazimo na zabrinjavajuće podatke koji upućuju na sve veću učestalost pojave bolesti. Postavljena dijagnoza karcinom dojke izaziva anksioznost i strah u svezi s liječenjem i preživljavanjem. Međutim, istraživanja povećavaju spoznaje zdravstvenih djelatnika o prednostima ranog probira, dijagnoze i liječenja, što je dovelo do znatnog povećanja kvalitete zbrinjavanja pacijentica od postavljanja dijagnoze pa sve do faze liječenja i tretiranja bolesti.

Ciljevi rada:

- opisati kliničku sliku, dijagnostiku i liječenje pacijentica s karcinomom dojke
- ispitati suočavanje žena s dijagnozom karcinoma dojke
- naglasiti važnost primarne i sekundarne prevencije karcinoma dojke te važnost podrške oboljelim ženama

ZADATAK URUČEN	24.09.2021.	POTPIS MENTORA	Novak
----------------	-------------	----------------	-------



Predgovor

Zahvaljujem svojoj obitelji te roditeljima što su mi omogućili studiranje te što su uvijek vjerovali u mene i moje sposobnosti. Najveće zasluge idu mojoj supruzi i kćerki Nikol koje su uvijek bile uz mene i bile mi podrška te hvala im na strpljenju i na razumijevanju koje su pokazivale tijekom mog studiranja.

Zahvaljujem se svojoj mentorici, Valentini Novak, na ukazanom povjerenju te na pomoći prilikom izrade završnog rada i na savjetima koje sam dobio tijekom cijelog studiranja na Sveučilištu Sjever.

Hvala i mojoj glavnoj sestri te mojim kolegicama s posla koje su bile voljne uvijek uskočiti za zamjenu kad god je to trebalo i bile mi podrška kroz sve stresne, ali i one sretne trenutke tokom studija.

Također, jedno veliko hvala predsjedniku Županijske lige protiv karcinoma Čakovec, prim. Hussein Saghir, dr. med te njihovim članicama koje su skupile hrabrosti i podjelile sa mnom jednu od svojih najvažnijih borbi, borbu sa zloćudnom bolesti.

Sažetak

Karcinom dojke je najčešća zloćudna bolest kod žena. Unatoč velikim iskoracima u liječenju tijekom bolesti, liječenje i psihološki izazovi negativno utječu na kvalitetu života oboljelih. Žene oboljele od karcinoma dojke imaju, pored fizičkih simptoma bolesti i povećan rizik za razvoj psihičkih tegoba uzrokovanih emocionalnom traumom i promjenom životnih okolnosti. Skupine sklonije i najosjetljivije oboljenju su žene starije od 50 godina, nerotkinje i pretile žene te isto tako žene s genetskom predispozicijom. Zabrinutost oko liječenja i ishoda bolesti, te narušeno dotadašnje funkcioniranje obitelji neki su od stresora koji utječu na kvalitetu života.

Kada govorimo o tretiranju i liječenju ove bolesti, kao jedna od najdjelotvornijih i najsigurnijih opcija spominje se mastektomija. Ona uključuje uklanjanje tumora i tkiva dojke te ovisno o prevalenciji bolesti razlikujemo djelomičnu ili totalnu. Osim u terapijske svrhe, mastektomija se koristi i u preventivne svrhe kada se u žena nađu geni koji povećavaju rizik od obolijevanja. Uz ovu kiruršku metodu liječenja koriste se i kombiniranje lijekova, hormonskih pripravaka, imunoterapije kao i radioterapije i kemoterapije.

Ova dijagnoza izaziva značajnu anksioznost i strah u vezi s liječenjem i ukupnim preživljavanjem. Međutim, istraživanja uzastopno povećavaju znanje zdravstvenih djelatnika o prednostima ranog probira, dijagnoze i liječenja, što je dovelo do znatnog povećanja kvalitete zbrinjavanja pacijenta od prvog dana postavljanja dijagnoze pa sve do faze liječenja i tretiranja bolesti. Liječnici mogu bolje predvidjeti kako će određene vrste karcinoma dojke reagirati na liječenje; stoga mogu izabrati učinkovitije mogućnosti liječenja na temelju istraživanja.

Uključujući sve bolesti pa isto tako i onkološke, kako bi se odredila sama uspješnost liječenja i rehabilitacije uvažava se promatranje kvalitete života. Vjeruje se da kvaliteta života ovisi o subjektivnom iskustvu i doživljaju zdravlja i njegovom vrednovanju.

Ključne riječi: karcinom dojke, kvaliteta života, liječenje, mastektomija.

Summary

Breast cancer is the most common malignancy in the female population. Despite the great strides in the treatment of the course of the disease, the duration, and psychological challenges negatively affect the quality of life of the patients. Women with breast cancer, alongside physical symptoms, have an increased risk of developing psychological hardships, due to the emotional trauma and the change of life circumstances. The groups that are more prone and most susceptible to the disease are a woman over the age of 50, infertile and obese, as well a woman with a genetic predisposition. Concerns about the treatment and the outcome of the disease, as well as the damaged functioning of the family, are just some of the stressors affecting the quality of life of a diseased one.

When we talk about the treatment and medicating the disease, mastectomy comes as one of the most effective and safest options. It involves the removal of the tumor and breast tissue, and depending on the prevalence it can be partial or total. In addition to therapeutic purposes, mastectomy is used in preventing purposes when the genes that are increasing the chance of disease are found in a woman. In addition to this surgical method of prevention, a combination of drugs, hormonal preparations, immunotherapy, and chemotherapy are also widely used.

This diagnosis causes significant anxiety and fear regarding the treatment and overall survival. However, research is continuously increasing the knowledge of the medical professionals on the precedence of early screening, diagnosis, and treatment, which brought to a significant increase in the quality of taking care of patients from the day of diagnosis, to treatment and curing of the disease. Doctors can predict how certain types of breast cancer will respond to the treatment; therefore, they can pick the most effective options based on the research.

For all diseases, including oncological, in order to determine the success rate of the treatment and rehabilitation, the observation of the quality of life is taken into account. It is believed that the quality of life depends on subjective experience and experience of health and its evaluation.

Keywords: breast cancer, quality of life, treatment, mastectomy.

Popis korištenih kratica

BRCA - Breast cancer mutation gene

Mutacijski gen karcinoma dojke

HER - Human epidermal growth factor receptor

Receptor epidermalnog rasta

ER - Estrogeni receptor

PR - Progesteron receptor

RR - Relativni rizik

SLNB - Biopsija limfnog čvora čuvara

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Karcinom dojke.....	3
2.1.	Klinička slika i simptomi karcinoma dojke.....	3
2.2.	Patologija i vrsta karcinoma dojke	4
2.3.	Rizični čimbnici	5
2.3.1.	<i>Dob</i>	5
2.3.2.	<i>Karcinom dojke u obitelji</i>	6
2.3.3.	<i>Genetika</i>	6
2.3.4.	<i>Socioekonomski status</i>	6
2.3.5.	<i>Duljina dojenja</i>	6
2.3.6.	<i>Trudnoća i porod</i>	6
2.3.7.	<i>Menstruacijski ciklusi</i>	7
2.4.	Dijagnostičke metode	7
2.4.1.	<i>Samopregled dojki</i>	8
2.4.2.	<i>Liječnički pregled</i>	8
2.4.3.	<i>Mamografija</i>	8
2.4.4.	<i>Ultrazvuk</i>	8
2.4.5.	<i>Magnetska rezonanca</i>	9
2.4.6.	<i>Tkivna dijagnostika</i>	9
2.5.	Pristup liječenju karcinoma dojke	9
2.5.1.	<i>Endokrina terapija</i>	10
2.5.2.	<i>Kirurški zahvat – mastektomija</i>	10
2.5.3.	<i>Radioterapija</i>	10
2.5.4.	<i>Kemoterapija</i>	11
2.5.5.	<i>Neoadjuvantna terapija</i>	11
2.5.6.	<i>HER2 – usmjerena terapija</i>	12
2.5.7.	<i>Postmastektomijsko zračenje</i>	12
3.	Definicija visokog rizika od karcinoma dojke	13
3.1.	Etička razmatranja.....	13
3.1.1.	<i>Kako zdrave žene mogu imati prednosti ili nedostatke u procjeni rizika?</i>	14
3.1.2.	<i>Kako su predviđene koristi i štete intervencijom uravnotežene</i>	14
4.	Nove i nadolazeće mogućnosti liječenja.....	15
5.	Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke	16
5.1.	Što je samopregled dojki?	16
5.2.	Kada treba obaviti mamografiju?	16
5.3.	Tko može oboljeti od karcinoma dojke?	16
5.4.	Povećan rizik za karcinom dojke vezan je uz određene životne navike i stil života koji se smatraju nezdravim.....	17
6.	Praćenje i preživljavanje	18
7.	Uloga medicinskih sestara u poboljšanju kvalitete života	19
8.	Istraživački rad.....	20

8.1. Cilj rada.....	20
8.2. Opis uzorka.....	20
8.3. Metode rada.....	20
9. Podaci s intervjua.....	21
10. Zaključak.....	32
11. Literatura.....	33

1. Uvod

Karcinom dojke česta je zloćudna bolest kod žena, ali poznato je da muškarci isto tako mogu oboljeti, iako rijetko od ove zloćudne bolesti. Statistike pokazuju da su od 2000. do 2014. godine maligne bolesti bile uzrok smrti u 23% žena i 31% muškaraca, od čega je incidencija karcinoma dojke bila 2%. Napredak znanosti i tehnologije pozitivno je utjecao na mogućnost rane dijagnoze malignih bolesti, uključujući i karcinom dojke. Napretkom tehnologije i medicinske znanosti važan je faktor što se svijest ljudi o potrebi poduzimanja preventivnih mjera i sprječavanja bolesti nastavila povećavati. Stoga je Republika Hrvatska donijela smjernice za probir i provjeru te Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke, a u listopadu je posebnu pozornost posvetila svijesti o ovom zdravstvenom pitanju na međunarodnoj razini. Cilj programa ranog otkrivanja karcinoma dojke je smanjiti smrtnost, otkriti karcinom što je prije moguće i poboljšati kvalitetu života oboljelih od karcinoma dojke [1,2].

Budući da karcinom dojke utječe na fizičko i mentalno zdravlje, liječenje pacijenata treba promatrati iz multidisciplinarne perspektive. Iako je utvrđeno postojanje čimbenika rizika za razvoj bolesti, etiologija i mehanizam karcinoma dojke još uvijek nisu poznati. Liječenje karcinoma dojke složeno je, ovisno o stadiju i veličini tumora, karakteristikama i opsegu tumorskih stanica, a može uključivati uporabu lijekova, hormonsku terapiju, kemoterapiju, radioterapiju i operaciju. Prognoza bolesti i izbor liječenja ovise o dobi pacijentice, težini, statusu menopauze i općem zdravstvenom stanju. Mastektomija je invazivan tretman gdje dolazi do odstranjivanja jedne ili obje dojke i može narušiti izgled pacijentice. Uklanjanje dijela tijela smatra se važnim čimbenikom koji remeti percepciju slike tijela, a adjuvantna terapija ima za cilj povećati samopouzdanje i svijest o vlastitom životnom potencijalu. U današnjem svijetu kada se fizička slika i dojam osobe stavlja na prvo mjesto, bilo kakva promjena ostavlja trag na ljudima, osobito kada je ona fizičke naravi. Može utjecati na negativan način kod općenitog svakodnevnog funkcioniranja osobe, kod ostvarivanja društvenih i obiteljskih kontakata, veza i uloga, a jednako tako narušava mentalno stanje osobe. Paralelno cilju koji je naveden u programu ranog otkrivanja karcinoma dojke, vrlo bitnim smatra se isto tako i održavanje dostojne kvalitete života pacijentice uz sve kokarcinome tretiranja bolesti [3].

Karcinom dojke ostaje globalna javnozdravstvena tema i trenutno je najčešći karcinom u svijetu kod žena. Svijest o karcinomu dojke te svijest zajednice imali su pozitivan utjecaj na prepoznavanje i probir karcinoma dojke. Karcinom dojke je opasna po život bolest kod žena i vodeći uzrok smrti u ženskoj populaciji. Tijekom posljednja dva desetljeća, istraživanja povezana s karcinomom dojke dovela su do zapanjujućeg napretka u našem razumijevanju karcinoma dojke, što je dovelo do daljnjih poboljšanja u terapijama [4].

"Imate karcinom dojke" možda je jedna od najtežih, najbolnijih izjava koju osoba može čuti od svog liječnika, unatoč činjenici da je karcinom dojke najčešći karcinom među ženama. Ova dijagnoza izaziva značajnu anksioznost i strah u vezi s liječenjem i ukupnim preživljavanjem. Međutim, istraživanje je povećalo znanje zdravstvenih djelatnika o prednostima ranog probira, dijagnoze i liječenja, što je dovelo do stalnog pada smrtnosti od karcinoma dojke u posljednjih 20 godina.

Liječnici mogu bolje predvidjeti kako će određene vrste karcinoma dojke reagirati na liječenje; stoga mogu izabrati učinkovitije mogućnosti liječenja na temelju ovih rezultata. Svrha ovog završnog rad je istaknuti prevalenciju, faze bolesti, dijagnostičke testove, vrste i načine liječenja i samo praćenje karcinoma dojke kao bolesti. Kada se govori o karcinomu dojke, usprkos što živimo u modernom svijetu, još uvijek je prisutna stigmatizacija ove bolesti pa samo istraživanjem i učenjem možemo pokušati iskorijeniti neutemeljene strahove koji su uobičajeni u društvu oko ove dijagnoze i naposljetku smanjiti stigmatizaciju [4].

2. Karcinom dojke

Maligni tumori u Hrvatskoj pogađaju više od 20.000 ljudi i uzrok su smrti velikog broja pacijenata. Budući da je drugi vodeći uzrok smrtnosti nakon kardiovaskularnih bolesti, karcinom je postao velik javnozdravstveni problem stanovništva. Karcinom dojke, koji čini 2% slučajeva, klasificiran je kao predvodeći uzrok smrti te čak čini 20% smrti među ženskom populacijom [5, 6].

Karcinom dojke najčešći je zloćudni tumor u ženskoj populaciji i čest je zdravstveni, društveni, ali i globalni problem. Vezano za pojavu karcinoma dojke, bolest se može pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, no najveća je incidencija u doba menopauze, odnosno najčešće zahvaća žensku populaciju nakon 50. godine života. Otprilike 25% karcinoma dojke otkriva se prije 50. godine, a nešto manje od 5% prije 30. godine. O karcinomu dojke u današnje vrijeme zna se puno no etiologija i mehanizam karcinoma dojke još nisu razjašnjeni. Međutim, nekoliko čimbenika, poput dobi, nasljedstva, načina života i prehrane, reproduktivnih karakteristika i neravnoteže ženskih hormona, smatra se uzrokom nastanka ove bolesti. Pažnju se pridodaje i društveno - ekonomskom statusu i etničkoj pripadnosti, utjecaj faktora mutacije, spolnih hormona, slobodnih radikala i onkogeni. Također je istaknuto da je učestalost karcinoma dojke veća u obiteljima s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Jedni od najrizičnijih faktora rizika za karcinom dojke navedeni su još genetska osjetljivost, izloženost estrogenu, ionizirajuće zračenje, te povijest atipične hiperplazije [7].

U vezi s dobi i reproduktivnom aktivnošću, utvrđeno je da se karcinom dojke javlja prije 30. godine, a učestalost pojavljivanja se udvostručuje svakih deset godina do menopauze. Rana menarha i kasna menopauza nakon 50. godine, nerađanje ili kasno prvo rođenje nakon 35. godine povećavaju rizik od karcinoma dojke [8].

2.1. Klinička slika i simptomi karcinoma dojke

Građa dojke sastoji se od kože, masnog tkiva i mliječne žlijezde. Od adolescencije do starosti, morfološke i fiziološke promjene događaju se kontinuirano s promjenama menstrualnog ciklusa, trudnoće, dojenja i menopauze. Karcinom dojke klasificira se prema vrsti tkiva i opsegu svog podrijetla, a ovisno o mjestu, može se pojaviti i početi u dojci, dojkama, masnom tkivu ili vezivnom tkivu. Karcinom in situ je naziv za karcinom koji se nije proširio van prvobitnog mjesta nastanka. Utvrđeno je da se većina karcinoma dojke, oko 90%, javlja u dojkama ili stjenkama dojke ili kanala. Karcinom koji se pojavi u režnjicima, odnosno mliječnim žlijezdama naziva se lobularni karcinom, javlja se prije menopauze i otkriva se slučajno. Invazivni karcinom dojke

može biti ograničen na dojku ili može u metastatskom obliku utjecati na druga tkiva u tijelu. Kao prvi i najčešći simptom karcinoma dojke navodi se kvržica koja se opipava različito, kao zadebljano i čvršće tkivo od onog koje postoji u dojkama od okolnog tkiva. Kod ranog stadija otkrivanja kvržica je pomična dok se kasnije ne može micati zato što je prirasla uz kožu ili stjenku prsnog koša. Stadij uznapredovale bolesti na koži mogu izazvati promjene u obliku kvрге, inficirane rane ili zadebljane kože koja je nalik na narančinu koru. Karcinom dojke češće se pojavljuje u lijevoj dojci nego u desnoj. Dvadeset posto karcinoma dojke nastaje oko bradavice, u središnjem djelu, a 50% u gornjem lateralnom kvadrantu. Način širenja samog karcinoma u okolna limfna čvorišta povezan je s mjestom nastanka karcinoma dojke. [9]

Osim toga, pronalaženje i točno mjerenje malih karcinoma pronađenih suvremenim snimanjem može biti teško ako nisu vidljivi pri grubom pregledu uzorka, posebno zato što se kirurški uz karcinom prezentiran u patološkom laboratoriju može jako razlikovati od oblika in vivo koji je primijetio kirurg i radiolog zbog elastičnosti tkiva dojke [10].

Rana identifikacija i otkrivanje ispod navedenih simptoma od velike su važnosti:

- Otekline dojke, okolnog područja ili pazušne jame
- Čvorić u dojci
- Promjena veličine ili oblika dojke
- Osjetljivost dojke, promjene izgleda ili osjeta dojke, areole ili bradavice (toplina, otekline, crvenilo)
- Bol u bradavici
- Iscjedak iz bradavice
- Promjene bradavice, kao npr. uvlačenje bradavice unutra
- Promjene na koži, koža dojke može naličiti na narančinu koru

2.2. Patologija i vrsta karcinoma dojke

Zloćudni tumori dojke najčešće, i to u 90% slučajeva, nastaju iz duktalnog epitela, a rjeđe, 10%, iz lobularnog epitela. Dije se u dvije velike skupine, s obzirom na bazalnu membranu, na neinfiltrirajuće, in situ karcinome koji nisu probili bazalnu membranu i infiltrirajuće koji su probili bazalnu membranu, tj. invazivni karcinom.

Navedene su glavne vrste karcinoma dojke koji se klasificiraju u A i B grupu: neinfiltrirajući (neinvazivni), intraduktalni karcinom (comedocarcinoma), intraduktalni papilarni karcinom, lobularni karcinom in situ.

Infiltrirajući (invazivni) duktalni karcinom: invazivni lobularni karcinom, medularni karcinom (carcinoma medullare), koloidni karcinom (mucinozni), Pagetova bolest (morbus Paget), tubularni karcinom.

Također, genska predispozicija i nasljeđe imaju veliku ulogu u razvijanju karcinoma dojke. Sporadični karcinom dojke (SBC – Sporadic Breast Cancer) koji se javlja u bolesnica s negativnom obiteljskom anamnezom karcinoma dojke tijekom dviju generacija. Čini 68% svih karcinoma dojke. Obiteljski karcinom dojke (FBC - Familial Breast Cancer) javlja se u bolesnica s obiteljskom anamnezom koja uključuje jedan ili više slučajeva karcinoma u prvom ili drugom koljenu, ali koji ne odgovara definiciji nasljednog karcinoma dojke. Čini 23% karcinoma dojke. Nasljedni karcinom dojke (HBC – Hereditary Breast Cancer) karcinom dojke s pozitivnom obiteljskom anamnezom karcinoma dojke i povremeno pridruženim karcinomom (npr. jajnika, debelog crijeva), visokom incidencijom i distribucijom u rodoslovlju koje je konzistentno s autosomno dominantnim, visoko penetrantnim karcinom osjetljivim faktorom. Čini 9% svih karcinoma dojke [10, 11].

2.3. Klasifikacija proširenosti karcinoma dojke

Klasifikacija proširenosti karcinoma dojke temeljena na TNM klasifikaciji prema Američkom združenom povjerenstvu za karcinom dijeli bolest u 5 stadija:

Stadij 0. Tumor in situ, bez zahvaćanja limfnih čvorova i udaljenih metastaza. Petogodišnje preživljenje je 92% do 100%.

Stadij 1. Tumor manji od 2 cm, ne zahvaća limfne čvorove, bez udaljenih metastaza. Petogodišnje preživljenje je 87% do 100%.

Stadij 2. Tumor od 2 do 5 cm, s pomičnim, povećanim aksilarnim limfnim čvorovima, bez udaljenih metastaza. Petogodišnje preživljenje iznosi 75% do 93%.

Stadij 3. Karcinomi dojke bilo koje veličine sa zahvaćanjem kože, fiksacijom uz prsni mišić i prsnu stjenku, zahvaćanjem i fiksacijom regionalnih limfnih čvorova, ali bez udaljenih metastaza. Petogodišnje preživljenje je 46% do 72%.

Stadij 4. Bilo koji oblik karcinoma dojke sa diseminiranim metastazama. Petogodišnje preživljenje iznosi 13% do 22% [10, 11].

2.4. Rizični čimbnici

Utvrđeno je da su različiti čimbenici prediktori relativnog rizika od razvoja karcinoma dojke. Epidemiološke varijable koje utječu na rizik od razvoja karcinoma dojke uključuju dob, bračni status, zemljopisni položaj, rasu ili etničku pripadnost i društveno - ekonomski status. Rizik od razvoja karcinoma dojke raste s godinama, među neudatim ženama u Sjedinjenim Državama i Europi te među ženama višeg socioekonomskog sloja. S druge strane, rizik od razvoja karcinoma dojke smanjen je među plodnim udanim ženama u azijskim zemljama, među istočnim ženama i među ženama nižih socioekonomskih klasa. Reproductivna povijest igra važnu ulogu u određivanju rizika od razvoja karcinoma dojke. Rizik od razvoja karcinoma dojke raste s ranom menarhom, a smanjuje se s odgođenom prvom menstruacijom. Kasna prirodna menopauza povećava rizik od karcinoma dojke, dok rana ooforektomija pruža zaštitu. Vjeruje se da hormonski čimbenici igraju važnu ulogu u etiologiji karcinoma dojke, no doprinos estrogenih i androgenih utjecaja razvoju neoplazije dojke nije utvrđen. Određene karcinomcije estrogena nazvane su karcinogenima dojke, dok se pokazalo da određeni androgeni nadbubrežni steroidi doprinose razvoju karcinoma dojke. Kronični cistični mastitis povezan je s povećanim rizikom od razvoja karcinoma dojke. Pozitivna obiteljska anamneza povećava rizik od razvoja karcinoma dojke, a karcinom dojke u anamnezi značajno povećava vjerojatnost kasnijeg razvoja neoplazije dojke [12].

2.4.1. Dob

Kao najveći čimbenik oboljenja od karcinoma dojke kod žena navodi se dob. Oko 60% karcinoma dojke razvija se u žena iza 50 godina života. Opasnost je najveća nakon dobi od 75 godina [12, 13].

2.4.2. Karcinom dojke u obitelji

Žene čije su majka, teta, sestra ili rođakinje u prvom koljenu s majčine strane imale karcinom dojke, imaju 2-3 puta povećan rizik za nastanak karcinoma dojke, ali karcinom daljnjih rođaka neznatno predstavlja rizik za oboljenje od karcinoma dojke [12, 13].

2.4.3. Genetika

Okolo polovina nasljednih tumora se dovodi u vezu s mutacijama dva supresorska gena BRCA 1 i BRCA 2 (breast cancer gen 1 i 2) te je dokazano da žene s mutacijom jednog ili oba gena imaju

90% veću vjerojatnost za oboljenje od karcinoma dojke. U tim obiteljima gdje postoji genetska predispozicija, karcinom dojke je puno agresivniji i hormonski ovisan, a ženama nositeljima tih gena se preporučuje pojačan oprez, češći kontrolni pregled i mamografija [12, 13].

2.4.4. Socioekonomski status

Žene višeg socioekonomskog statusa koje žive u gradovima pod utjecajem zagađenog, ubrzanog i stresnog načina života imaju veći rizik za nastanak karcinoma dojke od onih žena nižeg socioekonomskog statusa s mirnijim i manje zagađenim životom u ruralnom području [12, 13].

2.4.5. Duljina dojenja

Ovo se smatra bitnim čimbenikom te se vjeruje da žene koje doje dulje od godinu dana imaju na polovicu smanjen rizik nastanka karcinoma dojke, za razliku od žena koje uopće nisu dojile [12, 13].

2.4.6. Trudnoća i porod

Dvostruko manji rizik za nastanak karcinoma dojke imaju one žene koje su rodile prije 25. godine no međutim za one žene koje su prvo dijete rodile poslije 30. godine ili ako nisu uopće rodile postoji veći rizik i to 4 puta od obolijevanja od karcinoma dojke [12, 13].

2.4.7. Menstruacijski ciklusi

Vrlo je bitno kad je žena dobila prvu mjesečnicu i kada je žena ušla u razdoblje menopauze budući da je dužina izloženosti djelovanju estrogena i progesterona važan rizični čimbenik. Smatra se da žene koje su prvu mjesečnicu dobile prije 12. godine života imaju povećan rizik nastanka karcinoma dojke, a žene koje su imale zakašnjelu prvu mjesečnicu imaju manji rizik nastanka karcinoma dojke. Isto tako, žene koje iznad 55. godine imaju menopauzu imaju povećan rizik za dobivanje karcinoma dojke. Zaključeno je da što je dulja izloženost djelovanju estrogena, to je veća vjerojatnost od razvoja karcinoma dojke [12, 13].

2.5. Dijagnostičke metode

Da bi se postavila prava dijagnoza kod pojave prvih simptoma ili sumnje u genetičke predispozicije nastanka karcinoma, nužno je napraviti dijagnostičke pretrage koje započinju anamnezom i kliničkim pregledom. Ti postupci dijagnosticiranja tumora dojke nazivaju se rano otkrivanje tumora dojke ili probir (eng. screening). Kod već kroničnog statusa, dijagnostička obrada uključuje patohistološki ili citološki pregled iz karcinoma tkiva i stanica. Opisujući mamografiju kao dijagnostički i preventivni test, ukazuje se na mogućnost otkrivanja karcinoma dojke unutar dvije godine prije nego što tumor dosegne veličinu dovoljnu za palpaciju. Nadalje su istaknuli kako se mamografija smatra najvažnijom metodom u dijagnostici bolesti, ima visoku osjetljivost i specifičnost za pravovremeno otkrivanje karcinoma dojke, a trenutno je jedina prihvatljiva metoda probira karcinoma dojke. Kako bi se utvrdio stupanj prijenosa bolesti, postupak dijagnosticiranja uključuje povijest bolesti i klinički pregled dojke i regionalnih limfnih čvorova, biokemijsku kompletnu krvnu sliku, bilateralnu mamografiju, ultrazvučni pregled dojki s limfnim čvorovima u tom području te snimanje magnetskom rezonancijom, biopsija tkiva, citološka punkcija. Ako se sumnja na progresivno pogoršanje nužno je u dijagnostičke postupke uključiti određivanje statusa receptora epidermalnog rasta (HER2), odraditi pregled kostiju, pluća, abdomena i ostaloga [14, 15, 16].

Najčešće dijagnostičke metode i pretrage za otkrivanje karcinoma dojke:

- samopregled
- liječnički, klinički pregled (palpacija)
- radiološki pregled; mamografija, ultrazvuk dojki, magnetska rezonanca
- tkivna dijagnostika; core biopsija (punkcija 'debljom' iglom), citopunkcija

2.5.1. Samopregled dojki

Samopregled dojki trebao bi početi nakon 20.-25. godina, preporučuje se barem jednom mjesečno. Budući da se grudi mijenjaju tijekom menstrualnog ciklusa, dojke je potrebno pregledati između 6. i 10. dana menstrualnog ciklusa jer u to vrijeme dojka najmanje osjetljiva. Pozornost treba obratiti na one oblike koji se neće promijeniti nakon jednog ili dva menstrualna ciklusa te na izgled bradavice i ima li vidljivog iscjetka. Samopregled dojki mogu vršiti i muškarci. U slučaju sumnjive detekcije važno je na vrijeme kontaktirati liječnika radi pregleda [14, 15, 16].

Samopregled promatranjem - samopregled započinje promatranjem. Najprije je potrebno skinuti odjeću do pojasa te stati ispred ogledala s rukama pruženim uz tijelo. Kada se zauze taj

položaj promatraju se veličina, izgled, simetrija dojki te je već tada moguće zamijetiti promjene. Kod daljnjeg promatranja, ruke se dižu iznad glave i prati se pomičnost dojki odnosno da li se simetrično odižu. Nadalje se ruke stavljaju na kukove te se prati isto. Nakon toga, potrebno se okrenuti bočno prema ogledalu te s obje strane promatrati zasebno svaku dojku.

Samopregled opipavanjem - kad je prvi dio pregleda (promatranje dojki) završen, opipavanjem se nastavlja pregled. Prilikom pregleda dojke opipavanjem, važno je napomenuti da se pregled vrši jagodicama tri prsta: kažiprstom, srednjim prstom i prstenjakom te u smjeru kazaljke na sat. Pregled dojki opipavanjem moguće je odraditi u dva položaja – u stojećem i ležećem. Preporuča se kombiniranje pregleda u oba položaja. Kod stojećeg položaja, lijeva ruka digna se iznad glave te se desnom rukom opipava lijeva dojka i obratno. U ležećem položaju stavi se savijeni ručnik ispod lijeve lopatice, odigne se ruka te se desnom rukom opipava lijeva dojka, a zatim se ista radnja ponavlja za desnu dojku. Postoje 3 tehnike opipavanja dojke: tehnika kružnog pregleda, tehnika spiralnog pregleda i po kvadrantima dojke. Tehnika kružnog pregleda počinje od bradavice te se postupno rade veći krugovi sve dok se ne pregleda cijela dojka, pazušna jama i ključna kost. U tehnici spiralnog pregleda dojke treba pregledati opipavanjem od gore prema dolje dok se sve ne obuhvati. U trećoj, posljednjoj tehnici, potrebno je dojku podijeliti u 4 kvadranta: donji lijevi i donji desni te gornji lijevi i gornji desni te se svi prethodno navedeni koraci ponavljaju. Kod samog kraja pregleda, potrebno je nježno pritisnuti bradavicu kako bi se uočio iscjedak te ukoliko se iscjedak pojavi, važno je obratiti pažnju na boju.

2.5.2. Liječnički pregled

Liječnik na temelju svog iskustva obavlja fizički pregled dojki, pazuha, donjeg i gornjeg područja ključne kosti i donji dio vrata. Može se utvrditi postoje li kvržice, a ako ih ima, provjeriti njihov oblik i veličinu, pomičnost i jesu li vidljive vanjske promjene na koži [14, 15, 16].

2.5.3. Mamografija

Mamografija je najčešća, najjednostavnija, široko prihvaćena i najbolja metoda ranog otkrivanja karcinoma dojke. To je rentgenski pregled dojke radi otkrivanja i točnijeg utvrđivanja njezina podrijetla. Međutim, valja naglasiti da se u 30% slučajeva ne mogu prikazati sve postojeće promjene pa se ovaj rezultat naziva "lažno negativan" rezultat. Žene bi trebale redovito obavljati

mamografiju svake 1-2 godine, iznad 45-50. dobi. Za žene visokog rizika, preporučuje se ranije i češće [14, 15, 16].

2.5.4. Ultrazvuk

Ultrazvuk je metoda vrijedna kao i mamografija i pogodna je za mlade žene u slučaju sumnjivih otkrića. Ovo je metoda gdje se vidi jasna razlika između cista i solidnih tumora i temelji se na principu akustičke refleksije visoke frekvencije [14, 15, 16].

2.5.5. Magnetska rezonanca

Magnetska rezonanca koristi se za pronalaženje i praćenje metastaza karcinoma dojke zbog izrazito gusto žljezdanog tkiva, zatim kod žena s mutacijom BRCA gena, žena s prethodnom operacijom, žena koje su bile podvrgnute zračenju te kod kojih je obavljena rekonstrukcija dojke zbog karcinoma dojke [14, 15, 16].

2.5.6. Tkivna dijagnostika

Sumnjiva tvorba koja se dijagnosticirala prethodnim metodama se dalje podvrgava preciznijim metodama dijagnosticiranja tumora, a to su patohistološki pregledi koji sa sigurnošću mogu utvrditi je li tumor dobroćudan ili nije. Patohistološki pregled nam je važan kako bi što pouzdanije i na vrijeme mogli postaviti konačnu patohistološku dijagnozu. Patohistološka dijagnoza daje točne podatke o veličini, vrsti tumora, njegovim biološkim karcinomteristikama, a svi ti podaci su neophodni za daljnju prognozu i liječenje te bolesti [14, 15, 16].

Biopsija - uzima se tkivo tumora za patohistološki pregled, a moguće ju je napraviti tako da se uzima iz karcinom tkiva, tzv. "core" biopsija ili se može napraviti tako da se dio ili cijela tvorba odstrani kirurški, tzv. "kirurška" biopsija [14, 15, 16].

Citološka punkcija - stanice tkiva dojke mogu se dobiti aspiracijom (uvlačenjem) tankom iglom, aspiracijom bradavice i duktalnom lavažom. Pod kontrolom ultrazvuka liječnik može točno ubosti i manja sumnjiva mjesta koja se ne mogu osjetiti palpacijski [14, 15, 16].

2.6. Pristup liječenju karcinoma dojke

Ogromni resursi posvećeni istraživanju karcinoma dojke i posvećenost tisuća istraživača ovom problemu temelje se na uvjerenju da će prevencija, otkrivanje i liječenje ove bolesti u konačnici ovisiti o dubljem razumijevanju biologije karcinoma dojke nego što ga imamo danas. Jednako je važno, međutim, priznanje da je prijenos plodova temeljnih istraživanja na kliniku iznimno složen zadatak koji zahtijeva intelektualnu suradnju među ljudima sa širokim rasponom znanja i razumijevanja. Iz tog razloga, uspjeh u translacijskom istraživanju zahtijeva spajanje i angažiranje više disciplina. U skladu s tim, stanični biolog, epidemiolog, molekularni biolog, patolog, radiolog, molekularni genetičar i klinički istraživač postali su neraskidivo povezani u zajedničkoj potrazi za napretkom u smanjenju smrtnosti od karcinoma dojke. Postizanje ovog cilja postavlja izazov svakom od ovih stručnjaka da okupi i integrira znanja iz različitih područja s kojima im relativno nije poznato [17, 18].

2.6.1. Endokrina terapija

Kada se 10% ili više stanica pozitivno oboji kod IHC (imunohistokemija) testa, tada se utvrđuje da tumorske stanice imaju na svojoj površini receptore estrogena i progesterona. Nalaz tog testa ima važnu ulogu kod daljnjeg liječenja. Što je nalaz izraženije pozitivan, veća je korist od endokrine terapije. ER pozitivni tumori reagiraju na hormonsku terapiju u oko 50% do 60% slučajeva. Ako je tumor također PR pozitivan tada se stopa odgovora relativnog rizika (RR) povećava sa 70% na 80%. ER i PR negativni tumori imaju manje od 10% RR u odnosu na hormonsku terapiju. Postoje dvije klase hormonskih sredstava za karcinom dojke: selektivni ER modulatori (SERM) i inhibitori aromataze (AI) [19].

2.6.2. Kirurški zahvat – mastektomija

Kirurgija ostaje prvi način liječenja tumora veličine koja pogoduje dobrom kozmetičkom ishodu i bez zahvaćenosti limfnih čvorova. Mastektomija nema prednosti preživljavanja u odnosu na lumpektomiju nakon koje slijedi terapija zračenjem. Međutim, očuvanje dojke ne preporučuje se ako postoji opsežniji tumor, upalna prezentacija ili multifokalna bolest. Nacionalna sveobuhvatna mreža za karcinom smatra da su margine jasne ako postoji više od ili jednako 1 mm normalnog tkiva između tumora i kirurškog ruba, iako mnoge institucije preferiraju dobivanje margina većih ili jednakih 2 mm. Disekcija stražnjih limfnih čvorova s disekcijom aksilarnih čvorova za one s pozitivnim stražarskim limfnim čvorovima dugo je bila kirurški standard skrbi.

Disekcija aksilarnih limfnih čvorova ostaje standard za veću aksilarnu bolest, tumore veće od 5 cm, nakon preoperacijskog liječenja, te ako se ne planira djelomično zračenje dojke ili nema zračenja [19].

2.6.3. Radioterapija

Radioterapija se obično daje nakon dovršenih kirurških i kemoterapijskih režima, ali prije početka hormonske terapije. Standardna radioterapija cijele dojke sastoji se od tretmana 5 dana u tjednu tijekom 5 tjedana, nakon čega slijedi jednotjedni poticaj do mjesta lumpektomije. Ubrzano djelomično ozračivanje dojke može se primijeniti na nekoliko različitih metoda i događa se nakon operacije (ali prije kemoterapije) nakon što se potvrdi da su kirurški rubovi jasni. Postoje povremene iznimke od standarda brige o terapiji zračenjem nakon konzervacije dojke. Ženama starijim od 70 godina s ER pozitivnim tumorima, negativnim limfnim čvorovima i čistim kirurškim rubovima terapija zračenjem se možda ne preporučuje. Sve pacijentice s operacijom očuvanja dojke trebale bi se konzultirati s onkološkom radijacijom radi najprikladnijih preporuka radioterapije [19].

2.6.4. Kemoterapija

Adjuvantna kemoterapija nakon konačne operacije općenito se preporučuje bolesnicima s bolešću s visokim rizikom od recidiva. Sljedeće kliničko-patološke karakteristike mogu biti indikacije za kemoterapiju: ER-, PR- i HER2-negativne; HER2-pozitivan; veća veličina tumora; i pozitivni limfni čvorovi. Za pacijente s negativnim rezultatima na limfne čvorove i ER-pozitivne tumore, genomsko testiranje na temelju RNA može se koristiti za bolju procjenu rizika od udaljenog recidiva, kao i za identifikaciju pacijenata koji će imati najviše koristi od kemoterapije. Genomsko ispitivanje može se razmotriti i kod pacijenata koji imaju ograničen broj pozitivnih limfnih čvorova nakon SNLB – a (biopsija limfnog čvora čuvara) ili aksilarne disekcije kako bi se utvrdilo je li indicirana kemoterapija. Za bolesnike s visokorizičnom bolešću, citotoksična terapija trebala bi uključivati i antraciklin i taksan. Za bolesti niskog rizika antraciklini se češće izostavljaju. Odluka o uporabi kemoterapije trebala bi se temeljiti na ravnoteži potencijalne koristi za preživljavanje s popratnim bolestima pacijenta i rizikom od komplikacija [19].

2.6.5. Neoadjuvantna terapija

Postoje različite indikacije za neoadjuvantnu terapiju: tumor veći od 5 cm u pacijentice koja želi očuvanje dojke, tumor fiksiran na stjenku prsnog koša, lokalno uznapredovala bolest i upalni karcinom dojke. Režimi kemoterapije ovise o podtipu receptora; većina će sadržavati antraciklin i taksan. Za HER2-pozitivnu bolest, trastuzumab i pertuzumab trebaju se davati istodobno s taksanom. Za pacijentice s lokalno uznapredovalom bolešću u kojih će kemoterapija biti previše otrovna, ali koje još uvijek imaju izlječiv karcinom dojke, može se razmotriti i neoadjuvantna endokrina terapija [19].

2.6.6. HER2 – usmjerena terapija

Za HER2-pozitivan karcinom dojke, trastuzumab, monoklonsko protutijelo specifično za HER2, poboljšava preživljavanje pacijenata s ranim stadijem karcinoma dojke i treba ga davati uz kemoterapiju. Zbog povećanog rizika od zatajenja srca s režimima koji sadrže antraciklin i trastuzumab, mogu se koristiti režimi bez antraciklina, taksana. Nijedno ispitivanje nije uspoređivalo različite režime HER2; stoga, za pacijente s najvećim rizikom, standardni režim sadrži antraciklin nakon kojeg slijedi taksan s trastuzumabom. Bez obzira na to koja se kemoterapija koristi, trastuzumab treba nastaviti 1 godinu, uz praćenje srca svaka 3 mjeseca [19].

2.6.7. Postmastektomijsko zračenje

U žena liječenih mastektomijom, zračenje se preporučuje za adjuvantno liječenje ako postoje klinički ili patološki čimbenici koji predviđaju srednji do visoki rizik ($\geq 10\%$) lokalno -regionalnog recidiva. Randomizirana prospektivna ispitivanja potvrdila su smanjenje lokalno -regionalnog recidiva i poboljšanje preživljavanja s postmastektomijskim zračenjem u ovoj podskupini žena. Nasuprot tome, žene s niskim rizikom za lokalno - regionalni recidiv nakon mastektomije ne zahtijevaju zračenje. Pacijenti koji se općenito liječe postmastektomijskim zračenjem uključuju one koji imaju 4 ili više pozitivnih aksilarnih čvorova, veličinu tumora T3, pozitivne rubove resekcije i lokalno uznapredovali ili upalni karcinom dojke. Zračenje se također preporučuje pacijentima koji imaju 1–3 pozitivna čvora i druge čimbenike rizika za lokalno-regionalni recidiv, poput limfovaskularne invazije, mlade dobi, tumora visokog stupnja ili karcinoma dojke negativnih na hormonske receptore [19].

3. Definicija visokog rizika od karcinoma dojke

Definicija „visokog rizika“ važna je osobito ako je procjena i pružanje povratnih informacija o riziku povezana s potencijalnom štetom. Na primjer, intervencije koje uključuju lijekove za smanjenje rizika s potencijalno značajnim nuspojavama ili profilaktičke mastektomije zahtijevaju pažljivo razmatranje procijenjene koristi u odnosu na potencijalnu štetu. Odluka o prihvatanju takvih intervencija donijela bi se kada postoji jasnija korist od štete. Međutim, prag kada dolazi do omjera koristi i štete ovisi o jasnoj definiciji „visokog rizika“. Stoga će definicija visokog rizika biti povezana sa štetnošću predložene intervencije.

Pojam visoki rizik često se definira u odnosu na rizik osobe od karcinoma dojke u usporedbi s pozadinskom populacijom; rijetko je definiran posebnim pragom ili graničnom vrijednosti. Za kliničku provedbu često je potrebna granica za uključivanje žena u programe za smanjenje rizika.

Da bi se odlučio o pragu za "visoki rizik", potrebno je razmotriti konkurentne rizike u pogledu stvarne procjene rizika koja se koristi za pozivanje žena na program intervencije i procijenjenih nedostataka od intervencije. Procjena apsolutnog rizika smatra se najkorisnijom informacijom za određivanje intervencija za smanjenje rizika, uz istovremeno uzimanje u obzir konkurentnih rizika. U takvim modelima, konkurentski uzroci mortaliteta prije postavljanja dijagnoze karcinoma dojke uzimaju se u obzir u odnosu na „čisti“ kumulativni rizik od karcinoma dojke, koji ne uzima u obzir rizik od konkurentskih fatalnih događaja i tako daje procjene višeg rizika. Kritično je pitanje treba li primanje intervencije temeljiti samo na apsolutnoj procjeni rizika koristi koja premašuje rizik od drugih po život opasnih događaja uzrokovanih tom intervencijom. Potraga za učinkovitim intervencijama s ograničenim štetnim učincima stoga je visoki prioritet, budući da su trenutno dostupni lijekovi za prevenciju karcinoma dojke i trenutne standardne doze povezane s nuspojavama koje se smatraju manje prihvatljivima za zdrave žene [20, 21, 22].

3.1. Etička razmatranja

Još uvijek se raspravlja o procjeni rizika od karcinoma. Procjene rizika drugih bolesti opasnih po život, poput moždanog udara i infarkta miokarda, manje su kontroverzne. Krvni tlak i kolesterol u plazmi obično se mjere bez puno podataka o implikacijama rezultata. Za program smanjenja rizika od karcinoma dojke, ključni etički izazov je prvo pitati žene žele li procijeniti njihov individualni rizik, a zatim ih, do nalaza, pozvati da razmisle o intervenciji. Za razliku od probira, čiji je cilj rano otkrivanje zloćudnih bolesti, cilj procjene rizika od karcinoma dojke je prikazati rizik žene od razvoja karcinoma dojke u određenom vremenskom razdoblju. Procjena bi trebala voditi donošenju odluka o budućim modalitetima pregleda, učestalosti pregleda i potrebi za

naporima za smanjenje rizika. Nekoliko etičkih razmatranja javlja se kada je zdrava žena kategorizirana kao visokorizična - doduše, etički izazovi javljaju se ranije, kada se donese odluka o poduzimanju procjene rizika. Kreatori politike i pružatelji zdravstvenih usluga moraju riješiti nekoliko pitanja [20, 21, 22].

3.1.1. Prednosti ili nedostatci u procjeni rizika

Pomisao na dobivanje karcinoma dojke izaziva anksioznost kod svih žena. Procjena rizika može izazvati emocionalni stres, sam na temelju kulturnih uvjerenja, povijesti karcinoma dojke među rodbinom, različitih strategija suočavanja i tako dalje. Nasuprot tome, pojedinačna procjena rizika od karcinoma dojke nudi prednosti, uključujući poznavanje procjene rizika, potencijalne koristi povezane sa prevencijom karcinoma dojke ili ranim otkrivanjem latentne dijagnoze karcinoma dojke. Potencijalne štete "označavanja" zdrave žene visokim rizikom od karcinoma dojke trebale bi se usporediti s prednostima nesposobnosti suočavanja s neizvjesnošću zbog želje da se zna za njihov rizik. Važno je napomenuti da bi određeni broj žena mogao precijeniti rizik od razvoja karcinoma dojke. Tako je polovica žena vjerovala da su u povećanom riziku, ali zapravo nisu. Ovo također pokazuje da izvedba kvantitativne procjene rizika može smanjiti tjeskobu oko budućeg rizika i dati realnu procjenu kvantitativne procjene rizika koja će biti točnija od percepcije rizika mnogih žena [20, 21, 22].

3.1.2. Učinkovitost intervencija na visokorizične žene

Još jedno etičko razmatranje su strategije intervencija koje se nude visokorizičnim ženama. Za ove žene trenutno predloženi naponi za smanjenje rizika uključuju promjene načina života (prehrana, gubitak težine, tjelesna aktivnost, smanjenje unosa alkohola) i medicinske endokrine intervencije. Do sada nijedna studija nije izvijestila o štetnim učincima umjerenih promjena načina života; nego je takva intervencija korisna za prevenciju karcinoma dojke i za druge bolesti, uključujući kardiovaskularne poremećaje. Omjer koristi i štete medicinske intervencije za zdrave žene treba usporediti sa širim prednostima zdravijeg načina života [20, 21, 22].

4. Nove i nadolazeće mogućnosti liječenja

Razvojem sekvenciranja gena, ciljane terapije i molekularne dijagnostike, liječenje karcinoma dojke ima potencijal postati usmjereno prema specifičnostima tumora svakog pacijenta. Receptori estrogena i progesterona već se koriste za predviđanje odgovora tumora na hormonsku terapiju. Aktivator plazminogena urokinaze i inhibitor aktivatora plazminogena-1 novi su prognostički markeri. Novo dijagnosticirani karcinom dojke s niskim koncentracijama ovih markera ima nizak rizik od recidiva - osobito u pacijenata s tumorima pozitivnim na hormonske receptore koji primaju adjuvantnu endokrinu terapiju - da kemoterapija može pružiti samo minimalnu korist [23, 24].

5. Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke

Nacionalnim programom ranog otkrivanja karcinoma dojke obuhvaćene su sve žene u RH u dobi od 50 do 69 godina. U okviru programa žene mogu obaviti mamografski pregled dojki svake dvije godine. Žene na kućnu adresu dobiju poziv za besplatni mamografski pregled. Cilj ovog organiziranog probira je smanjiti smrtnost od karcinoma dojke za 25% do 30%, otkriti karcinom u početnom stadiju u većem postotku nego danas te poboljšati kvalitetu života bolesnica s karcinomom dojke [25].

5.1. Što je samopregled dojki?

Samopregled dojki je postupak koji ženi omogućuje da sama pregleda svoje grudi. Najbolje je da žena obavi pregled tjedan ili dva nakon početka mjesečnice, a ako žena nema više mjesečnicu najbolje je odrediti jedan dan u mjesecu kada će to učiniti. Prilikom samopregleda posebnu pozornost treba obratiti na sljedeće znakove: otkrivanje kvržice pri opipu, zadebljanje u dojci, povećanje jedne dojke, bilo kakve promjene na koži bradavica i dojki, iscjedak iz bradavice, bolovi u dojci. Ako žena uoči bilo koji od navedenih simptoma, obavezno se treba obratiti liječniku [25].

5.2. Kada treba obaviti mamografiju?

Mamografija je rendgenski pregled dojki kojim se otkrivaju tumori i druge promjene dojke koje su premalene da bi se mogle napipati. Dokazano je da mamografija bilježi promjene na dojci oko dvije godine ranije od kliničkog pregleda zasnovanog na pojavi simptoma ili opipljive kvržice. Mamografija se kod žena s mjesečnicom obavlja u razdoblju od petog do desetog dana ciklusa, brojeći od prvog dana zadnje mjesečnice. Iako je mamografija izuzetno vrijedna i nezamjenjiva pretraga u otkrivanju i najmanjih karcinoma, treba naglasiti da se mamografija ne može prikazati 15-20% karcinoma dojki, posebno kad se radi o dojkama s gustom žljezdanom strukturom. Prvi mamografski pregled dojki svaka žena treba napraviti između 38. i 40. godine života. Kod žena s pojavnošću karcinoma dojke u bližih srodnika, preporuča se ranije započinjanje redovitih mamografskih pregleda [25].

5.3. Tko može oboljeti od karcinoma dojke?

Od karcinoma dojke najčešće obolijevaju žene iznad pedesete godine života, ali u najnovije vrijeme sve češće obolijevaju i mlađe žene u četrdesetim, tridesetim i dvadesetim godinama.

Muškarci također mogu oboljeti od karcinoma dojke, ali puno rjeđe nego žene. Jedan posto svih zabilježenih slučajeva karcinoma dojke zabilježeno je kod muškog spola [25].

5.4. Povećan rizik za karcinom dojke vezan je uz određene životne navike i stil života koji se smatraju nezdravim

- Nezdrava prehrana (visok udio masnoće u hrani)
- Pretilost
- Povećana konzumacija alkohola
- Pušenje
- Izloženost radioaktivnom zračenju [25]

6. Praćenje i preživljavanje

Nakon što žene završe svoj individualizirani tijek aktivnog liječenja za karcinom dojke, potrebno je pomno praćenje s naglaskom na oporavak i preživljavanje. Prvu godinu nakon postavljanja dijagnoze, žene bi trebale napraviti mamografiju na zahvaćenu dojku 6 mjeseci nakon posljednje operacije konzervacije dojke, a zatim ponovno 6 mjeseci kasnije. Vrijeme snimanja zahvaćene dojke treba uskladiti s kontralateralnom godišnjom mamografijom pri bilo kojem šestomjesečnom praćenju. Magnetsku rezonancu treba godišnje raditi onima koji su genetski predisponirani za karcinom dojke (nositelji BRCA1 ili BRCA2).

Klinički pregledi dojki trebali bi se obavljati svaka 3 do 6 mjeseci, a potiču se i mjesečni samopregledi dojki. Žene su u stalnom riziku od recidiva tijekom prvih 10 godina nakon liječenja. Žene treba poticati da sudjeluju u redovitom režimu vježbanja i da smršave ako imaju prekomjernu težinu po indeksu tjelesne mase. Žene s karcinomom dojke koje su bile umjereno aktivne, odlazile najmanje 3 sata tjedno na vježbanja, imale su 50% smanjeni rizik od recidiva i smrti u odnosu na neaktivne žene. Žene koje redovito vježbaju, 5 ili više dana u tjednu, pokazuju poboljšanu opću prognozu ako im se dijagnosticira karcinom dojke. Preporuča i zahtjeva se prestanak s pušenja cigareta i konzumiranje manje od tri alkoholna pića tjedno. Pacijentice bi trebale prijaviti nove ili opipljive probleme s dojkama, neuobičajene neurološke simptome, upornu bol ili neobjašnjive respiratorne simptome. Ne postoje preporučeni serumski tumorski markeri koje bi trebalo rutinski pratiti za preživjele karcinoma dojke. Kalcij treba unositi iz izvora hrane jer su dodaci kalcija nedavno povezani s većom učestalošću kardiovaskularnih događaja. Gustoću kostiju treba pratiti svake 2 do 3 godine za žene na AI. Niske doze dnevnog aspirina, ako nisu kontraindicirane u zdravstvenoj anamnezi pacijenta, mogu se smatrati korisnim u sprječavanju metastatske bolesti u preživjelih [26, 27].

7. Uloga medicinskih sestara u poboljšanju kvalitete života

Uloga medicinske sestre u svakodnevnom radu kod pacijentica oboljelih od karcinoma dojke od značajne je važnosti u liječenju i potrebna je u svim stadijima bolesti, od akutnog do uznapredovalog stadija. Kao iznimno važan dio tima, medicinske sestre moraju razumjeti pacijentove probleme i potrebe kao i specifične simptome uzrokovane zloćudnim bolestima. U radu s takvim pacijentima, medicinska sestra je osoba koja će prva primijetiti promjene pacijenta, prva reagirati na pojavu tegoba ili bilo kakvu promjenu vezanu za njihovu bolest i liječniku će pružiti vrijedne informacije o stanju pacijenta. Također, pružaju duhovnu i psihološku pomoć. Na taj način značajno doprinose poboljšanju kvalitete života pacijenata i njihove okoline (obično obitelji). Medicinske sestre koje se brinu o oboljelima od karcinoma dojke pružaju svakodnevnu pomoć i skrb u skladu sa standardiziranim protokolima njege.

U provedbu sestrinske skrbi potrebno je uključiti razne stručnjake, liječnike, socijalne radnike, fizioterapeute, svećenike, nutricioniste, psihologe. Svaki od njih procjenjuje stanje pacijenta iz vlastite perspektive, ali zajedno planiraju ciljeve, intervencijske mjere te kordinirano utemeljuju zapaženo u izradu plana skrbi. Temelj timskog djelovanja uvijek mora biti dosljedan u procesu donošenja odluka, uspješnom načinu komunikacije između različitih profesija i konceptu sestrinstva koji se temelji na potrebama pacijenta, pacijentu kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku.

Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi utemeljuju više osoba obzirom da neprestano pružaju aktivno sudjelovanje u njezi bolesnika, izravno provode brigu o pacijentima, koordiniraju i upravljaju cjelokupnim sestrinskim procesom. Odgovorna je za planiranje, provedbu i evaluaciju zdravstvene njege, edukaciju pacijenata i njihovih obitelji te za suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Osim osnovne skrbi za pacijente, zadatak medicinskih sestara je i educirati članove obitelji i pacijente o načinu pružanja medicinske skrbi te stupiti u kontakt i surađivati s izvanbolničkim službama koje mogu potaknuti oporavak. Medicinska sestra povezuje članove tima (liječnike, psihologe, socijalne radnike) s članovima obitelji i pacijentima, poštujući pritom potrebe članova obitelji za empatijom, komunikacijom i podrškom. Osim potreba pacijenata, ne mogu se zanemariti ni potrebe obitelji pacijenata.

Medicinske sestre promiču kvalitetu života i nastoje što profesionalnije odgovoriti na potrebe pacijenata i njihovih obitelji. Postizanje ciljeva, povjerenje i skrb važni su elementi odnosa medicinska sestra - pacijent. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme.

U rehabilitacijskom modelu zdravstvene njege i skrbi omogućava se pacijentu da postigne maksimalnu fizičku, psihičku, društvenu i profesionalnu osposobljenost nakon mastektomije. To

je proces učenja kako bi se pacijent lakše navikao na onesposobljenost ili na veći fizički gubitak i kako bi lakše savladao poteškoće zbog nastalog oboljenja. Medicinska sestra mora biti ravnopravan član tima koji će svojim znanjem i iskustvom procjenjivati potrebe pacijenta, voditi brigu o njegovim potrebama i željama, motivirati pacijenta u cijelom programu te usko surađivati s pacijentovom obitelji, pritom poštivati pacijentovu osobnost i privatnost, moralna i vjerska uvjerenja [28, 29].

8. Istraživački rad

8.1. Cilj rada

Temeljen znanstvenih spoznaja i prihvaćenosti koncepta kvalitete života kao sastavnog dijela mentalnog zdravlja i blagostanja, cilj ovog rada je ispitati osjećaj zadovoljstva specifičnim životnim područjima žena operiranih od karcinoma dojke kao pokazateljima kvalitete.

8.2. Opis uzorka

Podaci su dobiveni pomoću polustrukturiranog intervjua od trinaest ispitanica koje su na samom početku bile upoznate sa svrhom samog intervjua te su potpisale pristanak. Ispitanice su u dobi od 46 do 65 godina sa šireg područja Međimurske županije. Istraživanje je provedeno u periodu od 30. ožujka do 12. travnja 2021. godine u skladu sa epidemiološkim mjerama. Intervju je odobren od strane predsjedništva „Županijske lige protiv karcinoma“ a služio je samo u svrhu izrade ovog istraživanja.

8.3. Metode rada

Sam intervju je proveden kontaktno, sniman uz potpisanu dozvolu ispitanica u trajanju od nekoliko minuta. Zbog epidemiološke situacije, a s obzirom na samu dijagnozu ispitanica, dogovorena je satnica koje su se ispitanice pridržavale, te je svaka ispitanica imala pola sata za intervju. Na samom početku intervjua, svakoj ispitanici je bila objašnjena svrha intervjua i nakon toga im je bilo postavljeno 6 glavnih pitanja uz pokoje podpitanje. Odgovori dobiveni intervjuom su snimani pomoću diktafona te je kasnije slijedilo preslušavanje i transkribiranje. Uslijedila je procedura odvajanja bitnih dijelova odgovora važnih za sam završni rad.

Rezultati

1. pitanje

Kako ste saznali da bolujete od zloćudne bolesti?

Kod	Izjave
Otkrivanje bolesti	S1:“ Sama sam si otkrila. 3 godine prije operacije. 2 godine sam hodala tu k doktoru Starčeviću, a onda me on treću godinu poslao u Zagreb na Rebrow i dvije godine sam hodala tam na Rebrow i onda su došle promjene i onda je išlo hitno“ S2:“ Išla sam na mamografiju. Na ultrazvuku je doktor rekao da nalaz nije dobar, da se nešto nalazi, da je sigurno tumor. Rekli su da je zloćudna tvorevina, da trebam ići u Dubrovnik na operaciju čim prije jer to treba brzo izvaditi van.“ S3:“ Saznala sam na redovnoj kontroli mamografije. 2 dana nakon su me zvali da nalaz nije dobar. Onda sam išla odmah na ultrazvuk, uzeli su uzorke i potvrdilo se ono što su mislili. Bilo je zloćudno i trebala je hitna operacija“ S4:“ Hodala sam redovito na ultrazvuk dojke, i prije 7 godina su mi rekli da imam neka zadebljanja al da to nije ništa. Onda je u međuvremenu oboljela moja mama i teta i ja sam opet išla i tada su rekli da imam kvržicu. Radili su punkciju i rekli da je sve ok. Nakon toga mi je počelo rasti, zvala sam na ultrazvuk al me nisu htjeli primiti ponovo. Ja sam tada forsirala jer sam objasnila dijagnozu mame i tete, i onda su me ipak primili. Radili su bez uputnice odmah punkciju i rekli da imam cistu. Išla sam u Vinogradsku zatim i izvadili su cistu, i kirurg je rekao da to nije bila cista. 2 mjeseca kasnije su tek došli nalazi i onda sam saznala da imam agresivni karcinom i već sam imala metastaze (aksili??).“ S5:“ Na redovnoj kontroli na mamografiji i onda su rekli da nešto nije u redu. Zvali su me da dođem na ultrazvuk. Onda su rekli da nešto je, pa sam išla na punkciju, pa na korbiopsiju i to je trajalo 2 mjeseca i onda sam išla na operaciju. Doktor Ž me zval da mi veli kaj je. S6:“ Kontrolirala sam se godinama, imala sam fibroadenoma, koji sam pratila svake godine. I zadnja godina me počelo to boljeti. Rekli su doktori da je možda ili kriva dijagnoza bila ispočetka ili se to kasnije pretvorilo u nešto zloćudno.“ S7:“ Dobila sam poziv, napunila sam 51 godinu. Tamo su vidjeli da nešto nije u redu i dva tjedna kasnije sam išla na ultrazvuk. Na ultrazvuku je doktor vidio da nešto nije u redu. Nisam do tad nikad bila na pregledu jer sam se osjećala dobro i ništa mi nije bilo. Tada mi je doktor rekao da mu se ne sviđa to što je našao. Brzo su mi dali termin za punkciju i tada ja nisam uopće razmišljala da bi to moglo biti nešto opasno. Mislim da je nešto bezazleno. Na punkciji su rekli da je dobroćudno al da treba operirati. Operirali su me u Čakovcu, imala sam povjerenje u naše kirurge tu. 13.4 je bila punkcija a 27.5. sam bila na operaciji“ S8:“ Imala sam 41 godinu, preporučaju prvu mamografiju poslije 40 i onda sam se

	odlučila iti i na prvoj su mi otkrili. Doktor, bio je jako obazriv. Bila je zaokružena trojka na nalazu od 5, i ja sam mislila da nije ništa bitno ni hitno. Pa me frendica natjerala da otiđem k doktoru čim prije. Prvo mi je bio šok, međutim nakon razgovora s doktorom mi je bilo malo lakše. Nije bilo toliko alarmantno jer sam dosta rano došla.“ S9:“ Ja sam imala 35 godina, imala sam izraslinu na dojci poslije zadnjeg poroda. Bila sam s tim već na rebru jer su me kontrolirali. Bilo je granično uvijek. Prije 11 godina se ta kvrga pretvorila u karcinom. Sve te godine sam se pripremala nekak na to najgore. Znala sam da moram ostati čvrsta i jaka zbog 4 djece. Tak da nisam se uplašila jer sam bila spremna na to.“ S10:“ Bila sam 7 mjeseci prije te mamografije na jednoj i pisalo je kao da ne treba ako ste bili zadnjih godinu dana. Al otišla sam svakak i onda se vidlo da nešto nije u redu. Nakon punkcije sam čekala nalaz. Nisam uopće mislila da bi nešto bilo. Išla sam po nalaz na patologiju i bilo mi je sumnjivo kak je svima davala liste bez kuverti a meni u kuverti. S11:“ Saznala sam slučajno. Imala sam neke čudne bolove u donjem dijelu i krenula sam k ginekologu i na samom prvom pregledu mi je saopćeno da imam karcinom. Poslao me na vađenje krvi i oklor dopler koji je potvrdio njegove sumnje. S12:“ Sama sam si napipala, 2008 godine. Onda sam hodala na kontrole u novi marof. Ona mi je sama rekla da je isto nešto i ona našla i da treba punktirati. I onda sam nakraju otišla u bolnicu jer je doktorica bila na bolovanju. Došla sam isti dan na mamografiju, posle ultrazvuk i nakon toga punkcija. Doktor je rekao da je nešto sumnjivo. Zvali su me odma posle da dođem da mi ponovo spunktiraju jer je bilo dosta potkožno pa da bude sigurna. S13:“ Napipala sam si kvržicu. Al nije baš izgledalo tak, nego više ko neko zadebljanje. Koelgici na poslu sam ispričala pa mi je rekla nek si dobro skontroliram jer je ona imala isto pa mi je pokazala kak točno da si pogledam. Meni je to sve bilo sumnjivo, pa mamografija i ultrazvuk i odma mi je potvrdil da je zloćudno.“
--	--

2. pitanje

Kako ste se osjećali u trenutku kad ste saznali dijagnozu?

Kod	Izjave
Prve emocije i reakcije na postavljenu dijagnozu	S1:“ Psihički sam bila na nuli, a pogotovo nije onda bilo ultrazvuka(to se desilo 1984. godine). Imala sam u sobi dvije žene, jedna je operirala oba dvije dojke, a druga jednu, i ona su me psihički držale. U to vrijeme sam imala 34 godine. S2:“ Ja nisam mogla reći ništ u tom trenutku, nakon toga sam otišla, sjela u auto i tamo plakala pola sata. Nazvala sam muža na posao koji je onda došao i nakon 3 dana sam bila u Zagrebu u Dubravi. To je bilo u 10. mjesecu, u 11. sam imala biopsiju, u 1.mjesecu operaciju na kojoj su izvadili van sve. S3:“ Sve lađe su mi potonule. Trebalo mi je 2-3 dana da progutam tu dijagnozu. Bilo je i plakanja i svega al sam onda odlučila da idem u borbu. Za 2 tjedna sam bila na operaciji.

	Od onda nisam više plakala, borba je krenula i to je to.“ S4:“ Nisam se niš posebno, jer je godinu prije moja mama to prošla. I s njom je bilo sve vredu, pa sam mislila da budem ja to sve ko ona i da je to to. Al nije bilo to tak. Obitelj je prihvatila sve to isto ko i ja jer smo prošli sve to s mamom.“ S5:“ Mislila sam da budem umrla za 6 tjedni zato jer je moja mama tak. Mislla sam da sam gotova. Ali sam u svom tom šoku otišla natrag na posao. Nisam znala kaj napraviti i vratila sam se na posao. Onda su me posle vozili doma jer nisam mogla voziti više od šoka. S6:“ Grozno, bila sam sama u Zagrebu i cijelim putem doma sam se plakala. S7:“ Razmišljala sam kako to reći suprugu i kćeri i sinu. U tom trenu ja to nisam prihvatila, bilo mi je strašno i na samu pomisao ja sam samo plakala i osjećala se očajno. Rekla sam doktoru da im ne govori, da budem im ja rekla. Kad sam došla doma iz bolnice, tjedan dana mi je trebalo da kažem obitelji. Sin mi je zamjerio zašto nisam to rekla odma, da trebamo toga biti svjesni. S8:“ Veliki šok jer sam do onda uvijek bila zdrava. Ne toliko zbog mene osobno, prvo mi je palo na pamet što će biti s moje dvoje djece koji su bili srednjoškolci. Svojoj mami skoro godinu dana nisam ni rekla svoju dijagnozu. Ja sam više razmišljala o drugima u toj situaciji nego o sebi. S9:“ Prvo šok šok, meni nije bio toliko. Muž me vani čekao dok sam ja bila unutra i ja sam došla do njega i bila otvorena. Došla sam i rekla da nije dobro, da je karcinom. On me pogledao i rekao „milica, ne čudim se ničem, ako smo dosad sve ovo prošli idemo dalje“. S10:“ Bili su u panici i muž i kćerka, nisu meni to uopće pokazali. Sve su mi pomagali. Najviše mi je pomagala unuka, nju nije bilo strah to gledati a kćerke je.“ S11:“ Bila sam u šoku. Sjećam se samo da sam došla van s ordinacije, i u tom trenu je najbolje kolegica došla na pregled što je dobro jer sam se odma s njom direkt pospominati. Teško sam se nosila s gubitkom kose, i imala sam velike bolove u kostima.“ S12:“ Nisam znala kak bi to rekla kćerkama, pogotovo jer je jedna bila još dosta mala. Nije bilo jednostavno. Suprug je prihvatio i rekao da moramo odmah reagirati i starija kćerka je odma tražila po internetu. A mlađoj smo rekli da imam nešto i da trebam zagreb iti operirati.“ S13:“Jako loše. Prvo su mi djeca bila na pameti, kćer je išla prvi razred srednje a sin prva godina faska. Prvo mi je bilo kaj budu oni bez mene. Kolegica na poslu me odma počela tješiti, da nek ne gledam crno, da budem to sve pregurala. I onda sam si ja u glavi posložila i rekla da bude sve dobro. Nisam baš bila neka paničarka, možda prva 2-3 dana samo. Obitelj je teže prihvatila nego ja, pogotovo muž i mama. Ja sam tješila i mamu i muža i rekla da ne smiju paničariti pred djecom.“
--	--

3. pitanje

Da li ste imali podršku od najbližih?

Kod	Izjave
Potpura, pomoć i ohrabrenje najbližih	S1:“ Imala sam od svih, i na poslu i doma. Komisija me htjela poslati u mirovinu, ali ja sam to odbila jer bi me to psihički još više pogodilo. Ja sam molila da mi omoguće barem 4 sata rada i onda sam tako radila narednih 12 godina.“ S2:“ Imala sam veliku podršku od muža, od kćeri najviše. Ona me nasmijavala i sve radila s menom samo da ne mislim na to. Kad sam njoj rekla da su nešto pronašli, ona je već to sve znala jer je sve provjerila na internetu.“ S3:“ : Njima je trebalo više psihološke podrške nakon terapija nego meni.“ S4:“ Jesam, ali nije to bilo ko dok je mama oboljela. Onda smo svi bili u šoku, a sad je bilo „još jempu“ S5:“ Jesam, i od rodbine, prijatelja, svih. „ S6:“ Utješili su me da budem to prošla ko i svi drugi. Prihvatili su dijagnozu jer je i moj suprug imao tumor na grlu. Tješili su me da bude dobro.“ S7:“ Ja sam u tom trenu bila dosta smirena, sin me onda primirio, a muž nije nikad pokazivao osjećaje pa nisam kod njega vidla neku reakciju. Saznala sam od ostalih u društvu da mu je to bilo jako teško i da to teško proživljava. S8:“ Njima je tog trena bilo teže nego meni. Kćer je bila šokirana, njezina prva reakcija je bila nevjerica i pobjegla je u sobu i plakala. Ja sam probala na najbezbljni način. Sin je bez riječi otišao i 3 dana me izbjegavao. „ S9:“ Kad sam ja oboljela je bilo plač i suze, djeca između 20-30 godina. Nisam se imala vremena sa sobom što je bilo onda dobro. Trebala sam se brinuti o njima. Kasnije su mi dali podršku, rekla sam im da neću više vidjeti suze jer da mi treba podrška.“ S10:“ I mene je bilo strah to gledati jako dugo. Tak da pregurala sam, imala sam veliku podršku. S11:“ Imala sam od obitelji i pojedini prijatelji su ostali uz mene, al neki su i nestali.“ S12:“ Imala sam apsolutnu podršku od svih.“ S13:“ Imala sam podršku od svih. Susjeda, kolegica...Najviše mi je pomogla ta kolegica s posla.“

4. pitanje

Da li ste dobili kemoterapiju i kako ste podnosili kemoterapiju?

Kod	Izjave
Liječenje kemoterapijom i njezino manifestiranje	S1: "Ne, imala sam samo preventivno 32 zračenja." S2: "Mjesec nakon sam dobila 6 crvenih kemoterapija i 25 zračenja. Dok sam došla prvi put mislila sam da budem umrla od straha jer nisam znala što me čeka, al me sestra onda umirila. Ovak je bilo dobro, osim crveno lice, osjećaj gorenja. Četvrta mi je bila najgora, onda je sestra savjetovala da nakon kemoterapije pijemo coca-colu i to mi je stvarno jako puno pomoglo. Ako sam izdržala 4, onda budem još dvije." S3: "Imala sam i kemoterapije i zračenja. Prva je bila loša. Bilo je mučnine i povraćanje, poslije sam počela piti ulje crnog kima i nakon toga posle svake me boljela glava 2 dana, ali nije bilo više povraćanja ni ničega." S4: "Dobila sam 4 crvene, 12 blažih. 25 zračenja. Crvene su bile katastrofa, a pod blažima sam išla i na posao odma poslije. Nakon toga sam hodala u Zagreb na zračenja. Povraćala sam 2-3 put, ali sam bila jako naduta i nadimala se. Suprug je otpelao djecu na more da me ne gledaju u to doba." S5: "Nakon mjesec dana crvena kemoterapija x6 i 25 zračenja poslije. Prvu sam mislila da je dobro prešlo, al nakon treće je bilo sve gore, povraćanje, par dana loše. ,, S6: "Prve 3 su bile prestrašne, mislila sam da ne budem to mogla idržati. Nakon 4 sam bila samo jako umorna. I onda je bilo u redu do 9., a nakon 9. sam imala proljev i želučane probleme 3 mjeseca. Konstanan proljev, probiotici nisu niš pomagali. U to doba sam zmršavila više nego za vrijeme cijele kemoterapije. Onkolog mi je rekao da nebi trebalo biti tak, ali kajgod sam dijetno pojela odma proljev." S7: "Bila sam na zračenjima i kemoterapiji. Zračenje sam išla na petrovu, a kemo u čk. S8: "Sve je bilo ok, malo ponekad mučnina. Imala sam onda ostatak dana za odmaranje i to mi je dosta olakšalo. Izbjegavala sam jedino mami reći da me ne opterećuje. Vidla sam na poslu trenutke da me ljudi gledaju sa suzama u očima. To me smetalo, da me ljudi sažaljevaju." S9: "Nisam bila ni na kemo ni zračenju. Rekla mi je doktrica u čakovcu da ćemo krenuti od najmanje. I sad već 4 godnu, svaka 4 tjedna hodam na injekcije." S10: "Nisam morala dobiti ni kemoterapije ni zračenja. Uspela sam doći ponovo na mamografiju upočetku jer sam se zlagala da sam bila zadnje prije dve godine, makar sam bila prije 8 mjeseci. To me spasilo." S11: "Operirana sam bila u čakovcu, a na prve kemoterapije sam išla u zagreb. 6 ciklusa kemo. 2017 mi se proširilo na pluća i onda sam dobivala u čku kemo isto 6 ciklusa. Podnosila sam relativno dobro, prva dva dana ništa, a onda tjedan dana mučnine, povraćanje. Teško sam se nosila s gubitkom kose, i imala sam velike bolove u kostima. Nuspojave su trajale tjedan dana i onda se smirivalo i kad se smirilo onda je išao ponovni ciklus taman." S13: " . Prvo sam dobivala 6 jačih a onda godinu dana herceptina s tim da sam svaki put

	bila u bolnici 2-3 dana jer su me pratili. Prošlo je dosta dobro jer dok sam prvu kemo dobivala sam očekivala što me čeka. Nikakvu reakciju nisam imala, samo jednom prekid jer sam morala na wc. Nisam ni povraćala ni prvi niti drugi. A onda posle sam svaka tri tjedna, nisam imala neke probleme. Imala sam suhu kožu, neki ti blaži simptomi.“
--	---

5. Pitanje

Da li ste u periodu kad ste bili bolesni izgubili ili dobili prijatelje?

Kod	Izjave
Utjecaj bolesti na prijateljstvo	S1:“ Dobila sam prijatelje. Dolazilo mi je jako puno ljudi u posjetu na Rebro.“ S2:“ : Izgubila nisam prijatelje, još sam dobila dosta novih prijatelja S3:“ Dobila sam. Učlanila sam se u našu udrugu i tu sam stekla jako puno prijateljica. I jako mi fali u ovim izolacijama što nema tih druženja, putovanja, plesa, radionica itd.“ S4:“ Sve isto, razumjeli su kroz šta prolazim i bili podrška. Dolazila mi je prijateljica doma i čistiti u doba kemoterapija itd.“ S5:“ Dobila sam, ove u udruzi. Nisam sigurna koliko razumiju situaciju ljudi koji nisu u tome. Ne znaju kak se osjećaš. Ne znaju na koji način bi pristupili itd.“ S6:“ Dobila sam prijateljice s istom ili sličnom dijagnozom s kojima se čujem i družim. S7:“ Dosta ljudi mi je reklo da su mi podrška. Ja sam se promjenila kroz liječenje, uvidjela sam da je malo ljudi iskreno. I da je svima teško prihvatiti bilo kakvu kritiku. Shvatila sam da mi je dosta samo par ljudi, pravih prijatelja, a da mi nije potreban velik krug ljudi. I dan danas mi je emotivno i teško pričati o tome.“ S8:“ Imala sam podršku, upoznala puno u klubu. Malo sam se klonila toga jer nisam znala što se tamo dešava, jer sam se bojala da će se tamo samo razgovarati o bolestima. To sam izbjegavala godinu dana.,, nakon toga sam otišla i sreća puno dobrih i dragih ljudi i dobila prisna prijateljstva. Nisam izgubila nikoga. Bilo je malo neugodnosti da ne znaju što bi pitali ili kak zreagirali ali ništa strašno. Ja sam pozitivna osoba i gledala sam uvijek tako, osim onih prvih trenutaka.“ S9:“ Neki od najboljih prijatelja su mi okrenuli leđa. A dobila sam nove koji su u svemu tome bili. Izgubili smo 90% prijatelja jer se ljudi boje. Međutim mi smo sretni ljudi jer smo shvatili putem bolesti koliko je život dragocjen i znali smo što hoćemo u životu.“ S11:“ Dobila sam i neke nove prijatelje koji su razumjeli situaciju. Neko ko nije to probal, ne može to shvatiti. Ja to razumijem. I s onima koji su me prihvatili sam si ostala dobra. Vidla sam u tim situacijama da mi neki prijatelji ne odgovaraju. I jednostavno je postepeno dolazilo do toga da smo se razišli.“ S12:“ Nisam izgubila, još sam i našla prijatelje. Šef me zvao isto i rekao da ako bilo što trebam nek samo zovem. Na liječenju sam upoznala još dosta žena i s jednom sam i dan danas u kontaktu.“ S13:“ Mislim da sam čak i dobila. Pogotovo s posla, nakon kak su bile samo suradnice su baš postale prijateljice nakon te dijagnoze. Stalno se čujemo, zovemo. U međuvremenu

	mi je jedna prijateljica umrla od karcinoma dojke, a jedna s posla je oboljela.“
--	--

6. pitanje

Koliko je trajalo vaše liječenje?

Pitanje	Izjave
Vremenski period trajanja liječenja	S1:“ Dan danas još idem jednom godišnje na kontrolu.“ S2:“ 5 godina je sad odkad se i drugi put pojavilo. S3:“ Godinu dana je trajalo zračenje i kemoterapija, a sad zadnjih 4 godine samo kontrole i hormonalna terapija.“ S4:“ Liječenje još uvijek traje.“ S5:“ Još uvijek traje. Nakon zračenja je godinu i pol bilo dobro, onda sam išla na operaciju maternice i jajnika i nakon te operacije mi je došla metastaza. I nakon toga ponovo kemo, inekcije, sve do sad. To je sad već 8 godina.“ S6:“ Zadnje zračenje je bilo gotovo prošli tjedan. Operirala sam u 3.mjesecu 2020., 2 mjeseca kasnije kemo, pa nakon kemo 2 mjeseca pauze do zračenja. I sad su zračenja gotova i za mjesec i pol imam kod kirurga kontrolu.“ S7:“ Godinu i pol otprilike. To je bilo 2011. Bila sam na zračenjima i kemoterapiji. Zračenje sam išla na petrovu, a kemo u čk.“ S8:“ U godinu dana kemo i zračenje. Onda 3 godine nolvadex pa sam prestala zbog nuspojava, imala sam obilna i česta krvarenja. Onda sam prestala s tim i nakon toga nisam uzimala više ništa.“ S9:“I sad već 4 godinu, svaka 4 tjedna hodam na injekcije.“ S10:“Od 2007 kad sam oboljela pa sve do danas kad imam kontrole 1x godišnje.“ S11:“ Moje liječenje traje još uvijek jer ja sam nakon 2017, išla na kemo u 2018. Dobila sam pametne lijekove i to još uvijek pijem i pila budem dok god bude meni zadovoljavajuće stanje. Dok je krvna slika dobra itd i dok nema promjena.“ S12:“ Liječenje je trajalo, u 3 mjesecu sam bila operirana, onda sam sama prekinula liječenje, imala sam osjećaj da moram natrag krenuti, da ne mogu biti doma i bila sam mlađa. Kad se bolest pojavila drugi put, sad sam već dvije godine doma. Skroz se nešto dešava ali ide na bolje. S13:“Dosta dugo, ušla sam u jedan program i imala sam 47 godina dok su otkrili, pa su me pitali dal sam spremna ući u taj program. I trebala sam se odreći odgovornosti ako se nešto desi. Rekli su mi da imam pola pola šanse, dok se otvori i dok se vidi koliko je zahvaćeno da bude se tek onda vidlo.

7. pitanje

Da li ste se bojali ishoda liječenja?

Kod	Izjave
Hrabrost protiv straha	S1:“ Itekak. Bila sam jako mlada pa me to zato još više pogodilo. Jako je bitno vratiti se obitelji, na radno mjesto, a i u sobi se družiti s pozitivnim ljudima koji te psihički drže na mjestu. I doktori su bili jako dobri i davali mi nadu.“ S2:“ Jesam, ali opet si misliš „moram ići dalje, to budem ja riješila“. Umirila me jako i doktorica u Dubravi. Ne mislim više o tome. Najgore mi je to što već 5 godina imam valunge i ne mogu spavati zbog toga.“ S4:“ Bojim se trenutno. Svako malo se nešto potrese. Idem svaka 3 mj na sintegrafiju kosti i ludim 1 prije i 1 tjedan dok čekam nalaze. I Ako nije dobro još 3 tjedna poslije sam na iglama. U Zagrebu se kontroliram svaki mjesec i zbog terapije.“ S6:“ Nisam razmišljala o ničem lošem, samo pozitivno da bude sve ok.“ S7:“ Sada trenutno sam bez terapije. Nisam se bojala samog ishoda liječenja jer sam si sve posložila u glavi i kreunla hrabro u borbu.“ S8:“ Nisam. Prvi dio je bil strašni, ali nakon operacije sam rekla da je dalje na meni i jako sam vjerovala da će biti sve ok. Rijetki su bili trenuci u kojima sam mislila da bolje da me nema. Muž mi nije dozvoljavao samoću, uvijek je bil tu, djecu nisam previše zamarala s tim. „ S9:“ Tak da nisam se uplašila jer sam bila spremna na to. Plastični kirurg me pripremio na to. Rekao je da mi se mora dojka odstraniti, ja sam odma to prihvatila S10:“ Osjećam se jako čvrsto nakon svega toga, i promjenila me ta cijela situacija. Bilo me strah nakon svake kontrole ali je uvijek bilo sve ok.“ S11:“ Jako. Ti ideš 6 mjeseci na terapije, ne znaš kaj se dešava jer se kontrolira samo krvna slika pa ne znaš kaj se dešava nutra. Moji meni nisu dozvoljavali da mislim negativno.“ S12:“ Bojala sam se jer je moj tata umro od karcinoma pluća, i sestra moja od karcinoma debelog crijeva. A druga sestra mu je imala dobroćudne tumore. Ja sam više na njegovu familiju pa sam se bojala. Al sam bila u uvjerenju da sam ipak mlađa, da se moj organizam može boriti i da sam jača sad.“

9. Rasprava

Karcinom dojke je najčešće sijelo karcinoma u žena u Republici Hrvatskoj, od kojeg obolijeva četvrtina žena novooboljelih od karcinoma. U 80 % slučajeva bolest je otkrivena u fazi ranog karcinoma, dok je oko 20 % u trenutku postavljene dijagnoze bolest već bila u uznapredovanoj fazi. Nacionalnim programom ranog otkrivanja karcinoma dojke pokušava se otkriti karcinom u što ranijoj fazi te smanjiti smrtnost od ove zloćudne bolesti [30]. Pacijentice oboljele od rada dojke vrlo često imaju veliku razinu anksioznosti. Često postaju socijalno izolirane, pogotovo ako nemaju podršku svojih najmilijih. Ne smijemo zaboraviti i narušeni self - image koji se također vrlo često javlja u pacijentica. Isto tako, pacijentice vrlo često budu zabrinute za svoju obitelj, njihovu reakciju kod primanja te važne vijesti. Sve češće se provode istraživanja na temu narušenog self - imagea, socijalne izolacije i ostalih čimbenika s kojima se suočavaju pacijentice oboljele od karcinoma dojke.

Cilj istraživanja koje se provodilo 2018. godine u Sao Paulu bio je razumjeti osjećaje koje su žene osjećale kada su saznale za dijagnozu karcinoma dojke. Istraživanje je obuhvaćalo 13 pacijentica. Kao najčešći osjećaji javljali su se: očaj, briga za obitelj, strah od smrti, neke su odbijale dijagnozu dok su se druge odlučile čvrsto boriti od prvog dana. Iz intervjua koje je bilo provedeno u našem istraživanju možemo vidjeti iz odgovora naših pacijentica da su se i one osjećale vrlo slično, ako ne i isto. Karcinom dojke nije samo bolest koja pogađa pacijentice, već je bolest koja teško pada i njihovim članovima obitelji. Mnoge od naših pacijentica odlučile su se boriti sa bolešću najprije radi svoje obitelji, a onda i radi sebe same [31].

Podrška bližnjih dugo je prepoznata kao vrlo važna komponenta fizičkog i mentalnog zdravlja. Osobe oboljele od karcinoma dojke koje su imale visoku razinu socijalne podrške hrabrije se i lakše suočavaju sa liječenjem opake bolesti. U istraživanju koje se provodilo 2011. godine u Chicagu spominje se važnost socijalne podrške na emocionalno stanje oboljelih pacijentica. U njihovom istraživanju ispitane pacijentice vrlo često govore kako im je obitelj često bila „drugo uho“ kod termina kontrola kod liječnika ili odlaska na kemoterapiju. Isto tako, istaknule su važnost grupa podrške za osobe oboljele od karcinoma dojke. Iz našeg intervjua možemo vidjeti da su mnoge pacijentice navele grupu kao veliku podršku u tijeku suočavanja sa bolesti. Tamo su stekle nove prijatelje i uvijek su podrška jedna drugoj [32].

Zabrinutost za gubitak radne sposobnosti nerijetka je briga oboljelih pacijentica. U istraživanju iz 2010. godine koje se provodilo u Belgiji prikazano je iskustvo žena koje su preboljele bolest i

vratile se u radno okruženje. Istraživanje govori kako su se žene na početku kada im je dijagnosticirana bolest suočavale sa velikim strahom od gubitka radne sposobnosti ali i financijske sigurnosti. Nakon provedenih terapija vrativši se na posao željele su nastaviti život kao da se ništa nije dogodilo, no ograničenost pokreta ruku i bol ih je spriječila. Isto tako u istraživanju se govori kako mnoge kolege nisu pružale podršku i razumijevanje oboljelim pacijenticama. Zaključak istraživanja bio je da institucije i javnost moraju više vremena posvetiti edukaciji osoblja o zloćudnim bolestima i tragovima koje one ostavljaju na pacijentima. Isto tako, istaknuli su pozornost na poboljšanje komunikacije s oboljelima [33].

Husić i Žargović u istraživanju provedenom 2010. godine u UKC Tuzla najlošije rezultate su našli kod procjene mentalnog zdravlja oboljelih žena. Istraživanje je provedeno korištenjem Upitnika za samoprocjenu zdravstvenog stanja (ShortFormHealth Survey-36, SF-36). Prvo testiranje učinjeno je prilikom prve posjete bolesnicama u jedinici palijativne skrbi (dnevni hospicij), a drugo testiranje 12 tjedana poslije. Pri prvom testiranju ispitanica srednja vrijednost ukupne kvalitete života iznosila je 0,39 što se prema skali kvalitete života ocijenilo srednje dobrom kvalitetom života. Ukupno 31 bolesnica imala je sukladno skali SF-36 srednje dobru kvalitetu života, dvije bolesnice dobru, a dvije su bolesnice svoju kvalitetu života opisale kao odličnu. Drugo testiranje vrijednosti pokazalo je prosjek ukupne kvalitete života 0,34, statistički značajno lošije u odnosu na prvo testiranje 0,39 ($p=0.02$). Ukupno fizičko zdravlje bolesnica pri prvom testiranju iznosilo je 0,43, što je bio srednje dobar rezultat. Drugo testiranje pokazalo je jednak prosjek ukupnog fizičkog zdravlja 0,43. Prvim testiranjem dobila se srednja vrijednost za ukupno mentalno zdravlje 0,31, što je sukladno skali vrijednosti SF-36 srednje dobar rezultat. Drugo je testiranje pokazalo srednju vrijednost 0,27, što je lošiji rezultat u odnosu na prvo testiranje [34].

10. Zaključak

Liječenje karcinoma dojke nastavlja se kretati prema individualnijoj skrbi. U tijeku su brojna klinička ispitivanja kako bi se unaprijedile mogućnosti liječenja i bolje razumjelo ovaj složeni proces bolesti. Kontinuirana evolucija dijagnosticiranja i liječenja karcinoma dojke rezultirala je promjenom paradigme sa standardiziranih režima liječenja na "preciznu medicinu" usmjerenu na jedinstveni genetski sastav pacijenata i tumora. Liječenje pacijenata s karcinomom dojke može se personalizirati integriranjem analize standardnih imunohistokemijskih markera i ekspresije gena s podacima iz anatomske snimanja, kao i ciljanih funkcionalnih studija snimanja kako bi se prilagodilo planiranje liječenja i procjena odgovora. Podrška u zajednici, a ponajprije obitelji, izrazito su važan izvor potpore pacijenticama oboljelim od karcinoma dojke. Pacijente treba poticati na sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima koja su dostupna u njihovoj ustanovi. Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji treba biti krajnji cilj rehabilitacijskog procesa za svakog onkološkog bolesnika i cijelog rehabilitacijskog tima. Ovo kontinuirano istraživanje omogućilo je mnogim majkama, kćerima, suprugama i sestrama da se nazivaju preživjelima.

11. Literatura

- [1] OECD: Hrvatska, pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite, 2017.
- [2] B. Brkljačić i sur.: Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke, Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2017.
- [3] Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode, Dan ružičaste vrpce i mjesec borbe protiv karcinoma dojke, objavljeno 30.9.2016., pristupljeno 18.9.2021.
- [4] M. Akram, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res.* 2017, pristupljeno 18.9.2021.
- [5] S. Jurić, D. Lonjić, J. Miličević: Kvaliteta života onkoloških bolesnika, *Sestrinski glasnik*, 21, 2016, str. 132-136.
- [6] M. Šekerija (ur.): Incidencija karcinoma u Hrvatskoj; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Bilten 39, Zagreb, 2016
- [7] E. Senkus i suradnici: Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, 26, suppl. 5, 2015, str. 8-30.
- [8] M. Boranić: Etiologija i patogeneza tumora dojke, *Medicinski vjesnik*, 38, 1-4, 2006, str. 33-42.
- [9] Medicinski priručnik, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr>; Placebo, Split, 2014., pristupljeno 20.9.2021.
- [10] Borgquist S, Hall P, Lipkus I, Garber JE. Towards Prevention of Breast Cancer: What Are the Clinical Challenges? *Cancer Prev Res (Phila)*. 2018, pristupljeno 17.9.2021.
- [11] M. Židak: Motiviranost žena i stav kirurga prema primarnoj rekonstrukciji dojke nakon mastektomije zbog karcinoma dojke, Doktorska disertacija, Stomatološki fakultet, Zagreb, 2014.
- [12] AS. Ketcham, Sindelar WF. Risk factors in breast cancer, pristupljeno 20.9.2021.
- [13] Lj. Eljuga, Karcinom dojke, Hrvatska liga protiv karcinoma, 2016., <http://hlpr.hr/karcinom/vijest/karcinomdojke>, pristupljeno 19.9.2021.
- [14] Breast cancer diagnosis. Screening and evaluation. Institute for Clinical Systems Improvement, pristupljeno 21.9.2021.
- [15] Freund KM. Rationale and technique of clinical breast examination. *Medscape Womens Health*
- [16] Leis HP Jr. Diagnosis of breast cancer: clinical and preclinical
- [17] Chodosh LA. Breast cancer: current state and future promise. *Breast Cancer Res.* 2011
- [18] Sotiriou C, Pusztai L. Advances in translational research in breast cancer; a bridge to future therapies
- [19] Elizabeth S. McDonald, Amy S. Clark, Julia Tchou, Paul Zhang and Gary M. Freedman, *Journal of Nuclear Medicine; Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer*; February 2016
- [20] Signe Borgquist, Per Hall, Isaac Lipkus and Judy E. Garber, Towards Prevention of Breast Cancer: What Are the Clinical Challenges?, may 2018.
- [21] Gail MH, Twenty-five years of breast cancer risk models and their applications. *Cancer Inst* 2015
- [22] Lipkus IM, Klein WM, Rimer BK, Communicating breast cancer risks to women using different formats. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012

- [23] Wapnir IL, Aebi S, Gelber S, et al. Progress on BIG 1-02/IBCSG 27-02/NSABP B-37, a prospective randomized trial evaluating chemotherapy after local therapy for isolated locoregional recurrences of breast cancer.
- [24] Merino Bonilla JA, Torres Tabanera M, Ros Mendoza LH. Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies
- [25] HZJZ, Nacionalni programi ranog otkrivanja karcinoma dojke, <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/preventivni-program-za-zdravlje-danas/>
- [26] Hill DA, Friend S, Lomo L, et al. Breast cancer survival, survival disparities, and guideline-based treatment. *Breast Cancer Res Treat.* 2018
- [27] Bickell NA, Shastri K, Fei K, Oluwole S, Godfrey H, Hiotis K, Srinivasan A, Guth AA. A tracking and feedback registry to reduce racial disparities in breast cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*
- [28] Patrice A. Stephens Maryjo Osowski, Mary Sue Fidale, Cathy Spagnoli; Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery
- [29] Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996
- [30] Etiologija i patogeneza tumora dojke, Milivoj Boranić, Klinička bolnica Osijek, Članak - HRČAK, Preuzeto sa: <https://hrcak.srce.hr/191054>, Dostupno: 28.09.2021.
- [31] C. R. Cande i suradnici: Feelings experienced by women when receiving the diagnosis of breast cancer, dostupno 28.09.2021. na: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23520p102-111-2018>
- [32] K. A. Snyder and W. Pearse: Crisis, social support and the family response: Exploring the Narratives of Young Breast Cancer Survivors, dostupno 28.09.2021. na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904631/#_ffn_sectitle
- [33] C. Tiedtke i suradnici: Experiences and concerns about „returning to work“ for women breast cancer survivors: a literature review, dostupno 28.09.2021. na: https://scholar.google.hr/scholar?start=20&q=chemotherapy+breast+cancer+experience&hl=hr&as_sdt=0,5&as_vis=1#d=gs_qabs&u=%23p%3DlITu2UVizlkJ
- [34] Husić S, Brkljačić Žagrović M. Izmijenjen tjelesni izgled žene nakon mastektomije zbog karcinoma dojke uzrokuje poremećaj kvalitete života. *Medicina Fluminensis.* 2010;46:80-5. Preuzeto 28.09.20

Sveučilište Sjever

MARK
ALISBAINO



SVEUČILIŠTE
SIEVER

IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DAMJAN NOVAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUŽIVOT S DIJAGNOSTIČKIM KARAKTEROM DOJKE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DAMJAN NOVAK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUŽIVOT S DIJAGNOSTIČKIM KARAKTEROM DOJKE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)