Sestrinska skrb kod pacijentica s metastatskim rakom dojke

Gostović, Tajana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:135174

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

DIPLOMSKI RAD br. 146/SSD/2022

SESTRINSKA SKRB KOD PACIJENTICA S METASTATSKIM RAKOM DOJKE

Tajana Gostović

Varaždin, travanj, 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO - MENADŽMENT U SESTRINSTVU



DIPLOMSKI RAD br. 146/SSD/2022

SESTRINSKA SKRB KOD PACIJENTICA S METASTATSKIM RAKOM DOJKE

Student:

Tajana Gostović, 1307/336D

Mentor:

doc. dr. sc. Ivan Milas, dr. med.

Varaždin, travanj, 2022.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Tajana Gostović | MATIČNI BROJ 1307/336D

DATUM 26.01.2022. | KOLEGIJ Prevencija i rana dijagnostika malignih oboljenja

NASLOV RADA Sestrinska skrb kod pacijentica s metastatskim rakom dojke

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Nursing care for patients with metastatic breast cancer

MENTOR Ivan Milas | ZVANJE Docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednik
2. doc.dr.sc. Ivan Milas, mentor
3. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, član
4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 146/SSD/2022

OPIS

Rak dojke slov: kao vodeća i najčešća onkološka bolest kod žena i najčešći uzrok smrti od malignih bolesti kod žena. Također, dokazano je kako je najniža stopa pojavnosti raka kod žena mlađih od 25 godina, a najveća kod žena koje su u menopauzi. U današnje vrijeme rak dojke se može otkriti u vrlo ranom stadiju te zbog toga je mogućnost izlječenja vrlo velika. Unatoč velikom napretku u ranoj dijagnostici, još uvijek se dio bolesnica na prvi pregled javlja u uznapredovaloj fazi bolesti. To rezultira razvojem metastaza i lošijim rezultatima liječenja. Liječenje metastatskog raka dojke je multidisciplinarno i sastoji se od liječenja kemoterapijom, hormonskom blokadom te ciljanom terapijom tzv. pametnim lijekovima. Također u liječenju metastatske boelsti koristi se i zračenje te kombinacije navedene sustavne terapije koja daje i najbolje rezultate.
Cilj ovog istraživanja je saznati kakva je percepcija u pogledu prognoze bolesti kod bolesnica s metastatskim rakom dojke kod medicinskih sestara. Koristit će se upitnik od 25 pitanja koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik prikuplja sociodemografske podatke te ispituje kognitivne i emocionalne komponente stavova medicinskih sestara prema bolesnicama s metastatskim rakom dojke. Svi dobiveni podaci biti će obrađeni odgovarajućim statističkim metodama

ZADATAK URUČEN 28.03.2022.

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. Ivanu Milasu na uloženom trudu, savjetima i pomoći tijekom pisanja diplomskog rada.

Veliko hvala mojoj obitelji, dečku i prijateljima na strpljenju i podršci tijekom studiranja te vjeri u moj uspjeh.

Sažetak

Rak dojke slovi kao vodeća i najčešća onkološka bolest kod žena. Također, dokazano je kako je najniža stopa pojavnosti raka kod žena mlađih od 25 godina, a najveća kod žena koje su u menopauzi. U današnje vrijeme rak dojke se može otkriti u vrlo ranom stadiju te zbog toga je mogućnost izlječenja vrlo velika. Rano otkrivanje raka dojke se provodi samopregledima dojke te preventivnim mamografskim pregledima. Velika većina bolesnica napipa asimptomatsku kvržicu ili se otkrije tijekom probirne mamografije. Zatim se dijagnoza potvrđuje biopsijom. Liječenje je kirurško, zračenjem te sistemsko hormonsko i/ ili kemoterapijsko i/ili imunoterapijsko liječenje, a njegova kombinacija daje najbolje rezultate.

Cilj ovog istraživanja je saznati kakva je percepcija u pogledu prognoze bolesti kod bolesnica s metastatskim rakom dojke kod medicinskih sestara. Sudjelovalo je 152 ispitanika. Korišten je upitnik od 25 pitanja koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik prikuplja sociodemografske podatke te ispituje kognitivne i emocionalne komponente stavova medicinskih sestara prema bolesnicama s metastatskim rakom dojke. Korištene su deskriptivne metode i ispitivanje razlika statističke analize podataka. Podatci su obrađeni u statističkom programu SPSS - Statistic for Windows.

Sudionici se ne razlikuju statistički značajno u stavu prema radu s onkološkim pacijentima sukladno tomu žive li u urbanim ili ruralnim naseljima. Medicinske sestre/tehničari u ovom istraživanju ne razlikuju se značajno u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima sukladno tomu rade li u primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ističe se potreba za kontinuiranom i dodatnom edukacijom u smjeru pristupa pacijentu, načinu razgovora s njime, informiranja istog o daljnjim koracima, njegovim pravima. Prilikom navođenja psihološke pomoći, isticali su da je potreban veći broj psihologa i/ili psihijatara na onkološkim odjelima, da bi prilikom iznošenja dijagnoze pacijentu, trebao biti prisutan psiholog/psihijatar, da je potrebno omogućiti medicinskom osoblju psihološku pomoć i potporu u vidu suportivnih grupa, radionica o raznim psihološkim temama ključnim u radu s onkološkim pacijentima te individualnih razgovora s psiholozima.

Ključne riječi: rak dojke, metastaze, samopregled

Summary

Breast cancer is known as the leading and most common oncological disease in women. Also, it has been proven that the lowest incidence rate of cancer is in women under the age of 25 and the highest in postmenopausal women. Nowadays, breast cancer can be detected at a very early stage and therefore the possibility of cure is very high. Early detection of breast cancer is performed by breast self-examinations and preventive mammography. The vast majority of patients feel an asymptomatic lump or are detected during a screening mammogram. The diagnosis is then confirmed by biopsy. Treatment is surgical, radiation and systemic hormonal and/or chemotherapeutic and/or immunotherapeutic treatment, and its combination gives the best results. The aim of this study was to find out what is the perception in terms of disease prognosis in patients with metastatic breast cancer in nurses. 152 respondents participated. A 25-question questionnaire constructed for the purposes of this research was used. The questionnaire collects sociodemographic data and examines the cognitive and emotional components of nurses' attitudes toward patients with metastatic breast cancer. Descriptive methods and examination of differences in statistical data analysis were used. The data were processed in the statistical program SPSS - Statistic for Windows. Participants did not differ statistically significantly in their attitudes toward working with oncology patients according to whether they lived in urban or rural settlements. The nurses/technicians in this study did not differ significantly in their attitudes towards working with cancer patients according to whether they work in primary, secondary, or tertiary care. The need for continuous and additional education in the direction of approach to the patient, the way of talking to him, informing him about the next steps, his rights is emphasized. When providing psychological help, they pointed out that a larger number of psychologists and/or psychiatrists in oncology wards is needed, that a psychologist/psychiatrist should be present when diagnosing a patient, that medical staff should be provided with psychological help and support in the form of support groups a workshop on various psychological topics crucial in working with oncology patients and individual conversations with psychologists.

Key words: breast cancer, metastases, self-examination

Popis korištenih kratica

MSCT višeslojna kompjuterizirana tomografija

MR magnetska rezonanca

FDG F-18 flurodeoksiglukoza

RTG radiografija

BRCA 1 rak dojke 1

BRCA 2 rak dojke 2

ALH atipična lobularna hiperplazija

LCIS lobularni karcinom in situ

SSS medicinska sestra/tehničar opće njege

VŠS viša školska sprema (prvostupnik/ca sestrinstva)

VSS visoka stručna sprema (magistar/magistra sestrinstva)

UZV ultrazvuk

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Anatomija dojke 2
1.2. Bolesti dojke 4
1.2.1. Tumor 4
1.2.2. Rak 4
1.2.3. Karcinom 4
1.2.4. Vezivnocistične promjene 4
1.3. Etiologija 5
1.3.1. Dob 5
1.3.2. Genetika 5
1.3.3. Rak dojke u obitelji 5
1.3.4. Menstrualni ciklus 5
1.3.5. Trudnoća, porod i dojenje 6
1.3.6. Oralna kontracepcija 6
1.3.7. Socioekonomski status 6
1.4. Kirurgija dojke 6
1.4.1. Urođene anomalije razvoja dojke 6
1.4.2. Kirurgija malignih bolesti dojke 7
1.4.3. Kirurgija recidiva i metastaza raka dojke 8
1.5. Liječenje karcinoma dojke 9
1.5.1. Samopregled dojke 9
1.5.2. Programi prevencije i rano otkrivanje 11
1.5.3. Klasifikacija raka dojke 12
1.5.4. Dijagnostika i kirurško liječenje raka dojke 14
1.6. Metastatski karcinom dojke 15
1.6.1. Testiranje 15
1.6.2. Vrste testiranja 16
1.6.3. Opcije liječenja 17
1.7. Rekonstrukcija dojke 18
1.8. Sestrinska skrb 19
1.8.1. Prijeoperacijska skrb 21

1.8.2. Poslijeoperacijska skrb 21
1.8.3. Najčešći sestrinski problemi nakon operacije dojke 21
1.8.4. Kvaliteta života liječenih od metastatskog raka dojke 22
1.8.5. Palijativna skrb i suportivna terapija 24
1.8.6. Uloga patronažne sestre u provedbi Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke 25
2. Empirijski dio rada 26
2.1. Ciljevi i hipoteze istraživanja 26
2.2. Opis uzorka 26
2.3. Statistička obrada podataka 26
2.4. Rezultati istraživanja 27
2.4.1. Deskriptivna statistika 27
2.4.2. Ispitivanje razlika 39
3. Rasprava 44
4. Zaključak 49
5. Literatura 50
6. Popis slika 54
7. Popis tablica 55
8. Prilog 57

1. Uvod

Rak dojke je značajan zdravstveni problem te je svojom učestalošću izazov za suvremenu epidemiologiju. Gledajući statističke podatke, smrtnost je učestalija kod žena mlađe dobi nego kod onih starije dobi. Rak dojke slovi kao vodeća i najčešća onkološka bolest kod žena. Također, dokazano je kako je najniža stopa pojavnosti raka kod žena mlađih od 25 godina, a najveća kod žena koje su u menopauzi [1].

Učestalost pojave raka dojke kod žena varira s obzirom na zemljopisnu rasprostranjenost. Najveća učestalost je u Sjedinjenim Državama i zapadnoj Europi, a najniža u Africi i Aziji. Veća učestalost u razvijenijim zemljama odraz je prisustva više rizičnih čimbenika za obolijevanje od raka dojke u tim zemljama. Unatoč većoj učestalosti, u većini zapadnih zemalja smanjen je broj smrti uslijed raka dojke zbog poboljšanog liječenja i ranog otkrivanja, dok je smrt uslijed raka dojke u velikom porastu u zemljama u razvoju. U razvijenim zemljama, uznapredovali rak dojke dijagnosticira se tek u 10-15% bolesnica, a u zemljama u razvoju kod 40-90% žena [1].

Rak dojke u najčešćem slučaju zahvaća žljezdane stanice dojke u lobulima i kanalima. U današnje vrijeme rak dojke se može otkriti u vrlo ranom stadiju te zbog toga je mogućnost izlječenja vrlo velika. Rano otkrivanje raka dojke se provodi samopregledima dojke te preventivnim mamografskim pregledima. Velika većina bolesnica napipa asimptomatsku kvržicu ili se otkrije tijekom probirne mamografije. Zatim se dijagnoza potvrđuje biopsijom. Liječenje je kirurško, zračenjem te sistemsko hormonsko i/ili kemoterapijsko i/ili imunoterapijsko liječenje, a njegova kombinacija daje najbolje rezultate [2].

Rak dojke je najčešći maligni tumor od kojeg žene obolijevaju i vodeći uzrok smrti od malignih bolesti kod žena. Rak dojke je moguć i kod muške populacije gdje čini < 1% slučajeva. Dijagnoza te liječenje su isti, ali muškarci obično dolaze na liječenje u kasnijem stadiju bolesti [3].

Rak je bolest kod koje se promijenjene stanice tkiva počnu nekontrolirano razmnožavati te se mogu širiti u druge organe i tkiva te urastati u zdrava tkiva. Posljedica gubitka kontrole razmnožavanja stanica su mutacije genetičkog zapisa, odnosno DNA, jer ih zaštitni stanični mehanizmi ne mogu prepoznati i prenose se na sljedeće generacije

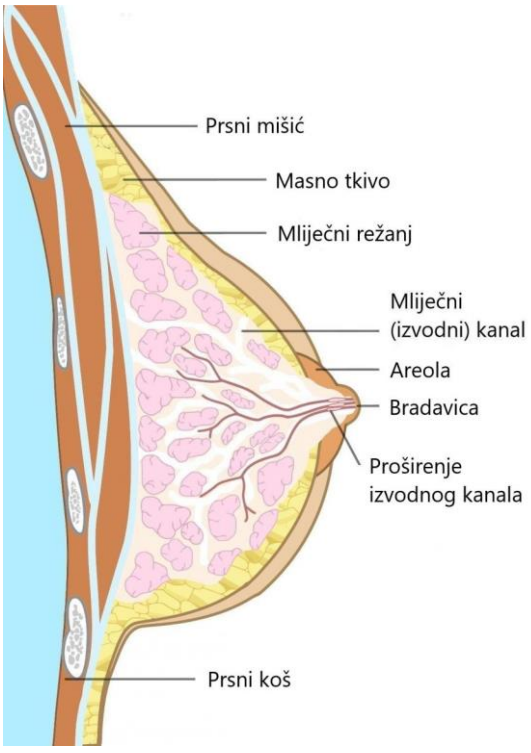
stanica. Mutacije mogu biti nasljedne, ali najčešće su stečene ili nastanu slučajno. Također, mutacije mogu nastati i kao posljedica djelovanja štetnih tvari iz okoliša. Prema prognozama, u budućnosti će od raka dojke obolijevati svaka osma žena. Unatoč učestaloj pojavi bolesti u posljednje vrijeme smrtnost uzrokovana rakom dojke se smanjuje. Razlog tome je prevencija raka dojke, preventivni mamografski pregledi i uvođenje noviteta u liječenje. Većina žena oboljelih od raka dojke liječe se kirurški. Rekonstrukcija dojke je integralni dio liječenja te onkolozi već u početku liječenja bolesnicama predlažu sudjelovanje na onkološko-rekonstruktivnim konzilijima te rekonstrukciju dojke [3,4].

1.1. Anatomija dojke

U povijesti pojam ženske ljepote često je bio vezan uz izgled dojki kao simbol ženstvenosti te plodnost i održavanje vrste. Na skulpturama i slikovnim zapisima iz starog Egipta, Grčke ili Rima prevladavaju male dojke. Teško je odgovoriti na pitanje koja je normalna veličina dojki. Pojam veličine dojki je zapravo subjektivan doživljaj koji ima refleksije na sociološkom, kulturološkom i estetskom planu. Dojka leži iznad malog prsnog mišića, velikog prsnog mišića, prednjeg nazubljenog mišića te gornjeg dijela trbušnog mišića. Prostire se od drugog ili trećeg do šestog ili sedmog rebra i sternuma do pazušne linije. Kod hipertrofičnih dojki granice idu čak i preko pazušne linije, a donja granica je jasno ograničena brazdom na donjem dijelu koja se naziva inframamarna brazda. Oblik dojke je važan i zavisi od kvalitete kože - debljine i elasticiteta, potpornog tkiva te oblika prsnog koša [4].

Prosječna težina ženske dojke je oko 0,5 kilograma, a volumen oko 600 ml. Jako malo žena ima potpuno simetrične dojke. Nesklad dojki zovemo asimetrija te se pripisuje genskim i hormonalnim promjenama. Razvoj dojki kod mladih djevojaka ovisi o estrogenu te je tada asimetrija potpuno prirodna pojava koja nestaje tijekom rasta. Kod nekih žena je čak jedna dojka za petinu veća od druge. Izgled dojki određuju i areola i bradavica koja u topografskom i estetskom smislu predstavlja središte. Boja je svjetlo ružičasta do tamno smeđe. Kod mlađih žena areole su svjetlije, a s godinama u trudnoći postaju tamnije i izbočenije. Količina masnog tkiva u dojci se nakon dojenja i u menopauzi poveća na račun smanjenja žljezdanog tkiva. Žljezdano tkivo za vrijeme dojenja proizvodi mlijeko te se mijenja uslijed utjecaja hormona tijekom menstruacija i tijekom života. Smanjivanje lučenja hormona u starosti izaziva atrofiju mliječnih žlijezda. U svakoj dojci ima oko 15 do 20 lobulusa koji su okruženi masnim i vezivnim tkivom. Vezivno tkivo povezuje tkivo dojke mrežom krvnih žila i osjetnih tjelešaca [4,5].

Pojam involucija ili smanjenje dojki kod žena se javlja u dva slučaja. Prva se javlja nakon dojenja, kad se dojka vraća u prvobitno stanje. Kod nekih žena je izraženije, a kod nekih manje intenzivno te su njihove dojke veće nego što su bile prije trudnoće. Istraživanja su pokazala kako čak 85% žena koje su rodile opažaju promjene oblika i veličine dojki, 30% opaža povećanje dojki nakon rođenja djeteta, a 35% smanjenje dojki. Drugi slučaj involucije dojki se javlja u procesu starenja. Pojedina istraživanja su pokazala kako je involucija dojke nejednaka odnosno u gornjem vanjskom kvadrantu obično ima najviše žljezdanog tkiva zbog čega se javlja karcinom dojke. Ptoza dojki označuje pojam opuštenih dojki. Ptoza je prirodan proces i javlja se kod svih žena. Na opuštene dojke utječe broj trudnoća, veličina i težina dojki, indeks tjelesne mase, pušenje te starost. Prvi tip podrazumijeva promjenu položaja bradavice, a drugi tip nastaje opuštanjem žljezdanog tkiva dojke. Količina kolagenskih niti se počinje smanjivati nakon 30-te godine. Koža, tkivo i vezivo se mogu oslabiti i rastegnuti zbog trudnoće. Osim godina, na elastičnost utječu i nasljedne osobine. U periodu nakon menopauze nastavlja se atrofija dojki, koža se stanjuje, a dojke se i dalje opuštaju. Glavni razlog je hormonalni disbalans, manjak estrogena [4,5].



Slika 1.1.1. Anatomija dojke

Izvor: https://www.zzjzdnz.hr/uploads/imgcache/large/articles/Anatomija_dojke.jpg

1.2. Bolesti dojke

Dojka je organ kojeg pogađaju mnoge bolesti. Rak dojke je vrlo česta bolest od koje u razvijenom svijetu oboli svaka osma žena. Oko 30% žena koje dođu na pregled zbog napipane kvržice u dojci zapravo su napipale su tek zadebljanje normalnog žljezdanog tkiva, 40% ima vezivne i cistične promjene, 13% ima benigne promjene, a 7% ima benigni tumor - fibroadenom, a jedna od deset ima rak dojke koji zabrinjava [3].

1.2.1. Tumor

Tumor na latinskom jeziku označava oteklinu. Riječ tumor koristimo u slučaju bilo kakvog zadebljanja, otekline ili pak izbočine. Nastaje kao posljedica prekomjernog rasta stanica te može biti dobroćudna ili zloćudna [3,4].

Dobroćudni ili benigni tumori ne rastu bez nadzora i njihov rast je ograničen te se ne urastaju u druge organe. Tumori u dojci su većinom dobroćudni, najčešći je fibroadenom i njega žene obično napipaju kao dobro ograničenu, pomičnu glatku izbočinu [3].

1.2.2. Rak

Rak je zloćudni maligni tumor. Stanice se dijele bez nadzora te se drugim metastazama dijele u druge ograne i udaljene organske sustave [3].

1.2.3. Karcinom

Karcinom je vrsta raka koja potječe iz epitelnog tkiva. Karcinom dojke je najteži oblik bolesti dojke. Ukoliko se napipa to je tvrda, neravna i nejasno ograničena kvržica. Postoji više vrsta raka dojke i svaki zahtjeva individualni pristup. Najvažnije je što ranije otkrivanje. Ako se rak otkrije mamografijom, kada se još ne može napipati vjerojatnost metastaza je oko 15%, a ako se može napipati onda je vjerojatnost postojanja metastaza oko 40% [3].

1.2.4. Vezivnocistične promjene

Ove promjene su najčešće promjene na dojci. Razlikujemo ih po tome koje su nastale množenjem tkiva i one nastale bez umnožavanja tkiva mliječne žlijezde. Malena zadebljanja bez množenja nastaju jer se u kanalićima skuplja tekućina koja tvori ciste i množenjem iz novonastalog tkiva nastaju izbočine. Ovakve izbočine su dobroćudne, odnosno benigne [4].

Kod žena koje u obiteljskoj anamnezi imaju rak dojke prijeti 10 puta veća opasnost od nastanka raka dojke. Vezivne i cistične promjene mogu se događati za vrijeme menstrualnog ciklusa i karakteristične su kod žena u trudnoći [3].

1.3. Etiologija

Rak dojke je najčešća vrsta raka kod žena. Zbog veće uspješnosti liječenja bitno je poduzeti mjere ranog otkrivanja raka te pokušati upozoriti žene s određenim rizičnim čimbenicima koji se navode kao ključni kod nastanka raka dojke te također ih i upoznati sa njima [21].

Točni etiološki čimbenici nisu u potpunosti poznati, a literatura navodi brojne rizične čimbenike koji na to utječu [21].

1.3.1. Dob

Dob se navodi kao najveći čimbenik oboljenja od raka dojke. Rizik za nastanak raka dojke kod žena se mnogostruko povećava od puberteta do 80-te godine života. Kod žena starijih od 50 godina dijagnosticira se 75-80% zloćudnih tumora [22].

1.3.2. Genetika

Statistički gledano oko polovine nasljednih tumora dovodi se u vezu s mutacijama dva supresorska gena, a to su BRCA 1 i BRCA 2. Dokazano je kako žene s mutacijom jednog ili oba gena imaju veću vjerojatnost za oboljenje od raka dojke. U obiteljima gdje postoji genetska predispozicija, rak je puno agresivniji, a ženama koje su nositeljice gena preporučuje se pojačan oprez te češći kontrolni pregledi [21,22].

1.3.3. Rak dojke u obitelji

U obiteljima žena gdje su majka, sestra, teta ili bliže rođakinje u prvom koljenu s majčine strane imale rak dojke imaju 2-3 puta veći rizik za nastanak raka dojke. Taj broj se povećava 8-10 puta ako su rođakinje u prvom koljenu s majčine strane oboljele od raka dojke i rak im je dijagnosticiran prije 40-te godine života. Može se zaključiti kako ipak mali postotak od 10-12% karcinoma dojke u odnosu na ukupan broj oboljelih se može povezati s nasljednom genskom predispozicijom za nastanak raka dojke [22].

1.3.4. Menstrualni ciklus

Vrlo je bitno kad je žena dobila prvu mjesečnicu i kad je ušla u razdoblje menopauze zbog dužine izloženosti djelovanju estrogena i progesterona. Žene koje su dobile mjesečnicu prije 12-te godine života imaju povećan rizik za nastanak raka dojke dok s druge strane žene koje su imale zakašnjelu prvu mjesečnicu imaju manji rizik za nastajanje raka dojke. Žene

koje iznad 55-te godine života uđu u menopauzu imaju povećan rizik za nastanak raka dojke. Može se zaključiti što je dulja izloženost estrogenu to je veći rizik za nastanak raka dojke [21].

1.3.5. Trudnoća, porod i dojenje

Žene koje prvo dijete rode poslije 30. godine života ili ako nisu uopće rodile postoji veći rizik od obolijevanja. Dvostruko manji rizik za nastanak raka dojke imaju žene koje su rodile prije 25-te godine života. Duljina razdoblja dojenja je vrlo bitan čimbenik te se smatra da žene koje dulje od godinu dana doje imaju skoro upola smanjen rizik za nastanak raka dojke [21,22].

1.3.6. Oralna kontracepcija

Brojna istraživanja su pokazala kako oralna kontracepcija ima slab učinak na razvoj raka dojke. Ustanovljeno je da djevojke koje su uzimale oralne kontraceptive prije 25-te godine, a duže od 4 godine imaju 84% veći rizik za nastanak raka dojke za razliku od žena koje su uzimale u kasnijoj životnoj dobi gdje je znanstveno dokazano kako oralna kontracepija nema uzročno-posljedičnu povezanost s razvojem oboljenja od raka dojke [21,22].

1.3.7. Socioekonomski status

Žene koje su višeg socioekonomskog statusa koje žive u gradovima pod utjecajem zagađenog, stresnog i užurbanog načina života imaju čak dva puta veći rizik za nastanak raka dojke od onih žena koje su nižeg socioekonomskog statusa i koje žive mirnijim i manje zagađenim životom u ruralnom području [21].

1.4. Kirurgija dojke

1.4.1. Urođene anomalije razvoja dojke

Amastija označava rijetko stanje nepostojanja kompletne dojke koje je posljedica poremećaja u razvoju embrija. Najvjerojatnije nastaje zbog toga što se nije razvila mliječna linija. Opisan je i kao nedostatak pektoralne muskulature. Dojka je označena samo postojanjem bradavice, a učestalija je kod muške djece[3].

Politelija je posljedica zaostajanja mliječnih pruga tijekom embrionalnog povlačenja što rezultira stvaranjem više bradavica. Opisana je kod bolesnika s adenokarcinomom bubrega, a kod novorođenčadi se češće pojavljuje s pilorostenozom [3].

Makromastija je rjeđa bolest koja dovodi do gigantomastije u prepubertetskom razvoju kod žena. Moguć je ekscesivan rast i razvoj mliječnih elemenata dojki u trudnoći te se to označava kao gestacijska hipertrofija. Težina velike dojke se očituje u bolovima u leđima i vratu i pognutim držanjem [3].

Mikromastija označuje jako slabo razvijene dojke kao posljedicu poremećaja razvoja u infantilnih žena. Taj poremećaj može biti povezan s izlaganjem ionizirajućem zračenju u djetinjstvu [3].



Slika 1.4.1.1. Prikaz amastije

Izvor:https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.bolesnodete.com%2Fdecje-bolesti%2F2203-kongenitalne-malformacije-dojke&psi

1.4.2. Kirurgija malignih bolesti dojke

1.4.2.1. Neinvazivni karcinom dojke – duktalni karcinom in situ

Otkriva se najčešće slučajno kod mamografskih pregleda, a karakterizira ga nastajanje u mliječnim kanalićima U prepoznavanju ovog ranog raka često presudnu ulogu imaju kalcifikati s kojima se pojavljuju udruženo kod 25-60% oboljelih. Makroskopski gledano duktalni karcinom je nevidljiv tumor. Istodobna pojavnost karcinoma u objema dojkama je u rasponu od 0,2 do 2%. Učestalije je bilateralno pojavljivanje karcinoma

povezano s lobularnim invazivnim rakom i iznosi do 47%. Liječenje je kirurško. Cilj kirurškog liječenja je sprječavanje prelaska duktalnog karcinoma in situ u invazivnu formu. Kirurško liječenje se proteže od mastektomije do širokih ekscizija sa zračenjem [3].

1.4.2.2. Neinvazivni papilarni karcinom

Jedan je od oblika intraduktalnog karcinoma s visokom razinom preživljavanja i jako dobrom prognozom. Pojedini autori ga izdvajaju kao zasebnu kategoriju. Opisane promjene vidljive su najmanje u trećini veličine papilomatozne promjene, a najbitnije njegovo obilježje je smanjena agresivnost u usporedbi s klasičnim intraduktalnim papilarnim karcinomom. U liječenju najbitniju ulogu ima kirurško liječenje. Sastoji se od potpunog odstranjenja papiloma. Ovakvi bolesnici se moraju pratiti najmanje 10-15 godina poslijeoperacijski [3].

1.4.2.3. Lobularna neoplazija i lobularni karcinom in situ

Atipična lobularna hiperplazija (ALH) uz lobularni karcinom in situ (LCIS) susreće se kod 1,2% svih biopsija na dojci. Ove promjene u dojci se ne mogu otkriti kliničkim i makroskopskim pregledom. Karcinom se uglavnom otkriva slučajno nakon ciljanih ili slučajnih promjena. Može se naći u fibroadenomu, intraduktalnom papilomu ili pak sklerazirajućoj adenozi. Liječenje je kirurško. Zračenje se za ovaj oblik ne preporučuje jer nema dovoljan broj istraživanja. Izbor terapijskih postupaka je sveden na tri mogućnosti, a to su: biopsija dojke, jednostrana mastektomija te obostrana mastektomija. Kod jednostavne mastektomije obično se odstrani 95% dojčanog tkiva [3].

1.4.3. Kirurgija recidiva i metastaza raka dojke

1.4.3.1. Lokalni recidivi raka dojke

Učestalost pojavljivanja lokalne rekurencije raka dojke ovisi o veličini primarnog tumora, broju zahvaćenih limfnih čvorova i vrsti provedenog operacijskog postupka u vrijeme postavljanja prve dijagnoze. Lokalni recidiv nakon operacije dojke ne mora uvijek biti znak visokog rizika za razvoj sistemne bolesti. Prema istraživanjima stopa ponovnog lokalnog pojavljivanja osnovne bolesti znatno je veća kod bolesnica koje su samo operirane, a nije provedeno zračenje. Zloćudni tumori dojke viših stadija će biti mnogo rizičniji za razvoj ranih ili pak kasnih lokalnih recidiva. Pojava lokalnih recidiva raka dojke znak je da

je osnovna bolest već diseminirala. Tumori koji se pojave dosta kasnije nakon prve operacije na drugim mjestima u dojci su vjerojatno novi primarni tumori [3].

1.4.3.2. Udaljene metastaze raka dojke

Najčešća mjesta su pleura, pluća, jetra, mozak te kosti. Širenje stanica raka dojke u prsnu šupljinu očituje se kao pleuralni izljev i plućne metastaze. Danas se smatra da se mnogo češće pojavljuju udaljene metastaze kod bolesnica kod kojih je napravljena totalna mastektomija odnosno da je rjeđa pojava visceralnih metastatskih promjena kod bolesnica s lokalnim recidivom u dojci nakon operacije. Liječenje uključuje primjenu kirurškog liječenja i primjenu radioterapije. Pojava recidiva nakon zahvata najčešće se kirurški liječi jednostavnom mastektomijom s primarnom rekonstrukcijom ili bez rekonstrukcije. Kirurško liječenje udaljenih metastaza dolazi u obzir samo u slučaju metastaza u pojedinim parenhimnim organima. Treba uzeti u obzir dob i opće stanje pacijenta te moguće prisustvo drugih bolesti [3].

Istraživanje iz 2009. godine govori o iznimno rijetkoj intraventrikularnoj lokalizaciji metastatskog karcinoma dojke. Intraventrikularni tumori predstavljaju tek 10% svih tumora središnjeg živčanog sustava. Slučaj 73-godišnje bolesnice s karcinomom dojke bez znakova metastatskih promjena u plućima, kostima ili jetri. Pokazana je intraventrikularna tumorska tvorba neuroradiološkom obradom. Indicirano je operacijsko liječenje. Patohistološka analiza pokazala je metastatski karcinom dojke [19].

Također, istraživanje iz 2018. godine govori o izoliranom metastatskom karcinomu dojke u mandibuli kod 76- godišnje pacijentice kojoj je karcinom dojke bio dijagnosticiran prije 11 godina. Pacijentica je navodila od simptoma otežano žvakanje, diskretnu bol te je povišen tumorski biljeg Ca 15-3. Metastaza je dokazana intraoralnom biopsijom, a pacijentica je liječena palijativnom radioterapijom i hormonskom terapijom [20].

1.5. Liječenje karcinoma dojke

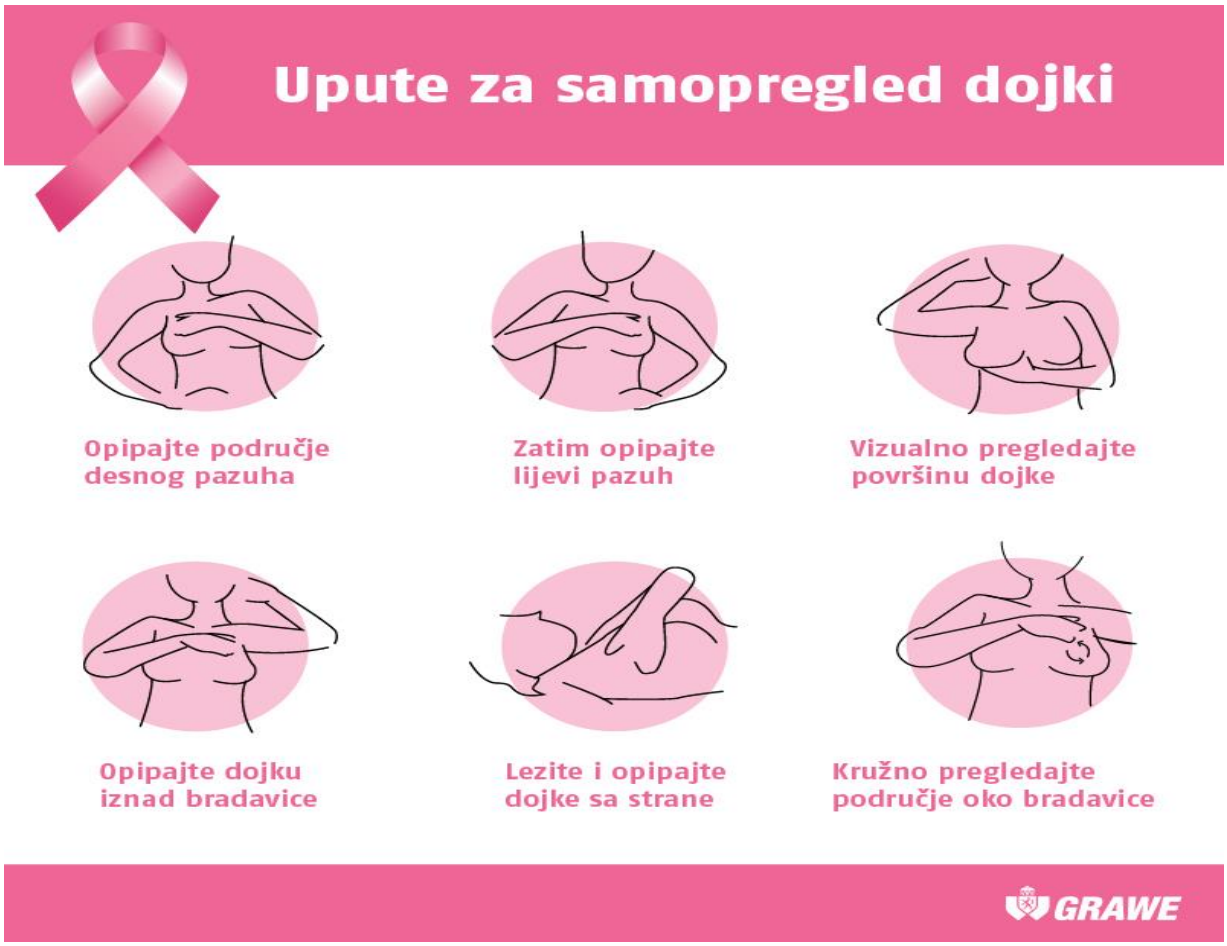
1.5.1. Samopregled dojke

Samopregled dojki ima centralno značenje u ranom otkrivanju raka dojke. Samopregled dojke podrazumijeva postupak kojim žena sama sebi pregledava dojke neposredno nakon menstruacije, između 5. i 10. dana ciklusa. Nakon menstruacije dojke su opuštene, nisu osjetljive i najmekše su. Preporučuje se započeti sa samopregledom već s 20

godina starosti. Kod samopregleda žena promatra dojke, promatra ima li promjena u veličini, ispupčenosti, promjena bradavica ili čvorića, crvenilo kože, smežuranost ili udubljenja dojke [16].

Vrlo je važno da medicinska sestra educira o tehnici izvođenja samopregleda. Samopregled nije zamjena za specijalistički pregled, ultrazvuk dojki ili mamografiju, ali je odlična nadopuna tim pregledima koji se trebaju provoditi redovito. Najvažnija bit samopregleda je zapamtiti strukturu svoje dojke. Pipanjem dojki svaka žena treba postići da zna točan raspored svih struktura u njima. Mora dobro upoznati sve kvržice kako bi među njima mogla napipati svaku novu promjenu [23].

Samopregled se sastoji od palpacije i inspekcije dojke. Inspekcija podrazumijeva da pacijentica mora biti u uspravnom položaju, do pojasa bez odjeće i opuštena. Vrši se najprije sprijeda kada su ruke ispružene uz tijelo, zatim se obuhvati struk te u tom položaju se promatraju dojke. Kod pregleda desne dojke desna je ruka podignuta iznad glave, a lijevom rukom koja je postavljena iznad bradavice da ne zaklonimo kožu od pogleda, pomičemo donje dijelove desne dojke u raznim smjerovima te pratimo hoće li se bilo gdje na koži pokazati neka promjena, postoji li nešto što povlači ili gura dojku te napinje li se koža preko nečega. Ista radnja se ponovi i s lijevom dojkom. Drugi dio samopregleda je palpacija. Dojke treba pipati ležeći i sjedeći jer se neke promjene bolje uočavaju u ležećem položaju, a druge u sjedećem položaju. Pravilo je da desna ruka uvijek pipa lijevu dojku, a lijeva ruka desnu dojku. Važno je spojiti jagodice dva ili tri prsta kako bi se povećala površina pipanja i izbjegli mogućnost da nam promaknu male kvržice. Za pregled u stojećem položaju potrebno je podignuti lijevu ruku i prstima desne ruke pažljivo opipati lijevu dojku. Počinje se s gornjom vanjskom stranom te se kružnim pokretima pipa s donje i gornje strane dok se ne pretraži cijela dojka. Isti postupak ponoviti i na drugoj dojci. Kod ležećeg pregleda dojka se raširi te postane tanja te se tako mnoge strukture lakše pipaju. Dojku podijelimo na četvrtine. Svaki kvadrant dojke treba popipati temeljito u oba smjera. Kružnim pokretima u smjeru kazaljke na satu, a potom u suprotnom smjeru. Na kraju samopregled obuhvaća još i palpaciju limfnih čvorova i kontrolu postoji li iscjedak iz dojki [23].



Slika 1.5.1.1. Upute za samopregled dojke

Izvor:
https://d267q9fqef4x7r.cloudfront.net/fileadmin/grawe_hr/Blog/Grawe_blog_ruzicasti-vodic_samopregled-01.jpg

1.5.2. Programi prevencije i rano otkrivanje

Mnoga istraživanja pokazuju kako se čak trećina raka može spriječiti ako se provode mjere primarne prevencije. Primarna prevencija uključuje: nepušenje, umjereno pijenje alkohola, izbjegavanje prekomjernog izlaganja suncu te kontrola zdravlja, izbjegavanje pretilosti, konzumiranje namirnica s mnogo vlakana. Sekundarna prevencija uključuje: odlazak liječniku odmah nakon što se primijeti neko zadebljanje, neprirodno krvarenje ili slično, odlazak liječniku zbog ustrajnih zdravstvenih razloga. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke uključuje sve žene u Republici Hrvatskoj u dobi od 50 do 69 godina. One dobiju poziv po županijama za besplatni mamografski pregled, svake dvije godine. Primarni cilj programa je otkriti rak dojke u što ranijoj fazi i smanjiti smrtnost od raka dojke.

Sve građanke Republike Hrvatske moraju imati jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira. Odazvanost na program je 60% [16].

1.5.3. Klasifikacija raka dojke

Tumore dojke je potrebno podijeliti u skupine i stadije zbog različitih rezultata liječenja karcinoma dojke ovisno o uznapredovalosti bolesti. Dobro određen stadij omogućava izbor najboljeg odgovarajućeg terapijskog postupka što dovodi do dobrih rezultata liječenja. Postoji nekoliko vrsta klasifikacija karcinoma. Poznata je Steinthalova klinička klasifikacija koja razlikuje tri glavna stadija anatomskog širenja tumora:

1. stupanj – tumor je jasno ograničen na sjedište svog podrijetla

2. stupanj – postoji rasap u regionalne limfne čvorove

3. stupanj – prisutni znaci diseminacije izvan regionalnog opsega ili udaljene metastaze

Najviše prihvaćena je TNM klasifikacija pri čemu T označava veličinu tumora, N metastaze u regionalnim limfnim čvorovima, a M udaljene metastaze [27]. U tablici je prikazana TNM sustav klasifikacije tumora.

TNM		Promjene Na Dojki
Tis		Ca in situ.
T1		Karcinom dojke
	T1a	Karcinom dojke
	T1b	Karcinom dojke > 0,5 cm - 1 cm.
	T1c	Karcinom dojke > 1 cm - 2 cm.
T2		Karcinom dojke > 2 cm - 5 cm.
T3		Karcinom dojke > 5 cm.
T4		Prisutnost plućnih metastaza s ili bez sigurne prisutnosti tumora u genitalnom području.
	T4a	Karcinom dojke koji se širi na stijenku toraksa.
	T4b	Karcinom dojke koji zahvaća kožu: edem kože/ulceracije/satelitski čvorići na koži.
	T4c	T4a + T4b
	T4d	Karcinom dojke s upalnim promjenama.
N1		Povećani, pokretni aksilarni limfni čvorovi.
	pN1	postoperativni nalaz: povećani pokretni aksilarni limfni čvorovi.
	pN1a	postoperativni nalaz: mikrometastaze
	pN1b	postoperativni nalaz: makrometastaze i 1-3 limfna čvora > 0,2 - < 2 cm; ili >/= 4 limfna čvora >0,2 - < 2cm; ili zahvaćena kapsula limfnih čvorova < 2 cm ili limfni čvorovi >/= 2 cm.
N2		Fiksirani aksilarni limfni čvorovi
	pN2	Postoperativni nalaz: fiksirani aksilarni limfni čvorovi
N3		Zahvaćeni limfni čvorovi duž a.mammaria int.
	pN3	Postoperativni nalaz: zahvaćeni limfni čvorovi duž a. mammaria int.
M		Udaljene metastaze.

Tablica 1.5.3.1. Prikaz TNM sustav klasifikacije tumora

Izvor: https://poliklinika-harni.hr/ginekologija/pregled/stadiji-karcinoma-dojke

1.5.4. Dijagnostika i kirurško liječenje raka dojke

Karcinom dojke, prije početka liječenja treba dijagnosticirati. Navode se 5 glavnih uvjeta koja moraju biti ispunjena, a to su:

1. Određivanje stadija bolesti
2. TNM klasifikacija- globalno priznat standard za klasifikaciju proširenosti karcinoma
3. Histološka verifikacija
4. Određivanje receptora
5. Timski rad [7].

Kako bi operacijski zahvat bio potpun mora se razmotriti kompleks emocionalnih, rehabilitacijskih i psihičkih postupaka s kojima će se bolesnica morati susreti. Kod karcinoma u prvom i drugom stadiju koriste se poštedni kirurški zahvati. Tu spadaju segmentektomija, kvadrantektomija i lumpektomija, Kod bolesnica sa trećim i četvrtim stadijem zahtjeva se najprije sistemska terapija i tu spadaju kemoterapija, hormonalna terapija te radioterapija [5,7].

Kirurško liječenje je uobičajeni način liječenja. Moderniji način kirurškog liječenja se javlja 1984. godine. U potpunosti se uklanja dojka, radi se potpuna disekcija aksilarnih limfnih čvorova [8].

Poštedni kirurški zahvati obuhvaćaju:

1. Tumorektomija
2. Kvadrantektomija
3. Segmentektomija
4. Parcijalna mastektomija

Radikalni kirurški zahvati obuhvaćaju:

1. Halstedova radikalna mastektomija kod koje se odstranjuju oba prsna mišića s aksilarnom limfadenopatijom
2. Halstedova radikalna mastektomija kod koje se odstranjivanjuju interni mamarni čvorovi
3. Superradikalna mastektomija
4. Modificirana radikalna mastektomija [8].

1.6. Metastatski karcinom dojke

Metastatski karcinom dojke je uznapredovali tumor dojke koja se označava kao IV stadij bolesti. Karcinom koji se širi u susjedne dijelove tijela kao što su pazušni limfni čvorovi se naziva lokalnom metastazom. Može se opisati kao lokalna/regionalna bolest ili lokalno invazivna ili lokalno uznapredovala. Karcinom koji se proširio u dijelove tijela koji su udaljeniji od primarnog tumora se naziva udaljena metastaza. Karcinom dojke može metastazirati u kosti, pluća, jetru, kralježnicu ili mozak [17]. Metastatski rak dojke u pravilu je neizlječiva bolest, no primjena adekvatne terapije omogućuje većini bolesnica značajno produljenje života. Osnova terapije je sustavno liječenje, s obzirom da je bolest proširena po tijelu. Operacija i radioterapija koriste se u palijativne svrhe, primjerice radi smanjivanja bolova [18].

1.6.1. Testiranje

Prije samog testiranja bitno je sakupiti svu medicinsku dokumentaciju i dati detaljnu obiteljsku anamnezu. Potom slijedi opći fizikalni status koji dodatno uključuje pregled limfnih čvorova te posebno samih dojki. Provodi se i procjena opće tjelesnog stanja bolesnika koristeći ECOG/WHO/Zubrodovu ljestvicu koja ima raspon od 0 do 5, gdje 0 predstavlja savršeno zdravlje, a 5 predstavlja smrt [17].

ECOG* skala stanja bolesnika	ocjena
Obavlja normalne aktivnosti	0
Simptomi prisutni, bez smanjenja aktivnosti	1
Povremeno u krevetu, ali manje od 50% dnevnog vremena	2
Leži u krevetu više od 50% dnevnog vremena	3
Ne može ustati iz kreveta	4

* ECOG (Estern Cooperative Oncology Group)

Slika 1.6.1.1. ECOG/WHO/Zubrodova ljestvica

Izvor: https://docplayer.rs/docs-images/115/213766627/images/27-0.jpg

Prije početka liječenja s pacijentom se raspravi o ciljevima terapije, te ga se uključi u zajedničko odlučivanje o liječenju. Od laboratorijskih nalaza provjerava se crvena krvna slika i kompletna biokemija (uključujući hepatogram i alkalnu fosfatazu). Slikovna

dijagnostika uključuje MSCT prsnog koša s kontrastom, MSCT abdomena s kontrastom sa ili bez zdjelice ili MR bez kontrasta. U slučaju simptoma CNS-a potrebno je učiniti MR mozga. Ukoliko postoje bolovi u leđima ili simptomi kralježnične moždine potrebno je učiniti MR kralježnice. Dodatno, ako je potrebno radi se scintigrafija kostiju ili PET/CT s natrijevim fluoridom ili FDG (F-18 fluorodeoksiglukoza) PET/CT. RTG snimke kostiju se rade ako postoji bol u kostima i ukoliko su abnormalnog izgleda.
Ultrazvuk dojki je dobar za prikaz malih promjena koje su na ili blizu površini kože. Kod prvog recidiva bolesti treba učiti biopsiju [17].

1.6.2. Vrste testiranja

1. **Biomarkersko testiranje** otkriva one pacijente koji bi mogli imati koristi od ciljane terapije. Genetsko savjetovanje je jako važno ako postoji rizik za nasljedni karcinom dojke, vrši se testiranje BRCA 1 i BRCA 2 gena čije su mutacije odgovorne za povećani rizik od karcinoma dojke, ovarija, prostate, kolorektalnog karcinoma ili melanoma. Analiza tkiva se provodi nakon biopsije ukoliko se ona može sigurno izvesti radi odluke o optimalnom liječenju. otkriva one pacijente koji bi mogli imati koristi od ciljane terapije [17].

2. **Testiranje na HER2** (human epidermal growth factor receptor 2) se izvodi kako bi se utvrdilo ima li više od dvije kopije navedenog gena (HER2+) čiji sintetizirani protein uzrokuje prekomjerni rast i diobu stanica. Imunohistokemijom se mjeri broj receptora, dok in situ hibridizacija mjeri broj kopija HER2 gena. Također se testiraju mutacije gena karcinoma na koje djeluje specifična terapija, na primjer mutacija gena PIK3CA koju se liječi s djelatnom tvari alpelisibom [17].

3. **Testiranje na PD-L1** (programmed death-ligand 1) koji je protein imunosnog sustava koji može uzrokovati da stanice imunosnog sustava ignoriraju stanice karcinoma i suprimiraju antitumorski imunosni odgovor. Liječi se kemoterapijom i imunoterapijom [17].

4. **Testiranje na MSI/MMR** (microsatellite instability/mismatch repair) ukoliko postoje greške to dovodi do razvoja karcinoma. Definiranjem težine nestabilnosti te

saznanje o nedostatsku MMR može se odrediti način liječenja i procijeniti kako će tumor odgovoriti na terapiju [17].

1.6.3. Opcije liječenja

1.6.3.1. Radioterapija

Radioterapija je tip liječenja koji koristi ionizirajuće zračenje koje oštećuje DNA stanica raka i uzrokuje njihovo umiranje. Radioterapija se obično primjenjuje nakon poštednog kirurškog zahvata dojke, a može se koristiti i nakon mastektomije.

Prije nego se počne provoditi radioterapija bitno je poznavati lokalizaciju tumora, njegovu veličinu te stadij tumora i analizu rubova preparata. Sama radioterapija koristi zračenja visokih energija od X-zraka, gama zraka, protona te ostalih izvora kako bi ubila stanice karcinoma i kako bi smanjila tumor. Daje se kroz određen period vremena. Može se dati zasebno prije ili poslije kirurškog liječenja kako bi se liječio ili usporio rast tumora. Nekad se daje skupa s određenim sistemnim terapijama. Može se koristiti i kao suportivno liječenje kako bi se smanjila nelagoda ili bol od strane primarnog tumora ili metastaze [3,8]. Cilj radioterapije je zbrinuti simptome koji nastaju od primarnog tumora ili udaljenih presadnica, što bolesnicama može unaprijediti kvalitetu života [18].

1.6.3.2. Kemoterapija

Podrazumijeva se liječenje maligne bolesti kemijskim sredstvima. Kemoterapija je jedan od oblika liječenja bolesnica sa zloćudnim tumorima gdje se primjenjuje sistemski pristup. Velika većina citostatika uspješno uništavaju karcinomske stanice. Treba imati na umu da je metastatski karcinom neizlječiva bolest. Svrha kemoterapije je zaustavljanje rasta karcinoma i smanjenje njegove mase. Postoji više vrsta kemoterapije koja se koristi u liječenju metastatskog karcinoma dojke [3,7].

1.6.3.3. Hormonska terapija

Na nju pozitivno odgovori 30% pacijentica koje su oboljele od karcinoma dojke. Uvjet koji treba zadovoljiti je odrediti prisutnost steroidnih receptora u primarnom metastatskom tumoru. Hormonska terapija ne uzrokuje puno nuspojava, a ima dugotrajne

rezultate. Međutim, nedostatak je taj što samo hormonski ovisni karcinomi reagiraju na ovaj tip liječenja [3].

1.6.3.4. Imunoterapija i ciljana terapija

Danas primjenom novih terapija (tzv. pametnih lijekova ili biološke terapije) postižu se najbolji uspjesi u liječenju metastatske bolesti. Najbolji odgovor u liječenju metastatske bolesti imaju bolesnice kod koji je testiranjem utvrđena prisutnost neke od mutacija koju se može ciljano liječiti ili blokirati. Tako se u slučaju pozitivnog nalaza na prisutnost receptora za Her-2, PDL ili prisutnost PIK3 mutacije primjenu ciljane terapije. U određenim slučajevima liječenja metastatske bolesti ovim lijekovima možemo praktički govoriti o kroničnoj bolesti ili izlječenju.

1.7. Rekonstrukcija dojke

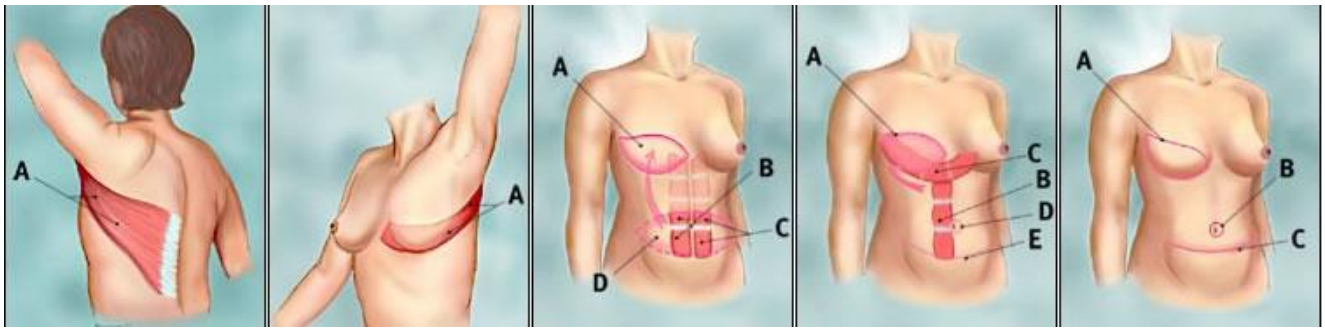
Rekonstrukcija ne smije utjecati na onkološko liječenje i upravo zbog toga je individualna. Uz bolest, promijenjen izgled dojki također uvelike utječe na gubitak samopouzdanja, smanjenje osobnog zadovoljstva, kreativnost i radnu sposobnost. Žene koje se ne odluče za rekonstrukciju taj estetski nedostatak prikrivaju sa vanjskim protezama ili grudnjakom. Ožiljak podsjeća na sve preživljeno i budi negativne osjećaje [4].

Estetski nedostatak se može popraviti na nekoliko načina. Prva opcija je neposredno nakon odstranjivanja tumora i to se naziva primarna rekonstrukcija ili kasnijim operacijama, nakon završetka onkološkog liječenja koja se naziva sekundarna rekonstrukcija. Ukoliko je potrebno odstraniti veći dio dojke ili čitavu dojku potrebna je cjelovita rekonstrukcija dojke. Nova dojka se može rekonstruirati tkivom same bolesnice i to se naziva autologna rekonstrukcija. Dio kože se zajedno s potkožnim tkivom, nekada i mišićima, s jednog dijela tijela prenese na mjesto defekta nastalog operativnim zahvatom. Nova dojka oblikom i veličinom sliči zdravoj dojci. Ukoliko pacijentica želi, može se napraviti dojka od umjetnog materijala. O izboru najprimjerenije metode rekonstrukcije utječe:

1. Stadij bolesti
2. Indeks tjelesne mase, veličina i oblik dojki
3. Ostale bolesti i loše navike
4. Želje bolesnice.

Kod bolesnica sa prekomjernom tjelesnom težinom rana teže zarasta. Kod bolesnica koje su veoma mršave nadomještanje autolognim tkivom iz trbuha nije moguće jer nema dovoljno masnog tkiva [5].

Najvažniji krajnji cilj rekonstrukcije dojke je da je siguran onkološki zahvat kojim bi žena trebala biti zadovoljna [6].



Slika 1.7.1. Prikaz rekonstrukcije dojke

Izvor:https://www.drciric.com/wp-content/uploads/2016/03/rekonstrukcija-dojke-slika.jpg

1.8. Sestrinska skrb

Provodi se na temelju procesa zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege se temelji na prikupljanju podataka, planiranju, provođenju zdravstvene njege i na kraju evaluaciji, a plan zdravstvene njege se provodi kod svakog pacijenta individualno, neovisno o medicinskim dijagnozama [10].

Za razliku od medicinskih sestara koje rade na odjelima, patronažne sestre su više usmjerene na rad u zajednici, ali to ne umanjuje rad s pojedincima i njihovim obiteljima već se medicinske sestre više uključuju u procjenu potreba za zdravstvenom njegom u kući. Patronažna sestra je veza između bolesnika i zdravstvenih profesionalaca u timu liječenja [11].

Uloga medicinske sestre je značajna tijekom sveukupne skrbi u liječenju karcinoma dojke. Medicinska sestra mora imati specifičan pristup jer će drugima na taj način ublažiti strah i brigu kod pacijenata [12].

Suportivna skrb je zdravstvena skrb koja smanjuje simptome uzrokovane karcinomom ili terapijom te poboljšava kvalitetu života. Uključe smanjenje boli (palijativna skrb), emocionalni ili duševni suport, financijsku pomoć ili obiteljsko savjetovanje.

Za liječenje metastatskog karcinom dojke potreban je timski pristup:

1. Liječnik obiteljske medicine – bavi se medicinskom skrbi koja nije vezana uz karcinom, pomaže izraziti pacijentove osjećaje i statove prema liječenju timu za liječenje karcinoma.

2. Patolog očitava nalaze te proučava stanice, tkiva i organe uzete tijekom biopsije ili kirurškog zahvata.

3. Dijagnostički radiolog – očitava nalaze RTG-a i drugih slikovnih pretraga.

4. Kirurški onkolog ili plastični kirurg operiraju i odstranjuju karcinom.

5. Onkolog liječi karcinom u odraslih koristeći sistemsku terapiju, često vodi tim i prati nalaze pretraga i drugih specijalista te koordinira skrb.

6. Specijalist palijativne skrbi – stručnjak za liječenje simptoma nastalih zbog karcinoma te poboljšava kvalitetu života pacijenta i olakšava patnju.

7. Pružatelji napredne skrbi su važan dio bilo kakvog tima, to su medicinske sestre i asistenti liječnika koji monitoriraju zdravlje pacijenta i pružatelji skrbi.

8. Onkološke medicinske sestre pružaju njegu ruku, daju sistemsku terapiju, upravljaju skrbi, odgovaraju na pitanja pacijenta i pomažu nositi se s neželjenim učincima.

9. Nutricionisti osiguravaju koju hranu ili dijetalne mjere najviše odgovaraju za pojedino stanje

10. Psiholozi i psihijati su eksperti koji pomažu i liječe depresiju, tjeskobu ili druga mentalna stanja koja utječu na to kako se pacijent osjeća [17].

Uloga medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke se razvila u Ujedinjenom kraljevstvu i u današnja vremena je prihvaćena internacionalno. Iako su dostupni dokazi koji ukazuju da je uloga sestara blagotvorna u skrbi žena s primarnim karcinomom dojke, ističe se da žene s metastatskim karcinomom ne dobivaju istu razinu skrbi. Ova studija je za cilj imala razviti razumijevanje uloge medicinskih sestara koje

brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke u opskrbljivanju skrbi pacijentima. U presječnom istraživanju bilo je uključeno 276 medicinskih sestara u Ujedinjenom kraljevstvu od kojih 91% njih je pružalo skrb pacijenticama s metastatskim karcinom dojke i 81% je pružilo informacije i suport. Unatoč tome, 57% sestara je priznalo da pružanje skrbi za ovu populaciju je neadekvatno i više njih je izjavilo da je osjećaju slabo obučene za skrb za žene s progresivnom bolesti. Smjernice za skrb ove grupe pacijenata su nestrukturirane i loše definirane čime kompliciraju napore medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke da identificiraju i osiguraju skrb za njih. U zaključku je da trenutna (2010. godine) sestrinska skrb za žene s metastatskim karcinomom dojke je neadekvatna, ali mnogo medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke rade da ukažu na tu problematiku [37].

1.8.1. Prijeoperacijska skrb

Vrlo je bitna potpora pacijentice. Pod prijeoperacijsku skrb spadaju psihička i fizička pripremu pacijentice. Pacijenticu je potrebno upoznati s operacijskim zahvatom te objasniti tijek liječenja. Medicinska sestra mora uzeti opsežnu sestrinsku anamnezu koja obuhvaća intervju s pacijentom. Od trenutka dolaska na odjel počinje prijeoperacijska priprema. Uz psihičku pripremu postoji i fizička priprema te je jako bitna edukacija pacijentice i njezine obitelji [13].

1.8.2. Poslijeoperacijska skrb

Medicinska sestra/tehničar od trenutka kada zaprimi pacijenticu na odjel mora utvrditi opće stanje, respiratorno stanje, vitalne funkcije, stanje kože te stupanj budnosti. Poslijeoperacijska skrb uključuje što ranije postizanje samostalnosti pacijentice te mogućnost obavljanja fizioloških potreba dok trajanje hospitalizacije uvelike ovisi o vrsti kirurškog zahvata te mogućim komplikacijama [14,15].

1.8.3. Najčešći sestrinski problemi nakon operacije dojke

Najčešći sestrinski problemi pacijenata nakon operacije dojke s kojima se medicinska sestra susreće su visok rizik za krvarenje, akutna bol, visok rizik za infekciju, smanjena mogućnost brige o sebi, nesanica, opstipacija, umor, strah, nisko samopoštovanje, visok rizik za usamljenost, poremećaj socijalne interakcije, neupućenost i druge.

Poznavanje Maslowljeve motivacije uvelike pomaže medicinskoj sestri pri utvrđivanju prioriteta u procesu zdravstvene njege. Maslow je prepoznao i opisao pet skupina potreba zajedničkih svim ljudima koje su u hijerarhijskom odnosu. Kako je neka potreba na nižoj razini to je njezino zadovoljenje za pojedinca hitnije i važnije. U skladu s tim prednost imaju fiziološke potrebe kao što su akutna bol, visok rizik za infekciju, visok rizik za krvarenje, smanjena mogućnost brige o sebi, nesanica, opstipacija, zatim potrebe za sigurnošću kao što je strah, afilijativne potrebe kao što je visok rizik za usamljenost i poremećaj socijalne interakcije, potrebe za samoaktualizacijom kao što je neupućenost [25].

1.8.4. Kvaliteta života liječenih od metastatskog raka dojke

Sastavni dio evaluacije terapijskih i rehabilitacijskih postupaka je kvaliteta i procjena kvalitete života. U konceptu kvalitete vrlo važnu ulogu ima doživljaj pojednica, a u odnosu na kvalitetu temeljenu na zdravlju podrazumijeva se doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata bolesti na tjelesne, socijalne, emocionalne i kognitivne funckije. Medicinski pristup se usmjerava na sposobnosti i aspekte koji utječu na svakodnevno funkcioniranje. Mnogi autori navode kako maligna oboljenja praćena s agresivnim terapijskim intervencijama dovode do psihosocijalnih i fizičkih neugodnih reakcija za samog pacijenta. Uz bolne i neugodne reakcije na terapijske postupke javlja se i najgori strah, strah od smrti. Uz strah od smrti javljaju se i strah od ponovne pojave bolesti, narušeni partnerski odnosi, teškoće u radnim aktivnostima, nepovoljne socijalne reakcije, krivnja, ljutnja, depresija i brojne druge [28]. Koncept kvalitete života određen je subjektivnim doživljajem te objektivnim indikatorima. Autorica Slavuj navodi kako je vrednovanje objektivnih indikatora je podložno subjektivnim procjenama i vrijednostima koje netko pripisuje određenom indikatoru što znači da će nekoliko osoba isto područje drukčije promatrati i rangirati [29].

Sve kirurške intervencije te liječenje kortikosteroidima, citostaticima te radioterapijom utječu na promjene fizičkog izgleda žene. Fizički izgled žene je povezan s poremećajima doživljavanja slike tijela koje doprinose problemima psihoseksualnog funkcioniranja, dovode do seksualne anksioznosti te izbjegavanja seksualnih aktivnosti [28].

Važnost kvalitete života oboljelih od raka dojke naglašena je u kliničkim smjernicama za liječenje raka dojke te je uvrštena u područje psihijatrijsko-psihološke dijagnostike. Za procjenu kvalitete života predložen je Upitnik za procjenu kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije zatim Upitnik za kvalitetu života oboljelih od karcinoma

dojke te Upitnik kvalitete života oboljelih od karcinoma dojke Europskog udruženja za dijagnosticiranje i liječenje karcinoma dojke. U postoperacijskom i rehabilitacijskom periodu žene se moraju pridržavati nekih preventivnih mjera zaštite općeg zdravlja i sigurnosti kako bi očuvale kvalitetu života i zdravlja. Primjerice za mjerenje tlaka ili venepunkciju preporuča se izbjegavati stranu mastektomije. Također, za očuvanje kvalitete života vrlo je važna i psihosocijalna podrška bliskih osoba te stručnjaka. Smjernice ukazuju na psihoedukaciju oboljelih i obitelji kojoj je cilj motivacija za liječenjem, savjetovanje te psihoterapijska podrška, ukoliko je potrebno i upotreba psihofarmaka. U kontinuiranu podršku oboljelima od raka dojke spada dugotrajna individualna, grupna te obiteljska psihoterapija, planirane fizičke aktivnosti i vježbanje, grupe podrške te tehnike opuštanja. Kad nema simptoma bolesti preporučaju se razne aktivnosti u kojima jačaju društvene veze, a to su primjerice, šetnje, razni hobiji, ples i drugo [30]. Autorica Pinjatela navodi kako se otkrila istraživanjem značajno lošija opća kvaliteta života, lošije tjelesno, socijalno, poslovno i emocionalno funkcioniranje ispitanika s malignim oboljenjem. U liječenje oboljelih od raka dojke uključena je i medicinska sestra odnosno medicinski tehničar. Vrlo je bitan izrađen plan zdravstvene njege koji je vezan u sestrinske dijagnoze. Za podizanje kvalitete života žena nakon operacije dojke vrlo je bitno ženu i njezinu obitelj pripremiti prvenstveno za povratak kući, a s time se započinje još u procesu liječenja. Psihološka podrška podrazumijeva i upute o postupcima i načinu ublažavanja posljedica terapije, važnost redovitih kontrola, nastavku liječenja te potrebnoj količini sna i potrebnog svakodnevnog odmora te načinu prehrane. Savjetodavna uloga medicinske sestre odnosi se na usmjeravanje žena oboljelih od raka dojke, prevenciju daljnjeg razvoja nuspojava prakticiranjem pravilnog načina života. Također, o važnosti vježbanja postoje brojna istraživanja jer se tako sprečavaju postoperativne komplikacije te pojava limfedema [29,31].

Adherencija na lijekove je najvažniji izazov s kojim se pacijentice susreću kad uzimaju peroralnu terapiju. U istraživanju iz 2020. godine evaluira se učinak suportivnog programa samopomoći pacijentica s metastatskim karcinomom dojke koje su na personaliziranoj peroralnoj terapiji. Uspoređivale su se skupine koje su uzimale oralnu kemoterapiju i ciljane personalizirane lijekove. Grupa koja je primala ciljane personalizirane lijekove je dobila i od strane educiranih medicinskih sestara bila provedena kroz program samopomoći za terapiju ciljanim lijekovima. Primarni ishod je bio adherencija na lijekove tri mjeseca nakon početka tretmana, dok su sekundarni ishodi obuhvaćali samodovoljnost pacijentica, funkcionalnu procjenu, psihološki distres, težinu simptoma i zadovoljstvo

pacijentica. Nakon završetka studije ciljana grupa je bila intervjuirana od strane medicinskih sestara. Rezultati su pokazali da nema statistički značajne razlike između grupa pacijentica po pitanju primarnog ishoda. Što se tiče sekundarnih ishoda, samo se samodovoljnost pacijentica razlikovala u obje grupe. U kvalitativnoj studiji medicinske sestre su uočile poboljšanje u samodovoljnosti pacijentica, mogućnosti anticipacije učinaka liječenja te utjecaja na život i izbjegavanje usamljenosti [33].

1.8.5. Palijativna skrb i suportivna terapija

Glavni cilj palijativne skrbi za pacijente s metastatskom bolesti je kontrola simptoma bolesti i neželjenih posljedica liječenja s ciljem održavanja kvalitete života. Važno je u tijeku liječenja metastatske bolesti da se rano prepoznaju simptomi bolesti i potencijalni probleme te na vrijeme uključiti palijativni tim paralelno uz specifično onkološko liječenje. U početku će palijativna komponenta biti manja od ove druge, a kako na žalost bude bolest progredirala, tako će zauzimati sve veću skrb. Vrlo je važno pristupiti bolesnici kao cjelovitoj osobi [26].

Žene s metastatskim karcinomom dojke prolaze jedinstveno liječenje simptoma bolesti i imaju jedinstvene psihosocijalne potrebe zbog agresivnog i nadasve palijativnog liječenja kronične progresivne bolesti. U pretraživanom radu se opisuje učinak projekta za poboljšanje kvalitete koordinacije suportivne skrbi pacijentica s metastatskim karcinomom dojke. Evaluacija programa je uključivala razinu traženja suportivnih službi, ishode bolnih simptoma, generaliziranu tjeskobu i sveukupno opće stanje pacijentica. Jednom tjedno kroz jedan sat su pacijentice definirale potrebu i dostupnost socijalnih službi, psiholoških savjetovanja i palijativne skrbi. Zaključak rada je bio da svrhovita procjena od strane medicinskih sestara za korištenjem socijalnih službi i potrebe za palijativnom skrbi povećava broj upućivanja medicinskim sestrama s poboljšanjem ispitivanih ishoda pacijentica [32].

U radu iz 2013. godine su pregledane pacijentice s dijagnozom karcinoma dojke koji su bile upućene specijalističkom sestrinskom timu koji se bavi palijativnom skrbi u zajednici kroz 12-mjesečni period kako bi se istražili razlozi upućivanja u njihovu službu i trajanje interakcije. Pacijentice s karcinomom dojke su činile + 10% ukupnog broja upućenih pacijenata u specijalističku službu radi liječenja simptoma (uključujući kontrolu boli) i emocionalnu potporu kao glavni razlozi za upućivanje. Prosječno trajanje intervencije je bilo 3 mjeseca i tjedan dan. Čini se da je upućivanje bilo u kasnijim fazama, te da je ukupan broj

bio manji nego što bi bilo očekivano. Moglo bi se zaključiti da bi djelokrug specijalističkog palijativnog tima trebao biti više integriran u skrb za pacijente s metastatskim karcinomom dojke [35].

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

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

Glavno obilježje patronažne sestrinske skrbi, ono što ju čini prepoznatljivom i drugačijom od ostalog sestrinstva, činjenica je da se aktivnost odvija izvan zdravstvenih ustanova, najčešće u kući korisnika, te što se promicanje optimalnog zdravlja postiže radom s ljudima u partnerstvu i njihovom sudjelovanju u najvećoj mogućoj mjeri. Kvalitetan rad patronažne službe je bitan faktor zaštite pacijenata i održavanja zdravlja stanovništva.

Patronažne sestre/tehničari neizostavna su karika provedbe Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka koja ima veliku ulogu u podizanju odaziva, motivaciji i edukaciji osoba za sudjelovanje u nacionalnim programima ranog otkrivanja raka. Patronažna sestra/tehničar treba biti svjesna doprinosa kojeg može dati i vlastite važne uloge u timu provoditelja programa, a radi boljeg odaziva na programe, isto tako dovoljno znanja o sijelima raka i metodama njihova ranoga otkrivanja [24].

2. Empirijski dio rada

2.1. Ciljevi i hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja je saznati kakva je percepcija u pogledu prognoze bolesti kod bolesnica s metastatskim rakom dojke kod medicinskih sestara, potvrditi ili opovrgnuti razlikuju li se medicinske sestre koje rade u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti po razini edukacije od onih u primarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, postoji li razlika u radu medicinskih sestara s onkološkim pacijentima s obzirom na razinu obrazovanja te razlikuju li se medicinske sestre u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob.

Postavljene su sljedeće hipoteze:

H1- Medicinske sestre koje rade u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti slabije su educirane od onih u primarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

H2- Ne postoji razlika u radu medicinskih sestara s pacijenticama oboljelim od raka dojke s obzirom na razinu obrazovanja.

H3- Medicinske sestre se u stavu prema radu s pacijenticama oboljelim od raka dojke ne razlikuju s obzirom na dob.

2.2. Opis uzorka

Istraživanjem između medicinskih sestara/tehničara obuhvaćeno je 152 sudionika s područja Republike Hrvatske. Korišten je upitnik od 25 pitanja koji je konstruiran za ovo istraživanje. Upitnik prikuplja sociodemografske podatke te ispituje kognitivne i emocionalne komponente stavova medicinskih sestara prema bolesnicima s metastatskim rakom dojke. Istraživanje je provedeno u razdoblju od 5. do 15. lipnja 2021. godine. Provodilo se putem interneta te je bilo dobrovoljno i u potpunosti anonimno.

2.3. Statistička obrada podataka

Upitnik je ispunjavan online putem Google aplikacije. Dobivena Excel datoteka konvertirana je u SPSS datoteku (Statistic for Windows). Grafički prikaz je izrađen pomoću programa Microsoft Excel te SPSS programa. Korištene su deskriptivne metode i ispitivanje razlika statističke analize podataka.

2.4. Rezultati istraživanja

2.4.1. Deskriptivna statistika

Prikaz sudionika prema spolu

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Muški	5	3,3	3,3	3,3
Ženski	147	96,7	96,7	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.1. Prikaz zastupljenosti muških i ženskih sudionika u istraživanju

U istraživanju je sudjelovalo sveukupno 152 ispitanika, od toga je 147 ženskih i 5 muških sudionika. Evidentno je da u uzorku prevladavaju medicinske sestre, njih je 96,7%, u usporedbi s 3,3% medicinskih tehničara.

Prikaz sudionika prema dobi

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
18-30	51	33,6	33,6	33,6
30-40	44	28,9	28,9	62,5
40-50	42	27,6	27,6	90,1
50-65	15	9,9	9,9	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.2. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema dobi

Iz priložene tablice vidljivo je da u uzorku prevladavaju sudionici u dobi između 18 i 30 godina (33,6%), potom slijede oni iz dobnih skupina 30 – 40 godina (28,9%) te 40 – 50 godina (27,6%), a najmanje je onih sudionika koji su između 50 i 65 godina (9,9%).

Prikaz sudionika prema mjestu stanovanja

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuća vrijednost	1	,7	,7	,7
Grad	109	71,7	71,7	72,4
Selo	42	27,6	27,6	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.3. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema mjestu stanovanja

Iz priloženog je evidentno da u istraživanju prevladavaju sudionici koji stanuju u urbanim područjima (71,7%), dok je nešto manje onih iz ruralnih područja (27,6%). Također, vidljivo je da jedan sudionik/ica nije naveo/la mjesto stanovanja.

Prikaz sudionika prema završenoj razini obrazovanja

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
SSS	48	31,6	31,6	31,6
VŠS	61	40,1	40,1	71,7
VSS	42	27,6	27,6	99,3
Doktorat	1	,7	,7	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.4. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema razini obrazovanja

U pogledu završene razine obrazovanja sudionika u istraživanju, prevladavaju oni sa višom stručnom spremom (40,1%), potom slijede sudionici sa srednjom stručnom spremom (31,6%) i visokom stručnom spremom (27,6%), a jedan sudionik je naveo završeni doktorski studij.

Prikaz sudionika prema mjestu rada

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuće vrijednosti	1	,7	,7	,7
Primarna zdravstvena zaštita	51	33,6	33,6	34,2
Sekundarna zdravstvena zaštita	63	41,4	41,4	75,7
Tercijarna zdravstvena zaštita	37	24,3	24,3	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.5. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema mjestu rada u zdravstvenoj zaštiti

Iz priložene tablice vidljivo je da u istraživanju prevladavaju medicinske sestre/tehničari iz sekundarne zdravstvene zaštite (41,4%), nakon čega slijede oni iz primarne zdravstvene zaštite (33,6%), a najmanje je onih iz tercijarne zdravstvene zaštite (24,3%). Također, vidljivo je da jedan sudionik/ica nije odgovorio/la na ovo pitanje.

Prikaz sudionika prema bračnom statusu

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuće vrijednosti	1	,7	,7	,7
Slobodan/a	17	11,2	11,2	11,8
U vezi	31	20,4	20,4	32,2
U braku	89	58,6	58,6	90,8
Razveden/a	5	3,3	3,3	94,1
U izvanbračnoj zajednici	9	5,9	5,9	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.6. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema bračnom statusu

Iz priloženog je vidljivo da je više od pola sudionika u ovom istraživanju izjavilo da su u braku (58,6%), nakon čega slijede oni koji su u vezi (20,4%) te koji su slobodni (11,2%), a najmanje je onih koji žive u izvanbračnoj zajednici (5,9%) ili koji su razvedeni (3,3,%). Vidljivo je da jedan sudionik/ica nije odgovorio/la na ovo pitanje.

Jeste li se susreli s pacijentima oboljelim od metastatskog raka dojke?

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuće vrijednosti	1	,7	,7	,7
Ne	13	8,6	8,6	9,2
Da	138	90,8	90,8	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.7. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o iskustvu susreta s oboljelim od metastatskog raka dojke

Iz priloženog je vidljivo da se velika većina sudionika u ovom istraživanju (90,8%) susrela s pacijentima oboljelima od metastatskog raka dojke tijekom svog rada, dok je nešto manje onih koji nisu (8,6%). Jedan sudionik/ica nije odgovorio/la na postavljeni upit.

Kako se nose pacijenti s dijagnozom metastatskog raka dojke?

Kako se nose pacijenti s dijagnozom metastatskog raka dojke?	Odgovori		% slučajeva
	N	*%*	
Imaju borbeni duh	72	20,6	47,4
Depresivni su	43	12,3	28,3
Osjećaju se bespomoćnima	55	15,7	36,2
Zabrinuti su	88	25,1	57,9
Nemirni su	29	8,3	19,1
Traže pozitivne stvari	63	18,0	41,4
Ukupno	350	100,0	230,3

Tablica 2.4.1.8. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu nošenja pacijenata s dijagnozom metastatskog raka dojke

Na upit o načinu nošenja s dijagnozom metastatskog raka dojke kod pacijenata, bilo je moguće odabrati više odgovora. Nakon što se u SPSS-u napravio set višestrukih odgovora, bilo je moguće detektirati one najučestalije odabrane. Naime, medicinske sestre i tehničari u ovom istraživanju navode kako, prema njihovom iskustvu susreta s oboljelima od

metastatskog raka dojke, pacijenti najčešće pokazuju zabrinutost (57,9%) u nošenju s navedenom dijagnozom, ali i borbeni duh (47,4%), pri čemu traže pozitivne stvari u cijeloj situaciji (41,4%). Također, otprilike trećina sudionika (36,2%) navodi kako se, prema njihovom iskustvu, pacijenti osjećaju bespomoćnima ili pokazuju depresivne simptome (28,3%). Nešto manji broj je onih koji navode kako se pacijenti osjećaju nemirno (19,1%) u nošenju s navedenom dijagnozom.

Kako prihvaćaju liječenje i kako se nose s liječenjem metastatskog raka dojke?

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuće vrijednosti	1	,7	,7	,7
Dobro prihvaćaju liječenje i sudjeluju u odlukama o svojem zdravlju.	126	82,9	82,9	83,6
Ne žele sudjelovati u odlukama o liječenju te to prepuštaju liječniku.	21	13,8	13,8	97,4
Odbijaju liječenje	4	2,6	2,6	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.9. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o pacijentovom prihvaćanju liječenja i nošenja s istim

Iz tablice je vidljivo da velika većina medicinskih sestara i tehničara u ovom istraživanju (82,9%) navodi kako pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke dobro prihvaćaju liječenje te sudjeluju u odlukama o svojem zdravlju, dok je nešto manje onih (13,8%) koji navode kako pacijenti ne žele sudjelovati u odlukama o liječenju te isto prepuštaju liječniku. Tek je četvero sudionika navelo da navedeni pacijenti odbijaju liječenje. Iz priloženog je također vidljivo da jedan sudionik/ica nije odgovorio/la na postavljeni upit.

Imaju li osjećaj da gube kontrolu nad svojim životom?

	Frekvencija	*%*	*Validni %*	*Kumulativni %*
Nedostajuće vrijednosti	1	,7	,7	,7
Da	66	43,4	43,4	44,1
Ne	29	19,1	19,1	63,2
Ne znam	56	36,8	36,8	100,0
Ukupno	152	100,0	100,0	

Tablica 2.4.1.10. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o pacijentovom potencijalnom osjećaju gubitka kontrole nad vlastitim životom

Iz priloženog je vidljivo da je skoro podjednak broj onih medicinskih sestara/tehničara koji navode kako primjećuju da pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke imaju osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom (43,4%) te onih koji nisu sigurni u navedeno (36,8%). Manji je broj onih koji nisu primijetili osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom kod oboljelih (19,1%), a jedan sudionik/ica nije odgovorio/la na postavljeni upit.

Na koji način verbaliziraju svoje osjećaje?

Na koji način verbaliziraju svoje osjećaje?	Odgovori		% slučajeva
	N	*%*	
Tjeskoba	60	14,0	39,5
Ljutnja	47	11,0	30,9
Gubitak sigurnosti	53	12,4	34,9
Depresivnost	51	11,9	33,6
Bespomoćnost	58	13,6	38,2
Nemir	47	11,0	30,9
Nada	84	19,6	55,3
Entuzijazam	28	6,5	18,4
Ukupno	428	100,0	281,6

Tablica 2.4.1.11. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu verbaliziranja osjećaja pacijenata oboljelih od raka dojke

Na pitanje o načinu verbaliziranja osjećaja pacijenata suočenih s dijagnozom, sudionici su mogli odabrati više odgovora. Stoga je prvotno napravljen set višestrukih odgovora u SPSS-u kako bi se moglo detektirati koji su najučestaliji odgovori u raznim kombinacijama. Iz priložene tablice vidljivo je da su svi odgovori podjednako frekventno navođeni, izuzev nade i entuzijazma. Naime, nešto malo više od polovice sudionika (55,3%) navodi kako pacijenti suočeni s dijagnozom metastatskog raka dojke verbaliziraju svoje osjećaju kroz nadu, u kombinaciji s raznim drugim osjećajima, dok je tek 18,4% sudionika koji ističu zamijećeni entuzijazam kod pacijenata, što je i očekivano. Nadalje, vidljivo je da se ostale navedene emocije – tjeskoba, osjećaj bespomoćnosti, osjećaj gubitka sigurnosti, depresivno raspoloženje, ljutnja, nemir - također javljaju kao načini verbaliziranja emocija pri suočavanju s navedenom dijagnozom kod pacijenata. Ono što je veoma ohrabrujuće te što ima zasigurno veliki utjecaj na tijek liječenja je što je upravo nada navođena kao najčešći način verbaliziranja osjećaja kod pacijenata prilikom suočavanja s dijagnozom.

	Smatrate li da je dijagnoza metastatskog raka dojke izrazito teška za ženu koje zahtijeva dugotrajno i teško liječenje?		Smatrate li da je izrazito narušena kvaliteta života žena s metastatskim rakom dojke zbog zahtjevnog i dugog liječenja?	
	n	*%*	*N*	*%*
Da	151	99,3	141	92,8
Ne	0	0	7	4,6
Ne znam	1	0,7	4	2,6
Ukupno	152	100	152	100

Tablica 2.4.1.12. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o mišljenju težine dijagnoze za oboljelu osobu te dugotrajnosti i težine liječenja, kao i potencijalne narušenosti kvalitete života

Iz tablice je vidljivo da skoro svi sudionici u ovom istraživanju (99,3%) smatraju kako je dijagnoza metastatskog raka dojke, koja zahtijeva dugotrajno i teško liječenje, izrazito teška za oboljelu osobu. Također, velika većina sudionika (92,8%) smatra kako je pri tome narušena i kvaliteta života oboljelih osoba.

Pitanje	*n (%)*
Jesu li žene zadovoljne kvalitetom života?	
Da	11 (7,2)
Ne	91 (59,9)
Ne znam	50 (32,9)
Osjećaju li se korisnima?	
Da, isto kao i prije bolesti	20 (13,2)
Ne osjećaju se korisnima	60 (39,5)
Niti jedno od navedenog	72 (47,4)
Žale li se da im je metastatski rak dojke promijenio izgled?	
Da, žale se	70 (46,1)
Ne, ne žale se	18 (11,8)
Izbjegavaju tu temu	64 (42,1)
Kako prihvaćaju odstranjenje dojke?	
Dobro	42 (27,6)
Loše	39 (25,7)
Osjećaju se manje vrijednima	71 (46,7)
Odlučuju li se na rekonstrukciju dojke?	
Da	74 (48,7)
Ne	29 (19,1)
Ne znam	49 (32,2)
Ukupno	152

Tablica 2.4.1.13. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na pojedina pitanja (*n*=broj odgovora)

Iz priložene tablice vidljivo je kako većina medicinskih sestara/tehničara u ovom istraživanju navodi kako smatraju da osobe oboljele od metastatskog raka dojke nisu zadovoljne kvalitetom vlastitog života (59,9%), kako se žale da im je metastatski rak dojke promijenio izgled (46,1%) ili izbjegavaju tu temu (42,1%), da se osjećaju manje vrijednima nakon odstranjivanja dojki (46,7%) te da se većinom odlučuju na rekonstrukciju dojki (48,7%).

Kako okolina prihvaća borbu pacijentica?

Kako okolina prihvaća borbu pacijentica?	Odgovori		% slučajeva
	N	%	
Podrška su	118	49,8	77,6
Ohrabruju	93	39,2	61,2
Imaju loše prognoze	17	7,2	11,2
Odmažu u liječenju	9	3,8	5,9
Ukupno	237	100,0	155,9

Tablica 2.4.1.14. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu reagiranja okoline na borbu pacijenata s navedenom dijagnozom

Na upit o reakciji i prihvaćanju okoline prema borbi i nošenju pacijenata s dijagnozom, većina sudionika u ovom istraživanju navela je, kako prema njihovom iskustvu, okolina oboljelih reagira podržavajuće (77,6%) te ohrabrujuće (61,2%), manje je onih koji navode da okolina ima loše prognoze (11,2%) i/ili da odmažu u liječenju (5,9%). Također, iz priloženog je evidentno da su sudionici na postavljeno pitanje mogli odabirati više ponuđenih odgovora.

Pitanje	*n (%)*
Kako se Vi kao medicinska sestra osjećate kada se susretnete s onkološkim bolesnicima?	
Loše	5 (3,3)
Tjeskobno	13 (8,6)
Empatično	64 (42,1)
Suportivno	67 (44,1)
Ostalo	3 (2,0)
Pada li Vam to teško?	
U većini slučajeva da	82 (53,9)
Ne pada mi teško	11 (7,2)
Kako kad	59 (38,8)
Nosite li posao kući?	
Da	37 (24,3)
Ne	17 (11,2)
Kako kad	98 (64,5)
Koliko je teško psihički nositi se sa tim poslom?	
Nije teško	2 (1,3)
Ponekad je teško	89 (58,6)
Uvijek je teško	35 (23,0)
Iznimno je teško i iscrpno	26 (17,1)
Smatrate li da su medicinske sestre dovoljno educirane o metastatskom raku dojke?	
Da, smatram	20 (13,2)
Ne, ne smatram	33 (21,7)
Trebalo bi se dodatno educirati	99 (65,1)
Ukupno	152

Tablica 2.4.1.15. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na pojedina pitanja (*n*=broj odgovora)

Na upite o vlastitim reakcijama u odnosu s onkološkim bolesnicima, vidljivo da većina medicinskih sestara/tehničara u ovom istraživanju navodi kako se osjećaju empatično (42,1%) i suportivno (44,1%), no da im ono ujedno u većini slučajeva (53,9%) ili ovisno o situaciji (38,8) pada teško. Također, većina sudionika je navela kako, ovisno o situaciji, nekad „posao nose kući“ (64,5%) te da im je ponekad psihički teško nositi se s tim poslom (58,6%). Na upit o (ne)dovoljnoj educiranosti medicinskih sestara o metastatskom raku

dojke, velika većina sudionika (65,1%) navodi kako vide prostora za napredak, odnosno da su potrebne dodatne edukacije.

Navedite nekoliko primjera koji bi olakšali posao medicinske sestre koja radi s onkološkim pacijentima.

Budući da su sudionici davali opisne odgovore na postavljeni upit, nije moguće izlistati tablicu te kvantitativno prikazati njihove odgovore, stoga će isti biti deskriptivno izneseni u nastavku. Naime, pomnim kvalitativnim pristupom, primijećeno je da je velik broj sudionika/ica, od primjera koji bi olakšali posao medicinske sestre koja radi s onkološkim pacijentima, navodilo sljedeće:

- kontinuirane i dodatne edukacije;
- psihološka pomoć;
- provedba supervizija;
- veći broj osoblja;
- veći broj dana godišnjeg odmora;
- skraćivanje radnog vremena;
- bolja komunikacija s liječnicima/kolegama;
- bolji radni uvjeti, podržavajuća radna okolina.

Pri tome su sudionici najčešće navodili edukacije te psihološku pomoć/potporu kao nešto što bi olakšalo posao medicinskih sestara koje rade s onkološkim pacijentima. Prilikom navođenja edukacija, isticali su potrebu za kontinuiranim i dodatnom edukacijama u smjeru pristupa pacijentu, načinu razgovora s njime, informiranja istog o daljnjim koracima, njegovim pravima te sličnim stavkama. Prilikom navođenja psihološke pomoći, isticali su da je potreban veći broj psihologa i/ili psihijatara na onkološkim odjelima, da bi prilikom iznošenja dijagnoze pacijentu, trebao biti prisutan psiholog/psihijatar; da je potrebno omogućiti medicinskom osoblju psihološku pomoć i potporu u vidu suportivnih grupa, radionica o raznim psihološkim temama ključnim u radu s onkološkim pacijentima te individualnih razgovora s psiholozima; da je potrebno omogućiti onkološkim pacijentima veću psihološku pomoć od strane psihologa/psihijatara i sl.

2.4.2. Ispitivanje razlika

U ovom dijelu rada će se ispitivati razlike između medicinskih sestara/tehničara s obzirom na sociodemografske karakteristike, ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob, ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na razinu obrazovanja te ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto rada.

2.4.2.1. Ispitivanje razlike između medicinskih sestara/tehničara u raznim varijablama s obzirom na neke sociodemografske karakteristike

U svrhu ispitivanja razlika između sudionika različitih sociodemografskih karakteristika u stavu prema radu s onkološkim sudionicima, kreirana je kompozitna skala stava, kao linearna kombinacija odgovora na sljedećim pitanjima: 1) *Kako se Vi kao medicinska sestra osjećate kada se susretnete s onkološkim bolesnicima?*; 2) *Pada li Vam to teško?;* 3*) Nosite li posao kući?;* 4) *Koliko je teško psihički nositi se sa tim poslom?*.

Na prvom pitanju, odgovori su se kodirali na sljedeći način: 0 – ostalo; 1 – loše; 2 – tjeskobno; 3 – empatično; 4 – suportivno. Na drugom pitanju odgovori su kodirani kao: 1 – u većini slučajeva da; 2 – kako kad; 3 – ne pada mi teško. Na trećem pitanju odgovori su se kodirali kao: 1 – da; 2 – kako kad; 3 – ne. Na zadnjem pitanju odgovori su kodirani na sljedeći način: 1 – iznimno je teško i iscrpno; 2 – uvijek je teško; 3 – ponekad je teško; 4 – nije teško.

Minimalni rezultat koji se mogao postići je 3, a maksimalni 14, pri čemu veći rezultat implicira bolje nošenje u radu s onkološkim bolesnicima. Potrebno je napomenuti da navedena skala nije validirana niti su provjerene psihometrijske karakteristike, ista je kreirana u svrhu provedbe diplomskog rada te su rezultati ograničeni na navedeni uzorak ispitanika.

Prilikom ispitivanja razlika, varijabla spol nije uključena shodno nedostatnom broju muških sudionika u istraživanju (N=5). Budući da je istraživanje anketnog tipa te spomenuta skala nije validirana, u ispitivanju razlika koristit će se neparametrijski statistički postupci.

	N	*M*	*SD*	*Min.*	*Max.*
Stav prema onkološkim bolesnicima	152	9,07	1,582	5	14

Tablica 2.4.2.1.1 Prikaz deskriptivne statistike za skalu stava prema onkološkim bolesnicima, pri čemu je: N=broj sudionika; *M*=aritmetička sredina; *SD*=standardna devijacija; *Min.*=minimalni postignuti rezultat; *Max.*=maksimalni postignuti rezultat.

Iz priložene tablice vidljivo je da sudionici u ovom istraživanju postižu u prosjeku rezultat na navedenoj skali koji je pozitivnijeg smjera, odnosno boljeg nošenja u radu s onkološkim bolesnicima.

2.4.2.2. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob

	Dob	*N*	*Srednji rang*
Stav prema onkološkim bolesnicima	18-30	51	78,45
	30-40	44	70,81
	40-50	42	75,51
	50-65	15	89,33
	Ukupno	152	

	Stav prema onkološkim bolesnicima
χ^2	2,223
Ss	3
P	,527

a. Kruskal Wallis Test

b. Nezavisna varijabla: Dob

Tablica 2.4.2.2. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob

Prilikom ispitivanja razlike između sudionika u navedenom stavu sukladno različitim dobnim skupinama, korišten je neparametrijski test – Kruskal-Wallis test. Provedbom

navedenog, dobiveni hi-kvadrat test nije se pokazao statistički značajnim ($\chi2$=2,223; SS=3; p>0,05). Stoga možemo reći da se sudionici različitih dobnih skupina u ovom istraživanju ne razlikuju statistički značajno u stavu prema radu s onkološkim pacijentima.

2.4.2.3. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto stanovanja

	Mjesto stanovanja	*N*	*Srednji rang*
Stav prema onkološkim bolesnicima	Grad	109	73,73
	Selo	42	81,88
	Ukupno	151	

	Stav prema onkološkim bolesnicima
χ2	1,098
ss	1
p	,295

a. Kruskal Wallis Test

b. Nezavisna varijabla: Mjesto stanovanja

Tablica 2.4.2.3. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto stanovanja

Prilikom ispitivanja razlike između sudionika u navedenom stavu sukladno mjestu stanovanja, korišten je neparametrijski test – Kruskal-Wallis test. Provedbom navedenog, dobiveni hi-kvadrat test nije se pokazao statistički značajnim ($\chi2$=1,098; SS=1; p>0,05). Stoga možemo reći da se sudionici ne razlikuju statistički značajno u stavu prema radu s onkološkim pacijentima sukladno tomu žive li u urbanim ili ruralnim naseljima.

2.4.2.4. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na razinu obrazovanja

	Završena razina obrazovanja	*N*	*Srednji rang*
Stav prema onkološkim bolesnicima	SSS	48	73,13
	VŠS	61	75,96
	VSS	42	79,35
	Ukupno	151	

	Stav prema onkološkim bolesnicima
χ^2	,473
Ss	2
P	,790

a. Kruskal Wallis Test

b. Nezavisna varijabla: Završena razina obrazovanja

Tablica 2.4.2.4. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na razinu obrazovanja

Prilikom ispitivanja razlika između sudionika različite završene razine obrazovanja, nije uvrštena zadnja skupina, odnosno skupina sudionika koji su naveli doktorat kao zadnju razinu obrazovanja, budući da navedena sudionika broji samo jednog sudionika. Stoga je ispitivanje razlika provedeno između tri skupine sudionika – onih sa SSS, VŠS i VSS. Iz priložene tablice vidljivo je da dobiveni hi-kvadrat nije statistički značajan ($\chi2=0,473$; SS=2; $p>0,05$). Stoga se može zaključiti da se sudionici različitog stupnja obrazovanja ne razlikuju značajno u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima.

2.4.2.5. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto rada

	Mjesto rada	*N*	*Srednji rang*
Stav prema onkološkim bolesnicima	Primarna zdravstvena zaštita	51	82,53
	Sekundarna zdravstvena zaštita	63	71,43
	Tercijarna zdravstvena zaštita	37	74,78
	Ukupno	151	

	Stav prema onkološkim bolesnicima
χ^2	1,934
Ss	2
P	,380

a. Kruskal Wallis Test

b. Nezavisna varijabla: Mjesto rada

Tablica 2.4.2.5. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto rada

Prilikom testiranja razlike između sudionika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima prema mjestu rada, nije pronađena statistički značajna razlika ($\chi 2=1,934$; SS=2; $p>0,05$). Stoga se može zaključiti da se medicinske sestre/tehničari u ovom istraživanju ne razlikuju značajno u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima sukladno tomu rade li u primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

3. Rasprava

Cilj ovog istraživanja je saznati kakva je percepcija u pogledu prognoze bolesti kod bolesnica s metastatskim rakom dojke kod medicinskih sestara, potvrditi ili opovrgnuti razlikuju li se medicinske sestre koje rade u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti po razini edukacije od onih u primarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, postoji li razlika u radu medicinskih sestara s onkološkim pacijentima s obzirom na razinu obrazovanja te razlikuju li se medicinske sestre u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob.

U istraživanju je sudjelovalo 152 ispitanica, od toga je 147 ženskih i 5 muških sudionika. U uzorku prevladavaju medicinske sestre, njih je 96,7%, u usporedbi s 3,3% medicinskih tehničara. Prevladavaju sudionici u dobi između 18 i 30 godina (33,6%), potom slijede oni iz dobnih skupina 30 – 40 godina (28,9%) te 40 – 50 godina (27,6%), a najmanje je onih sudionika koji su između 50 i 65 godina (9,9%). Evidentno je da u istraživanju prevladavaju sudionici koji stanuju u urbanim područjima (71,7%), dok je nešto manje onih iz ruralnih područja (27,6%). Također, vidljivo je da jedan sudionik/ica nije naveo/la mjesto stanovanja.

U istraživanju iz 2017. godine proučava se uloga medicinskih sestara koje rade s ženama/muškarcima oboljelima od karcinoma dojke i njihovim obiteljima. U Australiji se uloga tih medicinskih sestara značajno uvećala od 1990 -ih. U radu se poslao online upitnik medicinskim sestarama koji rade s oboljelima od karcinoma dojke. Istraživanje se sastojalo od 19 uloga medicinskih sestara i funkcija od prethodne studije o Delphi tehnici. Većinu ispitanica su bile iz udaljenih (37,41%) i ruralnih regija (47,52%). Nađena je značajna razlika između razina važnosti i učestalosti u 10 uloga. Četiri uloge su proizašle iz tematskih analiza: medicinske sestre kao zagovaratelji pacijenata, edukatori pacijenata, koordinatori skrbi i klinički eksperti. Zaključak studije je da je opisala važnost medicinskih sestara u skrbi o pacijentima i njihovim obiteljima tijekom kritičnog razdoblja u njihovim životima. Nadalje, detaljno opisuje važnost uloga i funkcija medicinskih sestara te to uspoređuje s učestalosti kojom te medicinske sestre izvode aspekte svojih uloga. Važnost za kliničku praksu – ovo nadalje uvećava učestalost i važnost suportivne skrbi i potrebe edukacije medicinskih sestara za njihove uloge u pružanju spiritualne skrbi i istraživanjima [34].

U pogledu završene razine obrazovanja sudionika u istraživanju, prevladavaju oni sa višom stručnom spremom (40,1%), potom slijede sudionici sa srednjom stručnom spremom (31,6%) i visokom stručnom spremom (27,6%), a jedan sudionik je naveo završeni doktorski

studij. U istraživanju prevladavaju medicinske sestre/tehničari iz sekundarne zdravstvene zaštite (41,4%), nakon čega slijede oni iz primarne zdravstvene zaštite (33,6%), a najmanje je onih iz tercijarne zdravstvene zaštite (24,3%). Vidljivo je da više od pola sudionika u ovom istraživanju izjavilo da su u braku (58,6%), nakon čega slijede oni koji su u vezi (20,4%) te koji su slobodni (11,2%), a najmanje je onih koji žive u izvanbračnoj zajednici (5,9%) ili koji su razvedeni (3,3,%). Velika većina sudionika u ovom istraživanju (90,8%) se susrela s pacijentima oboljelima od metastatskog raka dojke tijekom svog rada, dok je nešto manje onih koji nisu (8,6%).

Na upit o načinu nošenja s dijagnozom metastatskog raka dojke kod pacijenata, bilo je moguće odabrati više odgovora. Nakon što se u SPSS-u napravio set višestrukih odgovora, bilo je moguće detektirati one najučestalije odabrane. Naime, medicinske sestre i tehničari u ovom istraživanju navode kako, prema njihovom iskustvu susreta s oboljelima od metastatskog raka dojke, pacijenti najčešće pokazuju zabrinutost (57,9%) u nošenju s navedenom dijagnozom, ali i borbeni duh (47,4%), pri čemu traže pozitivne stvari u cijeloj situaciji (41,4%). Također, otprilike trećina sudionika (36,2%) navodi kako se, prema njihovom iskustvu, pacijenti osjećaju bespomoćnima ili pokazuju depresivne simptome (28,3%). Nešto manji broj je onih koji navode kako se pacijenti osjećaju nemirno (19,1%) u nošenju s navedenom dijagnozom. Velika većina medicinskih sestara i tehničara u ovom istraživanju (82,9%) navodi kako pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke dobro prihvaćaju liječenje te sudjeluju u odlukama o svojem zdravlju, dok je nešto manje onih (13,8%) koji navode kako pacijenti ne žele sudjelovati u odlukama o liječenju te isto prepuštaju liječniku. Tek je četvero sudionika navelo da navedeni pacijenti odbijaju liječenje. Skoro svi sudionici u ovom istraživanju (99,3%) smatraju kako je dijagnoza metastatskog raka dojke, koja zahtijeva dugotrajno i teško liječenje, izrazito teška za oboljelu osobu. Također, velika većina sudionika (92,8%) smatra kako je pri tome narušena i kvaliteta života oboljelih osoba. Skoro podjednak broj onih medicinskih sestara/tehničara koji navode kako primjećuju da pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke imaju osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom (43,4%) te onih koji nisu sigurni u navedeno (36,8%). Manji je broj onih koji nisu primijetili osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom kod oboljelih (19,1%). Vidljivo je kako većina medicinskih sestara/tehničara u ovom istraživanju navodi kako smatraju da osobe oboljele od metastatskog raka dojke nisu zadovoljne kvalitetom vlastitog života (59,9%), kako se žale da im je metastatski rak dojke promijenio izgled (46,1%) ili izbjegavaju tu temu (42,1%), da se osjećaju manje vrijednima nakon

odstranjivanja dojki (46,7%) te da se većinom odlučuju na rekonstrukciju dojki (48,7%). Na upit o reakciji i prihvaćanju okoline prema borbi i nošenju pacijenata s dijagnozom, većina sudionika u ovom istraživanju navela je, kako prema njihovom iskustvu, okolina oboljelih reagira podržavajuće (77,6%) te ohrabrujuće (61,2%), manje je onih koji navode da okolina ima loše prognoze (11,2%) i/ili da odmažu u liječenju (5,9%). Također, iz priloženog je evidentno da su sudionici na postavljeno pitanje mogli odabirati više ponuđenih odgovora. Na upite o vlastitim reakcijama u odnosu s onkološkim bolesnicima, vidljivo da većina medicinskih sestara/tehničara u ovom istraživanju navodi kako se osjećaju empatično (42,1%) i suportivno (44,1%), no da im ono ujedno u većini slučajeva (53,9%) ili ovisno o situaciji (38,8) pada teško. Također, većina sudionika je navela kako, ovisno o situaciji, nekad „posao nose kući“ (64,5%) te da im je ponekad psihički teško nositi se s tim poslom (58,6%). Na upit o (ne)dovoljnoj educiranosti medicinskih sestara o metastatskom raku dojke, velika većina sudionika (65,1%) navodi kako vide prostora za napredak, odnosno da su potrebne dodatne edukacije. Kvalitativnim pristupom, primijećeno je da je velik broj sudionika/ica, od primjera koji bi olakšali posao medicinske sestre koja radi s onkološkim pacijentima, navodilo sljedeće: kontinuirane i dodatne edukacije, psihološka pomoć, provedba supervizija, veći broj osoblja, veći broj dana godišnjeg odmora, skraćivanje radnog vremena, bolja komunikacija s liječnicima/kolegama, bolji radni uvjeti, podržavajuća radna okolina. Pri tome su sudionici najčešće navodili edukacije te psihološku pomoć/potporu kao nešto što bi olakšalo posao medicinskih sestara koje rade s onkološkim pacijentima. Prilikom navođenja edukacija, isticali su potrebu za kontinuiranim i dodatnom edukacijama u smjeru pristupa pacijentu, načinu razgovora s njime, informiranja istog o daljnjim koracima, njegovim pravima te sličnim stavkama. Prilikom navođenja psihološke pomoći, isticali su da je potreban veći broj psihologa i/ili psihijatara na onkološkim odjelima, da bi prilikom iznošenja dijagnoze pacijentu, trebao biti prisutan psiholog/psihijatar; da je potrebno omogućiti medicinskom osoblju psihološku pomoć i potporu u vidu suportivnih grupa, radionica o raznim psihološkim temama ključnim u radu s onkološkim pacijentima te individualnih razgovora s psiholozima; da je potrebno omogućiti onkološkim pacijentima veću psihološku pomoć od strane psihologa/psihijatara i sl.

U istraživanju iz 2021. godine zaključuje se da trenutna sestrinska skrb za žene s metastatskim karcinomom dojke je neadekvatna, ali mnogo medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke rade da ukažu na tu problematiku. Istraživanje iz 2019. govori kako kroz 4 godine McGrath Foundation's Second Federal

Government Breast Care Nurse (BCN) Initiative je financiralo 57 McGrathovih medicinskih sestara koje se brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke kako bi omogućili bolji kontinuitet skrbi i osigurali specijalizirani suport oboljelim i liječenim od karcinoma dojke. Istraživanjem se unapređuje trenutno razumijevanje učinka medicinskih sestara koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke na različite razine zdravstvenog sustava i drži relevantnost pružatelje usluga i zdravstvene osiguravatelje. Evaluacija je pokazala da pristup medicinskim sestrama koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke rezultira poboljšanim iskustvom za pacijente i kliničare, skupa s uštedama za zdravstveni sustav te da su ti učinci izraženiji kada su medicinske sestre koje brinu o pacijenticama oboljelima od karcinoma dojke u kontaktu s pacijentima u vrijeme postavljanja dijagnoze [36].

Istraživanje iz 2021. godine govori o ženama s metastatskim karcinomom dojke koje se susreću s ozbiljnim fiziološkim i psihosocijalnim izazovima. Liječenje ovog kroničnog, nekurabilnog stanja zahtijeva dugoročnu koordinaciju skrbi. Tradicionalne kliničke metode često ne pružaju adekvatnu i personaliziranu skrb za ove pojedince. U projektu se koriste pametni zvučnici koji osiguravaju intervenciju suportivne skrb i poboljšanje kvalitete života žena s metastatskim karcinomom dojke. Specifično se razvio Nurse AMIE (Addressing Metastatic Individuals Everyday) projekt tako da se postavila Alexa proizvođača Amazon kao uređaj kako bi na daljinu dostavila potvrđene intervencije. U pilot studiji se postavio Nurse AMIE kroz 14 dana kod 6 žena s metastatskim karcinomom dojke. Na temelju sakupljenih podataka, u studiji se diskutiralo o izvedivosti, prihvatljivosti i budućim direktivama Nurse AIME. Kvalitativnom analizom se utvrdilo da su pristupnice bile jako zainteresirane za rutinsko korištenje i uključenost s Nurse AIME te da im je to pomoglo da budu više svjesne simptoma i liječenju bolesti. Pogotovo im je to bilo važno tijekom COVID-19 pandemije. Također su im dani savjeti bili informativni, zanimljivi i dobar način kako napraviti male promjene po pitanju njihovog zdravstvenog stanja. Svakodnevna rutinska provjera od strane Nurse AMIE pomaže pacijenticama da shvate uzorke bolesti i podignu samosvjesnost što može dovesti do boljeg liječenja simptoma i bolje koordinacije skrbi. Također, pacijentice su predložile da se više individualizira i prilagodi ovisno o njihovom zdravstvenom stanju. Problemi u korištenju uređaja su bili u nepravilnom izgovaranju i korištenju neprikladnih ključnih riječi za naredbe prilikom korištenja te je potrebna edukacija za optimalno korištenje uređaja. Istraživači vjeruju da interakcija glasom može značajno smanjiti barijeru interakcije s tehnologijom udaljene intervencije za ovu

populaciju. U planu je učiniti RCT (Randomized Control Trail) istraživanje kako bi se dobili novi podaci na većem broju pacijentica [37].

Prilikom ispitivanja razlike između sudionika u navedenom stavu sukladno različitim dobnim skupinama, korišten je neparametrijski test – Kruskal-Wallis test. Provedbom navedenog, dobiveni hi-kvadrat test nije se pokazao statistički značajnim ($\chi2=2,223$; SS=3; $p>0,05$). Stoga možemo reći da se sudionici različitih dobnih skupina u ovom istraživanju ne razlikuju statistički značajno u stavu prema radu s onkološkim pacijentima. Prilikom ispitivanja razlike između sudionika u navedenom stavu sukladno mjestu stanovanja, korišten je neparametrijski test – Kruskal-Wallis test. Provedbom navedenog, dobiveni hi-kvadrat test nije se pokazao statistički značajnim ($\chi2=1,098$; SS=1; $p>0,05$). Stoga možemo reći da se sudionici ne razlikuju statistički značajno u stavu prema radu s onkološkim pacijentima sukladno tomu žive li u urbanim ili ruralnim naseljima. Prilikom testiranja razlike između sudionika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima prema mjestu rada, nije pronađena statistički značajna razlika ($\chi2=1,934$; SS=2; $p>0,05$). Stoga se može zaključiti da se medicinske sestre/tehničari u ovom istraživanju ne razlikuju značajno u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima sukladno tomu rade li u primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

S obzirom na navedene hipoteze zaključuje se da se odbacuje hipoteza 1 i hipoteza 3, a prihvaća se hipoteza 2.

4. Zaključak

Rak dojke je značajan zdravstveni problem. Svojom učestalošću je izazov za suvremenu epidemiologiju te slovi kao vodeća i najčešća onkološka bolest kod žena. U današnje vrijeme rak dojke se može otkriti u vrlo ranom stadiju te zbog toga je mogućnost izlječenja vrlo velika. Rano otkrivanje raka dojke se provodi samopregledima dojke te preventivnim mamografskim pregledima. Velika većina bolesnica napipa asimptomatsku kvržicu ili se otkrije tijekom probirne mamografije. Liječenje je kirurško, zračenjem te sistemsko hormonsko i/ili kemoterapijsko i/ili imunoterapijsko liječenje, a njegova kombinacija daje najbolje rezultate.

Uloga medicinske sestre je značajna tijekom sveukupne skrbi u liječenju karcinoma dojke. Medicinska sestra mora imati specifičan pristup jer će drugima na taj način ublažiti strah i brigu kod pacijenata. U istraživanju je sudjelovalo 152 ispitanica, od toga je 147 ženskih i 5 muških sudionika. Velika većina medicinskih sestara i tehničara u ovom istraživanju (82,9%) navodi kako pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke dobro prihvaćaju liječenje te sudjeluju u odlukama o svojem zdravlju, dok je nešto manje onih (13,8%) koji navode kako pacijenti ne žele sudjelovati u odlukama o liječenju te isto prepuštaju liječniku. Skoro svi sudionici u ovom istraživanju (99,3%) smatraju kako je dijagnoza metastatskog raka dojke, koja zahtijeva dugotrajno i teško liječenje, izrazito teška za oboljelu osobu. Također, velika većina sudionika (92,8%) smatra kako je pri tome narušena i kvaliteta života oboljelih osoba. Skoro podjednak broj onih medicinskih sestara/tehničara koji navode kako primjećuju da pacijenti oboljeli od metastatskog raka dojke imaju osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom (43,4%). Prilikom testiranja razlike između sudionika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima prema mjestu rada, nije pronađena statistički značajna razlika. Stoga se može zaključiti da se medicinske sestre/tehničari u ovom istraživanju ne razlikuju značajno u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima sukladno tomu rade li u primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

U Varaždinu, travanj, 2022.

5. Literatura

1. Boranić M: Etiologija i patogeneza tumora dojke, Medicinski vjesnik, Vol. 38 No. (1- 4), 2006. https://hrcak.srce.hr/191054 dostupno 16.7.2021.

2. Čufer T.: Rak dojke, Medicus, Vol. 10 No. 2_Maligni tumori, 2001., https://hrcak.srce.hr/19347 dostupno 16.7.2021.

3. Šamija M., Juzbašić S., Šeparović V., Vrdoljak D.V.: Tumori Dojke, Medicinska naklada, Hrvatsko onkološko društvo, Zagreb, 2007.

4. Ahčan U: Rak dojke i suvremeni način rekonstrukcije, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.

5. Fajdić J., Džepina I.: Kirurgija dojke, Školska knjiga, Zagreb, 2006.

6. Milas I., Zore Z., Roth A., Orešić T., Eljuga D., Gulan M., Guteša I., Stanec M.: Rekonstrukcija dojke, Croatian Journal of Oncology, Vol. 42 No. 1-3, 2014.

https://hrcak.srce.hr/199015 dostupno 16.7.2021.

7. Turić M., Kolarić K., Eljuga D,: Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Klinika za tumore, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1996.

8. Stanec M., Vrdoljak D. V., Turić M.: Kirurška onkologija, Medicinska Naklada, Zagreb, 2011.

9. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke: Patronažne sestre Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015.

10. Fučkar G.: Proces zdravstvene njege, Zagreb, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1995.

11. Županić M.: Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Doma zdravlja Zagreb – Centar, 2013.

12. Snaga sestrinstva, Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju, Glasnik medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava, Zagreb, 2019.

13. Kalauz S.: Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima, Visoka Zdravstvena Škola, Zagreb, 2000.

14. Puljić N.: Psihosocijalna rehabilitacija bolesnika nakon operacije raka dojke, završni rad, Sveučilište u Splitu, 2014.

15. Grgantov M: Perioperacijska skrb pacijentice s karcinomom dojke, završni rad, Veleučilište u Bjelovaru, 2019.

16. Margaritoni M.: Rak dojke, 1. izdanje, Zagreb: Školska knjiga, 1993.

17. Gennari A, Andre F., Barrios C.H., Harbeck N., Paloch- Shimon S.: ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer, Volume 32, Annals of Oncology, 2021.

https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.019 dostupno 20.1.2022.

18. Senkus-Konefka E, Cordoso F., Douilard J. Y., Jezdic S., Longo F., Spanic T., Fenion D., Margiules A.: Rak dojke- ESMO-ov vodič za bolesnice, European Society for Medical Oncology, 2018.

https://www.esmo.org/content/download/65113/1174049/1/ESMO-HR-Rak-Dojke-Vodic-za-Pacijente.pdf dostupno 22.1.2022.

19. Sajko T., Kudelić N., Rotim K., Krpina H., Miletić L.: Intraventrikularna lokalizacija metastatskog karcinoma dojke: prikaz slučaja, Acta clinica Croatica, Vol.48 No. 1., 2009.

https://hrcak.srce.hr/38364 dostupno 22.1.2022.

20. Cmrečak F., Rendić- Miočević Z., Beketić Orešković L:: Rijetki slučaj metastaze karcinoma dojke u mandibuli- prikaz slučaja, Libri Oncologi: Croatian Journal of Oncology, Vol. 46 No. 2-3, 2018.

https://hrcak.srce.hr/217813 dostupno 22.1.2022.

21. Eljuga Lj.; Rak dojke, Hrvatska liga protiv raka, 2016.

https://hlpr.hr/

22. Vrdoljak E, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb, Medicinska naklada, 2013, str. 193-201.

23. Gregurić I.; Samopregled dojke, 2005.

https://www.vasezdravlje.com/zenskozdravlje/samopregled-dojke-nepobitno-vazna-ali-nedovoljno-istaknuta-metoda

24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Patronažna sestra u provedbi nacionalnih programa ranog otkrivanja raka, Zagreb, 2016.

25. Fučkar G.; Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1995.

26. Irvin W., Muss HB, Mayer DK; Symptom management in metastatic breast cancer, Oncologist, 2011.

27. Bradić I. i suradnici; Kirurgija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.

28. Ormuž T., Martinec R., Pinjatela R; Povezanost kvalitete spavanja i kvalitete života u žena oboljelih od raka dojke, Medicina fluminensis, 54,2, 2018.

29. L. Slavuj: Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života, Geoadrija, 17, 1, str. 73-92., 2012.

30. D. Kozarić-Kovačić, A. Havelka Meštrović, T. Peraica: Psihijatrijsko-psihološki pristup i protokol tretmana bolesnica s rakom dojke, Kliničke 37 smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke, str. 22-24. Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2013.

31. J. Du, Q. Liang, X. Qi, J. Ming, J. Liu, L. Zhong, L. Fan, J. Jiang: Endoscopic nipple sparing mastectomy with immediate implant-based reconstruction versus breast conserving surgery: a long-term study, Scientific reports, 7, str. 1-9., 2017.

32. Komatsu H, Yagasaki K, Yamaguchi T, Mori A, Kawano H, Minamoto N, Honma O, Tamura K. Effects of a nurse-led medication self-management programme in women with oral treatments for metastatic breast cancer: A mixed-method randomised controlled trial. Eur J Oncol Nurs. 2020 Aug;47:101780. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101780. Epub 2020 Jun 14. PMID: 32674036

33. Luck L, Chok HN, Scott N, Wilkes L. The role of the breast care nurse in patient and family care. J Clin Nurs. 2017 Nov;26(21-22):3422-3429. doi: 10.1111/jocn.13704. Epub 2017 Feb 20. PMID: 28029724

34. Leadbeater M. The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer. Int J Palliat Nurs. 2013 Feb;19(2):93-7. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.2.93. PMID: 23435538

35. Mahony J, Masters H, Townsend J, Hagerty F, Fodero L, Scuteri J, Doromal D. The Impact of Breast Care Nurses: An Evaluation of the McGrath Foundation's Breast Care Nurse Initiative. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019 Jan-Mar;6(1):28-34. doi: 10.4103/apjon.apjon_61_18. PMID: 30599013; PMCID: PMC6287381.

36. Reed E, Scanlon K, Fenlon D. A survey of provision of breast care nursing for patients with metastatic breast cancer--implications for the role. Eur J Cancer Care (Engl). 2010 Sep;19(5):575-80. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01213.x. PMID: 20735468.

37. Qiu, L., Kanski, B., Doerksen, S., Winkels, R., Schmitz, K. H., & Abdullah, S. (2021). Nurse AMIE: Using Smart Speakers to Provide Supportive Care Intervention for Women with Metastatic Breast Cancer. In Extended Abstracts of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI EA 2021 (Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings). Association for Computing Machinery.

https://doi.org/10.1145/3411763.3451827 dostupno 20.3.2022.

6. Popis slika

Slika 0. Anatomija dojke

Izvor:https://www.zzjzdnz.hr/uploads/imgcache/large/articles/Anatomija_dojke.jpg…...3

Slika 1.4.1.1. Prikaz amastije

Izvor:https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.bolesnodete.com%2Fdecje-bolesti%2F2203-kongenitalne-malformacije-dojke&psi……..…7

Slika 1.5.1.1. Upute za samopregled dojke

Izvor:https://d267q9fqef4x7r.cloudfront.net/fileadmin/grawe_hr/Blog/Grawe_blog_ruzicasti-vodic_samopregled-01.jpg.....11

Slika 1.6.1.1. ECOG/WHO/Zubrodova ljestvica

Izvor:https://docplayer.rs/docs-images/115/213766627/images/27-0.jpg.....15

Slika 1.7.1. Prikaz rekonstrukcije dojke

Izvor: https://www.drciric.com/wp-content/uploads/2016/03/rekonstrukcija-dojke-slika.jpg….....19

7. Popis tablica

Tablica 1.5.3.1. Prikaz TNM sustav klasifikacije tumora

Izvor: https://poliklinika-harni.hr/ginekologija/pregled/stadiji-karcinoma-dojke.....13

Tablica 2.4.1.1. Prikaz zastupljenosti muških i ženskih sudionika u istraživanju……..…27

Tablica 2.4.1.2. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema dobi……....27

Tablica 2.4.1.3. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema mjestu stanovanja...28

Tablica 2.4.1.4. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema razini obrazovanja..28

Tablica 2.4.1.5. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema mjestu rada u zdravstvenoj zaštiti……...29

Tablica 2.4.1.6. Prikaz zastupljenosti sudionika u istraživanju prema bračnom statusu.....29

Tablica 2.4.1.7. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o iskustvu susreta s oboljelim od metastatskog raka dojke……..30

Tablica 2.4.1.8. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu nošenja pacijenata s dijagnozom metastatskog raka dojke……..…30

Tablica 2.4.1.9. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o pacijentovom prihvaćanju liječenja i nošenja s istim……..31

Tablica 2.4.1.10. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o pacijentovom potencijalnom osjećaju gubitka kontrole nad vlastitim životom……..32

Tablica 2.4.1.11. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu verbaliziranja osjećaja pacijenata oboljelih od raka dojke……..33

Tablica 2.4.1.12. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o mišljenju težine dijagnoze za oboljelu osobu te dugotrajnosti i težine liječenja, kao i potencijalne narušenosti kvalitete života……..…….34

Tablica 2.4.1.13. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na pojedina pitanja (*n*=broj odgovora)……..35

Tablica 2.4.1.14. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na upit o načinu reagiranja okoline na borbu pacijenata s navedenom dijagnozom……..……..36

Tablica 2.4.1.15. Prikaz frekvencija odgovora sudionika na pojedina pitanja (*n*=broj odgovora)……..37

Tablica 2.4.2.1.1 Prikaz deskriptivne statistike za skalu stava prema onkološkim bolesnicima, pri čemu je: N=broj sudionika; *M*=aritmetička sredina; *SD*=standardna devijacija; *Min.*=minimalni postignuti rezultat; *Max.*=maksimalni postignuti rezultat….40
Tablica 2.4.2.2. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na dob……..….40
Tablica 2.4.2.3. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto stanovanja……41
Tablica 2.4.2.4. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na razinu obrazovanja…….….42
Tablica 2.4.2.5. Ispitivanje razlika u stavu prema radu s onkološkim bolesnicima s obzirom na mjesto rada…….43

8. Prilog

1. Anketni upitnik za potrebe istraživanja završnog rada: Sestrinska skrb kod bolesnica s metastatskim rakom dojke

Anketa- Sestrinska skrb kod bolesnica s metastatskim rakom dojke

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI

1. Spol: M/Ž
2. Dob:
   18-30
   30-40
   40-50
   50-65
3. Mjesto stanovanja: grad/selo
4. Razina obrazovanja:
   SSS
   VSS
   VŠS
   DOKTORAT
5. Mjesto rada: primarna zz, sekundarna zz, tercijarna zz
6. Bračni status:
   Slobodna
   U vezi
   U braku
   Razvedena
   U izvanbračnoj zajednici
   Udovica
7. Jeste li se susreli s pacijentima oboljelim od metastatskog raka dojke?
   Da/ne.
8. Kako se nose pacijenti s dijagnozom metastatskog raka dojke?
   Imaju borbeni duh
   Depresivnost
   Osjećaj bespomoćnosti
   Zabrinutost
   Nemir
   Traženje pozitivnih stvari

9. Kako prihvaćaju liječenje i kako se nose s liječenjem metastatskog raka dojke?
   Dobro prihvaćaju liječenje i sudjeluju u odlukama o svojem zdravlju.
   Ne žele sudjelovati te odluku prepuštaju liječniku.

10. Imaju li osjećaj da gube kontrolu nad svojim životom?
    Da/ne/ ne znam

11. Na koji način verbaliziraju svoje osjećaje?
    Tjeskoba
    Ljutnja
    Gubitak sigurnosti
    Depresivnost
    Bespomoćnost
    Nemir
    Razdražljivost
    Tuga
12. Smatrate li da je dijagnoza metastatskog raka dojke izrazito teška za ženu koje zahtjeva dugotrajno i teško liječenje?
    Da/ne/ne znam
13. Smatrate li da je izrazito narušena kvaliteta života žena s metastatskim rakom dojke zbog zahtjevnog i dugog liječenja?
    da, narušena je.
    ne, nije narušena.
    Ne znam

14. Jesu li žene zadovoljne kvalitetom života?
    Da/ne/ne znam

15. Osjećaju li se korisnima?
    Da, sve je isto kao i prije bolesti.
    Ne osjećaju se korisnima
    Niti jedno od navedenog

16. Žale li se da im je metastatski rak dojke promijenio izgled?

    Da, žale se.

    Ne, ne žale se.

    Izbjegavaju tu temu.

17. Kako prihvaćaju odstranjenje dojke?

    dobro

    Loše

    Osjećaju se manje vrijednima

18. Odlučuju li se na rekonstrukciju dojke?

    Da/ne/ne znam.

19. Kako okolina prihvaća borbu pacijentica?

    Podrška su

    Ohrabruju

    Imaju loše prognoze

    odmažu u liječenju

20. Kako se Vi kao medicinska sestra osjećate kada se susretnete s onkološkim bolesnicima?

    loše

    tjeskobno

    empatično

    supotivno

    drugo:_____

21. Pada li Vam to teško?

    u većini slučajeva da

    ne pada mi teško

    ne znam

22. Nosite li posao kući?

Da

ne

kako kad

23. Koliko je teško psihički nositi se sa tim poslom?

    nije teško

    Ponekad je teško

    Uvijek je teško

    Iznimno je teško i iscrpno

24. Smatrate li da su medicinske sestre dovoljno educirane o metastatskom raku dojke?

    Da, smatram

    Ne, ne smatram

    Trebalo bi se dodatno educirati

25. Navedite nekoliko primjera koji bi olakšali posao medicinske sestre koja radi s onkološkim pacijentima.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

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, TAJANA GOSTOVIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB KOD PACIJENTICA S METASTATSKIM RAKOM 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)
Tajana Gostović
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, TAJANA GOSTOVIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB KOD PACIJENTICA S METASTATSKIM RAKOM DOJKE *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Tajana Gostović
(vlastoručni potpis)