

Uloga sestre u predoperativnoj pripremi bolesnika oboljelih od malignog melanoma na smanjenu anksioznost

Čubrilović, Željka

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:398144>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-11-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Željka Čubrilović

**Uloga sestre u predoperativnoj
pripremi pacijenata oboljelih od
malignog melanoma na smanjenu
anksioznost**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Željka Čubrilović

**Uloga sestre u predoperativnoj
pripremi pacijenata oboljelih od
malignog melanoma na smanjenu
anksioznost**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za kožne i spolne bolesti i Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata pod vodstvom prof. dr. sc. Mirko Ivkić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013/2014. G.

Mentor rada: prof. dr. sc. Mirko Ivkić

Zahvala

Najljepše se zahvaljujem mojem mentoru prof. dr. sc. Mirku Ivkić, hvala na svim savjetima i strpljenju u svakom trenutku kao i na poticaju da ustrajem.

Iskreno zahvaljujem mojoj predstojnici Klinike za kožne i spolne bolesti prof. dr. sc. Mirni Šitum, hvala na razumijevanju i strpljenju tokom studija kao i na svom prenesenom znanju iz područja tumora kože.

Zahvaljujem se dr. sc. Mariji Buljan, na pomoći pri odabiru fotografija i neprocjenjivim savjetima u izradi rada.

Hvala svim mojim kolegicama iz Klinike za kožne i spolne bolesti na svojoj njihovoj podršci, pomoći i strpljenju.

Na kraju, od srca hvala mojoj obitelji na svojoj njihovoj podršci, pomoći i strpljenju.

Sažetak	I
Summary	II
1. Maligni melanom	8
1.1. Etiopatogeneza	8
1.2. Epidemiologija	9
1.3. Klinička slika	10
1.4. Patohistološka slika melanoma	11
1.5. Dijagnoza i liječenje	17
1.6. Praćenje pacijenata s melanomom	18
1.7. Prevencija melanoma	20
2. Psihološka reakcija pacijenata na melanom	20
3. Priprema pacijenata prije operativnog zahavata.....	21
3.1. Što su to limfni čvorovi?	21
3.2. Identificiranje limfnog čvora (SLN) limfoscintigrafijom (LS)	22
4. Sestrinska priprema pacijenata prije operativnog zahavata	23
4.1. Svrha sestrinske pripreme prije operativnog zahavata	25
5. Postoperativna zdravstvena njega bolesnika	27
6. Važnost psihološkog statusa pacijenta.....	29
7. Zaključak	30
8. Literatura	32
9. Životopis.....	36

SAŽETAK

Zloćudni tumori kože potencijalno su najopasniji oblik raka kože i uzrokuju 90% smrtnosti. Dijagnoza se postavlja klinički i temelji se na AJCC klasifikaciji. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, oko 20.000 ljudi u svijetu umre od melanoma svake godine. Jedan od najvažnijih kliničkih pokazatelja melanoma je velika razlika incidencije između osoba svijetle i tamne kože. Prema podacima iz AJCC Melanoma Database, debljina melanoma najvažniji je prognostički čimbenik u sveukupnom preživljenju, ali je revidirani sustav određivanja stadija prepoznao i prisutnost metastaza u regionalnim limfnim čvorovima kao snažan neovisan prognostički čimbenik u 5-godišnjoj stopi preživljenja u stadijima I. i II. Melanom ima različite limfne putove u limfnoj drenaži, poglavito melanomi smješteni na trupu, glavi i vratu. Prije više od dvadeset godina uveden je nov pristup u liječenju kožnog melanoma. Limfoscintigrafija (LS) i biopsija sentinel limfnog čvora (SLNB) su postale dio standardne skrbi za pacijente s novom ili opetovanom dijagnozom melanoma, pomažu odrediti status regionalnih limfnih čvorova. Točan identifikacijski sentinel limfnog čvora (SLN) omogućuje kirurgu da dodatno razgraniči stupanj malignosti. Izvođenje limfoscintigrafije prije planiranog rada omogućuje ograničenu operaciju s manje opsežnog poslijeoperacijskog morbiditeta. Ovaj rad donosi pregled današnjih spoznaja, primjene limfoscintigrafije (LS) i biopsije sentinel limfnog čvora (SLNB) kod kožnog melanoma i sestrinskom ulogom u predoperativnoj pripremi pacijenta jer većina ljudi bolest ili stanje koje zahtijeva operativni zahvat doživljava izrazito stresnim događajem, što za posljedicu ima porast razine straha i predoperativne anksioznosti. Istraživanja do danas su ukazala na činjenicu da se stres može ublažiti davanjem obavijesti o predstojećem zahvatu, a jedan od najboljih primjera takvog načina djelovanja je predoperativna priprema pacijenata.

Ključne riječi: maligni melanom, sentinel biopsija, sestrinska predoperativna priprema

SUMMARY

Cutaneous melanoma is potentially the most dangerous form of skin tumour and causes 90% of skin cancer mortality. Diagnosis is made clinically and staging is based upon the AJCC system. According to the World Health Organization, approximately 20,000 people worldwide die from melanoma each year. One of the most striking clinical aspects of melanoma is the profound difference in incidence between persons of fair and dark skin complexions. Based on the AJCC Melanoma Database, the thickness of the melanoma is the most important prognostic factor in overall survival is melanoma thickness, however, the revised staging system recognized the presence of metastases in regional lymph nodes as an independent powerful prognostic factor in 5-year survival rate in stages I and II. Melanoma has a variable lymphatic drainage pathways, particularly those lesions located in the trunk, head and neck. In the past 15 years, a novel approach has been introduced in the management of cutaneous melanoma. Lymphoscintigraphy (LS) and sentinel lymph node biopsy (SLNB) has become part of the standard of care for patients with a new or recurrent diagnosis of melanoma, in helping determine the status of regional lymph nodes. Correct identification of sentinel lymph nodes (SLN) enables the surgeon to further delineate the extent of malignancy by allowing sampling of the appropriate nodal group. Performing the lymphoscintigraphy prior to the planned operation allows limited surgery with less extensive postoperative morbidity.

This paper presents an overview of present knowledge, the application of the LS and SLNB in cutaneous melanoma and nurse role in the preoperative preparation of the patient, because to most people the disease or condition that requires surgery is extremely stressful event, which can results with increased level of fear and preoperative anxiety. Studies to date have pointed to the fact that stress can be alleviated by giving notice of the impending surgery, and one of the best examples of this kind of action on the stress and the patient's perception of pain is the preoperative preparation of the patient.

Keywords: malignant melanoma, sentinel biopsy, nursing preoperative preparation

1. MALIGNI MELANOM

Maligni melanom zloćudna je novotvorina kože s dramatičnim porastom broja oboljelih. U 2012. godini u SAD-u otkriveno je 76 250 novih slučajeva melanoma i oko 9 180 umrlih od ove bolesti. U Hrvatskoj je 2010. godine otkriveno 555 novooboljelih od melanoma, 295 muškaraca i 260 žena, a smrtnost od melanoma u Hrvatskoj 2011. godine je bila 202, 104 muškarca i 98 žena (Rašić i Ivkić, 2013).

Maligni melanom je zloćudni tumor koji se razvija iz pigmentnih stanica melanocita i zbog njegove izrazite sklonosti ranom limfogenom i hematogenom metastaziranju pripada među najagresivnije tumore kože i sluznica (Šitum i Poje, 2000).

Zloćudni tumori kože najčešće se pojavljuju nakon 60. godine života, ali se dobna granica postupno pomiče prema mlađoj životnoj dobi. Novije spoznaje govore da su djetinjstvo i adolescencija kritična razdoblja za kasniji razvoj zloćudnih tumora jer se u tom razvoju apsorbira do 80% UV zraka, dok se ostalih 20% apsorbira u ostalim životnim razdobljima. Stoga se nameće zaključak da pravilnom i ranom fotozaštitom može se smanjiti rizik od kasnijeg nastanka zloćudnih tumora kože (Šitum, 2001). Maligni melanom se osim na koži može pojaviti i na sluznicama (npr. usne, nosne šupljine, anogenitalnog područja ili unutarnjih organa), oku i u središnjem živčanom sustavu. Oko 40 do 50% melanoma razvija se od pigmentiranih madeža (Scotto, Fraumeni, Lee, 1976). Melanomi se razlikuju po veličini, obliku i boji (obično su pigmentirani) i sklonosti invaziji i metastaziranju. Za razliku od drugih oblika raka kože melanom se lako i brzo širi u udaljene dijelove tijela, gdje nastavlja rasti razarajući tkiva. Melanom je jedan od tumora koji ima najveći porast broja oboljelih, zbog čega je sve veći javnozdravstveni i medicinski problem.

1.1. Etiopatogeneza

U nastanku zloćudnih tumora kože važnu ulogu ima mnoštvo egzogenih i endogenih etiopatogenetskih čimbenika. Od egzogenih čimbenika najvažnija uloga pridaje se utjecaju sunčeva svjetla određene valne duljine čije je djelovanje potencirano stanjivanjem ozonskog omotača i širenjem ozonskih

rupa. Količina UV zraka koja dolazi do površine Zemlje ovisi o stanju u atmosferi i okolišu (npr. oblačno vrijeme, smog), o dijelu dana (npr. podne), nadmorskoj visini (visina ili nizina), o godišnjem dobu (zima ili ljeto) i o zemljopisnoj širini (ozonski sloj je tanji oko ekvatora) (Šitum, 2001).

Od 95% UV zraka koje dosežu Zemlju su UVA zrake koje prodiru dublje u kožu i apsorbiraju melanin pri čemu može nastati oksidativni stres i mutacija stanica. Manji dio zraka koje dosežu Zemlju su UVB zrake koje direktno apsorbira DNA molekula što može izazvati mutaciju stanice. Smatra se da su upravo UVB zrake najvažnije za nastanak melanoma (Giblin i Thomas, 2007).

1.2. Epidemiologija

Žene s malignim melanomom imaju bolju stopu preživljavanja nego muškarci što pokazuju brojne studije. Razlog tomu je vjerojatno činjenica da žene više pozornost poklanjaju svom izgledu i stoga ranije zapažaju promjene na koži te se ranije javljaju liječniku (Šitum, 2012). U Europi žene obolijevaju od malignog melanoma dva puta češće negoli muškarci, dok u SAD-u podjednako često.

AJCC-ova studija (Balch, Soong, Gershenwald i sur., 2001) je ukazala na lošiju prognozu pacijenata s melanomima lokaliziranim na trupu, glavi i vratu u usporedbi s pacijentima s melanomima lokaliziranim na udovima.

Korištenje kriterija AJCC-ove baze podataka olakšat će izvještavanje o rezultatima liječenja melanoma i usporedbe s kliničkim ispitivanjima te na taj način ubrzati napredak multidisciplinarnog pristupa liječenja melanoma (Balch, Gershenwald, Soong, Thompson, Atkins i sur., 2009).









U ukupnoj incidenciji zloćudnih tumora na melanom otpada 2% u cijelom svijetu, a u Hrvatskoj oko 3% (Ferlay, Bray, Pisani, Parkin, 2002; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2010).

Melanom može nastati bilo gdje na tijelu, ali je zamijećena razlika u lokalizaciji prema spolu. U muškaraca češće nastaje na trupu dok u žena na nogama (Šitum, Buljan, Poduje, Šebetić, 2008).

1.3. Klinička slika

Ne postoji tipična klinička slika malignog melanoma. Obično je tamnosmeđe do plavocrne boje, a dio tumora može biti bez pigmenta. Melanom može biti nepravilne uzdignute površine ili u razini kože, nepravilna ruba te s ulceracijom na površini. U najčešće znakove pojave ranog melanoma pripadaju svrbež, promjena oblika, ograničenosti prema okolnoj koži, boje i veličine nevusa. U kasnije znakove ubrajaju se krvarenje, erozije i ulceracije (Šitum, 2012).

Ponekad se promjena pojavljuje tako postupno da je pacijenti nisu ni svjesni. Promjene koje se događaju u razdoblju od nekoliko dana uglavnom su upalne naravi. Međutim, kao opće pravilo smatra se da promjena u boji, obliku, rubovima ili veličini iziskuje pažnju (Slika 1).

Normalan Nevus	Melanom	Obilježja	Karakteristike
		Kakvog je oblika?	promjena oblika prethodno mirnog nevusa - simetričnost bezopasna, asimetričnost suspektna
		Kakvog je ruba?	oštra ograničenost od okolne kože - bezopasno, ili neoštra, nazubljena ograničenost - suspektna
		Koliko ima boja?	jednolična obojenost - bezopasan znak ili pojačanje pigmentacije od svjetlosmeđe do crne - suspektno
		Koje je veličine?	povećanje u promjeru - suspektno

Slika 1.

(Izvor: Fotodokumentacija Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“)

Navedene promjene označavaju se **ABCDEF pravilom** kako bi se saželi i lako predočili znakovi ranog melanoma. Ova se pravila odnose na opisane promjene i to na slijedeći način: **A** se odnosi na asimetriju (eng. Assymetry), **B** na nepravilne rubove (eng. Borders), **C** na nejednoličnu obojenost (eng. Colour), a **D** na promjer veći od 6 mm (eng. Diameter). U novije vrijeme dodaju se još i E i F pravila: **E** za uzdignutost prema okolnoj koži, odnosno ukupna promjena (eng.

Elevation, Evolution) – nije znak ranog melanoma jer ukazuje da je melanom već ušao u vertikalnu fazu rasta, te **F** za subjektivni osjećaj svrbeža ili bolnosti (eng. Feeling).

1.4. Patohistološka slika melanoma

U velikom broju slučajeva teško je klinički razlikovati melanom od drugih lezija. Stoga je potrebna patohistološka verifikacija nakon biopsije svih sumnjivih lezija.

U progresiji melanoma histološki razlikujemo tri faze:

- **melanoma in situ** – najranija faza razvoja melanoma u kojoj se u cijelosti nalazi u dermisu i ne prodire kroz bazalnu membranu
- **faza horizontalnog širenja** – dolazi do prodora melanomskih stanica kroz bazalnu membranu u gornji papilarni sloj dermisa
- **faza vertikalnog širenja** – melanom prodire dublje u dermis ili čak u potkožno masno tkivo.

Za određivanje prognoze i odabir prikladnog liječenja kako bi se procijenila potencijalna sposobnost metastaziranja upravo je ključna faza razvoja melanoma. U najranijoj fazi melanoma in situ i u fazi horizontalnog širenja melanom rijetko metastazira, dok u vertikalnoj fazi smatra se da melanom ima veću sposobnost metastaziranja (Crowson, Magro i sur., 2003).

S obzirom na kliničke značajke i na histološku sliku razlikuje se nekoliko kliničkih tipova malignog melanoma:

Lentigo maligna melanom (LMM)

Lentigo maligna melanom čini do 15 posto svih melanoma. Obično nastaje od Hutchinsonove mrlje ili malignog melanoma in situ. Pojavljuje se na licu ili drugim područjima izloženima suncu kao asimptomatska plosnata svijetlo smeđa do smeđa, nepravilna makula promjera 2 do 6 cm ili mrlja s crnim točkicama nepravilno raspoređenim na njezinoj površini. Češće se javlja u starijih osoba, nakon 65. godine, podjednako u oba spola (Slika 2.) (Šitum, 2012).

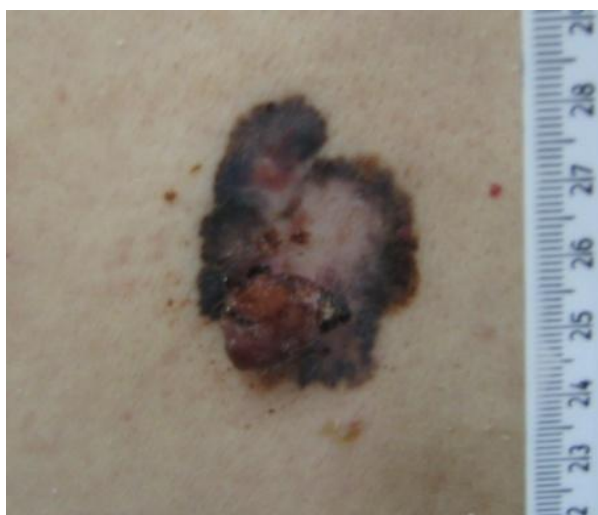


Slika 2. Lentigo maligna melanom

(Izvor: Fotodokumentacija Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“)

Površinsko šireći melanom (engl. superficial spreading melanoma – SSM)

Pojavljuje se najčešće u bjelačkoj populaciji na nogama u žena te na leđima u muškaraca i čini 60-70% svih melanoma. Obično se dijagnosticira između 30. i 50. godine života. Promjena je obično u obliku plaka s nepravilnim izdignutim, induriranim svijetlo smeđim ili smeđim područjima, na kojima se često nalaze crvene, bijele, crne ili plave točke ili maleni, ponekad izbočeni plavo-crni čvorići (Slika 3.).



Slika 3. Površinsko šireći melanom

(Izvor: Fotodokumentacija Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“)

Nodularni melanom (NM)

Nodularni melanom drugi je po učestalosti i obuhvaća 15-30% svih melanoma. Najčešće se dijagnosticira u osoba između 40. i 50. godina života, podjednako u oba spola. Može se pojaviti bilo gdje na tijelu u obliku tamne, izbočene papule ili plaka čija je boja od biserne do sive i crne. Ponekad promjena sadrži malo ili ništa pigmenta ili može izgledati kao krvožilni tumor. Oboljeli imaju slabiju prognozu zbog njegovoga brzog rasta (Slika 4.).



Slika 4. Nodularni melanom

(Izvor: Fotodokumentacija Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“)

Akralni lentiginozni melanom (ALM)

Akralni lentiginozni melanom je vrlo rijedak, a nastaje na koži tabana, dlanova ili ispod nokta. Obuhvaća 2% do 8% svih malignih melanoma. Najčešće nastaje nakon 65. godine života, češće u muškaraca. Uglavnom je lokaliziran na dlanovima, tabanima i ispod noktiju (slika 5. i 6.). Nastaje u vremenu od nekoliko mjeseci do 3 godine. U početku je svijetlosmeđa makula nepravilna ruba koja kasnije tamni, veličine najčešće do 3 cm. Subungvalni ALM često je varijanta ALM-a, najčešće u predjelu nožnog palca. Pozornost treba obratiti na smeđe do crne diskoloracije ispod nokta kao znakove ranoga subungvalnog melanoma.

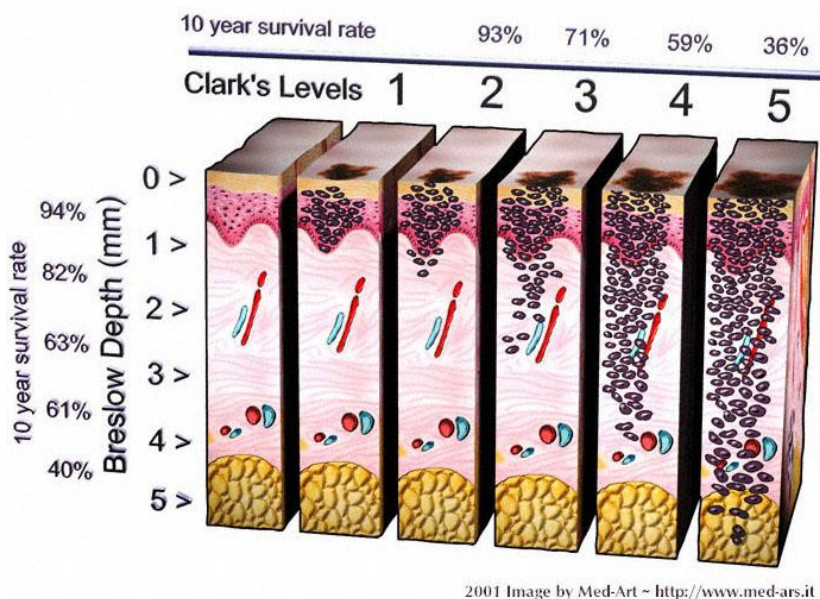


Slika 5. i 6. Akralni lentiginozni melanom

(Izvor: Fotodokumentacija Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“)

U svim slučajevima klinički se razlikuju tri stadija MM-a. Prvi je stadij primarni tumor bez regionalnih metastaza, drugi je stadij primarni tumor s metastazama u regionalnim limfnim čvorovima, a u trećem stadiju prisutne su i udaljene metastaze u visceralnim organima (Šitum, 1999).

Za prognozu bolesti, ali i planiranje opsežnosti kirurškog zahvata važna je histološka klasifikacija po Clarku i debljina tumora prema Breslowu. Clarkova klasifikacija temelji se na dubini invazije kože tumorskim tkivom i ima pet stupnjeva. U prvom stupnju tumorske stanice nalaze se samo u epidermisu, u drugom stupnju tumorske su stanice probile bazalnu membranu, u trećem stupnju tumorske stanice potpuno ispunjavaju papilarni dermis, u četvrtome tumorske stanice ispunjavaju retikularni dermis, a u petom stupnju tumorske su stanice u supkutisu (Šitum, 1999). Klasifikacija prema Breslowu, koja je i najvažniji prognostički čimbenik, temelji se na debljini tumora: tumori debljine do 0,75 mm, tumori debljine između 0,76 i 1,5 mm i tumori deblji od 1,5 mm koji imaju nepovoljniju prognozu (Pašić, 1999; Šitum, 2012) (Slika 7.).



Slika 7. Klasifikacija po Claku i Breslowu

(Izvor: <http://www.ilmelanoma.com/wp-content/uploads/2009/10/livelli4.jpg>)

Danas se najčešće koristi sustav stupnjevanja prema AJCC (American Joint Committee on Cancer) koja se temelji na opsežnoj studiji Balcha i sur., službeno prihvaćena u siječnju 2010. g. Bazira se na uobičajenom TNM stupnjevanju prema: T – osobinama primarnog tumora, N – metastazama regionalnih limfnih čvorova i M – prisutnosti udaljenih metastaza. Sustav se temelji na znanstveno utvrđenim prognostičkim čimbenicima, a osmišljen je tako da svaki viši stupanj ujedno predstavlja i statistički značajno lošiju prognozu. Opisani sustav danas je prihvaćen od strane Svjetske Zdravstvene Organizacije (Balch, Buzaid, Soong i sur., 2009) (Tablica 1. i Tablica 2.).

Tablica 1. TNM stupnjevanje melanoma prema AJCC iz 2010. godine

T stupnjevanje	Debljina tumora u milimetrima	Ulceracija
T1	≤ 1,00	a: bez ulceracije, br. mitoza < 1mm ² b: s ulceracijom ili br. mitoza ≥ 1mm ²
T2	1,01 – 2,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
T3	2,01 – 4,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
T4	> 4,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
N stupnjevanje	Broj regionalnih limfnih čvorova s metastazom	Vrsta metastaza
N1	1	a: mikrometastaze ¹ b: makrometastaze ²
N2	2 - 3	a: mikrometastaze b: makrometastaze c: in transit metastaze ili sateliti bez metastaza regionalnih limfnih čvorova
N3	4 ili više ili in transit metastaze ili sateliti uz metastaze regionalnih limfnih čvorova	
M stupnjevanje	Lokalizacija udaljenih metastaza	Serumski LDH (laktata dehidrogenaza)
M1a	koža, potkožno tkivo, limfni čvorovi	uredan
M1b	pluća	uredan
M1c	ostali visceralni organi bilo koja	uredan povišen

¹ mikrometastaze se otkrivaju tek nakon biopsije limfnih čvorova stražara ili limfadenektomije

² makrometastaze su klinički evidentne i prije nego se kirurški potvrde, o makrometastazama govorimo i kada je prisutno evidentno širenje metastaze izvan kapsule limfnog čvora

Tablica 2. Svrstavanje kožnog melanoma u stadije po AJCC iz 2010. godine.

Stadij po AJCC	TNM stupnjevanje
0	Tumor in situ
1A	T1a NO MO
1B	T1b NO MO T2a NO MO
2A	T2b NO MO T3a NO MO
2B	T3b NO MO T4a NO MO
2C	T4b NO MO
3A	T1-4a N1a MO T1-4a N2a MO
3B	T1-4b N1a MO T1-4b N2a MO T1-4a N1b MO T1-4a N2b MO T1-4a N2c MO
3C	T1-4b N1b MO T1-4b N2b MO T1-4b N2c MO bilo koji T N3 MO
4	bilo koji T, bilo koji N, M1

1.5. Dijagnoza i liječenje

U dijagnostici zloćudnih tumora kože važna je anamneza, klinički pregled, patohistološka analiza. Ako se postavi sumnja na bilo koji zloćudni tumor kože, potreban je cjelovit dermatološki pregled, uključujući vidljive sluznice i limfne čvorove (primarne drenaže, ali i ingvinalnih, aksilarnih, supraklavikularnih regija te glave i vrata). U invazivne dijagnostičke metode ubrajaju se biopsija u kojoj se uzima dio lezije ili lezija u cijelosti nakon čega slijedi patohistološka pretraga i/ili imunohistokemijska obrada.

Za praćenje liječenja i razvoja bolesti, često se koristi nivo LDH u krvi iako on nije siguran pokazatelj postojanja udaljenih metastaza. Dodatna potvrda

dijagnoze malignog melanoma je i prisutnost markera/proteina S-100, MIA i tirozinaze. Često se kod pacijenata sa melanomom a ovisno o stupnju proširenosti radi sentinel biopsija limfnih čvorova kako bi se utvrdila proširenost tumora (Šitum, Buljan, Poduje, 2012).

Prema podacima iz AJCC Melanoma Database, debljina melanoma najvažniji je prognostički čimbenik u sveukupnom preživljenju, ali je revidirani sustav određivanja stadija prepoznao i prisutnost metastaza u regionalnim limfnim čvorovima kao važan prognostički čimbenik u 5-godišnjoj stopi preživljenja u stadijima I. i II. Melanom ima različite limfne putove u limfnoj drenaži, poglavito melanomi smješteni na trupu, glavi i vratu. Prije više od dvadeset godina uveden je novi pristup u dijagnostiku i liječenje kožnog melanoma. Zahvaljujući suvremenim tehnikama nuklearne medicine, identificiranje sentinel limfnog čvora (SLN) limfoscintigrafijom (LS) i biopsija sentinel limfnog čvora (SLNB) pomoću ručne gama sonde postali su standardnim postupkom. U bolesti ranog stadija (AJCC I i II) i srednje debljine tumora (1,2-3,5 mm) LS uz SLNB čine metodu izbora za određivanje stadija čvora i odluku o daljnjem kirurškom zahvatu, iako je kod melanoma tanjih od 1 mm kirurško liječenje regionalnih limfnih čvorova još uvijek proturječno. Prema najnovijoj literaturi i istraživanjima dokazana je, ne samo, dijagnostička vrijednost LS sa SLNB u pacijenata s kožnim melanomom, nego i poboljšanje kontrole regionalne bolesti i mogući utjecaj na specifično preživljenje ovih pacijenata (Morton i sur., 2014).

1.6. Praćenje pacijenata s melanomom

Učestalost kontrolnih pregleda ovisi o stadiju bolesti. Prvih pet godina nakon operacije primarnog tumora je period najznačajnijeg praćenja budući se 90% metastaza pojavljuje unutar tog razdoblja. Kod pacijenata s melanomom postoji povećani rizik od razvitka drugoga primarnog melanoma, koji se prema statističkim podacima, kreće od 1 do 8%. Stoga su u pacijenata s melanomom iznimno važni redoviti pregled kože, uz dermatološki pregled po potrebi.

Anamnestički podaci, simptomi i nalaz kliničkog pregleda kože, te nalaz sentinela biopsije ključni su u određivanju daljnjih kontrolnih laboratorijskih i slikovnih pretraga koje će se provoditi u praćenju pojedinog pacijenata s

melanomom. Najčešće se metastaze otkriju pri fizikalnom pregledu i redovitim pretragama ili pak pretragama koje se provode zbog određenih simptoma koje pacijent signalizira. Najčešće mjesto pojave metastaza je koža i potkožno tkivo, zatim limfni čvorovi, pluća, jetra i mozak. Kontrolna obrada uključuje detaljan dermatološki pregled, a ovisno o stadiju bolesti i fizikalni internistički pregled, te laboratorijske pretrage (ALP, LDH, onkomarkeri tirozinaza, S 100-B i MIA) i ultrazvučni pregled abdomena, perifernih limfnih čvorova i postoperativnog ožiljka. CT se smatra boljom dijagnostičkom metodom od rendgena pluća. PET/CT pretraga primjenjuje se kod tumora viših stadija te kod sumnje na razvoj metastatskih promjena. Kod dokazane metastatske bolesti danas treba testirati i BRAF V600E mutaciju jer je kod pacijenata koji ju imaju moguća ciljana terapija lijekom koji blokira BRAF V600E molekulu, vodeću u aktivaciji stanica melanoma (Šitum, Buljan, Poduje, 2012).

U početku je pacijente potrebno pratiti svakih 3 do 6 mjeseci (ovisno o stadiju bolesti), a potom se, nakon dvije godine, učestalost pregleda i dijagnostičke obrade smanjuje (ovisno o kliničkoj slici i nalazima). Ne postoje u potpunosti ujednačene smjernice za praćenje pacijenata s melanomom i među europskim zemljama postoje manje razlike u praćenju tih pacijenata. Praćenje i primjenu dijagnostičkih postupaka treba odrediti u skladu s nacionalnim smjericama, ali pristup svakom pacijentu treba biti individualan.

Pacijente treba upozoriti na važnost redovite primjene sredstava sa zaštitnim faktorom od UV zračenja, nošenje prikladne odjeće, pokrivala za glavu i sunčanih naočala. Također je potrebno podučiti ih o provođenju redovitog samopregleda kože, služeći se ABCDEF pravilom kod promatranja postojećih ili novonastalih pigmentiranih promjena na koži.

Važno je naglasiti važnost psihološke podrške u pacijenata s melanomom, budući da se radi o ozbiljnoj, potencijalno smrtnoj bolesti (Šitum, Buljan, Poduje, 2012).

1.7. Prevencija melanoma

Što se više senzibilizira stanovništvo na uočavanje i prepoznavanje sumnjivih promjena na tijelu poboljšat će se njihovo pravovremeno javljanje na

dermatološki pregled. Edukacija javnosti može se provoditi po opisanim ABCDEF kriterijima, a treba se provoditi kroz letke, edukacijske knjižice, TV i radio emisije, te preko novina i časopisa. Osim prepoznavanja melanoma, edukacija treba biti usmjerena i na poticanje odgovornog ponašanja prema vlastitom zdravlju. Uz redovitu primjenu sredstava sa zaštitnim faktorom od UV zračenja, nošenje prikladne odjeće, pokrivala za glavu i sunčanih naočala važno je naglasiti izbjegavanje sunca tijekom najtoplijih sati u danu, između 10 i 17 sati i što češći boravak u hladu. Stručnjaci smatraju da je oko 90% nemelanomskih tumora i dvije trećine melanoma uzrok pretjerano izlaganje suncu. Stoga je u prevenciji nužna pravilna zaštita od sunca. Kako opekotine od sunca u djetinjstvu povećavaju rizik od nastanka melanoma, edukaciju je potrebno započeti već u vrtićima i školama kao dio sustavnog obrazovanja (Šitum, Buljan, Poduje, 2012).

2. PSIHOLOŠKA REAKCIJA PACIJENATA NA MELANOM

Brojna istraživanja u posljednjih dvadesetak godina znanstveno su dokazala utjecaj malignih bolesti na psihološko stanje pacijenata. Potvrđeno je da se kod 25%, a po nekim istraživanjima čak i do 50% pacijenata s različitim vrstama tumora javlja ozbiljna psihološka reakcija kod koje ne može doći do poboljšanja bez psihološke ili psihijatrijske intervencije (Herschbach, Keller, Knight i sur., 2004). Kod pacijenata s melanomom, njih oko 30% ima ozbiljnu psihološku reakciju na bolest. Kao reakcija na melanom najčešće se javljaju tjeskoba, depresivnost, smanjenje samopoštovanja i socijalna izolacija, a smanjena je i kvaliteta života pacijenata (Kasparian, McLoone, Butow, 2009). Brojna istraživanja pokazuju i da su neadekvatne informacije o bolesti uzrokom visoke tjeskobe i izvor stresa za pacijente (Jenkins, Fallowfield, Saul, 2001). Nekoliko studija u pacijenata s drugim malignim bolestima pokazuju da socijalna podrška može biti povezana s poboljšanom kvalitetom života, boljim prognostičkim čimbenicima i boljim ishodom bolesti. Ipak, specifični podaci o intervencijama usmjerenim na suočavanje s malignim melanomom su rijetki. Za poboljšanje intervencija potrebna su dodatna znanja o specifičnim strategijama suočavanja (Trapp i sur., 2012).

3. PRIPREMA PACIJENATA PRIJE OPERATIVNOG ZAHVATA

Priprema pacijenata prije operacije je, u načelu, primjena postupka „inokulacije stresom“ u predoperativnom stanju (Havelka, 2002). Postupak se sastoji u upoznavanju pacijenata s kirurškim postupkom uključujući i obavijest o tipičnim stresnim reakcijama kao i načinima njihova ublažavanja, uvježbavanju specifičnih postupaka smanjenja stresa i potkrepljivanju pacijentovih nastojanja da kontrolira vlastite stresne reakcije.

Program sestrinske skrbi uključuje pripremu pacijenta da razumije i bude pripremljen za plan potrebnih pretraga i postupaka liječenja prije i poslije operativnog zahvata. Uspostava dobre komunikacije i uzajamnog povjerenja umanjit će strah pacijenata i pomoći im da mobiliziraju svoje obrambene snage kako bi se što bolje nosili kako s emocionalnim tako i fizičkim stresom. Proces zdravstvene njege počinje utvrđivanjem potreba za zdravstvenom njegom, odnosno prikupljanjem podataka, analizom prikupljenih podataka te definiranjem problema ili sestrinske dijagnoze. Bolesnici s malignim melanomom često imaju i druge zdravstvene potrebe koje treba zadovoljiti. Planiranje je logična, koordinirana odluka, proces donošenja odluka i drugih aktivnosti koje uključuju pacijenta, njegovu obitelj i tim zdravstvenih stručnjaka iz različitih područja kako bi mu se olakšao boravak u bolnici i sam preoperativni i postoperativni tijek do otpusta iz bolnice.

Planiranje obuhvaća uz multidisciplinarni pristup filozofiju, ciljeve i specifične protokole razvijene za provedbu koraka procesa zdravstvene njege. Članovi tima uključuju medicinske sestre, liječnike; dermatologe, kirurge, onkologe, psihijatre, psihologe i člana bilo koje druge djelatnosti koja može biti potrebna. Medicinske sestre provode najviše vremena s pacijentom i članovima obitelji. Odgovornost za izradu planiranja zdravstvene njege i koordinacije ostalih stručnjaka pripada medicinskoj sestri. Nakon što započne proces planiranja, sestra koordinirajući između aktivnosti i komunikacije mora imati na umu svakodnevne navike pacijenta prije hospitalizacije.

Nakon što je potvrđena dijagnoza malignog melanoma psihološku pripremu pacijenta za operaciju započinje liječnik dermatolog ili kirurg, koji je postavio

indikaciju za kirurško liječenje. On će pacijentu i njegovoj obitelji, ako je nazočna, objasniti potrebu i važnost kirurškog zahvata, predviđenu dužinu trajanja boravka u bolnici, sam tijekom postupka obilježavanja limfnih čvorova i operacije te ga upoznati s mogućim operacijskim rizicima i komplikacijama. Kada liječnik pacijentu objasni postupak i potrebu kirurškog zahvata pacijenta preuzima medicinska sestra koja nadalje organizira potrebnu predoperativnu obradu te fizičku i psihološku pripremu.

Medicinska sestra uz pacijenta provodi najviše vremena, stoga mora obratiti pažnju na ono što govori te mora pomoći pacijentu razriješiti njegove nedoumice i strahove. Medicinska sestra treba uključiti pacijenta u planiranje i provedbu zdravstvene njege, što će pridonijeti tome da on stekne povjerenje, postavlja pitanja, izražava svoju nesigurnost i strah, a sve to pridonosi uspješnoj pripremi za kirurški zahvat. Dokazano je da nakon dobre psihičke pripreme pacijent bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, treba manje analgetika, a i boravak u bolnici se skraćuje. Jedna od osnovnih mjera u sprječavanju postoperativnih komplikacija je poučavanje pacijenta u predoperativnoj pripremi. Pri tome je potrebno obratiti pozornost na način poučavanja koji se mora prilagoditi pacijentu. Tijekom poučavanja medicinska sestra mora biti strpljiva, uvjerenjena u ono što poučava i pozitivno usmjerena. Upute mora ponavljati, poticati pacijenta na izvođenje i provjeriti usvojena znanja i vještine.

Prilikom fizičke pripreme pacijenta za kiruršku operaciju SLNB provode se predoperativni dijagnostički postupci kod svih pacijenata:

1. potpuni fizički pregled
2. krvne pretrage
3. elektrokardiogram
4. Rtg srca i pluća
5. krvna grupa, Rh faktor
6. pretrage uvjetovane osnovnom bolesti zbog koje je indicirano kirurško liječenje (UZV trbuha, regionalnih limfnih čvorova te eventualna citopunkcija ili CT)

Potpuni fizikalni pregled je potreban kako bi se utvrdila prisutnost i opseg svih zdravstvenih problema koji bi mogli biti kontraindikacija za predloženi zahvat ili koji mogu zahtijevati posebne mjere opreza prije, tijekom ili nakon operacije. Na primjer, kod pacijenta s kroničnom bolesti pluća trebalo bi napraviti pretrage kako bi se utvrdila plućna funkcija te, pacijent pripremio za odgovarajuću anesteziju.

Kod pacijenta s kardiološkim bolestima elektrokardiogram je važan kako bi se utvrdile eventualne srčane abnormalnosti koje se mogu pogoršati tijekom kirurške procedure i primjene terapije.

Kompletna krvna slika može ukazati na prisutnost anemije, nizak broj trombocita, infekciju. Niski hemoglobin sugerira potrebu za transfuzijom krvi prije operacije kako bi se postigla zadovoljavajuća razina za transport kisika u krvi. Povišena vrijednost leukocita može ukazivati na prisutnost infekcije, koja se smatra kontraindikacijom za operaciju. Mjesto i uzrok infekcije bi trebali biti identificirani te bi liječenje trebalo početi prije operacije.

Krvna grupa i križna proba su potrebne kako bi na raspolaganju bila kompatibilna krv tijekom operacije ako dođe do značajnijeg krvarenja.

Dan prije operacije, provode se određeni postupci usmjereni na procjenu zdravstvenog stanja pacijenta, kontrolu učinjenih pretraga, provođenje osobne higijene, pripremu operacijskog polja. Tijekom dana pacijent bude pregledan od strane kirurga (operatera) koji pregleda pacijenta, mjesto predviđeno za operativni zahvat i medicinsku dokumentaciju te anesteziologa koji uspostavlja kontakt s njim i propisuje lijekove koje će pacijent uzeti navečer i jutro prije operacije – premedikacija. Medicinska sestra mora osigurati lako probavljivu hranu za večeru. Potrebno je uputiti pacijenta na važnost osobne higijene, kupanja ili tuširanja te pranja kose. Predoperativno razdoblje je vrijeme kada pacijentu i obitelji treba pružiti emocionalnu, psihološku i vjersku podršku.

3.1. Što su to limfni čvorovi?

Limfni sustav je dio imunološkog sustava koji pomaže u borbi protiv infekcija. Limfni čvorovi su organizirane nakupine limfatičnog tkiva. Dugački su 2-30 mm. Mogu biti ovalni, okrugli, graholiki ili bubrežasti. Smješteni su uz tok limfnih žila. Nalaze se u abdomenu, pazusima, preponama i vratu. Stvaraju limfocite i imaju ulogu biološkog filtra limfe. Okolno vezivno tkivo štiti gustu filtarsku mrežu unutar čvorova. Postoji oko 600 limfnih čvorova u tijelu, od toga 160 samo u regiji vrata (Wittlinger i Wittlinger, 2004).

Također pomaže kako bi se uklonio višak tekućine iz tijela. Limfni sustav se sastoji od žila sličnih venama koje nose limfu kroz tijelo. U njegovu toku nalaze se skupine čvorova ili žlijezde. Nakon prolaska kroz različite čvorove, limfa konačno ulazi u krvni optok. Limfni čvorovi obično se nalaze u skupinama na vratu, pazusima i preponama. Nalaze se također i unutar prsnog koša i trbuha. Svaka skupina služi za primanje limfe iz određenog područja tijela. Limfni čvorovi u preponama dobivaju limfu iz donjeg dijela tijela. Ponekad stanice raka mogu se odvojiti od primarnog sijela raka i putem limfe mogu se smjestiti u limfnim čvorovima i izazivati oticanje limfnih čvorova.

Sposobnost organizma da prepozna i da se bori protiv stranih supstanci ovisna je o stanicama koje se nalaze u limfatičkom sustavu, limfocitima. Zato svaka bolest limfnog sustava uvijek rezultira oštećenjem obrane organizma. Limfociti početno nastaju u koštanoj srži, a proces sazrijevanja prolaze u perifernim organima. Postojanje ravnoteže između staničnog rasta i stanične smrti je neophodno jer je stvaranje krvnih stanica vrlo aktivan i stalni biološki proces od vitalne važnosti za imunološki sustav. Kada dođe do poremećaja ove ravnoteže i kada prevladaju procesi koji potiču rast i umnažanje limfocita nastaje maligna bolest. (Roosendaal, Mebius, and Kraal, 2008).

To je uobičajeni način širenja brojnih vrsta raka. Liječnik će pregledom procijeniti jesu li limfni čvorovi zahvaćeni. Dijagnoza se potvrđuje citološkom analizom, biopsijom, ultrazvukom ili CT-om. Ako su limfni čvorovi zahvaćeni preporučuje se operativni zahvat tijekom kojeg kirurg uklanja potrebne čvorove

ili sve čvorove određene regije. Limfni čvorovi se šalju na patohistološku analizu.

3.2. Identificiranje sentinel limfnog čvora (SLN) limfoscintigrafijom (LS)

Metastaze u regionalnim limfnim čvorovima su najvažniji prognostički čimbenik kod melanoma kože i sluznica. Sentinel limfni čvor (SLN) predstavlja prvi limfni čvor stražar na putu direktne limfne drenaže od mjesta malignog tumora. Pretpostavlja se da su upravo ti čvorovi prvi zahvaćeni malignim metastatskim procesom kod limfnog širenja malignog tumora. Obično je to jedan limfni čvor, mada mogu biti dva, pa i više.

Cilj pretrage je detektirati onaj limfni čvor u koji se drenira limfa iz područja tumora, jer se smatra da je on najbolji pokazatelj proširenosti bolesti u limfne čvorove. Ako je taj čvor patohistološki negativan, dakle bez metastaza, onda se smatra da su i drugi limfni čvorovi negativni, te da se bolest nije limfogeno proširila. Određivanje limfnog čvora stražara i biopsija istog daje kirurgu uvid u status regionalnoga limfnog drenažnog područja, tj. odgovor na pitanje da li su regionalni limfni čvorovi zahvaćeni metastatskim procesom ili ne. Na osnovu ove činjenice donosi se odluka o postupku regionalnih limfnih čvorova odnosno treba li raditi disekciju regionalnog limfnog drenažnog područja ili ne (Voinea, Sandru, Gherghe, Blidaru, 2014).

Ako je sentinel limfni čvor bez tumorskih stanica, pretpostavlja se kako nema ni udaljenih metastaza, odnosno bolest je u početnom stadiju. To nadalje znači da nije potrebno daljnje agresivno kirurško liječenje, brži je oporavak pacijenata, smanjen je postoperacijski morbiditet te bolja kvaliteta života nakon liječenja. U konačnici to znači i nižu cijenu liječenja onkoloških pacijenata (Ivančević, Dodig, Kusić, 1999).

Limfoscintigrafija je postala dio standardne skrbi za bolesnike s novom ili opetovanom dijagnozom melanoma, a pomaže odrediti status regionalnih limfnih čvorova. Točno označen sentinel limfni čvor omogućava kirurgu operirati odgovarajuću skupinu limfnih čvorova. Izvođenje limfoscintigrafije prije

planiranoga operativnog zahvata omogućuje operativni zahvat s manjim poslijeoperacijskim morbiditetom (Intenzo, Truluck, Kushen i sur., 2009).

Sama tehnika nalaženja sentinel limfnog čvora temelji se na predoperacijskom unosu bojila ili radioaktivnih čestica u limfni sustav, praćenja i bilježenja njihova rasapa i aktivnosti koje se detektiraju prijenosnom gama-kamerom. Prvi limfni čvor (ili više njih) koji nakupi radiofarmak naziva se sentinel limfni čvor. Nakon takve detekcije, odnosno potvrde mjesta najveće aktivnosti, to se područje obilježi na koži markerom i time je pretraga završena. Odgovarajuće se kirurški pristupi prema tako označenom limfnom čvoru (Povoski i sur., 2009).

4. SESTRINSKA PRIPREMA PACIJENATA PRIJE OPERATIVNOG ZAHVATA

Napredak na području kirurgije i operativnih tehnika doveo je do smanjenja broja bolničkih dana do te mjere da se vrlo često pacijent zaprima i otpušta iz bolničke ustanove isti dan, pa čak i nakon većih zahvata. To je svakako jedan od razloga zašto liječnik, medicinska sestra ili drugo medicinsko osoblje nema dovoljno vremena provesti s pacijentom zadovoljavajući potrebne preduvjete i uvjete za kvalitetnu komunikaciju, te čuti njegove strahove, ohrabriti ga, motivirati, stimulirati, odnosno pružiti mu vodstvo i podršku koja mu je potrebna. Tu se postavlja pitanje potrebe za psihološkom podrškom i inicijalnom pripremom za operativni zahvat već na razini primarne zdravstvene zaštite. Radovi koji se bave sestrinskom ulogom u predoperativnoj pripremi pacijenta preporučuju da sve informacije koje daje medicinska sestra budu upućene verbalno, razgovorom s pacijentom (najbolje individualno), ali uz pomoć pisanih materijala i pomagala (Walker, 2002).

Uloga medicinske sestre je da educira bolesnika o svim postupcima koji će se provoditi do samoga operativnog zahvata. Važno je da sestra kod uzimanja sestrinske anamneze provjeri da li bolesnik boluje od eventualnih infekcija gornjega respiratornog trakta, kroničnog kašlja zbog pušenja, kihanja zbog alergije i sl. Svi ti faktori mogu utjecati na postoperativni tijek, jer zbog kašlja ili kihanja može doći do popuštanja rane. Također je važno u sestrinskoj anamnezi navesti boluje li bolesnik od nekih drugih bolesti poput dijabetesa, hipertenzije. Zdravstvena njega odnosi se na sve intervencije u skladu sa sestrinskim dijagnozama, pripremu bolesnika za dijagnostičke pretrage, edukaciju i psihološku podršku.

Potrebno je dopustiti bolesniku da izrazi svoje osjećaje, ispraviti zablude i pogrešna tumačenja vezana za bolesti i liječenje, educirati ga te istovremeno mu pružiti emocionalnu i psihološku potporu. Zadaća sestre je stvaranje profesionalnog empatijskog odnosa - bolesniku pokazati razumijevanje njegovog straha, pružiti pomoć bolesniku da identificira izvor straha, stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost, stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz

bolesnika kada je to potrebno. Važno je opažati neverbalne izraze straha, izvijestiti o njima, primjereno reagirati na bolesnikove izjave, poučiti bolesnika postupcima/procedurama koje će se provoditi, a pri tom koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika, govoriti polako i umirujuće. Za psihu bolesnika je bitno održavanje reda i predvidljivosti u planiranim i svakodnevnim aktivnostima, osiguranje mirne i tihe okoline, smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe. Bolesniku se mora omogućiti sudjelovanje u donošenju odluka, biti strpljiv u razgovoru i osigurati dovoljno vremena, usmjeravati bolesnika od negativnih misli prema pozitivnim, poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva.

Pacijenti kojima je dijagnosticiran maligni melanom kože mogu prolaziti kroz čitav niz emocionalnih reakcija od nevjerice, tjeskobe pa do tuge i neizvjesnosti u budućnost. Svakako će brinuti o težini bolesti, predstojećem operativnom zahvatu te kakve će posljedice biti poslije operativnog zahvata uključujući prognozu bolesti, ali i vlastiti izgled. Svi ti strahovi i brige rezultirat će kod svakog čovjeka drugačije. Netko će reagirati anksioznošću, dok će netko razviti depresiju. Stoga je važno dobro procijeniti svakog pacijenta kako bi mu se na vrijeme pružila podrška psihologa ili po potrebi psihijatra. Pacijenti koji moraju proći više operativnih zahvata, uključujući i kožne transplantate zbog ispravljanja nedostataka uzrokovanih malignim melanomom, mogu razviti depresiju (Brown, Edwards, 2012).

U bolesnika su prisutni različiti osjećaji kao što su strah od neizvjesnosti ishoda liječenja, uspješnosti kirurškog zahvata, strah od anestezije do eventualnog buđenja tijekom operacije pod općom anestezijom te i intenziteta boli poslije operacije (Brown, Edwards, 2012).

Svrha predoperacijske pripreme je osigurati pacijentu najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za operativni zahvat prema individualnim potrebama bolesnika. U slučajevima pripreme bolesnika za zahvat izrazito je važno upoznati ga sa samim postupkom, što uključuje i informacije o uobičajenim stresnim reakcijama i načinima njihova ublažavanja te učenja kontroli vlastitih stresnih reakcija.

Većina pacijenata želi imati dobru komunikaciju sa svojim zdravstvenim timom te od njega dobiti relativno dobar uvid u vlastitu bolest, razumjeti o kakvoj bolesti se radi, kakve su mogućnosti liječenja i slično (Schlesinger-Raab, Schubert-Fritschle, Hein i sur., 2010). Na taj način pacijenti zadržavaju osjećaj kontrole, kako nad vlastitom bolešću tako i nad vlastitim životom. Problem im može predstavljati i slika o vlastitom tijelu. Naime, pacijenti se često teško nose s bilo kakvim promjenama u vlastitom izgledu, pa čak i kad se radi o relativno malom ožiljku nakon ekscizije melanoma (Kasparian, McLoone, Butow, 2009). Veliki problem za sve pacijente s melanomom jest i osjećaj neizvjesnosti što je zapravo najteže iskustvo prije postavljanja dijagnoze bolesti i obično dolazi s visokom anksioznošću. Stoga, pacijenti zahtijevaju odgovarajuće pružanje skrbi i psihosocijalnu potporu kao i osnovne informacije o bolesti i kako će ožiljak izgledati nakon zahvata (Al-Shakhli, Harcourt, Kenealy, 2006).

Slijedeći problem s kojim se pacijenti suočavaju jest osjećaj krivnje jer svoju bolest doživljavaju kao određenu vrstu kazne za nešto loše što su u životu napravili. Takvi su osjećaji često pojačani kod bolesti u vezi kojih postoje snažne javnozdravstvene kampanje. Tako npr. pacijenti s rakom pluća osjećaju krivnju ako su pušili, a pacijenti s melanomom ako su se sunčali bez zaštite. To naravno ovisi o vjerovanjima o uzroku bolesti (Vurnek Živković, 2011).

4.1. Svrha sestrinske pripreme prije operativnog zahvata

Predoperativna priprema, u pravilu, omogućuje bolje subjektivno podnošenje operacijskog postupka i postoperacijskog tijeka bolesti, smanjuje potrebu za intenzivnim angažmanom zdravstvenih djelatnika u postoperacijskom tretmanu. Time se, zapravo, smanjuje i broj dana koje pacijenti provedu u bolnici, što smanjuje troškove liječenja (Hajrović, Medurić-Jotov, Petrović, Bosić, Rugar, 2010).

U jutro na dan operacije potrebno je izmjeriti i kontrolirati vitalne znakove i u slučaju patoloških vrijednosti obavezno obavijestiti liječnika. Pripremiti operacijsko polje: brijanje, šišanje, po odredbi liječnika. Učiniti ili uputiti bolesnika u antiseptično kupanje sa propisanim sredstvom koje se koristi u zdravstvenoj ustanovi. Upozoriti bolesnika da skine nakit, sat, totalnu ili

djelomičnu zubnu protezu, umjetne udove (ako ih ima), naočale ili kontaktne leće, periku, umjetne trepavice. Također je važno upozoriti na skidanje kozmetičkih preparata, poput make up-a, ruža za usne, laka za nokte.

Liječnik može ordinirati primjenu elastičnih zavoja na ekstremitete u svrhu prevencije tromboze što je potrebno staviti prije ustajanja iz kreveta ujutro i odlaska pacijenta na limfoscintigrafsko obilježavanje limfnih čvorova. Potom pripremiti medicinsku i sestrinsku dokumentaciju te osigurati prijevoz bolesnika na limfoscintigrafiju, a potom u operacijsku dvoranu.

Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi predstavljaju važnu kariku bez koje je nezamislivo liječenje i oporavak svakog pacijenta. Bez obzira na napredak tehnologije u zdravstvu ni jedan aparat ne može zamijeniti brižnost i suosjećajnost koji su svojstveni medicinskoj sestri. Priprema pacijenta za operativni zahvat započinje već njegovim dolaskom u zdravstvenu ustanovu. Psihološkom pripremom možemo promijeniti pasivnu ulogu pacijenta i osnažiti pozitivan stav koji utiče na proces izlječenja i oporavka. Svrha ovakve pripreme pacijenta podizanje je kvalitete života i smanjivanje doživljavanja neugodnih emocija za vrijeme boravka u bolnici i nakon, odnosno za vrijeme oporavka. Pokazano je da u tom procesu nekoliko psiholoških čimbenika ima vrlo važno djelovanje na ishod kirurškog zahvata. Prvi od njih svakako su emocionalni čimbenici. Budući da operacije i razni medicinski pregledi kod većine ljudi izazivaju jake negativne emocije, uspješnost zahvata uvelike ovisi o izraženosti tih emocija koje pacijenti doživljavaju. Stoga treba stimulirati komunikaciju i pomoć psihosocijalnih stručnjaka u skladu s potrebama pacijenta (Loquai, Scheurich, Syring i sur., 2013).

Tjeskoba i strah kao dva osnovna emotivna stanja koja se javljaju prije operacije svojim psihofiziološkim djelovanjem pokreću čitav niz metaboličkih promjena. Jak predoperacijski strah i tjeskoba svojim popratnim metaboličkim promjenama djeluju na obrambene sposobnosti organizma, čime se smanjuju sposobnosti organizma da se odupre postoperativnim infekcijama. Time se organizam oboljelog još dodatno izlaže postoperacijskim komplikacijama (Havelka, Havelka-Meštrović, 2013).

Sve veći broj sestrinskih istraživanja usmjerena su na razvoju i testiranju sestrinskih intervencija, odnosno intervencije koje uzimaju u obzir potrebe i prioritet primatelja individualne skrbi (Lauver i sur., 2002). Intervencije mogu biti strpljivo usmjerene na različite načine, kao što su intervencije za osobe s posebnim karakteristikama, ili intervencije koje se temelje na pojedincu s posebnim potrebama ili interesima. Pristup pacijentu usmjeren je tako da omogućuje individualne razlike pacijentovih vrijednosti, vjerovanja, uočenih potreba, i prioritete liječenja. Takav pristup i intervencije mogu rezultirati postizanjem korisnih rezultata (Kristine i sur., 2010).

Medicinske sestre su navikle na fizičke aspekte zdravstvene skrbi. One često komuniciraju sa pacijentima i njihovim obiteljima educirajući ih i pružajući im potporu. Tradicionalno, zadaci medicinske sestre obuhvaćaju procjenu pacijenta, administriranje postupaka, te osiguravanje udobnosti pacijenata kao i njihovih obitelji, dok su u bolnici. Međutim, neadekvatne komunikacijske vještine mogu dovesti do negativnih posljedica uključujući izgaranje, nisko samopoštovanje, cinizam i emocionalnu iscrpljenost (Baer, Weinstein, 2013). Atkinson i sur. u svom istraživanju proveli su anketu u svrhu istraživanja iskustava žena liječenih od klinički lokaliziranog melanoma. Neke žene imale su visoku razinu tjeskobe povezanu s izmijenjenom slikom tijela i strahom od recidiva. Istraživanjem je dokazano da edukacijom pacijenta prije kirurške intervencije može se smanjiti uznemirenost povezana s dijagnostikom i liječenjem melanoma (Atkinson i sur., 2013).

Neki autori smatraju da je uz njegu važna i komunikacija za koju su potrebne i određene vještine. Za komunikacijske vještine potrebno je vrijeme, vježba, upornost i promišljanja svake medicinske sestre. Ako su komunikacijske vještine dobro savladane, interakcija će biti dobro zapamćena i kod pacijenta i kod njegove obitelji (Virani, Malloy, Ferrell, Kelly. 2008; Radziewicz i Baile, 2001). Medicinske sestre trebaju biti osposobljene kako bi znale adekvatno odgovoriti pacijentima na njihova pitanja npr. o bolesti, smrti, učinkovito komunicirati o liječenju te planirati ciljeve zdravstvene njege. Bolja komunikacija, upotpunjena znanjem, podrškom, iskustvom i uspjehom, može

povećati povjerenje i vlastitu učinkovitost, što u konačnici poboljšava njegu pacijenata (Baer, Weinstein, 2013).

5. POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA

U skladu sa sve većim brojem kirurških postupaka koji su u porastu diljem svijeta, proporcionalno se povećavaju i postoperativne komplikacije. Stoga je važno upravo njihovo sprječavanje. Mnoge studije govore o važnosti predoperativne edukacije pacijenata te, pružanju informacija o pravilnom ponašanju poslije operativnog zahvata kako bi se poboljšao postoperativni tijek i ishod (Fink i sur., 2013).

Kako bi bolje razumjeli psihološko stanje pacijenata s malignim melanomom mnogi znanstvenici su radili studije istraživanja različitih aspekata anksioznosti, posttraumatski stres te strah od progresije bolesti. Studije su pokazale da većini pacijenta je važna potpora obitelji i njihovo socijalno okruženje (Erim i sur., 2013).

SLNB, kao i svaki kirurški zahvat, može izazvati kratkotrajnu bol, oteklinu i modricu na mjestu kirurškog zahvata kao i povećati rizik od krvarenja i infekcije. Osim toga, neki pacijenti mogu imati kožne ili alergijske reakcije na plavu boju, koja se često koristi u SLNB (Rogan i sur., 2007).

Svrha postoperativne njege je što prije postići stanje u kojem će bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe. Zdravstvena njega kirurških bolesnika u ranom postoperativnom razdoblju usmjerena je na praćenje bolesnikova stanja, otklanjanje ili smanjenje tjelesnih simptoma i prepoznavanje komplikacija.

Medicinska sestra treba identificirati promjene koje mogu biti suptilne i brze. Trenutne rezultate procjene treba usporediti s početnim nalazima. Procjena uključuje:

- vanjski izgled (boja kože)
- razina svijesti
- vitalni znakovi

Učestalost procjene ovisi o stabilnosti bolesnika i vremenu proteklom od operacije. Procjena se radi svakih 15 od 30 minuta 8 do 12 sati nakon operacije. Kada se bolesnik stabilizira, procjena se radi svaka 4 sata. Elektrolite u krvi treba provjeravati redovito, po odredbi liječnika, kako bi se na vrijeme

ustanovio eventualni dizbalans. Smanjena razina natrija i klorida može uzrokovati slabost, pospanost i komu, a smanjena razina kalija rezultira konfuzijom. Treba kontrolirati drenažu i drenažni sadržaj, urinarni kateter, pratiti diurezu. Staviti bolesnika u odgovarajući položaj; na bok ako je moguće, ako mora ležati na leđima okrenuti mu glavu na stranu, povišeni položaj. Potrebno je bolesnika utopli ako mu je hladno. Primiti dokumentaciju o bolesniku te provjeriti odredbe za postoperativno praćenje; kontrolirati vitalne funkcije (vrijednost krvnog tlaka, pulsa, disanja), primjenu terapije, količinu i izgled drenažnog sadržaja. Kontrolirati vanjske zavoje na operativnoj rani, davati propisanu infuzionu terapiju u svrhu nadoknade cirkulirajućeg volumena. te provjeriti i ispod tijela pacijenta i o eventualnom krvarenju obavijestiti liječnika. Nekoliko sati nakon operativnog zahvata pacijentu se, ovisno o vitalnim funkcijama, dozvoljava ustajanje iz kreveta.

Potencijalne teškoće koje se mogu javiti poslije operacije uključuju:

- limfedem, ili oticanje tkiva. Tijekom SLNB ili opsežnije operacije limfnih čvorova, limfne žile koje vode do i od sentinel čvora ili skupine čvorova se smanjuju, a time se ometa normalan protok limfe kroz zahvaćena područja. Ovaj poremećaj može dovesti do abnormalnog nakupljanja limfne tekućine. Osim oticanja, pacijenti s limfedemom osjećaju bol ili neugodu u zahvaćenom području, a koža može postati nadražena i edematozna. U slučaju opsežnog uklanjanja limfnih čvorova u pazuhu ili preponama, oteklina može utjecati na cijelu ruku ili nogu. Osim toga, postoji povećan rizik od infekcije u zahvaćenom području. Vjerojatnost nastanka limfnog edema povećava se s brojem uklonjenih limfnih čvorova. Ako su u limfnom čvoru čuvaru prisutne tumorske stanice, kirurg će učiniti disekciju aksile ili u ingvinumu, disekciju ingvinuma.
- serom, odnosno nakupljanje limfne tekućine na mjestu operacije.
- utrnulost, peckanje, ili bol na mjestu operacije.
- teže pokretanje zahvaćenog dijela tijela.

Kod muških pacijenata kod disekcije ingvinuma, može doći do edema skrotuma, što uzrokuje intenzivnu bol i pacijent ne može ustati iz kreveta. Elevacija skrotuma i aplikacija male vrećice s ledom može biti olakšavajuća. Analgetici

mogu biti propisani za bol, a antibiotici se propisuju u cilju prevencije epididimitisa. Laksativi se ponekad propisuju za prevenciju naprezanja prilikom defekacije.

Operacijom se iz pazušnog područja uklanjaju limfni čvorovi prve dvije razine ako se u njima nalaze tumorske stanice. Odstranjuje se obično bar 10 limfnih čvorova. Odstranjivanjem limfnih čvorova mogu se ozlijediti obližnji živci, što dovodi do osjećaja boli i utrnulosti u ruci. Kod otpuštanja pacijenata iz bolnice savjetuje im se da ne nose ništa čvrsto na ruci gdje je bio operativni zahvat, ne nose teške pakete, torbice, putne torbe, vrećice s namirnicama i sl. Kako bi se spriječio limfedem uvelike može pomoći program fizikalne terapije.

U području glave i vrata defekti nastali ekscizijom malignih kožnih tumora najčešće se rekonstruiraju okolnim tkivom, tzv. lokalnim režnjevima. Jedan od najvažnijih razloga za njihovo korištenje iznimno je dobra vaskularizacija kože glave i vrata. Nadalje, defekti se rekonstruiraju najsličnijim tkivom (lokalno tkivo), njima se mogu pokrivati slabo prokrvljene podloge, zbog nedostatka tenzije pri zatvaranju defekta kontrakcija ožiljka je minimalna te posljedično bolji izgled ožiljka (Rogić, Juretić, Cerović i sur., 2012).

6. VAŽNOST PSIHOLOŠKOG STATUSA PACIJENTA

Prva reakcija bolesnika na sumnju i spoznaju da ima malignu bolest jest strah od smrti, odnosno strah od odvajanja od drugih i od samoga sebe, a koja može dovesti do razvoja napadaja panike ili drugih poremećaja. Osobe suočene sa smrću prolaze kroz različita duševna stanja i faze, kao što su faza nepriznavanja i osamljivanja, faza gnjeva, faza cjenjkanja, faza depresije i, na kraju, faza prihvatanja. Jedna od važnih posljedica raka je depresija koja može povećati morbiditet i mortalitet. Znanstvenici danas istražuju kako i vjersko suočavanje utječe na smanjenje tjeskobe i depresije u pacijenata oboljelih od raka (Haghighi, 2013).

Već prvi susret s dijagnozom maligne bolesti budi u ljudima intenzivnije emocionalne reakcije nego u susretu s bilo kojom drugom bolešću. U većine ljudi ona je vezana uz određenu predodžbu koja s jedne strane ima realnu, a s druge strane metaforičku podlogu te dovodi do stvaranja obrambenih mehanizama koje treba poznavati i uvažavati u terapijskom procesu. Pretpostavka da psihološki čimbenici mogu utjecati na proces razvoja malignog melanoma već dugo privlači pažnju stručnjaka, no tek su nedavno, napretkom područja psihoneuroimunologije, razvijene nove metode i nacrti istraživanja koji omogućuju ispitivanje procesa u pozadini tog utjecaja. Ti mehanizmi do danas još nisu u potpunosti objašnjeni, ali postoji nekoliko hipoteza koje se intenzivno istražuju: posredno preko imunološkog sustava, preko endokrinološkog sustava te direktno utjecajem na neke od procesa karcinogeneze. Istraživanja na području psihoneuroimunologije sugeriraju da je psihološki stres direktno povezan s imunološkim odgovorom. Kod razvoja nekih tumora među kojima je i maligni melanom, imunološki sustav ima značajnu ulogu (Vurnek Živković, 2011).

Anksioznost povezana s karcinomom pojačava osjećaj boli, interferira sa spavanjem, uzrokuje mučninu i povraćanje te negativno utječe na kvalitetu života bolesnika. Ako ostaje neliječena, ozbiljna anksioznost može utjecati i na duljinu života bolesnika. Simptomi anksioznosti uobičajeni su nakon inicijalne dijagnoze karcinoma, tijekom donošenja odluka o liječenju, kao i tijekom

zabrinutosti o povratku ili progresiji bolesti, ali stopa potpuno razvijenih anksioznih poremećaja nije značajno veća od one u općoj populaciji. Suprotno pretpostavkama, pacijenti s uznapredovalim karcinomom manje imaju strah od smrti, a puno je veći strah od nekontrolirane boli, stanja u kojima će ostati sami ili ovisni o drugima. Iskustvo životno ugrožavajuće bolesti, kao što je karcinom, također može dovesti do razvoja PTSP-a. Neki od rizičnih faktora za razvoj PTSP-a nakon karcinoma uključuju bivše iskustvo stresnih životnih događaja, povijest psiholoških teškoća, visoku razinu stresa prije postavljanja dijagnoze karcinoma, suočavanje putem izbjegavanja, lošu socijalnu podršku i lošije tjelesno funkcioniranje (Gregurek i sur., 2010).

7. ZAKLJUČAK

Psihološkom pripremom pacijenata prije operacije mogu se poboljšati iskustva, smanjiti pasivnost i osnažiti ih da pozitivno utječu na proces izlječenja i oporavka. Stres od bolesti koji prethodi operaciji i proces oporavka nakon operacije mogu imati snažan utjecaj na fizičko, psihološko i socijalno stanje pacijenata.

Tijelo i psiha su usko povezani pa nije čudno što emocionalni stres utječe na tok bilo koje bolesti, a posebno ako je bolest maligna. Pacijenti često imaju problema prihvatiti bolest jer ona predstavlja prijetnju kvaliteti njihova života, funkcioniranju u društvu i samopouzdanju. Osobama oboljelim od malignih bolesti potrebna je podrška obitelji i zdravstvenog osoblja. Iako formalna psihoterapija općenito nije potrebna, nekima značajno pomaže razgovor s psihoterapeutom. Pacijenti maligni melanom prihvaćaju s nizom različitih emocija. Emocionalna ili psihološka bol uočena u onkoloških pacijenata gotovo je uvijek rezultatom njihovih svjesnih ili podsvjesnih strahova ili njihovih osjećaja nemoći i beznađa. Simptomi mogu biti tjeskoba, bijes, nesanica, depresija, razdražljivost ili pritužbe na tjelesnu bol.

Slika o sebi ili pojam o sebi je osobna percepcija sebe, subjektivni doživljaj vlastitog ja. Razvojem svijesti o sebi čovjek stvara sliku o sebi i svome tijelu, kojom se on razlikuje od drugih ljudi. Na razvoj slike o sebi utječu brojne percepcije koje proizlaze iz nas kao ličnosti, odgoj, kulturna sredina i socijalne norme. U bolesti slika o vlastitom tijelu i slika o sebi doživljava velike promjene. Ulazak u operacijsku salu praćen je intenziviranjem osjećaja straha, a informiranjem pacijenata o predstojećem zahvatu taj se strah može smanjiti. Jedan od mogućih izvora straha je i anestezija, odnosno strah od uspavlivanja. Svaka bolest i operacija dovode do promjene u vrednovanju ovih slika.

Najveći ljudski strah je strah od same smrti ili makar strah od nepoznavanja kakva će ona biti, kako će nastupiti i što očekivati. Postoje i strahovi procesa bolesti, koliku će bol netko trpjeti, hoće li zadržati zdravi razum, pa čak i strahovi o prosudbi ili kazni u zagrobnom životu. Zasiurno da članovi zdravstvenog

tima, ili pak mi medicinske sestre, nećemo ukloniti te strahove, no mnogo se može učiniti pomaganjem u nošenju s tim strahovima.

8. LITERATURA

1. Al-Shakhli H, Harcourt D, Kenealy J. Psychological distress surrounding diagnosis of malignant and nonmalignant skin lesions at a pigmented skin lesion clinic. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(5):479-86
2. Atkinson TM, Noce NS, Hay J, Rafferty BT, Brady MS. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous melanoma. *Ann Surg Oncol.* 2013; 20(2):675-9. [PubMed - 22965568]
3. Baer L, Weinstein E. Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2013;17(3):45-51. [PubMed: 23715716]
4. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB i sur. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol.* 2009 Dec 20;27(36):6199-206.
5. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ i sur. Melanoma of the skin. U: Edge se, Byrd Dr, Carducci MA i sur., urednici. *AJCC Cancer Staging Manual, 7. Izdanje.* New York: Springer; 2009: 325-44
6. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE i sur. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol.* 2001;19(16):3622-34.
7. Crowson AN, Magro CM, Barnhill RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB, Sober AJ. Neoplasms: Cutaneous Melanoma. U: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, ur. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 6. Izdanje. New York: McGraw – Hill; 2003: 917-45.
8. De Vries E, Coebergh JW. Melanoma incidence has risen in Europe. *BMJ* 2005; 331:698.
9. Elwood M, Aitken JF, English DR. Prevention and screening. U: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ i ur. *Cutaneous melanoma.* 4. izdanje. St. Louis (MO): Quality Medical Publishing. 2003: 93-120.

10. Erim Y, Loquai C, Schultheis U, Lindner M, Beckmann M, Schadendorf C, Senf W. Anxiety, Posttraumatic Stress, and Fear of Cancer Progression in Patients with Melanoma in Cancer Aftercare. *Onkologie*. 2013;36(10):540–44. [PubMed: 24107906]
11. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *Globocan 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. IACR CancerBase No 5. version 2.0, IARC Press, Lyon. 2004.
12. Fink C, Diener MK, Bruckner T, Müller G, Paulsen L, Keller M, Büchler MW, Knebel P. Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial. 2013;26;14:271. [PubMed: 23978275]
13. Giblin AV, Thomas JM. Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*; 2007: 60(1):32-40.
14. Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Ratković AS, Brajković L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina* [Online]. 22(2):227-30. Available from: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=84634 [22.07.2014.]
15. Haghghi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2013;25(3):236-40. [PubMed - 24048390]
16. Hajrović O, Medurić-Jotov D, Petrović S, Bosić S, Rugar M. Preoperativna psihološka priprema pacijenta. *Medicinska istraživanja*. 2010;44(3):18-26.
17. Havelka M, Havelka-Meštrović A. *Zdravstvena psihologija – Biopsihosocijalne odrednice zdravlja*. Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2013.
18. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
19. Herschbach P, Keller M, Knight L i sur. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer*. 2004; 91(3):504-11.

20. Incidencija raka u Hrvatskoj 2008. Bilten br. 33. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2010.
21. Intenzo CM, Truluck CA, Kushen MC, Kim SM, Berger A, Kairys JC. Lymphoscintigraphy in cutaneous melanoma: an updated total body atlas of sentinel node mapping. *Radiographics*. 2009;29(4):1125-35.
22. Ivančević D, Dodig D, Kusić Z, ur. *Klinička nuklearna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
23. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *British Journal Cancer*. 2001; 84:48-51.
24. Kasparian NA, McLoone JK, Butow PN. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma. *Arch Dermatol*. 2009; 145(12):1415-427.
25. Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Wanta B. Feasibility of a Patient-Controlled Cognitive Behavioral Intervention for Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance in Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(3):151–59. [PubMed: 20439200]
26. Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM, Keller ML, Bowers BJ, Brennan PF, et al. Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*. 2002;25(4):246–55. [PubMed: 12124719]
27. Loquai C, Scheurich V, Syring N, Schmidtman I, Rietz S, Werner A, Grabbe S, Beutel ME. Screening for distress in routine oncological care-a survey in 520 melanoma patients. *PLoS One*. 2013;5;8(7):e66800. [PubMed: 23861748]
28. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Nieweg OE, Roses DF, Hoekstra HJ, Karakousis CP, Puleo CA, Coventry BJ, Kashani-Sabet M, Smithers BM, Paul E, Kraybill WG, McKinnon JG, Wang H-J, Elashoff R, Faries MB, for the MSLT Group. Final Trial Report of Sentinel-Node Biopsy versus Nodal Observation in Melanoma. *N Engl J Med* 2014;370:599-609.
29. Pašić A. Maligni Melanom. U: Lipozenčić J i sur. U: *Dermatovenerologija*. Zagreb: Naklada Zadro; 1999: 321-5

30. Povoski SP, Neff RL, Mojzisek CM, O'Malley DM, Hinkle GH, Hall NC, Murrey DA Jr, Knopp MV and Martin EW Jr. A comprehensive overview of radioguided surgery using gamma detection probe technology. *World Journal of Surgical Oncology*. 2009;7(11)
31. Prpić I, i sur. *Kirurgija za medicinare*. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
32. Radziewicz R, Baile WF. Communication skills: Breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28: 951–53.
33. Rašić I, Ivkić M. (2013). Spolna predodređenost primarnog sijela melanoma glave i vrata. *Plivamed.net*. [Online]. *Med Jad*;43:36. Available from: <http://www.plivamed.org/vijesti/clanak/8235/Spolna-predodredjenost-primarnog-sijela-melanoma-glave-i-vrata.html> [12.07.2014.]
34. Rogan SA, Kovačić K, Kusić Z. Koncept sentinel limfnog čvora i njegova uloga u liječenju pacijenata s melanomom. *Acta Clinica Croatica*. 2007: 46(2):175-85.
35. Rogić M, Juretić M, Cerović R, et al. (2012). Kirurško liječenje malignih tumora kože glave i vrata. *Medicina fluminensis* [Online]. 48(2):193-201. Available from: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=125321 [12.07.2014.]
36. Roozendaal R, Mebius RE and Kraal G. The conduit system of the lymph node. *International Immunology*. 2008; 20(12):1483–87.
37. Schlesinger-Raab A, Schubert-Fritschle G, Hein R i sur. Quality of life in localized malignant melanoma. *Ann Oncol*. 2010;21(12):2428-35
38. Scotto J, Fraumeni JF Jr, Lee JA. Melanomas of the eye and other noncutaneous sites: epidemiologic aspects. *J Natl Cancer Inst*. 1976;56(3):489-91.
39. Šitum M, Buljan M, Poduje S, Šebetić K. Prevencija i klinička obilježja malignog melanoma. U: Kusić Z. Urednik. *Melanom, zbornik radova sa znanstvenog simpozija*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Zagreb; 2008: 21-38.

40. Šitum M, Buljan M, Poduje S. Zloćudni pigmentni tumori kože. U: Šitum M. Smjernice u dijagnostici i liječenju najčešćih dermatoza i tumora kože. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2012: 239-52
41. Šitum M, Poje G. Malignant melanoma I. Epidemiology, ethiopathogenesis, clinical picture, staging and diagnosis. Acta Dermatovenerol Croat. 2000;8(1):1-9.
42. Šitum M. Zloćudni tumori kože i mekih tkiva. Medicus 2001; 10(2):237–45.
43. Šitum M. Madeži (Pigmentni nevusi). U: Lipozenčić J i sur. ur. Dermatovenerologija. Zagreb: Naklada Zadro; 1999: 293-7.
44. Trapp M, Trapp EM, Richtig E, Egger JW, Zampetti A, Sampogna F, Rohrer PM, Komericki P, Strimitzer T and Linder MD. Coping Strategies in Melanoma Patients. Acta Derm Venereol. 2012; 92: 598–602.
45. Voinea S, Sandru A, Gherghe M, Blidaru A. Peculiarities of lymphatic drainage in cutaneous malignant melanoma: clinical experience in 75 cases. Chirurgia (Bucur). 2014;109(1):26-33. [PubMed - 24524467]
46. Vurnek Živković M. Psihološki status i percepcija bolesti u pacijenta s melanomom [dissertation]. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.
47. Walker JA. Emotional and Psychological Preoperative Preparation in Adults 1: British Journal of Nursing. 2002; 8;11(8):567-75.
48. Wittlinger, G., Wittlinger H. Textbook of Dr.Vodder's Manual Lymph Drainage. Seventh edition. Thieme Stuttgart: New York; 2004.

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Željka Čubrilović, prvostupnica sestrinstva
E-mail adresa: zecubril@gmail.com
Adresa: Škrličeva 1, 10 000 Zagreb
Mobitel: 0989183601
Mobitel: 0955539960
Godina rođenja: 09.04.1961.

RADNO ISKUSTVO:

Početak: 01.08.1980. KBC "Sestre milosrdnice", Klinika za kožne i spolne bolesti, Zagreb, RH do danas – 33 godine staža

ŠKOLOVANJE:

1980. Srednja medicinska škola, Vinogradska 29, Zagreb
2006. ZVU, Mlinarska 33, Zagreb, RH – Studij sestrinstva
2014. Studentica 2. godine Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

POZNAVANJE STRANIH JEZIKA:

Njemački čitanje; pisanje; govor; osnovno
Engleski čitanje; pisanje; govor; osnovno

ZNANJA I VJEŠTINE:

Organizacijske sposobnosti Certifikat za kontrolu kvalitete
Interni auditor Klinike za kožne i spolne bolesti
Dobro se služim računalom. Certifikat ECDL specijalista
Posjedujem znanja iz područja MS Word, Excel, Powerpoint te Access.

ČLANSTVA:

- Početak: 03.2014. Udruga medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji hrvatske Član
- Početak: 03.2014. Udruga **Zdravi pod suncem** Član
- Početak: 11.2010. Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatovenerologiju- Član i Tajnica Udruge, uređujem web stranicu Udruge
- Početak: 12.1999. HUMS Član

DODATNO:

Trenutno radim kao voditelj u izradi Standardiziranih postupaka zdravstvene njege dermatoveneroloških pacijenta.

Mentor sam i sudjelujem u predavanjima trajnog usavršavanje medicinskih sestara pripravnica KBC-a "Sestre milosrdnice".

Suvoditeljica sam, član organizacijskog odbora i predavač Tečaja za kronične rane koji se organizira od 2012. godine u Klinici za kožne i spolne bolesti. Tečaj je organiziran u svrhu edukacije medicinskih sestara i tehničara, a organizira ga Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a "Sestre milosrdnice" i Referentnog centra za kronične rane MZ.

Tijekom 2014. g. sudjelovala sam kao predavač na tečajevima III. kategorije za kronične rane za medicinske sestre i tehničare primarne zdravstvene zaštite u organizaciji karlovačke podružnice HUMS-a u gradovima Republike Hrvatske.

2014. - sudjelovala sam kao predavač na tečaju II kategorije - trajno usavršavanje za medicinske sestre KBC-a "Sestre milosrdnice" na temu „Kvaliteta i sigurnost u zdravstvenoj njezi“.

DODATNE INFORMACIJE

Ukratko o meni: Srednju medicinsku školu završila sam u Školi za medicinske sestre, Vinogradska 29 1980. god. i od 01.08.1980. godine 34 godine staža stekla sam radom na Klinici za kožne i spolne bolesti radeći sa dermatovenerološkim pacijentima. Od toga sam 20 godina radila kao smjenska sestra, potom sam vodila Dnevnu bolnicu Klinike 2,5 godine. Poslije toga radila sam 9 godina u Ambulanti za opću dermatovenerologiju, STD ambulanti i dječjoj ambulanti, ali sam prošla edukaciju u flebološkoj ambulanti, dermatokirurškoj ambulanti, ambulanti za alergologiju i imunologiju te medicinsku kozmetologiju. Preddiplomski studij sestrinstva završila sam pri Zdravstvenom veleučilištu 2006. g. i od 2010. g. radim kao glavna sestra Zavoda za kožne i spolne bolesti. Trenutno sam studentica diplomskog studija sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu i stalno radim na stručnom usavršavanju svojeg znanja i stručnosti u radu sa dermatovenerološkim i onkološkim pacijentima.

Članci u časopisima:

2007. Sestrinski edukacijski magazin - Zdravstveni odgoj pacijenta s HPV infekcijom

2007. Sestrinski edukacijski magazin - Zdravstvena njega pacijenta oboljelog od psorijaze

2008. Sestrinski glasnik – HPV infekcija: važnost ranog otkrivanja, redovitih kontrola i preventivnih programa

2009. JEADV – Psychological burden of anogenital warts

2010. Sestrinski glasnik - Terapijska učinkovitost i prevencija nuspojava retinoida

2012. Acta Med Croatica – Pyoderma gangrenosum – prikaz pacijenta

2012. Acta Med Croatica – Planocelularni karcinom – prikaz pacijenta

Kongresi i simpoziji:

2006. – prisustvovala I. Kongresu medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem u Zagrebu;

2007. – sudjelovala na jednodnevnom seminaru u organizaciji UMSTHN „Sestrinstvo ususret Europskoj uniji“ u Zagrebu;

2009. – jednodnevni seminar u organizaciji UMSTHN „Unaprjeđenje kvalitete skrbi neuroloških pacijenta“ u Zagrebu;

2010. – prisustvovala 1. Međunarodnom kongresu "Moderna Europa: Izazovi za sestrinsku praksu", Hrvatskog nacionalnog saveza sestrinstva;

2011. – prisustvovala 11. Konferenciji medicinskih sestara i tehničara pod nazivom „Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji“, Zdravstvenog veleučilišta u Opatiji;

2011. – u organizaciji Udruge medicinskih sestara Hrvatske za dermatologiju 1. Stručni skup – predsjednica organizacijskog odbora i predavač.

2011. – prisustvovala 11. Konferenciji medicinskih sestara i tehničara Zdravstvenog veleučilišta pod nazivom „Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji“ u Opatiji.

2011. – prisustvovala IV. simpoziju HUR-a s međunarodnim sudjelovanjem “Kronične rane lokalno liječenje izazov za kliničare” u Primoštenu.

2012. – u organizaciji Udruge medicinskih sestara Hrvatske za dermatologiju organizirala 1. Kongres „Sestrinstvo dermatologije u suvremenoj medicini“ – predsjednica kongresa i predavač.

2012. – prisustvovala sam XII. konferenciji medicinskih sestara i tehničara Zdravstvenog veleučilišta na temu „Izazovi suvremenog sestrinstva“ u Opatiji

2012. – Hrvatska Udruga za rane (HUR) i Društvo za oskrbu ran Slovenije (DORS) u Primoštenu organizirali su V. Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom ATIPIČNE RANE – sudjelovala kao aktivni sudionik.

2013. – u organizaciji Poliklinike za dermatovenerologiju CUTIS, Dubrovnik, HLZ- podružnice Dubrovnik i Udruge medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatovenerologiju, a pod pokroviteljstvom Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a „Sestre milosrdnice“, Zagreb i HLK – u organizacijskom odboru 1. Simpozija "Škola atopije - Patogeneza, liječenje i njega djece s atopijskim dermatitisom".

2014. – 2. simpozij Udruge medicinskih sestara Hrvatske za dermatovenerologiju „Izazovi u suvremenom sestrinstvu dermatovenerologije“ – predavač i predsjednica stručnog odbora.

2014. – predavač na regionalnom tečaju III. Kategorije „Moderno zbrinjavanje rana“ u Slavonskom Brodu, Vukovaru, Metkoviću, Zagrebu i Medulinu u organizaciji podružnice HUMS-a karlovačke županije.