

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Nina Bokal

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PONOVI
VZPOSTAVITVI SAMOPODOBE ŽENSKE PO
REKONSTRUKCIJI DOJKE**

Ljubljana, 2017

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Nina Bokal

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PONOVI
VZPOSTAVITVI SAMOPODOBE ŽENSKE PO
REKONSTRUKCIJI DOJKE**

Pregled literature

**THE ROLE OF THE NURSE IN RE-ESTABLISHING
SELF-IMAGE OF WOMEN AFTER BREAST
RECONSTRUCTION**

Literature review

**Mentorica: pred. dr. Darja Thaler, viš. med. ses., univ. dipl. org.
spec. supervizor**

Recenzentka: viš. pred. dr. Suzana Mlinar, prof. zdr. vzg.

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Sprva bi se rada zahvalila svoji družini, predvsem mami in očiju, da sta mi omogočila študij, ter za vso podporo, potrpežljivost in razumevanje med študijem. Zahvalila bi se tudi vsem prijateljicam, ki so mi vsa ta leta študija stale ob strani in vedno verjele vame. Velika zahvala gre tudi najboljši prijateljici Ines, ki mi je vedno nudila psihično podporo, tako ob padcih in vzponih v času študija, ter za vso pomoč pri pisanju zaključnega dela. Posebno pa bi se zahvalila tudi moji mentorici pred. dr. Darji Thaler, viš. med. ses., univ. dipl. org. spec. supervizor za usmerjanje, svetovanje in spodbudo pri samem pisanju diplomskega dela.

IZVLEČEK

Uvod: V svetu je rak dojke najpogostejša oblika raka pri ženskah. Ženske z diagnozo rak dojke pogosto trpijo še za depresijo, anksioznostjo, pojavijo se težave s čustveno nestabilnostjo, občutek fizične neprivlačnosti, upad samozavesti, spremenjena seksualna samopodoba, težave na področju partnerstva, ipd. Poznamo več načinov zdravljenja raka dojk. Najpogostejše je kirurško zdravljenje, kjer se ekscidira del ali celotna dojka. Za žensko to predstavlja veliko estetsko motnjo in vpliva na psihološko stanje. Zato se danes med samo ekscidacijo dojke istočasno izvaja še rekonstrukcija dojke s ciljem izboljšanja videza operirane dojke, kar občutno zmanjša psihološke posledice ob ekscidirani dojki.

Namen: Želeli smo ugotoviti, kako rak dojke vpliva na samopodobo ženske, kako poteka ponovna vzpostavitev pozitivne samopodobe pri ženskah po rekonstrukciji dojke in kakšna je vloga medicinske sestre pri procesu zdravljenja in rehabilitacije žensk po rekonstrukciji dojke. **Metode dela:** Pri pisanju diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom literature. Literaturo smo iskali med januarjem in marcem 2017, z uporabo podatkovnih baz CINAHL with full text, Cochrane collaboration, MEDLINE, ter COBISS.SI. V analizo je bilo vključenih 20 člankov. **Razprava in sklep:** Samopodoba pri ženskah po operaciji raka na dojki je močno okrnjena zaradi izgube dojke. Ženske za vse življenje pusti telesne spremembe, to pa vpliva tudi na duševno in socialno zdravje. K hitrejši vzpostavitvi samopodobe močno pripomore rekonstrukcija dojke. Ženske se spoprijemajo z diagnozo in samo vzpostavitev samozavesti preko 5 faz žalovanja (model Kubler-Ross). V njih se vzbudi občutek tesnobe, negativne misli, žalost, jeza, strah in upad samozavesti. Negativna doživljanja vplivajo na zdravljenje, zato metoda s sočasno ekscidacijo in rekonstrukcijo dojke močno blaži psihološke posledice. Medicinska sestra je ključna oseba, na katero se ženska obrne, ji nudi čustveno oporo in prva opazi spremenjeno samopodobo pri ženskah. Medicinska sestra igra pomembno vlogo na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Na primarnem nivoju večinoma skrbi za preventivo. Na sekundarnem in terciarnem nivoju ima v večini podporno in edukativno vlogo. Za kakovostno opravljanje celostne zdravstvene nege potrebuje specializirana znanja. Ženskam je kakovostna zdravstvena nega na vseh področjih zdravljenja že omogočena, potrebna pa bi bila reorganizacija nadaljnjega spremljanja ženske po odpustu iz bolnišnice.

Ključne besede: rak dojke, zdravstvena nega, podpora, depresija, anksioznost, strah.

ABSTRACT

Introduction: The most common form of cancer in women is breast cancer. During treatment and rehabilitation women with breast cancer often suffer from depression and anxiety. They also suffer emotional instability and stop feeling physically attractive which reduces their self-confidence, changes in sexual self-esteem lead to problems in partnerships, etc. There are several options of breast cancer treatment. The most common is surgery where part of or the entire breast is removed. This represents a big aesthetic impairment and it impacts psychological well-being. That is why today during breast removal surgical reconstruction of the breast is also done. The goal is to improve the appearance of the breast and significantly reduce the psychological consequences.

Purpose: We wished to determine how breast cancer affects the self-image of women and what is necessary for re-establishing the self-image of women after breast reconstruction and the role of nurses during treatment and rehabilitation. **Methods:** A descriptive method was used with a review of literature. A literature search was performed between January and March 2017 in databases CINAHL with full text, Cochrane collaboration, MEDLINE and COBISS.YOU. 20 articles were included in the analysis. **Discussion and conclusion:** Self-image of women with breast cancer is significantly degraded due to the loss of the breast to surgery. It changes their bodies for a lifetime and negatively impacts mental and social health. Breast reconstruction significantly accelerates re-establishment of self-image. Women build their self-confidence through the 5 stages of grief. Feelings of anxiety, stress, negative thoughts, sadness, anger, fear, depression and decrease of self-confidence are common. Negative experiences affect treatment so simultaneous removal and breast reconstruction can prevent psychological consequences. The nurse is the key person for women. She offers emotional support and is the first to notice the change in self-image. The nurse plays an important role at all levels of the health system. At the primary level she mostly works in prevention. On the secondary and tertiary level she mostly has a supportive and educational role. Specialized nursing knowledge is needed for high-quality holistic nursing. Women receive quality nursing throughout the health care system, but a reorganization in the follow-up process after release from the hospital is required.

Keywords: breast cancer, health care, support, depression, anxiety, fear.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN	2
3	METODE DELA.....	3
4	SAMOPODOBA	5
4.1	Sprejemanje sprememb na področju samopodobe pri ženskah z rakom dojke	5
4.2	Ponovna vzpostavitev samopodobe pri ženskah.....	7
4.3	Vloga medicinske sestre pri celostni vzpostavitvi samopodobe pri ženskah	8
5	RAZPRAVA.....	12
6	ZAKLJUČEK.....	16
7	LITERATURA.....	17

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

MS Medicinska sestra

ZN Zdravstvena nega

OI Onkološki inštitut

1 UVOD

Rak dojke je najpogosteje diagnosticiran rak pri ženskah po vsem svetu (Gomez-Campelo et al., 2014). V Sloveniji letno zbolijo okoli 1200 žensk in incidenca narašča. Pri nas se je način zdravljenja raka dojke z leti zelo spremenil. Opušča se radikalna mastektomija z ekscidacijo aksilarnih bezgavk, če le-te niso prizadete. V Sloveniji je 40-45 % žensk z rakom dojke, pri katerih so aksilarne bezgavke prizadete, razlog za to pa je pozno odkritje bolezni. Kirurško zdravljenje v večini primerov spremlja kemoterapija, hormonska terapija ali tarčna zdravila. Nekatere ženske so obsevane na mamarnem področju in še dodatno na predelu supraklavikularne lože. Posledica prebolelega raka dojke niso samo psihosocialne težave, temveč tudi sopojavi, kot so limfedem, nevropatska bolečina, kardiomiopatija, osteoporoza in zgodnja menopavza. Bistveno je, da so rehabilitacijski programi individualizirani glede na težave, saj so s tem učinkovitejši (Zakotnik, 2008).

V Sloveniji se poslužujemo metode mastektomije z rekonstrukcijo dojke, če tumorektomija in kvadrantektomija nista mogoči. Cilj rekonstrukcije je višja kakovost življenja. Telesna, estetska motnja, ki je posledica mastektomije se lahko kaže preko tesnobnih, depresivnih in drugih razpoloženskih epizod. Ženske dobijo občutek negativne samopodobe in težave na področju spolnosti (Zorman, 2013). Na splošno so ženske z metodo takojšnje rekonstrukcije dojke zelo zadovoljne in imajo boljšo samopodobo ter nižjo stopnjo nezadovoljnosti s fizično podobo (Rincon et al., 2012). Lahko pride do težav, kot je na primer čustvena nestabilnost, ženske izgubijo občutek fizične privlačnosti, zmanjšana je samozavest. Pojavijo se težave na področju partnerstva, saj je spremenjena tudi njihova seksualna samopodoba (Andrzejczak et al., 2013).

V procesu prebolevanja raka dojke je medicinska sestra (MS) ključna oseba, na katero se ženska lahko zanese v vseh fazah bolezni. Delo MS se začne s pomirjanjem ženske, še preden sploh ugotovijo, kaj ženske skrbi (Salter, 1992).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je preko domače in tuje strokovne literature prikazati pomen vloge MS pri ponovni vzpostavitvi samopodobe po rekonstrukciji dojke, glede na posamezno fazo zdravljenja.

Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti, kako postavitve diagnoze rak dojke vpliva na samopodobo ženske;
- predstaviti korake ponovne vzpostavitve samopodobe pri ženskah po rekonstrukciji dojke;
- opisati vlogo MS v procesu zdravljenja in rehabilitacije.

3 METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje strokovne ter znanstvene literature na področju zdravstvene nege, rehabilitacije, psihologije, onkologije in plastične kirurgije. Analizirali smo izvirne in pregledne znanstvene ter strokovne članke, ki obravnavajo vzpostavitev samopodobe in vlogo MS po rekonstrukciji dojke.

Iskanje literature je potekalo od začetka januarja 2017 do konca marca 2017 s pomočjo kooperativnega bibliografskega sistema COBISS.SI in spletnega brskalnika DiKul. Pri iskanju literature smo uporabili podatkovne baze: CINAHL with full text, Cochrane collaboration in MEDLINE (PubMed) preko oddaljenega dostopa Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Iskanje relevantne literature je potekalo tudi preko svetovnega spleta, kjer je bil uporabljen iskalnik Google Učenjak.

Uporabljene so bile naslednje ključne besedne zveze, pri čemer smo navedene besede med seboj tudi povezovali s pomočjo Boolovih operatorjev AND in OR: rak dojke/breast cancer, rekonstrukcija dojke/breast reconstruction, samopodoba po rekonstrukciji dojke/self-esteem after breast reconstruction, zdravstvena nega pri raku dojke/breast cancer nursing, podpora medicinske sestre po rekonstrukciji dojke/nurse support after breast reconstruction, rak dojke in psihološke intervencije/breast cancer AND psychological interventions, rekonstrukcija dojke in psihologija/breast reconstruction AND psychology, rak dojke in anksiozne motnje ali strah/breast cancer AND anxiety OR fear..

Eden od vključitvenih kriterijev je bila starost literature in sicer smo vključili objave od leta 1992 do 2017. Zaradi nespremenjenih podatkov in dejstev na področju zdravstvene nege je bila uporabljena tudi starejša strokovna literatura. Iskanje je bilo omejeno na članke v slovenskem ali angleškem jeziku, ki so prosto dostopni v celotnem obsegu besedila. Izključili smo vse študije na moški populaciji, objave v drugih jezikih, podvojene članke, nestrokovno literaturo, anatomijo dojk, terapije z obsevanjem, farmakološko zdravljenje.

Na podatkovni bazi Cochrane collaboration smo dobili 286 zadetkov s ključnimi besedami: breast cancer, breast cancer health care, breast cancer AND psychological interventions, breast reconstruction AND psychology in breast cancer AND anxiety OR fear. Na podatkovni bazi MEDLINE (PubMed) smo skupno dobili 407 zadetkov s ključnimi besedami breast reconstruction, breast cancer health care, breast cancer AND psychological interventions, breast reconstruction AND psychology in breast cancer AND

anxiety OR fear. Končno število pregledanih in uporabljenih člankov v diplomskem delu je bilo 20.

4 SAMOPODOBA

Samopodoba je definirana kot posameznikova predstava o samem sebi. Je skupek predstav o tem, kdo je posameznik, katera so njegova znanja, česa je zmožen, ob čem se razburi ali pomiri. Identifikacija samega sebe je združena v objektu in subjektu, ki določata samopodobo. Samoidentifikacija sovпада s subjektovo samopodobo. S pojavom kronične bolezni, kot je rak dojke, je pri ženski prizadeta samopodoba, zlasti njena telesna samopodoba. Telesna samopodoba je del generalne samopodobe in jo predstavljajo tri komponente (Rakovec-Felser, 2009; Kovačev, 1997):

- predstava o lastnostih, stvarnih lastnostih (telesna višina, teža, moč, barva kože, las, oči, ipd.),
- predstava, kako se izražamo navzven (glas, mimika obraza, telesne kretnje, drža, ipd.),
- ideali, ki jih vsebujejo mediji in družbeno okolje (Rakovec-Felser, 2009).

4.1 Sprejemanje sprememb na področju samopodobe pri ženskah z rakom dojke

Prevladujoče čustveno stanje v obdobju iskanja diagnoze je prestrašenost, ki se stopnjuje od zatipanja zatrdline naprej. Zaradi prevelike količine informacij ob postavitvi diagnoze se ženske počutijo zbegano in negotovo. Pojavi se obdobje brezizhodnosti, saj ne vedo, kako se bo vse skupaj končalo. Ženske niso sposobne normalno komunicirati zaradi prizadetosti in otopelosti. Sprašujejo se, zakaj se je to zgodilo njim (Šmit, 2004b). Rak dojke ima na vsako žensko drugačen psihosocialni vpliv. Po postavitvi diagnoze rak dojke, se ženske počutijo, kot da je njihova samopodoba porušena, saj je dojka simbol telesne lepote, plodnosti, ženstvenosti in zdravja v vseh fazah življenja (Gomes et al., 2013).

Esencialno je, da se ženska že pred operacijo zaveda posledic, ki bodo vplivale na njeno samopodobo. Imeti mora možnost pogovora z zdravniki in MS, vključenimi v zdravljenje. Po njeni želji se v proces zdravljenja vključi družinske člane in prijatelje, da so tudi oni deležni čim več informacij. Naloga vseh zdravstvenih delavcev, vključenih v proces

zdravljenja je, da bo po podanih informacijah ženska seznanjena in pripravljena na poseg. S tem zmanjšamo negativne vplive v pooperativnem obdobju (Salter, 1992).

Ženske v obdobju soočanja najpogosteje reagirajo s kontrafobično obrambo. Na čustveno prizadetost odreagirajo tako, da se bolj intenzivno ukvarjajo s svojim telesnim dogajanjem ter se na vsako stvar tudi naglo odzovejo. Take ženske se pogosto obračajo na zdravnika in MS. Preverjajo ustreznost zdravstvenih intervencij ter so pripravljene na vse vrste zdravljenja. Kljub vsej pripravljenosti pa se soočanju z resnico izogibajo. Svoja občutja strahu in negotovosti pretežno prenašajo na svoje bližnje, saj jih bolj skrbi za družino in partnerja kot zase. Predvsem pa se opirajo le na lastne sile in zavračajo tujo pomoč (Rakovec-Felser, 2002). Poslužujejo se določenih strategij spoprijemanja. Prisotnih je več miselnih in vedenjskih vzorcev, kot je na primer pasivna odvisnost in prepuščanje zdravstvenega stanja strokovnemu timu. Vdanost v usodo se kaže s stoičnostjo (mišljenje, da se mora potrpeti in stisniti zobe) in relativiziranjem (primerjava z usodami drugih oseb, ki imajo še hujše zdravstvene težave) (Rakovec-Felser, 2002).

Ženske imajo občutek, da so izgubile del sebe. Zaradi spremenjene telesne podobe, kot ene izmed posledic bolezni, se pokaže nizka samopodoba (Šmit, 2004a). Dokončno zdravljenje povzroči še večjo čustveno zmedo in s tem zaskrbljenost. Velika težava je tudi tesnoba. Strah jih je pred ponovitvijo bolezni in kaj bo v prihodnosti (Ličen et al., 2008). Zaradi naštetih sprememb se pojavijo tudi težave na področju partnerstva. Ženske se počutijo neprivlačne, spremeni se njihova seksualna samopodoba, kar najbolj občuti partner (Andrzejczak et al., 2013). Po rekonstrukciji dojke so močno izražene psihoseksualne spremembe, ki vključujejo strah pred izgubo plodnosti, negativna fizična podoba, pomanjkanje ženskosti in privlačnosti. Ženske se lahko pritožujejo nad bolečimi spolnimi odnosi, suhostjo nožnice ob vzbujenju, zmanjšanjem seksualnega poželenja ali užitka in zmanjšano občutljivostjo dojk. Vse našteje znake naštevajo kot posledice zdravljenja raka dojke (Gopie et al., 2013).

Kitajska raziskava je pokazala, da terapija z glasbo pozitivno deluje pri znižanju depresije in jo uporabljajo že med hospitalizacijo. V raziskavi je sodelovalo 170 žensk. Razdeljene so bile na interventno skupino, v kateri so ženske poleg osnovne zdravstvene nege (ZN) bile deležne terapije z glasbo, in kontrolno skupino pri kateri je bila uporabljena le osnovna ZN. Pri intervencijski skupini so se pokazali učinki zmanjšanja depresije in anksioznosti.

Prav tako je bila pri interventni skupini doba hospitalizacije krajša kot pri kontrolni skupini (Zhou et al., 2015).

Po teoriji Kubler-Ross obstaja 5 faz izgube. Prva faza poteka preko privajanja na ekscidirano ali rekonstruirano dojko. Ženska zanika resnost svoje trenutne situacije. V drugi fazi prevladuje jeza, ki se največkrat izraža v odnosu do MS in ostalega zdravstvenega tima, prav tako pa tudi v odnosih znotraj družine in prijateljev. Tretja faza je faza barantanja z usodo in življenjem, da bi se izognila trenutnim okoliščinam. Sledi četrta faza depresije. Ženske napredujejo skozi posamezne faze žalosti, preko različnih časovnih okvirjev. V tem obdobju lahko napredujejo ali nazadujejo skozi različne faze, dokler se z dano situacijo ne sprijaznijo. V zadnji fazi, ko ženska sprejme svojo spremenjeno telesno podobo, je spet sposobna razsodno in realno reagirati na nadaljnje odločitve (Salter, 1992; Rakovec-Felser, 2009).

4.2 Ponovna vzpostavitev samopodobe pri ženskah

Na začetku procesa ponovne vzpostavitve samopodobe je potrebno upoštevati naslednje dejavnike:

- življenjska situacija ženske pred boleznijo,
- osebne značilnosti ženske (morebitna dominantnost, narcizem, pasivnost ipd.),
- biopsihosocialna obremenjenost z boleznijo (spremenjena telesna shema, bojzani, spremenjeni medsebojni odnosi),
- psihosocialna podpora (zakonski, partnerski odnosi, starševstvo, ženska komunikativnost ipd.) (Rakovec-Felser, 2002).

Skrb za videz je najizrazitejša v dobi rehabilitacije (Shoshana et al., 2012). Takojšnja rekonstrukcija po mastektomiji pomeni, da se ženski ni potrebno soočati z ekscidacijo dojke. Čeprav je razlika še vedno prisotna, se ženske z opravljeno rekonstrukcijo dojke lažje sprijaznijo z novo telesno podobo (McKean et al., 2013). Ženske prav tako opazijo minimalno razliko v simetriji dojk (Waljee et al., 2008). Zaradi uspešne rekonstrukcije ne potrebujejo proteze, kar jim olajša sprejemanje lastnega telesa. Novo oblikovano dojko sprejmejo kot del sebe. Ključni člen pri ponovni vzpostavitvi samopodobe pri ženskah po

rekonstrukciji dojke je podpora svojcev in bližnjih, ki ženskam dajejo največ moči, upanja in volje do nadaljnega življenja. To tezo so Forsythe in sodelavci (2014) podprli v raziskavi socialne opore pri nadaljnjem spremljanju ZN po odpustu iz bolnišnice (Forsythe et al., 2014).

Ženske po prebolelem raku dojke imajo lahko slabšo kakovost življenja. Mishra in sodelavci (2012) so v raziskavi predstavili telesno vadbo kot najbolj učinkovit način za zmanjšanje delovanja dejavnikov, ki negativno vplivajo na kakovost življenja. Udeleženci v raziskavi so imeli različne oblike karcinoma, med njimi so bile tudi ženske z rakom dojke. Intervencijska vadba je vključevala vaje za moč, kardio trening, hojo, kolesarjenje, jogo, qigong vadbo in tai chi. Rezultati po 12 tednih trajanja intervencije so pri intervencijski skupini pokazali izboljšanje kakovosti življenja. Zmanjšanje negativnih vplivov se je pri ženskah z rakom dojke pojavilo v 12 tednih do 6 mesecih spremljanja. Težave na seksualnem področju so se zmanjšale po 6 mesecih spremljanja. Težave s spanjem so se zmanjšale po 12 tednih spremljanja. Udeleženci so po 12 tednih izboljšali socialne stike (Mishra et al., 2012).

4.3 Vloga medicinske sestre pri celostni vzpostavitvi samopodobe pri ženskah

MS mora najprej sprejeti samo sebe, preden lahko postane del procesa, v katerem pomaga ženski, ki ima težave s sprejemanjem lastne telesne podobe. Svetovanje je proces, ki poteka preko vodenega razgovora v razumevajočem vzdušju. Namen svetovanja je razumevanje ter delitev misli in občutkov, sporazumevanje z besedami in brez njih. Prepoznavanje nebesednega sporazumevanja, ki vključuje kretnje, očesni kontakt, izraz na obrazu, dotik in ton glasu, lahko MS pomaga bolje razumeti počutje ženske (Salter, 1992).

Da bi bilo svetovanje učinkovito, moramo izbrati sobo, ki je prijetna in lahko ženski nudimo nemoteno zasebnost. Če takšne sobe nimamo na razpolago, izberemo mirno in sproščeno okolje. Ženske na močno obremenjenem kliničnem oddelku MS pogosto postavljajo vprašanja, ko so le-te zasedene z izvajanjem drugih aktivnosti. Pomembno je, da MS ženske ne zavrne, temveč ji razloži, da se ji bo posvetila takoj, ko bo utegnila. Če MS presodi, da je čustveno preutrujena, naj ženski zagotovi pogovor z drugim zdravstvenim delavcem (Salter, 1992). Za MS, ki dela z ženskami z rakom dojke, je pogosto težko

prepoznati, kdaj stres in žalovanje, ki sta sicer normalna odziva, postaneta bolezensko stanje. Bistveno je razlikovati trajanje simptomov in čas pojava. Če so simptomi stiske zelo izraziti, nespremenjeni, trajni in ovirajo spoprijemanje posameznice z boleznijo, je potrebna ocena strokovnjaka, da izključi prisotnost depresivne, anksiozne ali katere druge motnje (Kozel, Gorenc, 2009). Ker se ženske bojijo neznanega, jim lahko pomagamo, če o tem govorimo. Pogovor o določeni temi ustvarja razumevanje, razumevanje pa vodi v sprejemanje. Ženska mora pridobiti zaupanje v MS, ki želi zanjo narediti vse najboljše ter ji nudi podporo na telesnem, čustvenem in psihosocialnem področju (Salter, 1992).

Razvoj interneta omogoča ženskam dobro informiranost glede svoje diagnoze (Hawkins et al., 2010). Zdravstveno osebje ženskam priskrbi tudi različen bralni material z vsebinami, ki se povezujejo z rakom dojke. V Sloveniji je na voljo zelo veliko kakovostnih brošur, ki jih je izdalo Društvo onkoloških bolnikov Slovenije. Na onkološkem inštitutu (OI) v Ljubljani je organizirana posvetovalnica za onkološko ZN. V njen program se lahko vključijo hospitalizirani in ambulantni pacienti ter njihovi svojci. Zaradi na pacienta osrediščene ZN narašča potreba žensk po ozaveščanju. Z raziskavo so Rajer in sodelavci (2015) ugotovili, da se ženske z rakom dojke največkrat poslužujejo informacij preko televizije, specialnih brošur in spleta.

Podporna vloga MS je neločljivo povezana s celostno individualno obravnavo pacienta. Individualno usmerjena ZN in oskrba podpira filozofijo, da je pacient enakovreden partner v procesu ZN in ne pasivni prejemnik oskrbe. Funkcionalna ZN je organizirana glede na pacientove potrebe. MS mora biti pozorna na spoštovanje zasebnosti, vrednot, prepričanj in individualnosti. Razumevanje vključuje empatično poslušanje. Kompetence MS, ki ji pomagajo pri izvajanju ZN so: ocenjevanje, izvajanje, načrtovanje in vrednotenje ZN. Celosten pristop omogoči ženski, da se počuti cenjeno, slišano in varno, ob spoznanju, da sistem zdravstvenega varstva omogoča rešitve, ki so zanjo sprejemljive in prilagojene uresničevanju njenih potreb. Celostna oskrba povezuje biofizične, psihološke in duhovne dimenzije človeškega zdravja. Rak dojke pogosto poruši enega ali več omenjenih področij. Posameznikovo doživljanje simptomov je subjektivno, ZN pa mora biti individualizirana in z zadovoljivimi izidi. Spekter in doživljanje simptomov pri ženskah sta različna, saj niti dva človeka ne čutita in interpretirata določenega simptoma enako, zato pogosto pride do nejasnosti. Kompleksna in kontradiktorna simptomatska slika MS in ženski dodatno otežuje razumevanje in interpretacijo simptomov (Lokar, 2009). Diagnoza povzroči

čustveno napetost pri ženskah, kar negativno vpliva na njihove reakcije ob podanih informacijah (Sep et al., 2014). Pomembna blažilca stresa sta socialna in psihološka podpora, ki spodbujata pozitivno prilagajanje na bolezen. Pozorni pa moramo biti, da svojci ob svojem lastnem doživljanju ne predstavljajo dodatne obremenitve ženskam po rekonstrukciji dojke, zato mora MS tudi njim biti na voljo za pomoč (Kozel et al., 2009). Verres je leta 1986 (citirano po Rakovec-Felser, 2002) objavil podatke, da 42 % vseh v njegovo raziskavo zajetih oseb doživlja telesno bližino z onkološkim bolnikom kot skrajno neprijetno. Ljudje se bojijo stika z obolelim, kot bi šlo za okuženo osebo, obolelo za tuberkulozo ali spolno boleznijo. Vsak tretji posameznik bi se razgovoru z obolelim raje izognil (Rakovec-Felser, 2002).

MS ima veliko vlogo pri celostni vzpostavitvi samopodobe. Pomoč se začne že v zgodnji fazi, saj ženske potrebujejo že pred začetkom zdravljenja informacije o svoji bolezni, zdravljenju in rehabilitaciji. Seveda je zelo pomembno interdisciplinarno timsko delo, pomembna je pomoč in vzpodbuda zdravstvenega tima. Ženske najpogosteje pri zdravniku dobijo le osnovne informacije o poteku zdravljenja in operaciji. Z MS pa se ženske lahko odkrito pogovarjajo o vprašanjih, ki se jim porajajo pred, med in po končanem zdravljenju (Šmit, 2004b). MS ob skrbi za vitalne funkcije in fizično zdravje ženske posveti veliko časa tudi njenemu psihičnemu stanju. Informacije glede bolezni naj bi bile podane z občutkom in potrpežljivostjo. Izobraževalna, podporna in zagovorniška funkcija spadajo pod kompetence MS. Ženskam pomagajo oblikovati vprašanja in nudijo konkretne intervencije in ohrabritev. Ženske želijo strokovno pomoč v zvezi s telesno težo, stranskimi učinki zdravljenja, bolečino, telesno podobo, spolnostjo in socialno izolacijo. Vse to je podlaga za načrtovanje ZN (Šmit, 2004b).

S sprejemom ženske na klinični oddelek se preko osebne anamneze začne poostreno spremljanje s strani MS. To je prva vez med MS in žensko po rekonstrukciji dojke. Vse ženske ne doživljajo težav in se zelo hitro prilagodijo pozitivnim spremembam. Po sami operaciji MS ravna z žensko nežno in čuteče. Pri prvi prevezi operiranega dela se ženska prvič sooči z rekonstruirano dojko. Pred prevezo je zelo pomembna psihična priprava, ko pa MS rano oskrbi, spodbudi žensko, da pogleda, kakšno je njeno telo po operaciji. Pozorna je na reakcijo ženske, jo spodbuja in povpraša po občutkih. Zelo pomemben je terapevtski pogovor. MS na kliničnem oddelku naj bi imele potrebna znanja, da prepoznajo potrebe žensk po informacijah in svetovanju. MS s specialnimi znanji o raku dojke se

mednarodno uveljavljajo v dobro zastavljenih zdravstvenih sistemih po svetu. Glavna naloga MS s temi znanji je podpora in pomoč ženskam, na katere je vplivala diagnoza rak dojke (Cruickshank et al., 2008). Zelo pomembna je dokumentacija vseh sprememb na tem področju. Na intenzivnost pozitivnih čustev pri obolelih ženskah vplivajo podpora spremljanje, aktivno načrtovanje, predvsem pa ustrezna komunikacija zdravstvenih strokovnjakov in kakovostna ZN (Šmit, 2004b). Terapevtska komunikacija je ključni pojem načina pogovora. Ženska se mora počutiti varno in imeti občutek dostopnosti do MS. Pomemben je pristen in zaupljiv odnos med njima (Mustafa et al., 2013).

5 RAZPRAVA

Bolezen, kot je rak dojke, zaznamuje žensko za vse življenje, saj nedvomno ne povzroči ne-le telesne spremembe, temveč pusti velike posledice tudi na duševnem in socialnem področju. Sodobna medicina je osredotočena ne-le na preživetje teh žensk, ampak stremi k hitri povrnitvi v prvotno stanje ali celo k izboljšanju stanja.

Sama obravnava ženske se začne na primarni ravni pri osebnem zdravniku in/ali ginekologu, do katerega ženska pristopi, če zatipa bulico ali opazi kakršno koli spremembo na dojkah. V Sloveniji je izvajanje samopregledovanja dojk še vedno slabo prakticirano med žensko populacijo. Tovrstne težave pa se lahko odkrijejo preko presejalnega programa DORA z mamografijo. Program DORA je začel delovati konec marca 2008, ko so povabili prve ženske iz mestne občine Ljubljana na presejalno mamografijo. V programu DORA se je presejalnega slikanja udeležilo več kot 70 % vabljenih žensk. Med slikami pa so do konca maja 2013 odkrili že več kot 500 primerov raka dojk (Kadivec et al., 2013). Pet odstotkov žensk z rakom dojke je mlajših od 40 let. Ker se rodno obdobje pomika v višjo starost, narašča število žensk, ki zbolijo, preden prvič rodijo. Rak dojke se razvije pri 1/3000 nosečnic in je najpogostejši rak v nosečnosti. Pri mladih ženskah se rak dojke pojavlja v agresivnejši obliki (Borštnar, 2009). Ključnega pomena bi bilo, da bi se na podlagi teh podatkov starostna meja pošiljanja vabil na preventivno mamografijo znižala vsaj za 10 let. Poudarek bi morali imeti na družinski anamnezi. Če je ženska prebolela raka dojke, bi morali posvetiti več pozornosti ženskim potomkam. V Sloveniji bi morali bolj poudariti individualno edukacijo žensk. Pri prvem ginekološkem pregledu bi žensko ali dekle lahko MS poučila in demonstrirala samopregledovanje dojk. Prav tako ima MS pri osebnem zdravniku veliko vlogo pri ozaveščanju in spodbujanju žensk k vključevanju v preventivne programe, saj jim ženske zaupajo in upoštevajo njihove nasvete bolj kot nasvete medijev.

Ko se zdravljenje preseli na sekundarno raven zdravstvenega sistema, kjer se preko diagnostičnih pregledov rak dojke potrdi, bi bilo ključno, da bi eden izmed pregledov vključeval pogovor s psihologom ali specializirano MS na tem področju, saj bi s tem lahko omilili težave na psihičnem in telesnem področju (Sep et al., 2013). Pogovor bi pomagal tudi pri tem, da se težave ne bi razvile do resnejših stopenj depresije, saj ima močan negativen vpliv na rezultate zdravljenja (Mustafa et al., 2013). Tak pogovor v zgodnjem

stadiju bolezni, še pred začetkom zdravljenja, bi pomagal ženskam pri lažji prebroditvi posledic bolezni.

Po Matičevi (2009) so dejavniki, ki omejujejo celostno oskrbo pacientov, naslednji: nezadostno izobraževanje kadrov, pomanjkanje časa, pomanjkanje koncepta duhovnosti, medicinska naravnost zdravstva, institucionalne omejitve, pomanjkanje smernic in literature za izvajanje duhovne oskrbe, pomanjkanje raziskav in teorij iz tega področja, ipd. Avtorica želi prikazati, da ti dejavniki niso glavni vzroki za omejeno celostno ZN.

MS, ki sodeluje z ženskami po rekonstrukciji dojke, potrebuje specifično znanje s področja onkologije in plastične kirurgije, ki ga v Sloveniji formalno ne more pridobiti. Z delovnimi izkušnjami na kliničnem oddelku postane večča v prepoznavanju psiholoških obremenitev ob soočanju z diagnozo raka dojke. Med njenimi prioritetskimi lastnostmi morajo biti empatija, potrpežljivost in sočutje. Svoja znanja, izkušnje in nasvete deli z ženskami in jim s tem pomaga povrniti samopodobo. Morda bi uvedba supervizije lahko pripomogla MS k lažjemu delu in soočanju s tovrstnimi problemi (Ličen in et al., 2008).

Danes je v sistemu zdravstvenega varstva oskrba pacientov postala razdrobljena in neosebna, kljub temu, da stremimo k pacientu usmerjeni ZN in oskrbi. Pri tem sta ključni dve oviri: osredotočenost na pacienta in organizacijska kultura. Vedno večji so pritiski k povečanju učinkovitosti, namesto k človekovi interakciji, saj se slednja smatra za ekonomsko neproduktivno in neučinkovito. Posledica tega je, da pacient ni več osrednja oseba, na katero bi moral biti ves proces dela naravnani (Lokar, 2009).

V procesu rehabilitacije je ključno interdisciplinarno sodelovanje MS z ostalimi člani zdravstvenega tima. Kljub temu, da so ženski s strani drugih strokovnjakov prikazane različne oblike pomoči, vaj in navodil, pa je MS tista, ki kontinuirano pomaga ženski pri izvajanju naučenega. Naučeni pravilni gibi so MS in ženski v veliko pomoč pri izvajanju ZN.

Zelo pomembno je tudi spremljanje žensk po odpustu iz bolnišnice, saj to močno pripomore k zmanjšanju smrtnosti pri ženskah (Forsythe et al., 2014). V Sloveniji ženske po odpustu iz bolnišnice nimajo kontinuiranega spremljanja v domačem okolju, saj so patronažne MS zelo obremenjene in imajo omejeno število obiskov na domu. Osebni zdravnik ima možnost vzpostaviti sledenje preko patronažne MS, ki bi opravljala kontinuirane preventivne preglede po določenem času od odpusta iz bolnišnice. Preko

kontinuiranih obiskov v nekem daljšem obdobju bi patronažna MS pridobivala bistvene informacije o okrevanju in psihičnem stanju ženske. Spremljanje bolezni s strani osebnega zdravnika in MS postane oteženo, ko ženska preide na sekundarni ali terciarni nivo zdravljenja. To lahko povzroči nekoordinirano ZN, kar pa vpliva tudi na samo kakovost oskrbe po odpustu iz bolnišnice. Kontinuirana ZN tudi po odpustu iz bolnišnice vključuje zmanjševanje tveganja za remisijo, primarno preventivo, presejalne teste, diagnozo, zdravljenje, preživetje in paliativno ZN, če je to potrebno. Kontinuirana ZN omogoči dober in tekoč tok informacij, ženska pridobi dobre osebne veščine in dobro koordinacijo ZN. V nadaljnjem spremljanju žensk z rakom dojke je bilo v intervencijski raziskavi predstavljeno, kako izboljšati kontinuirano ZN. Uporabljene intervencije so bile: dokumentiranje, telefonsko spremljanje, pogovor o individualnem primeru na daljavo, sprememba v zdravstvenem sistemu. Ženskam so bili podani tudi protokoli in priročniki glede ZN in koordinacije nadaljnjega zdravljenja. Glede na analizo podatkov ni bilo možno dokazati, da bi intervencije vplivale ali na izboljšanje ali na poslabšanje njenega zdravljenja, zato analiza ni podala nobenih trdnih zaključkov (Aubin et al., 2012). Ker se kljub ozdravljeni bolezni veliko žensk sooča z depresijo, jim je na OI omogočeno svetovanje po telefonu, ki ga opravljajo prostovoljke – ženske po preboleli bolezni. Bistveno bi bilo, da bi na tem delovnem mestu delovala poleg prostovoljk tudi specializirana MS, ki bi bila na voljo za vsa vprašanja s strokovne plati (Aubin et al., 2012).

Pri delu z ženskami po rehabilitaciji dojke je prav tako kot na drugih področjih ZN velik problem izgorevanje MS. Zaradi ekonomskih stisk prihaja do pomanjkanja osebja. Mlade MS se ukvarjajo z urgentnimi situacijami ob majhni podpori. To vodi v stres z boleznimi in število dni bolniškega staleža zelo narašča. Pomembno je, da v Sloveniji zgradimo sistem podpore, ki bo pomagal MS pri izgorevanju (Salter, 1992). Po teoriji Maslachove in Jacksonove (Rakovec-Felser, 2009) razlogi za izgorevanje niso v osebnosti prizadetega, temveč v slabih pogojih njegovega dela. MS so ujete med pričakovanji in zahtevami zdravnika na eni strani, ter pritiski in zahtevami pacientov in njihovih svojcev na drugi strani. Zaradi tega pride do konfliktne razpetosti med izpostavljenostjo pritiskom in vprašanju, komu dati prednost. Poleg izpostavljenosti je pomemben dejavnik izgorevanja tudi izolacija. Zdravstveno osebje svoje delo najpogosteje opravlja med štirimi stenami, ne da bi kdo to opazil, ne da bi bili zato deležni priznanja in zahvale. MS so pogosteje od

drugih zdravstvenih profilov izpostavljene tudi nasilju pri delu. Izgorevanju na delovnem mestu so najbolj izpostavljene mlade, neizkušene MS (Rakovec-Felser, 2009).

6 ZAKLJUČEK

Pri pregledu strokovne literature smo ugotovili, da je v Sloveniji ZN žensk z rakom dojke dobro organizirana, a še vedno so možnosti za izboljšave. Ugotovili smo, da dajemo velik pomen preventivi. Imamo odlično osnovan presejalni program DORA, kateremu pa bi lahko starostno mejo znižali zaradi vse pogostejše obolevnosti mlajših žensk.

Način kirurškega zdravljenja hkratne ekscidacije in rekonstrukcije dojke, kot ga uporabljamo v Sloveniji, se je izkazal kot zelo učinkovit tudi na področju samopodobe žensk po končanem zdravljenju. K boljši rehabilitaciji žensk po rekonstrukciji dojke bi pripomoglo, če bi bile osebu omogočene dodatne specializacije na tem področju.

Ugotovili smo, da je ena izmed pomanjkljivosti slabo organizirano nadaljnje spremljanje žensk po odpustu iz bolnišnice. Patronažnim MS bi morali omogočiti več preventivnih obiskov, saj se težave pri vseh ženskah ne pojavijo takoj po odpustu, temveč tudi po daljšem časovnem obdobju. Žal pa se zdravstveni sistem premika v nasprotno smer. Pravico ljudi do preventivnih pregledov občutno zmanjšuje in patronažnim MS omejuje preventivne obiske.

MS ima bistveno vlogo pri prebolevanju vseh petih faz soočanja z boleznijo. Je ključni člen pri sodelovanju v zdravljenju na vseh nivojih zdravstvenega sistema. Ker je njeno delo tako pomembno, bi se morali problemu izgorevanja, ki postaja vedno bolj razširjeno, podrobneje posvetiti in uvesti pozitivne spremembe, kot je nudenje klinične supervizije.

7 LITERATURA

Andrzejczak E, Markocka-Maczka K, Lewandowski A (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology* 22(7): 1653–7.

Aubin M, Giguere A, Martin M et al. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2012(7): CD007672.

Borštnar S (2009). Posebnosti zdravljenja raka dojke pri mladih ženskah. In: Lokar K, Jelen Jurič J, eds. Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. 36. Strokovni seminar, Rogla, Slovenija, 2. in 3.4.2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 47–51.

Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1): CD005634.

Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE et al. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* 23(7): 788–96.

Gomez-Campelo P, Bragado-Alvarez C, Hernandez-Lloreda MJ (2014). Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psycho-Oncology* 23(4): 459–66.

Gomes NS, Silva SR (2013). Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. *Text Context Nursing, Florianopolis* 22(2): 509–16.

Gopie JP, Kuile MM, Timman R, Mureau MAM, Tibben A (2013). Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: a prospective follow-up study. *Psycho-Oncology* 23(1): 100–7.

Hawkins RP, Pingree S, Shaw B et al. (2010). Mediating processes of two communication interventions for breast cancer patients. *Patient Educ Couns* 81(suppl): 48–53.

Kadivec M, Krajc M (2013). Presejalni program DORA za zdravje žensk. In: Primc Žakelj M, Vrečar A, eds. Pacientke z rakom dojk – trendi in novosti. Zbornik 40. Strokovni seminar, Ljubljana, Slovenija, 7. Junij 2013. Ljubljana: Sekcija medicinskih sestre in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 14–22.

Kovačev AN (1997). Individualna in kolektivna identiteta. Ljubljani: Visoka šola za zdravstvo, 16–7.

Kozel D, Gorenc M (2009). Kako pomagati osebi z rakom, ki občuti stres, depresijo in tesnobo. In: Lokar K, Jelen Jurič J, eds. Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. 36. Strokovni seminar, Rogla, Slovenija, 2. in 3.4.2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 111–20.

Ličen S, Čemažar M, Bernot M (2008). Strah in tesnoba pri pacientih z rakom dojke. Obzor Zdr N 42(4): 273–80.

Lokar K (2009). Podporna zdravstvena nega pri pacientu z rakom. In: Jelen Jurič J, Jankovič R, eds. Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. 36. Strokovni seminar, Rogla, Slovenija, 2. in 3.4.2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 5–9.

Matič L (2009). Celostna zdravstvena nega – Ali imamo pogoje za celostno obravnavo bolnikov?. In: Lokar K, Jelen Jurič J, eds. Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. 36. Strokovni seminar, Rogla, Slovenija, 2. in 3.4.2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 136–40.

McKean LN, Newman EF, Adair P (2013). Feeling like me again: a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image. *Eur J Cancer Care* 22(4): 493–502.

Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM et al. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2012(8): CD007566.

Mustafa M, Carson-Stevens A, Gillespie D, Edwards AGK (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(6): CD004253.

Rajer M, Čavka L, Duratović (2015). Vloga medijev pri ozaveščanju bolnikov z rakom. *Zdrav Vestn* 84: 373–82.

Rakovec-Fesler Z (2002). *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 98–110.

Rakovec-Fesler Z (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. 1. Natis. Maribor: Založba Pivec, 134–416.

Rincon ME, Perez MA, Borda M, Rodriguez AM (2012). The impact of breast reconstruction on self-esteem and body image in patients with breast cancer. *Univ Psychol* 11(1): 25–41.

Salter M (1992). *Spremenjena telesna podoba: vloga medicinske sestre*. 1. Izdaja. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 11–172.

Shoshana M, Rosenberg, Rulla M et al. (2012). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology* 22(8): 1849–55.

Sep MSC, van Osch M, van Vliet LM, Smets EMA, Bensing JM (2014). The power of clinicians affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Educ Couns* 95(1): 45–52.

Šmit M (2004a). Čustveno doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke in doživljanje vloge medicinske sestre pri psihični podpori (II. del). *Obzor Zdr N* 38(3): 219–27.

Šmit M (2004b). Doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke, in načini pomoči medicinskih sester (I. del). *Obzor Zdr N* 38(2): 159–65.

Zakotnik B (2008). Rak v Sloveniji – incidenca, ozdravljivost, posledice. In: Marinček Č, Delbruck H, eds. *Rehabilitacija bolnikov z rakom – suplement 2 2008: Zbornik 19. dnevi rehabilitacijske medicine, Slovenija 28. in 29. marec 2008*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 16–8.

Zhou K, Li X, Li J et al. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *Eur J Oncol Nurs* 19(1): 54–9.

Zorman P (2013). Rekonstrukcija dojk po mastektomiji. In: Primc Žakelj M, Vrečar A, eds. *Pacientke z rakom dojk – trendi in novosti. Zbornik 40. Strokovni seminar, Ljubljana, Slovenija, 7. Junij 2013*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sestre in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 52–60.

Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, Smith DM, Newman LA, Alderman AK (2008). Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. *J Clin Oncol* 26(20): 3331–7.