

Psihološki aspekti kod onkoloških bolesnika - sestrinska skrb

Miljanović, Ivan

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:266882>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PSIHOLOŠKI ASPEKTI KOD ONKOLOŠKIH
BOLESNIKA- SESTRINSKA SKRB**

Završni rad br. 32/SES/2021

Ivan Miljanović

Bjelovar, svibanj 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Miljanović Ivan** Datum: 29.03.2021. Matični broj: 001633
JMBAG: 0314016018

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Psihološki aspekti kod onkoloških bolesnika - sestrinska skrb**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 32/SES/2021

Suočavanje s dijagnozom karcinoma i samim liječenjem te neizvjesnošću ishoda liječenja predstavlja veliki stres za svaku osobu. Psihološka i psihosocijalna podrška onkološkim bolesnicima olakšava suočavanje i prilagodbu na bolest, blagotvorno djeluje na učinak terapija te poboljšava kvalitetu života i rehabilitaciju. U radu će student opisati sestrinsku skrb za oboljele od karcinoma s posebnim osvrtom na psihološke aspekte zdravstvene njege.

Zadatak uručen: 29.03.2021.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se mentorici Tamari Salaj dipl. med. techn. na stručnoj pomoći i strpljenju tijekom pisanja završnog rada, te na podršci tijekom mog studiranja na Veleučilištu u Bjelovaru.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, supruzi i prijateljima na neizmornoj podršci i pomoći tijekom mog studiranja.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA	2
3. METODE.....	3
4. RASPRAVA	4
4.1. Psihički aspekti	7
4.1.1. Depresija	10
4.1.2. Anksioznost	13
4.1.3. Strah.....	15
4.1.4. Seksualna disfunkcija.....	16
4.2. Sestrinska skrb	19
4.3. Sestrinske dijagnoze i intervencije.....	25
4.3.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti.....	26
4.3.2. Nisko samopoštovanje	28
4.3.3. Visok rizik za infekciju	30
5. ZAKLJUČAK	34
6. LITERATURA	35
7. OZNAKE I KRATICE	38
8. SAŽETAK	39
9. SUMMARY	40

1. UVOD

Psihijatrija je posljednjih godina jedna od najdinamičnijih grana medicine. Puno je kontroverzi u vezi s konceptima, definicijama i tretmanima u psihijatriji koji su trenutno pod strogim nadzorom. Etika u psihijatriji sastavni je dio njenog osnovnog koncepta i značenja, a treba održavati čvrstu ravnotežu između profesionalnog napretka i koristi za pacijenta. Posljednjih godina opseg psihijatrije znatno se povećao. Definirati značenje psihijatrije složen je zadatak. Svaki pojedinačni psihijatar ima svoju percepciju psihijatrije. Izraz „psihijatrija“ prvi je upotrijebio njemački anatom Johann Christian Reil. Prema definiciji, psihijatrija je medicinska specijalnost koja se bavi proučavanjem, dijagnozom, liječenjem i prevencijom poremećaja u ponašanju. Ova definicija uzima u obzir samo bihevioralne aspekte psihijatrije. Svi psihijatrijski problemi ne mogu se stvarno proširiti i primijeniti na ljudsko ponašanje u cjelini, ali nakon trenutnog razumijevanja psihijatrije poremećaji u ponašanju trebali bi biti uključeni u definiciju. Psihijatrijski tretmani znatno su se poboljšali tijekom posljednjih nekoliko desetljeća, počevši s pojavom modernih psihijatrijskih lijekova. U prošlosti su psihijatrijski bolesnici često bili hospitalizirani šest mjeseci ili više, a značajan broj slučajeva uključivao je hospitalizaciju dugi niz godina. Danas se većina psihijatrijskih pacijenata liječi ambulantno. Ako je potrebna hospitalizacija prosječni boravak u bolnici je oko dva do tri tjedna, a samo mali broj slučajeva uključuje dugotrajnu stacionarnu njegu (1). Kako se učestalost karcinoma povećava s vremenom, pažnja na teret psihijatrijskih i psihosocijalnih posljedica bolesti sada je obavezna kako za karcinome tako i za stručnjake za mentalno zdravlje (2). Tijekom posljednjih 70 godina opsežna istraživanja u onkologiji pokazala su da rak ima značajne psihosocijalne posljedice i na pacijente i na obitelj u smislu psihijatrijskog i psihosocijalnog morbiditeta koji utječu na ukupni teret bolesti. Kada se istražuju karakteristične psihijatrijske dijagnoze među pacijentima s karcinomom neki su poremećaji češći od drugih, poput depresije, poremećaja povezanih s traumom /stresom i anksioznim poremećajima (2).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je pregledom kroz stručnu literaturu prikazati psihičke aspekte kod onkoloških bolesnika, sestrinsku skrb, te ulogu medicinske sestre u psihijatrijskoj zdravstvenoj njezi onkoloških bolesnika. Također, prikazuju se najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije u skrbi za onkološke bolesnike.

3. METODE

Metode rada uključivale su pregled stručnih knjiga, članaka i časopisa na engleskom jeziku na službenim stranicama Nacionalnog centra za biotehnoške informacije, tj. na službenim stranicama Nacionalne medicinske knjižnice u SAD-u koja je ogranak na Nacionalnom institutu zdravstva. Također, korištene su knjige Hrvatske komore medicinskih sestara.

4. RASPRAVA

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) “mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje vlastite sposobnosti, može se nositi sa uobičajenim životnim problemima, može raditi produktivno i sposobno, te daje svoj doprinos zajednici” (3). Ova definicija predstavlja značajan napredak u pogledu konceptualizacije mentalnog zdravlja kao stanja odsutnosti mentalnih bolesti, podvrgava se potencijalnim nesporazumima oko osjećaja kod pacijenta, te prepoznaje ključne čimbenike mentalnog zdravlja. Ljudi inače dobrog mentalnog zdravlja često su tužni, nezadovoljni, bijesni ili nesretni kada obole. Unatoč tome, mentalno zdravlje često je shvaćeno kao isključivo pozitivan afekt obilježen osjećajima sreće. Emocionalna dobrobit uključuje sreću, zanimanje za vlastiti život i zadovoljstvo. Psihološka dobrobit uključuje zadovoljstvo samim sobom, kako stvoriti što bolji svakodnevni život, te kako imati dobre odnose s drugim ljudima u svojoj okolini. Socijalna dobrobit odnosi se na pozitivno funkcioniranje pacijenta i uključuje sve čime pacijent može pridonijeti društvu (socijalni doprinos), osjećati se dijelom zajednice (socijalna integracija), kako vjerovati da društvo postaje bolje mjesto za sve ljude (društvena aktualizacija) i da način na koji društvo funkcionira za njih ima smisla (socijalna koherentnost) (3). Poremećaji mentalnog zdravlja važan su javnozdravstveni problem u zemljama s niskim ili srednjim prihodima. Osim tereta koji nameću na zdravstveni sustav poremećaji mentalnog zdravlja doprinose gubitku produktivnosti radnika, lošem funkcioniranju, osobnoj stigmi, te obiteljskom i socijalnom stresu. Psihijatrijski poremećaji pogađaju najmanje 30- 35% pacijenata s rakom tijekom svih faza bolesti, a razlikuju se ovisno o stadiju i vrsti karcinoma (4).

Psihosocijalna onkologija se bavi brojnim psihijatrijskim, psihološkim i socijalnim aspektima malignih bolesti. Psihijatrijska onkologija odnosi se na neke od čestih psiholoških i emocionalnih problema s kojima se susreću osobe s malignom bolešću, te njihove obitelji, liječnici i ostali članovi zdravstvenog tima. Njegovatelji osoba oboljelih od raka jednako su važni kao i pacijent, ali se obično zanemaruju. Stres, napor, opterećenje, pozitivne emocije i suočavanje u kontekstu pružanja skrbi osobama s rakom sve se više shvaćaju. Medicinske sestre trebale bi biti svjesne poteškoća svog posla u ovom području onkologije i podržavati pacijente kroz njihove probleme i suočavanja sa stresom (5).

Psihijatrijska onkologija proučava psihijatrijske i psihosocijalne aspekte raka koji mogu biti povezani s razvojem raka ili tijekom i nakon raka. Psihijatrijska onkologija kao podspecijalnost usredotočena je na niz pitanja koja uključuju ulogu životnih događaja, stresa i drugih psiholoških čimbenika koji su uzrok raka, prognozi raka, psihološke i emocionalne reakcije na dijagnozu raka, njegovo ponavljanje, metastaze, psihijatrijske poremećaje u vezi s rakom i njegovim liječenjem, psihološke metode liječenja i savjetovanje, komunikacija s oboljelima od raka i njihovom rodbinom, terminalna skrb i palijativna skrb, suočavanje s tugom povezanom s rakom, te stres osoblja koji liječe pacijente s karcinomom. Uobičajeni psihološki i emocionalni odgovori na rak proizlaze iz znanja o dijagnozi koja ugrožava život, njegovoj prognostičkoj nesigurnosti i strahu od smrti i umiranja. Emocionalni odgovori su također posljedica fizičkih simptoma- boli, mučnine i drugih uznemirujućih simptoma bolesti i neželjenih učinaka. Stigmatizacija zbog raka i njegovih posljedica povećava negativne reakcije na bolest (5). Najčešći psihijatrijski poremećaj uočen u bolesnika s karcinomom je poremećaj prilagodbe s depresijom, anksioznošću ili oboje. Pacijenti s karcinomom češće imaju veću razinu psihološkog stresa te se to smatra prirodnom reakcijom na suočavanje s dijagnozom.

Rak je razarajuća bolest koja uzrokuje značajne psihološke probleme među pacijentima i njihovim obiteljima. U posljednjih nekoliko desetljeća sve je veća primjena i širenje metoda probira za psihološke posljedice raka, uključujući depresiju, anksioznost, post-traumatični stres i demoralizaciju (6). Također, rak je kronična i po život opasna bolest koja ima psihološke i fizičke učinke na pacijente, te može uvelike oštetiti brojne dimenzije života pacijenta, poput obiteljskih odnosa, seksualnosti, posla i brige o sebi (7). Jednostavno rečeno, rak je skupina od više od 100 bolesti koje se razvijaju tijekom vremena i uključuju nekontroliranu podjelu tjelesnih stanica. Iako se rak može razviti u gotovo bilo kojem tjelesnom tkivu i svaka vrsta raka ima svoje jedinstvene značajke, osnovni procesi koji proizvode rak prilično su slični u svim oblicima bolesti. Rak započinje kad se stanica oslobodi uobičajenih ograničenja diobe stanice. Sve stanice proizvedene diobom ove prve, pradjedovske stanice i njenog potomstva također pokazuju neprimjerenu proliferaciju. Tumor ili masa stanica načinjen od tih nenormalnih stanica može ostati unutar tkiva u kojoj je nastao (stanje koje se naziva kod raka *in situ*) ili se može početi širiti u blizini tkiva (stanje koje se naziva invazivni karcinom).

Kaže se da je invazivni tumor zloćudan, a stanice u krvi ili limfi kod malignog tumora vjerojatno će uspostaviti nove tumore (metastaze) u cijelom tijelu. Tumori prijete životu pojedinca kada njihov rast poremeti tkiva i organe potrebne za preživljavanje. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da će se incidencija raka eksponencijalno povećati do 2030. godine, pri čemu će se godišnji broj novih slučajeva povećati s 14,1 milijuna u 2012. na 21,6 milijuna u 2030., a broj smrtnih slučajeva zbog raka porastao je sa 8,8 milijuna u svijetu u 2015. na više od 12 milijuna u 2030. godini. Istodobno, ranije dijagnoze i terapija karcinoma također su doveli do povećanja preživljavanja koje uključuje više od 300 milijuna preživjelih od raka širom svijeta. Široke implikacije ovih brojki uključuju psihosocijalni utjecaj bolesti, uključujući emocionalne posljedice, potrebe za potpornom skrbi i kvalitetu života oboljelih od raka i njihovih obitelji. Činjenica je da rak nije samo niz vrlo različitih bolesti kojima je potrebno složeno i multidisciplinarno liječenje, već i vrlo stresan događaj sa značajnim psihosocijalnim implikacijama povezanim s fizičkim, emocionalnim, duhovnim i međuljudskim dimenzijama. Svi aspekti života, uključujući parametre vremena (npr. prošlost, sadašnjost i budućnost) i prostora (npr. vlastiti individualni prostor, vlastiti dom) mijenjaju se dijagnozom i liječenjem, oporavkom i dugotrajnim preživljavanjem, recidivom ili prijelazom na palijativnu skrb i skrb o kraju života (6).

4.1. Psihički aspekti

Pad učinka i funkcionalne aktivnosti, problemi u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, loša koncentracija, oštećenje pamćenja ili promijenjena seksualnosti važni su za utjecaj na psihološki odgovor pacijenata s karcinomom. Gubitak sigurnosti, nestabilnost vlastitog emocionalnog statusa (npr. strahovi, tjeskoba, briga i tuga), potreba za ovisnošću o drugima, smanjeno samopoštovanje, promjena perspektive o budućnosti i razmišljanje o smrti su neki od primjera emocionalnih učinaka s kojima se pacijenti s rakom moraju suočiti tijekom bolesti. Socijalno i međuljudsko ponašanje također ovisi o karcinomu i njegovom liječenju. Osjećaj pripadnosti („biti s“) i komuniciranja („imati nešto zajedničko s nekim“) u obitelji također je ugroženo ili oslabljeno rakom. Osjećaj usamljenosti i napuštenosti, problemi s povratkom na posao ili čak stigmatizacija česti su problemi s kojima se onkološki pacijenti susreću (6). Svi ovi aspekti mogu biti vidljivi u različitim fazama tijekom bolesti, od dijagnoze do liječenja, izlječenja ili smrti (npr. remisija, recidiv, napredovanje i kraj života). Pacijenti s rakom mogu usvojiti nekoliko stilova emocionalnog, kognitivnog i bihevioralnog odgovora na bolest. Pokazalo se da neki stilovi, poput borbenog duha (tj. sklonosti suočavanju i aktivnom suočavanju s bolešću) čine dobru prilagodbu, dok drugi, poput beznađa (tj. sklonosti zauzimanju pesimističnog stava prema bolesti) i poricanje imaju tendenciju da budu povezani s lošijom prilagodbom na bolesti i veći rizik od psihičkih poteškoća. Psihički problemi kod onkoloških bolesnika su vrlo česti i posebno se proučavaju tijekom posljednjih 20 godina. Vrlo je široko definirano kao „višefaktorsko“, neugodno, emocionalno iskustvo psihološke (kognitivne, bihevioralne, emocionalne), socijalne i/ili duhovne prirode koje može ometati sposobnost učinkovitog suočavanja s rakom, njegovim fizičkim simptomima i liječenju, a to se proteže duž liječenja, u rasponu od uobičajenih osjećaja ranjivosti, tuge i strahova do problema koji mogu postati onesposobljavajući, poput depresije, tjeskobe, panike, socijalne izolacije i egzistencijalne i duhovne krize (6).

Olakšanje patnje pacijenta i njegove obitelji je bitna komponenta skrbi o raku u svim fazama putanje bolesti, te postiže središnju važnost kako se pacijent približava kraju života. Uz fizičku patnju psihijatrijski sindromi se sve više prepoznaju kao glavne komponente nevolje na kraju života. Nekoliko čimbenika pridonosi psihološkoj nevolji u ovoj populaciji, uključujući tugu zbog trenutnih i očekivanih gubitaka, strah od smrti, zabrinutost za voljene osobe, učinak određenih kemoterapijskih lijekova na raspoloženje i biologiju zloćudnog tumora.

Kada se istražuju karakteristične psihijatrijske dijagnoze među pacijentima s karcinomom neki su poremećaji češći od drugih, poput depresije, poremećaja povezanih s traumom/stresom i anksioznim poremećajima. Dijagnoza raka može imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje i dobrobit pacijenta i njegove obitelji. Depresija i anksioznost mogu ometati liječenje i oporavak raka, kao i kvalitetu života i preživljavanja raka. Dijagnoza raka može imati široki utjecaj na mentalno zdravlje, a prevalencija depresije i anksioznosti među oboljelima od raka je velika. Među onima bez prethodne psihijatrijske povijesti dijagnoza karcinoma povezana je s povećanim rizikom od uobičajenih mentalnih poremećaja, koji mogu negativno utjecati na liječenje i oporavak raka, kao i na kvalitetu života i preživljavanja. Ljudi koji su prethodno koristili psihijatrijske usluge mogu biti posebno ranjivi i pod većim rizikom od smrtnosti nakon dijagnoze raka. Međutim, mentalnim zdravstvenim potrebama ljudima oboljelim od raka, sa ili bez prethodne psihijatrijske povijesti, često se daje malo pažnje tijekom i nakon liječenja karcinoma, što je prvenstveno usredotočeno na praćenje simptoma tjelesnog zdravlja i nuspojava (8). Mnogi pacijenti s karcinomom imaju problema s prilagodbom tijekom liječenja bolesti, a "normalni" psihološki odgovori (npr. tuga) prebacuju se u klinički značajnija stanja koja karakteriziraju simptomi anksioznosti ili depresivnih poremećaja ili drugih psihopatoloških stanja. Nekoliko je čimbenika koji povećavaju rizik za nastanak psihopatoloških stanja, poput prethodne povijesti psihijatrijskih poremećaja ili trauma, neadekvatne i loše socijalne podrške, nekontroliranih simptoma i ženskog spola (6). Najčešće dijagnoze uključuju poremećaje povezane sa stresom i prilagodbe, poremećaje depresivnog spektra, anksiozne poremećaje, seksualne poremećaje (npr. gubitak libida i anorgazmiju). Ostala psihološka neprilagođena stanja poput sindroma demoralizacije, tjeskobe u zdravlju i poremećaja somatskih simptoma također su klinički značajna područja koja se moraju uzeti u obzir u skrbi o raku (6).

Neke od faza raka predstavljaju rizik za nastanak psihološkog stresa:

- Prepoznavanje simptoma
- Dijagnoza
- Očekivanje liječenja
- Preboljeli rak
- Neuspjeh u liječenju
- Ponavljanje ili napredovanje bolesti
- Napredna faza bolesti
- Približavanje kraju života (6).

Emocionalni problemi poput depresije i anksioznosti mogu se odraziti i unutar obitelji, povećavajući emocionalnu nevolju među skrbnicima pacijenta i u slučaju pacijentove smrti, riskirajući veću šansu za kompliciranu ili traumatičnu tugu u obitelji.

4.1.1. Depresija

Depresija se odnosi na širok spektar mentalnih zdravstvenih problema koje karakterizira odsustvo pozitivnog afekta (gubitak interesa i uživanja u uobičajenim stvarima i iskustvima), loše raspoloženje i niz povezanih emocionalnih, kognitivnih, fizičkih i bihevioralnih simptoma. Razlikovanje promjena raspoloženja između klinički značajnih stupnjeva depresije (npr. velike depresije) i onih koji se javljaju "normalno" i dalje ostaje problematično, a najbolje je uzeti u obzir simptome depresije koji se javljaju u kontinuitetu ozbiljnosti (9). Depresija je česta popratna bolest u slučajevima karcinoma, a pogađa više od 10% bolesnika. Dijagnoza raka mijenja život i izvor je znatnog psihološkog i emocionalnog stresa. Ne- patološka tuga može biti normalan odgovor na dijagnozu karcinoma, no međutim stres kod bolesnika koji se suočava sa s bolesti može rezultirati velikim depresivnim poremećajem. Treba pažljivo razmotriti odabir antidepressiva s obzirom na česte nuspojave kemoterapije (poput mučnine) i potrebu izbjegavanja ozbiljnih interakcija, uključujući smanjenje učinkovitosti kemoterapijskih lijekova (10). Iako je očekivano i normalno da se pacijent osjeća tužno kada prihvati dijagnozu raka, neki pojedinci doživljavaju daleko veću tugu, na razini koja je abnormalna i koja predstavlja dijagnosticiran depresivni poremećaj. Važno je imati na umu da depresija reagira na liječenje i ne smije se ostati bez liječenja jer se temelji na stvarnosti (11). Depresiju je teško dijagnosticirati u bolesnika s rakom jer sama neoplastična bolest često proizvodi vegetativne simptome raka: umor, slabost, gubitak libida, nesanica, gubitak interesa, loša koncentracija i motivacija. Osobna ili obiteljska povijest depresije ili bipolarne bolesti sugerira povećani rizik tijekom bolesti kao i loša socijalna podrška, socijalna izoliranost i nedavna nedaća. Evaluacija bi trebala istražiti mentalni status, raspoloženje, beznađe, osjećaje tereta i samoubilačke ideje. Nesanica, anoreksija, umor, uznemirenost ili psihomotorna zaostalost mogu se odnositi na bolest i moraju se tumačiti u svjetlu te činjenice (11).

Simptomi depresije mogu biti uzrokovani izravno procesom bolesti ili raznim kemoterapeutskim sredstvima koja se koriste za liječenje raka. Depresija se također može pojaviti kao funkcionalni odgovor na invaliditet. Utvrđeno je da su osjećaji bezvrijednosti i krivnje snažni diskriminatori između normalne tuge viđene kod raka i depresije. Prevalencija depresije u bolesnika s rakom također varira ovisno o mjestu raka, kliničkom tijeku, vrsti liječenja i prisutnosti boli.

Bihevioralni i fizički simptomi obično uključuju plačljivost, razdražljivost, socijalno povlačenje, pogoršanje već postojećih bolova i bolove uslijed povišene napetosti mišića. Čest je i nedostatak libida, umor i smanjena aktivnost iako se često mogu javiti uznemirenost i izražena tjeskoba. Tipično se smanjuje san i apetit, te to ponekad dovodi do značajnog gubitka kilograma, no neki bolesnici spavaju više nego obično i imaju povećan apetit. Gubitak interesa i užitka u svakodnevnom životu, te osjećaji krivnje, bezvrijednosti i zaslužene kazne česti su kao i smanjeno samopoštovanje, gubitak samopouzdanja, osjećaj bespomoćnosti, samoubilačke ideje i pokušaji samoozljeđivanja ili samoubojstva. Kognitivne promjene uključuju lošu koncentraciju i smanjenu pažnju, pesimistične i ponavljajuće negativne misli o sebi, nečijoj prošlosti i budućnosti, mentalno usporavanje i preživljavanje (9).

Depresija se najprije liječi uspostavljanjem dobrog odnosa s pacijentom, a zatim osiguravanjem podrške dostupne obitelji ili prijatelja. Podržavajuće psihoterapijske intervencije kao i bihevioralne intervencije i psihotropni agensi važni su za liječenje depresije. Intervencije u ponašanju učinkovite su u depresiji pomoću kognitivno-bihevioralnih metoda. Ove metode potiču pacijenta da konstruktivnije preoblikuje probleme i pristupi svakom aspektu kao izazovu s kojim treba suočiti što često smanjuje nekontrolirane i uznemirujuće osjećaje. To je posebno korisno u suočavanju s boli koja je toliko zastrašujuća kod raka kada se pretpostavlja da je dokaz progresije tumora. Kognitivni pristupi također mogu promijeniti uznemirujuće senzacije i odgovore na njih (11). Utvrđeni su brojni čimbenici rizika koji pacijente s karcinomom čine osjetljivima na razvoj depresije. Mlada dob, žene, palijativno liječenje, ozbiljni tjelesni simptomi ili nekontrolirana bol, uznapredovala bolest i izražena invalidnost ili nelagoda neki su važni čimbenici rizika. Ostali čimbenici rizika su socijalna izolacija, nedavni životni događaji ili gubici, tendencija prema pesimizmu, socioekonomski pritisci i povijest zlouporabe opojnih droga, alkoholizma, poremećaja raspoloženja ili pokušaja samoubojstva (5). Depresija može biti posljedica stresa koji preplavljuje osobu da se prilagodi promjenama u životu, što dovodi do uporno lošeg raspoloženja, očaja i osjećaja beznada. Emocionalni stres može proizaći iz prognoze ili krajnje nesigurnosti koju pacijenti podnose. Ovome se pridružuju negativni učinci koje dijagnoza i liječenje raka mogu imati na pacijentov posao, obitelj, fizički izgled, sposobnosti, neovisnost i financije. Snažna emocionalna podrška prijatelja i obitelji, te optimističan pogled zaštitni su čimbenici za razvoj depresije (10).

Depresija se pojavljuje kao dio metaboličke slike zatajenja organa i s nekim prehrambenim, endokrinim i neurološkim komplikacijama raka koje su povezane s izravnim i udaljenim učincima. Čest je simptom karcinoma gušterače što je dovelo do nagađanja o promjeni raspoloženja izazvano tumorom. Učinak citokina na raspoloženje i mentalnu funkciju aktivno se istražuje kao mogući uzrok subsindromne razine depresije. Vrlo je bitno uspostavljanje dobrog odnosa s pacijentom, a zatim i osiguravanje podrške obitelji ili prijatelja. Intervencije u ponašanju učinkovite su u depresiji pomoću kognitivno-bihevioralnih metoda. Ove metode potiču pacijenta da konstruktivnije preoblikuje probleme i pristupi svakom aspektu kao izazovu s kojim treba suočiti što često smanjuje nekontrolirane, uznemirujuće osjećaje. To je bilo posebno korisno u suočavanju s boli koja je toliko zastrašujuća kod raka kada se pretpostavlja da je dokaz progresije tumora. Kognitivni pristupi također mogu promijeniti uznemirujuće senzacije i odgovore na njih (11).

Uobičajeno korišteni antidepresivi su selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina, triciklički lijekovi, antidepresivi druge generacije, heterocikli, psihostimulansi, litijev karbonat, benzodiazepini i inhibitori monoaminoooksidaze (rijetko se koriste). Između ostalih antidepresiva, psihostimulansi se najčešće koriste za promicanje blagostanja i suzbijanje umora od uznapredovale bolesti. Pospanost povezanu s opioidima često umanjuje dekstroamfetamin, metilfenidat ili pemolin, koji je nekontrolirani stimulans bez potencijala ovisnosti. Sve antidepresive treba započeti u malim dozama kod starijih i mlađih odraslih i titrirati prema gore kako se tolerira (11).

4.1.2. Anksioznost

Anksioznost je najčešći oblik psihološkog stresa u bolesnika s rakom. Nastaje iz četiri izvora:

- Situacijska anksioznost koja predviđa ili se odnosi na zastrašujući aspekt bolesti ili liječenja
- Povezana s bolešću
- Povezana s liječenjem
- Kao pogoršanje postojećeg anksioznog poremećaja.

Situacijska anksioznost javlja se u vrijeme dijagnoze uz predviđanje liječenja, u prijelaznim točkama bolesti, nakon završetka liječenja (paradoksalna anksioznost) i kao stalni strah od ponovnog pojavljivanja bolesti koji je gotovo univerzalan. Anksioznost se također javlja kada novi tretman bolesti proizvede zastrašujuće, neočekivane, ozbiljne nuspojave, poput reakcije anafilaktičkog šoka. Anksioznost povezana s bolestima često se opaža s loše kontroliranom boli, obično nestaje kad se bol adekvatno kontrolira. Anksioznost se javlja i kod abnormalnih metaboličkih stanja poput hipoksije, plućne embolije, sepse, delirija, krvarenja, srčane aritmije i hipoglikemije. Tumori koji luče hormon koji proizvode anksioznost su feokromocitom, tumori štitnjače, karcinoidni i paratireoidni adenom, tumori koji proizvode adrenokortikotropni hormon i insulin. Paraneoplastični poremećaji (učinak udaljenog središnjeg živčanog sustava) također mogu uzrokovati tjeskobu i promjenu raspoloženja. Među uzrocima anksioznosti povezanim s liječenjem karcinoma najčešća je anksioznost povezana sa zastrašujućim ili bolnim postupcima, posebno onima koji se ponavljaju poput uklanjanja dijela tijela (npr. mastektomija). Tjeskoba oko operacije i njezinog ishoda- mastektomija, kolostomija, amputacija- gotovo je univerzalna. Također, otprilike 20% pacijenata ima problema s podnošenjem postupaka poput magnetske rezonancije zbog malog zatvorenog prostora koji izaziva klaustrofobične strahove. Otprilike 5% pacijenata to ne može tolerirati (11).

Nekoliko lijekova koji se često koriste u bolesnika s rakom proizvode simptome anksioznosti: kortikosteroidi, neuroleptici koji se koriste kao antiemetici, bronhodilatatori, tiroksin i stimulanse. Neobjašnjivi nemir, anksioznost i uznemirenost često se razvijaju u bolesnika koji primaju velike doze metoklopramida ili drugih neuroleptika za kontrolu mučnine i povraćanja povezanih s kemoterapijom.

Akatisije i distonije mogu biti zastrašujuće i zahtijevaju hitno liječenje benzodiazepinom, koji odmah smanjuje nemirne pokrete, tjeskobu i uznemirenost. Stanja ustezanja od alkohola, opojnih analgetika i sedativa-hipnotika proizvode anksioznost kao istaknuti simptom i moraju se imati na umu kada se radi o neobjašnjivoj anksioznosti (11). Generalizirani anksiozni poremećaj nije tako čest kao depresivni poremećaj u bolesnika s rakom. Simptomi anksioznosti mogu se pojaviti kao dio depresije kod pacijenata s karcinomom. Uobičajeni simptomi anksioznosti zabilježeni u bolesnika s rakom su trajna napetost i zabrinutost, napadi panike i lupanje srca. Briga se odnosi na budućnost, obitelj, financije, recidive te preživljavanje (5). Liječenjem jednostavne situacijske anksioznosti obično se bavi liječnik koji umiruje pacijenta, pregledava zastrašujuće očekivane događaje, omogućava osobi da ih "uvježba" i stvara odnos povjerenja. Onkološka sestra ili socijalni radnik često su korisni u davanju dodatnih informacija i pružanju sigurnosti.

Za trajnu ili uznemirujuću anksioznost dostupne su tri vrste liječenja:

- Psihoterapija i savjetovanje
- Bihevioralne intervencije
- Psihofarmakološki lijekovi.

Korisno je savjetovanje ili formalna psihoterapija koja koristi psihoedukativni, kognitivno-bihevioralni ili podržavajući model intervencije. Najčešće se koriste vježbe opuštanja sa slikama ili hipnozom. Te su metode posebno korisne pacijentima koji žele zadržati i poboljšati svoj otuđeni osjećaj kontrole. Opuštanje je koristan dodatak anksioznosti vezanoj uz bol i za kontrolu uvjetovane mučnine i povraćanja povezane s kemoterapijom. Značajni simptomi anksioznosti najčešće se farmakološki liječe sedativima-hipnoticima iz klase benzodiazepina, ali učinkoviti su i drugi tipovi poput antihistaminika, β -blokatora i neuroleptika u malim dozama (11). Mnogi pacijenti s anksioznošću smatraju da je znak slabosti prihvaćanje lijekova i mora ih se poticati da ih koriste tijekom kriznog razdoblja. Benzodiazepin se bira prema željenom učinku i načinu primjene uz poznavanje njegovog metabolizma i aktivnih metabolita (11).

4.1.3. Strah

"Strah od raka" definiran je kao bilo koji strah, anksioznost ili zabrinutost povezan s rakom uključujući uzroke ili posljedice raka koji su poslužili kao zamjena za strah od raka, poput straha od liječenja raka (12). Strah je, zajedno s tjeskobom prevladavajuća emocija kod pacijenata s karcinomom. Strah se može definirati i kao fiziološko uzbuđenje i kao subjektivno iskustvo koje proizlazi iz prisutnosti prijetnje. Općenito, pomaže pacijentima da se suoče s rizičnom situacijom kada je moguć važan gubitak, a pojedinac mora 'odlučiti' hoće li se boriti ili pobjeći od uzroka potencijalnog gubitka. Pacijent može osjetiti strah kada razmišlja o dijagnozi raka i njegovim posljedicama ili sa nuspojavama liječenja (13). Pacijenti s uznapredovalim karcinomom često doživljavaju snažne emocije poput tuge, tjeskobe i straha koji ako se ne liječe mogu narušiti funkciju i emocionalnu dobrobit, te mogu negativno utjecati na preživljavanje. Mnogi pacijenti pronalaze olakšanje u raspravljanju o emocionalnim zabrinutostima sa svojim onkolozima i radije se obraćaju liječnicima koji su spremni riješiti takve probleme (14). Strah je česta reakcija i na dijagnozu karcinoma i na predstavljanje alternativnih mogućnosti liječenja poput kliničkih ispitivanja. Priznavanje straha pacijenta, od općeg straha od nepoznatog do specifičnog straha zbog neizvjesnosti kliničkih ispitivanja, moglo bi olakšati donošenje odluka. Opći strah od koncepta kliničkih ispitivanja obično nadmašuje specifično povjerenje u zdravstvenu ustanovu (15).

4.1.4. Seksualna disfunkcija

Seksualni poremećaji i disfunkcija također su dio mogućih psihijatrijskih dijagnoza kod karcinoma koji uključuju prosječno 25- 40% pacijenata s karcinomom, kako kod muškaraca tako i kod žena. Pacijenti s rakom dojke, karcinomom jajnika i maternice pokazuju smanjenje ili gubitak spolnog nagona, promjene u odgovoru ženskih spolnih organa (smanjenje ili gubitak podmazivanja), probleme s orgazmom, te vaginizam i dispareunija. Slično tome, muški pacijenti pokazuju da rak testisa i prostate ostavlja velike posljedice na seksualnost kao što su posebno nizak spolni nagon, anksioznost izvedbe, preuranjena ejakulacija, erektilna disfunkcija i inhibicija orgazma (2). Seksualno zdravlje jedan je od temeljnih i najdugovječnijih aspekata funkcije na koje liječenje raka može negativno utjecati. I muškarcima i ženama uobičajeni problemi uključuju poremećaje spolnog odgovora (npr. uzbuđenje, erektilna disfunkcija, disfunkcija ejakulacije, kronična dispareunija, disfunkcija orgazma itd.) I poremećaji seksualne želje i motivacije (npr. hipoaktivni seksualni želja, smanjena seksualna motivacija, poremećaji slike tijela, gubitak spolnog samopoštovanja itd.). Bez intervencije, štetan utjecaj seksualne disfunkcije na pacijente s karcinomom značajan je i dokazi sugeriraju da se ti problemi s vremenom pogoršavaju (16). Spolna disfunkcija povezana s rakom usporava tijek liječenja. Seksualni se problemi mogu razviti u bilo kojem trenutku tijekom bolesti- tijekom dijagnosticiranja, tijekom liječenja i nakon aktivnog liječenja, te tijekom praćenja nakon liječenja. Za razliku od mnogih drugih nuspojava liječenja raka, seksualni se problemi obično ne rješavaju u prve 2 godine preživljavanja bolesti, ali mogu ostati stalni i relativno ozbiljni (17).

S obzirom na složene potrebe pacijenata i partnera nakon terapije karcinoma koja rezultira seksualnom disfunkcijom ili drugim nepovoljnim ishodima seksualnog zdravlja, multidisciplinarni tim s integrativnim pristupom pruža najbolju njegu. Takav bi tim mogao uključivati liječnika za seksualno zdravlje, urologa, psihologa, fizioterapeuta i endokrinologa koji razumiju utjecaj specifičnih tretmana karcinoma na spolnu funkciju (18). Kirurgija, radioterapija i kemoterapija utječu na seksualno zdravlje na nekoliko načina. Ooforektomija, kirurška ili nakon radioterapije ili kemoterapije dovodi do akutnog smanjenja razine estrogena, progesterona i testosterona u žena što dovodi do nepovratne menopauze.

Promjenom endokrine osi javljaju se simptomi menopauze kao što su vulvovaginalne i klitoralne atrofične promjene, zajedno sa stanjivanjem rodnice, smanjena elastičnost koja rezultira suhoćom i početkom dispareunije. U bolesnika koji se podvrgnu histerektomiji postoje i dugoročni i kratkoročni seksualni morbiditet. Kratkoročni seksualni morbiditet utječu na pacijenta tako da pacijenti mogu imati orgazmičke poteškoće, dispareuniju, seksualno nezadovoljstvo i uznemirenost smanjenom veličinom rodnice tijekom odnosa. Dugoročni učinci (čak 2 godine) obično uključuju negativan utjecaj na libido i vaginalno podmazivanje. Ti su morbiditeti češći kod radikalnih histerektomija (18).

Liječenje raka dojke može uključivati operaciju, kemoterapiju, zračenje i/ ili hormonsku terapiju. Liječenje s bilo kojim od ovih tretmana vjerojatno će utjecati na seksualno zdravlje pacijenta. Pacijenti s rakom dojke vjerojatno će prijaviti promjene libida, disfunkciju rodnice (suhoća, stenoza), različita iskustva s orgazmom, promjene na slici tijela, gubitak intimnosti i drugačiji odnos sa svojim partnerom. Liječenje ginekoloških karcinoma vrlo će vjerojatno rezultirati nekim oblikom spolne disfunkcije. Pacijenti s ginekološkim karcinomom imaju gore seksualne probleme od žena u općoj populaciji, bez obzira na određeno mjesto njihovog ginekološkog karcinoma (npr. endometrija, vulve, vrata maternice), vrstu liječenja, vrijeme od dijagnoze i dob. Njihova se seksualna disfunkcija s vremenom ne popravlja, a može se pojačati. Kirurgija je uobičajena komponenta liječenja ginekoloških karcinoma i može rezultirati dugoročnim spolnim zdravstvenim problemima boli, gubitka osjeta, promjena slike tijela, suhoće rodnice, poteškoća u postizanju orgazma, a može pokrenuti prerane simptome menopauze, uključujući dispareuniju i nizak libido. Dodavanje zračenja i/ ili kemoterapije režimu liječenja dovodi pacijenta do povećanog rizika od razvoja ozbiljnijih spolnih problema. Zbog izravnog učinka liječenja na spolne organe, muškarci koji su preživjeli rak prostate često imaju značajan utjecaj na svoju spolnu funkciju kao rezultat liječenja. Ovisno o nizu specifičnih karakteristika bolesti pacijenti s rakom prostate mogu se podvrgnuti nizu tretmana, uključujući operativne zahvate, zračenje i hormonalnu terapiju. Uz to, pacijenti s rakom prostate često prijavljuju seksualne probleme čak i kad se funkcija oporavi (16). Seksualni problemi koje često prijavljuju pacijenti s karcinomom testisa uključuju poteškoće sa seksualnom željom, poteškoće ejakulacije i erektilnu disfunkciju. Oni mogu biti povezani sa strukturnim i emocionalnim problemima povezanim s orhiektomijom, kao i retrogradnom ejakulacijom uslijed disekcije limfnih čvorova zdjelice.

Nakon liječenja muškarci često prijavljuju smanjenje nivoa seksualne aktivnosti i opće seksualno nezadovoljstvo. Liječenje raka mokraćnog mjehura uključuje kirurški zahvat, zračenje, imunoterapiju i kemoterapiju, a kirurgija je najčešći način liječenja. Za muškarce je standardna radikalna cistektomija često povezana s gubitkom spolne funkcije, ponajviše erektilnom disfunkcijom. Za žene će radikalna cistektomija vjerojatno stvoriti izraženu spolnu disfunkciju, uključujući smanjeni libido, dispareuniju, smanjenu sposobnost ili nemogućnost postizanja orgazma. Uz to, muškarci i žene također trpe i psihološki utjecaj liječenja, pored svojih fizičkih izazova. Operacija karcinoma debelog crijeva često uzrokuje oštećenje živaca i može uzrokovati erektilnu i ejakulacijsku disfunkciju kod muškaraca, te poteškoće u želji, boli i orgazmu u žena. Pacijenti s kolorektalni karcinom mogu izvijestiti da na njihovu seksualnu funkciju utječu emocionalne reakcije i prilagodba kolostomiji i njihovoj stomi, uz značajne zabrinutosti povezane s mirisom, nadimanjem i proljevom. Za one kojima je dijagnosticiran hematološki zloćudni tumor, kemoterapija, ukupno zračenje tijela, transplantacija matičnih stanica, pa čak i postavljanje središnjeg venskog katetera mogu značajno utjecati na tjelesnu sliku, intimnost i seksualnost pacijenata. Pacijenti mogu prijaviti erektilnu disfunkciju kod muškaraca, suhoću rodnice kod žena, te bolove i poteškoće s orgazmom i za muškarce i za žene (16).

4.2. Sestrinska skrb

Bit psihološke podrške koja se pruža onkološkim pacijentima je prilagoditi svoje metode potrebama i očekivanjima koja proizlaze iz mučnog iskustva s rakom i njegovim liječenjem. Rak je jedno od najtežih iskustava u ljudskom životu što uzrokuje mnoge nepovoljne promjene. Te se promjene odnose na fizičke učinke (bol, slabljenje, umor, promjena izgleda itd.) I mentalni status (tjeskoba, strah, tuga, očaj), zabrinutost zbog životnih uvjeta, egzistencijalne i duhovne dileme koje proizlaze iz bolesti i njenog liječenja, što je često dugogodišnje i opterećujuće iskustvo za pacijenta i njegovu obitelj i prijatelje (19). Rak je jedna od mnogih kriznih situacija. Osoba koja doživljava ovo stanje i povezane emocije i osjećaje zahtijeva vanjsku potporu jer joj je ponestalo resursa da se sama nosi s problemom. Krizna intervencija oblik je pomoći u iznenađujućim i raspadajućim životnim događajima. Rak je takva vrsta događaja za mnoge ljude, posebno u sljedećim prekretnicama:

- Kada se identificira (dijagnosticira)
- Kada prijedlog liječenja, posebno operativnog, daje liječnik
- U slučaju recidiva (recidiv, metastaziranje), posebno ako se dogodi nakon dugog razdoblja stabilnosti i oporavka od normalnog života (19).

Svaka od gore navedenih okolnosti može zahtijevati brzu, hitnu psihološku podršku (ali i interdisciplinarnu pomoć, uključujući medicinsku, socijalnu, pravnu itd.). Intervencije u takvom slučaju uključuju:

- Podršku pacijentu i njegovoj obitelji izgradnjom dobrih odnosa, slušanje njihovih priča, poticanje na otvoreno izražavanje osjećaja
- Pomoć u razumijevanju situacije bolesnika objašnjavanjem svojih sumnji
- Predlaganje konkretnih mjera (npr. dodatno savjetovanje s liječnikom; obraćanje organizaciji za pružanje pomoći, udruženju za samopomoć ili centru za osobe s invaliditetom; pozivanje dobrovoljnog socijalnog radnika; preispitivanje odluke o napuštanju liječenja, itd.) (19).

Razvojne krize javljaju se kad god se u čovjekovom životu pojave novi izazovi koji uključuju prirodni proces ulaska u novu fazu života. Pojavljuju se kada osoba još nije sposobna nositi se s izazovima dodijeljenim stupnju u koji ulazi, kada još nije naučila udovoljavati svojim novim potrebama (npr. u razdobljima adolescencije, zrelosti, srednjih godina ili staža i njihovi razvojni zadaci nakon čijeg izvođenja započinje nova faza, npr: izgradnja nečijeg identiteta, seksualne potrebe, želja za bliskošću, nove roditeljske uloge, izazovi vezani uz posao i profesionalnu karijeru, promjena roditeljskih uloga kod odrasle djece, loše zdravstvene performanse, umirovljenje). Tijekom života čovjek doživljava različite okolnosti. Među njima su neočekivani trenuci radosti ili tuge poput zaljublivanja ili učenja o vlastitom ili raku voljene osobe. Takve okolnosti, pogotovo ako se dogode neočekivano, mogu izazvati tjeskobu i spriječiti nekoga da koristi inače učinkovite načine suočavanja s problemima ili se toliko razlikovati od ranijih iskustava da zahtijevaju nove strategije za rješavanje krize. Promjena u razvoju ili nakupljanje loših životnih događaja ili oba istodobno (npr. bolest dijagnosticirana u pacijenta koji ulazi u stadij adolescencije, razvod koji se događa ubrzo nakon mutilacijske mastektomije zbog dijagnosticiranog karcinoma dojke) može zahtijevati savjet od osobe koja je sposobna objektivnim okom sagledati situaciju. To je dobro vrijeme za psihološko savjetovanje koje uključuje nekoliko intervjuja s ciljem identificiranja problema i pronalaska rješenja (19). Psihoonkologija je izvorno razvijena kao dio psihijatrijskih usluga koje se pružaju pacijentima koji bi obično mogli osjetiti simptome poput delirija nakon velike operacije ili kojima je dijagnosticirana depresija. Psihosocijalni aspekti upravljanja karcinomom obično bi trebali biti integrirani u cjelokupni plan liječenja od prvog dijagnostičkog savjetovanja, kroz planiranje liječenja i u rasprave o životu pacijenta (20).

Uloge i odgovornosti onkoloških medicinskih sestara tijekom prošlog su se stoljeća brzo poboljšale- od medicinskih sestara koje pružaju njegu uz krevet uz malo tehnološkog napretka do medicinskih sestara napredne prakse odgovornih za sve, od izvođenja invazivnih postupaka do dijagnostičke interpretacije i pregleda za prevenciju raka. Kako će se briga o raku i dalje razvijati medicinske sestre će igrati ključnu ulogu na polju onkologije, bilo kao specijalizirane onkološke medicinske sestre koje pružaju kliničku skrb ili kao medicinske sestre istraživačice koje predvode revolucionarna onkološka istraživanja.

Onkološko sestrinstvo značajno se razvilo tijekom prošlog stoljeća jer rak postaje jedan od vodećih uzroka smrti na globalnoj razini. Tijekom posljednjih stotinu godina skrb o raku prešla je dugačak put od medicinskih sestara koje se brinu o pacijentima s rakom koristeći prvenstveno mjere kreveta i udobnosti, do razvoja onkološke njega kao specijalnosti s definiranom bazom znanja, uz potporu istraživanjima i stručnom praksom. Početkom 20. stoljeća njegu raka doživljavali su kao naporan, depresivan, pa čak i opasan posao budući da su šanse za preživljavanje pacijenata s rakom bile male, a sestre su često bile izložene štetnim kemikalijama. Zračenje je prihvaćeno kao terapijska opcija za mnoge oblike raka do 1920-ih. Međutim, način na koji je primijenjeno zračenje često je dovodio medicinske sestre u kontakt s opasnim tvarima, poput radija i radona. Neke medicinske sestre odbijale su se brinuti o pacijentima s karcinomom jer su vjerovale da to predstavlja značajan rizik po njihovo vlastito zdravlje, a ideje da je rak zarazan bile su dobro ukorijenjene sve do 1930-ih (21). Iako je važno ispitati povijest onkološkog sestrinstva moramo uzeti u obzir i kuda ide budućnost onkološkog sestrinstva. Jedan od načina na koji se onkološka medicinska njega mijenja je povećana specijalizacija i napredak u obrazovanju medicinskih sestara, uključujući povećanje specijaliziranih onkoloških medicinskih sestara. Uloga onkoloških medicinskih sestara nastavlja se razvijati kako se proširuju istraživanja i mijenjaju mogućnosti liječenja raka. Kako se liječenje raka razvija, onkološke sestre zahtijevaju kontinuiranu edukaciju kako bi razumjele liječenja za pojedine pacijente (21). Onkološke medicinske sestre trenutno rade u raznim ulogama koje su bile nečuvane prije 10 godina, ali koje su danas sve uobičajenije. U bolničkom okruženju onkološke sestre funkcioniraju kao medicinske sestre koje pružaju usluge poput dugotrajne njega bolesnika s karcinomom, predkliničkog pregleda prije primjene kemoterapije, liječenja umora ili općeg upravljanja simptomima. Kako se polje genetike raka razvijalo tako su se razvijale i uloge medicinskih sestara za naprednu praksu u pružanju genetskog savjetovanja i procjene rizika. Očekuje se da će medicinske sestre biti stručne u procjeni tjelesnog i emocionalnog statusa pacijenta, povijesti bolesti u prošlosti, zdravstvenoj praksi te znanja pacijenta i obitelji o bolesti i njenom liječenju (22).

Onkološka sestra pregledava plan liječenja s onkologom, svjesna je očekivanih ishoda i mogućih komplikacija, te neovisno procjenjuje opće tjelesno i emocionalno stanje pacijenta. Nužno je ispuniti detaljnu povijest njega i fizički pregled. Očekuje se da će onkološka medicinska sestra biti svjesna rezultata i općih implikacija svih relevantnih laboratorijskih, patoloških nalaza. Procjena pacijentovog razumijevanja bolesti i predloženog liječenja ključna je u smirivanju tjeskobe i formuliranju plana skrbi.

Dobivanje ovih podataka pomoći će izbjeći nesporazum i zbunjena očekivanja. Temeljita priprema pacijenta poboljšava poštivanje programa liječenja, a može utjecati i na ishode liječenja. Plan sestrinske skrbi izrađuje se kao odgovor na posebne potrebe utvrđene procjenom (22).

Medicinska sestra često ima bolju priliku od bilo kojeg drugog člana zdravstvenog tima za razvijanje potrebnog odnosa za učinkovitu njegu s pacijentima i njihovim obiteljima. Edukacija pacijenta i obitelji započinje prije terapije, a nastavlja se tijekom i nakon terapije. Mogu se koristiti odgovarajuća pisana i vizualna nastavna sredstva kao i preporuke drugim stručnjacima ili programima u zajednici poput grupa za podršku raku. Takva edukacija uključuje strukturirana i nestrukturirana iskustva koja pomažu pacijentima u suočavanju s dijagnozom, dugoročnim prilagodbama i simptomima, dobiti informacije o prevenciji, dijagnozi i njezi, razviti vještine, znanje i stavove za održavanje ili povratak zdravstvenog stanja (22). Grupe za samopomoć igraju važnu ulogu u zdravstvenoj zaštiti pružajući vršnjačku pomoć u rješavanju zajedničkih osobnih i socijalnih problema. Da bi svaka grupa započela i nastavila svoju aktivnost mora biti ispunjen niz uvjeta: dobrovoljno članstvo, uobičajeni problemi, davanje savjeta, altruizam, samo-identitet, buđenje nade, kohezija grupe. Jedna od vrsta grupa za samopomoć obuhvaća ljude koji žive pod teškim dugotrajnim stresom. Grupe ove vrste imaju za cilj stvoriti odgovarajuće uvjete za svoje članove kako bi dali oduška svojim osjećajima, pronašli emocionalnu potporu, podijelili svoja iskustva u suočavanju s poteškoćama pokazujući da je to moguće. Ova kategorija uključuje onkološke bolesnike: žene nakon mastektomije, osobe nakon operacije stome itd. Članovi tih skupina osim emocionalne podrške pomažu jedni drugima u dobivanju važnih informacija, opreme, lijekova itd. (19). Pacijenti često izražavaju više zabrinutosti zbog pojave i upravljanja nuspojavama nego zbog mehanizma djelovanja pojedinih sredstava. Ponavljanje važnih točaka pomoći će u postizanju željenog ishoda. Utvrđivanje vremenskog slijeda u kojem se općenito javljaju nuspojave može ublažiti tjeskobu pacijenta i pomoći će sestrama u odabiru odgovarajućih intervencija. To može pomoći u razlikovanju nuspojava kemoterapije od ostalih mogućih uzroka sličnih simptoma. Edukacija pacijenta olakšava se kada se nuspojave klasificiraju kao neposredne, rane, odgođene i kasne. Dostupni su razni nastavni alati i metode čiji se izbor temelji na individualnim potrebama i sposobnostima pacijenta. Tiskani, vizualni i audiovizualni obrazovni materijali koriste se zajedno s raspravom i kontinuiranim pojačavanjem. Pacijente treba poticati da vode osobne pisane dnevnik koji bilježe datume liječenja, simptome, datume ispitivanja i pitanja.

Osobni dnevnik pruža dodatnu pisanu dokumentaciju o nastanku određenih pojava i točne datume terapije, u slučaju da pacijentov medicinski karton nije dostupan (22). Onkološka sestra je vrlo bitna u koordinaciji višestrukih i složenih tehnologija koje se danas često koriste u dijagnozi i liječenju raka. Ova koordinacija obuhvaća izravnu njegu pacijenta, dokumentacija u zdravstvenom kartonu, sudjelovanje u terapiji, upravljanje simptomima, organizacija upućivanja na druge pružatelje zdravstvenih usluga i obrazovanje pacijenta i obitelji, kao i savjetovanje tijekom dijagnoze, terapije i praćenja. Pacijent i obitelj trebali bi se moći slobodno obratiti onkološkoj sestri telefonom tijekom cijelog programa liječenja. Mnogi pacijenti putuju na velike udaljenosti pa se mora naglasiti važnost telefonske komunikacije. Omogućuje kontinuiranu komunikaciju s pacijentima, rano prepoznavanje hitnih slučajeva i redovitu emocionalnu podršku. Komunikacija između osoblja u različitim ustanovama može biti neoptimalna, a komunikacija i koordinacija koju onkološka sestra može pružiti predstavlja neprocjenjivu uslugu pacijentima koji mogu biti zbunjeni i uplašeni. Onkološke sestre svakodnevno se suočavaju s brojnim simptomima koje pacijenti s rakom i njihove obitelji susreću kao rezultat raka ili njegovog liječenja. Medicinske sestre trijažno prate probleme s pacijentima i pomažu u procjeni simptoma i započinjanju intervencija. Na primjer, subjektivni i objektivni podaci, uključujući informacije o posljednjem kemoterapijskom liječenju i poznavanje povijesti pacijenta, vode medicinsku sestru u određivanju sestrinske skrbi i liječenja pacijenta (22).

Postignut je velik napredak u upravljanju nuspojavama kemoterapije, a sestre su značajno pridonijele tom uspjehu. Na primjer, mučnina i povraćanje dva su najčešća simptoma povezana s kemoterapijom. Kontrola ovih simptoma bila je prioritet istraživanja sestrinstva. Onkološke medicinske sestre su uključene u brojne probleme potporne skrbi s kojima se susreću pacijenti s rakom i njihove obitelji. Budući da medicinske sestre provode više vremena s pacijentima koji osjećaju bol nego bilo koji drugi zdravstveni djelatnik, od najveće je važnosti da medicinska sestra bude upoznata s procjenom boli i farmakološkim i nefarmakološkim liječenjem boli, kako bi se osigurala dobra kontrola boli. Međutim, kao i kod ostalih zdravstvenih profesija prepreke za pružanje učinkovite kontrole boli postoje i unutar sestrinstva. Glavni problemi su zablude i strahovi od ovisnosti, tolerancije na lijekove, sedacije i respiratorne depresije; nedostatak znanja o procjeni boli i analgeticima; i nedovoljno liječenje analgeticima.

Njegu treba planirati za promicanje udobnosti pacijenta, pružanje informacija pacijentima i njihovim obiteljima u vezi s kontrolom boli, pružanje informacija i pomaganje u ponašanju i fizičkim intervencijama, sprečavanje i ublažavanje nuspojava farmakoloških terapija i promicanje poštivanja pacijenta s potrebnom terapijom pratiti. Medicinska sestra treba objasniti sve intervencije i osigurati vrijeme za pitanja pacijenta i obitelji. Edukacija pacijenta trebala bi sadržavati nazive farmakoloških sredstava, rasporede doziranja, nuspojave, intervencije za ublažavanje mučnine i povraćanja, poput antiemetika i intervencije za ublažavanje zatvora. Medicinska sestra treba pratiti učinkovitost i nuspojave farmakoloških intervencija, respiratorni status i rad crijeva, kao i mentalno i kognitivno funkcioniranje (22).

4.3. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Proces zdravstvene njege s naglaskom na sestrinske dijagnoze ključan je za onkološke medicinske sestre zbog velike učestalosti fizičkih i psiholoških problema koji ugrožavaju kvalitetu života pacijenata na liječenju od karcinoma. Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza kod onkoloških bolesnika su: anksioznost, zatvor, smanjena mogućnost brige o sebi - kupanje/osobna higijena, poremećaj tjelesne slike, akutna/kronična bol, strah, poremećeni obrazac spavanja, rizik od infekcije i mučnina, povraćanje, smanjena seksualna funkcija i slično. Proces zdravstvene njege sastoji se od pet koraka: prikupljanje podataka, dijagnoza, planiranje, provedba i evaluacija. U teoriji su ove faze ograničene, međutim u praksi predstavljaju skup međusobno ovisnih radnji, a zatim se prilikom procjene pacijenta pojavljuju hipoteze i dovode do dijagnoza koje određuju skrb koja će se provesti i ponovno procijeniti. Medicinska sestra mora analizirati prikupljene podatke tijekom procjene i procijeniti zdravstveno stanje pacijenta. Jednom kada se postavi sestrinska dijagnoza, utvrđuje se ishod koji treba postići i stvara se dvostruka obveza: intervenirati i potom procijeniti učinkovitost izvedene intervencije. Korištenje sestrinske dijagnoze donijelo je neke prednosti u praksi kao što je holistički pristup pacijentu, stjecanje osobnog znanja, traženje poboljšanja u kvaliteti pružene zdravstvene njege i poticanje kontinuiranog poboljšanja medicinske sestre. Štoviše, kada koriste postupak njege medicinske sestre počinju dobivati više informacija na kojima će temeljiti svoje intervencije, budući da se sestrinska dijagnoza smatra vodičem za odabir najadekvatnijih intervencija za postizanje željenih ishoda za svakog pojedinca u zdravstvenoj njezi (23).

Vjeruje se da je za onkološke bolesnike postupak njege s naglaskom na sestrinske dijagnoze ključan za onkološku zdravstvenu njegu zbog velike učestalosti fizičkih i psiholoških problema koji ugrožavaju kvalitetu života pacijenata koji prolaze liječenje karcinoma. Rak predstavlja više od fizičke boli i nelagode, utječe na životne ciljeve pacijenta, obitelj, posao i prihode. Slika tijela i način života mogu se privremeno ili trajno drastično promijeniti. Stoga medicinska sestra ima veliku odgovornost u planiranju sestrinske pomoći u onkologiji posebno u pogledu donošenja odluka i radnji usmjerenih na rješavanje problema identificiranih u dijagnostičkoj fazi procesa (23).

4.3.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti

Anksioznost se definira kao stanje u kojem pacijent predstavlja osjećaje nemira i aktivacije autonomnog živčanog sustava kao odgovor na nejasnu i nespecificiranu prijetnju (23). Anksioznost je česta kod pacijenta s karcinomom. Anksiozni poremećaji su skupina mentalnih poremećaja čiji česti simptomi uključuju pretjeranu tjeskobu, zabrinutost, strah, strepnju i/ili strah. Iako neka tjeskoba može biti prilagodljiva - osobito kao odgovor na stresore poput raka, anksiozni poremećaji su pretjerani, neopravdani, često nelogični strahovi, zabrinutost i strah (24).

Čimbenici koji mogu povećati vjerojatnost razvoja anksioznih poremećaja tijekom liječenja raka uključuju sljedeće:

- Anamneza anksioznih poremećaja
- Jaka bol (neliječeni anksiozni poremećaji također mogu eskalirati iskustvo boli)
- Anksioznost u vrijeme dijagnoze
- Funkcionalna ograničenja
- Nedostatak socijalne potpore
- Napredujuća bolest
- Povijest traume (24).

Anksioznost se javlja u različitim stupnjevima kod pacijenata s karcinomom i može se povećavati kako bolest napreduje ili kako liječenje postaje sve agresivnije (24). Medicinska sestra prvo treba prikupiti podatke od pacijenta, procijeniti stupanj anksioznosti kod pacijenta, procijeniti kako i na koje načine se pacijent suočava s anksioznošću i stresom, te mora saznati prethodne pojave anksioznosti. Nakon toga suočava pacijenta s kritičnim čimbenicima kao što su medicinski i dijagnostički postupci, strah od smrti, izoliranost, promjena okoline i rutine i slično. Vodeća obilježja za anksioznost su umor, otežana koncentracija, smanjena komunikativnost, mučnina, proljev, otežan san, osjećaj bespomoćnosti itd. Vrlo je bitno da medicinska sestra stvori empatijski odnos s pacijentom, te da pokaže razumijevanje i stvori osjećaj sigurnosti. Pacijenta je potrebno upoznati s novom okolinom, osobljem, aktivnostima i pacijentima oko njega. O svim tretmanima i planiranim postupcima potrebno je informirati pacijenta, te educirati pacijenta o postupcima i procedurama koje će se provoditi. Medicinska sestra bi trebala koristiti razumljiv jezik pri tome, trebala bi objasniti stručne izraze tako da ih pacijent razumije.

Vrlo je bitno da medicinska sestra održava red što se tiče planiranih aktivnosti, pogotovo ako su dogovorene s pacijentom. Primjena umirujuće glazbe, mir, tišina, te smanjenje buke uvelike može pomoći pacijentu da se bolje osjeća u novoj okolini. Kada osjeti anksioznost potrebno je potaknut pacijenta da potraži pomoć medicinske sestre ili drugog medicinskog osoblja, te obitelji i prijatelja. Medicinska sestra treba izbjegavati površnu pomoć, tješjenje ili žaljenje pacijenta, te mora poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje i mišljenja. Također, bitna je pomoć i edukacija pacijenta o postupcima koji smanjuju osjećaj anksioznosti, kao što su vježbe dubokog disanja, okupacijske terapije, humor, druženje s obitelji i prijateljima (25).

Ne smije se zaboraviti važnost farmakoterapije, te je potrebno educirati pacijenta o pravilnom uzimanju anksiolitika, te kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije (25). Anksiozni poremećaji mogu biti sekundarni u odnosu na druge aspekte zdravstvenog stanja, poput nekontrolirane boli, određenih metaboličkih stanja, ili nuspojave lijekova. Ostali specifični anksiozni poremećaji- poput generalizirane anksioznosti, fobije ili paničnog poremećaja. Oni nisu toliko česti među pacijentima s karcinomom i obično prethode dijagnozi karcinoma, ali ti poremećaji zaslužuju dodatnu pozornost kako bi olakšali njegu karcinoma. Stres uzrokovan dijagnozom raka i njegovim liječenjem može potaknuti povratak postojećih anksioznih poremećaja. Ovi poremećaji mogu onesposobiti i ometati liječenje. Oni zahtijevaju brzu dijagnozu i učinkovito upravljanje (24). U bolesnika s uznapredovalom bolešću anksioznost često nije uzrokovana strahom od smrti, već problemima nekontrolirane boli, izolacije, napuštanja i ovisnosti. Farmakološke intervencije mogu se koristiti kratkotrajno ili dugoročno, ovisno o pojedinačnom bolesniku i čimbenicima bolesti, uključujući sljedeće:

- Ozbiljnost simptoma anksioznosti
- Razina funkcionalnog / socijalnog oštećenja
- Psihijatrijska povijest
- Kontinuirana prisutnost raka
- Čimbenici povezani s liječenjem raka koji izravno ili neizravno doprinose anksioznosti (npr. Visoki intenzitet ili dugotrajni tretmani raka ili liječenje sredstvima za koja je poznato da uzrokuju psihijatrijske simptome [npr. Citokini]) (24).

4.3.2. Nisko samopoštovanje

Nisko samopoštovanje može se definirati kao odsustvo pozitivnih osjećaja koje pojedinci imaju prema sebi, što je od velike važnosti u njihovim odnosima s drugima, što također potiče njihovu uspješnost u odnosu na njihove ciljeve. Što se tiče liječenja karcinoma pacijenti se mogu suočiti s promjenama u fizičkom izgledu, preprekama rutinskim aktivnostima koje se ponekad dodaju kemoterapiji, stigmom bolesti, poteškoćama u rješavanju liječenja i nuspojavama, te adaptacijom nakon liječenja. Ti pacijenti mogu imati psiholoških problema, kao što su promjene u njihovom samopoštovanju nakon što je njihova percepcija slike tijela povezana s tim novim životnim stanjem. Samopoštovanje je povezano s načinom na koji ljudi vide sebe. Može imati stabilne karakteristike, kao i ostale koje se smatraju fleksibilnim i prilagodljivim. Dakle, ljudsko samopoimanje može doživjeti trenutne promjene kao, na primjer, kada se pojedinci uspoređuju s izuzetno uspješnim ljudima. Uz to će biti moguće osjetiti određeni kontrast koji će se neizbježno prevesti na smanjenje ili povećanje samopoštovanja. Vrijedno je spomenuti da se ljudi s visokim samopoštovanjem osjećaju samopouzdana i cijenjena, pokazuju pozitivne osjećaje prema sebi, vjeruju u vlastitu kompetenciju i osjećaju se sposobnima nositi se s nametnutim izazovima i prilagoditi se različitim situacijama. Na taj način, kada ljudi koji se podvrgavaju kemoterapiji predstavljaju visoko samopoštovanje, moći će im život vidjeti na drugi način i shodno tome suočiti se s bolešću i liječenjem drugačije od pacijenata s niskim samopoštovanjem (26).

Relevantno je istaknuti da je profesionalno zanimanje usko povezano s cjelokupnom procjenom koju pojedinci daju o sebi, što može pridonijeti povećanju samopoštovanja, tj. profesionalno nezadovoljstvo kao i osjećaj nesposobnosti i ovisnosti mogu utjecati na samopoštovanje. Kada samopoštovanju prijeti negativan događaj, poput prisutnosti kroničnih bolesti poput raka, pojedinci mogu razviti porast razine tjeskobe jer počinju tražiti alternative za rješavanje situacije. U mnogim su slučajevima ovi načini neadekvatni ili štetni za zdravlje, poput konzumiranja alkohola. Usvajanje zdravstvenih ponašanja povezano je s nezadovoljstvom ispitanika samim sobom, s tendencijama privrženosti pušenju. Stoga je važno procijeniti konzumaciju cigareta i alkohola pacijentima s karcinomom koji su podvrgnuti kemoterapiji kako bi surađivali s njima i spriječili pogoršanje zdravstvenog stanja (26).

Utjecaj raka ili liječenja raka može uključivati gubitak dijelova tijela, ožiljke, prilagoditi se protezama, smanjenim tjelesnim aktivnostima, tumoru koji utječe na vrat, oko, glavu, gubitak kose, kemoterapiju i radioterapiju. Svaka od ovih promjena izložila bi prijetnju tjelesnu sliku. Kako bi podržale pacijente s karcinomom medicinske sestre trebaju identificirati različite fiziopsiho-socijalne potrebe pacijenata koristeći holistički pristup. Psihološki poremećaj tjelesne slike ima izravan odnos s niskim samopouzdanjem, spolnim funkcioniranjem, slabim socijalnim odnosima i depresijom. Poremećaj tjelesne slike u bolesnika s rakom poznat je kao jedan od najvažnijih fizičke, mentalne i socijalne promjene koje uvelike utječu na povratak pacijenta u njihov uobičajeni život. Jedno od glavnih pravila medicinskih sestara je pomaganje pacijentima da postignu visoku razinu zdravstvene njege. Stoga su briga o mentalnim problemima pacijenta jednako važni koliko i njihovi fizički problemi. Poremećaj tjelesne slike jedan je od glavnih mentalnih problema u tom pogledu (27).

Medicinska sestra prikuplja podatke o mentalnom statusu pacijenta, osobnom zadovoljstvu nedavnim događajima tj. traumama, razini energije i raspoloženju. Također, prikuplja podatke o medicinskim dijagnozama i kritičnim čimbenicima kao što su maligne bolesti, ozljede, gubitak dijela tijela, psihogeni poremećaji, operativni zahvati i slično. Prikuplja podatke o socijalnom okruženju pacijenta, ranijim hospitalizacijama, izvorima stresa, te zloupotrebi alkohola i droga. Tijekom procesa zdravstvene njege neke od intervencija medicinske sestre su to da omogućava pacijentu da izražava svoje osjećaje, da osigurava privatnost i adekvatan prostor za razgovor, sluša pacijenta, pokazuje razumijevanje i interes za njegov problem. Također, medicinska sestra mora odrediti granice u slučaju rizičnog ponašanja, uočavati promjene u mentalnom statusu i uočavati postoji li prisutnost suicidalnih misli i namjera. U dogovoru s pacijentom medicinska sestra radi plan zdravstvene njege, uključuje pacijenta u donošenju odluka, te potiče pacijenta na fizičku aktivnost i socijalne kontakte s drugim ljudima. Ako je potrebno predlaže pacijentu i/ili njegovoj obitelji razgovor s psihologom, te ih uključuje u grupne terapije. Vrlo je bitno da medicinska sestra stvori empatijski odnos s pacijentom, da pruža pacijentu pozitivne povratne informacije te da ga ohrabljuje (28).

4.3.3. Visok rizik za infekciju

Čimbenici koji povećavaju rizik od infekcije kod onkoloških pacijenata uključuju oštećenje normalnih anatomskih barijera, poput kože i površina sluznice, opstruktivne pojave (česte u bolesnika s plućnim, hepato-bilijarnim, gušteračkim, crijevnim, prostatskim i ginekološkim tumorima), kirurški postupci, kemoterapija, zračenje, disfunkcija središnjeg živčanog sustava, prehrambeni čimbenici i sve veća upotreba medicinskih uređaja (kateteri, stenti, šantovi i proteze). Uobičajena mjesta infekcije uključuju respiratorni trakt, krvotok, urinarni trakt i strukture kože i kože (uključujući infekcije na kirurškim mjestima). Posljednjih godina epidemiologija većine ovih infekcija promijenila se pojavom otpornih organizama. Prevencija infekcije, kontrola infekcije i upravljanje antimikrobnim sredstvima važne su i često podcjenjivane i zanemarene strategije u onkološkom okruženju (29).

Neki od čimbenika su:

- Neutropenija (kemoterapije, terapija zračenjem, infiltracija koštane srži, lijekovi)
- Prekid anatomskih barijera/ kože, sluznice (kemoterapija, terapija zračenjem, vaskularni kateteri, urinarni kateteri, kirurški i dijagnostički postupci)
- Opstrukcija zbog primarnog ili metastatskog tumora (apsces pluća, jetre, gušterače, nekroza, perforacija, krvarenje, infekcija mokraćnog sustava)
- Medicinski postupci/ uređaji (dijagnostička/terapijska kirurgija- infekcije na mjestu kirurškog zahvata, osteomijelitis, septički artritis, lokalno stvaranje apcesa)
- Ostalo (dob, nutritivni status, prethodno izlaganje antibioticima, gubitak refleksa u trbuhu) (29).

Uobičajene anatomske barijere poput kože i različitih površina sluznice (orofaringealna, gastrointestinalna, respiratorna i genito-urinarna) pružaju važan prirodni obrambeni mehanizam od napada invazivnih patogena. Kemoterapija često oštećuje površine sluznice, povećavajući time rizik od infekcija uzrokovanih organizmima koji koloniziraju te površine. Tumori mogu uzrokovati lokalnu eroziju i stvaranje fistule (npr. bronho-pleuralni, dušnik-ezofagealni, rekto-vaginalni).

Zaštita koju pruža koža smanjuje se i kirurškim zahvatima i zračenjem, te medicinskim uređajima poput katetera i perkutane endoskopske gastrostomije cijevi. Kirurgija, medicinski postupci, terapija zračenjem te široka i sve veća upotreba katetera i drugih uređaja često su povezani s razvojem infekcije. Uporaba vaskularnih pristupnih katetera s više lumena postala je uobičajena i uvelike olakšava vađenje krvi i davanje različitih entiteta kao što su kemoterapija, antimikrobna sredstva, krv i krvni proizvodi i tekućine. Glavna komplikacija povezana s kateterima je infekcija. Organizmi koji uzrokuju infekcije povezane s kateterom uglavnom su oni koji koloniziraju ljudsku kožu. Mnogi pacijenti s tumorima središnjeg živčanog sustava zahtijevaju postavljanje šantova kako bi se ublažio intrakranijalni tlak. Kad se zaraze, kraj ovih šantova na središnjem živčanom sustavu, pojavljuju se simptomi kao što su glavobolja, promjene mentalnog statusa i meningizam, dok distalni krajevi tih šantova (koji se obično nalaze u pleuralnoj ili peritonealnoj šupljini) stvaraju simptome pleuritisa ili peritonitisa. Kirurški implantirani protetski uređaji često se koriste u bolesnika s osteosarkomom ili drugim tumorima kostiju/hrskavice. Infekcija je najčešća komplikacija povezana s ovim uređajima i može zahtijevati uklanjanje uređaja radi rješavanja infekcije. Uobičajena mjesta infekcije u velikoj mjeri ovise o mjestu i veličini tumora i/ili mjestu i prirodi medicinskog proizvoda koji se koristi, izvedenom kirurškom zahvatu te mjestu i intenzitetu zračenja. Infekcije na kirurškom mjestu su među najčešćim (29).

Medicinska sestra najprije radi fizikalni pregled i procjenjuje stupanj oštećenja na koži i sluznicama, procjenjuje stupanj svijesti, stupanj pokretljivosti, te podatke o kognitivno senzornom deficitu. Također, prikuplja podatke o aktualnoj terapiji, liječenju i o mogućim izvorima infekcija. Medicinska sestra mjeri vitalne znakove kod pacijenta, prati promjene laboratorijskih nalaza, prati izgled izlučevina, šalje briseve i sekret na bakteriološke analize. Vrlo je bitno da se održava higijena ruku prema standardu, da koristi rukavice te ostalu zaštitnu odjeću kao što su kapa, maska, ogrtač, naočale. Medicinska sestra educira pacijenta i njegove posjetitelje o higijenskom pranju ruku, uvjetima izolacije itd. Održava higijenu prostora prema standardnoj proceduri, ograničava širenje mikroorganizama u okolinu zrakom. Ako je potrebno, odnosno prema odredbi liječnika, prikuplja i šalje uzorke urina, krvi, sputuma, briseve na potrebne analize. Vrlo je bitno pridržavanje aseptičnih uvjeta, te da prati i reagira na pojavu znakova i simptoma infekcije. Medicinska sestra također educira pacijenta i obitelj o čimbenicima rizika za nastanak infekcije, o načinu prijenosa infekcije, o mjerama prevencije, o ranim znakovima i simptomima i o zbrinjavanju infektivnog otpada (25).

Medicinske sestre uvijek igraju važnu ulogu u kontroli infekcija. Stalno obrazovanje i osposobljavanje neoborivi su elementi sestrinske prakse. Procjena područja prakse u kojima uspješnost ne ispunjava očekivanja trebala bi biti usmjerena na poboljšanje, a zatim bi trebala biti dio plana profesionalnog razvoja svake medicinske sestre. Kompetencija se definira kao sposobnost primjene znanja u praksi, a predložene su posebne kompetencije usmjerene na zdravstvene radnike iz bolnice. Važno je da su te iste kompetencije relevantne za njegu koja se pruža u bilo kojem okruženju i mogu se koristiti kao osnova za program obrazovanja i osposobljavanja u ustanovi s naglaskom na prevenciji infekcija (30). Prevencija infekcije zahtijeva angažman pacijenata, njihovih obitelji i medicinskih sestara, kao i ostalog zdravstvenog osoblja. Pacijenti moraju biti ovlaštteni i osposobljeni za samopomoć na način koji minimalizira štetu koju je moguće spriječiti. Pacijentov angažman započinje zajedničkim informacijama, procjenom njihove sposobnosti za izvršavanje željenih zadataka, osiguravajući da imaju sposobnost za izvršavanje tih zadataka, procjenom te izvedbe i povratnim informacijama u vezi s poboljšanjem. Uz to, metode informiranja i osposobljavanja moraju prepoznati i jezičnu i zdravstvenu pismenost i prepreke. Primjer aktivnosti koja je ključna za sprječavanje prijenosa infekcije je higijena ruku. Naučiti pacijente da očiste ruke i omogućiti članovima obitelji da im pomognu u obavljanju ovog jednostavnog zadatka može pružiti niz sekundarnih prednosti. Jedna od tih prednosti je provođenje higijene ruku od strane novih skupina pojedinaca (obitelji ili posjetitelji) koji su tada manje sposobni biti uključeni u kontaminaciju okoliša ili kretanje mikroorganizama iz okoline do svojih voljenih pacijenata. Medicinske sestre moraju znati prepoznati rizik od unakrsne kontaminacije. To znači da se čišćenje ruku mora dogoditi između dodira koji uključuju pacijenta i kada dodir uključuje njegovo okruženje gdje se provodi zdravstvena njega.

Medicinske sestre moraju biti spremne na odgovarajuće postupke kako bi osigurale da svaku interakciju s pacijentom obavlja netko čije ruke ne nose organizme do njih, na opremu koja se koristi u njihovoj njezi, lijekove koji se njima daju ili na okolinu koja ih okružuje. Budući da su medicinske sestre najzastupljeniji zagovornik pacijenata, to također znači da moramo držati sve zdravstveno osoblje odgovornim za vlastitu higijenu ruku. Zaštita sigurnosti pacijenta može značiti da interveniramo prije nego što drugo zdravstveno osoblje dodirne pacijenta bez obavljanja odgovarajuće higijene ruku. na opremu koja se koristi u njihovoj njezi, lijekove koji im se daju ili na okolinu koja ih okružuje.

Kako medicinske sestre imaju glavnu ulogu u primjeni lijekova, one moraju biti kompetentne u svim aspektima njegove pripreme, rukovanja i primjene, kao i svih potrepština i opreme koja se koristi za injekcije ili ubod (30).

5. ZAKLJUČAK

Emocionalni stres življenja s dijagnozom raka i njegovog liječenja, strah od ponovnog pojave i nevolja nametnuta životom s gore opisanim svakodnevnim fizičkim problemima mogu stvoriti nove ili pogoršati postojeće psihološke nevolje ljudima koji žive s rakom, njihovim obitelji i druge neformalne njegovatelje. Fizička i psihološka oštećenja također mogu dovesti do značajnih socijalnih problema, poput nemogućnosti rada ili ispunjavanja drugih normativnih društvenih uloga. Iako većina oboljelih od karcinoma i njihove obitelji imaju normalno psihološko funkcioniranje, psihološka stanja u stresu česta su u osoba s rakom. Prevalencija psihološkog stresa varira ovisno o vrsti raka, vremenu od dijagnoze, stupnju tjelesnog i oštećenja uloge, količini boli, prognozi i drugim varijablama. Čak i pacijenti koji ne razviju kliničke sindrome mogu se suočiti s brigama, strahovima i drugim oblicima psihološkog stresa koji im uzrokuju značajnu nevolju. Kronična bolest može dovesti do krivnje, osjećaja gubitka kontrole, bijesa, tuge, zbunjenosti i straha. Anksioznost, poremećaj raspoloženja, strah od recidiva, zabrinutost zbog slike vlastitog tijela i komunikacije te drugi problemi s članovima obitelji česti su i kod pacijenata s karcinomom. Pacijenti mogu imati i osjećaj straha za budućnost, nemogućnost izrade planova, neizvjesnost i pojačani osjećaj ranjivosti i druge brige, poput mogućeg razvoja drugog raka, promjena spolne funkcije i reproduktivne sposobnosti te promjena u nečijoj ulozi u obitelji i drugim odnosima. Štoviše, oboljeli od raka mogu se suočiti s duhovnim i egzistencijalnim problemima koji uključuju njihovu vjeru, njihov odnos s Bogom i mogućnost i značenje smrti. Dijagnoza životno opasne bolesti člana obitelji stvara strah od gubitka voljene osobe i zabrinutost zbog patnje koju će podnijeti. Psihološka nevolja članova obitelji može biti jednako teška kao i bolest pacijenta (19). Tjelesnom i mentalnom zdravlju oboljelih od raka treba se pozabaviti ne samo tijekom aktivnog liječenja, već i tijekom kontinuiteta preživjele skrbi. Dijagnoza i liječenje raka mogu biti popraćeni dubokim tjelesnim, emocionalnim, socijalnim, profesionalnim i financijskim stresorima, kao i povezanim porastima simptoma anksioznosti i depresije.

6. LITERATURA

1. Trivedi J, Goel D. What psychiatry means to us. *Mens Sana Monogr.* 2006; 4(1):166-83.
2. Caruso R, Breitbart W. Mental health care in oncology: Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *EPS.* 2020; 29:86.
3. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry.* 2015;14(2): 231-233.
4. Haileamlak A. Mental Health Disorders: The Deserted Illnesses. *Ethiop J Health Sci.* 2017 Jan; 27(1): 1–2.
5. Chaturvedi S. Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian J Psychiatry.* 2012 Apr-Jun; 54(2): 111–118.
6. Grassi L, Spiegel D, Riba M. Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Res.* 2017; 6: 2083.
7. Mojarad F, Sanagoo A, Jouybari L. Exploring the Experiences of Oncology Nurses about the Factors Facilitating their Presence at the Bedside of Patients with Cancer: A Qualitative Study. *Indian J Palliat Care.* 2019; 25(2): 236–241.
8. Niedzwiedz C, Knifton L, Robb K, Katikireddi S, Smith D. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer.* 2019; 19: 943.
9. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. *British Psychological Society;* 2011.
10. Smith H. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol Lett.* 2015; 9(4): 1509–1514.
11. Kufe D, Pollock R, Weichselbaum R. Holland-Frei Cancer Medicine- Psychiatric Disorders. *BC Decker;* 2003.
12. Kyriacou J. Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J.* 2017; 27(3): 236–242.

13. Mazzocco K, Masiero M, Carriero M, Pravettoni G. The role of emotions in cancer patients' decision-making. Ecancermedicalsecience. 2019; 13: 914.
14. Segerstrom S, Miller G. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. Psychol Bull. 2004; 130(4): 601–630.
15. Quinn G, Koskan A, Wells K, Gonzalez L, Meade C, Pozo C, Jacobsen P. Cancer Patients' Fears Related to Clinical Trial Participation: A Qualitative Study. J Cancer Educ. 2012; 27(2): 257–262.
16. Zhou E, Nekhlyudov L, Bober S. The primary health care physician and the cancer patient: tips and strategies for managing sexual health. Transl Androl Urol. 2015; 4(2): 218–231.
17. Shankar A, Prasad N, Roy S, Chakraborty A, Biswas A, Patil J, Rath G. Sexual Dysfunction in Females after Cancer Treatment: an Unresolved Issue. Asian Pac J Cancer Prev. 2017; 18(5): 1177–1182.
18. Higano C, Zarowski C, Wassersug R, Elliott S. Sexual Health After Cancer Therapy. J Oncol Pract. 2016; 12(4): 305–306.
19. Institute of Medicine Committee on Psychosocial Services to Cancer. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. National Academies Press (US); 2008.
20. Faye A, Gawande S, Tadke R, Kirpekar V, Bhave S. Focusing on Psychiatric aspects of cancer: A need of the day?. Panacea Journal of Medical Sciences. 2016;6(3): 117-124.
21. Cummings G, Lee S, Tate K. The evolution of oncology nursing: Leading the path to change. Can Oncol Nurs J. 2018; 28(4): 314–317.
22. Kufe D, Pollock R, Weichselbaum R. Holland-Frei Cancer Medicine- Role of the Oncology Nurse. BC Decker; 2003.
23. Jomar R, Bispo V. The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer: integrative review. Ecancermedicalsecience. 2014; 8: 462.
24. National Cancer Institute. PDQ Cancer Information Summaries. Bethesda (MD). 2020.
25. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Sestrinske dijagnoze. Zagreb. 2011.

26. Leite M, Nogueira D, Terra F. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(6): 1082–1089.
27. Bahrami M, Mohamadirizi M, Mohamadirizi S, Hosseini S. Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. J Educ Health Promot. 2017; 6: 81.
28. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. *Sestrinske dijagnoze 3*. Zagreb. 2015.
29. Rolston K. Infections in Cancer Patients with Solid Tumors: A Review. Infect Dis Ther. 2017; 6(1): 69–83.
30. Carrico R, Garrett H, Balcom D, Glowicz J. Infection Prevention and Control Core Practices: A Roadmap for Nursing Practice. HHS Public Access. 2018; 48(8): 28–29.

7. OZNAKE I KRATICE

npr. - Naprimjer

WHO - Svjetska zdravstvena organizacija

tj.- To jest

itd.- I tako dalje

8. SAŽETAK

Psihijatrijska onkologija kao pod-specijalnost usredotočena je na niz pitanja koja uključuju ulogu životnih događaja, stresa i drugih psiholoških čimbenika u uzročnosti, održavanju i prognozi raka; psihološke i emocionalne reakcije na dijagnozu raka, njegovo ponavljanje, metastaze; psihijatrijski poremećaji u vezi s rakom i njegovim liječenjem; psihološke metode liječenja i savjetovanje, komunikacija s oboljelima od raka i njihovom rodbinom; terminalna skrb i palijativna skrb; proučavanje i upravljanje tugom i tugom povezanom s rakom; i stres i izgaranje osoblja među profesionalcima koji liječe pacijente s rakom. Najčešći psihijatrijski poremećaj uočen u bolesnika s karcinomom je poremećaj prilagodbe s depresijom, anksioznošću ili oboje. Očekuje se da će pacijent s karcinomom češće nego što bi trebao imati određenu razinu psihološkog stresa, što se smatra prirodnom reakcijom. Međutim, definitivno postoji premalo izvješća o psihološkom morbiditetu među pacijentima s rakom. Dijagnoza raka izaziva daleko veću emocionalnu reakciju od dijagnoze bilo koje druge bolesti, bez obzira na stopu smrtnosti ili modalitet liječenja. Šok i nevjerica najčešći su početni odgovori, a slijede ljutnja, depresija i osjećaj gubitka i tuge. Normalna reakcija može varirati od osobe do osobe.

Aspekti mogu biti vidljivi u različitim fazama putanje bolesti od dijagnoze do preživljavanja ili palijativne skrbi i tijeka raka (npr. remisija, recidiv, napredovanje i kraj života). Pacijenti s rakom mogu usvojiti nekoliko stilova emocionalnog, kognitivnog i bihevioralnog odgovora na bolest. Pokazalo se da neki stilovi, poput borbenog duha (tj. Sklonosti suočavanju i aktivnom suočavanju s bolešću), čine da favoriziraju prilagodbu bolesti, dok drugi, poput beznađa (tj. sklonosti zauzimanju pesimističnog stava prema bolest), tjeskobna preokupacija (tj. tendencija stalnog opažanja utjecaja bolesti u vlastitom životu) i poricanje, povezani su s lošijom prilagodbom na bolest i većim rizikom od nevolje.

Ključne riječi: onkologija, rak, depresija, anksioznost, aspekti, psihijatrija

9. SUMMARY

Psychiatric oncology as a sub-specialty focuses on a number of issues, which include the role of life events, stress, and other psychological factors in the causation, maintenance, and prognosis of cancer; psychological and emotional reactions to diagnosis of cancer, its recurrence, metastasis; psychiatric disorders in relation to cancer and its treatment; psychological methods of treatment, and counseling, communicating with cancer patients and their relatives; terminal care and palliative care; study and management of grief and bereavement related to cancer; and staff stress and burnout among professionals treating cancer patients. The most common psychiatric disorder observed in cancer patients is adjustment disorder with depression, anxiety, or both. A patient with cancer is expected to have a certain level of psychological distress, which is considered a natural reaction, more often than should be. However, there is definitely an underreporting of psychological morbidity among cancer patients. Diagnosis of cancer evokes far greater emotional reaction than diagnosis of any other disease, regardless of mortality rate or treatment modality. Shock and disbelief are the most common initial responses, followed by anger, depression, and a feeling of loss and grief. The normal reaction can vary from person to person

Aspects may be evident in different phases of the trajectory of illness from diagnosis to survivorship or palliative care and the course of cancer (e.g. remission, recurrence, progression, and end of life). Cancer patients may adopt several styles of emotional, cognitive, and behavioural response to the disease. It has been shown that some styles, such as a fighting spirit (i.e. the tendency to confront and actively face the illness), seem to favour adjustment to illness, while others, such as hopelessness (i.e. the tendency to adopt a pessimistic attitude to the illness), anxious preoccupation (i.e. the tendency to constantly perceive the impact of illness in one's own life), and denial, tend to be associated with poorer adjustment to illness and a higher risk of distress.

Keywords: oncology, cancer, depression, anxiety, aspects, psychiatry

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/studentice
U Bjelovaru, <u>20.05.2021</u>	IVAN MIWAKOVIĆ	Ivan Miwaović

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

IVAN MIWAHOVIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 20.05.2021

Ivan Miwahović

potpis studenta/ice