

Uloga medicinske sestre u liječenju psiholoških aspekata onkoloških bolesnika

Savi, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:144:797806>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU
PSIHOLOŠKIH ASPEKATA ONKOLOŠKIH
BOLESNIKA**

Završni rad br. 55/SES/2019

Martina Savi

Bjelovar, listopad, 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Savi Martina** Datum: 08.07.2019. Matični broj: 001623

JMBAG: 0314015832

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u liječenju psiholoških aspekata onkoloških bolesnika**

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

Grana: **Sestrinstvo**

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

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 55/SES/2019

Dijagnoza karcinoma sa sobom nosi visoku razinu psihološkog distresa. Ako psihološki problemi ostanu neprepoznati kvaliteta života oboljelog i članova njegove obitelji znatno se smanjuje. U radu će studentica opisati proces zdravstvene njege onkoloških bolesnika sa naglaskom na psihološke aspekte njege.

Zadatak uručen: 08.07.2019.

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



ZAHVALA

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima kao i ostalim suradnicima Stručnog studija sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru na prenesenom znanju. Posebno hvala profesorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. na svim savjetima, podršci i pomoći tijekom pisanja ovoga rada.

Zahvaljujem mojim roditeljima koji su mi omogućili da završim ovaj fakultet, posebno majci Mirjani kojoj je i posvećen sam rad. Također hvala bratu, sestri i njihovim obiteljima za sve riječi podrške, poticaje i pomoć tijekom školovanja. Jedno posebno hvala zaručniku Vedranu na strpljenju, pomoći i najvećoj podršci. Hvala svima što ste bili uz mene na putu ostvarivanja svoga cilja.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Fizički aspekti bolesti	2
1.1.1. Biologija raka.....	2
1.1.2. Metastaziranje raka	3
1.1.3. Epidemiologija raka	3
1.2. Onkologija.....	5
1.3. Psihoonkologija.....	6
2. CILJ RADA	7
3. METODE RADA.....	8
4. REZULTATI	9
4.1. Psihološki aspekti onkoloških bolesnika.....	9
4.1.1. Depresivni poremećaji.....	9
4.1.2. Anksiozni poremećaji.....	10
4.1.3. PTSP i poremećaji prilagodbe.....	11
4.1.4. Psihoza i delirij	12
4.2. Psihoterapijske inetrvcije u onkologiji	14
4.3. Socioterapija	20
4.4. Uloga medicinske sestre u liječenju	22
4.5. Sestrinske dijagnoze	23
4.5.1. Sestrinske dijagnoze u liječenju psiholoških aspekata onkoloških bolesnika	23
4.5.1.1. <i>ANKSIOZNOST</i>	23
4.5.1.2. <i>VISOK RIZIK ZA SAMOOZLJEĐIVANJE</i>	24
4.5.1.3. <i>NEPRIHVAĆANJE VLASTITOG TJELESNOG IZGLEDA</i>	25
4.5.1.4. <i>NISKO SAMOPOŠTOVANJE</i>	26
4.5.1.5. <i>PORICANJE</i>	27
5. RASPRAVA.....	29
6. ZAKLJUČAK.....	31
7. LITERATURA	32
8. OZNAKE I KRATICE	34
9. SAŽETAK.....	35
10. SUMMARY.....	36

1. UVOD

Maligna se oboljenja šire velikom brzinom, iz dana u dan, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Smatraju se jednom od najvećih javnozdravstvenih problema. Gledajući tablicu uzroka smrti, zloćudne se novotvorine nalaze na drugom mjestu, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti. Epidemiološki gledano, ukupan broj novooboljelih osoba od zloćudnih bolesti u 2015. godini iznosio je 22 503, od toga 11 969 muškaraca i 10 534 žene. Iste godine od raka umrlo je 14 012 osoba, 8 030 muškaraca i 5 982 žene (1). Dvije godine poslije, 2017. godine dolazi do pada broja umrlih od zloćudnih tumora koji tada iznosi 13 964 (7 952 muškarca i 6 012 žena)(2).

Rak kao bolest utječe na sve aspekte života bolesnika. Najteže je bolesniku spoznati da je upravo on taj koji se razbolio. Uz to, obuzmu ga strah (ponajviše od smrti), bol i beznade, te se bolest razvije i na drugim organskim sustavima. Najčešće, onkološki bolesnik postane i psihički bolestan, sa znakovima depresije i anksioznosti (3). Ipak takva dijagnoza stvara očekivano krizno ponašanje s emocionalnim reakcijama koje se kod bolesnika moraju prihvatiti od strane svih (obitelji, prijatelja, medicinskog osoblja, liječnika...)

Kod bolesnika suočenih s ovakvom dijagnozom, uspješnost obrane nije samo u snazi njihova ega. Uspješniji su ako imaju dobro uspostavljene odnose u obitelji, a osim toga i odnos s liječnikom i drugim medicinskim osobljem. Podrška se onkološkom bolesniku pokazala iznimno važna. Najvažnije je da podrška u najvećoj mjeri dolazi od strane obitelji i bližnjih kako bi se osoba lakše nosila sa samom bolesti i procesom liječenja. Kako bi im se smanjili strah i socijalna izolacija, veliku ulogu ima i medicinsko osoblje koje svojim stavovima i ponašanjima doprinosi pozitivnim stavovima pacijenata i njihovim aktivnijim suočavanjem s bolešću (4).

1.1. Fizički aspekti bolesti

Novotvorine nastale raspadom malignih stanica po tijelu nazivaju se karcinom. S obzirom na rasprostranjenost po čitavom tijelu, nalaze se i u mnogim organima.

Još 400 godine prije Krista, Hipokrat je dao naziv ovoj vrsti oboljenja – rak. Rak, neoplazma ili novotvorina (grč. neos – nov, plasia – rast) naziv je za patološku tvorbu koja nastaje kao posljedica prekomjernog umnožavanja abnormalnih stanica. Kod zdravog čovjeka stanice se kontrolirano umnožavaju i nekoliko milijuna puta na dan. Međutim, uvijek postoji mogućnost da nešto krene po krivu. Kada se to dogodi, javlja se višak stanica koji nazivamo tumor. Tumori mogu biti maligni, zloćudni ili kancerogeni te dobroćudni, nekancerogeni. Unatoč tome, danas postoji više od 100 različitih vrsta rakova (5).

1.1.1. Biologija raka

Uz razvoj citogenetike, 50-ih godina prošlog stoljeća došlo je do spoznaje o promjenama izgleda i broja kromosoma u krvi i tkivima oboljelih od raka. To je automatski povezalo genetičke promjene i tumore. Osim toga, povezala ih je i činjenica da većina agensa koji uzrokuju rak djeluju na razini DNA. No, bez obzira na to era molekularne onkologije započinje otkrićem staničnih onkogeni i objašnjenjem mehanizama njihove aktivacije. Iako su promjene gena uključene u nastanak raka to ne znači da je on automatski nasljedna bolest. Većina je tumora ipak rezultat više somatskih mutacija, a samo 5-10% tumora je nasljedno. Kako znamo da rak nastaje nakupljanjem genetičkih pogrešaka u duljem razdoblju, znamo i da mu učestalost raste s dobi.

U nastanku raka sudjeluju dvije skupine gena, onkogeni i supresorski geni. Obje skupine u zdravih ljudi imaju važne uloge, posebice u regulaciji staničnog ciklusa i diferencijaciji. Aktiviraju se tek kada dođe do promjena njihove strukture ili funkcije. Prilikom aktivacije postoje tri vrste mehanizama: mutacija, translokacija i amplifikacija. Svaka od njih ima svoj poseban zadatak.

Mutacije se zapravo odnose na točkaste mutacije kada se jedan nukleotid zamjeni drugim te tako dovodi do kodiranja pogrešnog proteina. Točkasta mutacija samo jednog nukleotida dovoljna je da se poremeti njegova funkcija. Sljedećom fazom, translokacijom, dolazi do premještanja dijela kromosoma i zamjene s drugim. Posljedice koje izaziva su gubitak

regulacijskog slijeda onkogena, odlazak onkogena pod kontrolu novih transkripcijskih elemenata te stvaranje novog kimeričkog gena koji se aktivno prepisuju. Zadnja faza je amplifikacija koja znači pretjeranu aktivnost određenog gena.

Za prijenos signala o diobi među stanicama glavni su činitelji rasta. Njihove signale prima stanica i prenosi ih dalje. U njoj pak djeluju proteini koji odlučuju hoće li se stanica dijeliti dalje ili ne. Većina tumora nastaje baš zato što su signalni putovi u stanici poremećeni (6).

1.1.2. Metastaziranje raka

Metastaze podrazumijevaju aktivno ili pasivno prenesene tumorske stanice primarnog tumora po organizmu, u nekoj drugoj udaljenoj regiji. One su te koje tumor označuju zloćudnim. Svojim izgledom i ponašanjem odgovaraju primarnom raku, bez obzira u kojem se organskom sustavu nalazile. Kroz organe se šire krvotokom i/ili limfnim sustavom.

Sama pojava metastaza bolesnicima daje lošiju prognozu i ograničuje im mogućnost liječenja. One ukazuju na rak IV. ili zadnjeg stadija. Takav rak je većinom neizlječiv, ali vrste liječenja prvenstveno ovise o tipu primarnog tumora, a osim toga i veličini i lokaciji metastaza. Važno je uzeti u obzir dob pacijenta i njegovo zdravstveno stanje (5).

Liječenje raka smatra se najkompleksnijom vrstom terapije u medicini danas. Postoje tri glavna načina liječenja: kirurško liječenje, farmakološko liječenje i radioterapija. Sva tri postupka moraju dovesti do ublažavanja bolesti, produljenja životnog vijeka pacijenata i poboljšanja kvalitete njihova života. Redoviti i učestali pregledi nužni su kako bi se napredak raka uočio na vrijeme (6).

1.1.3. Epidemiologija raka

Kod čovjeka se rak spominje prvi put prije 5 000 godina. On nije jedna već dvjestotinjak različitih bolesti koje imaju svaka svoje uzroke. Epidemiologija se raka spominje još od 1713. godine, dok u suvremenom obliku počinje 1950. godine. Tako se je krajem Drugog svjetskog rata posjedovalo mnogo epidemioloških podataka koje su povezivale rak s određenim zanimanjima. To je pridonijelo važnosti navika življenja u nastanku raka.

Učestalost raka povećava se s dobi, rijedak je prije 30. godine života iako se pojavljuje i u dječjoj dobi. Smatra se da je starost najvažniji rizični čimbenik za rak, pa tako statistički podatci

kažu kako je u razvijenim zemljama 60% umrlih od raka starije od 65 godina. Epidemiologija raka uključuje nekoliko različitih područja. Prva je deskriptivna ili opisna epidemiologija koja je zadužena za određivanje broja oboljelih, broja umrlih. Ona se bavi incidencijama. Prosječna, godišnja incidencija pokazuje broj novooboljelih u jednoj godini. Sljedeće je područje analitička epidemiologija koja traži uzroke različitog pojavljivanja raka i promjena tijekom vremena. Za svoja istraživanja prati velike skupine ljudi. Teorijska epidemiologija pak proučava i tumači dobivene rezultate opažanja s pomoću matematičkih modela. Zadnje je područje eksperimentalna epidemiologija. Svoj djelokrug rada zasniva na intervencijama, populacijskim i kliničkim studijima. Epidemiologija je sve više multidisciplinarna znanost u kojoj surađuju epidemiolozi i drugi stručnjaci.

Kako bi doživotno pratili osobe s rakom, osnovan je registar za rak. Opisujemo ga kao specijalni statističko-epidemiološki uređaj za pojedinačno, višegodišnje praćenje oboljelih. Prvi Hrvatski registar osnovan je pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo davne 1959. godine. U registar su uključene informacije o oboljelima, sociodemografske i medicinske. Skupljaju se na sistematski, pomno smišljeni način tijekom duljeg vremenskog razdoblja (6).

1.2. Onkologija

Najizazovnije, najuzbudljivije i najzahvalnije područje medicine danas svakako je onkologija. Niti jedno drugo područje medicine nema toliko svakodnevnih promjena, novih saznanja, inovacija i nepoznanica kao ona. Također je i jedino područje medicine u kojem liječnici, znanstvenici, kliničari, intenzivno i blisko surađuju, sa zajedničkim ciljem liječenja zloćudnih bolesti. Onkologija zahtjeva timski rad gdje sve specijalnosti imaju svoje ravnopravno mjesto. Važno je da svi oni teže jednakom cilju: pružiti najveću moguću pomoć oboljelima od zloćudnih tumora. Od njih se očekuje da bez obzira na njihovu specijalnost u određenom trenutku moraju biti onkolozi. Moraju znati da je u onkologiji glavni cilj liječenje, iako su česte situacije u kojima su svjesni i liječnici i sami oboljeli da to nije moguće. U takvim slučajevima dolazi do različitih izazova, što emotivnih, psiholoških, socijalnih, što etičkih i intelektualnih. Također do velikog izražaja dolazi i psihosocijalni izazov koji se svakodnevno stavlja pred liječnika, najviše pri susretima s oboljelima i njihovim obiteljima (7).

U onkologiji je, za liječnike koji sudjeluju u liječenju važna i teorijska i eksperimentalna onkologija. Zahvaljujući njoj danas postoje čvrsti temelji kliničke implementacije. Vrlo zamjetan napredak u liječenju i prognozi bolesti postignut je proteklih nekoliko godina. Od tada, na rak se gleda kao i na svaku drugu, kroničnu bolest. Nekada se od nje samo umiralo, dok danas od nje možemo umrijeti, ali isto tako i dugo i kvalitetno živjeti. Psihička je rehabilitacija iz tog razloga važan dio onkološke terapije. Ona uvelike pomaže bolesnim i liječenim osobama pravovremenu i ponovnu reintegraciju u obitelj, radnu i socijalnu sredinu, dok kod terminalnih faza bolesti predstavlja dio u palijativnoj skrbi. U Republici Hrvatskoj se nažalost, rehabilitacija onkoloških bolesnika kao dio tretmana, često zapostavlja, ili se zna provoditi u pojednostavljenom obliku. Zapravo nismo svjesni kako upravo to dovodi do komplikacija koje oboljelima ne omogućuju kvalitetan život, a time i opterećuju financijski sustav.

Unatoč svim uspjesima onkologije i psihološke rehabilitacije, i dalje postoje prostori za daljnje poboljšanje. Onkologija je svakako znanost budućnosti (7).

1.3. Psihoonkologija

Karcinom se smatra jednim od najvećih javnozdravstvenih problema u svijetu, a incidencija mu raste kao rezultat starenja stanovništva. Nekada je riječ rak bila sinonim za smrt pa se samim time smatralo kako je otkrivanje dijagnoze bolesniku nehumano i okrutno i da bi to dovelo do gubitka nade kod oboljelog i prestanka borbe s bolešću. Dokazano je kako većina oboljelih od karcinoma ima raznolike psihološke a i psihijatrijske poremećaje koji nadasve zahtijevaju optimalnu dijagnozu i pravilno liječenje. Proučavanje povezanosti karcinomskih bolesti i psihosocijalnih varijabli pokrenulo je razvoj posebne discipline, psihoonkologije.

Psihoonkologija se kao disciplina počinje razvijati onda kada se od pacijenta prestaje skrivati njegova dijagnoza, točnije 50-ih godina 20. stoljeća. Razvija se suradnjom velikog broja različitih struka kojima je zajednički cilj postići kvalitetno liječenje i optimalnu skrb za oboljele. Njezin rad je dvosmjernan. S jedne strane stručno savjetuje te pruža podršku oboljelima i njihovim obiteljima, a s druge strane provodi istraživanja o nastajanju bolesti i njenim pozitivnim i negativnim stranama. Prihvaćena je kao važan dio onkologije. U multidimenzionalnom razumijevanju karcinomskih (malignih) bolesti, istražuje psihičke faktore prisutne kod oboljelih. U svom poslu uključuje dijagnostiku, terapiju te edukativne i istraživačke aktivnosti. Samim time psihijatra svrstava u dio onkološkog tima (8).

Donedavno se unatoč svim posljedicama neadekvatnog liječenja i velikoj subjektivnoj patnji psihijatrijskim/psihološkim poremećajima pridodavalo premalo pažnje u dijagnozi i liječenju onkoloških bolesnika.

Danas se psihoonkologija sve više i više razvija te svoje interese širi na preživjele i palijativnu skrb. Osim njih interese širi i na genetski predisponirane osobe, one koje imaju visok rizik za pojavom raka, kod kojih su otkriveni geni koji se smatraju mogućim nositeljem bolesti (8).

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada je upoznati čitatelje sa psihološkim problemima koji se javljaju kod onkoloških bolesnika, a rezultat su otežanog nošenja s njihovom bolešću.

Opisat će se epidemiologija i klinička slika najčešćih psihičkih poremećaja te psihoterapijske intervencije u onkologiji. Naglasak će biti na ulozi medicinske sestre u provođenju istih, kako bi oboljelima dali priliku za boljom kvalitetom života.

3. METODE RADA

Za izradu završnog rada *Uloga medicinske sestre u liječenju psiholoških aspekata onkoloških bolesnika* korišteni su podaci dobiveni iz stručnih i znanstvenih literatura vezanih uz onkološke i psihijatrijske bolesti. Također su korišteni i statistički podaci s dostupnih internetskih stranica, stručnih radova s Google znalac i online izdanja stručnih časopisa vezanih uz psihoonkologiju i liječenje psihičkih aspekata onkoloških bolesnika.

4. REZULTATI

4.1. Psihološki aspekti onkoloških bolesnika

Velikom broju populacije rak je skupina bolesti koja se nekontrolirano i nepravilno širi i razara zdravo tkivo. Početkom ovog stoljeća, mnoge statistike pokazivale su kako mali broj oboljelih od raka ozdravi te da smrt nastupa unutar godine dana. Tada, a još i danas, za needucirano stanovništvo rak znači patnju i neizbježnu smrt (9).

Mnoge bolesti, a posebice rak dovodi do osjetljivije ličnosti bolesnika. Od najizraženijih emocija, u prvom planu je strah (koliko od boli, toliko i od smrti) te ga slijede tuga i zabrinutost. Taj duboko ukorijenjeni strah dugo vremena sprječavao je primjenu svih potencijala rehabilitacije i fizikalne medicine kod oboljelih.

I danas se psihološki problemi javljaju kod 39% bolesnika oboljelih od malignih bolesti, i podjednako su učestali, ako ne i više od ostalih tjelesnih simptoma. Najčešće se kod onkoloških bolesnika susreću depresivni poremećaji, poremećaji prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaji, te anksiozni poremećaji, seksualne disfunkcije kao i delirij i drugi kognitivni poremećaji. Psihijatri navode kako se susreću i s nizom drugih problema (poremećaj ličnosti, pitanje sposobnosti donošenja odluka, žalovanje, duhovna i religijska pitanja i drugi). Usprkos svemu, i dalje je upitan utjecaj psiholoških faktora na nastanak i progresiju karcinoma (8).

4.1.1. Depresivni poremećaji

Depresija je bolest karakterizirana promjenama raspoloženja. Bolesnik je najčešće tužan, potišten, sa smanjenim interesima i voljom za svakodnevnim aktivnostima, smetnjama samokoncentracije. Depresija često dovodi do razora odnosa s obitelji, prijateljima, a povezana je sa stresom, traumatskim životnim događajima, smrti bližnjih, fizičkom bolesti (10).

Postoje mnoga istraživanja o povezanosti depresije s razvojem i progresijom karcinoma. Često dobivamo različite rezultate i kontradiktorne zaključke, međutim postoji snažan dokaz o povezanosti depresivnih poremećaja s karcinomom. Prevalencija depresije kod solidnih tumora iznosi 20 do 50%. Najviše se depresivnih poremećaja nalazi kod oboljelih s orofaringealnim karcinomom, karcinomom pankreasa, pluća i dojke. Dokazano je kako su depresivni simptomi

povezani s većom učestalošću karcinoma i većim rizikom za smrt od karcinoma, također i s lošijom suradljivošću bolesnika i nedostatnom željom za dugotrajnim liječenjem. Prevalencija depresije ovisi o mnogobrojnim medicinskim faktorima kao što su mjesto tumora, dob pacijenta, vremensko razdoblje od postavljanja dijagnoze, liječenje i slično (4).

Sam karcinom kod bolesnika izaziva niz vegetativnih simptoma, ali je dijagnoza kliničke depresije ipak povezana sa psihološkim simptomima. Kod procjene depresivnih simptoma postoji rizik od njenih neprepoznavanja ili pak pretjeranog dijagnosticiranja. S obzirom da je kod onkoloških bolesnika sama priroda depresije vrlo složena, depresivni poremećaji su sindromi, a ne bolest.

Liječenju depresivnih poremećaja treba se pristupiti primjenom holističkog pristupa, što zapravo znači pristup, cjelovit pristup svim problemima s kojima se osoba susreće. S obzirom na to da depresija mijenja psihološku, biološku, socijalnu i duhovnu dimenziju čovjeka, liječenje je multidimenzionalno. Vrlo korisnim se pokazala kombinacija antidepresiva, psihoterapijske i socioterapijske metode liječenja (8).

4.1.2. Anksiozni poremećaji

Kod čekanja potpune dijagnoze, rezultata testova, liječenja, a i čekanja povratka bolesti, anksioznost je normalna pojava kod malignih oboljenja. Samim time ona negativno utječe na kvalitetu života, čak i na duljinu života bolesnika. Uobičajena je pojava kod kriznih situacija, koja utječe i na samo liječenje, a moguće je i interferiranje anksioznih poremećaja s liječenjem. Intenzitet anksioznosti kod karcinomskih bolesti s vremenom se mijenja i dostiže vrhunac kod iščekivanja ishoda liječenja, pogoršanja bolesti. Ipak većina pacijenata ima sposobnost smanjiti anksioznost edukacijom o samoj bolesti i liječenju iste. Simptome anksioznosti možemo podijeliti na psihološke: pretjerana plašljivost, strepnja, smetnje koncentracije, smetnje spavanja, smetnje pamćenja, te na tjelesne: palpitacija, aritmije, teško disanje, suha sluznica usta, nadutost, vjetrovi, proljev, učestalo mokrenje, zamućen vid, šum u ušima, vrtoglavica i drugi (10).

Ovakvi poremećaji zabilježeni su u višem stupnju kod osoba koje imaju metastaze na CNS-u i tumore pluća koji stvaraju tjelesne probleme. Oni uključuju panične poremećaje, opsesivno-kompulzivne poremećaje, PTSP, generalizirane anksiozne poremećaje, poremećaje prilagodbe i slično (8).

Utvrđivanjem koliko zapravo anksioznost utječe na svakodnevni život bolesnika određuju se metode liječenja iste. Zapravo se anksioznost kontrolira liječenjem samog uzroka bolesti. Započinje informiranjem bolesnika o njegovoj bolesti i pružanjem podrške oboljelom. Nadalje pacijentima se nude razni oblici liječenja koji uključuju psihofarmakoterapiju, psihoterapiju, grupe samopomoći, grupnu i obiteljsku terapiju, hipnozu i tehnike relaksacije. Čak i nakon izlječenja karcinoma, kod većine pacijenata javlja se anksioznost. Kod nekih je uzrokovana povratkom na radno mjesto, kod nekih zbog zdravstvenog osiguranja i troškova liječenja, a također ju uzrokuje strah od povratka karcinoma, promijenjen izgled tijela, seksualna disfunkcija te dovodi do razvoja simptoma PTSP-a (8).

4.1.3. PTSP i poremećaji prilagodbe

Posttraumatski stresni poremećaj definira se kao odgođeni ili produljeni odgovor na izloženost ekstremnom traumatskom stresoru. Uzrok su mu složeni poremećaji sa psihološkom neravnotežom koji tada rezultiraju poremećajima u ponašanju te oštećuju osnovu čovjekova postojanja (10).

Životno ugrožavajuća bolest, kao što je karcinom također dovodi do razvoja PTSP-a. Veliki broj istraživanja ukazuje kako će 0-32% bolesnika oboljelih od karcinoma razviti posttraumatski stresni poremećaj.

Smatra se da su rizični faktori kod karcinomskih bolesnika:

- bivše iskustvo sa stresnim životnim događajima
- povijest psiholoških poteškoća
- visoka razina distresa prije postavljanja dijagnoze karcinoma
- suočavanje putem izbjegavanja
- loša socijalna podrška i
- lošije tjelesno funkcioniranje.

Velika je sličnost u rizičnim faktorima razvoja PTSP-a nakon karcinoma s onima za razvoj PTSP-a općenito. Važno je dodati kako tip i ozbiljnost samog karcinoma ne povećava rizik za PTSP, već glavnu ulogu u tome imaju psihološki faktori (8).

Sydneyska grupa istraživača (Australija) pratila je prediktore razvoja PTSP-a kod oboljelih od karcinoma pluća, vrata i glave od prvog do šestog mjeseca nakon postavljanja dijagnoze te su

došli do sljedećih rezultata: prateći medicinske i psihološke faktore u razvoju akutnog stresnog poremećaja i PTSP-a pronašli su da je 28% pacijenata imalo akutni stresni poremećaj mjesec dana nakon postavljene dijagnoze, dok je 22% pacijenata imalo PTSP šest mjeseci nakon postavljene dijagnoze. Ispostavilo se je da disocijacija u vrijeme dijagnosticiranja karcinoma najbolje određuje tko će kasnije razviti posttraumatski stresni poremećaj. Disocijacija podrazumijeva jedan od načina odgovora na ekstremni stres (8).

4.1.4. Psihoza i delirij

Često se psihički poremećaji kod oboljelih povezuju s tumorima mozga, ali i kod drugih malignih oboljenja gdje su prisutne velike količine kortikosteroida. Psihoza i delirij uobičajeni su kod ovih bolesnika, zbog bolesti i liječenja, a posebice su prisutni u terminalnim stadijima bolesti.

To su stanja u kojima su kod bolesnika prisutne promjene raspoloženja, promjene ponašanja. Dolazi do problema s pamćenjem, razmišljanjem, svjesnošću, do gubitka kontrole nad mišićima, problema sa spavanjem i budnošću. Kod delirija simptomi mogu varirati tijekom dana, a on najčešće nastupa iznenada. Delirantno stanje se može liječiti ali je često samo privremeno.

Poremećaji poput psihoze i delirija mogu se pojaviti i kao komplikacije karcinoma i liječenja istih, ali i mogu nastati zbog indirektnog utjecaja karcinoma ili njegova liječenja na organizam. Često se javljaju kod otkazivanja organa, infekcija, nuspojava lijekova, elektrolitske neravnoteže u prisutnosti karcinoma. Osim ovih, postoji i niz drugih rizičnih faktora kod kojih je moguć razvoj delirija. Njihovom ranom identifikacijom moguća je prevencija nastanka delirija.

Kako za samog pacijenta tako i za njegovu obitelj ova psihička stanja mogu biti jako uznemirujuća, a ponekad i opasna. Pacijenti mogu odreagirati nepredvidivo i agresivno, pa ova stanja oštećuju tjelesno zdravlje i komunikaciju.

Kod prepoznavanja poremećaja potrebna je detaljna opservacija jer su simptomi delirija slični simptomima depresije, anksioznosti pa i demencije.

Liječenje delirija, a i psihoza bazira se na uklanjanju uzroka, samim time i na korekciju doze lijekova, dehidracije i hiperkalcemije. Često se poseže za antipsihoticima i sedativima iako postoje nedoumice kada su u pitanju bolesnici u terminalnim fazama bolesti (8).

4.2. Psihoterapijske intervencije u onkologiji

Psihoterapija je najstarija metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika. Spada u psihološke metode liječenja. U njoj je najvažniji put odnosa terapeuta i pacijenata, jer se njime razvija specifičan put koji pomaže otkrivanju i mijenjanju stavova pacijenata a time i olakšavanje simptoma. Kako bi se postigao dobar odnos terapeuta i pacijenta vrlo je važno korištenje određenih metoda i tehnika. Neke od njih su transfer, prijenos emocija s pacijenta na liječnika i njihova analiza. Osim transfera bitni su i faktori poput kontratransfera, otpor, sugestija. Sam psihoterapeut može biti liječnik, posebice psihijatar, ali i drugi stručnjaci posebno educirani u psihoterapiji i koji imaju određene ličnosti koje im omogućuju razviti odnos s pacijentom (11).

U literaturama se navodi kako je psihoterapija zapravo istraživanje psihičkog života samoga bolesnika, uz to i oslobađanje bolesnika njegovih smetnji te olakšanje njihovih tegoba. Istodobno, psihoterapija dovodi i do mijenjanja reakcija samog bolesnika kako na njega samoga, tako i na njegovu okolinu, pa tako dolazi i do promjene ličnosti. Psihoterapija se danas koristi u liječenju psihoza, alkoholizma i drugih ovisnosti, psihosomatskih oboljenja, a u novije vrijeme i u delikvenciji i sve više u liječenju onkoloških bolesnika (10).

U liječenju onkoloških bolesnika, psihoterapija sadrži dvije važne komponente. One su rad s bolesnikom od postavljanja njegove dijagnoze pa sve do završetka samoga liječenja i rad s medicinskim timom. Psihoterapeuti na onkološkim odjelima moraju dobro poznavati psihoanalitičku teoriju i psihoseksualni razvoj kako bi lakše mogli razumjeti promjene koje su se događale tijekom životnog ciklusa osobe. Tako se pacijentova sadašnja bolest promatra kao normalan razvoj. Psihoanalitičko znanje osim toga pomaže i u razumijevanju osobnosti u strukturi bolesnika, razumijevanju specifičnih odgovora na stres, mehanizama obrane i pamćenja kao rezultata proživljenih iskustava.

Psihoterapijski pristup onkološkim bolesnicima zasniva se na definiranju:

- karakteristika ličnosti oboljelog
- razloga za psihijatrijske intervencije
- bolesnikove životne situacije i doživljavanja sadašnje bolesti
- prepoznavanje rizičnih faktora koji su doveli do bolesti
- metoda ublažavanja stresa (zbog bolesti, hospitalizacije, liječenja)
- obrazaca ponašanja (mogući pokazatelji reakcije na sadašnju situaciju).

Intervencije u psihoterapijskom liječenju onkoloških bolesnika uključuju velik broj postupaka koji imaju zajednički cilj, razumijevanje bolesnika i njegovih problema, čak i onih koji ostaju zanemareni i potiskivani u samom bolesniku (8).

Neki od psihoterapijskih ciljeva u liječenju onkoloških bolesnika mogu biti:

- otkloniti neprimjerene situacije koje mogu izazvati negativne posljedice u dijagnostičkim i terapijskim postupcima
- ukloniti određenu sklonost ka regresiji, pasivizaciji
- smanjiti otpor liječenju
- omogućiti da bolesnik aktivnije sudjeluje u prepoznavanju sadašnjih i budućih problema i motivirati ga za liječenje
- naučiti bolesnika kako da integrira svoju bolest.

Za vrijeme liječenja onkoloških bolesnika najvažniji cilj psihoterapijskih intervencija zapravo je ublažavanje i otklanjanje poteškoća i uspostavljanje pacijentove psihičke ravnoteže. S obzirom da znamo kako psihoterapija dovodi do promjena ličnosti, moramo reći kako joj to kod onkoloških bolesnika nije primarni cilj. Takvi bolesnici liječe se zbog drugih tegoba iako je po završetku liječenja moguća promjena određenih osobnosti koja je rezultat boravka u bolnici, i nekih psihoterapijskih intervencija. Pri susretu s bolesnikom u terapijskom okruženju, nastojimo ojačati njegov ego. Posebice se to odnosi na onog bolesnika sa slabim egom gdje je to primarni cilj, dok kod osoba sa snažnim egom krećemo s uspostavljanjem psihičke ravnoteže.

Na onkološkom odjelu, pri psihoterapijskom pristupu koriste se aktivnosti:

1. informativno – edukativni sastanci s pacijentima (individualni i/ili grupni)
2. psihoterapijske intervencije
3. grupna psihoterapija
4. liaison (suradna) psihijatrija
5. rad s obitelji oboljelih (8).

1. Informativno – edukativni sastanci s pacijentima

Ovakav oblik sastanka omogućuje bolesnicima da ističu svoje simptome, da govore o povezanosti simptoma s događajima u prošlosti, te da naglase povezanost između sadašnjih reakcija i nekih ranijih iskustava. Zadaća psihoterapeuta je da postavljajući odgovarajuća

pitanja razjasni bolesnikov postojeći klinički status, a uz to i da bolesniku objašnjava simptome, pojašnjava sumnje i strahove koje mu opisuje. Osim psihoterapeuta, ulogu u ovakvim sastancima ima i liaison psihijatar, koji bi bolesnika na odjelu trebao posjećivati nekoliko puta tjedno. Zadatak mu je tada da vide kako hospitalizirani pacijenti funkcioniraju na odjelu, te da izdvoje one pacijente koji se koriste neadekvatnim mehanizmima obrane (8).

2. Psihoterapijske intervencije

U pravilu, psihoterapijske intervencije usmjerene su ka hospitaliziranim bolesnicima, iako se koriste i kod ambulantnih bolesnika koji mogu objašnjavati svoje tegobe vezane za bolest. Važan psihoterapijski instrument pri tome je riječ, odnosno verbalna i neverbalna komunikacija (10). Također je važno da psihoterapeut posjeduje određene osobine poput empatije, da adekvatno sluša bolesnika, kako bi do značaja dolazio odnos terapeut-bolesnik. Kod onkoloških je bolesnika važna i suportivna psihoterapija koja omogućuje pacijentu suočavanje s bolesti, osobljem, terapijskim postupcima ali i konfliktnim situacijama (8).

3. Grupna psihoterapija

Svoje korijene terapijska zajednica vuče iz različitih religija i političkih pokreta. Tek u 19. stoljeću ona dobiva svoju definiciju, te upućuje na važnost rada, zdravog okruženja i primjerenih društvenih odnosa. Danas je terapijska zajednica rezultat dvaju vizionarskih eksperimenata, tijekom prošlog stoljeća se sve više i više razvija, te je ojačala kao terapijski model (12).

S obzirom da na bolničkim odjelima borave osobe s različitim psihičkim poremećajima, međusobno dolazi do emocionalnih reakcija te one služe za socijalno učenje. U samoj terapijskoj zajednici cilj je da se izmjeni uloga pacijenta i uloga terapeuta. Njeni elementi su zaštita pacijentove individualnosti, poticanje pacijenta na aktivno sudjelovanje, tretirati pacijenta kao osobu koja je u mogućnosti odlučivati sama o sebi, smatrati pacijenta osobom od povjerenja te sve pacijente svakodnevno uključivati u program aktivnosti (12).

Terapijska je zajednica ravnopravna zajednica u kojoj članovi, bili pacijenti ili medicinsko osoblje, imaju jednaka prava. Razvijen je demokratski tip odnosa. U ovakvoj zajednici nastoji

se pacijente priviknuti na što bolje uspostavljanje veze i odnosa s obitelji, na radnom mjestu te ga priviknuti na radne navike (10).

Kada govorimo o onkološkim bolesnicima, grupna terapija od iznimne je važnosti na početku liječenja. Od iznimne je važnosti onda kada se pacijent suočava sa svojim dijagnozama, kada postaje svjestan da njegova bolest zahtjeva dugotrajno liječenje, da to dovodi do odricanja dosadašnjeg načina života, te da se treba prilagoditi novom načinu življenja koje donosi niz ograničenja koji dolaze uz samu bolest. Dolaskom u grupu, pacijent je na neki način već pripremljen i klasičan način prihvaćanja bolesti već je iza njega. Klasičan način prihvaćanja odnosi se na fazu negacije, fazu bijesa, cjenkanja, te fazu depresije i prihvaćanja. Ovaj put normalan je kod svakog bolesnika oboljelog od onkološke bolesti. Danas, za takav način prihvaćanja dobro dođu dnevna liječenja, kada pacijent cijeli dan provede u istom prostoru s osobama s kojima može razgovarati, te razgovor o samoj bolesti postaje svakodnevnica. Zapravo je to prva grupna terapija kojoj pacijent prisustvuje (4).

Prava grupna terapija onkoloških bolesnika počinje nakon postavljanja dijagnoze. Prvo što se u „dobroj“ grupi treba ostvariti je samo prihvaćanje bolesti. Ono je najvažnije za daljnje liječenje bolesnika. U grupi se pacijenti osjećaju opušteno i nije im neugodno iznijeti svoje strahove jer znaju da se nalaze među sebi sličnima (12).

Terapijski sastanci ostvaruju tri terapijska učinka. Na samom početku dokazuju novom pacijentu da nije sam, te mu omogućuju da bez ikakvih prepreka iskaže svoje simptome i na taj način prihvati vlastite tegobe. Drugi učinak grupne seanse je ubrzati znanje o bolesti. Dobivenim informacijama bolesnici postaju eksperti za svoju bolest i njeno liječenje. Te kao treći učinak, terapija prorađuje pacijentovo poricanje bolesti koje može ometati proces liječenja. Na samome početku, bolesna se osoba osjeća sama, izolirana, sebe okrivljava za sve što joj se događa. Grupa je tu da to opovrgava, te da takav osjećaj bolesnika zamjeni brigom i interesima drugih osoba. Boravkom u grupi, dijeleći iskustva bolesnici se osjećaju prihvaćenim. Spontana ekspresija osjećaja koja se javlja u grupi vrlo se teško javlja kod individualnih terapija (8).

3.1. Uloga pojedinih članova grupne terapije

Medicinske sestre - njihova uloga sagledava se s triju aspekata: autoritarnog, socijalnog i terapijskog. Bez obzira na to, od njih s ne očekuje da sudjeluju u raspravama u kojima se govori i psihopatologiji pacijenata. One su u grupi zadužene za pružanje potpore i ohrabrivanja.

Tijekom boravka u grupi bitno je da opažaju sve emocionalne reakcije pacijenta, a moraju biti svjesne da sve negativne emocije nisu usmjerene medicinskom osoblju. Od njih se očekuje i da promatraju i održavaju granice realnosti u grupnoj terapiji.

Liječnici – kao i kod medicinskih sestara, tako se i uloga liječnika sagledava kroz nekoliko različitih aspekata: socijalnih, edukativnih, interpretativnih, suportivnih i aktivirajućih. S obzirom da liječnik ima novu socijalnu ulogu, ona mu pomaže ostvariti suportivnu ulogu u zajednici. Također, boravak u grupi pogodan je za učenje i modificiranje ponašanja, pa liječnik iskorištava svaku priliku da potiče pacijente na preuzimanje aktivne uloge u zajednici. Od liječnika se također očekuje da između ostalog i omogućuje i potiče interpretacije koje su došle od drugih članova grupe.

Pacijenti – pacijentu se u terapijskoj zajednici pomaže naučiti i prihvatiti svoju ulogu u zajednici. Mora se paziti da svoju ulogu ne smatra nametnutom, već socijalno prirodnom. Također je važna uloga svakog pacijenta prema ostalim članovima grupe kao rezultat prihvaćanja novih socijalnih uloga (12).

4. Konzultacije liaison psihijatra s onkolozima

Liaison psihijatar i onkolozi trebali bi jednom tjedno održati međusobni sastanak. Sastanak na kojem će liaison psihijatar ukazati na bolesnike koji imaju psihološke poteškoće u prihvaćanju bolesti, te one bolesnike koji imaju poteškoće u prihvaćanju terapijskih zahtjeva koji se postavljaju pred njih (8). Rad liaison psihijatra s osobljem također ima svoj zadatak. On se zasniva na mogućnost identificiranja negativnih osjećaja. Omogućuje im savladavanje negativizma i njihovo iznošenje pred kolegama. Osim toga zadatak rada s osobljem također je i redukcija osjećaja krivnje te rasprava o ujedinjavanju svih akcija koje osiguravaju bolesnikovo psihičko i somatsko stanje (11).

5. Rad s obitelji

Kako bolest utječe na samog bolesnika, tako utječe i na emocionalno stanje drugih članova obitelji. Kod svake se obitelji nakon postavljanja dijagnoze jednom članu, javlja strah i dolazi do pojačavanja međusobnih odnosa među njima. Vrlo je važno da se nakon postavljanja dijagnoze s članovima obitelji uspostavi suradnja. Bitna je kod prihvaćanja dijetalnog režima,

uzimanja lijekova, oko invalidnosti ili eventualne smrti bolesnika. Kada obitelj uključimo u terapijski proces, često dovedemo do svladavanja anksioznosti, jačanja sigurnosti obitelji. Moramo biti svjesni da obitelji koje su prije bolesti imale poteškoća, teže će se prilagoditi bolesti jednoga člana. Razlozi za to često su unutarnje ali i vanjske emocionalne prirode. Patnju svoga člana obitelj teško prihvaća. Tada su im od iznimne pomoći terapijske intervencije u obitelji koje im omogućuju uspostavljanje odnosa bliskosti, ponovno prepoznavanje potreba roditelja, bračnih parova, djece.

Onkološki bolesnici moraju se prilagoditi životu s novonastalom situacijom. Svaki bolesnik na to individualno reagira te se suočava s tim na sebi svojstven način. Na to jako utječe način na koji bolest ograničava bolesnika, koliko kod njega izaziva negativnih emocija. Čovjekovu osobnost odražava se najvećim djelom nepoznatih datosti, što genetskih, fizioloških, socijalnih. S obzirom na uvjete bolesti, čovjek se mijenja, a posebno kada se radi o oboljelima od malignih bolesti (8).

Medicinske sestre u radu s obitelji isto imaju svoje zadatke. Pružaju brigu obiteljima u onim aspektima u kojima im je pomoć najpotrebnija. Posebno joj je važno odraditi procjenu obiteljskog okruženja koja je sveobuhvatnija od već učinjene procjene u bolnici. Medicinske sestre pomažu obitelji da prepoznaju svoje uloge i međusobne odnose. Pomažu im da razvijaju realne i dohvatljive ciljeve. Bitno je da obitelj prepozna znakove mogućih kriznih situacija i da budu spremni na njih (13).

4.3. Socioterapija

Rehabilitacija kod osoba sa psihičkim simptomima nije ni malo jednostavan proces. Njegov je cilj da se oboljelu osobu dovede do psihičkog zdravlja, da se osoba vrati u stanje u kakvom je bila prije pojave psihičkih simptoma. Rehabilitacija se provodi na mnoge načine. Jedan od njih je i sama socioterapija. Ona zauzima značajno mjesto u rehabilitaciji osoba sa psihičkim poremećajima. I socioterapiji je cilj da se oboljeloga u tijeku liječenja, ili nakon samog liječenja pripremi za povratak u njegovu staru sredinu, da uspostavi bolesnikovo psihičko zdravlje, a tada i psihičko zdravlje cijeloga društva. Ona ne djeluje samo na bolesnika, već i na njegovu obiteljsku, radnu, socijalnu sredinu. Prvenstveno se bolesnika uči prihvatiti pritisak sredine, te kako na pravi način reagira u tome trenutku. Pacijent ne smije dopustiti da u danom trenutku na površinu opet ispliva njegovo ponašanje koje karakterizira njegovu psihološku bolest. Iz tih razloga, socioterapija koristi dimenzije grupe. Njome se nastoji poboljšati socijalno funkcioniranje bolesnika, te sposobnost resocijalizacije. Grupna socioterapija kod pojedinca izaziva osjećaj pripadnosti, prilagodbu grupnim standardima i vrijednostima. Tako pojedincu djeluje kao da je u vlastitoj obitelji (13).

Socioterapija se definira kao skup različitih aktivnosti primjenjivih u resocijalizaciji bolesnika sa psihičkim poremećajima. Prvenstveno treba motivirati i uključiti bolesnika u njegovo vlastito liječenje, omogućiti mu funkcioniranje između njega samoga i društvene sredine. Također je potreban i rad s obitelji oboljelog, kako bi mu bili što veća podrška, kako bi što bolje prihvatili njegovo zdravstveno stanje i na pravi način reagirali na njegove postupke uzrokovano novonastalom situacijom. Socioterapijski postupci razlikuju se na nekoliko načina. Ne provode svi postupci jednake aktivnosti, te nisu usmjereni prema jednakim individualnim i grupnim ciljevima. Oni su sve one aktivnosti s kojima se pojedinac susreće u svakodnevnom životu (14).

Uključuje:

- Terapijsku zajednicu – timski pristup bolesniku kojim se nastoji bolesnika priviknuti a radne navike, uspostavljanje što bolje veze s obitelji, radnom i socijalnom sredinom
- Radnu i okupacijsku terapiju – spoj raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu
- Učenje socijalnih vještina
- Rekreaciju – pomoću nje kontrolira se regresija bolesnika, zadovoljavaju se osnovni nagoni i impulsi i želje, jača se ličnost bolesnika
- Glazboterapiju – stvara se grupni osjećaj kroz impulse melodije i ritma

- Ples – ostvaruje društveni kontakt
- Filmoterapiju – važna terapijska vrijednost (10).

Socioterapijske grupe su grupe otvorenog tipa što znači da se svakoga dana novi članovi mogu priključiti grupi, a isto tako da stari članovi mogu napustiti grupu kada se otpušta s liječenjem. Socioterapijske grupe vode timovi stručnjaka koji uključuju psihijatre, psihologe, medicinske sestre i socijalne radnike.

Zadovoljavajuće obiteljsko i radno funkcioniranje, funkcioniranje u široj zajednici smatra se uspjehom dobro provedene socioterapije (14).

4.4. Uloga medicinske sestre u liječenju

Medicinske sestre u liječenju psiholoških aspekata bolesnika, ravnopravni su članovi multidisciplinarnog tima. Kako bi ostvarile tu ulogu, prvenstveno moraju imati odgovarajuće znanje iz područja zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika. Kada liječenje obuhvaća i bolesnika oboljele od malignih oboljenja, tada im je potrebno znanje i iz područja zdravstvene njege onkoloških bolesnika. Uz to, moraju biti educirane iz područja psihoterapijskih metoda i komunikacijskih vještina. Medicinske sestre osposobljene su voditi programe u zajednici kao što su case management (vođenje slučaja), outreach program (njega bolesnika u njegovu mjestu življenja), coaching (program treniranja) i tome slično. Glavni zadatci rada sestara u ovom području su zapravo područja socijalnih resursa, suočavanje s bolešću, psihološko funkcioniranje, socijalna podrška, stalna motivacija i očuvanje zdravlja (13).

Ako se usredotočimo na liječenje onkoloških bolesnika sa simptomima psihičkih poremećaja, tada sestre preko edukativnih i savjetodavnih aktivnosti pomažu bolesnicima. Pomoć im je usmjerena na podizanje razine zdravstvene svijesti, na podizanje volje i znanja o mogućim čimbenicima i nastanku same bolesti. Pomoć im je potrebna i da bi usvojili neke nove stilove zdravog življenja, da bi spoznali potrebu redovite samokontrole svoga zdravstvenog stanja i redovnog medicinskog nadzora. Kao i svima drugima, tako i onkološkim bolesnicima sestra pruža pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba kako bi unaprijedila njihovo zdravlje. Ona s njima uspostavlja specifičan odnos kako bi saznala njihove probleme i brige te im na bolji i kvalitetniji način pomogla riješiti i ublažiti probleme. Medicinska sestra između ostalog treba pružiti potporu i samoj obitelji oboljelog, što je od velikog značaja kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj. Također, veliki značaj ima i omogućavanje oboljelima da sudjeluju u svakodnevnim aktivnostima koje mogu i žele obavljati. U slučaju uznapredovanja bolesti, uloga sestre je educirati obitelj i pružiti im pomoć u zadovoljavanju ljudskih potreba, ponajprije hranjenja, kupanja, oblačenja i slično. Tijekom bolesti, medicinske sestre stalno brinu o oboljelom i njegovoj obitelji pružajući im sve oblike pomoći bilo da je ishod bolesti i liječenja povoljan ili nepovoljan (15).

4.5. Sestrinske dijagnoze

Pojam dijagnoza koji se prvenstveno veže za medicinu, danas se koristi i u drugim djelatnostima. No, kada govorimo o sestrinskim dijagnozama, one predstavljaju sve probleme koje medicinske sestre samostalno prepoznaju kod bolesnika te ih tretiraju. Jednako tako su i medicinske dijagnoze nazivi za bolesti koje liječnik dijagnosticira i liječi. Gordon je tako 1982. godine sestrinske dijagnoze definirala kao aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme koje su medicinske sestre bez obzira na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati.

Nazivi sestrinskih dijagnoza isti su u sestrinstvu diljem svijeta, te samim time prvenstveno olakšavaju komunikaciju među medicinskim sestrama. Služe za opis problema koje sestre smiju i mogu prepoznati i tretirati. Cijena su sestrinskog rada, povećavaju kod sestara pojedinačnu odgovornost i profesionalnu autonomiju. Sestrinskim dijagnozama udovoljava se zdravstvena informatika, pruža se okvir za istraživački rad te služe za izradu nastavnih planova orijentiranih na sestrinske aspekte zdravstvene skrbi. Samim time, sestrinske dijagnoze opisuju aspekte zdravstvene njege, definiraju struci specifična znanja te čine zdravstvenu osnovu djelatnosti (16).

4.5.1. Sestrinske dijagnoze u liječenju psiholoških aspekata onkoloških bolesnika

4.5.1.1. ANKSIOZNOST - nejasan osjećaj straha i/ili nelagode praćen psihomotornom napetošću, tjeskobom, potaknut opasnošću s kojom se bolesnik ne može suočiti

PRIKUPLJANJE PODATAKA – potrebno je procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta i pacijentove metode suočavanja s istom, saznati povezanost anksioznosti i činitelja koji do nje dovode, te provesti fizikalni pregled bolesnika

KRITIČNI ČIMBENICI – dijagnostički i medicinski postupci, promjena okoline, promjena rutine, osjećaj izoliranosti bolesnika, strah od smrti, promjena uloga

VODEĆA OBILJEŽJA – razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežano suočavanje s problemom

CILJEVI – pacijent će moći prepoznati i nabrojati čimbenike rizika i znakove anksioznosti, pozitivno će se suočavati s anksioznošću i moći će opisati smanjenu razinu anksioznosti

INTERVENCIJE:

- stvoriti empatijski odnos s pacijentom
- pokazati mu razumijevanje njegovih osjećaja
- stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja
- pokazati stručnost
- prepoznati neverbalne znakove anksioznosti i izvijestiti liječnika o njima
- pacijenta upoznati s osobljem, okolinom
- redovito obavještavati pacijenta o planiranim postupcima i tretmanima
- osigurati tihu i mirnu okolinu
- omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka
- poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- poticati pacijenta da prepozna čimbenike koji dovode do anksioznosti
- poticati bolesnika da traži pomoć kada se osjeti anksiozno
- podučiti pacijenta o vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti (vođena imaginacija, vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, okupacijska terapija, humor, terapijska masaža)
- podučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika
- kontrolirati uzimanje terapije
- stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (17)

4.5.1.2. VISOK RIZIK ZA SAMOOZLJEĐIVANJE - namjerno samoozljeđivanje koje uzrokuje ozljede tkiva s namjerom izazivanja nesmrtonosnih ozljeda, radi oslobađanja napetosti

PRIKUPLJANJE PODATAKA – kroz razgovor s pacijentom prikupiti podatke o emotivnom statusu, psihijatrijskim bolestima i poremećajima, ovisnostima, njegovim kroničnim bolestima, boli, stresu, socijalnoj podršci

KRITIČNI ČIMBENICI – kronična bolest, bol, završni stadij bolesti, nezadovoljstvo ishodima liječenja, socijalna izolacija

CILJEVI – bolesnik se neće namjerno ozlijediti, te će naučiti prepoznati i kontrolirati svoje rizično ponašanje

INTERVENCIJE:

- pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
- ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove okoline
- paziti da bolesnika ne smjestimo samog u sobu
- pratiti bolesnikovo ponašanje
- poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzrokovati samodestruktivne misli
- dogovoriti tretman psihosocijalne podrške
- uključiti bolesnika u grupnu terapiju
- omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja i odmora
- osigurati mu socijalnu podršku
- uključiti njegovu obitelj u proces liječenja (18)

4.5.1.3. NEPRIHVAĆANJE VLASTITOG TJELESNOG IZGLEDA – promjene u shvaćanju vlastitog tjelesnog izgleda

PRIKUPLJANJE PODATAKA – potrebno je saznati medicinsko stanje bolesnika, fizičke promjene, promjene u ponašanju, u odnosima unutar obitelji, socijalnom funkcioniranju, načinu suočavanja sa stresnim događajima

KRITIČNI ČIMBENICI – kronične bolesti, maligne bolesti, završni stadij bolesti, gubitak/promjena dijela tijela, kemoterapija, radijacija

VODEĆA OBILJEŽJA – negiranje novonastalih promjena u izgledu, izbjegavanje gledanja i dodirivanja promijenjenog dijela tijela, izbjegavanje socijalnih kontakata, gubitak nade, neprihvatanje novonastale promjene

CILJEVI – pacijent će verbalizirati prihvaćanje novonastalih promjena u izgledu tijela, moći će brinuti o promijenjenom i nefunkcionalnom dijelu tijela bez nelagode

INTERVENCIJE:

- poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- aktivno slušati pacijenta
- zajedno s pacijentom odabrati načine prilagodbe novom izgledu
- omogućiti mu posjete
- poticati ga na kontakte s bliskim osobama
- omogućiti mu razmjenu iskustava
- osigurati bolesniku ortopedsko pomagalo
- poticati ga na korištenje ortopedskog pomagala
- ohrabrivati bolesnika pri primjeni pomagala i gledanja u promijenjeni dio tijela
- educirati pacijenta i njegovu obitelj
- uključiti u liječenje druge stručne osobe
- omogućiti bolesniku razgovor sa psihologom
- poticati ga na ostvarivanje kontakta s grupama i udrugama u zajednici (18)

4.5.1.4. NISKO SAMOPOŠTOVANJE – negativno gledanje sebe i/ili svojih vlastitih mogućnosti

PRIKUPLJANJE PODATAKA – saznati bolesnikov mentalni status, osobno zadovoljstvo, saznati podatke o nedavnim događajima, medicinskim dijagnozama, prisutnosti boli, stupnju samostalnosti, o odnosima s bliskim osobama, socijalnom ponašanju, izvorima stresa

KRITIČNI ČIMBENICI – medicinske bolesti, maligne bolesti, gubitak dijela tijela, socijalna izolacija, stigma, depresija, tjeskoba

VODEĆA OBILJEŽJA – negativna slika o sebi, osjećaj srama, krivnje, nemogućnost postavljanja ciljeva, znakovi depresije, samoozljeđivanje

CILJEVI – pacijent izražava svoje osjećaje, razmišlja o sebi pozitivno te definira uzroke problema

INTERVENCIJE:

- omogućiti bolesniku izražavanje emocija
- osigurati privatnost
- osigurati adekvatan prostor za razgovor
- slušati bolesnika
- uočavati promjene u mentalnom statusu bolesnika
- uočavati prisutnost suicidalnih misli
- skupa sa pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti
- poticati bolesnika na fizičku aktivnost
- uključiti ga u donošenje odluka
- pružiti bolesniku ohrabrenje
- omogućiti mu razgovor sa psihologom
- uključiti bolesnika i njegovu obitelj u grupnu terapiju (18)

4.5.1.5. PORICANJE – umanjivanje ili nepriznavanje utjecaja simptoma bolesti i/ili životne situacije

PRIKUPLJANJE PODATAKA – potrebno je prikupiti podatke o samopercepciji, socioekonomskom statusu, bolesnikovom emotivnom stanju, načinju rješavanja problema, prisutnosti stresa, te procijeniti znakove društvene izolacije

KRITIČNI ČIMBENICI – akutne bolesti, gubitak dijela tijela, maligne bolesti, završni stadij bolesti, produženo liječenje

VODEĆA OBILJEŽJA – odbijanje zdravstvene skrbi, odbijanje pomoći, umanjivanje značaja simptoma i opasnosti, poricanje straha od smrti, poricanje utjecaja bolesti na svakodnevni život

CILJEVI – pacijent će verbalizirati vlastite probleme, prihvatit će posljedice stvarnog problema i izražavat će nadu

INTERVENCIJE:

- poticati verbalizaciju doživljaja problema
- ohrabriti ga da prihvati novonastalu situaciju
- ohrabriti ga da prihvati odgovornost
- dogovarati s bolesnikom planirane postupke
- dogovoriti s bolesnikom aktivnosti za povratak u svakodnevicu
- uputiti ga u grupe podrške
- stvoriti odnos povjerenja
- dokumentirati bolesnikovo stanje
- osigurati psihoterapiju
- uključiti ga u planiranje zdravstvene njege
- ublažiti mu strah i anksioznost
- uključiti obitelj u proces liječenja
- uključiti religijsku pomoć
- osigurati privatnost
- objasniti bolesniku važnost pridržavanja dogovorenih uputa
- izraditi plan otpusta (18)

5. RASPRAVA

Maligna su oboljenja po život opasna stanja te su samim time uvijek praćena psihološkim poremećajima. Takvo psihološko preživljavanje znatno utječe na funkcioniranje oboljelog, što psihološko, što socijalno. Također veliki utjecaj ima i na bolesnikovu okolinu. Sami psihološki poremećaji definiraju život bolesnika utječući na njegovo samopoštovanje, način življenja, društvene kontakte i slično.

Teorije o psihosomatskoj povezanosti s malignim oboljenjima znanstvenici dijele na dvije skupine: permisivne i kauzalne. Dok se permisivne teorije odnose na pretpostavke da ipak psihogeni čimbenici ne djeluju izravno na karcinom, već da to čine neki drugi neposredni izazivači, kauzalne teorije su mnogobrojne te ukazuju na to da nesvjesni konflikti svoju ekspresiju nalaze na tjelesnom planu dovodeći do gubljenja objekta te bujanjem novog tkiva simbolički dolazi do stvaranja novog objekta (8).

Iznimno je važno spomenuti da bitnu ulogu u stvaranju malignih oboljenja ima stres. Smatra se da pod utjecajem stresa u organizmu dolazi do slabljenja mehanizama obrane, ponajprije imunološkog i endokrinološkog sustava. Govoreći o stresu, treba voditi brigu o tome da nije važan samo intenzitet stresa već i sposobnost da se svojim psihofizičkim mogućnostima obrani od stresa.

Sa psihološkog stajališta, činitelji koji bi mogli utjecati na pojavu malignih oboljenja su: činitelji ličnosti, socijalni odnosi i podrška okoline, stresni životni događaji, potiskivanje osjećaja, suočavanje s bolešću, negativne emocionalne reakcije i psihijatrijski poremećaji. Sami ti psihološki aspekti imaju naglasak na promjeni ponašanja i životnog stila bolesnika. Posebno narušavaju život bolesnika tijekom liječenja onkoloških bolesti. Samim time za čovjeka se život okrene na nešto novo, nameću mu se nove obveze, veća odgovornost. Kako bi to lakše prebrodili, potrebna im je pomoć educiranih osoba. Tu ulogu uvelike preuzimaju medicinske sestre. Od njih se očekuje da svoje intervencije usmjere na edukaciju, zbrinjavanje i njegu oboljelih, rehabilitaciju, pružanje potpore oboljelima i njihovim obiteljima te na palijativnu skrb bolesnika. U skrbi sestre s bolesnicima trebaju uspostaviti specifičan odnos kako bi od njega saznale sve probleme i brige s kojima se on susreće, kako bi znale pravodobno obavijestiti liječnika te primijeniti intervencije koje će biti usmjerene na ublažavanje ili rješavanje problema (8).

Istraživanja su pokazala da se psihološki poremećaji povezani s malignim oboljenjima pojavljuju u više od jedne trećine bolesnika. Kako bi se karcinomi prevenirali važno je prepoznati psihološke faktore. Danas je sve jasniji utjecaj psihijatrijskog komorbiditeta na samu pojavu ali i progresiju bolesti, a što se tiče preživljavanja potrebna su daljnja istraživanja. Kako bi ishodi bili što bolji i kvalitetniji, važni su multidisciplinarni i multimodalni pristup liječenju, liječenje usmjereno potrebama bolesnika te dobri odnosi liječnika i cijelog tima s bolesnikom (8).

6. ZAKLJUČAK

Najteži trenutci u životu bolesnika su trenutci kada saznaje da zapravo boluje od malignih oboljenja. Kako bi bolesnik te činjenice prihvatio potreban je individualni vremenski period. U tom periodu najvažnije mu je da ima podršku svoje obitelji, prijatelja, te iskren i suportivan stav liječnika i drugog medicinskog osoblja. Svu svoju snagu bolesnik treba usmjeriti na liječenje i što brži oporavak.

S vremenom, bolesniku na put ka liječenju izviru i neke nove prepreke. Najveći utjecaj na njega imaju strahovi i emocije koji razvijaju različite reakcije na bolest. Psihičke se tako reakcije najčešće izražavaju u obliku anksioznosti, depresije, psihoze, delirija i drugih.

Zadatci liječnika, medicinskih sestara i drugog osoblja nisu samo liječenje bolesnika od raka. Bolesnika treba upoznati s pravom naravi njegove bolesti i s mogućnostima liječenja. Od medicinskih sestara se očekuje da su s bolesnikom u njegovim teškim trenucima, da mu pružaju potporu, da ga potiču na aktivno sudjelovanje u borbi protiv bolesti koja ga je snašla. Važno je kroz edukaciju i psihološku potporu poboljšati kvalitetu života bolesnika, ali i njegove obitelji.

7. LITERATURA

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2015., Bilten 40, Zagreb, 2018. [Online].
Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/bilten-incidencija-raka-u-hrvatskoj-2015-godine/> (27.09.2019.)
2. Ćorić T., Erceg M., Miler-Knežević A., Ćukelj P. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2017. godini, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018. [Online].
Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-o-umrlim-osobama-u-hrvatskoj-u-2017-godini/> (27.09.2019.)
3. Vrdoljak E., Belac-Lovasoć I., Kusić Z., Gugić D., Juretić A. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2018
4. Šamija M., Nemet D. i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
5. <https://www.onkologija.hr/sto-je-rak/>
6. Šamija M. i sur. Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2000
7. Mršić-Krmpotić Z., Roth A., i sur. Internistička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2004
8. Gregurek R., Braš M. Psihoonkologija. Osijek: Grafika; 2008
9. Turić M., Kolarić K., Eljuga D. Klinička onkologija. Zagreb: Nakladni zavod globus; 1996
10. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007
11. Klain E. i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999
12. Gregurek R., Klain E. i sur. Grupna psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 2007
13. Moro LJ., Frančišković T. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011
14. Ružić K, Medved P, Dadić-Hero E, Tomljanović D. Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. Hrčak; Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske [Elektronički časopis]. 2009. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=70934 (03.10.2019.)
15. Trivić M., Martinović Z., stanić K. Medicinska sestra i onkološki bolesnici [Online]
Dostupno na: <http://sestrinstvo.kbcm.hr/medicinska-sestra-i-onkoloski-bolesnici/> (03.10.2019.)

16. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996
17. Šepec S. i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011
18. Abou – Aldan D. i sur. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015

8. OZNAKE I KRATICE

DNA – deoksiribonukleinska kiselina

CNS - central nervous system / središnji živčani sustav

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

9. SAŽETAK

Karcinom se razvija onda kada se bolesne stanice počnu nekontrolirano razmnožavati. Problem nastaje kada naš imunski sustav više nije u mogućnosti prepoznavati i ukloniti bolesne stanice, već one razvijaju tumor. Tumori mogu biti benigni (dobročudni) i maligni (zloćudni). Još uvijek nije posve jasno kako i zašto tumori nastaju. Smatra se da važnu ulogu u nastanku imaju genetika i životne navike oboljelih.

Sama pomisao na rak, radilo se o Vama ili Vašim bližnjima djeluje zastrašujuće. Zato je posve jasno da se kod postavljanja dijagnoze malignog oboljenja, kod oboljelih jave intenzivnije emocionalne reakcije. U prvom planu svakako je strah, te ga prate tuga, zabrinutost. Ove duboko ukorijenjene emocije često utječu na ishode liječenja oboljelih. Suvremena istraživanja ukazuju kako se psihološki poremećaji javljaju kod jedne trećine oboljelih, a najčešće se javljaju kao depresija, anksioznost, psihoze i drugi.

U liječenju istih, veliku važnost ima psihoterapija. Ona je zadužena za istraživanje psihičkog života oboljelih, usmjerena je na oslobađanje njihovih smetnji te na olakšavanje tegoba. Kod onkoloških bolesnika važno je da terapija obuhvaća rad sa samim oboljelima od postavljanja njihove dijagnoze pa sve do završetka liječenja. Cilj joj je da kroz suportivnu terapiju, edukaciju olakša oboljelima prihvaćanje njihove dijagnoze, te da im omogući kvalitetniji život s istom.

Ključne riječi: rak, onkologija, psihoonkologija, psihološki poremećaji, onkološki bolesnici

10. SUMMARY

Cancer develops when abnormal cells start dividing without control. Problem begins when our immune system is no longer competent to recognize and remove abnormal cells which results in tumors. Tumors can be benign(not cancerous) and malignant(cancerous). It is still unknown how and why tumors incur. It is assumed that genetics and living habits have a big role in genesis.

Just a thought of cancer, weather it is happening to you or someone close to you, sounds terrifying. That is why, during diagnostic placement, strong emotional reactions in patients are completely normal (fear, sorrow and concern). These emotions often affect the results in medical treatments. Contemporary research show that psychological disorders happen within 1/3 of patients, mostly depression, anxiety, psychosis etc.

Big role in cancer treatment holds psychotherapy. It is responsible for mental health of patients and their way coping with the illness. With oncology patients it is crucial to involve psychotherapy from the diagnostics of illness until the end of treatments. Through supportive therapy and education it targets to ensure patients highest quality of life possible.

Key words: cancer, oncology, psychooncology, psychological disorders, oncology patients

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/ice
U Bjelovaru, <u>25. 10. 2019.</u>	MARTINA SAVI	<i>Savi Martina</i>

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

MARTINA SAVI

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, 25. 10. 2019.

Savi Martina
potpis studenta/ice