

Kvaliteta života osoba oboljelih od karcinoma

Čiča, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:222652>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-01-18**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera

Filozofski fakultet u Osijeku

Preddiplomski studij psihologije

Ines Čiča

Kvaliteta života osoba oboljelih od karcinoma

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Gorka Vuletić – Mavrinac

Osijek, 2011.

Sažetak

Rak je skupni naziv za veliku grupu bolesti koje mogu utjecati na bilo koji dio tijela. Rak je glavni uzrok smrti u svijetu i uzima oko 7,6 milijuna života. Važnost problema koji utječu na kvalitetu života tijekom oboljenja od raka i njegovog liječenja sve više dobiva na važnosti. Psihološko stanje jedno je od ključnih dimenzija kvalitete života pacijenata s malignim bolestima.

Palijativna skrb je liječenje koje oslobađa od boli, ali ne liječi simptome uzrokovane rakom. Može pomoći ljudima da žive ugodnije; to je potreba svih ljudi koji pate od raka ili drugih teških smrtnih bolesti. Posebno je tražena kod pacijenata kod kojih postoji mala mogućnost izlječenja. Unapređivanje kvalitete života u zdravstvenom pogledu je glavni zadatak palijativne skrbi i također bitan rezultat za onkološke statistike. Oslobađanje fizičkih, duhovnih problema i problema unutar društvenih odnosa se može postići palijativnom skrbi u 90% slučajeva kod pacijenata s malom mogućnošću izlječenja.

Procjenjivanje zdravstvene kvalitete života je postalo univerzalno prihvaćeni dio istraživanja o zdravlju. Onkološka istraživanja su među prvim područjima koja su razvila i koristila rezultate u praksi, s prvim počecima u kasnim '40 godinama s razvojem Karnofsky skale kako bi se procjenio funkcionalni stupanj oboljelih od raka.

Ključne riječi: kvaliteta života, rak, palijativna skrb, potpora

SADRŽAJ:

1. Određenje raka.....
 - 1.1. Pojavnost raka u svijetu i kod nas.....
 - 1.2. Smanjenje oboljenja od raka.....
2. Liječenje.....
 - 2.1. Paliјativna skrb.....
3. Povezanost psihologije i medicine.....
 - 3.1. Važnost njege usmjerene na pacijenta pri unapređivanju njegovog stanja.....
 - 3.2. Socijalna potpora i zdravlje.....
 - 3.2.1. Model otpornika na stres.....
4. Čimbenici kvalitete života kod pacijenata s uznapredovanim rakom.....
 - 4.1. Kvaliteta života bolesnika s uznapredovalim rakom želuca.....
 - 4.2. Tjeskoba, depresija i kvaliteta života oboljenih od raka debelog crijeva.....
 - 4.3. Psihološko stanje među pacijentima koji primaju radioterapiju.....
 - 4.4. Tjelesna aktivnost kod ljudi koji su prebolili rak prostate.....
5. Psihološke teškoće bolesnika u bolnici.....
 - 5.1. Djeca u bolnici.....
 - 5.2. Odrasli u bolnici.....
6. Utjecaj bolesti na partnera bolesnika.....
 - 6.1. Kvaliteta života partnera bolesnika koji boluju od raka.....
7. Suočavanje s bolešću i zdravstvenim tegobama
 - 7.1. Psihičke reakcije na gubitak tjelesnih funkcija.....
 - 7.1.1. Amputacija dojke.....
8. Održavanje kvalitete života (potpora, rehabilitacija i resocijalizacija).....
9. Zaključak.....

UVOD

Svrha ovog rada je opisati funkcioniranje i zdravstvenu kvalitetu života ljudi oboljelih od raka, onih koji su rak preboljeli kao i utjecaj na njihovu okolinu. Prvo poglavlje bavit će se određenjem raka te pojavnosti raka u nas i u svijetu. Drugo poglavlje bavit će se liječenjem i palijativnom skrbi. Treće poglavlje obuhvatit će povezanosti psihologije i medicine, odnosno važnosti njege i socijalne potpore bolesnima. Četvrto poglavlje bavit će se čimbenicima kvalitete života bolesnika s uznapredovalim rakom, a peto psihološkim teškoćama bolničkog liječenja. Šesto poglavlje obuhvatit će utjecaj bolesti na bolesnikovog partnera. Sedmo poglavlje bavit će se suočavanjem bolesnika s bolešću, zdravstvenim tegobama i gubitkom dijela tijela te na kraju rehabilitacijom, resocijalizacijom i potporom.

1. ODREĐENJE RAKA

Rak je skupni naziv za veliku grupu bolesti koje mogu utjecati na bilo koji dio tijela. Ostali nazivi su maligni tumor i neoplazma. Glavna karakteristika raka je brzo stvaranje patoloških stanica koje rastu iznad uobičajenih granica i mogu napasti dijelove tijela koji su u blizini onih bolesnih i raširiti bolest na druge organe. To je tzv. proces metastaze. Metastaze su glavni uzrok smrti od raka. Zloćudne promjene mogu biti nasljedno (genetski) uvjetovane ili stečene, no najčešće nastaju zajedničkim djelovanjem nasljednih genetskih poremećaja i vanjskih činitelja (kemijskih, fizikalnih, bioloških karcinogena). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji rak nastaje iz jedne same stanice. Proces pretvorbe zdrave stanice u patološku se odvija u više faza, uglavnom se događa mijenjanje predmaligne lezije u maligni tumor. Ove promjene su rezultat interakcije između genetskih faktora osobe i tri kategorije vanjskih čimbenika, koji uključuju:

- Fizičke kancerogene tvari, kao što je ultraljubičasto i ionizirajuće zračenje
- Kemijske kancerogene tvari, kao što su azbest, tvari iz duhana, aflatoskin (tvar koja zaražuje hranu) i arsen (tvar koja zaražuje pitku vodu) i
- Biološke kancerogene tvari, kao što su zaraze određenim virusima, bakterijama ili parazitima.

Starenje također spada u osnovne faktore za razvijanje raka. Pojavljivanje raka dramatično raste s godinama, što je najvjerojatnije rezultat povećanja rizika od oboljevanja od određenih rakova koje se povećava s godinama. Cjelokupni rizik akumulacije je povezan i sa slabijim nastojanjem organizma za obnavljanjem stanica kako osoba stari.

Primarnom prevencijom koja uključuje pravilnu prehranu, nepušenje, povećanu tjelesnu aktivnost, održavanje tjelesne težine, očuvanjem okoliša u značajnoj mjeri bi se mogao smanjiti broj oboljelih od raka, ali i drugih bolesti (Kušen i Ebling, 2007).

1.1. *Pojavnost raka u svijetu i kod nas*

Rak je glavni uzrok smrti u svijetu i uzima oko 7,6 milijuna života (oko 13% od sveukupnih uzročnika smrtnosti). Glavni tipovi raka prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji su:

- Rak pluća (1,4 milijuna ljudi)
- Rak stomaka (740 000 ljudi)
- Rak jetre (700 000 ljudi)
- Rak debelog crijeva (610 000 ljudi)
- Rak dojki (460 000 ljudi)

Više od 70% od svih tipova raka se javljala u niže i srednje razvijenim državama. Predviđa se da će smrtnost od raka nastaviti rasti do preko 11 milijuna do 2030. godine. Ipak, zahvaljujući ranijem otkrivanju raka, danas u svijetu živi preko 4 400 000 žena oboljelih od raka dojke, a ukupno više od 25 milijuna ljudi živi s nekom od dijagnoza raka.

U Europi broj novih slučajeva i smrtnosti od raka također je u porastu, od raka svake godine oboli oko 2 800 000, a umire oko 1 700 000 osoba.

U Hrvatskoj je rak drugi najznačajniji uzrok smrti od kojeg umire gotovo svaki četvrti stanovnik. Broj novooboljelih porastao je od 1976. do 2005. godine s 11 204 na 20 714 slučajeva, a broj umrlih od 1976. do 2006. porastao je sa 7 544 na 12 515 slučajeva (Kušen i Ebling, 2007).

1.2. *Smanjenje oboljenja od raka*

Znanje o uzorcima, prevencija i borba protiv ove bolesti igraju jako bitnu ulogu. Rak se može smanjiti i kontrolirati uvođenjem evidencija za sprječavanje raka, njegovo rano otkrivanje i zbrinjavanje bolesnika.

Više od 30% rakova se može spriječiti izbjegavanjem glavnih rizičnih faktora, a to uključuje:

- Pušenje
- Pretilost
- Nedovoljan unos voća i povrća u organizam

- Fizička neaktivnost
- Alkohol
- Spolno prenešena HPV infekcija
- Zagađenje zraka
- Udisanje smrada iz kućne uporabe krutih goriva.

Strategije prevencije:

- Povećati izbjegavanje gore navedenih rizičnih faktora
- Cijepiti se protiv HPV-a i hepatitisa B
- Kontrolirati stres
- Smanjiti izlaganje sunčevim zrakama.

Smrtnost se može smanjiti ako se bolest rano otkrije i počne liječiti. Postoje dva bitna faktora koja pomažu kad se rak otkrije u ranoj fazi:

Rana dijagnoza – bitno je prepoznavanje ranih znakova i simptoma bolesti (kao kod npr. raka vrata maternice, dojki i usne šupljine) kako bi se olakšala dijagnoza i omogućio oporavak prije no što rak uznapreduje, što je vrlo bitno u ustanovama gdje je oprema niže kvalitete i gdje se većini bolesnika dijagnoza postavi u zadnjim stadijima bolesti.

Snimanje (screening) – sustavno primjenjivanje snimanja u asimptomskoj populaciji (koja je ne pokazuje simptome). Zadaća snimanja je da identificira pojedince koji pokazuju sklonost određenom raku ili oboljevanju od određenog raka. Daljnja zadaća je žurno upućivanje takvih osoba doktorima kako bi im se postavila dijagnoza i liječenje. Snimanja su posebno djelotvorna za česte tipove rakova čiji je snimanje financijski prihvatljivo i dostupno većini populacije za koju postoji mogućnost oboljevanja od raka. Primjeri snimanja su:

- vizualni pregled acetatnom kiselinom za rakove zatiljka u lošije opremljenim ustanovama;
- papa test za rak vrata maternice u srednje i visoko opremljenim ustanovama;
- mamografija za rak dojki u visoko opremljenim ustanovama.

2. LIJEČENJE

Liječenje se sastoji od niza zahvata, uključujući i potporu okoline, operativne zahvate, zračenje, kemoterapiju koja je namjenjena za liječenje bolesti ili znatno produljenje života i poboljšanje kvalitete života pacijenta. Neki od učestalih rakova, kao što su rak dojki, vrata

maternice, usne šupljine i debelog crijeva, imaju veću stopu izlječenja ukoliko se otkriju u ranim fazama i ukoliko se liječe najboljim metodama.

Neki tipovi raka, iako rašireni, kao npr. leukmija i limfomi kod djece, te rak testisa imaju visoku stopu izlječenja ukoliko se na vrijeme počnu pravilno liječiti.

2.1. *Palijativna skrb*

Palijativna skrb je liječenje koje oslobađa od boli, ali ne liječi simptome uzrokovane rakom. Može pomoći ljudima da žive ugodnije; to je potreba svih ljudi koji pate od raka ili drugih teških smrtnih bolesti. Posebno je tražena kod pacijenata kod kojih postoji mala mogućnost izlječenja.

Unapređivanje kvalitete života u zdravstvenom pogledu je glavni zadatak palijativne skrbi i također bitan rezultat za onkološke statistike. Glavna bit palijativne skrbi je ostvarivanje najveće moguće zdravstvene kvalitete života pacijenata. Zdravstvena kvaliteta života se uglavnom mjeri multidimenzionalno na fizičkim, funkcionalnim, socijalnim i psihološkim domenama. Štoviše, egzistencijalno pitanje je od bitne važnosti kod pacijenata s uznapredovanim rakom. Zdravstvena kvaliteta života je određena ne samo bolešću i njezinim liječenjem, nego i drugim medicinskim i sociodemografskim faktorima.

Oslobađanje fizičkih, duhovnih problema i problema unutar društvenih odnosa se može postići palijativnom skrbi u 90% slučajeva kod pacijenata s malom mogućnošću izlječenja.

U lošije opremljenim ustanovama bitnu ulogu za uspješnu palijativnu skrb bolesnika i njihovih obitelji imaju zdravstvene kampanje u javnosti, potpora zajednice i pozitivno ozračje u obitelji.

Godine 2008. Svjetska zdravstvena organizacija je pokrenula svoj plan nazvan: „Akcija nezaraznih bolesti“. Svjetska zdravstvena organizacija i Međunarodna agencija za istraživanje raka surađuju s ostalim organizacijama Ujedinjenih Naroda i partnerima na području međunarodnog sprečavanja i kontroliranja raka kako bi se:

- povećala politička obveza za prevenciju i kontrolu raka;
- stvorila nova znanja i rašilo postojeće znanje kako bi se omogućio pristup saznanjima kako bi se kontrolirao rak;
- razvijali standardi i sposobnosti za ostvarivanje planiranja i izvedbi za prevenciju, rano otkrivanje, liječenje i njegu bolesti;
- omogućile široke veze partnera na globalnoj, regionalnoj i državnoj razini koji će surađivati u kontroliranju raka;

- ojačale zdravstvene sustave na državnim i lokalnim razinama
- omogućila tehnička potpora za brzu i učinkovitu razmjenu najboljih intervencija zemljama u razvitku; i
- surađivalo i istraživalo o uzrocima raka; mehanizmima kancerogeneze i razvijale znanstvene metode za sprečavanje i kontroliranje raka.

3. POVEZANOST PSIHOLOGIJE I MEDICINE

Povezanost psihologije i medicine temelji se na zajedničkom predmetu zanimanja. Obje znanosti bave se čovjekom, samo što je zanimanje medicine više usmjereno na organska stanja i bolesti, a psihologije na psihičke funkcije i ponašanje. Prvi psiholozi, u razdoblju kada se psihologija tek počela razvijati kao eksperimentalna znanost krajem 19.stoljeće, uglavnom su dolazili iz redova medicinski obrazovanih stručnjaka koje su počele zanimati zakonitosti psihičkog života. Danas su mnogi psiholozi zaposleni u zdravstvenim ustanovama, najčešće kao klinički psiholozi na poslovima dijagnostike i liječenja psihičkih bolesti, u medicini rada, ali i na odjelima bolnica baveći se psihološkim problemima oboljelih od tjelesnih bolesti (na pedijatriji, odjelima za liječenje raka, rehabilitacijskim odjelima i dr.). Osnovni cilj djelovanja psihologa u zdravstvu je osigurati cjelovit pristup bolesniku (Havelka, 2002).

Najčešći prigovori bolesnika upućeni zdravstvenim djelatnicima odnose se na slabu međuljudsku povezanost između bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Prisutna je otuđenost zdravstvenih djelatnika od bolesnika, što dovodi do velikog nezadovoljstva bolesnika. Jedan od glavnih razloga te otuđenosti je sve veće pridavanje važnosti primjeni medicinske tehnologije u dijagnostici i liječenju. U programima zdravstvenog obrazovanja postoji nedovoljna prožetost sociopsihološkim sadržajima i spoznajama. To u praksi dovodi do nedovoljnog posvećivanja pozornosti psihičkim stanjima i slabog prepoznavanja emotivnih poteškoća bolesnika, a to može usporiti i otežati tijek liječenja. Također, to može dovesti i do zanemarivanja djelovanja emotivnih poteškoća na nastanak i tijek organskih bolesti (Havelka, 2002).

Zdravstveni djelatnici slabo su upoznati sa sociopsihološkim osnovama zdravlja (socijalnom potporom, obitelji i skupinama samozaštite) imaju premalo spoznaja i vještina iz tog područja (Havelka, 2002).

3.1. Važnost njege usmjerene na pacijenta pri unapređivanju njegovog stanja

Sistematsko procjenjivanje njege koja je usmjerena na pacijenta traži odgovor na najmanje dva ključna pitanja:

1. Do koje mjere pružamo njegu koja je odgovorna prema pacijentovim zdravstvenim i psihosociološkim potrebama? i
2. Do koje mjere se trudimo uskladiti planiranje i pružanje njege u pacijentovo shvaćanje o njihovom zdravlju i njezi?

Odgovori na ova pitanja su nejasni, posebno u onkologiji. Kako bi se postigli optimalni medicinski i psihosociološki rezultati za pacijenta, visoka kvaliteta tehnologije mora biti nadopunjena s visokom kvalitetom međuljudskih odnosa. Poboljšanje kvalitete napredovanje treba biti fokus ne samo pri pružanju liječenja na temelju dijagnoze, nego i pri istodobnom pružanju njege koja je usmjerena na pacijenta.

Svaki pacijent kojem je dijagnosticiran rak ili neka druga kronična bolest nada se da će primiti njegu koja ne samo da će liječiti bolest nego i minimalizirati njegove / njezine patnje i poboljšati opće stanje (Aurora, 2009).

Arora (2009) u svom istraživanju sugerira da su u prosjeku šanse pojedinca za primanje preporučene njege u SAD-u 50-50. No slika se popravlja kad se radi o njezi oboljelih od raka, iako to nije optimalno. No ipak, postoje informacije koje se mogu sistematski usporediti o tome kako dobro može napredovati zdravstveni sistem u odnosu na usmjerenost na pacijenta ili međuljudskih odnosa (Arora, 2009).

3.2. *Socijalna potpora i zdravlje*

Socijalna potpora je svaka ona vrsta uzajamne pomoći koju članovi jedne primarne skupine dijele među sobom. Takva potpora može proizlaziti iz obitelji, rodbinske mreže, seoske zajednice, kruga bliskih prijatelja, bliskih kolega s posla i slično. Američki istraživač Cassel pretpostavio je da psihosocijalni procesi imaju značajnu ulogu u nastajanju bolesti i da socijalna potpora ima ključnu ulogu u funkcionalnim poremećajima zdravlja povezanih sa stresom. Jedan drugi istraživač, Caplan, naglašava značaj uzajamnosti i trajanja bliskih interpersonalnih odnosa. Po njegovom viđenju postoje tri velike skupine tih odnosa:

- Pomoć pri mobilizaciji psiholoških snaga u suočavanju i rješavanju emotivnih problema
- Zajedničko preuzimanje teških zadataka
- Davanje materijalnih sredstava, novca, vještine, vođenje i drugi oblici pomoći u suočavanju sa značajnim stresorima (Havelka, 2002).

Havelka (2002) navodi da se američki istraživač Sidney Cobb zalaže da socijalnu potporu treba shvatiti kao obavijest koja označava svaki izvorni komunikacijski proces kroz koji će se osoba uvjeriti u tri bitne stvari:

- Da je voljena i zaštićena od strane drugih (emotivna potpora)
- Da je vrijedna i cijenjena (potpora samopotvrđivanja)
- Da je član šire mreže komunikacija i uzajamnih obveza (potpora pripadnosti)

3.2.1. Model otpornika na stres

Prema ovoj hipotezi socijalna potpora je komunikacijski proces koji u reakcijama ličnosti na stresore djeluje na dva načina: prvi put u najranijim razdobljima stres-reakcija, odnosno kada osoba ocjenjuje psihološko značenje potencijalnog stresora. Drugi mogući utjecaj slijedi u završnim razdobljima stres-reakcija, kada su već psihofiziološki procesi izmjenjeni, zajedno s adaptivnim ponašanjem same osobe.

Prema tome socijalna potpora djeluje na cjelovito zdravlje kroz četiri odrednice:

- Kroz socijalne uzore u obitelji i zajednici
- Kroz prisnu međuljudsku komunikaciju u zajednici
- Kroz povratne obavjesti stručnjaka i drugih vanjskih autoriteta.

4. ČIMBENICI KVALITETE ŽIVOTA KOD PACIJENATA S UZNAPREDOVANIM RAKOM

Većina istraživanja zdravstvene kvalitete života se vodila u generalnoj populaciji. Takva istraživanja izvještavaju o boljoj zdravstvenoj kvaliteti života među mladim vjenčanim parovima koji su visoko obrazovani. Istraživanja koja uspoređuju populaciju koja boluje od raka i onaj zdravi dio su pokazale da maligna dijagnoza nije povezana sa smanjenom globalnom zdravstvenom kvalitetom života, iako činjenica da netko boluje od raka smanjuje fizičku i društvenu funkciju. Postoje samo tri istraživanja koja istražuju faktore zdravstvene kvalitete života kod pacijenata s uznapredovanim rakom, od kojih dva istraživanja imaju pouzdane i značajne rezultate.

U istraživanju koje su proveli Zimmermann i sur. dobiveni su rezultati koji pokazuju da su bolesnici sa slabom sposobnošću pokretanja bili u lošijem fizičkom, emocionalnom i egzistencijalnom stanju. Bolesnici s rakom pluća su imali lošiju fizičku i funkcionalnu zdravstvenu kvalitetu života, dok je najlošije emocionalno stanje bilo u onih s rakom pluća i ginekološkim rakovima. Nije bilo značajnih razlika u statusu liječenja kod životne situacije, bračnog statusa ili obrazovanja. Pacijenti koji su preživjeli manje od šest mjeseci su bili najgore

zdravstvene kvalitete života u svim domenama, osim stanja i pozicije u društvu (Zimmermann i sur., 2010).

Stariji pacijenti i muškarci su bili u boljem fizičkom i emocionalnom stanju nego mlađi pacijenti i žene. Pacijenti europskog podrijetla su izvjestili o boljem fizičkom stanju nego oni koji ne potječu iz Europe. Pacijenti s malim prihodima su bili u lošijem društvenom stanju na skali funkcionalnog ocjenjivanja opće terapije za liječenje raka. Oni zaposleni ili umirovljeni su bili u boljem općem stanju s obzirom na fizičke, funkcionalne i emocionalne faktore nego oni nezaposleni ili invalidi (Zimmermann i sur., 2010).

Ostali faktori kao npr. muški spol i veći prihodi imali su manji utjecaj na određene faktore. Mlađa dob se povezuje s lošijom zdravstvenom kvalitetom života, osobito u pogledu na fizičke i emocionalne faktore. Nasuprot tome, istraživanja u generalim populacijama su stalno pokazivala pad zdravstvene kvalitete života pri starenju. Ovaj se kontradiktoran utjecaj starenja u generalnim populacijama, koji je uspoređen s pacijentima s uznapredovanim rakom, može objasniti činjenicom da komorbidnost doprinosi pogoršanju zdravstvene kvalitete života s povećanjem godina, ali ne mora imati jednaku važnost kod pacijenata s uznapredovanim rakom. Dijagnoza uznapredovanog raka također može prouzrokovati više traume kod mlađih pacijenata, zato što je vjerojatnije da mlađi pacijenti ne očekuju dijagnozu smrtno bolesti i vjerojatnije je da oni imaju pouzdane uloge i odgovornosti kao što su npr. glava obitelji ili roditelj mlade djece. Nedostaje literature na temu određenih potreba mlađih pacijenata s rakom i njihovih obitelji tako da su potrebna daljnja istraživanja na ovom području (Zimmermann i sur., 2010).

Statistike, otvorena, iskrena komunikacija o očekivanjima i uključenje specijalista palijativne skrbi i specijalista psihosociološke onkologije mogu pomoći pri usmjeravanju pacijenata i specijalista kroz teške odluke koje se tiču liječenja na kraju života. Utjecaj statusa liječenja na emocionalno i egzistencijalno stanje podcrtava važnost komuniciranja i zajedničkog donošenja odluka i dobivanja pravilne psihološke i duhovne podrške. Potrebna su daljnja epidemiološka istraživanja u raznim etničkim društvima i s pacijentima miješane sociodemografske i obrazovne pozadine. Također su potrebna daljnja istraživanja u pogledu učinkovitosti određenih tretmana za posebne podgrupe pacijenata. (Zimmermann i sur., 2010).

4.1. *Kvaliteta života bolesnika s uznapredovalim rakom želuca*

Današnje studije pokazuju da je moguće mjeriti sistematske rezultate, kao što je primjerice kvaliteta života bolesnika naprednog raka želuca koji trebaju primiti drugu liniju kemoterapije za

metastazne bolesti. Ova vrsta kemoterapije se daje za rak koji nije reagirao na prvo primanje kemoterapije (Park i sur. 2005).

Metastazni i / ili povratni rak želuca je neizlječivo stanje gdje je namjera liječenja poboljšanje preostalog života i ublaživanje simptoma bolesti. Bolest u početku može reagirati na nekoliko tipova kemoterapije, i ovakvi tretmani pokazuju ublaživanje stanja što se očitava u poboljšanju i / ili produljenju života. No ipak, prosjek primanja kemoterapije koja slijedi nakon prvih lijekova kod pacijenata s metastazama je niži. Male su šanse značajnog produljenja života kod pacijenata koji primaju drugu liniju kemoterapije s metastaznim želučanim rakom i postoji mogućnost trovanja od liječenja. Unatoč povoljnim rezultatima u nekim fazama primanja druge linije kemoterapije za napredni želučani rak, rezultati druge faze se možda ne bi trebali svrstati u statistiku prosječnih slučajeva. Kriterij pouzdanosti uglavnom rezultira u jačanju relativno dobre prognoze, dok malo informacija ili gotovo ništa govori o drugim utjecajima. Terapeutski učinak na opseg tumora se najčešće koristi kao glavna krajnja točka u kliničkim onkološkim prognozama. Ipak, tijekom prošlih desetljeća, učinak terapije na kvalitetu života bolesnika je također postao bitan (pomoćni) faktor u liječenju (Park i sur., 2005).

Park i sur (2005) proveli su istraživanje u kojem se pokazalo da su pacijenti u njihovoj studiji iskusili napredak općeg zdravlja i kvalitete života nakon primanja druge linije kemoterapije. Rezultati na upitniku Kvalitete života povećali su se za 72% nakon trećeg tretmana. Rezultati su pokazali značajan klinički napredak u mnogim domenama, uključujući kvalitetu života, emocionalno funkcioniranje i kognitivno funkcioniranje. S druge strane, kod 63% pacijenata sumnjalo se na depresivni ili anksiozni poremećaj.

Liječnici koji liječe pacijente naprednog raka bi uvijek trebali uzeti u obzir osjetljivu ravnotežu između preživljavanja i kvalitete života. Kvaliteta života je bitan faktor kod pacijenata koji primaju kemoterapiju, a posebice kod onih čiji se rak širi. Kvaliteta života je još važnija kod pacijenata kod kojih se očekuje kraći period preživljavanja bolesti. Napredak koji se očituje kvalitetom života tijekom liječenja ovih bolesnika bi mogao biti važna i valjana mjera dobrobiti koja opravdava liječenje kemoterapijom ove grupe bolesnika, unatoč niskoj razini izlječenja tumora. Ovo je prvo istraživanje koje pokazuje rezultate kvalitete života kod bolesnika sa uznapredovalim rakom želuca koji primaju drugu liniju kemoterapije (Park i sur., 2005).

4.2. Tjeskoba, depresija i kvaliteta života oboljelih od raka debelog crijeva

Kako je psihološko stanje jedno je ključnih dimenzija kvalitete života pacijenata s malignim bolestima, 2,2% njih koji se bore s psihološkim stresom čine bitan dio kliničke onkologije.

Preporučava se da se mjerenje kvalitete života koristi u smislu usmjeravanja na određene organe (npr. mjerenje kvalitete života osoba oboljelih od raka debelog crijeva, kvaliteta života osoba oboljelih od raka pluća itd.) s obzirom na to da svaka vrsta raka donosi specifične probleme s kojima se osoba susreće. Rak debelog crijeva je najčešći oblik raka i jedan od najčešćih uzorka smrti u svijetu. Od 1990-ih godina, kvaliteta života se intenzivno proučava u kliničkim prognozama kod pacijenata koji boluju od raka debelog crijeva, ali samo nekoliko od ovih istraživanja je istražilo psihički stres ili povezanost između razine depresije bolesnika i kvalitete života prema anketi Core 30 Europske organizacije za istraživanje i liječenje kvalitete života kod osoba koje boluju od raka debelog crijeva (Tsunoda i sur.,2005).

U istraživanju Tsunoda i suradnika (2005) pokazalo se da pacijenti koji pate od raka često pokazuju svoju tjeskobu i depresiju, barem povremeno. Tijekom promatranja pacijentica s uznapredovanim rakom dojki, učestalost promatranog psihičkog stresa nije bila značajno drukčija. Faktori povezani s psihičkim stresom, što uključuje depresiju, u grupama pacijenata s raznim tipovima raka su uključivali psihičke promjene, kao npr. bol, slabost, ostali simptomi lošeg osjećanja i lošu sposobnost kretanja. Prema objavljenim podacima, važnost svih istraživača je bila usmjerena na krajnje faze bolesti ili zadnju fazu, dok se samo nekoliko istraživanja usmjerilo na ambulantne pacijente kod kojih se dalje pratila operacija. Općenito se čini da postoje male razlike, usporediviši pacijente s drugim tipovima raka, poštujući šire mjere kao opće zdravlje i sveukupnu kvalitetu života kod pacijenata oboljelih od raka debelog crijeva. No ipak, ovi pacijenti su se žalili na promjene i boli u dijelu zdjelice, i kod njih postoji mogućnost problema pri seksualnim odnosima ili pri mokrenju poslije operacije, u odnosu na pacijente s drugim tipovima raka. Ovi simptomi mogu biti povezani s psihološkim problemima, koji se mogu zadržati tijekom godina i ostati problem čak i među onima koji prežive rak i dožive ozdravljenje raka debelog crijeva. Rezultati kvalitete života koji se odnose na opće funkcioniranje i simptome u ovoj studiji se mogu usporediti s onima u nedavnom istraživanju, gdje se kvaliteta života proučavala godinu dana nakon dijagnoze. Opseg bolesti može biti povezan s psihološkom boli putem nekoliko faktora, zato što se bol povezuje s niskom sposobnošću pokretnosti i performiranja, lošom prehranom i psihološkim nefunkcioniranjem (Tsunoda i sur, 2005).

4.3. Psihološko stanje pacijenata koji primaju radioterapiju

Važnost problema koji utječu na kvalitetu života tijekom oboljenja od raka i njegovog liječenja sve više dobiva na važnosti. Jedna od mjera kvalitete života je psihičko stanje osobe.

Osobno stanje je mjera raspoloženja i mijenja se periodično, a zasniva se na unutarnjim mehanizmima nošenja s bolešću i interakciji s vanjskim svijetom. Iz literature o istraživanju kvalitete života pri oboljenju od raka je očito da je idealni način ocjenjivanja kvalitete života uključivanje mjera koje se tiču svih dimenzija života, prije nego samo koncentriranje na fizičko stanje i ostale čimbenike koji utječu na zdravlje. Prema tome, način na koji se mjeri kvaliteta života mora uključivati fizičku, psihološku, društvenu i duhovnu dimenziju. Možda ne bi bilo dobro gledati na kvalitetu života u negativnom smislu, zato što svaka promjena u životu osobe može prouzrokovati pozitivne i negativne učinke nošenja s bolešću, tako da se i pozitivni učinci moraju istraživati i uzimati u obzir. Tijekom liječenja i oporavka, pacijenti moraju preispitati način života, njihovi ciljevi i planovi se moraju ponovno sagledati i zadovoljavanje raznih interesa se može promijeniti. Što je još važnije, različiti stupnjevi odustajanja ili pomirenja s bolešću mogu biti utjecajni na shvaćanje kvalitete života, nego što bi možda objektivniji aspekti mogli implicirati na intervencije i psihosociološki angažman (Chandra i sur., 1998).

Istraživanje Chandre i sur. (1998) pri mjerenju subjektivnog stanja bolesnika tijekom primanja radioterapije ukazalo je na značajni napredak u sljedećim područjima: pozitivni učinak, vjera u bolje nošenje s bolešću, sukladnost između očekivanog i ostvarenog, neprikladno vladanje umom i transcendencijom. Ipak, nije bilo promjena u područjima shvaćanja bolesti, društvenih kontakata ili negativnih utjecaja. Dolazilo je do smanjenja obiteljske potpore i brige kako se smanjivala dimenzija glavne grupe dimenzija briga.

Pokazalo se da financijski i drugi aspekti obiteljske potpore mogu promijeniti funkcioniranje obitelji koje pacijenta može nagnati da uvide gubitak potpore obitelji i ostalih bitnih osoba u životu. S druge strane, obiteljska potpora se također može smanjiti zato što se stanje pacijenta poboljšava, kao što pokazuje rast pozitivnih utjecaja. Tijekom bolesti obiteljske brige usmjerene prema bolesniku se mogu promijeniti kad shvate da je liječenje raka napredovalo (Chandra i sur., 1998).

Postoji potreba da se imenuju razlozi kontinuiranog lošeg zdravlja unatoč liječenju i mogućoj ulozi značenja bolesti osobi. Daljnji važni problem su sporedni učinci liječenja. Ovaj aspekt se naglašava u brojnim drugim istraživanjima. Ova otkrića naglašavaju da obitelji pacijenata vjerojatno trebaju jednaku količinu pažnje kao i sami bolesnici, i potrebno je da se razvijaju određeni programi za obitelji koje se nose s bolešću bližnjeg kako bi se unaprijedio sistem obiteljske potpore (Chandra i sur., 1998).

4.4. *Tjelesna aktivnost kod ljudi koji su prebolili rak prostate*

Craike i sur. (2009). proveli su istraživanje u kojem su muškarci koji su liječili rak prostate iskusili niz nuspojava tijekom liječenja, uključujući i oštećenje mjehura, zdjelice i seksualne funkcije. Došli su do zaključka da su manjak samopouzdanja i komorbiditet nekim muškarcima bile barijere za sudjelovanje u tjelesnim aktivnostima. Kako bi ih potakli na tjelesnu aktivnost, pretpostavili su da ih je možda potrebno uputiti psihoterapeutima ili specijalistima za vježbanje. Specijalisti za vježbanje imaju posebno znanje i iskustvo za kreiranje posebnih programa koje će uzeti u obzir okolnosti individualca. Ovo je posebno važno za ljude izlječene od raka prostate koji možda imaju niz komorbidnih i sličnih zdravstvenih stanja koja se moraju uzeti u obzir kad se propisuje tjelesna aktivnost. Faktori koji uključuju prethodne razine kondicije, izdržljivosti i snage, kao i stres vezan uz dijagnozu raka, liječenje i oporavak (posebno problemi koji se odnose na izdržljivost), se moraju uzeti u obzir zato što će oni utjecati na tipove i stupnjeve jačine tjelesne aktivnosti (Craike i sur., 2009).

Kod sudionika je primjećen niz motivacija za tjelesne aktivnosti. Ove motivacije uključuju posebne fizičke koristi kod oboljenja raka i kod izlječenja, kao i psihološke koristi i okruženje aktivnosti (društvene veze i atraktivna mjesta). Okruženje tjelesne aktivnosti, što uključuje društvene veze, određeno vrijeme i atraktivna mjesta su djelovali kao poticaj za tjelesne aktivnosti kroz povećanje iskustva užitka. U drugoj studiji je kod starijih odraslih ljudi primjećen pozitivan učinak šetanja. Tjelesna aktivnost je pružila mogućnost socijalizacije s partnerima, prijateljima, organiziranim grupama, djecom i unucima. Društvena potpora bila je pozitivno povezana sa sudjelovanjem u tjelesnoj aktivnosti među ženama koje su izlječene od raka dojke. Društvena potpora se također povezuje s tjelesnim aktivnostima odraslog stanovništva i ovo istraživanje pokazuje da se starijim muškarcima sviđa ideja društvenih nenatjecateljskih tjelesnih aktivnosti i da bi se to trebalo smatrati intervencijom za motiviranje ove grupe na tjelesne aktivnosti (Craike i sur, 2009).

5. PSIHOLOŠKE TEŠKOĆE BOLESNIKA U BOLNICI

Odvajanje pojedinca iz njegove svakodnevne okoline na koju je naviknut može izazvati psihološki stres. Odlazak u bolnicu znači prestanak svakodnevnih aktivnosti na koje je pojedinac naviknut, rastanak s obitelji, prijateljima, znancima, neugodne simptome bolesti i različite stahove pred bolničkim liječenjem. Psihički problemi vezani uz hospitalizaciju pod jakim su utjecajem dobi bolesnika, tako najteže hospitalizaciju podnose mala djeca, koja ne samo da

proživljavaju izrazitu neugodu tijekom same hospitalizacije, nego mogu imati i velikih poteškoća poslije hospitalizacije (Havelka, 2002).

5.1. Djeca u bolnici

Nažalost, djeca nisu imuna na oboljevanje, pa tako ni na oboljevanje od raka, zbog čega moraju provoditi vrijeme u bolnici. Odvajanje djeteta od roditelja za njega je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno, posebno jer osim odvajanja trpe i zbog simptoma bolesti, negodnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka i neugodnosti bolničke okoline. Najosjetljivija su djeca na odvajanje od majke u dobi od šest mjeseci do četiri godine. Također, muška djeca su osjetljivija od ženske pa u prosjeku s njima ima više poteškoća. Prethodni emotivni odnosi s majkom imaju važnu ulogu pa su hospitalizacija i njezine posljedice lakše i kratkotrajnije ako je emotivna veza s majkom bila jača. Također, posljedice hospitalizacije su teže ako je dijete duže vrijeme bilo odvojeno od majke.

Djeca iz nekih skupina vrlo burno reagiraju na boravak u bolnici:

- jedinci, mlađa djeca i djeca višegeneracijskih kućanstava;
- djeca koja inače loše reagiraju na strane osobe;
- djeca koja rijetko posjećuju druge;
- djeca koja već imaju traumatska separacijska iskustva;
- djeca čije majke prigodom odlaska u bolnicu otvoreno iskazuju prekomjernu zabrinutost ili nezainteresiranost;
- djeca koja negativno reagiraju na pokušaje odraslih da s njima komuniciraju.

Hospitalizam je pojam koji označava sve psihološke i tjelesne poremećaje uzrokovane dugotrajnim boravkom u bolnici ili drugoj ustanovi. U psihološkom smislu odnosi se na sindrom negativnih psiholoških učinaka koji se javljaju osobito kod male djece koja borave u instituciji duže vrijeme ili odrastaju u specijalnim domovima za djecu.

Simptomi hospitalizma:

- sklonost plaču
- apatičnost i potištenost
- motorička smirenost ili hiperaktivnost (sisanje palca, grickanje noktiju i dr.)
- zaostajanje u tjelesnom razvoju
- zaostajanje u psihičkom razvoju (razvoj govora i mišljenja)

- loše zdravstveno stanje (poremećaj u prehrani, sklonost infekcijama i dr.).

Ovi simptomi mogu se javiti ne samo zbog odvojenosti od roditelja već i zbog dodatnih uzroka zabrinutosti i potištenosti kao što su strah od boli, strah od injekcije, izloženost stranoj, nepoznatoj okolini, strah od anestezije.

Smatra se da se nepovratne promjene javljaju ako je dijete odvojeno od majke više od pet mjeseci. Stalna pozitivna emotivna povezanost s majkom kroz koju i dijete i majka osjećaju zadovoljstvo i užitak nužna je za zdrav psihički razvoj djeteta. Kada su djeca dulje vrijeme odvojena od roditelja mogu pokazivati neke do simptoma separacijske tjeskobe (tjeskobe zbog odvojenosti) (Havelka, 2002).

5.2. Odrasli u bolnici

Kod odraslih hospitalizacija izaziva manje ozbiljne posljedice nego kod djece, no ipak negativna emotivna stanja izazvana boravkom u bolnici mogu pogoršati tijek i ishod organskih bolesti i umanjiti djelotvornost liječenja. Svaka bolesti stvara kod ljudi povećanu egocentričnost, sužava zanimanja, ovisnost, potištenost i zabrinutost. Osjećaji bespomoćnosti i izgubljenosti u novoj sredini, briga za obitelj od koje je odvojen, strah da se boravak u bolnici ne odrazi negativno na poslovni status i novčane prilike obitelji, strah od moguće trajne nesposobnosti i nemogućnosti da se sam za sebe brine, strahovi od boli tijekom dijagnostičkih i terapijskih zahvata, strah od operacije i tako dalje, neki su od posebnih razloga stanja zabrinutosti.

Istraživanja pokazuju da su neke skupine bolesnika više sklone povećanoj zabrinutosti tijekom boravka u bolnici:

- žene u dobi do 40 godina
- bolesnici primljeni zbog pretraga
- bolesnici sa zloćudnim novotvorinama, AIDS-om i nepoznatim bolestima
- bolesnici koji su općenito više skloni zabrinutosti i potištenosti i u drugim stresnim situacijama

Općenito najčešći razlozi zabrinutosti u bolnici su:

- zabrinutost zbog neizvjesne učinkovitosti liječenja
- zabrinutost zbog buduće operacije
- zabrinutost zbog anestezije i mogućih posljedica
- zabrinutost zbog djece i obitelji

Kod odraslih u bolnici može se javiti i sindrom institucionalnih neuroza obilježen apatijom, gubitkom inicijative, zanimanja, prepuštenjem sudbini, lošijim osobnim navikama, gubitkom individualnosti, podčinjenošću i dr. Uzrok ovom sindromu nije samo to što je bolesnik u instituciji, već gubitak kontakata sa zbivanjima u vanjskom svijetu, nemogućnost izlaska, ograničavanje posjeta, premali broj obavijesti o vanjskom svijetu, dosada, grub pristup osoblja, gubitak osobnih stvari i opća atmosfera institucije (boja zidova, izgled namještaja, jačina osvjetljenja i sl.) i drugo (Havelka, 2002). Zbog tih razloga njihova kvaliteta života tijekom liječenja u bolnici može biti vidno smanjena.

Na smanjenje tjeskobe značajno djeluje prvi razgovor s bolesnikom i ako se u njemu spominju sociopsihološke pojavnosti bolesti i time se bolesniku omogućuje da iskaže svoju tjeskobu zbog svih popratnih posljedica bolesti. Također, pozitivno mogu djelovati i posjete koje nisu ograničene, bolnički okoliš koji je više nalik onome kućnom, ako bolesnicima nije dosadno i imaju organizirane neke aktivnosti te ako se s bolesnicima iscrpno komunicira o medicinskim, psihološkim i socijalnim pojavnostima bolesti (Havelka, 2002).

6. UTJECAJ BOLESTI NA PARTNERA BOLESNIKA

6.1. Kvaliteta života partnera bolesnika koji boluju od raka

Rak je stresor koje utječe na pacijente, ali također može utjecati i na psihičko, fizičko i socijalno stanje i funkcioniranje njihovih partnera. Partneri pacijenata koji pate od raka proživljavaju značajne psihosocijalne patnje tijekom liječenja i mogu biti stavljeni pred daljnje teškoće. Većina literature na ovu temu se fokusirala na posljedice raka prostate i dojke te je većina istraživanja proučavala strategije nošenja s bolešću, probleme potpore i psihološki stres pacijenata i njihovih partnera. Glavne teme koje se tiču stresa obuhvaćaju trajnu neizvjesnost, život s učincima liječenja, nošenje s promjenama i potrebnom pomoći. S obzirom na mehanizme nošenja s bolešću, stres i istraživanje kvalitete veze s partnerom naglašavaju da je partnerovo stanje bitan faktor koji utječe na bolesnikovo stanje, npr. žene koje boluju od raka dojke. Istraživanja su pokazala da je uskraćivanje podrške imalo značajan negativni utjecaj na proces nošenja s bolešću. Tako se u istraživanju Bergelta i suradnika (2008) pokazalo da je kod pacijenata došlo je do bježanja od problema i razvoja stresa. Način na koji je pacijent shvaćao i prihvaćao svoju bolest imao je utjecaj na količinu podrške koju je dobivao i količinu stresa koji je pri tome doživljavao (Bergelt, 2008).

Skupina istraživača je proučila ulogu komunikacije parova koji se bore s nošenjem bolesti u ranoj fazi raka dojke u uzdužnoj studiji. Za oba partnera, obostrana konstruktivna

komunikacija se povezivala s manje stresa i više zadovoljstva s obzirom na njihov odnos. Nasuprot tome, odbijanje komunikacije je povezano s manje zadovoljstva i većim stresom. Obostrano izbjegavanje je povezano s većim stresom. Istraživanje je pokazalo važnost komunikacije među partnerima kako bi se bolest prihvatila i kako bi se pronašao način nošenja s njom, a isto tako je i ukazala na moguće strategije intervencije. U tri vremenska razdoblja tijekom 18-mjesečnog razdoblja proučili su kako zadovoljstvo veze služi kao posrednik između zaštitnog skrivanja (definiranog kao npr. skrivanje briga ili nijekanje zabrinutosti) i psihološkog stresa nakon dijagnoze raka dojke. Zaštitno skrivanje je predvidjelo više stresa kod pacijenata koji nisu zadovoljni svojim vezama. Uspješnost veze je uskladilo veze između pacijentovog zaštitnog skrivanja i partnerovog stresa. Ovi rezultati su naglasili važnost različitih oblika analize u interakciji partnera (Manne i sur. 2004., prema Bergelt 2008).

Studije usmjerene na partnerice pacijenata „muških“ rakova podržavaju ova otkrića. Eton i suradnici (Eton i sur., 2005., prema Bergelt 2008) su proučavali stupnjeve i prediktore psihološkog stresa kod partnerica čiji se partneri liječe od rane faze raka prostate. Psihosociološki faktori, kao npr. lošija kvaliteta braka, nedostatak društvene potpore, niži stupanj samopouzdanja, nepronalaženje smisla i rastuća neizvjesnost bolesti će vjerojatnije prije predvidjeti stres nego oni medicinski. Ozbiljnost simptoma pacijenta nije obavezno povezana s partnerovim oboljenjem. Prema rezultatima istraživanja koje su vodili Tuinman i suradnici (Tuinman i sur., 2006., prema Bergelt 2008) najstresnije vrijeme za parove je ono prije terapije. Godinu dana nakon dijagnoze proširenog raka testisa nije uočen pad kvalitete života. Autori su došli do zaključka da su utjecaji raka na kvalitetu života pacijenata i njihovih partnera bili privremeni. U jednoj daljnjoj studiji, Tuinman je otkrio da ako je veza postojala prije dijagnoze raka testisa, ishodi i funkcioniranje je bilo uspješnije. Postoji podatak da vođenje ljubavi igra bitnu ulogu za ocjenjivanje kvalitete života. Partnerice su bolje shvaćale psihološki stres i nižu kvalitetu života u odnosu na muške partnere. Ovo otkriće ne bi moglo objasniti razliku tjelesnog stanja pacijenta ili partnera. Wagner i suradnici (Wagner i sur., 2006., prema Bergelt 2008) su proučavali kvalitetu života muževa čije su žene oboljele od raka dojke. Usporedivši sa zdravom grupom, muševi tih žena su bili lošijeg zdravstvenog stanja, vitalnosti, emocionalnih uloga i mentalnog stanja. Daljnja istraživanja su proučavala vezu između pacijentove i partnerove kvalitete života. Chen i suradnici (Chen i sur., 2004., prema Bergelt 2008) su došli do zaključka da društveni i funkcionalni aspekti pacijentove kvalitete života igraju značajnu ulogu u određivanju kvalitete života njihovih supružnika i njegovatelja. Nažalost, generaliziranje ovih

otkrića je ograničeno, zato što su bili proučavani različiti tipovi raka i korištene su različite ankete. (Bergelt, 2008).

Može se zaključiti da je kvaliteta veze jače povezana s mentalnom kvalitetom života kod muškaraca nego kod žena. Analiza predikatora kvalitete života partnera „otkriva“ one koji su možda na većem riziku ili trebaju društvenu potporu. Daljnja istraživanja bi trebala istražiti kvalitetu života longitudinalno, tako da se može proučiti tijek kvalitete života u vezi na različitim stupnjevima liječenja. Nadalje, oblici nošenja s bolešću i učinak minimalne intervencije kao i drukčijih izvora informacija može biti važan mehanizam koji se treba proučiti u dubinu (Bergelt, 2008).

7. SUOČAVANJE S BOLEŠĆU I ZDRAVSTVENIM TEGOBAMA

Danas sve više ljudi boluje od kroničkih bolesti kao što su rak i neke druge bolesti koje u pravilu nisu posve izlječive i koje dugo traju, stoga bolesnicima ne prostaje ništa drugo nego da se pomire s brojim ograničenjima koja im nameće takvo stanje. Ti ljudi moraju se prilagoditi podnošenju neugodnih stanja i neugodnoj stvarnosti, zadržavati pozitivnu sliku o sebi, očuvati emotivnu ravnotežu te održavati zadovoljavajuće odnose s drugim ljudima. Postoje velike metodološke teškoće u ovom području pa je teško reći koji načini suočavanja najbolje pomažu bolesnicima. Neki bolesnici nastoje potisnuti osjećaje, drugi izbjegavaju odlazak liječniku, treći se neprekidno bave svojom bolešću. De Ridder i Schreurs navode kako je moguće da je u slučaju bolesti koje su izravna prijetnja životu, kao što je to kod raka, bolje koristiti suočavanje usmjereno na problem (na primjer tražiti obavijesti o bolesti) (Havelka, 2002).

7.1. Psihičke reakcije na gubitak tjelesnih funkcija

Gubitak zdravlja je teži od drugih gubitaka, jer može doprinjeti i gubitku socijalnog statusa, ranijeg načina života, gubitak neispunjenih planova, gubitak posla, zanimanja i slično. Zbog toga je gubitak zdravlja jedan od najtežih gubitaka i može izazvati različite psihološke teškoće i napore u prilagodbi. Neke od psiholoških reakcija na gubitak zdravlja mogu biti:

- opća zbunjenost i nesigurnost
- panika i neodređena tjeskoba, noćne more
- osjećaj da se bitno razlikuje od drugih, sram
- povećana osjetljivost, da ne bude odbačen ili emotivno napadnut od drugih te strah od vlastitih emotivnih stanja
- osjećaj da je zauvijek i potpuno izgubljen status odrasla čovjeka

- zabrinutost oko dostupnosti fizičke pomoći i drugo (Havelka, 2002).

7.1.1. Amputacija dojke

Rak dojke danas je vrlo čest oblik raka u žena. Zbog sprečavanja širenja raka u ostale dijelove tijela najčešće se provodi operativni zahvat amputacije dojke - mastektomija. Smatra se da je mastektomija jedna od najzastrašujućih operacija uopće, jer osim što su uz mastektomiju vezani svi strahovi i zabrinutosti vezani za operativne zahvate uopće, javljaju se i emotivne teškoće uobičajene u slučaju dijagnoze raka, tj. pri suočavanju s neizlječivom bolešću, te teškoće suočavanja s gubitkom, za žene vrlo značajnog dijela tijela.

U našoj kulturi prsa su simbol ženstvenosti te mnoge žene doživljaju amputaciju dojke kao gubitak ženstvenosti i seksualne privlačnosti. To može dovesti do osjećaja manje vrijednosti, posebno kod žena koje svoj tjelesni izgled smatraju glavnom značajkom vlastitog identiteta.

Emotivne posljedice koje se javljaju nakon mastektomije mogu biti jaka potištenost i tjeskoba uz česte napade plača. Tjeskoba ne mora biti izazvana samo tjelesnim gubitkom već i mogućim posljedicama kao što je mogućnost proširenja raka i smrtnog ishoda, kao i posljedica na obavljanje svakodnevnih aktivnosti koje su često onemogućene zbog posljedica mastektomije. Također javljaju se i problemi u seksualnom i socijalnom životu, tj. izbjegavanje spolnih kontakata kao i odbijanje socijalnih kontakata zbog osjećaja nelagode i srama.

Zbog brojnih posljedica mastektomije na ukupnu kvalitetu života bolesnica, danas su razvijeni brojni rehabilitacijski programi koji nastoje prilagoditi bolesnice da nastave s prijašnjim obiteljskim, radnim i socijalnim aktivnostima. Osim toga prilagodbi žena na mastektomiju doprinose socijalna potpora, potpora supruga, prijatelja i zdravstvenih djelatnika (Havelka, 2002).

8. ODRŽAVANJE KVALITETE ŽIVOTA (POTPORA, REHABILITACIJA I RESOCIJALIZACIJA)

Zbog potrebe za uzajamnom potporom i pomoći u prevladavanju teškoća osobe oboljele od nekih bolesti, najčešće kroničnih i malignih, udružuju se u klubove i udruge. Prvi klub bolesnika liječenih od raka u Hrvatskoj bio je Klub laringektomiranih osoba osnovan u Zagrebu 1974. godine. Klub žena operiranih na dojci osnovan je u Zagrebu 1980., a klub osoba s kolostomama osnovan je u Zagrebu 1983. godine.

Oboljelima od raka i njihovim obiteljima tijekom bolesti (od sumnje na rak, dijagnostičkih postupaka, postavljanja konačne dijagnoze i liječenja) potrebna je stalna potpora i obavještanje o razvoju bolesti i uspješnosti primijenjenog liječenja.

Kod oboljelih se već u početku pojavljuje strah od patnji, bolova i smrti, a u razvijenom stupnju uz bolove popratna su i stanja žalosti, osjećaja izgubljenosti, depresije, iznemoglosti. Tada posebno obučeni volonteri mogu pružiti uspješnu potporu uživljavanjem u bolesnikove probleme i interese, suosjećanjem i empatijom, čestim susretima i razgovorima koji uz prisnost osiguravaju osjećaj trajnog kontakta.

Potpora je potrebna i članovima obitelji koji pomažu bolesniku i koji nose velikiti teret dugotrajne bolesti. I njima treba pružiti pomoć pri planiranju i organiziranju njege, dati im pune informacije o službama za kućnu njegu, o načinima praćenja općeg stanja, provedbi liječenja, prepoznavanju komplikacija, psihološkoj i vjerskoj potpori, fizičkoj aktivnosti, prehrani i simptomatskoj terapiji, suzbijanju bolova, održavanju higijene, dnevnom režimu te postupcima njege u slučajevima najčešćih komplikacija.

Za vrijeme liječenja posebno je važno primjeniti postupke rehabilitacije i resocijalizacije usmjerene na podupiranje bržeg i potpunijeg liječenja, osposobljavanja za svakodnevni život koji ispunjavaju radne i obiteljske obaveze te održavanje kolegijalnih, prijateljskih i rodbinskih veza. Kada bolest ne odgovara na liječenja oboljelima je potrebno pružiti aktivnu i punu pažnju (palijativnu skrb) zbog suzbijanja boli i drugih pratećih simptoma. Od velikog značaja može biti psihološka i duhovna pomoć usmjerena na ohrabrivanje, poticanje bolesnika da živi aktivno koliko je to moguće te potpora članovima obitelji da ustraju uz svoje najbliže i kada im je najteže (Kušen i Ebling 2007).

9. ZAKLJUČAK

Rak je glavni uzrok smrti u svijetu i uzima oko 7,6 milijuna života (oko 13% od sveukupnih uzročnika smrtnosti). Unapređivanje kvalitete života u zdravstvenom pogledu je glavni zadatak palijativne skrbi. Danas su mnogi psiholozi zaposleni u zdravstvenim ustanovama, najčešće kao klinički psiholozi na poslovima dijagnostike i liječenja psihičkih bolesti, u medicini rada, ali i na odjelima bolnica baveći se psihološkim problemima oboljelih od tjelesnih bolesti (na pedijatriji, odjelima za liječenje raka, rehabilitacijskim odjelima i dr.). Osnovni cilj djelovanja psihologa u zdravstvu je osigurati cjelovit pristup bolesniku. Kako je psihološko stanje jedno je ključnih dimenzija kvalitete života pacijenata s malignim bolestima, 2,2% njih koji se bore s psihološkim stresom čine bitan dio kliničke onkologije. Važnost

problema koji utječu na kvalitetu života tijekom oboljenja od raka i njegovog liječenja sve više dobiva na važnosti. Jedna od mjera kvalitete života je psihičko stanje osobe. Osobno stanje je mjera raspoloženja i mijenja se periodično, a zasniva se na unutarnjim mehanizma nošenja s bolešću i interakciji s vanjskim svijetom. Iz literature o istraživanju kvalitete života pri oboljenju od raka je očito da je idealni način ocjenjivanja kvalitete života uključivanje mjera koje se tiču svih dimenzija života, nego samo koncentriranje na fizičko stanje i ostale čimbenike koji utječu na zdravlje. Prema tome, način na koji se mjeri kvaliteta života mora uključivati fizičku, psihološku, društvenu i duhovnu dimenziju. Možda ne bi bilo dobro gledati na kvalitetu života u negativnom smislu, zato što svaka promjena u životu osobe može prouzrokovati pozitivne i negativne učinke nošenja s bolešću, tako da se i pozitivni učinci moraju istraživati i uzimati u obzir. Tijekom liječenja i oporavka, pacijenti moraju preispitati način života, njihovi ciljevi i planovi se moraju ponovno sagledati i zadovoljavanje raznih interesa se može promijeniti. Što je još važnije, različiti stupnjevi odustajanja ili pomirenja s bolešću mogu utjecati na shvaćanje kvalitete života, nego što bi možda objektivniji aspekti mogli implicirati na intervencije i psihosociološki angažman (Chandra i sur., 1998).

Literatura

1. Arora, N.K. (2009). Importance of patient-centered care in enhancing patient well-being: a cancer survivor's perspective. *Quality of Life Research*, 8, 1–4.
2. Bergelt, C., Koch, U. i Peterson, C. (2008). Quality of life in partners of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 17, 653–663.
3. Chandra i sur. (1998). Psychological well-being among cancer patients receiving radiotherapy – a prospective study. *Quality of Life Research*, 7, 495–500.
4. Craike, M.J. i sur. (2009). An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. *Support Care Cancer*, 19, 1019-1028.
5. Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Kušen, D. i Ebling, Z. (2007). *Gradska liga protiv raka. Osijek 40 godina*. Osijek: Tiskara Pauk.
7. Park, S.H. i sur. (2006). Quality of life in patients with advanced gastric cancer treated with second-line chemotherapy. *Cancer Chemother Pharmacol*, 57, 289–294.
8. Tsunoda, A. i sur. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *Int J Clin Oncol*, 10, 411–417.
9. Zimmermann, C. i sur. (2010). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 19, 621 – 629.

