Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti

Špernjak, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:635274

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository



Završni rad br. 1235/SS/2019

Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti

Ana Špernjak, 1959/336

Varaždin, veljača, 2020. godine



Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1235/SS/20019

Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti

Student

Ana Špernjak, 1959/336

Mentor

Valentina Novak, mag.med.techn

Varaždin, veljača, 2020. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ana Špernjak | MATIČNI BROJ 1959/336

DATUM 9.12.2019. | KOLEGIJ Zdrastvena njega onkoloških bolesnika

NASLOV RADA Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Life quality for patients with malignant disease

MENTOR Valentina Novak, mag.ses | ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Duško Kardum, predsjednik
2. Valentina Novak, mag.ses., mentor
3. doc.dr.sc. Marin Šubarić, član
4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1235/SS/2019

OPIS

Maligna bolest je skupni naziv za veliku grupu bolesti koje mogu zahvatiti bilo koji organ, a utječe na cijelo tijelo, ujedno je i značajni javnozdrastveni problema u svijetu i visoko na ljestvici uzroka smrtnosti.
Dijagnoza maligne bolesti donosi velike promjene u život svake osobe, a te promjene vrlo često izazivaju strah od budućnosti. Kvaliteta života oboljele osobe se smanjuje, i to na tjelesnoj, psihosocijalnoj, duhovnoj i profesionalnoj razini. Kvaliteta života u oboljelih od malignih bolesti sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih reakcija na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne promjene. Velik utjecaj na kvalitetu života čini učestalost simptoma bolesti i nuspojava liječenja.

Cilj ovog završnog rada je opisati zdravstvenu kvalitetu života oboljelih od malignih bolesti, osoba koje su preboljele malignu bolest te utjecaj koji maligna bolest člana obitelji ima na obitelj.

ZADATAK URUČEN 03.02.2020. | POTPIS MENTORA Novak

REPUBLIKA HRVATSKA SVEUČILIŠTE SJEVER KNJIŽNICA

Predgovor

Posebnu zahvalu upućujem svojoj mentorici Valentini Novak, mag. med. techn. na ukazanom povjerenju, korisnim savjetima, vodstvu i odvojenom vremenu tijekom izrade ovog završnog rada.

Također, hvala svim profesorima, mentorima i predavačima prediplomskog stručnog studija Sestrinstva na nesebičnom prenošenju svojeg znanja i iskustva te na uloženom trudu.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj obitelji, dečku i prijateljima na bezuvjetnoj ljubavi i odricanju te podršci koja mi je pomogla kroz cijelo vrijeme moga studiranja.

Sažetak

Za svakog pojedinca bolest ima različito značenje i uključuje različite mehanizme suočavanja s novonastalom situacijom. Postupci u liječenju bolesti pacijentima donose niz stresnih situacija, strahova, uspona i padova, što ostavlja trajne posljedice, ali bez obzira na to koliko je teško, odustajanje ne može i ne smije bit opcija.

Jedan od vodećih uzroka smrtnosti u razvijenim zemljama su maligne bolesti, iako stalan napredak u liječenju kontinuirano umanjuje smrtnost. Sama riječ "rak" nosi niz negativnih misli kod većine ljudi, a prvenstveno je to strah od smrti, boli i umiranja. Kao što rak nije isključivo bolest pojedinca, nego cijele obitelji, tako rak ne zahvaća samo tjelesni aspekt čovjeka, nego njegovo cjelokupno "ja" koje uključuje psihičko, socijalno i duhovno funkcioniranje.

U svakom čovjeku budi se niz različitih psihičkih reakcija jer ljudi različito reagiraju kada saznaju da boluju od maligne bolesti i da ih očekuje zahtjevno liječenje praćeno neizvjesnošću i brojnim medicinskim procedurama. Dijagnoza maligne bolesti donosi velike promjene u životnoj strukturi. Pravilna procjena problema i potreba s kojima se susreće osoba oboljela od maligne bolesti presudna je za pružanje prikladne pomoći i skrbi. Utječe na sve aspekte života oboljele osobe te ujedno predstavlja bolest cijele obitelji i okoline koja ju okružuje. Jedno od ključnih dimenzija kvalitete života pacijenata s malignim bolestima je psihološko stanje. Obzirom da je kvaliteta života oboljele osobe znatno smanjena, a najčešće na tjelesnoj, psihosocijalnoj, duhovnoj i profesionalnoj dimenziji potrebno je pristupiti osobi sa psihosocijalnog gledišta.

Kvaliteta života koja se temelji na zdravlju u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije, te učestalost simptoma i nuspojava tretmana. Važno je na vrijeme potražiti pomoć jer to ohrabrujuće djeluje na svakoga od nas.

Cilj ovog završnog rada je opisati zdravstvenu kvalitetu života oboljelih od malignih bolesti, osoba koje su preboljele malignu bolest, utjecaj koji maligna bolest člana obitelji ima na obitelj te važnost i ulogu medicinske sestre u liječenju i edukaciji maligno oboljelih bolesnika i njihovih obitelji.

Ključne riječi: maligna bolest, kvaliteta života, obitelj, potpora, medicinska sestra

Summary

For each individual, the disease has a different meaning and includes different mechanisms of coping with the new situation. Procedures for treating illnesses bring a series of stressful situations, fears, ups and downs to patients, which leaves lasting consequences, but no matter how difficult, giving up cannot and should not be an option.

One of the leading causes of mortality in developed countries are malignant diseases, although steady progress in treatment is continuing to reduce mortality. The word "cancer" itself carries a number of negative thoughts in most people, and it is primarily a fear of death, pain and dying. Just as cancer is not exclusively a disease of the individual, but of the whole family, it does not only affect the physical aspect of a person, but his or her entire self, which includes mental, social and spiritual functioning.

A variety of psychic reactions are aroused in each person because people respond differently when they find out that they are suffering from malignant disease and that they are awaiting demanding treatment accompanied by uncertainty and numerous medical procedures. The diagnosis of malignant disease brings major changes in the life structure. A proper assessment of problems and needs, faced by people suffering from malignant disease, is crucial to provide appropriate assistance and care. It affects all aspects of a person's life and is also a disease of the whole family and the environment that surrounds it. One of the key dimensions of quality of life of patients with malignant diseases is a psychological state. Considering that the quality of life of the diseased person is significantly reduced, and most often on the physical, psychosocial, spiritual and professional dimension, it is necessary to approach the person from the psychosocial point of view.

Health-based quality of life in oncology contains a subjective experience of the positive and negative aspects of the disease on physical, emotional, social and cognitive functions, as well as the frequency of symptoms and side effects of treatment. It is important to seek help in a timely manner as it has an encouraging effect on each of us.

The aim of this paper is to describe the health quality of life of patients with malignant diseases, people who have had malignant disease, the impact that a family member's

malignant disease has on the family, and the importance and role of the nurse in the treatment and education of malignant patients and their families.

Key words: malignant disease, quality of life, family, support, nurse

Popis korištenih kratica

HRQoL Health Related Quality of Life
Kvaliteta života temeljena na zdravlju

SZO Svjetska zdrastvena organizacija

EORTC Europska organizacija za istraživanje i liječenje

QLQ-C30 Core Quality of Life Questionnaire
Upitnik modularnog pristupa evaluaciji kvalitete života onkoloških bolesnika

Sadržaj

1. UVOD 1

2. MALIGNA BOLEST 3

2.1. ETIOLOGIJA MALIGNE BOLESTI 3

2.2. EPIDEMIOLOGIJA MALIGNE BOLESTI 4

2.2.1. Deskriptivna epidemiologija 5

2.2.2. Registar za rak 5

2.2.3. Kretanje raka u svijetu 6

2.2.4. Kretanje raka u Hrvatskoj 7

2.2.5. Maligna oboljenja kod djece u Hrvatskoj 8

2.3. PREVENCIJA I RANA DIJAGNOSTIKA 9

3. POJAM - KVALITETA ŽIVOTA 10

3.1. KVALITETA ŽIVOTA TEMELJENA NA ZDRAVLJU KOD OSOBA OBOLJELIH OD MALIGNIH OBOLJENJA 11

3.2. KVALITETA ŽIVOTA I ZDRASTVENA NJEGA 13

3.3.LEVENTHALOV SAMOREGULACIJSKI MODEL PERCEPCIJE BOLESTI I ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA 14

4. PSIHOONKOLOGIJA I MEDICINA 16

4.1. SADRŽAJI POTPORE 18

5. LIJEČENJE 19

5.1. MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LIJEČENJU MALIGNIH OBOLJENJA 20

5.2. PSIHOSOCIJALNI PRISTUP U LIJEČENJU MALIGNIH OBOLJENJA 21

5.3. PALIJATIVNA SKRB 22

6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD MALIGNO OBOLJELIH OSOBA. 22

6.1. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE KOD MALIGNO OBOLJELE OSOBE 24

7.1. MOGUĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD MALIGNO OBOLJELE OSOBE 25

7.1.1. Visok rizik za opstipaciju u/s smanjenom pokretljivošću *25*
7.1.2. Visok rizik za pad u/s poremećajem svjesti *26*
7.1.3. Visok rizik za smanjeno podnošenjem napora u/s dugotrajnim mirovanje... *27*
7.1.4.Visok rizik za infekciju u/s operativne rane *28*
7.1.5. Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem *28*
7.1.6. Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenog unosom tekućine *29*
7.1.7. Visok rizik za suicid u/s depresijom *30*

7. PRIKAZ SLUČAJA 32

8. ZAKLJUČAK 35

9. LITERATURA 38

1. Uvod

Organizam se može shvatiti kao komunikacijski sustav koji je složen i omogućuje preživljavanje pomoću složenih mehanizama homeostaze i odražavanja integriteta - zbroj svih signala unutar organizma i između organizma i okoliša. Tumor nastaje nekontroliranom diobom stanice u organizmu koja izgubi sposobnost adekvatnog odgovora na signale koji kontroliraju njezin rast, diobu i smrt [1]. Normalno, stanice u tijelu rastu i dijele se na kontrolirani način kako bi proizvele nove stanice koje tijelo treba za očuvanje zdravlja. U tom procesu, stare ili oštećene stanice odumiru i zamjenjuju se novima, no ponekad ovakav postupak krene krivim putem. Genetski materijal stanice (DNA) se ošteti ili promijeni što rezultira mutacijama koje utječu na rast i diobu stanica. U takvom slučaju stare stanice ne odumiru kada bi trebale, a nove stanice se stvaraju i kada tijelo nema potrebu za njima. Taj suvišak stanica može formirati čvrstu masu tkiva koju nazivamo tumor [2].

Maligna bolest je značajni javnozdravstveni problem u svijetu i drugi uzrok smrtnosti. S malignom bolesti u svijetu živi čak 25 milijuna ljudi. U Hrvatskoj godišnje oboli 25.000 ljudi, a umre 12.500., iako se napretkom u medicini, danas, smrtnost smanjuje. Skupni je naziv za veliku grupu bolesti koje utječu na bilo koji dio tijela. Incidencija bolesti je u posljednjih godina u iznimnom porastu kao rezultat ubrzanog starenja i povećanog izlaganja rizičnim čimbenicima koji utječu na naš život. Pozitivna strana je da kroz rano otkrivanje i pravovremeno liječenje tumor ne mora značiti i terminalno oboljenje. Dovodi do većih promjena životnog stila, uzrokuje ozbiljne probleme u normalnom funkcioniranju osobe, počevši od bolesti do teških financijskih kriza. Danas suvremena medicina omogućuje čak i potpuno izlječenje ili je u mogućnosti produžiti život bolesnika uz značajno poboljšanje kvalitete života u odnosu na ranija iskustva [3].

Grana medicine koja se bavi proučavanjem, prevencijom, dijagnozom i terapijom bolesti je onkologija, dolazi od grčke riječi *onkos* koja znači tumor, oteklina; i riječi *logos* - riječ, znanost, što ju definira kao znanost koja proučava različite aspekte tumorske bolesti. Interdisciplinarna je znanost i objedinjuje različita polja bioloških i medicinskih grana kao što su biokemija, genetika, patofiziologija, imunologija, endokrinologija, nuklearna medicina, patologija, kirurgija i radiologija prvi koji je upotrijebilo naziv „rak“ još davne 400-te godine prije nove ere bio je „otac“ medicine, Hipokrat [4].

Ljudi se razlikuju u načinima nošenja sa životnim problemima pa tako i načinima nošenja s malignom bolešću. Neki će kada se javi prvi znak problema pribjegavati njegovu rješenju, drugi zanemariti ili potisnuti problem, dok će treći pokazati snažnu emocionalnu reakciju od koje su najizraženije ljutnja i tuga. Kako se osobe suočavaju s problemima ovisit će i to kako se brinu za sebe i svoje zdravlje. Raznovrsna su gledanja i reakcije na bolest. Neki će na prvu sumnju i na prvi simptom potražiti pomoć liječnika, neki će to jednostavno zanemariti, a određena će skupina ljudi biti toliko emocionalno preplavljena da će se više baviti svojim emocionalnim reakcijama i zanemarit će signale koje tijelo šalje [5].

U uvjetima različitih bolesti, čovjek se mijenja, a to naročito vrijedi za osobe koje boluju od malignih bolesti. Najteži trenutak za bolesnika koji boluje od zloćudne bolesti je sam trenutak spoznaje o bolesti od koje boluje. Zbog toga veliku ulogu predstavlja vrijeme, potpora obitelji i prijatelja kako bi se prihvatila ta spoznaja.

Definicije kvalitete života razlikuju se, kao i načini kojima se ona procjenjuje. U cjelokupnoj priči zaboravlja se da je mjerenje kvalitete života i liječenja nuspojava tretmana za bolesnika nerijetko važniji od brojke ili postotka uspješnosti liječenja ili smrtnosti. Kvaliteta života važan je instrument rehabilitacijskog procesa, pogotovo onkoloških bolesnika, koja sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije. Pod pojmom kvalitete života smatramo da se kod svakog pojedinca ona odnosi na doživljaj zadovoljstva načinom života, njegovim tijekom i uvjetima, perspektivom, mogućnostima i ograničenjima, a i predmet je istraživanja različitih znanstvenih disciplina [6]. Pojam kvalitete života u medicini može se odrediti i kao mogućnost da nakon poduzetog liječenja bolesnik živi tjelesno, duševno i socijalno što sličnije životu prije liječenja [7]. Metoda procjene isto tako može utjecati na definiranje kvalitete života, na primjer, medicinski pristup će naglašavati utjecaj bolesti i teškoća na kvalitetu života, dok će se pristup usmjeren na zdravlje fokusirati na zdravlje i sposobnosti koje su nužne u svakodnevnom životu [8].

Kvaliteta života temeljena na zdravlju osoba s malignom bolesti mora biti cilj i krajnji ishod rehabilitacijskog procesa za svakog bolesnika s malignom bolesti.

2. Maligna bolest

Maligna oboljenja jedna su od najčešćih bolesti suvremenog svijeta koja se šire iz dana u dan. Novotvorina (tumor) patološka je tvorba koja nastaje kad se izgubi normalna fiziološka regulacija kontrolnih mehanizama rasta stanice kao posljedica prekomjerne proliferacije abnormalnih stanica. Ona može biti maligna, zloćudna ili kancerogena, odnosno benigna, dobroćudna ili nekancerogena. Teško ih je definirati u jednoj sveobuhvatnoj definiciji, pa se i danas najviše rabi definicija australsko - engleskog patologa Ruperta Willisa koja je postavljena prije 70 godina: „Novotvorine su abnormalne nakupine tkiva, čiji rast nadmašuje rast normalnih tkiva, a nastavlja rasti u prekomjernom obliku i nakon što je uklonjen uzrok te promjene“ [4].

Novotvorine se razlikuju ovisno o stupnju diferenciranosti, stupnju invazivnosti u okolno tkivo i metastaziranju u udaljene regije, ali je svima zajedničko da nastaju kao posljedica promjena specifičnih gena koji im daju nove biološke osobine. Diobom tih stanica stvaraju se potomci koji tvore tumorsku masu [9].

2.1. Etiologija maligne bolesti

U cijelom svijetu godišnje obolijeva oko 5 milijuna osoba. Uzrok malignih bolesti nije poznat. Postoje razne teorije uzroka raka, ali one se mijenjaju u skladu s razvojem znanstvenih istraživanja [1].

Čimbenike rizika dijelimo na: čimbenike koje povezujemo sa stilom života (pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumacija alkohola, neadekvatne prehrambene navike); okolišne čimbenike (sunčevo zračenje, flatoksin...); čimbenike povezane s profesionalnom izloženošću (dioksin, azbest, nikal, arsen...) i biološke čimbenike (Epstein-Barrow virus, te virus hepatitisa B i hepatitisa) [1].

Maligna bolest dovodi do većih promjena životnog stila. Uzrokuje ozbiljne poremećaje u normalnom funkcioniranju osobe u životu, počevši od bolesti do teških financijskih kriza.

2.2. Epidemiologija maligne bolesti

Incidencija malignih bolesti razlikuje se diljem svijeta i mijenja se vremenski. Kada dolazi do iseljavanja u neku zemlju, činjenica je da iseljenici poprime određene okolišne čimbenike rizika zemlje u koju su se doselili što dovodi do zaključka da je maligna bolest dijelom posljedica djelovanja različitih okolišnih čimbenika (fizikalnim, kemijskim i biološkim čimbenicima iz okoliša), profesionalnoj izloženosti, sociokulturnim navikama [10].

Suvremeni epidemiološki prikaz maligne bolesti počinje 50-ih godina 20.stoljeća studijom Dolla i Hilla. Oni su pokazali povezanost pušenja i raka pluća. Još u 18. stoljeću Pott povezuje izloženost dimnjačara čađi s rakom skrotuma, Ramazzini opaža drugačiji rizik nastanka raka dojke i maternice, izostanak trudnoće i laktacije, a u 19. stoljeću opisuje povezanost izloženosti aromatskim aminima radnika u tvornicama boje s većom učestalosti razvoja raka mokraćnog mjehura. Svi ovi primjeri pokazuju nam kako je još i prije bilo „epidemioloških" prikaza povezanosti pojedinih vrsta raka s čimbenicima iz okoliša. Učestalost se poveća s dobi, ne samo zbog starenja kao takvog već i zbog činjenice da što dulje čovjek živi, to je više izložen kancerogenim tvarima iz okoliša [1].

Disciplinu unutar epidemiološke medicine koja istražuje pojavnost malignih oboljenja i različite čimbenike koji se mogu povezati s malignim oboljenjima, koja nam daje vrlo važne podatke za organizaciju kliničke onkologije, za prevenciju tumora i javno zdravstvo, ali i za praćenje borbe protiv malignih oboljenja, rezultata liječenja i cjelokupne smrtnosti od malignih novotvorina nazivamo onkološka epidemiologija. Ti epidemiološki podaci pridonijeli su, a i još danas pridonose boljem razumijevanju etiologije, patogeneze i biologije novotvorina, a posebno su važni za identifikaciju rizičnih čimbenika i prevenciju novih slučajeva ove bolesti [11] .

2.2.1. Deskriptivna epidemiologija

Kao što joj i samo ime govori, deskriptivna epidemiologija, opisuje pojavnost nekog entiteta, (raka) u populaciji: broj oboljelih, broj umrlih te opisuje kako se rizik obolijevanja mijenja u vremenu i odnosu prema drugim populacijama: profesija, mjesto stanovanja, socijalni status.
Najvažniji čimbenik koji se koristi u opisivanju maligne bolesti je incidencija nastanka. Najpouzdaniji je pokazatelj pojavljivanja maligne bolesti jer ne ovisi o duljini bolesnikova preživljavanja. Njena stopa računa se na određeni broj stanovnika i služi nam kako bismo mogli uspoređivati incidencije za različite velike populacije. Drugi važan parametar kojim se koristi deskriptivna epidemiologija je prevalencija koja označava broj svih oboljelih u određenom razdoblju, u promatranoj populaciji. Deskriptivna epidemiologija koristi se i terminom mortaliteta kao brojem umrlih s obzirom na ukupan broj oboljelih u određenom vremenu [1].

Pokazatelji koje nam daje deskriptivna epidemiologija nam govore kakav je trend pojave pojedine vrste malignih oboljenja kako bi mogli planirati onkološku zaštitu te nam ujedno i pomažu u planiranju prevencije uspješne provedbe preventivnih i terapijskih mjera [1].

2.2.2. Registar za rak

Podaci o epidemiologiji raka prikupljaju se u Registru za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i objavljuju se u redovitim biltenima. Osnovan je 1959. godine. Zadatak registra za rak je prikupljanje podataka o svakom bolesniku pojedinačno te doživotno praćenje osoba oboljelih od raka. Njegova je svrha formiranje osnove za kontrolu raka, što omogućava prepoznavanje stvarne veličine problema. Cilj samog registra je praćenje incidencije i distribucije raka unutar populacije, praćenje preživljavanja i davanje informacija koje služe za procjenu provedenih preventivnih i terapijskih mjera. U Hamburgu je 1929. godine nastao prvi valjani registar za rak. Izvori podataka koje registar koristi su: bolesničko-statistički list (ispunjava pri otpustu iz bolnice), prijava zloćudne neoplazme, podaci o umrlima od raka, kopije histoloških i citoloških nalaza s dijagnozom zloćudne bolesti. Registar za rak Hrvatske je od 1994. godine, punopravni član

Međunarodne udruge registara za rak te su podaci uključeni u baze podataka o incidenciji, prevalenciji i mortalitetu od raka u Europi i svijetu [11].

2.2.3. Kretanje raka u svijetu

Kao što smo već spomenuli, rak je u svjetskim razmjerima vodeći javnozdravstveni problem. U razvijenim zemljama on je po učestalosti drugi uzrok smrti, nakon kardiovaskularnih bolesti. Prema najnovijim međunarodnim podatcima godišnje se otkrije 12,7 milijuna novih slučajeva, 7,6 milijuna ljudi umre od raka, a 28,0 milijuna ljudi živi s rakom unutar 5 godina od postavljanja dijagnoze.

Najučestaliji je rak pluća (1,61 milijuna oboljelih), rak dojke (1,38 milijuna) i kolorektalni rak (1,24 milijuna). Vodeći uzročnik smrtnosti jest rak pluća (1,38 milijuna) zatim rak želudca (737 000 smrti) te rak jetre (695 000 smrti). U razvijenim zemljama, rak pluća pokazuje tendenciju smanjenja, što se može pripisati smanjenoj incidenciji pušenja [1].

U žena je na prvom mjestu po incidenciji i mortalitetu rak dojke. Na drugom je mjestu rak vrata maternice, koji u većini zemalja pokazuje tendenciju smanjenja učestalosti. To se može pripisati promjenama u izloženosti štetnim čimbenicima te ranom otkrivanju. (Tablica 2.2.3.1) [1].

MUŠKARCI **SIJELO**	**UDIO (%)**	ŽENE **SIJELO**	**UDIO (%)**
pluća	23	dojka	25
prostata	11	kolon	7
želudac	7	pluća	6
rektum, rektosigma, anus	7	jajnik, jajovod	6
kolon	6	želudac	6

Tablica 2.2.3.1 Vodeća sijela raka kod muškaraca i žena

Izvor: Z. Krajina, M. Šamija, E. Vrdoljak

Predviđa se da će smrtnost od raka nastaviti rasti do preko 11 milijuna do 2030. godine. Smatra se da svaki treći stanovnik Europe tijekom života oboli od raka, a četvrtina ih od raka i umre. Broj novih slučajeva i smrtnosti od raka u Europi, također je u porastu. Od raka svake godine oboli oko 2 800 000, a umire oko 1 700 000 osoba [1].

2.2.4. Kretanje raka u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je rak drugi najznačajniji uzrok smrti od kojeg umire gotovo svaki četvrti stanovnik. Podaci o epidemiologiji raka prikupljaju se u Registru za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i objavljuju se u redovitim biltenima, a posljednji bilten objavljen je 2018. godine i sadrži podatke za 2015. godinu. Slika 2.2.4. prikazuje nam koliko je novodijagnosticiranih ali i umrlih osoba (žena i muškaraca) 2015. godine bilo u Hrvatskoj. Novodijagnosticiranih zloćudnih bolesti bio je ukupno 22 503 i to 11 969 muškaraca i 10543 žene. Odnos muškaraca i žena je 53:47. U Hrvatskoj je 2015. godine od raka umrlo 14 012 osoba, 8 030 muškaraca i 5 982 žene (Slika 2.2.4.1) [12].



Slika 2.2.4.1 Incidencija raka u Hrvatskoj za 2015.godinu

Izvor: http://www.onkologija.hr/incidencija-raka-u-hrvatskoj/, dostupno 31.7.2019.

2.2.5. Maligna oboljenja kod djece u Hrvatskoj

Broj oboljele djece iz godine u godinu raste, a svake godine kod više od 250 tisuća djece i adolescenata mlađih od 20 godina bude dijagnosticiran rak. Nažalost, 90 tisuća ne uspije pobijedili ovu bolest. Velik broj oboljele djece ne doživi donošenje točne dijagnoze, naravno najviše u nerazvijenim zemljama. S toga se odlukom Hrvatskog sabora, u Hrvatskoj od 2006. godine, 15.-og veljače obilježava Nacionalni dan djeteta oboljelog od maligne bolesti koje u dječjoj dobi imaju socijalne i medicinske posljedice zbog toga što traumatiziraju i izazivaju teškoće u prilagodbi na novu životnu situaciju. Pogađaju obitelj kao primarno okruženje bolesnog djeteta u kojem je djetetu nužno pružiti ljubav i odgovarajuću skrb [13].

Najčešći tumori dječje dobi, nakon leukemije (45%) su tumori središnjeg živčanog sustava (19%), neuroblastomi (8%), sarkomi mekih tkiva (7%), tumori bubrega (6%), tumori kostiju (5%), tumori zametnog epitela (3%), retinoblastomi (3%), tumori jetre (1%), tumori gonada (1%) i ostali tumori [14].

Prema zadnjim podacima Registra za rak RH, 2014. godine je od malignih bolesti oboljelo 123 djece (62 djevojčice) u dobi od 0 – 14 godina, odnosno 175 djece (90 djevojčica) u dobi od 0 – 19 godina. Te godine najviše je oboljele djece (0-19 godina) zabilježeno u Gradu Zagrebu (49; 33 od 0-14), zatim u Splitsko-dalmatinskoj županiji (16; 9 od 0-14) te u Osječko-baranjskoj (11; 6 od 0-14), Brodsko-posavskoj (11; 9 od 0-14), Zadarskoj (10; 7 od 0-14) i Primorsko-goranskoj županiji (10; 7 od 0-14). Na razini Hrvatske, od ukupno 175 djece s novodijagnosticiranom malignom bolešću u 2014. godini, 63 je bilo u dobi od 0-4 godine, 28 u dobi od 5-9 godina, 32 u dobi od 10-14 godina, te 52 u dobi od 15-19 godina [13].

Prema zadnjim podacima o umrlim osobama, 2016. je od malignih bolesti umrlo 18 djece (7 djevojčica) u dobi od 0 – 14 godina, odnosno 30 djece (8 djevojčica) u dobi od 0 – 19 godina. U zadnjih 10 godina je u prosjeku godišnje od malignih bolesti obolijevalo 112, a umiralo 21 dijete u dobi od 0 – 14 godina, odnosno obolijevalo 167, a umiralo 35 djece u dobi od 0 – 19 godina [13].

2.3. Prevencija i rana dijagnostika

Kada govorimo o prevenciji malignih bolesti, možemo je podijeliti na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

Sve mjere koje sprječavaju nastanak raka spadaju u primarnu prevenciju malignih bolesti i odnose se na faktore rizika koji se mogu izmijeniti (navika pušenja, nezdrav način prehrane, prisustvo karcinogena na radnom mjestu i u životnoj sredini), a veći broj malignih bolesti mogu se i spriječiti. Skoro dvije trećine svih umrlih od raka dovodi se u vezu s četiri rizična faktora koji se mogu modificirati: pušenjem, nezdravom prehranom, gojaznošću i fizičkom neaktivnošću.

Sekundarna prevencija raka znači otkrivanje bolesti u najranijem stadiju. Tu svakako spada aktivno traženje oboljelih među asimptomatskim pojedincima i/ili naizgled zdravom populacijom.

Svaki bolesnik proživljava svoju bolest raka na svoj način. Taj način bitno ovisi o osobnosti bolesnika i o njegovom životnom iskustvu, o težini kliničke slike i tijeku bolesti, ali važan je također i udio onih koji mu pomažu, te je po tome tercijarna prevencija sama po sebi specifična. Cilj tercijarne prevencije je očuvanje kvalitete života bolesnika kad liječenjem nije moguće suzbiti bolesti, a kao primjer takve prevencije je suzbijanje boli kod oboljelih u zadnjem stadiju zloćudnih tumora [1].

3. Pojam - kvaliteta života

Pojam kvaliteta života je subjektivni doživljaj i osjećaj pojedinca. Podrazumijeva postojanje sljedećih odrednica i stanja: osjećaj radosti, životnog zadovoljstva, postojanje unutrašnjeg mira. Misli se na život bez posebne opterećenosti, posebno na život bez straha i neizvjesnosti. Ako tome dodamo još i opušteni život i život bez podsvjesnog opterećenja, konkretno ništa nas ne tišti i ne opterećuje, onda smo jasno nabrojili glavne emocije koje idu uz kvalitetan život [15].

Kvaliteta života nije bila nužno povezana samo s bolešću i/ili njenom odsutnošću, već sveukupnim življenjem. Sam pojam kvalitete života prvi je put bio uveden 1950.-ih godina kao politički slogan. U početku se ideja o dobrom životu odnosila na cijelu populaciju, ali sedamdesetih godina došlo je do postupnog pomaka i pojam koji se počeo primjenjivati na pojedinca [16].

Definicije kvalitete života razlikuju se, kao i načini kojima se ona procjenjuje. Tako se javila nekolicina multidimenzionalnih i interdisciplinarnih radnih sintagmi definicije kvalitete života [15].

1. Kvaliteta življenja je osobno shvaćanje čovjekove pozicije u svakodnevnici života, glede sadržaja kulture, glede odrednica zakona i prava, posebno glede mogućnosti realizacije svojih ciljeva i želja (SZO, 1993).
2. Kvaliteta življenja podrazumijeva neovisnost i slobodu ponašanja, govora i odlučivanja u svakodnevnoj aktivnosti.
3. Kvaliteta življenja je način na koji doživljavamo i kako vrednujemo svoj vlastiti cjelokupni život (Tadić, 1997).
4. Kvaliteta življenja podrazumijeva mogućnost mijenjanja i prilagodbe okoline i ljudi sebi, ali i obratno: nas okolini i drugim ljudima (Walker i Roser, 1988).

Neki znanstvenici polaze od toga da se ocjena kvalitete vlastitog života događa po vrlo subjektivnim kriterijima. Drugi govore o tome da je ocjena kvalitete života pojedinca u velikoj mjeri ovisna o individualnom temperamentu. Domaći autori Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva [17].

I neka druga područja uključena su u koncept kvalitete života temeljene na zdravlju, kao što su postojanje simptoma i nuspojava tretmana, zadovoljstvo provođenim tretmanom, emocionalni distres, osobna financijska situacija, provođenje aktivnosti slobodnog vremena, obiteljski život, uključujući intimnost i seksualnost [8].

Biološka, fizikalna, kemijska i socijalna okolina su četiri vrste okoline kojima smo okruženi. Socijalna okolina izravno i neizravno sudjeluje u pogoršanju zdravlja, povećavanjem obolijevanja ljudi uključujući i izrazito povećanje malignih bolesti. Danas možemo evidentirati i petu okolinu, ona je produžetak socijalne okoline, uključuje nove odrednice i zovemo ju psihosocijalna okolina [15].

Jednodimenzionalan pristup koji podrazumijeva mjerenje kvalitete života u cjelini i pristup koji kvalitetu života promatra kao složenu konstrukciju diskretnih domena spadaju u dva osnovna pristupa mjerenju kvalitete života [18].

Terapijski se učinci u liječenju bolesnika danas više ne bi smjeli uspoređivati i evaluirati samo na temelju poboljšanja laboratorijskih nalaza i preživljavanja bolesnika, već i na temelju poboljšavanja njegove kvalitete življenja. Koliko ćemo biti nesretni i manje kvalitetno živjeti zbog svoje bolesti ili s navedenim posljedicama, ovisi o tome kako osobno doživljavamo svoju ″bolest“ [15].

3.1. Kvaliteta života temeljena na zdravlju kod osoba oboljelih od malignih oboljenja

Uži pojam od opće kvalitete života je kvaliteta života temeljena na zdravlju (Health Related Quality of Life, HRQoL). To je stanje dobrobiti koje čine: sposobnost obavljanja aktivnosti svakodnevnog života i bolesnikovo zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja i kontrole bolesti. Uz četiri osnovne dimenzije kvalitete života, onu temeljenu na zdravlju čine i elementi postojanja simptoma i nuspojava medicinskih tretmana kojima je bolesnik podvrgnut, a koje sam već spomenula i prije u radu (zadovoljstvo provedenim tretmanom, emocionalni distres, duhovnost, osobno financijsko stanje i mnoge druge) [19].

Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji se osvrće na subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata bolesti na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne

funkcije te učestalost simptoma i nuspojava tretmana. Da bi se uključio pojam i ideja na zdravlju temeljene kvalitete života u onkologiju nije bilo jednostavno i postojale su mnoge prepreke od strane medicinskog osoblja, ali i po samoj prirodi stvari, kako razumjeti subjektivnu prirodu rezultata analize HRQoL, ali procvatom psihosocijalne onkologije, postao je i HRQoL važnim dijelom onkološke skrbi [19]. Kvaliteta života specifična za maligna oboljenja povezana je sa svim stadijima bolesti. Za sve tipove malignih oboljenja instrumenti mjerenja općenite kvalitete živote mogu poslužiti kao instrument u procjeni općeg utjecaja zdravlja pacijenta na kvalitetu života, no ipak kako bi rezultati bili precizniji potrebno je prilagoditi upitnik ovisno o vrsti malignog oboljenja [19].

Europska organizacija za istraživanje i liječenje (EORTC), osamdesetih godina prošlog stoljeća, osmislila je i realiziran program razvoja integriranog, modularnog pristupa evaluaciji kvalitete života onkoloških bolesnika u obliku upitnika. Upitnik, tzv. Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) se sastoji od pet funkcionalnih ljestvica koje ispituju elemente (tjelesno, psihološko, kognitivno, socijalno i poslovno funkcioniranje), kao i individualnih čestica koje ispituju najčešće simptome bolesti, opću kvalitetu života, zdravstveni status i financijsko stanje. Provedena su brojna istraživanja i dobivene referentne vrijednosti temeljene na općoj populaciji, što je omogućilo da se nastavi s istraživanjima na ciljanoj populaciji onkoloških pacijenata. Istraživanja su pokazala niz važnih informacija, koje su u svakoj sljedećoj analizi olakšavale interpretaciju. Tako se danas zna da su žene općenito, imale sveukupno lošiji funkcionalni status (lošije funkcioniranje u svih pet kategorija). Broj simptoma raznih bolesti kod žena povećava se s njihovom dobi. U oba se spola opća kvaliteta života smanjuje s dobi. Usporednim studijama kvalitete života onkoloških bolesnika i opće populacije dobivene su vrijedne informacije o potencijalnom utjecaju maligne bolesti na kvalitetu života temeljenu na zdravlju. Bolesnici s malignom bolešću imaju lošiju opću kvalitetu života, lošije funkcioniranje u svih pet kategorija. Žene s malignom bolešću imaju značajno lošije socijalno funkcioniranje i veći broj simptoma od žena bez bolesti, a muškarci s malignom bolešću imaju značajno lošije tjelesno, poslovno i socijalno funkcioniranje te lošiju opću kvalitetu života. Među bolesnicima s različitim vrstama malignih bolesti postoje razlike u pojedinim elementima bolesti. Rezultati idu i u obrnutom smjeru, pa tako, bolesnici s ozbiljno narušenom kvalitetom života, kao posljedicom utjecaja maligne bolesti na svaki

od pojedinih elemenata i kategorija koje su sustavno analizirane puno ranije prestaju s aktivnim onkološkim liječenjem i puno brže podliježu svojoj bolesti. Uspije li se dobrom intervencijom pozitivno utjecati na bilo koji od čimbenika kvalitete života, to osigurava dodatan prostor za aktivno liječenje i suzbijanje bolesti, barem privremeno zaustavlja ili usporava tijek bolesti. Zaključujemo da postoji značajna razlika u kvaliteti života ispitanika s i bez malignog oboljenja, kao i razlika između ispitanika s obzirom na spol i vrstu malignog oboljenja [19].

Iz rezultata se iščitava značajna interakcija između kvalitete života i maligne bolesti. Vodeći brigu o očuvanju kvalitete bolesnikova života tijekom njegove bolesti i mukotrpnog procesa onkološkog liječenja, na taj način osiguravamo najzad i sveukupno bolji ishodi liječenja, a što je cilj svakog pristupa liječenju onkološke bolesti [19].

3.2. Kvaliteta života i zdravstvena njega

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) formirala je skupinu za ispitivanje kvalitete života. Kvalitetu života definira kao percepciju uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i brige. Medicinski pojam kvalitete života određujemo kao mogućnost čovjeka da nakon medicinske intervencije živi što sličnije fizički, mentalno i socijalno, životu prije intervencije, odnosno prije bolesti. Medicinska sestra, pružajući zdravstvenu njegu treba imati na umu da kvaliteta života ovisi o subjektivnoj procjeni pojedinca, znači da je individualna i ne može se izravno vezivati s bolešću od koje osoba boluje [20].

Felce i Perry definiraju tri dimenzije koje su u interakciji: objektivni životni pokazatelji tj. životno stanje pojedinca; subjektivni osjećaj dobrobiti ili blagostanja; osobne vrijednosti i sklonosti. Svaka od ovih dimenzija promatra se u odnosu na fizičku (zdravlje, pokretljivost i osobna sigurnost), materijalnu (financije i prihodi, različiti aspekti kvalitete životnog prostora, egzistencijalna sigurnost, tj. svi aspekte koji su važni većini članova zajednice) i socijalnu dobrobit (kvaliteta i opseg interpersonalnih odnosa unutar stanovanja i domaćinstva, s obitelji i rodbinom, prijateljima i poznanicima; te društvena uključenost, tj. ostvarene društvene aktivnosti i stupanj prihvaćenosti ili podrške od strane

okoline), osobni razvoj i stupanj aktivacije (stjecanje i upotrebu vještina svakidašnjeg života, funkcionalne aktivnosti u područjima kao što su dom, posao, slobodno vrijeme i obrazovanje) te emocionalnu dobrobit (objedinjuje čuvstveno i mentalno stanje, ispunjenost, razinu stresa, samopouzdanje i samopoštovanje, seksualnost i religijska vjerovanja), a sve u povezanosti s vanjskim utjecajima. Kao rezultat utjecaja svih dimenzija kvalitete života pojedinci i okruženja u kojima oni žive tijekom vremena utječu jedni na druge i uzajamno se mijenjaju [21].

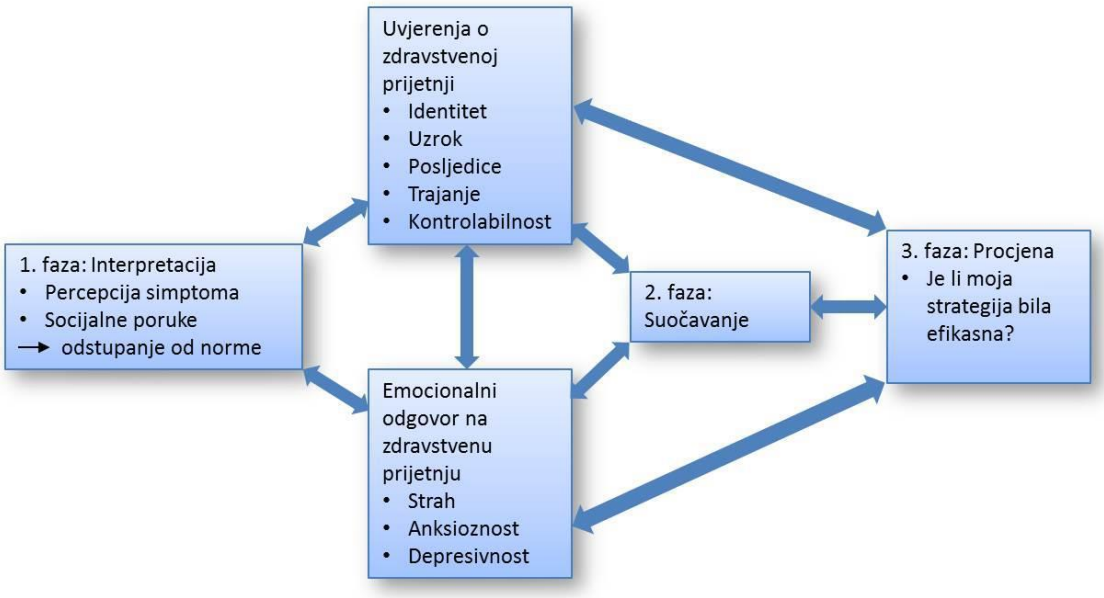
Bolest je jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca, tu su prisutni i posredni učinci kao što su promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima i loše navike. Istraživači s psihološkog stajališta područje zadovoljstva životom shvaćaju kao kognitivnu komponentu subjektivnog blagostanja i da su zadovoljstvo životom, učestalost ugodnih i neugodnih emocija konstrukti koji su umjereno povezani i relativno nezavisni. Također, konstrukti zadovoljstva životom razlikuje se od pozitivnog afekta, ali su međusobno povezani, točnije u nekim su istraživanjima utvrđene korelacije koje iznose od 0,25 do 0,5 istraživanja pokazuju da kognitivna i subjektivna komponenta koreliraju. Pokazalo se kako ljudi koriste afektivnu komponentu, ugodne i neugodne emocije ili raspoloženja, kao jednu od informacija prilikom procjenjivanja kognitivne komponente, odnosno zadovoljstva životom [22].

3.3. Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdravstvenog ponašanja

U području zdravstvene psihologije, u cilju promocije zdravlja i različitih oblika tretmana, razvijeni su brojni teorijski modeli kao na primjer model zdravstvenoga ponašanja, razložne akcije, transteorijski i socijalno kognitivni model. Ispitivanja koja se bave pacijentovim uvjerenjima o bolesti većinom se temelje na Leventhalovom zdravorazumskom modelu bolesti [23].

Stoga su Leventhal i suradnici (slika 3.3.1) 1984. godine predložili model samoregulacije koji smatra da se percepcija bolesti gradi na temelju pet komponenti koje onda

posljedično utječu na način nošenja s istom. To je jedan od najčešće korištenih modela u zdravstvenome kontekstu, model samoregulacije, poznat i kao model percepcije ili reprezentacije bolesti prema kojem osobe izgrađuju shematske reprezentacije bolesti i zdravstveno rizičnih stanja prema konkretnim i apstraktnim izvorima informacija koji su im dostupni. Osnova emocionalne reakcije i zdravstvenog ponašanja zapravo je način na koji osoba percipira bolest i prijetnju zdravlju [23].



Slika 3.3.1 Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdravstvenog ponašanja (1984)

Izvor: https://repozitorij.unizd.hr/islandora/object/unizd%3A2284/datastream/PDF/view dostupno 20.11.2019.

Model se sastoji od tri faze: faze tumačenja ili interpretacije, faze suočavanja i faze procjene.

Leventhal smatra da ljudi reguliraju svoje ponašajne i emocionalne reakcije na bolest na temelju simptoma koje atribuiraju bolesti, vjerovanja o uzrocima bolesti, vjerovanja o izlječivosti i kontrolabilnosti bolesti, percipiranih posljedica bolesti na svakodnevni život te na očekivanoj dužini bolesti [24]. Varijable su u svih pet komponenti modela i fizički iskustvene (bol uzrokovana bolešću se osjeća) i mentalno konceptualizirane (vjerovanje da bol ukazuje na bolest ili poremećaj i da bolest ili poremećaj uzrokuju bol). Stoga je

prilikom formiranja percepcije bolesti uključeno konkretno iskustvo i apstraktno rezoniranje [24].

U prvoj fazi, Interpretacije razvija se percepcija o samoj bolesti. Osoba se suočava s problemom potencijalne bolesti kroz kanal percepcije simptoma ili socijalne poruke. Pojedinac tada nastoji uložiti sve svoje napore, odnosno motiviran je, kako bi se što prije vratio u stanje bez boli i bolesti. Pacijent ovdje počinje pokazivati promjene svog emocionalnog stanja. Druga faza Leventhalovog samoregulacijskog modela je faza Suočavanja u kojoj se razvijaju i identificiraju različite, odgovarajuće strategije suočavanja. Postoje dvije široke kategorije suočavanja koje uključuju mnoštvo drugih strategija. To su strategija usmjerena na problem koja se odnosi na nastojanje da se situacija izmijeni i da se ukloni izvor stresa, te strategija usmjerena na emocije koja se temelji na ublažavanju efekata negativnih emocija koje izaziva sam stresor. Pojedinac će, kad se suoči s problemom razviti tako strategiju suočavanja kako bi vratio svoje zdravlje na sam početak prvobitnog stanja. U posljednjoj fazi Procjene procjenjuje se vlastita strategija suočavanja, da li je i koliko bila efikasna [25].

Osoba postaje motivirana za traženjem pomoći u trenutku pojave nekih simptoma i znakova bolesti. Hoće li osoba potražiti pomoć ovisi o pet komponenti reprezentacije bolesti: identitetu (značenja koja osoba pripisuje svojoj bolesti i simptomima), uvjerenju o uzroku bolesti i o posljedicama (koje će posljedice bolest ostaviti na život osobe), uvjerenju o trajanju bolesti i njezinoj kontrolabilnosti (vjerovanja o ishodima do kojih će bolest dovesti, učinkovitosti liječenja i mogućnosti da si osoba sama pomogne) [24].

4. Psihoonkologija i medicina

Suvremena istraživanja i klinička praksa ukazuju nam da otprilike polovica onkoloških bolesnika ima i razne psihijatrijske/psihološke poremećaje koji mogu zahtijevati najbolju odgovarajuću dijagnostiku i terapiju. Povezanost psihologije i medicine temelji se na zajedničkom predmetu zanimanja čovjekom, samo što je zanimanje medicine više usmjereno na organska stanja i bolesti, a psihoonkologija istražuje psihičke faktore u okvirima multidimenzionalnog razumijevanja malignih oboljenja ali i uključuje

dijagnostičke, terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatra u onkološkom timu.

Poučavanje utjecaja psihosocijalnih varijabli na pojavnost i tijek liječenja karcinoma u žarištu psihijatrijske literature je od 50-ih godina prošloga stoljeća, s postupnim razvojem psihoonkologije kao zasebne discipline. Prvi je pristup u razvoju psihoonkologije bio povezan sa psihoanalitičkom formulacijom bolesti, tako su rana obiteljska dinamika, traumatski događaji, seksualni konflikti i mnogo drugih formulacija povezani s pojavom karcinoma. Unazad dva desetljeća došlo je do ubrzanog razvoja psihoonkologije s pokušajem razumijevanja psihosocijalnih utjecaja na onkološke bolesnike i pronalaska optimalnih terapijskih pristupa u svim fazama liječenja. U Europi razvoj psihoonkologije započinje 1987. godine osnivanjem European Psycho – Oncology Society (ESPO). Temeljna područja psihoonkologa Europe usmjerena su na istraživanje efekata psiholoških intervencija, psiholoških aspekata u genetici raka, istraživanje kvalitete života oboljelih, njihovih obitelji i onkološke bolesti djece [26].

Prvi psiholozi, dolazili su uglavnom iz redova medicinski obrazovanih stručnjaka koje su počele zanimati zakonitosti psihičkog života. Mnogi psiholozi danas su 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, a njihov je cilj i zadatak osigurati cjeloviti pristup bolesniku [26].

Prigovori bolesnika koji znaju biti upućeni zdravstvenim djelatnicima odnose se na slabu međuljudsku povezanost između bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Prisutna je otuđenost zdravstvenih djelatnika od bolesnika i to 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 što dovodi do nedovoljnog posvećivanja pozornosti psihičkim stanjima i slabog prepoznavanja emotivnih poteškoća bolesnika, a to može usporiti i otežati tijek liječenja. Također, može dovesti i do zanemarivanja djelovanja emotivnih poteškoća na nastanak i tijek organskih bolesti [2]. Stoga je, još 1952. godine Stanley Cobb, voditelj psihijatrijske

klinike u Massachusetts General Hospital definirao psihijatrima zajednički rad s ostalim medicinskim osobljem kako bih rezultirao pomakom prema otvorenom razgovoru o bolesti, kvalitetnijoj komunikaciji bolesnika i liječnika i aktivnijim uključivanjem bolesnika u terapijske procese i njegovu aktivaciju u donošenju odluka [26].

Razvoj medicinskih znanosti omogućava sve više znanja o malignim bolestima, kliničkim slikama i prognozama. Sve veća pozornost posvećuje se psihosomatskom pristupu malignih bolesti, promatranje čovjeka u cijelosti, razmatranje njegovog podrijetla, razvoja i tijeka bolesti u međusobnom djelovanju psihičkih i somatskih čimbenika. Osnovni cilj psihosomatske medicine, a posebice psihoonkologije je kreiranje ozračja koje će omogućiti psihijatrima zajednički rad i pružanje pomoći oboljelima od malignih bolesti. Danas, suvremena medicina omogućuje potpuno izlječenje nekih malignih bolesti ili produžuje život bolesnika, što može znatno poboljšati kvalitetu života. Psihoonkologija obuhvaća osobe koje su bolovale od nekih malignih oboljenja, ali su uspijele prebroditi bolest, palijativnu skrb, na osobe koje su zdrave, ali i one koje u sebi nose visok rizik za pojavu raka [26].

Zadatak je današnje medicine, liječnika onkologa, ali i psihijatara unaprijediti kvalitetu života nakon dijagnosticirane bolesti, zadatak je da se poboljša suradnja i tolerancija na terapiju, da se umanje moguće psihijatrijske komplikacije, kako kod bolesnika tako i kod njegove obitelji [26].

4.1. Sadržaji potpore

Za uspjeh potpore je važno da obuhvati sve aspekte života važne za bolesnika. Potpora je jedinstven proces, pomoć jednoga ili nekoliko ljudi svome bližnjem bila ona socijalna, medicinska ili psihološka.
Socijalna potpora je zadovoljavanje potrebe za bliskom pomoći u teškoćama uklapanja u normalne odnose vlastite „socijalne mreže“, održavanje društvenih funkcija i potpora ljudskog dostojanstva. Takva potpora može proizlaziti iz obitelji, rodbinske mreže, seoske zajednice, kruga bliskih prijatelja, bliskih kolega s posla i slično. Cassel, američki

istraživač pretpostavio je da psihosocijalni procesi imaju značajnu ulogu u nastajanju bolesti i da socijalna potpora ima ključnu ulogu u funkcionalnim poremećajima zdravlja koji su povezani sa stresom. Istraživač Caplan pak 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 i davanje materijalnih sredstava, novca, vještine, vođenje i drugi oblici pomoći u suočavanju sa značajnim stresorima [1,2]. Profesor Havelka navodi da se američki istraživač Sideny 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) [2].
Medicinska potpora važna je bolesnicima radi smanjenja boli, funkcionalnih smetnji i općeg slabog stanja. Naglašena je važnost kontinuiranog praćenja i usklađivanja različitih aktivnosti [1].

Održavanje duhovnih vrednota i sadržaja, te pomoć u svladavanju psihičkih kriza zbog žalovanja za životom, poteškoćama u komunikaciji, zatim problemi sa suradnicima na poslu koji također žele pomoći, rješavanje bračnih problema, smetnje u vezi s promijenjenim izgledom nakon mutilirajućih operacija i slično, pripada u psihološku potporu [1].

5. Liječenje

Liječenje malignih bolesti jedna je od najkompleksnijih vrsta terapija u medicini. Sastoji se sastoji od niza zahvata, uključujući i potporu okoline, operativne zahvate, zračenje, kemoterapiju koja je namijenjena za liječenje bolesti ili znatno produljenje života i poboljšanje kvalitete života pacijenta. Kod nekih se onkoloških pacijenata može primijeniti, samo operacija kod ranih stadija karcinoma probavnog trakta ili samo kemoterapija kod leukemija ili samo radioterapija kod određenih stadija ginekoloških tumora. Zbog ograničenja i nedostataka korištenja samo jednog terapijskog protokola, u onkologiji je danas daleko češća primjena više vrsta liječenja, tzv. multimodalni terapijski

pristup. Kombinacijom liječenja postignut je najznačajniji napredak u tretmanu malignih tumora u zadnjih dvadeset godina [27].

5.1. Multidisciplinarni pristup u liječenju malignih oboljenja

U multidisciplinarni pristup liječenja raka spada integrirani pristup zdravstvene zaštite u kojemu medicinski i srodni stručnjaci razmatraju sve relevantne mogućnosti liječenja bolesnika s rakom te razvijaju individualne planove za liječenje pojedinačnog bolesnika. Stručnjaci u timu su: izabrani liječnik opće prakse, radiolog, internist, neurolog, patolog, citolog, kirurg-onkolog, psihijatar ili psiholog, onkolog, medicinska sestra, fizioterapeut, nutricionist. Svaki član u timu savjetuje plan liječenja prema svojem području stručnosti tako da su odgovornosti podjednako važne za svakog člana tima. Veliku ulogu u odabiru najbolje opcije liječenja ima i želja samog bolesnika, kao i postojanje komorbiditeta, posebice u bolesnika starije životne dobi [1].

Ponekad se jedan protokol primjenjuje s ciljem potenciranja efekta drugog načina liječenja, kao što je na primjer davanje citostatika s ciljem povećanja radiosenzibilnosti. U drugim situacijama jedan modalitet stvara povoljnije uvjete za djelovanje drugog. Preoperativno zračenje ili kemoterapija mogu smanjenjem tumorske mase olakšati kirurški zahvat ili pretvoriti inoperabilnu bolest u operabilnu. Druga vrsta multimodalnog pristupa je profilaktična ili kako ju još nazivamo adjuvantna terapija, čiji je cilj uništenje eventualnih preostalih tumorskih stanica, koje se raspoloživim metodama ne mogu dijagnosticirati. Primjenjuje se kada se pomoću jedne ili više terapijskih procedura tumor praktično odstrani, ali postoji značajan rizik pojave recidiva ili udaljenih metastaza i pored toga što je primarno liječenje bilo radikalno i uspješno.
Onkološki tretman nosi i određeni rizik komplikacija i oštećenja. Komplikacije terapije često zahtijevaju dodatnu njegu i liječenje. Treba udružiti stručna znanja, vještine i iskustva svakog pojedinog člana tima kako bi se time osigurale najbolja moguća njega i skrb, a to je svrha multidisciplinarnog tima [27].

5.2. Psihosocijalni pristup u liječenju malignih oboljenja

Najteži trenutak tijekom dijagnostike, liječenja i praćenja bolesnika s malignom bolešću je trenutak spoznaje o bolesti od koje boluje. Potrebno je vrijeme da se prihvati ta spoznaja, potrebna je potpora obitelji i okoline, iskren i ohrabrujući stav liječnika. Sama pomisao na zloćudnu bolest povlači za sobom pojmove kao što su bol, strah, beznađe i smrt. U cijelom tom vrtlogu strahova i emocija bolesnik proživljava različite reakcije na bolest. Psihološke reakcije na samu spoznaju najčešće se izražavaju u obliku depresije i anksioznosti. Prevalencija klinički izražene depresije u novodijagnosticiranih malignih bolesti iznosi 5 – 6%. Tu su važni liječnici, onkolozi čiji je zadatak ne samo liječenje raka nego i upoznavanje bolesnika s pravom naravi same bolesti, s mogućnostima njezinog liječenja, te bolesnikovim aktivnim uključivanjem cijelog sebe u borbu protiv bolesti. Predisponirajući čimbenici nastanka depresije u bolesnika koji boluje od raka su: anamneza poremećaja raspoloženja, ovisnosti o alkoholu, liječenje raka povezano s promjenama tjelesnog izgleda, mlađa dob, prethodno iskustvo raka u obitelji, slaba socijalna potpora, slabi rezultati liječenja, nuspojave liječenja, istodobna pojava drugih stresnih životnih situacija.

Gubitak teka, nedostatak energije, smanjeni libido, gubitak tjelesne mase, nedostatak samopoštovanja, nesanica, nedostatak zadovoljstva, pa čak i suicidne misli pripisujemo simptomima depresije kod bolesnika s malignom bolesti. Druga važna psihološka reakcija jest anksioznost koja se očekuje u 10% bolesnika s rakom i izaziva simptome poput nemira, umora, poteškoće s koncentracijom, napetost mišića, poremećaj spavanja i mnoge druge [1].

Bolesnikov status odražava se na tijek i ishod liječenja. Zbog toga je potrebno ukloniti sve psihološke barijere koje ometaju liječenje, usporavaju oporavak i ruše nadu u očekivani ishod liječenja. Svaki trenutak u tijeku razvoja bolesti zahtijeva različiti pristup prema bolesniku. Postoji vrijeme kada bolesnika treba potaknuti na borbu, usmjeriti ga prema liječenju i pružiti mu nadu u mogućnost izlječenja. Kod bolesnika gdje je bolest napredovala i gdje se ne vidi mogućnost izlječenja treba pronaći riječi potpore da se bolesnik ne prepusti očaju i strahu [1].

5.3. Palijativna skrb

Palijativna skrb je aktivna i cjelovita briga kako za osobu čija bolest više ne reagira na liječenje, tako i za bolesnikovu obitelji. To je liječenje koje oslobađa od boli, ali ne liječi simptome uzrokovane rakom. Može pomoći ljudima da žive ugodnije, potreba svih ljudi koji pate od raka ili drugih teških smrtnih bolesti. Posebno je tražena kod pacijenata kod kojih postoji mala mogućnost izlječenja. Ona ne ublažava samo fizičke simptome već i pomaže kod psihičkih, socijalnih i duhovnih poteškoća.

Glavni zadatak palijativne skrbi i također bitan rezultat za onkološke statistike je unapređivanje kvalitete života u zdravstvenom pogledu. 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, određena je, ne samo bolešću i njezinim liječenjem, nego i drugim medicinskim i sociodemografskim faktorima [28].

6. Uloga medicinske sestre kod maligno oboljelih osoba

Sestrinska skrb za osobe oboljele od onkoloških bolesti vrlo je kompleksna. Medicinske sestre u onkologiji preko raznih edukativnih i savjetodavnih aktivnosti pomažu u podizanju razine zdravstvene svijesti, volje i znanja o mogućim čimbenicima nastanka malignih bolesti, usvajanju zdravih stilova življenja, potrebi redovite samokontrole zdravlja i potrebi redovitog medicinskog nadzora. Onkološkom bolesniku medicinska sestra pruža pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih i životnih potreba s ciljem kako bi unaprijedila njihovo zdravlje, spriječila daljnji gubitak zdravlja, očuvanje postojećeg zdravlja i vraćanje poremećenog zdravlja. Isto tako primjenjuje intervencije usmjerene rješavanju i psiholoških poteškoća. Najčešći psihološki problemi koji se pojavljuju u onkoloških bolesnika koji zahtijevaju sestrinske intervencije su: depresija, anksioznost i delirij. Osim potpore bolesniku, od velike je važnosti pružiti potporu i njegovoj obitelji. Obitelj je iznimno važan čimbenik u njegovoj prilagodbi na malignu bolest. Što su čvršće veze unutar obitelji prije postavljanja dijagnoze to će obitelj pozitivnije utjecati na prilagodbu bolesnika tijekom postavljanja dijagnoze, liječenja i oporavka [29].

Činjenica o postojanju maligne bolesti rezultira šokom, nevjericom, strahom, a pojavljuje se i strah od boli, patnji i moguće smrti. Česta je ljutnja i žalost zbog prekida uobičajenog načina života i poremećaja životnih planova. Riječ je o normalnim reakcijama koje se uz potporu zdravstvenog osoblja, obitelji i okoline oboljele osobe mogu svesti na prihvatljivu razinu [29].

Oboljeloj osobi potrebno je omogućiti da sudjeluje u aktivnostima koliko može i želi ali joj isto tako treba pružiti pomoć u aktivnostima koje je prije obavljala, a koje u trenutku bolesti ne može obavljat jer napredovanje maligne bolesti često dovode do promjena tjelesnog izgleda zbog pojave petehija, modrica, alopecije, ocrtavanja za zračenje, učinjene ileostome, kolostome, a to za većinu bolesnika predstavlja veliki problem što se posebno odnosi na razdoblje nakon povratka kući i u zajednicu gdje žive i borave. Iz navedenog razloga edukacijska uloga medicinske sestre je od velike važnosti, u smislu informiranosti o teškoćama liječenja te kako će ih ublažiti, koliko će one trajati (ako su prolazne) i na koji način umanjiti vidljivost pojedinih posljedica [29].

Uz skrb o pacijentu medicinska sestra tijekom bolesti stalno skrbi i o obitelji oboljeloga, te im pruža potrebnu pomoć (fizičku, psihičku, edukacijsku) bilo da je ishod bolesti povoljan ili nepovoljan. Njega teških i umirućih bolesnika ubraja se među najteže poslove u sestrinskom zanimanju. Medicinske sestre koje skrbe takve bolesnike nerijetko dospijevaju u nepremostivi nesklad između onoga što su u procesu socijalizacije naučile, društvenih vrijednosti koje su usvojile, očekivanja sredine u kojoj se nalaze te objektivnih mogućnosti djelovanja koje im stoje na raspolaganju [20].

Onkološki pacijenti susreću se s brojnim poteškoćama te im je iz tog razloga potrebna pomoć i podrška medicinske sestre u njihovim svakodnevnim aktivnostima i u svakodnevnom funkcioniranju Pri skrbi pacijenata s malignim oboljenjima, važno je pravovremeno postavljanje sestrinskih dijagnoza, na temelju kojih se izrađuju planovi zdravstvene njege na individualnoj razini.

6.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod maligno oboljele osobe

Veliku odgovornost za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima nosi medicinska sestra. Mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u suradnji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelj uz stalnu koordinaciju s drugim članovima tima. Ona često sudjeluje u rješavanju mnogih etičkih pitanja, donošenju odluka vezano uz zahtjeve bolesnika i obitelji. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme [30].

Procjena stanja bolesnika inicijalna je faza procesa skrbi i točan je uvid u stanje bolesnika u trenutnoj situaciji. Medicinske sestre s ostalim članovima tima trebaju procjenjivati stanje bolesnika, utvrđivati potrebe bolesnika u cilju provođenja što kvalitetnije skrbi, mora prikupiti informacije o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situacije. Prioriteti procjene su glavni simptomi, tegobe, uzroci zabrinutosti, slušati što pacijent govori i vjerovati mu sve što je rekao [30].

Sestrinske dijagnoze kod maligno oboljelih bolesnika, ali i bolesnika u terminalnom stadiju bolesti vezane su uz napredovanje maligne bolesti i dolaze kao posljedica medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije Uz odgovarajuće terapijske mjere, medikaciju, provođenje zdravstvene njege usmjereno je ka rješavanju prisutnih sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu fizičkih, psihičkih, socijalnih i duhovnih faktora, intervencije, te trajnu evaluaciju [30].

7.1. Moguće sestrinske dijagnoze kod maligno oboljele osobe

Tijekom liječenja bolesnika na onkološkim odjelima potrebno je ciljano planirati zdravstvenu njegu, što znači postaviti sestrinsku dijagnozu, planirati ciljeve, primijeniti personalizirane aktivnosti i intervencije, te evaluirati proces zdravstvene njege i ciljeve.

U ovom poglavlju navest će se najčešće sestrinske dijagnoze, intervencije i aktivnosti koje trebamo provesti kako bi se ostvario pozitivan ishod zdravstvene njege.

7.1.1. Visok rizik za opstipaciju u/s smanjene pokretljivosti

Kritični čimbenici:

- bolničko liječenje
- odsutnost privatnosti
- smanjen motilitet probavnog trakta
- neadekvatna prehrana i unos tekućine

Mogući ciljevi: Pacijent će znati prepoznati uzroke nastanka opstipacije, pacijent će znati primjenjivati mjere sprečavanja opstipacije

Intervencije:

- provjeriti pacijentovo shvaćanje svoje dijagnoze
- procijeniti pacijenta s ciljem utvrđivanja ranih znakova opstipacije
- poticati pacijenta da dnevno unese 1500 - 2000 ml tekućine, ukoliko nije kontraindicirano
- omogućiti dostupnost tekućine pacijentu nadohvat ruke
- poticati pacijenta da dnevno unosi barem 20 g prehrambenih vlakana (npr. integralne žitarice)
- poticati pacijenta na ustajanje iz kreveta
- poticati pacijenta da provodi jednostavne vježbe u skladu sa svojim mogućnostima, posebice vježbe u krevetu
- poticati pacijenta na defekaciju sukladno uobičajenim navikama
- postaviti zvono nadohvat ruke

- postaviti pacijenta u visoki Fowlerov položaj s nogama savijenim u koljenima za defekaciju u krevetu
- osigurati privatnost
- oprati pacijentu ruke
- svaku defekaciju i karakteristike stolice dokumentirati

Evaluacija: Pacijent nije opstipiran, ima eliminaciju meke, formirane stolice tri puta tjedno, prepoznaje i primjenjuje mjere sprečavanja opstipacije, ne osjeća abdominalnu bol, nelagodu, punoću crijeva i nelagodu pri defekacij [31].

7.1.2. Visok rizik za pad u/s poremećajem svjesti

Kritični čimbenici:

- bolesti sustava za kretanje
- bolesti živčanog sustava
- bolesti srčano – žilnog sustava
- maligne bolesti

Mogući ciljevi: Pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti, pacijent će znati nabrojiti čimbenike koji povećavaju rizik za pad, pacijent će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada

Intervencije:

- upoznati pacijenta sa nepoznatom i novom okolinom
- objasniti pacijentu korištenje sustava za pozvati pomoć
- uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad
- staviti zvono na dohvat ruke
- smjestiti pacijenta u blizinu toaleta, pomoći mu pri kretanju do toaleta
- upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- nadzirati pacijenta pri prvom ustajanju nakon medicinsko – dijagnostičkih
- koristiti zaštitne ogradice na krevetu
- podučiti pacijenta i obitelj o čimbenicima rizika, padu i mjerama prevencije
- provjeriti je li pacijent shvatio upute
- provjeriti pridržava li se pacijent uputa

Evaulacija: Tijekom boravka u bolnici pacijent nije pao. Pacijent zna nabrojati mjere sprečavanja pada [31].

7.1.3. Visok rizik za smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnim mirovanjem

Kritični čimbenici:

- medicinske dijagnoze
- starija životna dob
- postojanje boli
- dugotrajno mirovanje
- maligna oboljenja

Cilj: Pacijent će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.
Intervencije:

- prepoznati znakove umora kod pacijenta
- primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika
- izbjegavati nepotreban napor
- osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika (trapez, štake, hodalica)
- prekinuti tjelesnu aktivnost u slučaju pojave boli u prsima,stenokardije, dispneje, pada ili porasta krvnog tlaka ili smetenosti
- pružiti emocionalnu podršku
- osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih aktivnosti
- osigurati neometani odmor i spavanje
- pomoći pacijentu u prepoznavanju čimbenika koji loše utječu na podnošenje napora
- ohrabriti bolesnika i obitelj da potiču pacijenta na primjerenu aktivnost i sudjelovanje u aktivnostima

Evaluacija: Pacijent razumije svoje stanje, samopoštovanje je očuvano i prihvaća pomoći drugih. Pacijent učinkovito provodi plan svakodnevnih aktivnosti i odmora [31].

7.1.4. Visok rizik za infekciju u/s operativne rane

Kritični čimbenici:

- medicinska stanja / bolesti
- medicinski postupci
- lijekovi

Cilj: Pacijent tijekom hospitalizacije neće dobiti infekciju operativne rane.

Intervencije:

Sestra će:

- kontrolirati drenažu i njezinu učinkovitost
- evidentirati količinu sadržaja
- kontrolirati zavoje na kirurškoj rani
- procijeniti stanje kože oko kirurške rane
- previjati ranu prema pravilima asepse
- ograničiti broj posjetitelja
- poučiti higijeni i pranju ruku
- kontrolirati vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C)
- osigurati i poticati bolesnika na uzimanje hrane i tekućine
- poticati bolesnika na odmor
- primijeniti ordiniranu terapiju

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik tijekom hospitalizacije nije dobio infekciju [32].

7.1.5. Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem

Kritični čimbenici:

- medicinska stanja/bolesti (kronične bolesti, metaboličke bolesti)
- iritacija tkiva djelovanje čimbenika iz okoline
- bol, umor, kognitivni, senzorni i motorički deficit

Cilj: Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan.

Intervencije:

- procjenjivati postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno
- dokumentirati ranije oštećenja kože i sadašnje stanje
- osigurati optimalnu hidraciju pacijenta
- nadzirati pojavu edema
- održavati higijenu kože prema standardu
- održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja
- mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 1-2 sata
- koristiti antidekubitalne madrace i jastuke
- provoditi aktivne i pasivne vježbe, te vježbe cirkulacije
- educirati obitelj o čimbenicima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa, te o mjerama prevencije oštećenja kože

Evaluacija: Pacijentova koža je intaktna, integritet kože je očuvan [32].

7.1.6. Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenog unosa tekućine

Kritični čimbenici:

- Životna dob
- Medicinske dijagnoze
- povraćanje
- proljev
- smanjena mogućnost brige za sebe
- poremećaj svijest
- pomanjkanje znanja

Mogući ciljevi: Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže, pacijent neće biti dehidriran, pacijent će pokazati interes za uzimanjem tekućine, pacijent će povećati unos tekućine, pacijent će imati dobar turgor kože vlažan jezik i sluznice

Intervencije:

- osigurati tekućinu nadohvat ruke
- pomoći bolesniku uzeti tekućinu

- objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine
- podučiti pacijenta rizičnim čimbenicima
- pratiti unos i iznos tekućina
- meriti vitalne funkcije
- uočiti znakove promijenjenog mentalnog statusa
- poticati pacijenta da provodi oralnu higijenu
- obavijestiti liječnika o promjenama
- kontrola sluznice i turgora kože

Evaluacija: Pacijent je hidriran. Pacijent razumije uzroke problema i načine na koje mu se pomaže. Pacijent pokazuje interes za uzimanjem tekućine. Pacijent unosi propisanu količinu tekućine(ml/24 sata) [31].

7.1.7. Visok rizik za suicid u/s depresijom

Kritični čimbenici:

- suicidalne misli
- zlouporaba opojnih sredstava
- depresija

Mogući ciljevi: pacijent će koristiti učinkovite metode suočavanja s anksioznošću i stresom, pacijent će prihvatiti pomoć medicinskog tima kod pojave suicidalnih misli, pacijent si neće pokušati namjerno oduzeti život

Intervencije:

- na vrijeme opaziti brze promjene u ponašanju
- poticati pacijenta na izražavanje osjećaja
- potaknuti pacijenta i njegovu obitelj da se uključe u grupnu terapiju
- educirati pacijentove bliske osobe kako prepoznati znakove visokog rizika za suicid
- omogućiti sigurnu okolinu za pacijenta koji je pod visokim rizikom za samoubojstvo
- neprestano pratiti i znati procijeniti visok rizik za samoubojstvo

Evaluacija: Pacijent koristi učinkovite metode suočavanja sa anksioznošću i stresom. Pacijent prihvaća pomoć od strane medicinskog tima kod pojave suicidalnih misli. Pacijent si ne želi oduzeti život [33].

8. Prikaz slučaja

I. S. (43) iz Koprivnice iznio je svoje vlastito iskustvo i to onu stranu borbe s, možemo tako reći, najtežom bolesti današnjice, karcinomom. Na prvom mjestu čovjek od krvi i mesa, zatim roditelj, suprug, vjeroučitelj, glazbenik i naposljetku političar. Poznat javnosti kao pozitivac, uvijek nasmijan i vedre naravi. Sve to možete potvrditi samo jednim danom druženja s ovim čovjekom, uvjerit ćete se u taj veseo i pozitivan duh.

Njegova strana priče izgleda ovako: „Primijetio sam u ljeti 2012. godine kvržicu iza desnog uha i mislio sam da je masna nakupina. Zatim sam išao na sistematski i doktor je pretpostavio isto. Međutim, išao sam otorinolaringologu koji me mogao primiti tek nakon mjesec dana. U međuvremenu, kroz samo tri mjeseca, meni su se pojavile još tri kvržice. Otišao sam k doktoru i odmah su odlučili da idem na operaciju, te su kvržice punktirali. Zatim sam s nestrpljenjem čekao patohistološke nalaze, a došli su u vrijeme kada sam bio na poslu, u školi. Vidio sam deset propuštenih poziva s odjela hematologije. Odmah sam otišao u bolnicu te mi je liječnica rekla da je dobro što sam došao te da je za mene pripremila najbolju njegu, rekla je da imam najbolju sobu i da idem kod najbolje doktorice za kemoterapiju. Znao sam o čemu se radi i da mi nije ništa više rekla. To je bilo to. Dala mi je utjehu. Sjećam se tog osjećaja kada sam shvatio. Da. Ja imam rak limfnih čvorova. Saznao sam da imam rak jednog četvrtka, imao sam tada 36 godina, dvoje male djece, imao sam kredit i, naravno, pitao sam se zašto baš ja. Pa kako se meni to dogodilo, ne pušim, ne pijem pretjerano, bavim se sportom, veseo sam stalno i pokušavam biti pozitivan, vodim relativno zdrav život. Nisam tražio koja je to vrsta karcinoma, znao sam da je to tip raka koji brzo raste te je agresivniji. Nakon što sam proplakao sve što sam imao i pitao se zašto baš ja , zašto baš mojoj obitelji ovaj teret?“

Pozitivac koji vodi zdrav život već drugoga dana okrenuo je novu ploču svoga života.

„Sa svakim sam se isplakao, porazgovarao, svakakve emocije i sam strah od smrti bio je u meni. Ali, već u petak, dan nakon što sam saznao dijagnozu, postavio sam si drugačije pitanje. Zašto ne ja? Po čemu sam ja toliko poseban? Zašto bi to morao biti netko drugi?

Moja borba sa rakom trajala je šest mjeseci. Prolazak kroz osam kemoterapija, svakih dvadeset i jedan dan donijelo mi je nuspojave opadanja kose, a ono najgore što mogu istaknut bilo je da poslije kemoterapije nisam mogao raditi baš ništa. Oslabio sam,

premještao sam se sa stolice na stolicu. Nisam znao kuda bih sa sobom, osjećao sam nemoć. Nisam bio za šetnju, za hodanje, za nikakve aktivnosti. No kada su mi se vrijednosti u organizmu počele dizati, bilo mi je sve bolje. I tako u krug. Najgore iskustvo bilo je punktiranje koštane srži bez anestezije gdje su probijali mišić i kost jer se samo tako moglo vidjeti jesu li loše stanice uništene. Bol je to neopisiva. U tih šest mjeseci borbe ostao bez svega, bez onog što je i što ga predstavlja kao osobu. Nisam mogao pjevati jer su mu kemoterapije zadebljale glasnice, igrati nogomet, predavati, nisam mogao baš ništa što volim i što me karakterizira kao čovjeka.

Cijeli svoj život gledam kao veliki blagoslov. Oženio sam se, imam dobru obitelj, lijepo mi je i radim posao koji volim, a radim i u župi te zaista uživam u životu.

Bol, patnja i radost su sastavni dio života. Ono što je meni najveća dobit od raka je svijest o prolaznosti. Shvatio sam da sam zamjenjiv iste sekunde. Nisam bio aktivan i morao sam mirovati šest mjeseci, doktorica mi je savjetovala da izbjegavam mjesta s većom koncentracijom ljudi. Vjeronauk se u župi odradio kao da mene nikad nije bilo, dječji zbor isto tako. U školu je došla vjeroučiteljica i odradila vjeronauk bez problema. KC liga se i dalje igrala, bez obzira na to što mene nije bilo. I tada sam došao do spoznaje. Prolazan si. I to je najbolje što sam izvukao iz te borbe. Tada sam se pitao što je smisao života. I shvatio da je smisao da živim ovaj trenutak, da uživam u svakoj situaciji. Sve to vrijeme bio sam na bolovanju, imao je 40 posto manju plaću, plaćao je lijekove i putovanja u Zagreb te financirao drukčiji režim prehrane. U tih sam šest mjeseci ostao bez oko 40 tisuća kuna. Pomogli su mi obitelj i prijatelji. Betaglukan koji mi je jako puno pomogao u izlječenju darovan mi je, a da sam ga išao kupovati platio bih 2000 kuna. Puno mi je ljudi pomagalo. Imam samo pozitivna iskustva. Jedan me poznanik vozio i odvozio iz Zagreba kada sam išao na kemoterapije i to na svoju inicijativu. Zahvalan sam mu, i svima koji su mi spremno pomagali. Jako je važno kada imaš podršku i kada se imaš na koga osloniti kada si bolestan. Obitelj mi je bila, izuzetno velika podrška. Moja je supruga bila staložena i jaka. Ali sjećam se da me jednom probudio njezin plač. Proživljavala je to sigurno puno teže nego ja. Znala je da mi ne može pomoći i da moju bol ne može podijeliti sa mnom. Bilo joj je teško. Ema i Josip, moja djeca se toga sada ni ne sjećaju, ja sam pokušao biti tu za njih stalno, nisam ležao u krevetu. Mogu reći kako je Bog imao prste u mom ozdravljenju, kao što ima prste u svemu. Za vrijeme kemoterapija znao sam

razmišljati da sad mogu biti na najljepšoj plaži u najljepšoj kući odbio bih, želio sam samo ozdraviti.“

U tome je napokon i uspio i pobijedio je opaku bolest.

„Nakon osam kemoterapija, raka više nije bilo, niti se vratio. Danas nemam posljedice bolesti, a u međuvremenu sam dobio i kćerkicu Franku. No svakih šest mjeseci redovito idem na kontrole. Logično da se prije same kontrole zapitam je li se rak vratio. Srećom, nema ga!“

Zaključuje. „ Shvatio sam da moje mišljenje nije toliko važno koliko sam mislio da je, da moj stav nije toliko bitan koliko sam mislio da je, da sama moja prisutnost nije toliko presudna kao što sam prije mislio. Shvatio sam da sam na ovoj zemlji mali. Prihvaćam druge sa svim njihovim manama i vrlinama više nego što sam to činio prije bolesti“ [34].

9. Zaključak

S obzirom da liječenje zloćudnih bolesti često traje godinama, a ne iscrpljuje samo pojedinca oboljelog od raka nego i članove njegove obitelji, dijagnostika, liječenje i rehabilitacija osobe oboljele od malignog oboljenja predstavlja kompleksno problemsko područje za oboljele, ali i njihovu društvenu okolinu.

Onkološki bolesnici osjetljiva su skupina bolesnika. Kvaliteta života oboljele osobe i njene obitelji znatno je smanjena na svim aspektima života. Svaka osoba se na različite načine nosi s dijagnozom karcinoma i na različite načine iskazuje emocije ili ih skriva. Svakom bolesniku treba pristupiti na jedinstven način, pružajući mu, ne samo fizičku, nego i psihološku pomoć. Psihološka pomoć, potpora onkološkim bolesnicima i članovima njihove obitelji od iznimne je važnosti. Ponekad vlastite brige, strahovi i mogućnost suočavanja s novonastalim situacijama podižu kvalitetu života te se time povećava psihička dobrobit i prostor za osobni rast i razvoj. Važno je istaknuti da psihološka skrb podrazumijeva uspostavu emocionalne i psihičke dobrobiti uključujući probleme samopoštovanja, teškoće prilagodbe na bolest, probleme socijalnoga funkcioniranja i stvaranja socijalnih odnosa. Uspostavljanjem emocionalne dobrobiti bolesnika i članova obitelji stvaraju se pozitivni odgovori i osobe se osnažuju kako bi se uhvatile u koštac s bolešću i nadišle sve one poteškoće koje prate liječenje. Tijekom liječenja i oporavka, pacijenti preispituju način života, ciljeve i planove koje se ponovno sagledavaju.

U radu s bolesnicima oboljelih od malignih bolesti važnu ulogu imaju i medicinske sestre/tehničari koji se suočavaju s brojnim područjima na kojima trebaju biti educirani i kompetentni. Osim što moraju poznavati samu bolest i sve što se odnosi na bolest, oni moraju imati razvijene komunikacijske, socijalne, emocionalne, edukacijske i druge vještine jer pacijenti od njih očekuju da im pruže skrb koja se ne odnosi isključivo na samu bolest, već uključuje potpunu skrb o svim područjima njihovog života, tj. individualni pristup.

U novije vrijeme sve je brže rastući koncept kvalitete života i psihosocijalne podrške osobama oboljelim od malignih oboljenja. U Hrvatskoj trenutno postoji nekoliko udruga, kampanja i projekata koje naglašavaju važnost podrške i edukacije, a sve se više stavlja naglasak i na edukaciju medicinskog i nemedicinskog osoblja u skrbi za bolesnika. Velika

podrška članovima udruga su educirani onkolozi, liječnici drugih specijalnosti i stručnjaci iz drugih disciplina te posebno osobe koje međusobno iznose svoja iskustva kroz koja su prolazili tijekom oboljenja i liječenja malignih bolesti.

Poznavajući ljude oboljele od malignih bolesti dolazim do zaključka kako nije lako s takvom bolešću živjeti, s time se kroz život nositi, ali uvijek treba biti pozitivan jer to je pola puta do uspijeha.

Mnogo puta sam se našla u situaciji i potrebi uputiti riječ podrške i pitala se kako i na koji način bi to bilo najbezbolnije za mene i osobu koja je u potrebi. Iskustvo je pokazalo kako treba ostati čvrst u svojoj namisli, ne posustati i predati se slabostima već pronaći riječi koje oboljela osoba može prihvatiti, koje će je ohrabriti i dati vjetar u leđa da je nosi pozitivnom cilju koji će doprinjeti kvaliteti života.

U cjelokupnoj borbi protiv bolesti važno je ostati čvrst na svojim nogama, okružen pozitivnom okolinom. Život je dar i treba ga cijeniti baš ovakvog kakav je stavljen pred nas pa makar često to bila i teška bolest. Takav će nam stav pomoći u hrabrijem pogledu na životne situacije koje nas okružuju.

Hrabrost nije odsutnost straha,

nego je to pobjeda nad njim,

a hrabar čovjek nije onaj koji ne osjeća strah,

nego onaj koji ga pobijedi.“

Nelsom Mandela

U Varaždinu, 14.02.2020.

Ana Špernjak

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANA ŠPERNJAK *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA S MALIGNOM BOLESTI *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ana Špernjak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANA ŠPERNJAK *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA S MALIGNOM BOLESTI *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ana Špernjak
(vlastoručni potpis)

10. Literatura

[1] Z. Krajina, M. Šamija, E. Vrdoljak: Klinička onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.,2013.

[2] http://www.onkologija.hr/sto-je-rak/, dostupno 18.01.2020.

[3]https://umstnkh.hr/suocavanje-obitelji-pacijenta-dijagnozom-maligne-bolesti-mozga/, dostupno 19.07.2019.

[4] I. Damjanov, S. Jukić, M. Nola: Patologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.

[5]https://www.glas-koncila.hr/kako-se-suociti-s-rakom-za-borbu-s-rakom-potrebno-se-i-psiholoski-pripremiti/, dostupno 19.07.2019.

[6] G. Vuletić: Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, 2013., sv.7, str. 213-222.

[7] N. Aljinović Ratković, V. Uglešić: Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata. Hrvatsko društvo za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata, Zagreb: Klinička bolnica Dubrava, 2006.

[8] R. Pinjatela: Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2008., 44(2), str.79-98.

[9] P. Strojan, M. Hočevar: Onkologija, Onkološki inštitu Ljubljana, Ljubljana, 2018.

[10] M. Šamija i sur.: Onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.

[11] E. Vrdoljak, I. Belac Lovasić, Z. Kusić, D. Gugić, A. Juretić: Klinička onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.

[12]https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2018/03/Bilten_2015_rak_final.pdf, dostupno 05.08.2019.

[13]https://www.hzjz.hr/aktualnosti/maligne-bolesti-u-djece-u-republici-hrvatskoj/, dostupno 24.10.2019.

[14] D. Miholić, M. Prstačić, B. Nikolić: Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2013., 49, 73-84

[15] V. Halauk: Kvaliteta života u zdravlju i bolesti, Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, 2013., sv. 7, str. 251-257
[16] M. Dijakers: Quality of life after spinal cord injury, American Rehabilitation, 1996., Vol.22, 3
[17] M. Krizmanić, V. Kolesarić: Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". Primijenjena psihologija, 1989., 179 -184.
[18] G. Vuletić, R. Misajon. Subjektivna kvaliteta života. U: G. Vuletić urednik. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, 2011.,9-16.
[19] Liječničke novine: Glasilo hrvatske liječničke komore, godina XV, br.149 , svibanj, 2016.
[20] S. Čukljek: Kvaliteta života u zdravstvenoj njezi. Plavi fokus. ISSN 1845-8165, 2008., IV(3).
[21] D. FelcE J. Perry Assessment of Quality of Life. U: R.L. Schalock, (Ed.): Quality of Life. Conceptualization and Measurement. Washington DC: American Association on Mental Retardation, 1996., 63-72.
[22] G. Vuletić Mavrinac: Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Plavi fokus. ISSN 1845-8165, 2008., IV(3).
[23] N. Jokić-Begić, B. Bagarići J. Jurman: „www.depresija/anksioznost.hr“ Informacije o depresiji i anksioznosti na internetskim stranicama. Socijalna psihijatrija, 2015., 43, 209 – 218.
[24] H. Leventhal, L.A. Phillips i E. Burns: Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. Psychological Topics, 2016., 25, 1–18
[25] J. Ogden: The Psychology of Health and Illness: an open access course, 2017.
[26] R. Gregurek, M. Braš: Psihoonkologija, Osijek, 2008.
[27]http://www.onkologija.hr/lijecenje-raka/, dostupno 22.11.2019.
[28]http://www.onkologija.hr/prosirena-bolest/palijativna-skrb/, dostupno 22.11.2019.
[29]http://sestrinstvo.kbcsm.hr/medicinska-sestra-i-onkoloski-bolesnici/, dostupno 29.12.2019.
[30] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković.: Osnove palijativne medicine Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.; 104-109.
[31] M. Kadović, D. Abou Aldan: Sestrinske dijagnoze II, HKMS, Zagreb, 2013.

[32] S. Šepec i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2011.

[33] D. Kocijan-Hercigonja, V. Folnegović-Šmale. Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprječavanje suicidalnosti [Online]. 1999. http://www.pbsvi.hr/test/wp-content/uploads/2015/06/Prepoznavanje-rano-otkrivanje-i-spreavanje-suicidalnosti-prirunik.pff, dostupno 22.11.2019.

[34]https://epodravina.hr/foto-ivica-suvalj-kad-sam-saznao-da-imam-rak-taj-dan-sam-plakao-i-pitao-se-zasto-bas-ja-a-onda-sam-izvukao-najveci-dar-i-shvatio-da-sam-prolazan/, dostupno 22.11.2019.

Popis slika

Slika 2.2.3.1. Incidencija raka u Hrvatskoj za 2015. godinu, http://www.onkologija.hr/incidencija-raka-u-hrvatskoj

Slika 3.3.1. Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdrastvenog ponašanja(1984), https://repozitorij.unizd.hr/islandora/object/unizd%3A2284/datastream/PDF/view

Popis tablica

Tablica 2.2.4.1 Vodeća sijela raka kod muškaraca i žena, *Z. Krajina, M. Šamija, E. Vrdoljak*