

"Uloga obitelji onkoloških bolesnika kroz proces liječenja"

Radić, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:842839>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-10**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Valentina Radić

Uloga obitelji onkoloških bolesnika kroz proces liječenja

ZAVRŠNI RAD

Dubrovnik, 2018.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Uloga obitelji onkoloških bolesnika kroz proces liječenja

The role of family through process of oncological treatment

ZAVRŠNI RAD

Kandidat:

Valentina Radić

Mentor:

Sanja Zoranić, dipl.med.techn

Dubrovnik,2018.

SAŽETAK

Tumor (neoplazma) je patološka tvorba nastala kao posljedica prekomjernog umnažanja abnormalnih stanica. U osnovi novotvorine nastaju kad se izgubi normalna fiziološka regulacija kontrolnih mehanizama rasta stanice. Mogu biti maligne i benigne. Razlika je u agresivnosti rasta te u tome što maligne daju metastaze, šire se u okolinu infiltrirajući se u okolno tkivo. Benigne novotvorine ne daju metastaze i ne infiltriraju se u okolno tkivo već ga potiskuju, odnosno rastu ekspanzivno.

Tumori postoje oduvijek, njihova incidencija povećava se posebno u posljednjem stoljeću porastom onečišćenja i industrijalizacijom, s promjenama životnih navika i prehranom. Međutim, dijagnoza zloćudnog tumora ne podrazumijeva smrt. Pravodobnom dijagnozom i dobrim odabirom terapije moguće je znatno produljenje života i izlječenje bolesti. Terapija malignih bolesti jedna je od najkompleksnijih vrsta terapija u medicini. Kirurško liječenje, radioterapija i kemoterapija osnovni su načini liječenja ove bolesti. U onkologiji je danas daleko najčešća primjena više vrsta liječenja, tzv. multimodalni terapijski pristup. Kombiniranjem više vrsta liječenja postignut je najznačajniji napredak u tretmanu malignih tumora u zadnjih dvadeset godina.

Psihološka pomoć je od izuzetne važnosti. Prvi koji trebaju pružiti potporu su bliske osobe, obitelj i prijatelji. Treba imati na umu da oboljeli često iz potrebe da svoje najbliže zaštite i poštede dodatne brige ili su potpuno zaokupljeni bolešću nisu u stanju uspostaviti komunikaciju. Tada je dobrodošla pomoć stručnjaka da vrate nadu u trenucima krize i gubitka emocionalne snage.

Ključne riječi: karcinom, liječenje, psihološka pomoć, obitelj

SUMMARY

Tumour, neoplasm is pathological phenomenon created as a consequence of overproduction of abnormal cells. In general neoplasms appear when normal physiologic regulation of cellular growth mechanism is lost. They can be malignant and benign. The difference is in the growth rate as the malignant neoplasms are metastatic – they expand into the surrounding tissue. Benign neoplasms are non-metastatic, they do not expand into the surrounding tissue; they push the tissue as they expand.

Tumours have always been among us, but their frequency has increased in the last century due to industrialization, pollution, change in the way of living and eating habits. However, diagnosis of malignant tumour does not mean death. Early diagnosis and choosing the right treatment can dramatically prolong the life and increase the chances of curing the disease. Therapy of malignant diseases is one of the most complicated types of therapies in medicine. Surgical treatment, radiotherapy and chemotherapy are primary treatments for curing tumours. Currently, in oncology it is common to use more types of treatments, the so-called Multimodal therapy (MMT). This approach has obtained the best results in the last 20 years.

Psychological help is very important. Family and friends are the first to provide support. They must have in mind that tumour patients, from desire to protect their loved ones and to spare them from worrying or from fear, are often unable to establish healthy communication. In such cases expert help is more than welcome to restore hope and emotional strength.

Keywords: carcinoma, treatment, psychological help, family

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	3
SUMMARY	4
1. UVOD	6
1.1 Osnovna obilježja tumora	6
1.2 Epidemiologija	8
1.3 Dijagnostika malignih bolesti	12
1.4 Terapija u onkologiji	14
1.5 Načini reagiranja na malignu bolest.....	17
1.6 Psihološka pomoć i podrška.....	18
1.7 Uloga i važnost obitelji u liječenju onkoloških bolesnika	19
1.8 Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta	21
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	22
3. MATERIJALI I METODE.....	22
4. REZULTATI.....	23
5. RASPRAVA	32
6. ZAKLJUČAK	34
7. POPIS LITERATURE.....	35
8. PRILOG	36

1. UVOD

1.1 Osnovna obilježja tumora

Neoplazma, novotvorina (grč. neos - nov, plasia - rast), tumor (lat. tumor - oteklina) je abnormalna nakupina tkiva čiji je rast nekontroliran, autnoman i nesvrshodan. Novotvorine nastaju kad se izgubi normalna fiziološka regulacija kontrolnih mehanizama rasta stanice. Razlikuju se ovisno o stupnju diferenciranosti, stupnju invazivnosti u okolno tkivo i metastaziranju u udaljene regije. Svim je tumorima zajedničko da nastaju kao posljedica promjena specifičnih gena koji im daju nove biološke osobine, tj. maligni fenotip. Diobom tih stanica stvaraju se potomci koji tvore tumorsku masu. Nedostatak specifičnih razlika između normalnih i malignih stanica glavna je prepreka uspješnom liječenju oboljelih od karcinoma.

Sve dok transformirane stanice ostaju zajedno, oštro ograničene od okolnog tkiva tumor je dobroćudan, benignan. Maligno postaje kad počne urastati u okolno tkivo. Tumorigeneza započinje imortalizacijom - sposobnošću stanice da se nekontrolirano dijeli. Stanica transformacijom gubi normalne osobine rasta, postaje neovisna o faktorima rasta koji kontroliraju rast normalnih stanica kao i o potrebi usidrenja na podlogu. Stanice raka postaju sve agresivnije i urastaju u okolna tkiva. Invazivnost je posljedica slabljenja međustaničnih veza i izlučivanja proteaza koje razgrađuju međustaničnu tvar i olakšavaju prodiranje u okolicu. Brojni tumori imaju sposobnost stvaranja metastaza, sekundarnih tumora nastalih odvajanjem pojedinih stanica od matičnog tumora. Tumorske stanice prodiru u krvne i limfne putove, šire se tijelom i na drugom mjestu ponovno izlaze iz kapilara i koloniziraju tkivo. (1)

Promjena koja je odgovorna za zloćudnu pretvorbu stanica je genska mutacija. Mutacije povezane s nastankom raka mogu se u manjem broju slučajeva naslijediti, ali najčešće nastaju u somatskim stanicama kao posljedica djelovanja raznih mutagena.

Osim mutacija, promjena u slijedu baza DNA pokazalo se da su nastanak i progresija raka povezani s epigenetskim promjenama (promjene ekspresije bez promjene gena). Jedini tumor koji je povezan s epigenetskim promjenama je teratokarcinom. U drugim su tumorima dokazane genske promjene ili na razini gena ili obuhvaćaju čitave dijelove kromosoma. (2)

Razvoj tumora ovisi o uključivanju brojnih čimbenika. Neki ovise o genetskoj konstituciji pojedinca, a drugi o načinu života tj. o faktorima okoliša. Teoretski, veliki broj tumora mogao bi se izbjeći. Neki rizični čimbenici djeluju neposredno, kao mutageni (npr. pušenje), a drugi kao tumorski promotori (npr. hormoni). (1)

Karcinogeneza je stupnjeviti proces nastanka tumora. Smatra se da je potreban veći broj promjena u stanici da bi se zdrava stanica pretvorila u tumorsku.

Etiologija tumora

Zna se da su određene vrste raka povezane s određenim rizičnim ponašanjima te čimbenicima rizika iz okoline u većoj ili manjoj mjeri, te isto tako da postoji i genska predispozicija za razvoj raka unutar nekih obitelji. Na većinu čimbenika rizika može se utjecati ispravnim životnim navikama i različitim društvenim mjerama te tako smanjiti rizik za obolijevanje od raka.

Čimbenici rizika dijele se na:

- Čimbenike rizika povezane sa stilom života: pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumacija alkohola, neadekvatne prehrambene navike, seksualne navike...
- Okolišni čimbenici: sunčevo zračenje, radon
- Čimbenici povezani sa profesionalnom izloženošću: dioksin, azbest, nikal, arsen...
- Biološki čimbenici: EBV virus, virus hepatitisa B i C, HIV tipa 1, humani papilomavirus HPV tipovi 16 i 18, humani virus T-staničnog limfoma tipa 1.(2)

Kemijska karcinogeneza

Kemijski kancerogeni su brojne egzogene i endogene tvari koje mogu imati genotoksičan (kemijski oštećuju DNA) i negenotoksičan učinak (ne oštećuju DNA, nego djeluju pojačavanjem djelovanja genotoksičnih tvari). U egzogene karcinogenike ubrajamo: prirodne spojeve koji se nalaze stalno u okolišu, proizvodi različitih organizama (npr. mikotoksini), proizvodi pirolize (npr. pri pečenju na otvorenom ognjištu ili pri izgaranju cigarete). Slobodni kisikovi radikali najvažniji su endogeni čimbenici koji mogu oštetiti DNA. Nastaju u različitim fiziološkim i patofiziološkim procesima u organizmu, a poznato je da egzogeni karcinogenici pospješuju njihov nastanak.(2)

Fizikalna karcinogeneza

U fizikalne čimbenike ubrajamo elektromagnetske valove različite frekvencije koji u stanici uzrokuju ionizaciju i oštećenje DNA, to je ponajprije učinak ionizirajućeg i ultraljubičastog zračenja. Izvori zračenja mogu biti prirodni (zračenje iz svemira, UV zračenje, Sunčeva svjetlost, radioaktivni izotopi iz tla i vode) ili umjetni (medicinski i industrijski strojevi). U ionizirajuće zračenje ubrajamo x i y zrake te čestično zračenje. Unutar spektra sunčeve svjetlosti nalaze se i ultraljubičaste zrake koje se prema valnoj duljini dijele u tri skupine: UVA, UVB, UVC. Smatra se da su UVB-zrake odgovorne za nastanak raka kože.(2)

Biološka karcinogeneza

Dokazano je da mnogi virusi sudjeluju kao aktivacijski čimbenici u patogenezi zloćudnih tumora. Razlikujemo DNA i RNA tumorske viruse. Tumori nastali putem virusne infekcije razvit će se u jednog od tisuću zaraženih virusom, a vrijeme letencije iznosi od 20 do 50 godina.

U DNA tumorske virus ubrajamo:

- infekciju virusom hepatitisa B, HBV
- humani papilomavirus, HPV
- Epstein-Barrov virus,EBV

U RNA tumorske viruse(retroviruse) ubrajamo:

- humani T-limfotropni virusi (2)

1. 2 Epidemiologija

Incidenciju raka u Hrvatskoj prati i proučava Registar za rak Republike Hrvatske, populacijski registar pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo osnovan 1959. godine. Prvi moderni registar za rak nastao je u Hamburgu 1929. godine. 1994. Registar za rak Hrvatske postao je punopravni član Međunarodnog udruženja registara za rak sa sjedištem u Lyonu (IACR).

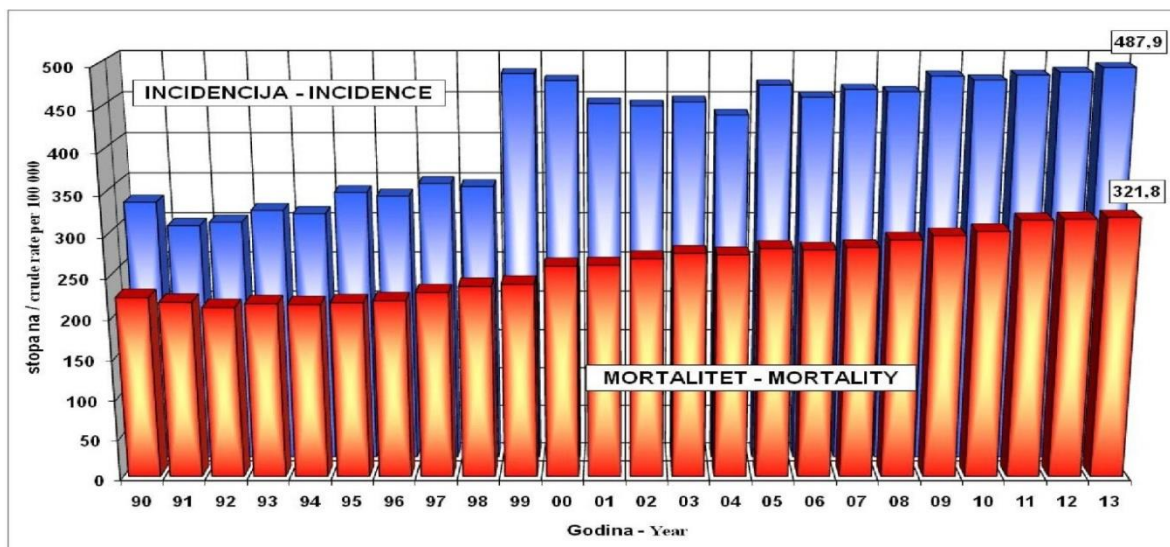
Ciljevi Registra za rak jesu praćenje incidencije i distribucije raka unutar populacije, praćenje preživljenja, te davanje informacija koje su važne za planiranje i procjenu provedenih preventivnih i terapijskih mjera.

Izvori podataka za registar su:

- bolesničko- statistički list koji se ispunjava pri otpustu iz bolnice
- prijava zloćudne neoplazme
- podatci o umrlima od raka s Potvrde o smrti ili Liječničkog izvješća o uzroku smrti
- kopije citoloških i histoloških nalaza s dijagnozom maligne bolesti

Prema najnovijim međunarodnim podacima godišnje se otkrije oko 12,7 milijuna novih slučajeva. 7,6 milijuna ljudi umre od raka, a 28 milijuna osoba živi s rakom unutar prvih 5 godina od postavljanja dijagnoze. Najučestaliji je rak pluća(1,61 milijuna oboljelih), rak dojke(1,38 milijuna oboljelih) i kolorektalni rak(1,24 milijuna). Vodeći uzrok smrtnosti od raka jest rak pluća(1,38 milijuna), zatim rak želuca(737000) te rak jetre (695000). Smatra se da svako treći stanovnik Europe tijekom života oboli od raka, a četvrtina ih od raka i umire.(3)

Slika 1. STOPE INCIDENCIJE I MORTALITETA OD RAKA U HRVATSKOJ OD 1990. DO 2013.



IZVOR: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015.

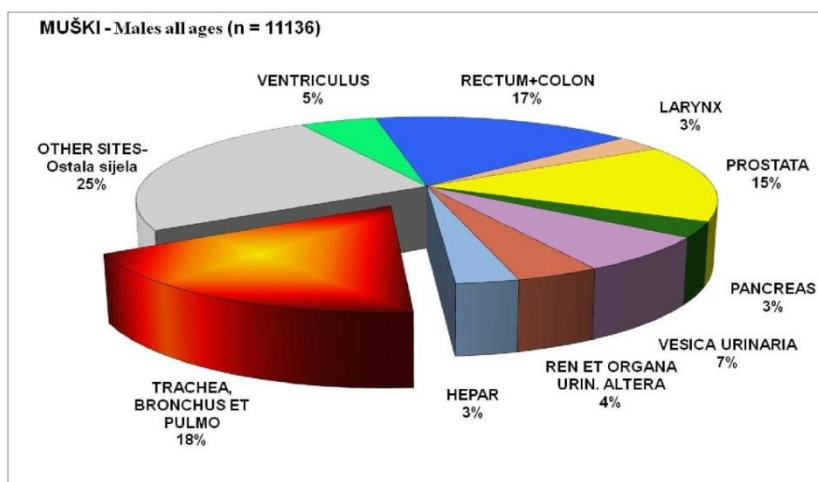
U razdoblju od 1991. do 1998 stopa incidencije raka u Hrvatskoj bilježi polagani rast. Godine 1999. došlo je do većeg porasta stope incidencije (s 340/100000 1998. na 470/100000), a odonda prema 2001. bilježi lagani porast.

Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom u 2013. godini (šifre C00-C97 MKB, bez raka kože - š. C44) bio je 20 905 i to 11 136 muškaraca i 9 769 žena. Stopa incidencije je iznosila 487,9/100 000; 538,9/100 000 za muškarce i 440,3/100 000 za žene. Odnos M:Ž je 53:47.

U Hrvatskoj je 2013. godine od raka umrlo 13 788 osoba, 7 888 muškaraca i 5 900 žena. Stope mortaliteta bile su 321,8/100 000; odnosno 381,7/100 000 (M) i 265,9/100 000 (Ž). Odnos M:Ž je 57:43.(4)

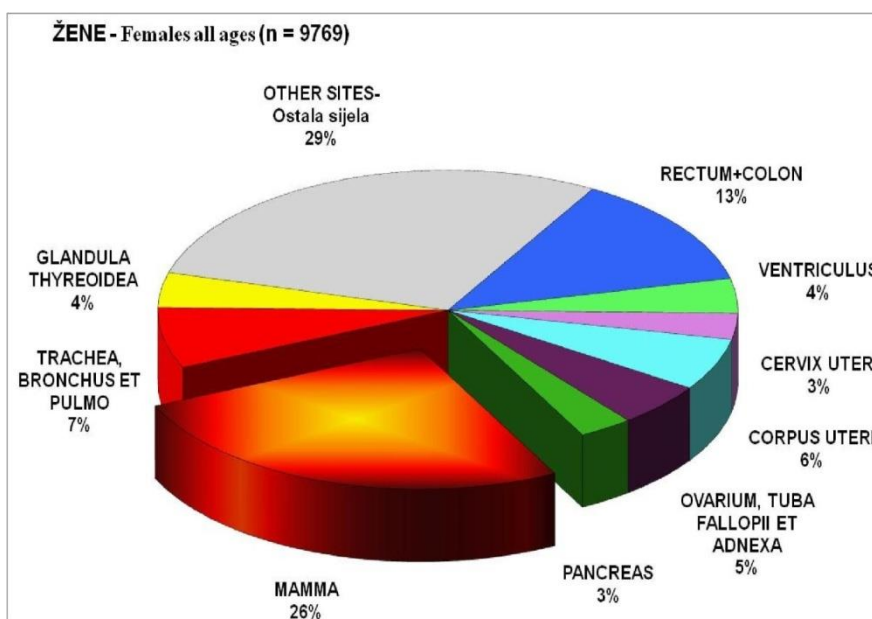
Za muškarce je stopa incidencije raka bila najniža u Gradu Zagrebu i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (453,1), a najviša u Brodsko-posavskoj županiji (619,7). Za žene je najniža stopa incidencije zabilježena u Sisačko-moslavačkoj (334,1), a najviša u Dubrovačko-neretvanskoj (491,2).(4)

Slika 2. NAJČEŠĆA SIJELA RAKA U HRVATSKOJ S OBZIROM NA SPOL U 2013. GODINI - MUŠKI



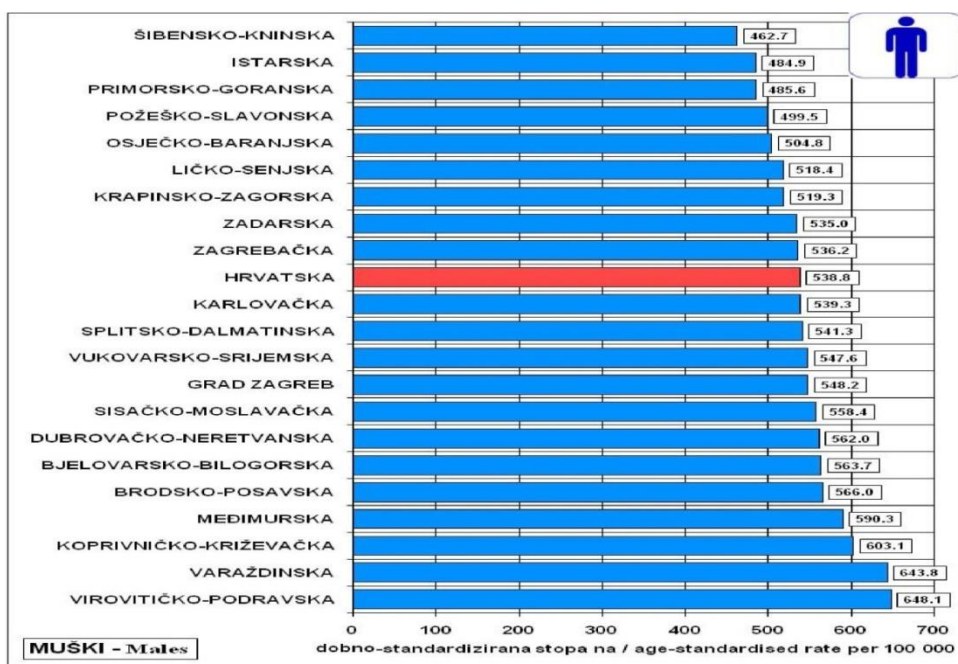
IZVOR: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015

Slika 3. NAJČEŠĆA SIJELA RAKA U HRVATSKOJ S OBZIROM NA SPOL U 2013. GODINI - ŽENE



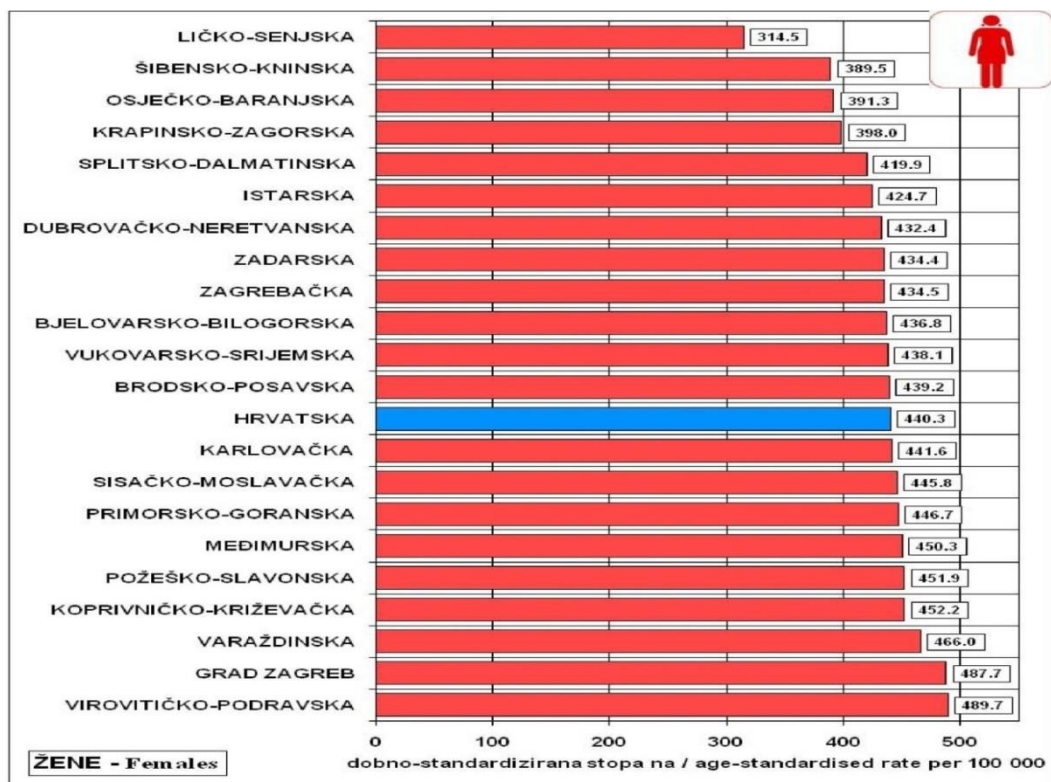
IZVOR: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015

Slika 4. INCIDENCIJA RAKA PREMA ŽUPANIJAMA, DOBNO-STANDARDIZIRANE STOPE U 2013. GODINI - MUŠKI*



IZVOR: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015

Slika 5. INCIDENCIJA RAKA PREMA ŽUPANIJAMA, DOBNO-STANDARDIZIRANE STOPE U 2013. GODINI - ŽENE



IZVOR: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015

1.3 Dijagnostika malignih bolesti

Za postavljanje precizne dijagnoze potrebno je provesti niz dijagnostičkih postupaka. Anamneza i fizikalni pregled temelj su svakog dijagnostičkog postupka. Na temelju prikupljenih podataka postavlja se hipoteza i traže se novi podatci kako bi se hipoteza potvrdila ili odbacila. U dijagnostici malignih bolesti koriste se radiološke pretrage (UZV, CT, PET CT, MR, angiografija, scintigrafija), laboratorijska dijagnostika, patološka i citološka dijagnostika, molekularna dijagnostika. (5)

Laboratorijska dijagnostika

Tumorski biljezi su tvari, najčešće bjelančevine, koje proizvode tumorske ili druge stanice u tijelu kao odgovor na stanice raka ili druge promjene u tijelu, nezloćudna stanja, a njihova pojava ili porast može upućivati na pojavu ili porast zloćudne bolesti. Mogu se detektirati iz krvi, mokraće, tumorskog ili drugog tkiva.

CEA karcinogenijski antigen jedan je od najpriznatijih tumorskih markera. Najveću vrijednost ima kod kolorektalnog raka, zatim kod raka gušterače, želuca, jetre, štitnjače, dojke i pluća te kod nekih ne zloćudnih stanja kao ciroza jetre, pankreatitis, upalne plućne bolesti.

CA 15-3 najveću primjenu ima pri detekciji raka dojke. Kod lokalizirane bolesti osjetljivost testa je vrlo niska, a proširenošću bolesti povišene vrijednosti nalazimo kod 70% bolesnika.

CA 125 tumorski biljeg kojeg najviše ima u seroznom adenokarcinomu jajnika. Povišen je u 80% oboljelih.

CA 74-4 nađen je u serumu oboljelih od raka želuca i kolona. Povišen je i kod mucinoznog raka jajnika te zbog veće osjetljivosti zamjenjuje CA125.

CA27-29 u bolesnika sa rakom dojke pokazao je bolju osjetljivost i specifičnost od CA15-3. CA27-29 povišen je u trećine bolesnika s rakom dojke stadija I. i II., a u dvije trećine bolesnika sa uznapredovalom bolešću. Može biti povišen i kod raka debelog crijeva, bubrega, pluća, jajnika, gušterače, maternice i jetre.

AFP važan je za otkrivanje i praćenje primarnog karcinoma jetre i nekih zloćudnih tumora gonadalnog ili ekstragonadalnog podrijetla. Kod hepatocelularnog karcinoma povišen je u 80% bolesnika.

LDH rabi se kao tumorski biljeg za rak testisa i drugih tumorskih zametnih stanica.

NSE biljeg je neuroendokrinih tumora kao što su karcinom malih plućnih stanica, neuroblastom ili karcinoid.

CA 19-9 kliničku važnost ima kod karcinoma gušterače

PSA tumorski biljeg za rak prostate. Najpriznatija pretraga kod bolesnika sa rakom prostate je slobodni PSA i njegov udio u ukupnom PSA što pomaže u razlikovanju bolesnika s dobroćudnom prostatičnom hiperplazijom od onih s rakom prostate.(5)

Hormoni i amini

Kalcitonin - povišene vrijednosti udružene su sa medularnim karcinomom štitnjače, a prisutne su i kod nekih karcinoma pluća i leukemija

HCG- u bolesnika sa trofoblastičnim tumorima povišen je u 100% oboljelih, dok je kod tumora testisa povišen kod 70% bolesnika

ACTH adenokortikotropni hormon opisan je još 1928. godine kod bolesnika s mikrocelularnim rakom pluća. Povišene vrijednosti nalazimo i kod raka gušterače, dojke, želuca, kolona, nekih dobroćudnih stanja kao i kod depresije, hipertenzije, stresa i dijabetesa.

Sertonin- povećanje koncentracije može biti prisutno kod karcinoida i drugih neuroendokrinih tumora.(5)

Patološka i citološka dijagnostika

Histopatologija je posebna grana medicine koja se bavi mikroskopskim pregledom bioptičkog uzorka. Tkivo se odmah nakon uzimanja naglo smrzava, te boji i posebnom metodom reže. U većini slučajeva metoda je pouzdana.

Citopatologija analizira slobodne stanice ili djelić tkiva. Citološkim pregledom razmaza tkiva, organa, izljeva ili tumora dobiva se uvid u morfološka obilježja stanica i tkiva. Opisivanje obilježja tumora nije potpuno bez TNM klasifikacije. Ona opisuje tumore u tri kategorije:

T – najveće veličinu tumora ili proboj kroz slojevitijene

N – prema broju zahvaćenosti limfnih čvorova

M – prema postojanju metastaza i njihovom broju. (5)

Dijagnoza karcinoma nikad ne pogađa samo oboljelog. Psihoonkološko savjetovanje služi kao podrška ne samo oboljelom već i njegovoj obitelji jer spoznaju da netko od naših bliskih ima zloćudnu bolest razvija unutar obitelji niz specifičnih psihičkih reakcija. Budući da se uobičajeni odnosi narušavaju, a tendencija stvaranja novih obrazaca ponašanja su neizvjesnog i nepoznatog karaktera, to stvara novu dinamiku odnosa članova i budi realna i fantazijska očekivanja. Međutim, njihove brige, strahovi i tjeskoba uglavnom prolaze u sjeni, nepravedno zanemarene ili umanjivane, jer se većina pažnje usmjeruje na oboljelog i njegove potrebe. Stoga je važno prepoznati ulogu misli i osjećaja na formiranje zajedničke slike o karcinomu, što pojedinačno nekome znači i što proživljavaju individualno, zajedno sa oboljelim. Upravo je to mjesto u mreži obiteljskih odnosa na koji možemo utjecati, modificirati i omogućiti jasnije sudjelovanje svih,

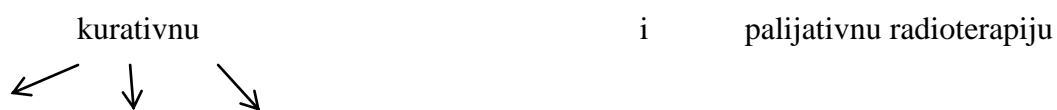
svatko unutar svoje uloge i kapaciteta. Processuočavanja, emocionalnog reagiranja i prihvaćanja često imaju svoje specifičnosti. Zapravo nema dobrog ni lošeg suočavanja, već više ili manje uspješno reagiranje koje je podložno korekciji, ukoliko se imaju uvidi u njih. Najadekvatniji oblik suočavanja je aktivan pristup budući da je usmjeren na osobnom angažmanu oko traženja oblika liječenja, vrste prehrane ili određene aktivnosti. Drugi način je usmjeren na izražavanje emocija putem plakanja ili pričanja o strahovima. Treći, disfunkcionalni način je izbjegavajući, koji ima tendenciju odgađanja i uglavnom je povezan sa preplavljujućim neugodnim osjećajima koji nas blokiraju.(5)

1.4 Terapija u onkologiji

Liječenje raka jedna je od najkompleksnijih vrsta terapija u medicini. Tri su glavna načina liječenja raka: kirurško liječenje, lijekovi (kemoterapija, ciljana terapija, imunoterapija, hormonska terapija) i radioterapija. Kod nekih se onkoloških pacijenata može primijeniti jedan od navedenih načina liječenja, npr. 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. Kombiniranjem više vrsta liječenja postignut je najznačajniji napredak u tretmanu malignih tumora u zadnjih dvadeset godina.(8)

Radioterapija, „zračenje“ je oblik lokalnog onkološkog liječenja koji podrazumijeva primjenu visokoenergijskog zračenja koje oštećuje genetski materijal tumorskih stanica i na taj način sprečava daljnji rast tumora.(8)

Prema terapijskom cilju razlikujemo:



neoadjuvantna primarna adjuvantna(pridružena, zaštitna).

- Adjuvantna radioterapija je oblik liječenja koji primjenjujemo nakon provedenog drugog oblika lokalnog liječenja, najčešće kirurškog.
- Primarna se radioterapija primjenjuje kad kod bolesnika nije moguće provesti kirurško liječenje, odnosno kad je riječ o terapijski najpovoljnijem obliku liječenja.

- Neoadjuvantna radioterapija se provodi u slučajevima lokalno uznapredovale bolesti radi smanjenja stadija bolesti, što omogućuje radikalni kirurški zahvat.

Osnovna podjela radioterapije je na teleradioterapiju i brahiradioterapiju.

- Teleradioterapija je oblik radioterapije kod kojeg se izvor zračenja nalazi izvan bolesnikovog tijela.
- Brahiradioterapija je oblik terapije pri kojem se radioaktivni materijal stavlja na ili u bolesnikovo tijelo. Ovaj način zračenja omogućuje primjenu većih doza zračenja na manjem području, nego što bi to bilo moguće s vanjskim izvorom zračenja.(8)

Nuspojave se javljaju isključivo u poljuzračenja, odnosno u dijelu tijela koji se zrači.

- zračenja glave i vrata: opadanje kose, otežano gutanje i promjene okusa
- zračenja prsnog koša: otežano gutanje, zaduha i kašalj
- zračenja probavnog trakta: mučnina, proljev i povraćanje
- zračenja zdjelice: učestalo mokrenje i pečenje, iritacija mjehura i seksualna disfunkcija
- zračenje može utjecati na smanjenje broja eritrocita što se može manifestirati umorom, padom broja leukocita što povećava rizik od infekcija i smanjenjem broja trombocita što negativno utječe na sposobnost zgrušavanja krvi.

Većina navedenih nuspojava nestaje unutar 2 mjeseca nakon završetka zračenja. U kasne nuspojave koje se javljaju 6 mjeseci od početka zračenja ubrajamo: zadebljanje kože i sluznice s posljedičnim otežanim gutanjem, mokrenjem, pražnjenjem crijeva, krvarenje, neplodnost, oštećenje sluha i vida, promjene na krvnim žilama.(5)

Kemoterapija je jedna od osnovnih oblika onkološkog liječenja. Danas se 60-70% bolesnika sa zloćudnim bolestima liječi kemoterapijom. Citostatici se najčešće primjenjuju intravenski, zatim peroralno, intraarterijski, intratekalno, intrapleuralno, intraperitonealno, intraperikardijalno, intravezikularno, te izravno na kožu. Osim djelovanja citostatika na tumorske stanice on djeluje i na zdrave stanice, posebice one koje se brzo dijele. Zbog toga nastaju neželjene posljedice.(5)

Najvažnije neželjene posljedice kemoterapije:

1. Supresija koštane srži - supresija koštane srži rezultira niskim vrijednostima staničnih elemenata u perifernoj krvi odnosno leukopenijom, granulocitopenijom, trombocitopenijom i anemijom
2. Mučnina i povraćanje - najčešće neželjene posljedice kemoterapije, traju kratko, blagog su do umjerenog intenziteta te dobro odgovaraju na simptomatsku terapiju
3. Stomatitis - obično se pojavljuje 5 do 7 dana nakon primjene lijeka, promjene mogu

zahvatiti čitavu sluznicu probavnog trakta

4. Proljev
5. Alergijske reakcije
6. Alopecija - sa psihološkog aspekta za bolesnika najteža posljedica kemoterapije, obično se pojavljuje 2 do 3 tjedna nakon početka liječenja
7. Flebitis - nastaje pri intravenskoj primjeni citostatika, posljedica je kemijskog oštećenja stjenke vene
8. Ekstravazacija- istjecanje citostatika iz krvne žile u okolno tkivo što može uzrokovati niz promjena sve do pojave nekroze
9. Srčana toksičnost - ozbiljnost srčanih poremećaja varira od prolaznih promjena na EKG-u (poremećaji ritma) do kardiomiopatije s kongestivnim zatajenjem srca
10. Plućna toksičnost - može se očitovati kliničkom slikom akutnog hipersenzitivnog pneumonitisa, nekardijalnog plućnog edema ili plućne fibroze
11. Bubrežna toksičnost- oštećenja bubrežne funkcije mogu biti različita stupnja, od asimptomatskog, povećanja vrijednosti kreatinina, akutnog zatajivanja bubrega s anurijom sve do ireverzibilnih oštećenja koja zahtijevaju dijalizu
12. Neurološka toksičnost - najčešće nastaje pri uporabi vinkristina, vinblastina, cisplatine. Oni uzrokuju perifernu neuropatiju koja je karakterizirana gubitkom dubinskih tetivnih refleksa, parestezijama, motoričkom slabošću, rjeđe bolovima u području čeljusti
13. Oštećenje funkcije spolnih žlijezda - oštećenja se pojavljuju tjednima, pa i godinama nakon primjene citostatika. Mogu ih uzrokovati mnogi citostatici, ponajprije alkilirajući spojevi, vinblastin i prokarbazin. Stupanj oštećenja ovisi o vrsti citostatika, primljenoj dozi te o bolesnikovoj dobi. Stariji od 40 godina pokazuju veću sklonost ireverzibilnim oštećenjima.(5)

Imunoterapija je oblik liječenja potaknut prirodnim obrambenim mehanizmom organizma na tumor. Tumorske stanice mogu posjedovati posebne molekule, biljege, nastale tijekom maligne transformacije stanice te tako potaknuti imunosnu reakciju.(5)

Hormonska terapija primjenjuje se na hormonski ovisne tumore. Njezina primjena je najvažnija u liječenju karcinoma dojke i prostate. Hormonska je terapija vrlo učinkovit način liječenja hormonski ovisnih karcinoma dojke s ukupnom stopom odgovora od 50 do 60 %.

Kirurško liječenje je najstariji način liječenja koji i danas zauzima važno mjesto u zbrinjavanju bolesnika sa zloćudnom bolešću. Osim terapijske, ima i preventivnu, dijagnostičku, palijativnu i rehabilitacijsku ulogu u onkologiji.

Ostali oblici onkološkog liječenja: fotodinamična terapija, genska terapija, hipertermija, laserska

terapija, liječenje malim molekulama.(5)

1.5 Načini reagiranja na malignu bolest

Jedna od prvih reakcija bolesnika kada doznaju za postojanje maligne bolesti je strah. Kao svaku emociju, bolesnik strah iskazuje riječima i ponašanjem. Najčešći strahovi bolesnika tiču se prestanka kontrole nad vlastitim tijelom, te suočavanja sa smrću. Druga reakcija koju možemo očekivati je neizvjesnost koja se odnosi na pitanje ima li nade za izlječenje, kakvu terapiju i tijekom liječenja mogu očekivati, što ako liječenje ne bude uspješno...? Zbog velike uznemirenosti bolesnici i obitelj mogu činiti pritisak na liječnika i medicinsko osoblje. U tom je slučaju najbolje priznati nesigurnost glede prognoze i teškoća koje iz toga proizlaze. Bolesnicima treba omogućiti da razmisle o svim scenarijima ne oslanjajući se previše ni na jedan. Gnjev je reakcija iza koje se krije osjećaj bespomoćnosti i pokušaj da se preuzme osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Poricanje kao reakcija na bolest je zaštitni psihološki mehanizam u opasnim situacijama. S bolesnicima je potrebno ne dolaziti u sukob u smislu inzistiranja na prihvaćanje trenutnog stanja već strpljivo pomagati da prihvati novonastalu situaciju i odgovarajuće liječenje. Depresija i očaj osjećaji su koji se mogu pojaviti odmah nakon spoznaje o postojanju zloćudne bolesti ili tek na kraju. Takvim bolesnicima ćemo pomoći tako što ćemo im pokazati da suosjećamo s njihovom nevoljom i njihovim osjećajem gubitka.(10)

Slika. 6 Normalni odgovor na lošu vijest

Stadij	Simptom	Razdoblje
I.	-nevjerica, očaj, poricanje	Obično kraće od tjedan dana
II.	-anksioznost, depresija, nesanicna, loša koncentracija, nesposobnost funkcioniranja	varira, obično 1 do 2 tjedna
III.	-prihvaćanje invalidnosti i informacija i suočavanje s mogućim opcijama liječenja i -pronalaženje razloga za optimizam i povratak uobičajenim aktivnostima	Obično počinje nakon 2 tjedna i traje mjesecima

IZVOR: „Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika“, M. Šamića, D. Nemet i suradnici)

Suvremena istraživanja i klinička praksa pokazuju da otprilike trećina do polovina onkoloških bolesnika ima i razne psihijatrijske komorbiditetne poremećaje koji zahtijevaju optimalnu dijagnostiku i terapiju. Psihijatrijski poremećaji koji se uobičajeno susreću kod onkoloških bolesnika, prije svega su depresivni poremećaji, poremećaji prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaj te ostali anksiozni poremećaji, seksualne disfunkcije, kao i delirij i drugi kognitivni poremećaji.(5)

Anksioznost je najčešći oblik psihičkih tegoba koji se pojavljuju u onkoloških bolesnika, a očituje se četirima oblicima:

1. Situacijska anksioznost pojavljuje se u trenutku postavljanja dijagnoze, u trenucima relapsa bolesti, po završetku liječenja i kao kontinuirani strah od ponovne pojave bolesti
2. Anksioznost povezana s bolešću često je povezana s lošom kontrolom boli i obično se smanjuje ili nestaje s adekvatnim liječenjem boli
3. Anksioznost povezana s liječenjem najčešće je povezana sa zastrašujućim i bolnim procesima liječenja, kao i znatnim brojem lijekova koji mogu potencirati pojavu anksioznosti
4. Pogoršanje otprije postojeće anksioznosti

Suprotno pretpostavkama bolesnici s uznapredovalim tumorom imaju manji strah od smrti, a mnogo je veći strah od nekontrolirane boli, stanja u kojima će ostati sami ili ovisni o drugima.

Postoji jako mnogo istraživanja o povezanosti tumora i depresije, s prevalencijom depresije od 20 do 50 %.(5)

1.6 Psihološka pomoć i podrška

Psihološka podrška pacijentima i njihovim obiteljima od velike je važnosti u trenucima kada prolaze kroz šok i stres suočavanja s dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti i demoraliziranosti između terapija, u stanjima kriza kada se bolest pogoršava, a prognoze nisu optimistične. Psihološka pomoć i podrška podrazumijevaju slušanje pacijentovih problema i potreba, podržavanje, ohrabrivanje i umirivanje pacijenta te sagledavanje problema i mogućih rješenja. Obitelj i prijatelji od velikog su značaja u pružanju podrške i pomoći oboljelom, ali to, zbog emocionalne angažiranosti, ne mogu jednako kvalitetno obaviti kao profesionalci.(5)

Stručnu psihološku podršku i pomoć pacijentima oboljelim od maligne bolesti i članovima njihovih obitelji trebaju pružiti stručnjaci s dugogodišnjim iskustvom u informiranju te pružanju emocionalne, psihološke i psihoterapijske pomoći. Ovakva vrsta pomoći može

pacijentima unaprijediti kvalitetu života te njima i njihovoj obitelji omogućiti lakše suočavanje s problemima koji su posljedica malignih bolesti. Cilj je stručnjaka poboljšanje kvalitete života oboljelih prevencijom psiholoških poremećaja, a pomažu im i da što bolje prihvate malignu bolest. Istovremeno, uče i obitelj i prijatelje da budu bolja podrška pacijentu. Potrebno ih je razumijeti, uvjeriti, ohrabriti i podržati u suočavanju s bolešću. Zajedno odlučuju koje probleme žele riješiti i kojim načinom. Stručne osobe pružaju pomoć u trenucima krize i gubitka emocionalne snage. U zajedničkom im radu pomažu u prepoznavanju pozitivnih aspekata bolesti i liječenja. Oboljele uče kako se boriti sa stresom i kako koristiti mehanizme obrane kako bi se što bolje adaptirali na novonastalu životnu situaciju. Većinu ljudi, naročito one koji su prestrašeni i tužni, razgovor plaši, jer su tada suočeni s vlastitim stanjem od kojeg najčešće bježe. Međutim, kada se jednom ohrabre, osjete da razgovori na neki način ipak pomažu. Razgovor pomaže jer više nisu sami sa svojom bolešću, a stručna osoba može pomoći pri shvaćanju osjećaja. Osjećaj olakšanja donosi i sama činjenica da se može slobodno razgovarati s nekim tko je zainteresiran, tko ne sudi i kome se može vjerovati. Psihološka podrška i pomoć potrebna je ne samo osobama koje su tek saznale za dijagnozu raka, nego i onima koji se nalaze u fazi oporavka ili su već završili terapijske procedure, kao i članovima njihovih obitelji. Obično se događa da bolest veoma utječe na obiteljsku situaciju – zbližava ih ili produbljuje nesporazume i teškoće koje postoje od prije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava, kako bi se postigla nova ravnoteža, koja uvažava novonastale prilike.⁽⁸⁾ Bolesnika treba informirati o događajima u obitelji, susjedstvu, poslu, aktualnim društvenim događajima. Takva komunikacija značit će da bolesnik nije orijentiran samo na misli o bolesti i da zaista ima velike nade za budućnost. To mu potvrđuje da ga bolest nije onesposobila i isključila iz svakodnevnog života. Neki stavovi da bolesnika treba poštediti i birati informacije koje do njega dolaze nisu osnovani, jer on želi sudjelovati u životu. Ako se izolira od okoline i društvenih događaja, bolesnik postaje nepovjerljiv i povlači se u sebe. Shvaćanje i razumijevanje psihičkih stanja kroz koje prolazi netko nama blizak može pridonijeti boljoj i kvalitetnijoj podršci koju pružamo oboljelom. A bolesnik sam, utopljen u svoje doživljaje i strahove, neće se osjetiti usamljenim ako svoje reakcije shvati kao nešto sasvim uobičajeno. Nekima će i samo saznanje da postoje različiti oblici podrške i razumijevanja dati novu snagu, a sve s ciljem da se ohrabre kako bi aktivno sudjelovali u traženju odgovora i podrške za tegobe koje ih muče.⁽⁸⁾

1.7 Uloga i važnost obitelji u liječenju onkoloških bolesnika

„Rak može na obitelj djelovati jednako pogubno kao i na tijelo – izazivajući pogoršanje ako se ne liječi“, Colin Murry Parkes

Obitelj je jedino mjesto u kojem se čovjek osjeća sigurno, zadovoljno, zaštićeno i sretno. Pojavom bolesti bilo kojeg člana obitelji nestaje sigurnost svih članova obitelji, a posebice oboljele osobe. Nakon dijagnoze maligne bolesti način života se mijenja na različite načine. Edukacijski, financijski i emocionalni izazovi su veliki. Kadase razboli bilo koji član obitelji, u procesu suočavanja s dijagnozom maligne bolesti javljaju se različite emocije koje utječu na sve članove i mogu uzrokovati promjenu dotadašnjih odnosa.(7) Članovi obitelji nalaze se pred zadatkom da promijene svoje uloge s ciljem pomaganja sada ovisnijem članu koji boluje od maligne bolesti. Kako bolesnik mora proći proces prihvatanja bolesti tako i članovi obitelji trebaju prihvatiti bolest člana obitelji. U početku može dominirati negacija, zatim članovi obitelji prolaze kroz depresiju da bi postigli novu kvalitetu odnosa. Bolesnik treba potporu svoje okoline za suočavanje i nošenje s poteškoćama vezanim za bolest i liječenje. Za stvaranje emocionalne podrške nužno je ostvariti komunikaciju s članovima obitelji.(7)

Potrebno je procijeniti na koji način komunicirati sa obitelji kako bi joj omogućili da pomogne bolesniku.

Pred profesionalnim medicinskim timom u radu s obitelji tri su glavna zadatka:

1. osigurati jasan i primjeren protok informacija
2. priznati emocionalnu bol i olakšati njezin izraz
3. pomoći ljudima da spoznaju čemu treba dati prednost i u skladu s tim i postupiti

Bolesnika treba promatrati u kontekstu obitelji. Za pomoć obiteljima bitna je koordinacija rada cijelog tima i bez nje će obitelj biti izgubljena i bespomoćna. Važno je raditi s postojećim sustavima podrške, pazeći pri tome da se obitelj ne postavi profesionalno do stupnja koji bi izmicao kontroli.

Vrlo važno je odrediti koja je uloga bolesnika u obitelji, u praktičnom ili emocionalnom smislu. Također životna dob članova obitelji bitna je za njihovu mogućnost da pomognu. Malo dijete ili starija osoba neće na jednak način pružiti pomoć i podršku bolesniku. Također, prijašnja krizna stanja u obitelji uvelike će odrediti njezin sadašnji pristup problemu. Ostali problemi s kojima se obitelj suočava uz malignu bolest svoga člana utječu na mogućnost i spremnost da mu pomognu.(5)Bolest može imati utjecaj i na intimno zajedništvo obitelji vezano uz moguću pojavu emocionalne udaljenosti, ali i veće emocionalne prisnosti, ovisno o tome kako pojedini član obitelji doživljava novonastalu situaciju. Svi članovi obitelji ne pružaju jednaku podršku bolesniku, te treba vidjeti tko je osoba koja može pružiti pomoć i podršku ne samo bolesniku nego i ostalim članovima obitelji.(5)

Zaključno, za svakog bolesnika i svaku obitelj, doživljavanje zloćudne bolesti vrlo je individualno. U skladu s tim od medicinskog se tima očekuje da poštuje individualne karakteristike obitelji, njihove vrijednosti i očekivanja, te da im u skladu s time nastoji pomoći. Ako se bolesniku i obitelji dopusti da budu svoji, pomoći će se osoblju obogatiti i povećati njihovo iskustvo.

1.8 Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta

Onkološke medicinske sestre moraju odlikovati visoka stručnost, moralne kvalitete i visok stupanj empatije za pacijenta i njegovu obitelj. Kako bi adekvatno zbrinula pacijentove potrebe medicinska sestra mora procijeniti njegovo tjelesno stanje.(19) Onkološki pacijenti često imaju poremećaje pamćenja (zaboravljanje), usporeni su u psihomotornim aktivnostima i teže se izražavaju.(9) Uz smanjenje sposobnosti organizacije svakodnevnog života takvi simptomi su karakteristični za kognitivnu disfunkciju. Takva stanja bitno narušavaju kvalitetu života pacijenta jer utječu na svakodnevni rad i interakciju s obitelji, njegovateljima i općenito socijalnom sredinom. Uloga medicinske sestre je da uoči kognitivne probleme u onkološkog pacijenta, te da sudjeluje u edukaciji i pacijenta i obitelji. Važno je pacijentu naglasiti da su ti problemi odraz njegove osnovne bolesti, a ne osobnosti.(9) Medicinska sestra treba znati zapaziti pojavu znakova infekcije kako bi se izbjegla teža stanja. Najučestalije su infekcije respiratornog sustava, urogenitalnog sustava, kože i sluznice. Tijekom provođenja zdravstvene njege medicinska sestra obraća pozornost na pojavu čimbenika koji mogu dovesti do razvoja infekcije, prepoznaje znakove i simptome infekcije (iznenadno povišenje temperature, dispneju, tresavicu, dizuriju, promjene na koži, slabost, umor). Posebnu pažnju u razdoblju granulocitopenije treba obratiti njezi kože perianalne regije i usne šupljine.(9)

Kako bi se procijenila oštećenja sluznice usne šupljine, tijekom kemoterapijskog ili radioterapijskog liječenja koriste se razne skale. Ako pacijent ne jede, medicinska sestra mora procijeniti radi li se o posljedici oštećenja sluznice usne šupljine ili se možda radi o drugom čimbeniku (anoreksija). Provjerava se ima li pacijent sline te se, poštujući pravila asepsa pregledava usna šupljina, a rezultati procjene bilježe u cilju usporedbe. Na taj način sprječava se nastanak težih komplikacija (krvarenje, infekcije). Sestre upućuju pacijente na četkanje zuba mekanim četkicama bez korištenja zubnog konca. Bol kod mukozitisa uklanjamo primjenom analgetika ili uporabom sredstava koja oblažu i hlade sluznicu usta.(10)

Integritet kože vrlo je važan u zbrinjavanju onkološkog pacijenta i sprečavanju infekcija. Pacijenta bi trebalo upozoriti da se kloni sunčeve svjetlosti, te da ne koristi sredstva koja mu mogu nadražiti kožu (losione i parfeme s alkoholom). Preporučuje se tuširanje, a ne kupanje u kadi, a voda bi trebala biti mlaka. Odjeća pacijenta treba biti pamučna i vrlo udobna, bolje malo šira nego što inače nosi.(10)

Kod terapije zračenjem potrebno je upozoriti pacijenta da kosa opada samo ako je u području zračenja. Kada očekujemo gubitak kose pri kemoterapijskom liječenju, trebalo bi unaprijed nabaviti vlasulju prema izboru i želji pacijenta. Može im se savjetovati i skraćanje dužine kose (da bi šok kod opadanja kose bio manji) ili nošenje marame na glavi. Potpora obitelji i prijatelja je u ovim

situacijama nužna. Gubitak kose nije trajan, nakon nekog vremena ona ponovno naraste, ali obično drugačije kvalitete. Često je gubitak kose toliko traumatično iskustvo da ga pacijenti, a naročito pacijentice, doživljavaju kao najgoru posljedicu liječenja maligne bolesti.(6) Najčešći problemi vezani uz prehranu koji se javljaju kod onkoloških pacijenata su anoreksija, promjene okusa, mučnina i povraćanje, upala sluznice usne šupljine i teško gutanje. Potrebno je savjetovati pacijenta o pravilnijoj prehrani tijekom kemo/radioterapije te poznavati načela primjene enteralne, odnosno parenteralne prehrane. Kod proljeva i pojave opstipacije medicinska sestra ima ogromnu ulogu u pružanju svakodnevnih savjeta za olakšavanje tegoba pacijenta i podizanje kvalitete njegova života.(6)

Medicinska sestra je izuzetno važna karika u zbrinjavanju onkološkog pacijenta, ona mora razumjeti pacijentove probleme i potrebe, ali i prepoznati specifične simptome koje sa sobom nosi maligna bolest. U svakodnevnom radu s takvim pacijentima medicinske sestre opažaju promjene na pacijentu, prve slušaju o njihovim tegobama i pružaju liječniku dragocjene informacije o stanju pacijenta. Također pružaju i duhovnu i psihološku pomoć. Time bitno pridonose poboljšanju kvalitete života pacijenta i njegove obitelji.(9)

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj rada je utvrditi ulogu obitelji kroz proces liječenja u svrhu očuvanja cjelovitog integriteta oboljele osobe s naglaskom na očuvanju tjelesnog i posebno mentalnog zdravlja. Potpora obitelji je od velike važnosti i veoma je bitna u komunikaciji između članova obitelji, jer se na taj način verbaliziraju strahovi, smanjuje strah od smrti i poboljšava kvaliteta života.

3. MATERIJALI I METODE

Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Dubrovnik na Odjelu Onkologije u lipnju i rujnu 2016. godine. Istraživanje je bilo u potpunosti dobrovoljno i anonimno. Sudjelovalo je ukupno 35 ispitanika, prosječne životne dobi 67 godina.

Upitnik se sastojao od podataka koji se odnose na spol, dob, bračni status i još 12 pitanja za koja su ispitanici dali suglasnost za ispitivanje. Suglasnost za ispitivanje podrazumijeva ispunjavanje upitnika kako bi se osigurala anonimnost ispitanika.

Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika.

4.REZULTATI

1. Ukupan broj ispitanika po spolu

Ukupan broj ispitanika	35	%
muški spol	14	40%
ženski spol	21	60%

Tablica br.1

Prema raspodjeli o spolu, od ukupnog broja ispitanika(35) koji su sudjelovali u anonimnom ispunjavanju upitnika ukupan broj muškarca je 14(40%), a žena 21(60%).

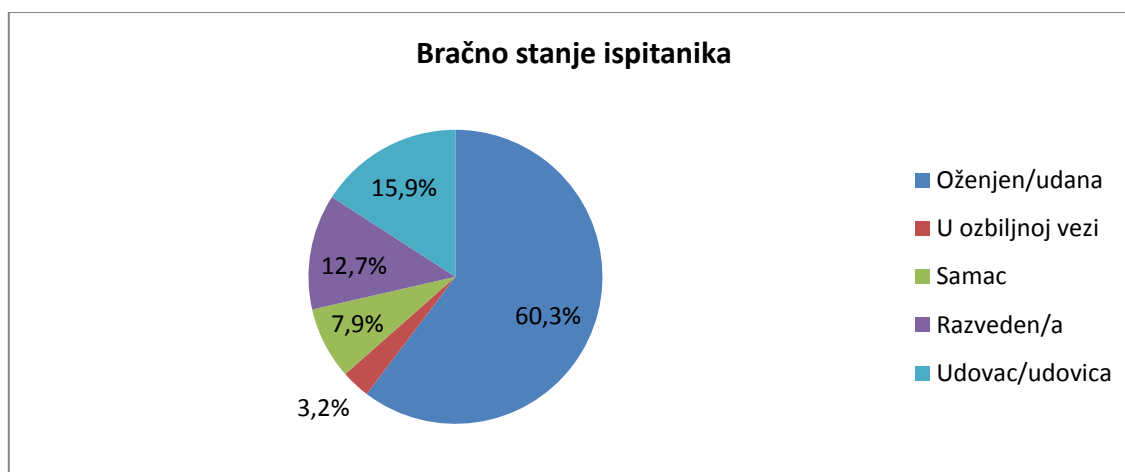
2.Dob ispitanika

Prosječna životna dob ispitanika iznosila je 67 godina.

3.Bračno stanje ispitanika

Ukupan broj ispitanika	35	%
oženjen/udana	21	60,3%
u ozbiljnoj vezi	2	3,2%
samac	5	7,9%
razveden/a	8	12,7%
udovac/udovica	10	15,9%

Tablica br.2



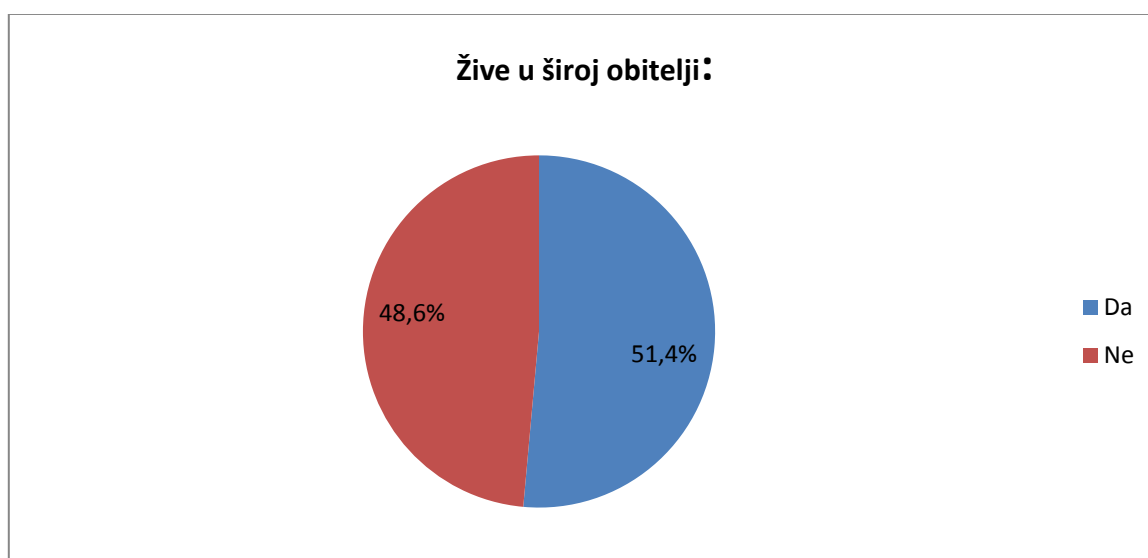
Graf br.2

Prema podacima o bračnom stanju 60,3% ispitanika je u braku, 15,9% udovaca/udovica, 12,7% razvedenih, 7,9% samac, te 3,2% osoba u vezi.

4. Živate li u široj obitelji?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	18	51,4%
ne	17	48,6%

Tablica br.2



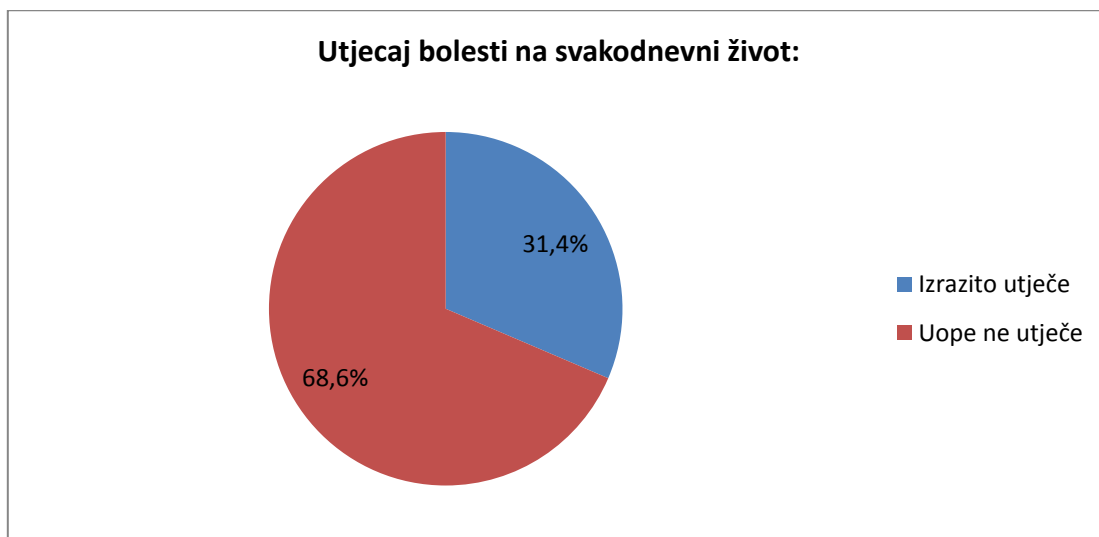
Graf br.2

Od ukupnog broja ispitanika(35),18 ih živi u široj obitelji (51,4%) dok ih 17 živi u užoj obitelji ili sami (48,6%).

5.U kojoj mjeri bolest utječe na vaš svakodnevni život?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	11	31,4%
ne	24	68,6%

Tablica br.3



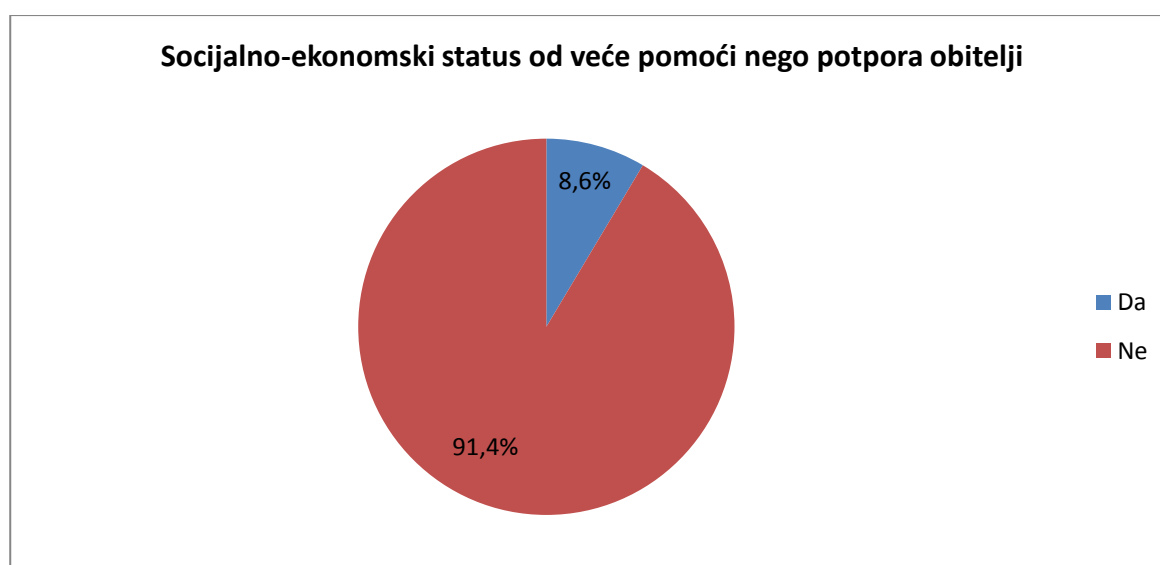
Graf br.3

Od ukupnog broja ispitanika (35), bolest izrazito utječe na svakodnevni život kod 11 bolesnika (31,4%), dok kod 24 bolesnika (68,6%) bolest uopće ne utječe na svakodnevni život.

6.Mislite li da Vam je socijalno-ekonomski status od veće pomoći nego potpora obitelji?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	3	8,6%
ne	32	91,4%

Tablica br.4



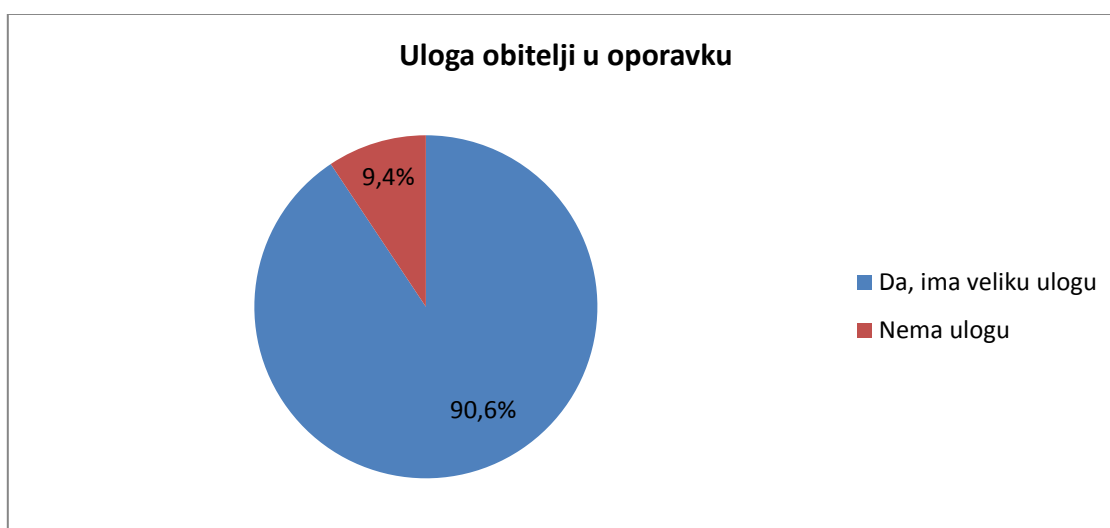
Graf br.4

Kod 32 ispitanika, odnosno kod 91,4% ispitanih bolesnika socijalno-ekonomski status nije od veće važnosti od potpore obitelji. Troje ispitanih, odnosno 8,6% smatra svoj socijalno- ekonomski status važnijim od potpore obitelji.

7.Mislite li da potpora obitelji ima veliku ulogu u Vašem oporavku?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	31	90,6%
ne	4	9,4%

Tablica br.5



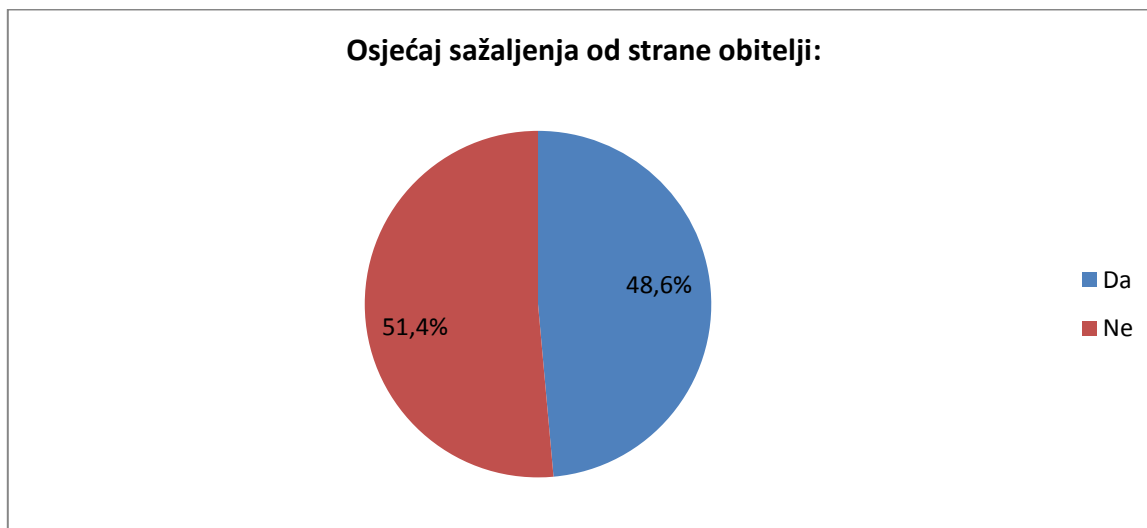
Graf br.5

Od ukupnog broja, 4 ispitanih (9,4%) smatra da obitelj nema izrazito veliku ulogu u njihovu oporavku, dok 31 ispitanik (90,6%) smatra da obitelj ima veliku ulogu u oporavku.

8.Imate li osjećaj da Vas obitelj sažaljeva?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	17	48,6%
ne	18	51,4%

Tablica br.6



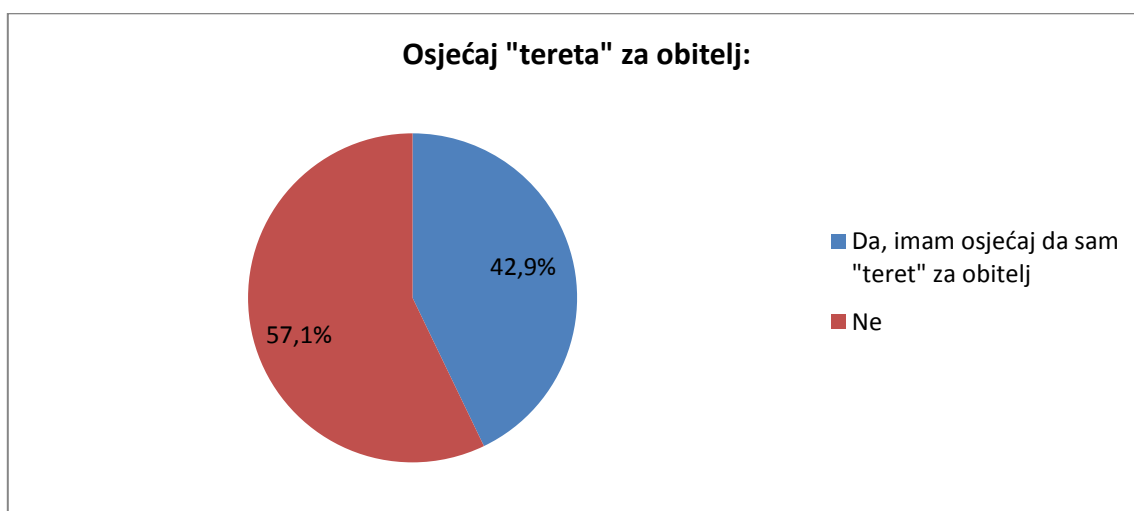
Graf br.6

Od ukupno 35 ispitanih 17 ih je odgovorilo da imaju osjećaj da ih obitelj sažaljeva zbog njihove bolesti dok 18 bolesnika (51,4%) nema osjećaj sažaljevanja od strane obitelji.

9. Mislite li da ste „teret“ za obitelj?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	15	42,9%
ne	20	57,1%

Tablica br.7



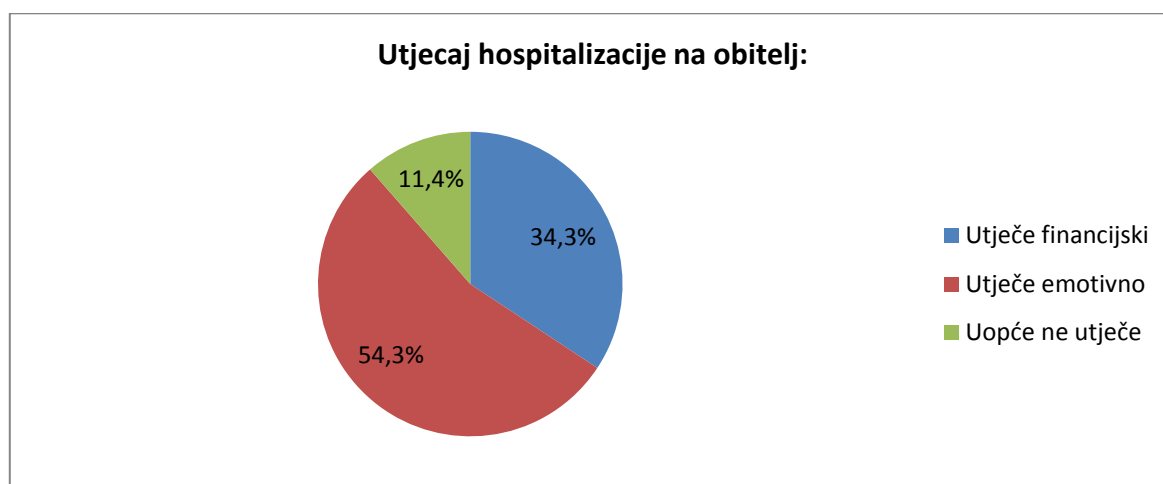
Graf br.7

Ukupno 15 ispitanih (42,9%) smatra da je njihovo trenutno stanje „teret“ za obitelj dok se 20 ispitanih (57,1%) ne smatra „teretom“ za najbliže.

10. Utječe li Vaš boravak u bolnici na Vašu obitelj?

Ukupan broj ispitanika	35	%
utječe finansijski	12	34,3%
utječe emotivno	19	54,3%
uopće ne utječe	4	11,4%

Tablica br.8



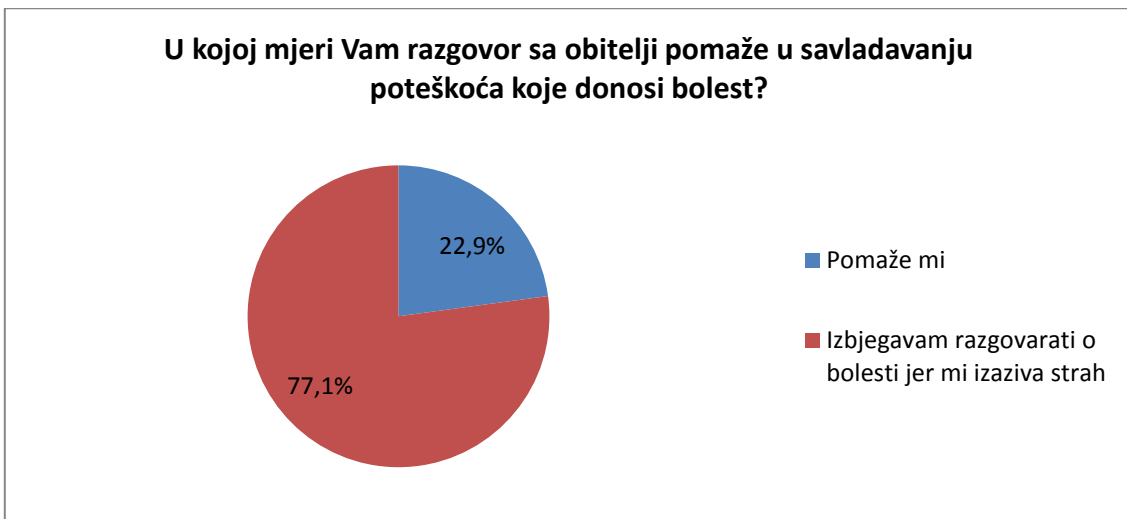
Graf br.8

Od ukupnog broja ispitanika(35), najveći broj ispitanika,19(54,3%) iskazalo je da hospitalizacija emotivno utječe na njihovu obitelj, dok je 12 ispitanih (34,3%) odgovorilo da hospitalizacija finansijski utječe na njihovu obitelj. 4 ispitanih (11,4%) smatra da hospitalizacija uopće ne utječe na obitelj oboljelog.

11. U kojoj mjeri Vam razgovor sa obitelji pomaže u savladavanju poteškoća koje donosi bolest?

Ukupan broj ispitanika	35	%
pomaže mi	8	22,9%
izbjegavam razgovor o bolesti jer mi izaziva strah	27	77,1%

Tablica br.9



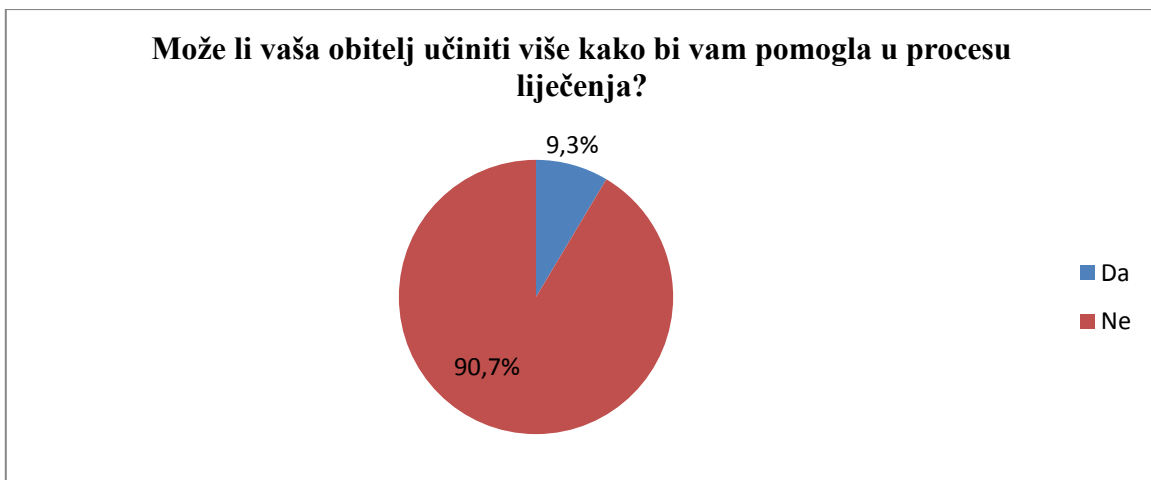
Graf br.9

Od ukupnog broja ispitanih 8, tj. 22,9% smatra da razgovor sa obitelji pomaže u savladavanju poteškoća dok 77,1%, odnosno 27 ispitanih izbjegava razgovarati o bolesti jer im izaziva strah.

12. Može li vaša obitelj učiniti više kako bi vam pomogla u procesu liječenja?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	3	9,3%
ne	32	90,7%

Tablica br.10



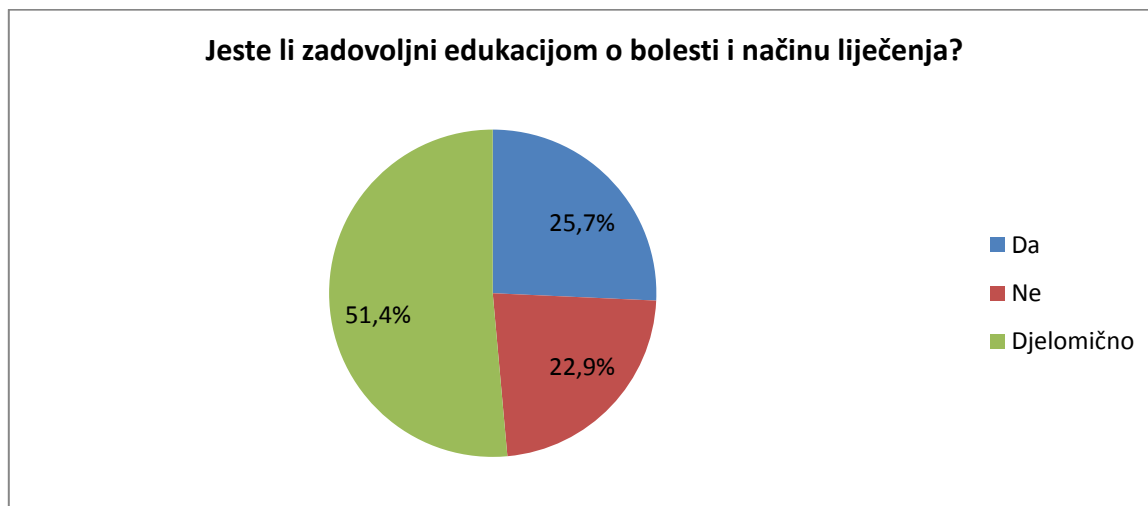
Graf br.10

Od ukupnog broja ispitanih (35), 3 pacijenta, odnosno 9,3% smatra da bi njihova obitelj mogla učiniti više kako bi pomogla u procesu liječenja dok 90,7 ispitanih negira tu tvrdnju.

13. Jeste li zadovoljni edukacijom o bolesti i načinu liječenja?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	9	25,7%
ne	8	22,9%
djelomično	18	51,4%

Tablica br.11



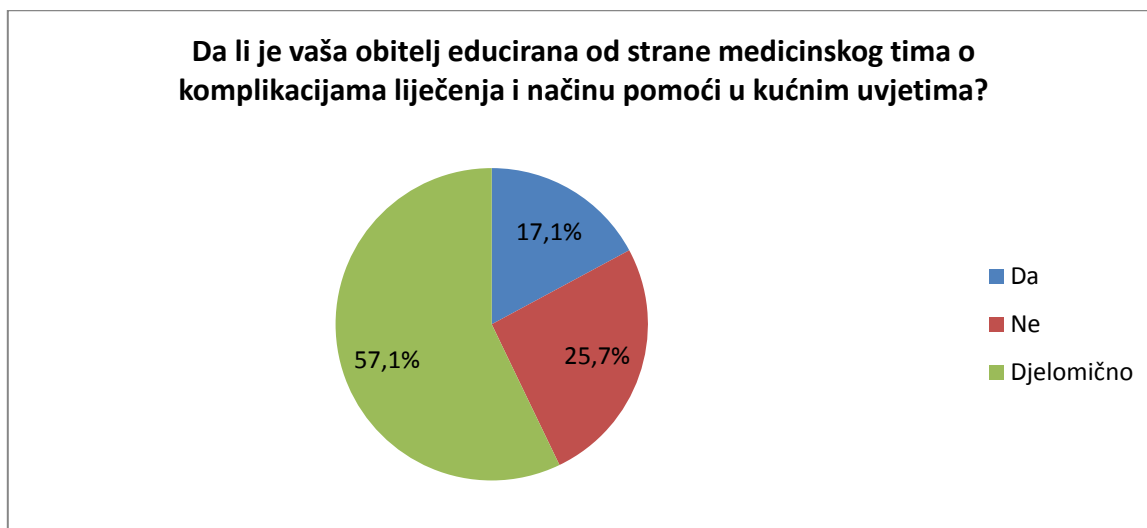
Graf br.11

Od ukupnog broja ispitanika (35) 9 ispitanih (25,7%) je zadovoljno edukacijom o bolesti i načinu liječenja. 22,9%, odnosno 8 ispitanih smatra da nisu adekvatno educirani od strane stručne osobe o bolesti i načinu liječenja. 21 ispitanik (51,4%) smatra da je djelomično educiran.

14. Je li vaš obitelj educirana od strane medicinskog tima o komplikacijama liječenja i načinu pomoći u kućnim uvjetima?

Ukupan broj ispitanika	35	%
da	6	17,1%
ne	9	25,7%
djelomično	20	57,1%

Tablica br.12



Graf br.12

Od ukupnog broja ispitanika (35) 6 ispitanih (17,1%) je zadovoljno edukacijom o bolesti i načinu liječenja. 25,7%, odnosno 9 ispitanih smatra da nisu dovoljno educirani od strane stručne osobe o bolesti i načinu liječenja. 20 ispitanih (57,1%) smatra se djelomično educiranim.

15. Koji član obitelji Vam pruža najveću potporu?

Od ukupnog broja ispitanih(35) 31(88,5%) ispitanik navodi da mu najveću potporu pruža član uže obitelji, tj. supružnik ili djeca dok 4 ispitanih(11,4%) navodi da najveću podršku dobiva od treće osobe.

5. RASPRAVA

Na temelju istraživanja provedenog na Odjelu onkologije Opće bolnice Dubrovnik utvrđeno je da postoje velike razlike u načinu na koji se oboljeli nose sa svojom bolešću. Dok jedni „normalno“ žive, drugi snažno reaguju, postaju depresivni, bezvoljni i zanemaruju ostale aspekte svoga života.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 35 ispitanika, 14 muškaraca(40%) i 21 žena(60,%). Prosječna životna dob ispitanika iznosila je 67 godina. Prema raspodjeli po bračnom stanju 60,3% ispitanih je u braku, 15,9% udovica/udovaca, 12,7% razvedenih, 7,9% samaca, te 3,2% osoba u vezi. Od ukupnog broja ispitanika(35) 18 ih živi u široj obitelji(51,4%) dok ih 17(48,6%) živi u užoj obitelji ili sami. Rezultati studije, koji su objavljeni u časopisu Cancer, ukazuju na to da je stopa smrtnosti kod oboljelih samaca bila za 27% veća nego kod oženjenih muškaraca, odnosno 19% veća kod neudanih oboljelih žena nego kod onih koje su živjele s bračnim partnerom.

Od ukupnog broja ispitanih na njih 11(31,4%) bolest izrazito utječe na svakodnevni život. Spoznaja bolesti je izrazito stresna jer bolesnici imaju osjećaj da gube samostalnost osobito ako je zbog bolesti nužna promjena mjesta stanovanja ili putovanja potrebna terapiju. 68,6% ispitanih odnosno 24 bolesnika su izjavili da bolest ne utječe na njihov svakodnevni život.

Bolesnik treba potporu obitelji za nošenje s poteškoćama koje donosi bolest. No za stvaranje socijalne i emocionalne podrške nužno je ostvariti dobru komunikaciju među članovima obitelji. To je potvrdilo i ovo istraživanje. 91,4% oboljelih odnosno njih 32 od ukupnog broja ispitanih potporu obitelji stavlja ispred socijalno-ekonomskog statusa dok 3 ispitanih(8,6%) stavlja socijalno-ekonomski status ispred potpore obitelji. Od ukupnog broja ispitanih njih 8, tj. 22,9% smatra da razgovor sa obitelji pomaže u savladavanju poteškoća dok 77,1 % ispitanih, odnosno 27 ispitanih izbjegava razgovarati o bolesti jer im izaziva strah.

Pod utjecajem spoznaje da je član obitelji bolestan mreža odnosa se mijenja. Postoji mogućnost aktivacije osjećaja krivnjekod članova obitelji. Od ukupno 35 ispitanih 17 ih ima osjećaj da ih obitelj sažaljeva(48,6%), dok 18 ispitanika(51,4%) taj osjećaj u potpunosti negira. Također, 15 ispitanih(42,9%) smatra da je bolest u tolikoj mjeri utjecala na njihov život te da su postali teret za obitelj. To ponovno produbljuje problematiku komunikacije, oboljela osoba postaje sve povučenija što može dovesti i do depresivnih poremećaja. 20 od ukupno 35 ispitanih, tj. 57,1% ne smatra se teretom za obitelj.

Na pitanje o utjecaju hospitalizacije na obitelj najveći broj ispitanika, 19(54,3%), iskazalo je da hospitalizacija emotivno utječe na njihovu obitelj, dok je 12 ispitanih (34,3%) odgovorilo da hospitalizacija financijski utječe na njihovu obitelj. 4 ispitanih (11,4%) smatra da hospitalizacija uopće ne utječe na obitelj oboljelog.

“Čini se da kod bračnih parova veliku ulogu igra potpora i manja socijalna izoliranost”, rekla je voditeljica istraživanja, dr. ScarlettLinGomez koja je s kolegama u razdoblju između 2000. i 2009. pratila razvoj bolesti kod 800.000 kalifornijskih pacijenata kojima je dijagnosticiran rak. Fokusirali su se na pacijente s invazivnim malignim oboljenjima. Njihovo istraživanje pokazalo je da financijska situacija nije imala velik utjecaj na izgled za poboljšanjem zdravstvenog stanja i duljim preživljavanjem oboljele osobe. Važni su bili svakodnevni razgovori s oboljelima, briga koja se iskazivala pripremom manjih svježih obroka, briga o redovnom uzimanju lijekova, vožnja oboljele osobe liječniku i neprestana prisutnost. Kod oboljelih je zamijećen manji stres i dugoročno poboljšanje zdravstvenog stanja.

Važno je da oboljela osoba aktivno sudjeluje u liječenju. Ona je aktivni član tima, uz liječnika i medicinsko osoblje. Kako bi mogla biti aktivni sudionik u liječenju, treba biti educirana o svojoj bolesti, verbalizirati sve nejasnoće, te sudjelovati u donošenju odluka zajedno sa svojim liječnikom. Od ukupnog broja ispitanika (35) 9 ispitanih (25,7%) je zadovoljno edukacijom o bolesti i načinu liječenja. 22,9%, odnosno 8 ispitanih smatra da nisu adekvatno educirani od strane stručne osobe o bolesti i načinu liječenja, dok 18 ispitanih (51,4%) smatra se djelomično educiranim.

Da je pokraj sebe dobro imati partnera ili blisku osobu pokazuje naše istraživanje. Od ukupnog broja ispitanih (35) 31 ispitanik navodi da mu najveću potporu pruža član uže obitelji, tj. supružnik ili djeca.

6. ZAKLJUČAK

Karcinom je bolest koja zbog svoje težine i ozbiljnosti ima snažan utjecaj na psihičko stanje, kako bolesnika tako i njihovih obitelji pa čak i rezultirati post-traumatskim stresnim poremećajem. Psihološko stanje iznimno je važno svakom čovjeku pa tako i svakom bolesniku. Osim što poboljšavanje psihološkog stanja bolesnika pomaže samom bolesniku i poboljšava kvalitetu njegovog života, važno je uzeti u obzir i novije teorije o utjecaju psiholoških faktora na razvoj bolesti. Sve je očitiya činjenica da na uspjeh liječenja ne utječe samo početna klinička slika i terapija, već da značajnu ulogu mogu imati i psihološki faktori. Psihološka pomoć i podrška pri samom dijagnosticiranju bolesti kao i kasnije tijekom liječenja ima snažan utjecaj na psihičko stanje bolesnika i time podiže kvalitetu života bolesnika. Također, pravilna edukacija obitelji i bolesnika o njihovoj bolesti, kao i o rizicima koje ta bolest nosi važna je za pravilno usmjeravanje ponašanja bolesnika i sprečavanje pojave drugog primarnog tumora. Jednu od najvažnijih uloga u psihološkoj pomoći bolesniku ima obitelj. Kada se osobi dijagnosticira karcinom jedna od prvih misli su mogućnost smrti i napuštanje voljenih. Tu dolazi obitelj koja otvorenom komunikacijom mora dati do znanja pacijentu da su uz njega i da će se zajedno boriti. Razgovor o osjećajima pacijenta, a i obitelji, pomaže u smanjivanju stresa. Unatoč strahu, sposobnost voljenih da ostanu jaki inspirirati će pacijenta, neće izgubiti nadu, te će se lakše vratiti u normalne aktivnosti.

Brojna istraživanja su pokazala da se oboljeli od karcinomakoji imaju dobru psihološku pomoć i podršku, kako stručnih osoba, tako i obitelji, bolje nose s bolešću, brže opravljaju, imaju kvalitetnije odnose s drugim osobama, zdravije životne navike što u konačnici rezultira boljom kvalitetom života.

Stoga, zatražiti pomoć nije znak slabosti, već znak mudrosti.

7. POPIS LITERATURE

1. Mršić Krmpotić Z., Roth A. Internistička onkologija, Zagreb : Medicinska naklada, 2004
2. Gugić D., Krajina Z., Kusić Z., Petković M., Šamija M., Vrdoljak E. Klinička onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
3. Ferlay I. Bray Forman D Registar za rak RH, dostupno na:
https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-maligne-bolesti/https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2013_final.pdf
4. Šamija M., Nemet D. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Zagreb: Medicinska naklada, 2010.
5. Predovan V., Stipančić S. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta, Klinika za radioterapiju i onkologiju, KBC Rijeka
6. <http://www.onkologija.hr/podrska/kako-rak-utjece-na-obitelj/>
7. THE NATIONAL ACADEMIS: Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK4011/>
8. Holland-Frei Cancer Medicine, 6th edition, Donald W Kufe, MD, Raphael E Pollock, MD, PhD, Ralph R Weichselbaum, MD, Robert C Bast, Jr, MD, Ted S Gansler, MD, MBA, James F Holland, MD, ScD (hc), and Emil Frei, III, MD., BC Decker; 2003., dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12354/>
9. Čukljek, S. Proces zdravstvene njege – nastavni tekstovi 2006, Zdravstveno veleučilište Zagreb
10. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1992.

8. PRILOG

ANKETA

Zanima nas Vaše osobno mišljenje o vašoj bolesti i Vaše viđenje uloge obitelji u liječenju. Svaki čovjek je individua za sebe, pa na ova pitanja nema točnog odgovora. Ova anketa je dobrovoljna i anonimna. Napravljena je isključivo u svrhu izrade završnog rada na temu „Uloga obitelji onkoloških bolesnika kroz proces liječenja“

Unaprijed zahvaljujemo na Vašoj dobroj volji i velikoj pomoći.

1. Spol: M Ž
2. Dob:
3. Bračno stanje:
 - a) oženjen/udata
 - b) u ozbiljnoj vezi
 - c) samac
 - d) razveden/a
 - e) udovac/udovica
4. Da li živite u široj obitelji?
 - a) da
 - b) ne
5. U kojoj mjeri Vaša bolest utječe na Vaš svakodnevni život?
 - a) izrazito utječe
 - b) uopće ne utječe
6. Mislite li da Vam je socijalno-ekonomski status od veće pomoći nego potpora obitelji?
 - a) da
 - b) ne
7. Mislite li da potpora obitelji ima veliku ulogu u Vašem oporavku?
 - a) da
 - b) ne
8. Imate li osjećaj da vas obitelj sažaljeva?
 - a) da
 - b) ne
9. Mislite li da ste „teret“ za obitelj?
 - a) da
 - b) ne

10. Utječe li vaš boravak u bolnici na vašu obitelj?
- a) utječe financijski
 - b) utječe emotivno
 - c) uopće ne utječe
11. U kojoj mjeri Vam razgovor sa obitelji pomaže u savladavanju poteškoća koje donosi bolest?
- a) pomaže mi
 - b) izbjegavam razgovarati o bolesti jer mi izaziva strah
12. Može li Vaša obitelj učiniti više kako bi pomogla u procesu liječenja?
- a) da
 - b) ne
13. Jeste li zadovoljni edukacijom o bolesti i načinu liječenja?
- a) Da
 - b) ne
 - c) djelomično
14. Da li je Vaša obitelj educirana od strane medicinskog tima o komplikacijama liječenja i načinu pomoći u kućnim uvjetima?
- a) da
 - b) ne
 - c) djelomično
15. Koji član obitelji Vam pruža najveću potporu?
-