

Kvaliteta života onkoloških bolesnika

Lušić, Leona

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:815825>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-12-05**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Kvaliteta života onkoloških bolesnika

Ime i prezime studenta: Leona Lušić

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Kvaliteta života onkoloških bolesnika

Ime i prezime studenta:

Leona Lušić

Ime i prezime mentora:

Doc. dr. sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Leona Lušić

Zagreb, rujan 2020.

Zahvale

Zahvaljujem se svim profesorima na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu jer su nesebično podijelili svoja znanja i iskustva kako bi ih mogla primijeniti u svojoj budućoj karijeri.

Posebno se zahvaljujem mentoru Damiru Miholiću, koji me zainteresirao za ovo područje te potaknuo na razmišljanje o povezanosti edukacijsko-rehabilitacijske struke i onkologije. Zahvaljujem mu se na pomoći i strpljivosti tijekom studiranja, ali i pisanja diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima, koji su imali vjere u mene, bodrili me tijekom cijelog školovanja i bili podrška.

Od srca hvala tati i svim *herojima!*

Naslov rada: **Kvaliteta života onkoloških bolesnika**

Ime i prezime studentice: **Leona Lušić**

Ime i prezime mentora: **doc.dr.sc. Damir Miholić**

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: **Edukacija rehabilitacija/**

Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Sažetak:

Maligna bolest je jedna od vodećih javnozdravstvenih, medicinskih i društvenih problema u svijetu, ali i u Hrvatskoj. Danas je maligna bolest drugi uzročnik smrti, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti te je broj oboljelih u stalnom porastu. Osim fizičkog aspekta liječenja raka, danas se veliki naglasak stavlja na kvalitetu života onkoloških bolesnika, koja može biti znatno narušena nakon dijagnoze i liječenja. Ovim područjem se bavi relativno mlada struka, a to je psihosocijalna onkologija. Predstavlja područje multidisciplinarnog interesa u liječenju raka jer osim psiholoških aspekata, obuhvaća socijalne, emocionalne, bihevioralne i etičke aspekte koji mogu utjecati na kvalitetu života.

Zbog biološke kompleksnosti raka, potreban je interdisciplinarni pristup u liječenju. Naglasak se više ne stavlja na medicinski model liječenja ili zbrinjavanje simptoma, već se stavlja na holistički pristup prema oboljeloj osobi. Cilj liječenja je izlječenje ili kontrola bolesti uz što bolju kvalitetu života. Mnoge discipline proučavaju utjecaj kvalitete života kod onkoloških bolesnika, ali edukacijsko-rehabilitacijska struka svoje djelovanje može primijeniti kroz različite aspekte art-kreativnih terapija. Pozitivna povezanost između korištenja kreativnih medija i kvalitete života kod onkoloških bolesnika dokazana je raznim istraživanjima.

U Hrvatskoj se u sve većoj mjeri prepoznaje i istražuje pozitivan utjecaj kreativnog izražavanja na liječenje raka. Primjenjuju se različiti oblici ekspresivnih terapija kao što su: likovna terapija, glazbena terapija, terapija pokretom i plesom, dramska terapija i biblioterapija koje uz medicinsko liječenje pokazuju pozitivan utjecaj na kvalitetu života, opće blagostanje, psihološki i socijalni aspekt raka.

Ključne riječi: *kvaliteta života, onkologija, psihosocijalna onkologija, suportivne terapije*

Title of the paper: **Quality of life among cancer patients**

Name of the student: **Leona Lušić**

Name of the mentor: **doc.dr.sc. Damir Miholić**

The program/module in which the final exam is taken: **Educational Rehabilitation/
Rehabilitation, Sophrology, Creative therapy and art/expressive therapy**

Summary:

Cancer is one of the leading public health, medical and social problems in the world and in Croatia. Today cancer is ranked as a second most common cause of death, right after cardiovascular diseases and the number of cancer patients is in constant increase. Besides the physical aspects caused by cancer treatment, today more and more emphasis is put on the quality of the oncological patient, which can get highly damaged after getting diagnosed and then treatments. This area is being dealt by a relatively young interdisciplinary field called psychosocial-oncology. It represents a field of multidisciplinary interest in cancer treatment because besides psychological aspects, it includes social, emotional, behavioral and ethical factors which can affect the quality of life.

Because of the cancers biological complexity there is a need of interdisciplinary treatment approaches. The biggest importance is no longer put on the medical model of treatment and symptoms, but on the holistic approach towards the patient. The aim of the treatment is curing or controlling the disease by having best possible quality of life. There are many different fields studying the life quality of oncological patients, but the educational rehabilitation field can use its influence and work through different aspects of art-creative therapy. Positive correlation between usage of creative media and oncological patient's well-being has been proven in many researches.

Croatia more and more recognizes and research the positive influence of creative expression in cancer treatment. There are different forms of expressive therapies being applied for instance: art therapy, music therapy, dance and movement therapy, drama therapy and bibliotherapy, which combined with medical treatment show a positive influence on life quality, general well-being, psychological and social aspects of cancer.

Keyword: quality of life, oncology, psychosocial oncology, supportive therapy

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. ONKOLOGIJA.....	2
2.1. Maligne bolesti.....	4
2.1.1. Stadij i proširenost malignih bolesti.....	5
2.2. Etiologija malignih bolesti.....	5
2.3. Epidemiologija malignih bolesti.....	7
3. PSIHOSOCIJALNA ONKOLOGIJA.....	8
3.1. Psihosocijalni odgovor na dijagnozu malignog oboljenja.....	11
3.1.1. Psihosocijalni distres.....	13
3.1.2. Depresija.....	16
3.1.3. Anksioznost.....	18
3.2. Edukacijsko-rehabilitacijska potpora kod malignih oboljenja.....	21
4. KVALITETA ŽIVOTA I MALIGNE BOLESTI.....	22
4.1. Utjecaj psihosocijalnih čimbenika na kvalitetu života.....	30
4.2. Kvaliteta života i socijalna podrška.....	30
4.3. Procjena kvalitete života.....	32
5. SUPORTIVNE TERAPIJE I KVALITETA ŽIVOTA.....	35
5.1. Art/ekspresivne terapije i maligna oboljenja.....	37
5.2. Suportivno-ekspresivna terapija.....	43
6. ZAKLJUČAK.....	45
7. LITERATURA.....	46

1. UVOD

„Umjetnost liječenja sastoji se u tome da održavamo pacijenta u dobrom raspoloženju dok tijelo prirodno liječi bolest“ (Francois Marie Arouet de Voltaire)

Tijekom posljednjih dvadeset godina spoznala se važnost utjecaja kvalitete života onkoloških pacijenata na ishod liječenja. Promjene u medicini i društvu, dovele su do promjena u načinu liječenja, konceptualizaciji i evaluaciji ciljeva važnih za ishod liječenja i svakodnevni život pacijenta. Stoga je glavni cilj današnje medicine unaprijediti kvalitetu života onkoloških bolesnika nakon dijagnosticiranja bolesti, poboljšati suradnju i toleranciju na proces liječenja i smanjiti moguće psihijatrijske komplikacije.

Osim toga, potrebno je pojmove „koliko dugo“ onkološki pacijenti žive nakon dijagnoze, zamijeniti s „koliko kvalitetno“ mogu očekivati da će živjeti nakon dijagnoze.

Onkološki pacijenti mogu se ubrojiti u rizičnu skupinu smanjene kvalitete života, s obzirom na specifične zdravstvene tegobe, nuspojave liječenja, ali i promijenjene životne okolnosti koje sa sobom nosi sama bolest.

U ocjenjivanju skrbi onkoloških pacijenata i drugih kroničnih bolesti, danas veliku važnost ima procjena kvalitete života.

Kvaliteta života je multidimenzionalna definicija koja obuhvaća načine na koji doživljavamo i vrednujemo svoj život. Nakon dijagnoze maligne bolesti, dolazi do preispitivanja kvalitete života. Koliko ćemo kvalitetno živjeti zbog svoje kronične bolesti, ne ovisi samo o tome koliko smo stvarno bolesni, nego i o tome kako doživljavamo svoju "bolest". Stoga, u percepciji bolesti i lakšem nošenju s novonastalim životnim situacija, mogu pomoći različiti suportivni programi podrške. Mnoga istraživanja navode značaj različitih oblika suportivnih i art-ekspresivnih terapija na liječenje i kvalitetu života.

U kontekstu interdisciplinarnog i holističkog pristupa osobama s malignim oboljenjem pažnja stručnjaka različitih disciplina usmjerena je na percepciju osobe kao cjelovitog bića koje je suočeno s novim životnim iskustvom koje počinju utjecati na njegovo cjelokupno životno funkcioniranje. Uz medicinsko liječenje ukazuje se potreba za paralelnim uključivanjem

psihosocijalnih i komplementarnih sustava podrške (Miholić, Prstačić i Nikolić, 2013). U Hrvatskoj unatoč složenim kulturološkim izazovima i pridržavanju tradicionalnog medicinskog modela liječenja, interdiciplinarna skrb, koristeći cjelokupni spektar vještina edukacijskih rehabilitatora i drugih stručnjaka, može uvelike pridonijeti onkološkim pacijentima. Zanimalo me na koje se sve načine, osim medicinskog pristupa, može pridonijeti kvaliteti života i liječenju onkoloških pacijenata kako bi ovu životnu bitku iznijeli s pozitivnim mislima i snagama. Ovim radom, osim objašnjenja fenomena kvalitete života i malignog oboljenja, opisani su utjecaji psihosocijalne i suportivne podrške na kvalitetu života onkoloških bolesnika.

2. ONKOLOGIJA

Specijalizacija onkologije je relativno nova grana medicine koja je posvećena ispitivanju, dijagnozi i liječenju osoba oboljelih od maligne bolesti, a uključuje (CancerCouncil, 2020):

- preventivnu medicinu
- medicinsku onkologiju (kemoterapija, imunoterapija, hormonska terapija i drugi lijekovi za liječenje maligne bolesti)
- radijacijsku onkologiju, radioterapiju
- kiruršku onkologiju
- palijativnu medicinu

Onkologija je pridonijela boljem razumijevanju biologije malignog oboljenja i liječenja. Razvoj terapija, kemoterapije, radioterapije i hormonske terapije učinilo je cjelokupno liječenje složenim. Zbog svoje kompleksnosti, liječenje maligne bolesti uključuje mnogo različitih disciplina i interdisciplinarni pristup.

Neki od najranijih dokaza malignih stanica pronađeni su u ljudskoj kosti mumije iz drevnog Egipta te je pronađen i najstariji dokaz liječenja raka dojke iz 1500. godine prije Krista. Zabilježeno je da nije bilo lijeka za malignu bolest, već se pružao palijativni tretman. Iz novijeg doba, onkologija je započela svoj rad 1846. godine, nakon što je izumljena anestezija, izvedena je operacija uklanjanja čitavog tumora zajedno s limfnim čvorovima. Kasnije su se maligne stanice proširile iz primarnog tumora na druga mjesta kroz krvotok. To je dovelo do boljeg razumijevanja mehanizma širenja malignih stanica, što postaje ključni element u prepoznavanju ograničenja operacije malignog oboljenja. 1896. Roentgen je otkrio "rendgenski snimak". Tri godine kasnije, zračenje je korišteno

za dijagnozu i liječenje malignog oboljenja, ali početkom 20. stoljeća otkriveno je da zračenje može izazvati, ali i izliječiti maligno oboljenje (Sudhakar, 2009).

1940-ih je započelo napredno liječenje limfoma i akutne leukemije. Najveći preokret se dogodio 1950-ih uvođenjem kemoterapije kao vrste liječenja (Kreitler, 2019). U posljednjim desetljećima 20. stoljeća, kirurzi su razvili nove metode za liječenje malignih stanica kombiniranjem operacija s kemoterapijom i/ili zračenjem. Prvi test probira malignih stanica je bio Papa test, razvijen kao metoda razumijevanja menstrualnog ciklusa. Također je identificiran kao potencijalni test za rano otkrivanje raka vrata maternice. 1960-ih razvijena je mamografija za identifikaciju malignih stanica raka dojke. Početkom 1970-ih napredak je bio ultrazvuk, računalna tomografija (CT), magnetska rezonanca i pozitronska emisijska tomografija (PET) što je zamijenilo većinu istraživačkih operacija. Do kasnih 1990-ih većina lijekova koja se koristila u terapiji malignih oboljenja, djelovala je na ubijanje malignih stanica, ali je ubijala i normalne, zdrave stanice (Sudhakar, 2009).

Republika Hrvatska je površinom razmjerno mala zemlja s relativno jasno definiranom strukturom ustanova u kojima se provodi onkološka zdravstvena skrb, a to je u Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku. Zadnjih 20-ak godina postupno se razvijaju manji, lokalni onkološki centri koji nemaju sve mogućnosti pružanja svih aspekata modernog onkološkog liječenja ili multidisciplinarnosti. Uvođenjem Registra za rak, poboljšali su se epidemiološki podaci o malignim bolestima u Republici Hrvatskoj. Podaci o vrstama malignih oboljenja i njihovim karakteristikama, praćenje procesa i ishoda na temelju tih podataka, nužni su za prepoznavanje rizika i usvajanje odluka u zdravstvenoj politici. Ti su podatci osnova za daljnje istraživanje te širenje informacija i znanja o malignoj bolesti.

Očekuje se da će broj slučajeva malignih oboljenja u Republici Hrvatskoj rasti, jednako kao i u svijetu, prvenstveno zbog starenja stanovništva. Najčešći oblik malignog oboljenja kod muškaraca je bio rak pluća, a od 2016. godine je rak prostate, dok je kod žena najčešći rak dojke (Nacionalni plan protiv raka, 2020).

2.1. Maligne bolesti

Maligne bolesti označavaju abnormalan rast stanica. Nastaju iz bilo kojeg organa ili tijela, a sastoje se od sićušnih stanica koje su izgubile sposobnost zaustavljanja ili kontrole rasta. Može se otkriti "slučajno" laboratorijskim testom ili rutinskim radiološkim testom ili iz potpuno drugih razloga. Općenito, maligna stanica mora doseći veličinu od 1 cm ili se mora sastojati od milijuna stanica prije nego što se otkrije. U tom trenutku se može nazivati "masa", "tumor", "rak", "kvrga" ili "lezija." Izuzeci od ovog općeg pravila uključuju maligno oboljenje krvi i koštane srži (leukemije i limfomi) - koji često ne stvaraju „masu“, ali će biti vidljiv laboratorijskim testovima (Roy i Saikia, 2016). Maligna bolest je jedinstvena riječ koja obuhvaća ogromnu raznolikost bolesti koje se mogu javiti u bilo kojem organskom sustavu. Jedinstvena karakteristika je proliferacija stanica, koja je inače normalna funkcija organizma. Maligne stanice mogu biti brze ili spore, a nakupljane može biti masivno ili minimalno. Transformacija normalne stanice u malignu stanicu vjerojatno nije tako kritičan događaj u genezi malignog oboljenja, češće se radi o nemogućnosti imunoloških stanica tijela da identificiraju i unište novonastale maligne stanice kada ih je više u broju (Hanahan, 2011, prema Roy i Saikia, 2016). Rizik oboljenja povećava se kod onih osoba čiji je imunološki sustav potisnut zbog bilo kojeg čimbenika, uključujući stres, starost, kronične bolesti, prethodnu upotrebu kemoterapije i zlouporabu lijekova poput analgetika, antibiotika i kortikosteroida.

Maligna bolest je asimptomatska već u početku, u incijalnoj fazi. Simptomi se pojavljuju kako bolest napreduje jer može zahvatiti epitel ili promijeniti funkciju zahvaćene strukture ili organa. Kada je (1) oštećen kanal, tj. kad se maligne stanice naslanjaju na živčana vlakna ili organ, uzrokujući bol ili disfunkciju, (2) kada sekretorni proizvodi tumora uzrokuju sistemske simptome poput vrućice, gubitka težine ili umora, (3) kada se pojave ulceracija i krvarenje. Maligno oboljenje uvijek spada u diferencijalnu dijagnozu. Diferencijalna dijagnoza označava kada je bol ponavljajuća ili česta bez objašnjenja ili atipična kada nema drugog prepoznatljivog uzroka. Simptomi maligne bolesti mogu se pojavljivati isprekidano, uz spontano privremeno poboljšanje te to stanje pacijenti često pogrešno tumače.

U stvari, ponavljajuća pojava ili kroničnost simptoma je uobičajena disfunkcija uzrokovana malignim oboljenjem (Bast Jr i sur., 2017).

2.1.1. Stadij i proširenost malignih bolesti

Informacije o stadiju maligne bolesti vrlo su važne kako bi se odredila rasprostranjenost malignih stanica u organizmu što je jedan od faktora koji liječnici koriste za procjenu prognoze. Najčešće korišten sustav za određivanje proširenosti maligne bolesti je TNM-sustav koji uključuje procjenu primarnog tumora, stanje regionalnih limfnih čvorova te prisutnost udaljenih metastaza (Cancer Council,2020).

Primarni tumor (T) - Primarni tumor je prva masa malignih stanica u tijelu. Ako se ne liječi, primarni tumor može narasti. Također može rasti i kroz slojeve tkiva u kojima je započeo. To se naziva proširenje tumora.

Regionalni limfni čvorovi (N) - opseg malignih stanica unutar obližnjih limfnih čvorova, koji su biološki filtri za strane čestice, a imaju važnu ulogu u pravilnom funkcioniranju imunološkog sustava. Limfa je bistra tekućina u tkivu koja stanicama daje vodu i hranu te prikuplja otpad iz stanica. Limfa se odvodi iz tkiva u limfne žile sve do limfnih čvorova. Maligne stanice mogu upasti u limfne žile i putovati do limfnih čvorova. Jednom u limfnim čvorovima maligne stanice mogu se umnožiti i formirati nove tumore.

Udaljene metastaze (M) - Kategorija M govori o proširenosti malignih stanica na udaljenija mjesta. Takva mjesta uključuju udaljene limfne čvorove (izvan obližnjih limfnih čvorova). Maligne stanice mogu se otkinuti i proširiti na udaljena mjesta, tj. metastazirati. Stanice maligne bolesti mogu se širiti na udaljena mjesta putem limfe ili krvi.

Svaka vrsta malignog oboljenja ima svoje stupnjeve s obzirom na mjesto razvoja i proširenosti. Postoje četiri ili pet stupnjeva razvijenosti. Rangirani su rimskim brojevima počevši od faze 0 ili I stadija i završavajući u fazi IV. Maligne stanice koje se nisu proširile na udaljena mjesta ocjenjuju se kao stupanj 0. Faza I uključuje male primarne maligne stanice koji se nisu proširile na limfne čvorove. Faza II i III su veći ili opsežniji primarni tumori sa ili bez malignih stanica u obližnjim limfnim čvorovima. Faza IV je maligna stanica koja se u dijagnozi proširila na udaljena mjesta (National Comprehensive Cancer Network, 2020).

2.2. Etiologija malignih bolesti

Etiologija malignih bolesti još uvijek ne pruža cjelovitu sliku mehanizama koji su odgovorni za razvoj bolesti. Radi se o kompleksnim promjenama koje zahvaćaju čitav ustroj stanica da je većina

segmenata stanične funkcije oštećena ili na neki način promijenjena. Poznato je, za neke tipove tumora, da je potrebno više desetljeća sukcesivnih promjena dok stanica ne poprimi tumorski fenotip. Otkrivanje ovih pokretača promjena u organizmu je oduvijek privlačilo pozornost jer bi se preventivnim aktivnostima moglo značajno utjecati na ishod (Gregurek i Braš, 2008).

Etiološke čimbenike možemo podijeliti na biološke, kemijske i fizikalne:

- Biološki - Uzročna povezanost virusa i nekih onkoloških bolesti jedna je od starijih pretpostavki u progresiji maligne bolesti. Virus (HIV, HCV, HCLV), bakterije (H. pylori, C. psittaci) i parazite (Schistosoma, Clonorchis)
- Kemijski - Pokazana je povezanost s nekoliko stotina kemikalija koje mogu biti kancerogene. Rezultat su izlaganju profesionalnih (azbest, arsen, anilinske boje), okolinskih (alkohol, duhan) ili jatrogenih (kemoterapija, imunosupresija) čimbenika.
- Fizikalni - među najpoznatije fizikalne kancerogene navode se ionizacijsko, ultravioletno zračenje i gama zračenje

Rizični čimbenici kojima smo najčešće izloženi su: korištenje duhana, nezdrava prehrana, sjedilački način života, pretilost, sunčevo i UV zračenje. Upotreba duhana čini najmanje 30% smrtnih slučajeva od maligne bolesti i najčešći uzrok preventivnog raka, uzrokujući 87% smrtnosti od raka pluća kod muškaraca i 70% smrti od raka pluća kod žena (Cancer Facts and Figures 2014 prema Bast Jr i sur., 2017). Pušenje je također povezano s nekoliko nepovoljnih ishoda, kao što je povećan rizik od komplikacija, toksičnosti, smanjena učinkovitost liječenja, lošija kvaliteta života, povećan rizik od recidiva i smanjeno preživljavanje.

Nova istraživanja su se počela baviti utjecajem načina života u prognozi maligne bolesti i preživljavanju. Stoga je jedan od čimbenika energetska ravnoteža koja predstavlja vezu prehrane, fizičke aktivnosti i tjelesne težine, a pokazalo se da značajno doprinosi prevenciji malignih bolesti. Procjenjuje se da pretilost i prehrana predstavljaju gotovo 35% slučajeva malignog oboljenja u SAD-u. Postoje čvrsti dokazi o povezanosti prekomjerne težine i povećanog rizika razvoja maligne bolesti, kao i sve noviji dokazi o lošijoj kvaliteti života i ishodima bolesti. Gubitak tjelesne težine od samo 5-10% povezan je s poboljšanjem zdravlja i može smanjiti rizik od maligne bolesti (World Cancer Research Fund, 2014 prema Bast Jr i sur., 2017). Kontinuirana tjelesna aktivnost je pokazala pozitivan ishod na rezultate liječenja. U sustavnom pregledu 27 objavljenih istraživanja

potvrdila se povezanosti tjelesne aktivnosti i smanjenja smrtnosti od maligne bolesti (Ballard-Barbash i sur., 2012 prema Bast Jr i sur., 2017)

Također i ultravioletno zračenje odgovorno je za nastanak sve više kožnih malignih satnica i pigmentacija. Važnost UV-zračenja u progresiji maligne bolesti ogleda se u činjenici da je glavni uzrok svih oblika kožnoga raka upravo sunčana UV (Gregurek i Braš, 2008). Izloženost ultraljubičastom zračenju (UVR) ili uređajima za tamnjenje je značajan faktor rizika za rak kože.

2.3. Epidemiologija malignih bolesti

Učestalost malignih bolesti mijenjala se kroz vrijeme. Prije stotinu godina maligna bolest nije bila tako česta, međutim, posljednjih nekoliko desetljeća njihova učestalost raste alarmantno, zbog našeg promjenjivog načina života, navika, dužeg životnog vijeka i veće dijagnostike. Danas je svaka četvrta osoba u riziku od razvoja malignog oboljenja (Roy i Saikia, 2016). Ako se gledaju trendovi u proteklom desetljećima, ukupna smrtnost od svih zloćudnih bolesti zajedno pokazuje tendenciju rasta, tako da je danas smrtnost na drugom mjestu iza kardiovaskularnih bolesti.

Najučestaliji je rak pluća, rak dojke i kolorektalni rak. Vodeći uzročnik smrtnosti jest rak pluća, zatim rak želuca te rak jetre.

Opće je poznato da je dob jedan od najvažnijih čimbenika rizika. Ako se promatra krivulja incidencije i mortaliteta od maligne bolesti, onda je jasan eksponencijalni rast s dobi, od 10. do 84. godine života (Gregurek i Braš, 2008).

Osim dobi, vjerojatnost dijagnoze invazivnog raka nešto je veća za muškarce, nego za žene. Tijekom posljednjeg desetljeća opća stopa obolijevanja od maligne bolesti smanjila se za 2% kod muškaraca, a kod žena je ostala stabilna.

Što se smrtnosti tiče, i u žena i muškaraca na prvom je mjestu rak bronha i pluća kod kojega su mortalitet i incidencija gotovo identični. Vodeći uzročnik smrti je raka pluća, prostate i kolorektuma u muškaraca te rak pluća, dojke i kolorektuma kod žena

Nadalje, niži socioekonomski status, povezan je s brojnim nedostatcima u zdravstvu i većom stopom mortaliteta. U razvijenim zemljama, rak pluća pokazuje tendenciju smanjenja, što se može pripisati smanjenoj učestalosti pušenja (Siegel, Miller i Jemal, 2019).

Maligne bolesti u Republici Hrvatskoj u 2017. godini bile su drugi najčešći uzrok smrtnosti, nakon kardiovaskularnih bolesti te su ujedno odgovorne za 26% smrtnih slučajeva (Herceg i sur., 2016). Pet najčešćih sijela maligne bolesti u muškaraca čine: prostata (19%), pluća (17%), kolon (10%), rektum (6%) i mokraćni mjehur (5%). Pet najčešćih sijela maligne bolesti u žena: dojka (25%), kolon (9%), pluća (8%), tijelo maternice (6%) i rektum (5%) (Registar za rak, 2016). Sredinom 1990-ih maligna bolest je bila uzrok oko 20% svih smrtnih slučajeva, a taj je postotak narastao na 25% u posljednjih 10 godina (Nacionalni plan protiv raka, 2020).

3. PSIHOSOCIJALNA ONKOLOGIJA

Psihosocijalna onkologija je interdisciplinarno područje medicine koje se bavi psihološkim i socijalnim aspektima malignih oboljenja (Zielazny i sur., 2016). Psihosocijalna onkologija ili najmlađa multidisciplinarna onkološka struka, koja primjenom spoznaja iz tog područja i iz različitih disciplina usmjerava svoj rad kako bi se očuvao cjeloviti integritet onkološkog bolesnika. Naglasak se stavlja na očuvanju fizičkog i mentalnog zdravlja te rehabilitaciju kako bi oporavak bio cjelovit (Prstačić i Sabol, 2006).

Psihosocijalna onkologija danas doprinosi kliničkoj njezi pacijenta i obitelji, brine o psihološkoj edukaciji osoblja te potiče na kolaborativna istraživanja koja se odnose na probleme prevencije maligne bolesti do psihosocijalnih i psihijatrijskih problema s kojima se pacijenti susreću tijekom i nakon liječenja (Holland, 1998 prema Holland, 2002).

Proučavanje utjecaja psihosocijalnih varijabli na pojavnosti i tijek liječenja malignih bolesti u žarištu je psihijatrijske i psihosomatske literature od 50-tih godina prošloga stoljeća, s postupnim razvojem psihosocijalne onkologije kao posebne discipline (Gregurek i Braš, 2008). Klinička primjena psihosocijalne onkologije tijekom liječenja, izvorno je bila nova nepoznata i neistražena disciplina. Nije bilo očito da oboljelima od malignih bolesti treba psihosocijalna pomoć ili da se mogu pojaviti psihosocijalne smetnje tijekom liječenja (Krietler, 2019).

Unazad dva desetljeća dolazi do nagloga razvoja psihosocijalne onkologije s pokušajem razumijevanja različitih psihosocijalnih utjecaja na onkološke bolesnike i pronalaženjem optimalnih terapijskih pristupa u svim fazama liječenja (Gregurek i Braš, 2008). Područje djelovanja psihosocijalne onkologije su unutar psiholoških dimenzija maligne bolesti su:

1. emocionalna reakcija na malignu bolest i liječenje - bolesnika, njegove obitelji i članova medicinskog tima

2. psihološki i bihevioralni faktori koji utječu na rizik pojave malignog oboljenja i njegovo preživljavanje (Gregurek i Braš, 2008).

Psihosocijalna istraživanja usmjerena su na više područja koja utječu na liječenje malignih bolesti, kao što su simptomi, kvaliteta života, ekspresivne i potporne grupne terapije, egzistencijalna terapija, i palijativna skrb (Bultz, 2016). IPOS-ov standard o kvalitetnoj skrbi kod onkoloških pacijenata, odobrilo je 75 organizacija za maligne bolesti širom svijeta, koji uključuje 3 osnovna načela (Travado i sur., 2017):

- Psihosocijalna skrb bi trebala biti prepoznata kao univerzalno ljudsko pravo
- Kvalitetna skrb mora integrirati psihosocijalnu domenu u rutinsku njegu
- Distres treba mjeriti kao 6. vitalni znak

Izjava Svjetske zdravstvene organizacije da ne može postojati zdravlje bez mentalnog zdravlja (The World Health Organization, 1950) smatra se pokretačem u odobravanju i razvoju sveobuhvatne brige za sve pacijente diljem svijeta. Unatoč ovim izjavama, prelazak s biomedicinskog modela na sveobuhvatni biopsihosocijalni model skrbi i dalje je izazov.

Bitan element kvalitetnog i sveobuhvatnog liječenja onkoloških bolesnika uključuje zadovoljavanje psihosocijalnih potreba oboljelih, ali i obitelji. Između 40% i 60% oboljelih od maligne doživljava psihosocijalne teškoće koje zahtijevaju intervenciju (Zabora, 2001, Grassi, 2012 prema Travado i sur., 2017).

Psihosocijalna njega je iznimno važna tijekom liječenja te ima veliki utjecaj na kvalitetu života onkoloških bolesnika te obuhvaća širok spektar teškoća tijekom liječenja. Izraz „psihosocijalno blagostanje“ uključuje iskustva psihološkog, emocionalnog, kognitivnog, duhovnog, egzistencijalnog i socijalnog funkcioniranja osobe (Moons i Schouten, 2019 prema Mitchell, 2011). Kod 30-40% onkoloških bolesnika se pojavljuje kombinacija poremećaja raspoloženja, a ne samo depresija. U drugim istraživanjima pronađeno je da 60% onkoloških bolesnika ima velikih poteškoća sa suočavanjem s psihološkim teškoćama. Također izvještavaju da se tijekom liječenja

ne prepoznaju psihosocijalne smetnje i u nedovoljnoj mjeri pruža psihosocijalna podrška tijekom liječenja (Legg, 2011).

Pacijenti nerado liječniku otkrivaju svoje stanje da su tjeskobni ili depresivni, dijelom zato što ne žele dodatno smetati zauzetom liječniku, ali i djelom jer postoji stigma o „mentalnim“, „psihološkim“ ili „psihijatrijskim“ teškoćama. Liječnici također ne žele dodatno ispitivati pacijente o stresu s kojim se suočavaju. Razvojem Nacionalnih mreža centara za rak 1997. godine osnovao se panel za izradu smjernica kliničke prakse u kojem su sudjelovali interdisciplinarni timovi, što je ujedno bio glavni korak u poboljšanju psihosocijalne skrbi u onkologiji (Riba i sur., 2019). Uvela se riječ „distres“ kao riječ koja ne izaziva stigmatu i na koju pacijent može pozitivnije reagirati. Koristi se jednostavan upitnik gdje pacijent odabire stupanj distresa od 0 ± 10 stupnjeva. : „Koliko je vaš distres na skali od 0 ± 10? “. Odgovor od 5 ili više trebao bi pokrenuti pitanje onkološkog tima o uzroku distresa (na primjer fizički simptomi, psihološki, obiteljski, duhovni). To postaje alarm upućivanja na mentalno zdravlje ili psihosocijalno savjetovanje (Dolbeault, Szporn i Holland, 1999 prema Holland, 1999). Cilj toga je da pacijenti kojima je potrebna psihosocijalna podrška mogu dobiti adekvatnu pomoć koja je dostupna u većini centara za maligne bolesti od strane medicinskog osoblja, psihologa, psihijatra i edukacijskih rehabilitatora.

Povijest psihosocijalne onkologije je zanimljiva jer je među prvima uključila psihološku domenu liječenja u onkologiji. Razvoj psihosocijalne onkologije je započeo porastom interesa za „humanu stranu“ pacijenata s malignom bolesti, a to su psihološke, socijalne i duhovne strane koje su bile zanemarene u većini zemalja svijeta. Težište je bilo u potpunosti na fizičkim aspektima liječenja (Dolbeault, Szporn i Holland, 1999). Osim toga sama riječ „maligna bolest“, dugo je vremena bila negativno povezana kao neizlječiva bolest te se sama dijagnoza najčešće skrivala od pacijenta. 1800-ih godina dijagnoza maligne bolesti bila je jednaka smrtonosnoj dijagnozi, jer nije bilo načina liječenja ili znanja o toj bolesti. Ova pojava skrivanja dijagnoze od pacijenta nazivala se „bijela laž“, a u nekim zemljama još uvijek je prisutna. Smatralo se da je nehumano i okrutno otkrivanje dijagnoze jer će tako bolesnik izgubiti nadu i prekinuti borbu s bolešću. Osim toga, obitelj je skrivala dijagnozu od okoline kako se ne bi stigmatizirao pacijent, ali i sama obitelj. Otkrivanje dijagnoze pacijentima započinje 1970-ih godina u Americi, za vrijeme društvenih preokreta koja su pridonijela borbi za prava pacijenta da znaju svoju dijagnozu, prognozu i mogućnosti liječenja, što je omogućavalo istraživanje i ispitivanje psiholoških stanja bolesnika.

Tada započinje razvoj najmlađe subspecijalizacije u onkologiji, a to je psihosocijalna onkologija (Holland i Weiss, 2010)

1900-ih godina napretkom liječenja malignih bolesti, po prvi put započinje edukacija javnosti o malignim oboljenjima i simptomima kako bi se povećala prevencija i svjesnost javnosti. 1913. godine u Americi se osniva „American Cancer Society“ koji je označavao prvi pokušaj mijenjanja negativnih stavova društva o malignoj bolesti, širenje znanja o simptomima, liječenju i prevenciji. Koristili su slogan „znanjem protiv maligne bolesti“ kako bi smanjili strah, neznanje i negativne stavove (Holland i Weiss, 2010). Dvije organizacije koje su dale veliki doprinos otkrivanju i razvoju znanja o malignoj bolesti i psihosocijalnoj onkologiji su NCI (Državni institut za rak Sjedinjenih Američkih Država) i EORTC (Europska organizacija za istraživanje i liječenje raka). Osnivanje „The Nacional Cancer Institute“ 1937. godine u SAD-u osiguralo je prvi od države podržani model u liječenju malignih bolesti koji je imao za cilj razvoj istraživanja u području psihosocijalnih i bihevioralnih aspekata ove bolesti i njihova utjecaja na tijek i liječenje (Gregurek i Braš, 2008). Počeci psihoonkologije u Europi započeli su istraživanjima koja su ispitivala kvalitetu života onkoloških bolesnika, posebno od organizacije EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) koja je osnovana 1962. godine (Kreitler, 2019).

3.1. Psihosocijalni odgovor na dijagnozu malignog oboljenja

Dijagnoza i liječenje malignog oboljenja, uključuje niz dramatičnih promjena koje utječu na pacijenta, njegovu obitelj i socijalnu ulogu. Usprkos činjenici da su danas maligne bolesti liječive s porastom preživljavanja, dominantne misli koje i dalje prevladavaju kod oboljelih je strah od smrti, boli, gubitka i stigmatizacije. Već pri prvom susretu s dijagnozom budi intenzivne emocionalne reakcije nego u susretu s bilo kojom drugom bolešću jer je često povezana s određenom predodžbom. U vezi s tim predodžbama stvaraju se u bolesnika, kao i u liječnika, obrambeni mehanizmi koje liječnik treba poznavati i uvažavati u terapijskom procesu. Prva reakcija jest strah koji je i najveći mogući strah, strah od smrti (Gregurek i Braš, 2008). Za većinu ljudi dijagnoza maligne bolesti je trenutak suočavanja s vlastitim životom, nadama i strahom, s davno zaboravljenim idealima i snovima, kao i sa samim sobom. Preispituje se vlastita vrijednost i vjerovanja u našu uspješnost. Provjerava se ispravnost donesenih odluka i koliko su one utjecale na ovakav ishod. Kod procjene negativnog ishoda traže se objašnjenja i razlozi učinjenog koraka. Rade se provjere života, živimo li kako želimo ili pod drugim utjecajem. Sva ova pitanja svatko

od nas nosi u sebi, ali zbog užurbanosti suvremenog života ne posvećujemo dovoljno pažnje. Samo neke osjetljive i stresne životne situacije potiču nas na introspekciju, a dijagnoza maligne bolesti je za većinu ljudi takva situacija (Kurent, 2001).

Osim straha, tuga je duboko ljudsko iskustvo, koja proizlazi iz gubitka osobe, obitelji, funkcije, sposobnosti ili saznanjem dijagnoze. Iako se većina oblika tuge rješava s vremenom, intenzivni osjećaji gubitka i patnje također mogu dovesti do pojave tjelesnih ili mentalnih zdravstvenih problema. Tuga može biti pod utjecajem niza čimbenika, društvenih uloga, kulturnih, religijskih uvjerenja i sposobnosti pojedinaca da se riješi stresa (Sikstrom i sur., 2019).

S takvim mislima i strahovima se suočavaju skoro svi bolesnici, ali razina psiholoških tegoba koje prate ove strahove vrlo je promjenjiva. Ova je varijabilnost povezana s medicinskim čimbenicima (mjesto, stadij, liječenje, tijek maligne bolesti i prisutnost boli), psihološkim faktorima (prethodno prilagođavanje, sposobnost suočavanja, emocionalna zrelost i sposobnost izmjene planova i životnih ciljeva) i socijalni faktori (dostupnost emocionalne podrške obitelji, prijatelja i suradnika). Početkom 1960-ih godina psihijatrica Kubler-Ross opisala je psihološko prilagođavanje oboljelih s dijagnozom malignog oboljenja koje se može postići prolaskom kroz pet faza žalovanja. Faze žalovanja su alat koji nam mogu pomoći u oblikovanju i prepoznavanju onoga što možda osjećamo, a to su poricanje, bijes, pregovaranje, depresija i prihvaćanje.

Prva faza žalovanja je poricanje koja pomaže da preživimo gubitak. Poricanje i šok pomažu nam da se izborimo i nastavimo dalje. Kad prihvatite stvarnost gubitka postajete sve jači, a poricanje počinje blijedjeti (Kübler-Ross i Kessler, 2009). Druga faza je faza bijesa kojim se intenzivnije započinje proces liječenja. Mnogo drugih emocija se skriva ispod bijesa, njih se otkriva s vremenom, ali bijes je emocija na koju smo najčešće navikli. Skrivanje i suzbijanje bijesa je obično lakše nego ga osjetiti, stoga je bijes još jedan pokazatelj procesa liječenja. Sljedeća faza je pregovaranje koje može biti u obliku privremenog primirja ili cjenkanja: „Molim te Bože“, „Posvetit ću ostatak života pomažući drugima, samo da je ovo sve san?“. Gubimo se u labirintu izjava „Ako samo..“ ili „Što ako..“. Ostajemo unutar prošlosti, pokušavajući pronaći način izlaska iz stanja povrijeđenosti. Četvrta faza je depresija kada se naša pažnja postupno preusmjerava na sadašnjost. Depresivni stadij je normalan odgovor na stresni događaj. Ako je tuga proces izlječenja, onda je i depresija jedan od mnogih koraka na tom putu. Posljednja faza govori o prihvaćanju stvarnosti onakva kakva je sada, iako nam se ne sviđa, prihvaćamo je i učimo živjeti

s time. Umjesto da negiramo osjećaje, slušamo svoje potrebe, mijenjamo se, rastemo i razvijamo. Počinjemo ponovno živjeti, ali to ne možemo učiniti sve dok nismo prihvatili trenutnu stvarnost (Kübler-Ross i Kessler, 2009). Istraživanja su pokazala da je ovaj model koristan u razumijevanju psihološkog odgovora pacijenata s malignim oboljenjem u svakoj fazi njihove bolesti. Faze se ne događaju u krutom slijedu, one su fleksibilne te se mogu preklapati ili varirati s obzirom na emocionalno stanje pacijenta. U svjetlu gore rečenog maligno oboljenje ne radi ništa drugo osim onog što mi sami radimo, on je odraz u ogledalu koji zrcali naša razmišljanja i ponašanja (Kurent, 2001).

Utjecaj malignog oboljenja ima četiri glavne dimenzije: fizičku, emocionalnu, duhovnu i interpersonalnu. Na fizičkoj razini, maligno oboljenje i njegovo liječenje imaju značajne učinke na tijelo i njegove funkcije, s posljedicama na sliku tijela. Anatomske mjesto maligne bolesti može utjecati na to da se pacijent drugačije nosi s „vidljivošću“ malignom bolešću, poput raka dojke ili raka glave i vrata, nego kod manje vidljivih, poput leukemije ili raka pluća. Vrsta liječenja raka mogu dovesti do promjena na tijelu od amputacija, stomi, gubitka kose i neugodnih simptoma. Socijalna i međuljudska razina također su promijenjene od maligne bolesti i njeno liječenje. Osjećaj usamljenosti ili napuštenosti, problemi povratka na posao, marginalizacija ili čak stigmatizacija uobičajena su pitanja s kojima se mogu suočavati pacijenti (Coleman, Alexe, Albrecht i McKee, 2008).

Neki od psihosocijalnih čimbenika koji mogu utjecati na kvalitetu života onkoloških pacijenata i koji se često opisuju su: psihosocijalni distres, depresija i anksioznost.

3.1.1. Psihosocijalni distres

Psihosocijalni distres je odavno identificiran kao značajno pitanje za pacijente kojima je dijagnosticirana maligna bolest. Prema smjernicama Nacionalnih mreža centara za rak, distres je definiran kao neugodno iskustvo psihološke, socijalne, duhovne i fizičke prirode koja može otežavati sposobnost učinkovitog suočavanja s bolešću, simptomima, ali i samom liječenju. Distres se proteže duž kontinuuma, u rasponu od uobičajenog, normalnog osjećaja ranjivosti, tuge i strahova do razine kada postaju onesposobljavajući, poput depresije, anksioznosti, panike, socijalne izolacije, egzistencijalne i duhovne krize. Rana procjena i provjera stanja distresa vodi ranom i učinkovitom suočavanju s distresom, što zauzvrat poboljšava kvalitetu života (Riba i sur., 2019). Općenito, 20% do 50% onkoloških pacijenata pokazuju značajnu razinu distresa dok prema

Bultz (2016) od jedne trećine do 45% onkoloških bolesnika prijavljuju značajne razine distresa, a manje od 10% se upućuje na psihosocijalnu podršku.

Faktori rizika uključuju mlađu dob, obiteljske konflikte, samački život, neadekvatnu socijalnu podršku, neadekvatnu medicinsku podršku, traume, zlostavljanja (fizičko, seksualno, emocionalno ili verbalno) i ostali stresori (Hirschberg, 2015, Ringwald, 2016, prema Riba i sur., 2019). U usporedbi s općom populacijom, učestalost distresa, anksioznosti i depresije veća je kod onkoloških pacijenata, nego kod opće populacije. Pacijenti se često ne uključuju u psihosocijalne oblike potpore ili liječenja. To je vjerojatno zbog nekoliko čimbenika, uključujući nedostatak svijesti i identifikacije psihijatrijskih simptoma, nedostatak dostupne ili ponuđene podrške, nedostatak dokaza o učinkovitom liječenju i stigmatu (Moseholm, 2016).

Psihosocijalni distres i poteškoće prilagođavanju malignom oboljenju može imati značajne posljedice (Grassi i sur., 2020):

- neprilagođeno suočavanje i neadekvatno ponašanje s negativnim učincima na liječenje i kvalitete života;
- duži boravak u bolnici ili rehabilitaciji;
- povećana percepcija boli i smanjena sposobnost reagiranja na simptome;
- slabiji odgovor na kemoterapiju;
- povećan rizik od samoubojstva;
- veći rizik od recidiva i smanjenje preživljavanja.

Rezultati istraživanja kod onkoloških pacijenata pokazuju da je distres povezan s dužim boravkom u bolnici (Nipp, 2017 prema Riba i sur., 2019). Distres također dovodi do slabije kvalitete života i može čak negativno utjecati na mortalitet.

Istraživanje kojim se ispitala učestalost distresa i kvaliteta života oboljelih od malignih bolesti tijekom kemoterapije. Ispitivanje je primijenjeno u tri točke tijekom kemoterapije: prvi dan T1, u sredini tretmana T2 i posljednji dan uzimanja tretmana T3. Broj bolesnika s visokom razinom distresa smanjio se s vremenom (T1=42%, T2=8% i T3= 3%), također su se poboljšali rezultati kvalitete života (T1 = 85%, T2 = 90% i T3 = 92%). Pacijenti s umjerenom do teškom razinom

distresa imali su lošiju kvalitetu života. Distres, vrsta malognog oboljenja i stadij bolesti značajno su utjecali na kvalitetu života (Decat Bergerot i Cavalcanti Ferreira de Araujo, 2014),

U istraživanju koje su proveli Geerse i suradnici (2019). također se koristio distres termometar kod pacijenata oboljelih od raka pluća. Pacijenti s ocjenom većom od 5 na distres termometru imali su slabiju kvalitetu života, više simptoma anksioznosti i depresije te kraće vrijeme preživljavanja.

Jedan od instrumenata koji se često koristi je distres termometar koji omogućava brzu procjenu i zbog toga se može lakše primijeniti u kliničkim okruženjima (Geerse i sur., 2019). Distres termometar je vizualna analogna ljestvica s jednom kategorijom koja se može odmah analizirati kako bi se isključila povišena razina distresa. Pacijent sam ispunjava upitnik kako bi kvantificirao nivo distresa tijekom prošlog tjedna. Ocjena u rasponu od 0 (bez distresa) do 10 (ekstremni distres), ocjena ispod ili četiri ili pet, smatra se optimalnim da se isključi distres kod onkoloških bolesnika (Geerse i sur., 2019).

Osim distress termometra često se koristi upitnik „DS14 type D Personality Scale“ koji ispituje postojanje distresa „tipa D“. DS14 se sastoji od dvije potkategorije koje se ispituju unutar 7 stavki: negativne afektivnosti i socijalne inhibicije. Osnovna svrha DS14 je otkrivanje i definiranje tip-D osobe (Grande i sur., 2010). Osobe s visokom razinom negativne afektivnosti i socijalne inhibicije su klasificirani kao Tip D osobnost, tj. osobe koje se suočavaju s povećanim distresom. Osobe oboljele od maligne bolesti koje imaju tip D osobnost češće obolijevaju od depresivnog poremećaja, anksioznosti i imaju slabiju kvalitetu života u usporedbi s osobama koje nisu tip D (Denollet, 2005 prema Mols i sur., 2012).

Jedan od poznatijih testova za provjeru distresa je Brief Symptom Inventory (BSI-18). Svrha je identificirati one pacijente koji prijavljuju značajnu razinu distresa na početku liječenja, pratiti ih kako bi se prevenirale moguće psihosocijalne teškoće (Bultz, 2016). BSI-18 ispituje tri dimenzije somatizaciju, depresiju i anksioznost (Calderon i sur., 2020). Informacije o razini distresa se dobivaju brzo tako da su i drugi stručnjaci svjesni razine distresa pacijenata (Bultz,2016). Istraživanja u ovom području, otkrila su da je socijalna podrška važan pokazatelj mentalnog zdravlja pojedinca (Bao i sur., 2019, Hill i Hamm, 2019 prema Calderon i sur., 2020). Još jedna instrument koji se često koristi u onkološkoj skrbi je „The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“ dobro je poznati instrument samoprocjene emocionalnog distresa. Izvorno je dizajniran za dvaju najčešćih faktora distresa: anksioznih i depresivnih stanja. Budući da je specifičan za

bolesnike s organskom bolešću, HADS isključuje somatske simptome emocionalnog distresa (npr. glavobolju, gubitak težine, nesanicu) koji bi mogli prouzrokovati samu bolest, ali ne i sam distres (Annunziata, Muzzatti i Altoe, 2011). HADS je vrlo kratak upitnik, probirni instrument za otkrivanje prisutnosti klinički značajnih simptoma distresa osmišljenih za upotrebu u kliničkoj praksi. Za ispunjenje ovog upitnika za odrasle osobe potrebno je manje od 5 minuta (Julian, 2011).

3.1.2. Depresija

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini te se može reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. Samo ime dolazi od latinske riječi „deprimere“, koja znači pritisnuti ili udubiti. Novije procjene govore o tome da se više od 150 milijuna ljudi diljem svijeta liječi zbog depresije te jedan je od vodećih uzroka invalidnosti u svijetu (Karlović, 2017). Duljina i kvaliteta života onkoloških bolesnika ne ovisi samo o malignoj bolesti, nego i drugim pridruženim smetnjama, uključujući depresivni poremećaj. Uobičajeni simptomi depresije su depresivno raspoloženje, nesanica i umor, te je češća kod žena nego muškaraca. Istraživanja pokazuju da je učestalost depresije kod onkoloških bolesnika od 3% do 38%, ovisno o korištenim kriterijima, a pokazuje se da čak 58% onkoloških pacijenata ima depresivne simptome (Snyderman i Wynn, 2009).

Prevalencija depresije u bolesnika s visokom razinom boli u usporedbi s niskom razinom boli znatno je veća. Istraživanja pokazuju da se depresija pojavila kod 33% ispitanika koji su pod velikim bolovima, sugerirajući da bol može biti uzročni faktor depresije (Spiegel, 1994 prema Smith 2015). Meta-analizom 211 istraživanja autori Krebber i suradnici (2014) istražili su učestalost depresije kod onkoloških bolesnika i kako se razlikuje u odnosu na vrstu maligne bolesti. Razina depresije se kretala od 3 % kod bolesnika s rakom pluća, 7% kod bolesnika s rakom kože, 28% bolesnika kod raka mozga, 31% kod raka probavnog trakta.

Kod onkoloških bolesnika depresiju je teško dijagnosticirati zbog složenosti i ograničenja maligne bolesti, strpljivosti pacijenata i obitelji da priznaju teškoće, ali i prisutnosti pridruženih smetnji (Fisch, 2004).

Depresija kod pacijenata s malignom bolesti, unatoč visokoj prevalenciji, nedovoljno je prepoznata i prema tome nedovoljno liječena (Snyderman i Wynn, 2009). Stoga postoji snažna potreba za prepoznavanjem i liječenjem depresije kod onkoloških bolesnika kako bi se povećala kvaliteta života i smanjio mortalitet (Smith, 2015).

Mnogi čimbenici doprinose neprepoznavanju i ne dijagnosticiranju depresije (Snyderman i Wynn, 2009):

- Mit da su svi pacijenti oboljeli od maligne bolesti depresivni
- Poteškoće razlikovanja depresije od normalne tuge
- Zabluda da je depresija normalan dio procesa bolesti: „Pa, normalno je da ste depresivni kada imate malignu bolest“
- Simptomi depresije usko zrcale fiziološke simptome maligne bolesti
- Strah liječnika da istražuju psihološke simptome u teškom razdoblju za pacijenta

Za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja prema DSM-V kriteriju, pacijent mora imati ili depresivno raspoloženje ili smanjenu razinu interesa ili zadovoljstva aktivnostima najmanje dva tjedna. Uz to, moraju biti prisutni pet ili više simptoma koji moraju uzrokovati klinički značajne smetnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja (DSM-V, Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Nakon dijagnoze maligne bolesti osobe mogu prolaziti kroz različite psihoemocionalne promjene. Tuga, koja nije patološka, može biti normalan odgovor na dijagnozu maligne bolesti, međutim, stres zbog teškoća suočavanja s novonastalom situacijom može dovesti do razvoja depresivnog poremećaja (Smith, 2015). Iako se očekuje da će se ovaj uobičajeni odgovor i reakcija na tugu smanjiti u prva 2 tjedna nakon dijagnoze uz podršku obitelji, bližnjih ili psihosocijalnih intervencija, mnogi bolesnici s malignim oboljenjem na kraju pate od klinički dijagnosticirane depresije (Snyderman i Wynn, 2009). Neki pacijenti i dalje imaju visoku razinu depresije koja traje tjednima ili mjesecima, koja nije prilagodljiva i često zahtijeva psihijatrijsko liječenje (Massie, Gagnon i Holland, 1994). Osim toga, jedan od čimbenika koji može moderirati odnos između depresije i maligne bolesti je emocionalna kontrola. Sklonost pretjeranom ili premalom kontroliranju emocija može biti povezano s većim rizikom pojave ili progresije maligne bolesti (Spiegel i Giese-Davis, 2003).

Iako je dijagnoza maligne bolesti sama po sebi snažan stresor, postoje dodatni psihosocijalni i biološki stresori koji prate bolest mogu dodatno povećati vjerojatnost razvoja depresivnog poremećaja. Biološki stresori s kojima se suočavaju pacijenti s malignom bolesti uključuju učinke

liječenja, kemoterapije, kirurške zahvate i radioterapiju. Često se kao psihosocijalni stresori navode slabije vještine suočavanja, obrambeni mehanizmi, stil ličnosti, socijalna izolacija, socioekonomski status, obiteljska anamneza depresija i malignog oboljenja, osobna povijest depresije, alkohola i drugih tvari (Newport i Nemeroff, 1998).

Iako je depresivni poremećaj česta pojava kod onkoloških pacijenata, također često ostaje nedijagnosticirana i neliječena. To može dovesti do slabije kvalitete života, dužeg boravka u bolnici i veće stope smrtnosti. Dijagnostička procjena depresije kod pacijenta s malignim oboljenjem stvara poteškoće (Newport i Nemeroff, 1998).

Posebno, prisutnost neurovegetativnih simptoma koji mogu biti sekundarni ili malignoj bolesti ili depresiji te tako mogu zamagliti dijagnostičku sliku. Zbog ozbiljnih posljedica neprepoznate depresije, u kliničkom se okruženju preporučuje osjetljiviji inkluzivni pristup dijagnozi. To uključuje raspravu o psihosocijalnim i farmakološkim intervencijama za koje se pokazuje da ublažavaju depresiju i poboljšavaju mjere kvalitete života (Newport i Nemeroff, 1998).

3.1.3. Anksioznost

Anksioznost je normalna ljudska emocija te uobičajena reakcija na dijagnozu maligne bolesti, ali kada postane pretjerana i pervazivna tada se može govoriti o patološkom stanju i anksioznom poremećaju (Greguerk i Braš, 2008). Anksioznost je jedan od najčešćih razloga za psihijatrijsko i psihosocijalno savjetovanje kod onkoloških pacijenata te je povezana s nižom razinom kvalitete života, smanjenim povjerenjem u liječnike i lošom usklađenosti liječenja. Anksiozni poremećaj karakteriziran je osjećajima zabrinutosti koji su dovoljno jaki da ometaju svakodnevne aktivnosti (Schuyler, 2016). Kada je povezana s malignim oboljenjem, anksioznost može povećati osjećaj boli, interferira sa spavanjem, uzrokuje mučninu te negativno utječe na kvalitetu života. Uobičajena je reakcija u „ kriznim točkama“ tijekom liječenja, ali ako ostane ne liječena, jaka anksioznost može znatno utjecati na liječenje (Vukojević, Perić i Kordić, 2012).

Prema kriterijima DSM-V Klasifikacije Američkog psihijatrijskog društva, dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja je obilježena gotovo svakodnevnom pretjeranom brigom ili tjeskobom koju je teško kontrolirati i smanjiti, zajedno s najmanje tri simptoma koja su prisutna većinu vremena u posljednjih šest mjeseci (DSM-V, Američka psihijatrijska udruga, 2013): nemir

ili nemogućnost opuštanja, lako umaranje, poteškoće s koncentriranjem, razdražljivost, napetost mišića, poremećaji spavanja.

Fluktuacije raspoloženja i anksiozni simptomi možda neće uvijek doseći kriterije za kliničku dijagnozu, ali subklinički simptomi mogu utjecati na kvalitetu života (Yi i Syrjala, 2017). Onkološki pacijenti često navode kako razmišljaju o malignoj bolesti i njegovom ishodu većinu dana te takve tjeskobne misli mogu ometati svakodnevno funkcioniranje. Nakon izlječenja od maligne bolesti, mnogi pacijenti prijavljuju da se osjećaju sami ili čak napušteni nakon intenzivne podrške pružene tijekom liječenja. Često su u strah te pretjerano osjetljivi na tjelesne osjete, posebno prije redovnih liječničkih kontrola. Takve povremene, preokupacijske tjeskobne misli nazivaju se "strah od recidiva" (SOR) iako se mogu proširiti i na simptome post-traumatskog stresa, kada su izloženi situacijama koje ih podsjećaju na malignu bolest ili izbjegavanju situacija koje ih podsjećaju na liječenje (Yi i Syrjala, 2017).

Procjene učestalosti anksioznih poremećaja kreću se od 2% do 14% kod bolesnika s uznapredovalim malignim oboljenjem. Stupanj anksioznosti je veći kod onkoloških bolesnika i simptomi su izraženiji pa se većinom javlja udružena s depresivnim poremećajem (Vukojević, Perić i Kordić, 2012). Značajni anksiozni simptomi procjenjuju se kod 25% do 48% bolesnika s malignim oboljenjem (Kolva, Rosenfeld i sur., 2011). Sustavnim pregledom i meta-analiza koja se fokusirala na pacijentima s rakom jajnika utvrdila je da je anksioznost obično bila veća tijekom i nakon liječenja, a najniža je bila prije liječenja (Watts i sur., 2015 prema Niedzwiedz i sur., 2019). Pojačana anksioznost koja je primijećena nakon liječenja može biti posljedica smanjenih kliničkih savjetovanja i podrške nakon liječenja, potencijalnog prelaska u palijativno okruženje i straha od recidiva (Simard i sur., 2013 prema Niedzwiedz i sur., 2019). Sličan sustavni pregled depresije i anksioznosti među pacijentima s rakom prostate pokazao je da je anksioznost najviša bila prije liječenja (27%), smanjila se tijekom liječenja (15%) i nakon liječenja (18%), (Watts, 2014 prema Niedzwiedz i sur., 2019)

Otkrivanje izvora anksioznosti, odvratanje pažnje od negativnih misli, angažman predstavlja neke od koraka koje pacijent može učiniti kako bi izbjegao stvaranje anksioznosti. Ovaj je način kontroliranja vlastitih misli rezultirao olakšanjem u velikom broju slučajeva (Schuyler, 2016).

U istraživanju koje su proveli Pitceathly i suradnici (2009), htjeli su testirati hipotezu da će kratka intervencija od strane edukacijskih rehabilitatora u uobičajenoj skrbi, pomoći pacijentima u

sprječavanju razvoja novih anksioznih ili depresivnih poremećaja tijekom godine, nakon početka liječenja maligne bolesti. Usporedili su učinkovitost intervencije kod pacijenata s visokim i niskim rizikom za razvoj anksioznih ili depresivnih poremećaja, odmah na početku liječenja maligne bolesti ili 8 tjedana nakon početka liječenja. Intervencija je slijedila principe bihevioralne kognitivne. Provele su se tri intervencije, prva se izvodila jedan na jedan s terapeutom dok su se ostale dvije odvale telefonski. Cilj telefonskih intervencija bila je provjera usvojenosti strategija s individualnih intervencija, koliko su bile učinkovite te kako su se primjenjivale u svakodnevnom životu.

Kratka intervencija s dvije telefonske sesije pokazala se vrlo učinkovitom i prihvatljivom jer je 90% sudionika željelo razgovarati o svojim problemima i brigama u ranim fazama liječenja. U istraživanju se potvrdilo da pacijenti koji su bili rizična skupina za razvoj depresivnog ili anksioznog poremećaja, nakon intervencije imali manju vjerojatnost razvoja anksioznog ili depresivnog poremećaja u usporedbi s onima koji su dobivali uobičajenu njegu. Kod bolesnika niskog rizika nije pronađena razlika.

Kao i za procjenu depresije, danas postoje brojne dijagnostičke ljestvice za procjenu anksioznosti u kliničkim uvjetima. Najčešće se koristi Hamiltonova ljestvicu anksioznosti (HAM-A), Bolnička ljestvica anksioznosti i depresije (HADS), generalizirani upitnik anksioznog poremećaja (GAD). Hamiltonova ljestvica anksioznosti je jedna od prvih ljestvica za ispitivanje anksioznosti te se smatra jednom od najčešće korištenih alata za procjenu anksioznosti. Ljestvica sadrži 14 kategorija koje označavaju psihološke, somatske, senzorne i anksiozne simptome. Ocjena iznad 25 označava umjerenu do tešku anksioznost. Češće se koristi kao alat za praćenje stanja, nego kao probirni ili dijagnostički test (Thompson, 2015). STAI ljestvica označava samoprocjenu prisutnost i ozbiljnost trenutnih simptoma anksioznosti i opće sklonosti tjeskobi. Postoje dvije potkategorije koje se ispituju. Prva je S-anksioznost kategorija u kojoj se procjenjuje trenutno stanje anksioznosti, koji mjere subjektivne osjećaje straha, napetosti, nervoze, zabrinutosti i uzbuđenja autonomnog živčanog sustava. Druga potkategorija T-anksioznost, ocjenjuje relativno stabilne aspekte „sklonosti anksioznosti“, uključujući opća stanja smirenosti, povjerenja i sigurnosti (Julian, 2011). GAD-7 je nedavno razvijena ljestvica sa 7 stavki koji se ispituju prema kriterijima DSM-IV te se ocjenjuje od 0-3. Ispituje koliko često pacijenta muči sedam različitih simptoma anksioznosti

tijekom posljednja dva tjedna. Ljestvica je jednostavna za upotrebu i brzu analizu podataka (Sapra i sur., 2020).

3.2. Edukacijsko-rehabilitacijska potpora kod malignih oboljenja

Prognoza za većinu vrsta malignih oboljenja u današnje vrijeme je sve bolja. Zbog toga je sve važnije oboljelima pružiti najbolju moguću podršku kako bi dobro funkcionirali u svim životnim ulogama i situacijama. Sve veći broj pacijenata preboli malignu bolest, ali posljedice ove bolesti predstavljaju prepreke u njihovu svakodnevnom životu. Rehabilitacijske mjere (edukacijsko rehabilitacijske, psihološke, socijalne i zdravstvene) moraju biti uvedene od početka liječenja do kraja života.

Samopoštovanje, opća tjelesna i duševna dobrobit mogu se sačuvati i unaprijediti što je dulje moguće uz pomoć edukacijsko rehabilitacijske podrške i interdisciplinarnog liječenja. Rehabilitacija je (primarno) usmjerena poboljšanju kvalitete života pacijenta, a ne samo produljenju životnog vijeka. Prema okvirnim procjenama, 50 % oboljelih od maligne bolesti treba neki oblik rehabilitacije. Njezin je cilj smanjiti štetne posljedice bolesti i popratne pojave liječenja maligne bolesti, potičući pacijenta da zauzme aktivniji pristup svojem liječenju (jačajući vlastite sposobnosti, vjeru u sebe) i pomažući obiteljima pacijenata da shvate njihove potrebe, a samim time i promijene stava društvenog okruženja prema malignoj bolesti. Potrebno je osvijestiti psihološke tegobe pacijenta unutar medicinske zajednice, ali i u široj društvenoj sredini te razviti sustav za rano otkrivanje psihičkih tegoba i njihovo zbrinjavanje. Onkološki pacijenti imaju pravo na rad i prilagodbu radnog mjesta i radnih uvjeta njihovim mogućnostima. Potrebno je planirati konkretne mjere kojima bi se pristupilo senzibilizaciji poslodavaca i radnih sredina, poticanju oboljelih od maligne bolesti na radnu aktivnost, kada im zdravstveno stanje to dopušta (Nacionalni plan protiv raka, 2020). Osim toga, edukacijski rehabilitator u velikoj mjeri utječe na kvalitetu života pacijenta, ne samo izravnim kontaktom, već i neizravno kroz aktivnosti i interakciju s osobljem. Snazna podrška od strane edukacijskog rehabilitatora je neophodna jer može pružiti sljedeće potporne uloge: psihobiosocijalna podrška, individualnu i grupnu podršku, potiče razvoj samopouzdanja i načine suočavanja, daje istinsku povratnu informaciju tijekom liječenja, promovira interdisciplinarnan medicinski tim, konstruktivno rješava sukobe i surađuje s obitelji. Edukacijsko rehabilitacijska podrška može se proširiti i na članove obitelji kako bi pomogli u rješavanju njihovih briga i problema s kojima se suočavaju, što će pridonijeti i kvaliteti života

obitelji. Kvaliteta života je različita za sve pojedince te programi edukacijske rehabilitacije imaju mogućnost pozitivnog utjecaja na život pacijenta svakom individualnom ili grupnom intervencijom od psihosocijalnih programa podrške do art-ekspresivnih terapija. Tijekom vremena se procjenjuje stanje i simptomi pacijenta, teškoće s kojima se suočava te se planira intervencija kako bi se povećala pacijentova kvaliteta života i omogućila što efikasnija reintegracija. Uspostavljanjem grupa podrške i edukacija o bolesti i njezinom liječenju, ovakav način podrške može poboljšati kvalitetu života. Teorijska osnova i psihoedukacije o bolesti može osnažiti pojedinaца pružajući znanje i vještine odlučivanja, koje su važne za suočavanje s trenutnom zdravstvenom situacijom. Potičemo li bolesnike da izraze svoje osjećaje i postavljaju pitanja te na njih kvalitetno odgovorimo, možemo smanjiti razinu anksioznosti i tako poboljšati odnos između medicinskih djelatnika i bolesnika te spriječiti nastanak nepotrebnog straha koji se javlja uslijed neznanja (Jurić, Jonjić i Miličević, 2016).

U meta-analizi 116 istraživanja, kojim su se ispitivali različiti terapijski pristupi i intervencije, pokazalo se da psihoedukacija može smanjiti anksioznost, depresiju, raspoloženje, mučninu, povraćanje i bol kod odraslih onkoloških bolesnika. Psihoedukacijska skrb obuhvaća mnoštvo tehnika koje su se pokazale korisne na primjer: vođena imaginacija, relaksacija, opuštanje mišića i meditacija, koji mogu biti učinkoviti u liječenju negativnog utjecaja malignog oboljenja. Autori Meyer i Mark (1995), zaključili su analizom 45 istraživanja da psihosocijalne i edukacijske rehabilitacijske intervencije imaju pozitivne učinke na funkcionalno i emocionalno prilagođavanje, liječenje i simptome koji su povezani s malignim oboljenjem.

Kroz holistički pristup, edukacijska rehabilitacija pruža empatičnu suradnju, strategije suočavanja i savjete nošenja sa svakodnevnim promjenama, te duhovnu podršku što može pozitivno utjecati na kvalitetu života.

4. KVALITETA ŽIVOTA I MALIGNNE BOLESTI

Istraživanje koncepta kvalitete života započeo je 60-ih godina prošlog stoljeća te je iznimno složen koncept kojim se bave različite znanstvene discipline od psihologije, filozofije, socijalnih znanosti, kliničke medicine i edukacijske rehabilitacije.

Kvaliteta života onkoloških bolesnika istraživana je u posljednjem desetljeću kao važan čimbenik u procesu liječenja. Danas postoji niz teorija i definicija o kvaliteti života te upitnika za njezino

određivanje. Svjetska znanstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca u specifičnom kulturološkom, društvenom te u kontekstu životnog okruženja. Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose autori Felce i Perry, kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca (Felce i Perry, 1993 prema Vuletić, 2011).

Prema „International Well Being Group“, kvaliteta života je multidimenzionalni pojam kojeg čine: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnosti. Osim subjektivnih čimbenika, kao što su: subjektivna percepcija i procjena fizičkog, materijalnog, društvenog i emocionalnog blagostanja, osobnog razvoja i svrhovite aktivnosti, utječu i objektivni čimbenici kao što su: društveni, ekonomski i politički.

Subjektivna kvaliteta života odnosi se na način na koji pojedinac doživljava vlastiti život, pod utjecajem objektivnih životnih uvjeta i ličnosti pojedinca. Ukupni psihofiziološki profil pojedinca, njegove osobine, aspiracije, želje i vrijednosti određuju način na koji će osoba doživjeti objektivne uvjete. Pokazalo se da objektivne mjere (npr. socio-ekonomski status) nisu dovoljne u objašnjenju kvalitete života već je potrebno uključiti i subjektivnu procjenu. Objektivne mjere su normativni pokazatelji stvarnosti dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života. Brojna istraživanja pokazala su da je povezanost objektivnih i subjektivnih pokazatelja, procjena pojedinca o vlastitoj kvaliteti života složena te da njihov odnos nije linearan. Poboľšanjem socijalnih uvjeta života povećat će se i subjektivna procjena kvalitete života, ali se na određenoj razini ta povezanost gubi (Cummis, 1995 prema Vuletić 2011). U dobrim objektivnim životnim uvjetima, daljnje povećavanje objektivnih životnih uvjeta doprinosi vrlo malo ili nimalo subjektivnom osjećaju kvalitete života. Stoga možemo reći da su objektivni i subjektivni pokazatelji kvalitete života, općenito, slabo povezani te da se stupanj povezanosti povećava jedino tijekom loših objektivnih životnih uvjeta. Sve navedene domene subjektivne kvalitete života pod utjecajem su sustava vrijednosti bolesnika te su preduvjeti za kvalitetan život (Cazin, 2013).

Mnogi autori ističu individualnu prirodu kvalitete života (O'Boyle, 1994; prema Vuletić, 2011) pa se tako navodi da je kvaliteta života pod utjecajem želja i očekivanja pojedinca i njegovog stvarnog

iskustva. Prema tome kvaliteta života ovisi o osobnom prethodnom iskustvu, sadašnjem stilu života te nadama i ambicijama za budućnost. Razlike u kvaliteti života s obzirom na demografske varijable poput spola, dobi, stupanja obrazovanja, bračnoga statusa i kulture, mogu se uočiti, ali su rezultati tih istraživanja većinom nekonzistentni. Što se tiče bračnog statusa, istraživanja pokazuju da osobe koje su u braku ili izvanbračnoj zajednici imaju veću osobnu kvalitetu života od samaca. Isto tako, obrazovaniji su zadovoljniji svojim životom od onih slabijeg obrazovanja. Što se tiče kulturalnih razlika prosječna razina zadovoljstva životom svjetske populacije varira samo oko 20% (Cummins, 2003 prema Vuletić, 2011).

Osim toga, pokazalo se da kvaliteta života, tj. zadovoljstvo životom nije stabilno tijekom vremena, a posebice ne tijekom cijelog životnog vijeka. U određenom periodu života pojedinci rade revizije svojeg života. Također se pokazalo da se zadovoljstvo često mijenja „apsolutno“ kada zadovoljni pojedinci postaju nezadovoljni i „relativno“, kada najsretniji postaju najmanje sretni. Zadovoljstvo životom nije neosjetljivo na promjene uvjeta života. Napredak ili pogoršanje života obično je praćeno pogoršanjem ili poboljšanjem u procjeni života. Ovo se osobito odražava u novim promjenama života poput bolesti, razvoda i smrti. Osim toga, procjene zadovoljstva životom pod utjecajem su osobnih značajki i grupnih usmjerenja (Penezić, 2006).

U pokušajima teorijskog objašnjenja subjektivne kvalitete i dobrobiti života razvijeni su različiti modeli. Najviše se spominju tri modela, a to su: „Top-down model“ (model odozgo prema dolje), „Bottom-up model“ (model „odozdo prema gore“) i dinamički model ravnoteže. **Top-down model**, model "odozgo prema dolje" polazi od pretpostavke da ljudi imaju dispozicije da interpretiraju život i na pozitivne i na negativne načine. Te dispozicije utječu na procjenu zadovoljstva u raznim životnim područjima. Dakle, jedna opća sveukupna procjena može se razložiti i na pojedinačne, niže dijelove.

Drugi navedeni model „**Bottom-up**“ smatra da se ukupan osjećaj zadovoljstva oblikuje na osnovi jednostavnog zbrajanja zadovoljstva u različitim životnim područjima, kao što su npr. brak, posao i obitelj, tj. "odozdo prema gore" (Fiest i sur., 1995 prema Penezić, 2006). U ovom modelu važniju ulogu imaju objektivne okolnosti. Zadovoljstvo određenim domenama života, može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu i obrnuto. Prema tome, prvo se vrednuju domene života npr. posao i brak te se onda uspoređuje životna realnost s različitim standardima uspjeha. Tek nakon toga može se oblikovati prosječna procjena, vodeći računa o važnosti određenih domena i standarda.

Treći model je **model dinamičke ravnoteže** (Headey i Wearing, 1989 prema Penezić, 2006) koji uključuje utjecaj različitih dimenzija ličnosti na procjenu kvalitete života. Međutim, taj se model ne zasniva isključivo na utjecaju dimenzija ličnosti, nego uključuje i određene objektivne pokazatelje i subjektivne procjene života na raznim područjima kao varijable koje utječu na kvalitetu života. Model dinamičke ravnoteže upućuje i na to da, kada životni događaji naruše određenu ravnotežu, dolazi do promjena u subjektivnoj dobrobiti tj. zadovoljstvu života. Dimenzije ličnosti trebalo bi promatrati kao osnovne prediktore zadovoljstva životom, ali ne smije se isključivati ni utjecaj različitih, spomenutih, životnih događaja koji mogu utjecati na procjenu zadovoljstva (Penezić, 2006).

U onkologiji stupanj kvalitete života sadrži sljedeće čimbenike: subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih simptoma bolesti; tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije; učestalost simptoma i nuspojava liječenja. Mučnina i povraćanje uzrokovani uporabom antitumorskih lijekova i metodama zdravstvene njege, najčešće su i za bolesnike najznačajnije neželjene posljedice onkološkog liječenja. Mučnina i povraćanje, pored nedvojnog smanjenja stupnja kvalitete života bolesnika može dovesti i do pojave neželjenih komplikacija. Sve navedeno utječe i na suradljivost bolesnika na indicirane metode liječenja dovodeći do smanjenja učinkovitosti primijenjenih terapijskih postupaka. Prema rezultatima provedenih istraživanja proizlazi da od 60 do 80% bolesnika liječenih kemoterapijom navodi postojanje mučnine i povraćanja. Većina tretmana može proizvesti neželjenu toksičnost organizma koja onda interferira s pacijentovom kvalitetom života (Tečić -Vuger i sur., 2018). U mnogim vrstama maligne bolesti, prednosti novog načina liječenja u usporedbi s postojećim su minimalne. Kod novih metoda liječenja maligne bolesti, čest je problem usporedba novih intenzivnih tretmana liječenja i relativno manje toksičnih metoda. Tada, ako se postotak izlječenja novim intenzivnim tretmanom utvrdi, onda se postavlja pitanje koliko je to izvedivo za pojedine pacijente (Cassidy i sur., 2015). Pri vaganju rizika i koristi svih tretmana, važno je uzeti u obzir mnoge aspekte kao što su:

- trajanje liječenja
- dužina boravka u bolnici
- broj posjeta klinici
- kratkotrajna i dugoročna toksičnost
- kvaliteta života

Na kvalitetu života osobe od početka onkološkog iskustva utječu mnogi neplanirani događaji koji mijenjaju život. Prvo, osoba sazna da nešto nije uredu i to je „maligna bolest“. Nakon toga, ima mnogo novih stvari s kojima se treba nositi od novih informacija do donošenja odluka važnih za život. Neke odluke su teške te ih treba brzo donijeti, ovisno o stadiju bolesti. Zatim osoba postepeno doživljava posljedice svojih odluka poput operacija, kemoterapije, zračenja ili palijativne skrbi. Za većinu, kvaliteta života se često odnosi na sposobnost uživanja u normalnim životnim aktivnostima, kao što su kupovina, vožnja, rad i zabava. Kod onkoloških pacijenata trebamo imati na umu da neki tretmani mogu oslabiti tu sposobnost uživanja u "normalnom" životu. Jedan je autor izjavio da se kvaliteta života ne odnosi samo na utjecaj liječenja i nuspojave, već i na prepoznavanje pacijenta kao pojedinca, cjelovite osobe s dušom, tijelom i umom. Kvaliteta života temeljena 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 (Pinjatela, 2008). Postoji niz čimbenika povezanih s malignim oboljenjem koji mogu utjecati na kvalitetu života. Količina simptoma najviše utječe na kvalitetu života kod velikog broja oboljelih od maligne bolesti. Maligno oboljenje može proizvesti mnogo različitih simptoma koji mogu i ne moraju biti suptilni. Neki simptomi koji utječu na kvalitetu života kod onkoloških pacijenta bili bi: vrsta i stadij maligne bolesti, vrijeme od dijagnoze, prihvaćanje pacijenta, intenzitet bolesti i stupanj psihološkog distresa. Osim toga, kvaliteta života se sve češće koristi kao primarna mjera ishoda liječenja i učinkovitosti liječenja. Stoga, pacijenti na temelju kvalitete života mogu donositi odluke o zdravstvenoj zaštiti i uspješnosti liječenja (Heydarnejad, Hassanpour i Solati, 2011).

Domaćim istraživanjem kojeg su proveli autori Jurić, Jonjić i Miličević (2016), ispitala se kvaliteta života i utjecaj metoda liječenja kod onkoloških bolesnika. Rezultati su pokazali kako se 76% ispitanika umara više, nego prije utvrđivanja bolesti, a njih 18% zbog bolesti i liječenja prekinulo je radni odnos. Iako je očekivani rezultat bio gubitak na težini, kod 40% bolesnika zabilježeno je povećanje tjelesne težine. U 46% ispitanika pojavila se alopecija, a od toga samo 6% koristi periku. 80% ispitanika prihvatilo bi psihosocijalnu pomoć ukoliko im to preporuči njihov onkolog, a samo jedan ispitanik navodi kako je uključen u grupnu podršku. Pacijenti najveću potporu dobivaju od članova obitelji. Uz obitelj, bolesnici se u tijeku liječenja s malignom bolešću oslanjaju i na vjerske običaje. Nesanica je problem koji se može javiti neovisno o dijagnozi i metodama liječenja bolesnika. Kod 30% zabilježeni su problemi sa spavanjem kod kuće, a kod

čak 60% u bolnici. Stranim istraživanjem kojim se ispitala radna sposobnost i kvaliteta života pokazalo se da osobe oboljele od maligne bolesti, ostvaruju više rezultate na skali umora, lošiju radnu sposobnost i općenitu kvalitetu života. Umor je najviše utjecao na njihovu kvalitetu života, ali ne i na radnu sposobnost. Iako umor nije izravno utjecao na radnu sposobnost, dvije ili više godina nakon tretmana, ovaj simptom značajno utječe na kvalitetu života (Monteiro i sur., 2017). Osim umora, još jedan od čestih simptoma je bol koja je jedan od najvećih problema. Oko 70% bolesnika ima ozbiljnu bol u nekom od stadija svoje bolesti, a oko 25% bolesnika umire u jakim bolovima. Unatoč visokoj prevalenciji, bol je često nedovoljno i neadekvatno liječena (Gregurek i Braš, 2008).

Prema istraživanju koje je provela Pinjatela (2008), istraživane su karakteristike kvalitete života osoba s i bez malignog oboljenja. Prvu skupinu činile su odrasle osobe oboljele od raka dojke, debelog crijeva i grla, a drugu osobe bez malignog oboljenja.

U usporedbi sa sudionicima bez oboljenja, oboljeli su procijenili svoje stanje boljim u tjelesnom, poslovnom i emocionalnom funkcioniranju, uz manje simptome umora i boli. Lošijim su procijenili svoje socijalno funkcioniranje, više simptoma mučnine te financijske teškoće kao posljedicu oboljenja. Spolne razlike su zabilježene kod oboljelih žena jer su češće procijenile lošije poslovno, tjelesno, emocionalno funkcioniranje, više simptoma na svim varijablama kvalitete života i više financijskih teškoća u odnosu na muškarce iz istih skupina. Žene bez oboljenja procijenile su svoju opću kvalitetu života boljom od muškaraca iste skupine. Žene s rakom dojke na gotovo svim varijablama procijenile su svoju kvalitetu života lošijom u odnosu na ispitanike s ostalim vrstama malignog oboljenja, dok su muškarci s rakom grla procijenili su svoju ukupnu kvalitetu života i zdravstveno stanje značajno boljim u odnosu na druga oboljenja. Podaci pokazuju da su oboljeli procijenili svoju kvalitetu života zadovoljavajućom, ali je potrebna medicinska i psihosocijalna podrška u nekim područjima, osobito ženama oboljelim od raka dojke.

Rezultati Heydarnejad i suradnika (2011), pokazuju da je kvaliteta života niža kod bolesnika s većim intenzitetom boli u usporedbi s onima koji nisu imali bolove. Pored toga, statističke analize pokazuju da postoji značajna povezanost između intenziteta boli sa smanjenjem ili gubitkom fizičke učinkovitosti i kvalitete života. Još jedno istraživanje koje je ispitalo stabilnost kvalitete života kod opće populacije i oboljelih od maligne bolesti. Rezultati pokazuju da oboljeli imaju lošije tjelesno i poslovno funkcioniranje, a kvaliteta života se značajno pogoršava ako boluju od

još neke kronične bolesti, npr. povišen krvni tlak, dijabetes, psihološki distres (Fossa i sur. 2007 prema Pinjatela, 2008). Također, u još jednom istraživanju, uspoređivala se kvaliteta života onkoloških pacijenata u prvoj godini nakon postavljene dijagnoze i opće populacije. Oboljeli su imali su lošiju opću kvalitetu života i lošije poslovno funkcioniranje te veći broj simptoma mučnine (Fröjd i sur., 2007 prema Pinjatela, 2008).

Kvalitativnim istraživanjem kojeg su proveli autori Sibeoni i suradnici (2018), ispitivali su kvalitetu života onkoloških pacijenata tijekom liječenja. Analizirali su dvije teme: što sve negativno utječe na kvalitetu života pacijenta u svakodnevnom životu (nuspojave liječenja) i što je pozitivno utjecalo na kvalitetu svakodnevnog života tijekom liječenja, s tri podteme. Prva podtema se odnosila na objekt podrške i aktivnosti, zbog čega se osjećaju dobro i što im čini liječenje podnošljivim. Zatim subjektivnu percepciju učinkovitosti liječenja i posljednje, sve pozitivne učinke odnosa s prijateljima, obitelji i zdravstvenim djelatnicima.

Ispitanici su na temu negativnog utjecaja malignog oboljenja na kvalitetu života, navodili nuspojave liječenja i štetne učinke antitumorskih tretmana s kojima je teško živjeti. Prvo su se bojali učinaka kemoterapije (povraćanja, alopecije, gubitka kilaže, vrtoglavice). Drugo, izvijestili su da nuspojave utječu na njihovu svakodnevnu kvalitetu života jer nisu u stanju izvršiti svakodnevne zadatke ili druge slobodne aktivnosti: „*Nikada se ne bih mogao vratiti na posao koji sam radio prije, jer ne bih imao energije*“. Treće, žalili su se na senzorne teškoće, poput gubitka okusa i na one koje su utjecali na samopouzdanje, poput gubitka kose : *"Išao sam na kemoterapiju. Zbog toga mi je kosa ispala, a zatim nokti i gastrointestinalni problemi "*.

Osim toga, pronašli su paradoksalan učinak nuspojava. Kemoterapija i nuspojave su imale teške učinke na kvalitetu života, ali su oni također pokazatelji njezine terapijske učinkovitosti: „*Uništava bolesne stanice, uz utjecaj koji nazivamo nuspojavama*“, „*Ono što je važno je rezultat. Znamo da kemoterapija ubija dobre stanice, ali ubija i loše*“, „*Operacija pluća bila je teška, dugačak oporavak, ali onda je, nakon toga, bilo bolje.*“

Zatim su ispitanici izvještavali što im je omogućilo da svakodnevno održavaju kvalitetan život tijekom liječenja, kroz tri različita aspekta. Prvo su ispitivali objekt podrške, koji za bolesnika imaju posebnu važnost ili odnos kako bi im olakšao i pomogao u procesu liječenja: „*Auto za kampiranje, to me spasilo, volim putovati!*““. Za neke pacijente je bila redovita tjelesna aktivnost i svijest o fizičkoj sposobnosti. Spomenuli su da je to vrijeme bijega, kada ne razmišljaju o svojoj

bolesti te da timski sportovi omogućavaju održavanje društvenih interakcija: „ *Počeo sam igrati golf, opustiti se i ne razmišljati ni o čemu. To je odlično, omogućuje vam da ne mislite o sebi i da pobjegnute od svega toga, da se koncentirate i ispraznite glavu*“. Za ostale sudionike to je bio hobi ili putovanje, opet nešto što im je omogućilo da se izvuku iz svakodnevnice i pobjegnu od bolesti i liječenja. Kod drugih je to bio rad, religijska ili duhovna praksa ili meditacija.

Izjave za drugu podtemu, subjektivna percepcija učinkovitosti antitumorskog liječenja, što pozitivno utječe na kvalitetu svakodnevnog života. Liječenje se smatralo učinkovitim ako je zaustavilo bolest i neučinkovito ako nije. Neki su se pacijenti oslanjali na kliničke kriterije djelotvornosti, poput veličine tumora i nalaza tumorskih markera. Vrsta liječenja također je utjecala na percepciju učinkovitosti. Pacijenti su smatrali da je kirurško liječenje lakše shvatiti kao učinkovito.

Treća podtema koja se ispitala su bili socijalni odnosi. Prisutnost obitelji i bliskih prijatelja bila je vrlo važna za pacijente, jer nisu bili sami te su imali podršku tijekom liječenja pa tako i u svakodnevnom životu: „ *Imao sam svog prijatelja. Dolazio je svaki put kad sam imao kemoterapiju, Istina je da, da sam bila kod kuće sama, bilo bi teže.*“ Odnos sa stručnjacima također je bio vrlo važan. Prema pacijentima, korisno je bilo uspostavljanje povjerljivog odnosa, zajedno s njegovim sudjelovanjem i dostupnošću: „ *Znam da je jako predan i uključen u proces liječenja i neće me iznevjeriti.*“ Pacijenti su također bili vrlo osjetljivi na liječnikove sposobnosti slušanja i uvjeravanja: „ *I to je i razlika između dobrog i lošeg doktora, jer dobar znači da sluša*“. Izvijestili su i o pozitivnim učincima ugodnog i simpatičnog okruženja na kojeg mogu utjecati, osim liječnika i ostali tim zdravstvene skrbi. Također, odnosi s drugim pacijentima su percipirani kao korisni kada su pružali nadu, uzajamnu pomoć i prijateljstvo: „ *Rekla mi je da ima remisiju već 18 godina. Pojavila se nada. Ako je ona mogla tako 18 godina, i ja mogu.* “.

Većina literature opisuje utjecaj nuspojava liječenja na odluke o liječenju i posebno negativan utjecaj na kvalitetu života. Produljenje liječenja i fokusiranje samo na preživljavanje ne zadovoljavaju sve potrebe pacijenta. Ovim istraživanjem pacijenti su istaknuli važnost kvalitetnog življenja, što je moguće bolje.

4.1. Utjecaj psihosocijalnih čimbenika na kvalitetu života

Psihosocijalnim teškoćama se često pridaje premalo značenja u dijagnostici i liječenju onkoloških bolesnika, ali i njihov utjecaj na kvalitetu života (Gregurek, i Braš, 2008). Maligna oboljenja i medicinski tretmani mogu dovesti do različitih psihičkih i psihosocijalnih problema. Psihosocijalni problemi mogu modulirati tijek bolesti, ali uglavnom mogu utjecati na kvalitetu života i mentalno zdravlje (Rollin i Berberich, 2018). Mnogi ljudi koji boluju od malignih bolesti doživljavaju visoku razinu emocionalne nevolja (uključujući simptome poput anksioznosti, stresa, depresije) koji posljedično mogu utjecati na njihovu razinu fizičkog i psihičkog blagostanja (Castelli i sur., 2015, Seib i sur., 2018 prema Marcia i sur., 2020). Briga za psihosocijalno zdravlje kod onkoloških bolesnika treba prepoznati kao univerzalno ljudsko pravo. Kvalitetna skrb kod malignog oboljenja treba integrirati psihosocijalnu domenu u rutinski njegu te mjeriti kao šesti vitalni znak nakon temperature, krvnog pritiska, pulsa, brzine disanja i boli (Grassi, 2020). Istraživanja pokazuju da jedna trećina onkoloških pacijenata ima značajne razine psihijatrijskih poremećaja, ali često prođu nezapaženo od strane medicinskog osoblja te ne budu upućeni na daljnu psihosocijalnu pomoć (Roth 1998, Holland 1999 prema Dolbeault, Szporn i Holland, 1999). Oko 50% onkoloških bolesnika razviju neki oblik psihijatrijskog poremećaja, uključujući klinički značajne emocionalne teškoće ili neprepoznata, neliječena psihosocijalna stanja kao posljedica malignog oboljenja. Ovi problemi povezani su s smanjenom kvalitetom života, slabljenjem društvenih odnosa, dužim vremenom rehabilitacije, lošeg pridržavanja liječenja ili progresije bolesti (Grassi, 2020).

Psihosocijalni čimbenici kao što su osobine ličnosti, depresija, anksioznost, distres mogu utjecati na kvalitetu života jer mijenjaju imunološku i endokrinu funkciju, s mogućim učincima na pojavu i preživljavanje malignog oboljenja.

4.2. Kvaliteta života i socijalna podrška

Socijalna podrška spominje se kao jedan od značajnijih činitelja koji doprinose kvaliteti života kod onkoloških bolesnika (Newsom i Schulz, 1996 prema Vuletić, 2011). Mnoge definicije socijalne podrške naglašavaju da se radi o informaciji na temelju koje osoba zaključuje da je voljena, poštovana i da drugi brinu o njoj te je prihvaćen član svoje socijalne mreže. Knack, Waldrip i Jensen-Campbell (2007 prema Vuletić, 2011) u enciklopediji socijalne psihologije socijalnu podršku definiraju kao različite načine na koje ljudi mogu pomoći jedni drugima. Konkretnije, socijalna podrška je „osjećaj pripadanja, emocionalne podrške, savjetovanja, vođenja, konkretnog

pomaganja i duhovne perspektive koja se pruža drugima kad dožive stres, svakodnevne neugodnosti i značajnije životne krize“. Određena definicija socijalne podrške može se temeljiti i na načinu mjerenja.

Postoje strukturalne i funkcionalne mjere podrške. Strukturalne mjere govore o osobinama odnosa u socijalnoj mreži (kvantitativne mjere jer se obično odnose na količinu kontakata ili osoba koje pojedinac ima u svojoj socijalnoj mreži). Strukturalne mjere su npr. bračni status, različite socijalne uloge koje pojedinac ima, broj prijatelja i količina kontakata. Nekad se te mjere zajednički izražavaju kao mjera socijalne integracije. Za razliku od strukturalnih, funkcionalne mjere su kvalitativne te se općenito odnose na resurse koje osoba može osigurati u nekom socijalnom okruženju te su usmjerene na funkcije tih interpersonalnih odnosa (Vuletić, 2011). Različite znanosti različito naglašavaju važnost socijalne podrške. Tako će sociološki pristup naglašavati strukturalne mjere, psihološki funkcionalne, komunikacijski interakciju među pojedincima, a edukacijsko-rehabilitacijski odnos između strukturalnih i funkcionalnih mjera percipirane i dobivene podrške. Jedna od funkcija interpersonalnih odnosa u kasnoj životnoj ili tijekom bolesti je primanje socijalne podrške i eventualni pozitivni učinci te podrške na kvalitetu života. Socijalna podrška je jedan od sekundarnih motiva koja se često definira kao skup povoljnih učinaka za pojedinca koji proizlaze iz bliskih odnosa s drugim ljudima, a koji mogu pomoći u nošenju sa stresnim i kriznim događajima u životu (Kljaić, 2005 prema Vuletić, 2011).

Teorije socijalne podrške se klasificiraju na emocionalnu (npr. empatiju, razumijevanje), informativnu (npr. savjetovanje, odlučivanje) ili instrumentalnu (npr. fizička pomoć). Općenito, socijalna podrška koja se bavi funkcijom i kvalitetom socijalnih odnosa dok se socijalna integracija odnosi na strukturu i količinu društvenih odnosa. Ostali konstrukti, poput bračnih odnosa, veza, prijateljstva se mogu vidjeti kao ishodi percipirane ili primljene potpore. Svi ovi socijalni konstrukti mogu utjecati na kvalitetu života. U modelu koji povezuje socijalnu podršku sa zdravljem autora Uchino (2004), pretpostavlja se da socijalna podrška utječe na kvalitetu života i proces liječenja kroz dva psihosocijalna medijacijska mehanizma: bihevioralne procese (npr. poticanje ponašanja, promicanja zdravlja) i psihološke procese (npr. stres, emocije). Ti mehanizmi utječu na imunološke i kardiovaskularne funkcije, koji posljedično utječu na bolest i kvalitetu života. Osim toga, emocionalna podrška od strane obitelji ili prijatelja utječe na psihološku kvalitetu života, dok medicinska podrška utječe na fizičke simptome.

U sustavnom pregledu kojeg su proveli autori Luszczyńska i suradnici (2013), istraživala se uloga različitih izvora socijalne podrške (od zdravstvenih radnika do obitelji i prijatelja) u kontekstu različitih aspekata kvalitete života (fizičkih, emocionalnih, funkcionalnih i socijalnih) kod pacijenata oboljelih od raka pluća. Rezultati pregleda 14 istraživanja su sumirani te potvrđuju povezanost između indeksa podrške i aspekta kvalitete života u 60% istraživanja. Što se tiče podrške od strane zdravstvenih djelatnika (primljene podrške, zadovoljstva primljenom podrškom i potrebe za podrškom), pronađeni su potkrjepljujući dokazi o povezanostima između zadovoljstva dobivene potpore i svih aspekata kvalitete života, osim socijalnih. Pronađeni su potvrđujući dokazi za povezanost između percipirane i dobivene potpore od strane obitelji i prijatelja i emocionalnih aspekata kvalitete života. U istraživanju kojeg su proveli Eom i suradnici (2013), istraživala se povezanost socijalne podrške s depresijom i kvalitetom života među onkološkim pacijentima. Ispitanici sa slabijom percepcijom socijalne potpore izvijestili su o znatno višim razinama depresije, nižim rezultatima na svim funkcionalnim ljestvicama, nižim globalnim rezultatima ljestvice kvalitete života. Nije bilo povezanosti između potencijalnih stresora i percipirane socijalne potpore, podupirući model da percipirana socijalna potpora smanjuje negativne psihološke ishode. Intervencije za poboljšanje percipirane socijalne podrške mogu biti od koristi za poboljšanje mentalnog zdravlja i kvalitete života.

Još jedno istraživanje koju su proveli Courtens i suradnici (1996), ispitivali su promjene u kvaliteti života, socijalne podrške i socijalnih mreža kod oboljelih od malignih bolesti tijekom prve godine nakon dijagnoze. U prosjeku, funkcioniranje pacijenata se tijekom godine poboljšavalo, psihološke smetnje i kvaliteta života se s vremenom nije značajno promijenila. Socijalna podrška je najčešće uključivala članove obitelji. Veličina socijalnih mreža kao i količina emocionalne podrške s vremenom se smanjivala. Rezultati pokazuju da je emocionalna podrška pozitivno povezana s kvalitetom života. Nadalje, osobe sa smanjenom kvalitetom života percipiraju smanjenje emocionalne podrške, u odnosu na pacijente koji imaju pozitivan tijek. Pacijenti koji su lošije funkcionirali imali su veću potrebu za fizičkom podrškom.

4.3. Procjena kvalitete života

Danas je procjena kvalitete života sastavni dio evaluacije rehabilitacijskih i terapijskih postupaka (Pinjatela, 2008). Postoje razrađene tehnike (upitnici i ankete) za ispitivanje kvalitete života kod onkoloških bolesnika, kako bi na indirektan način odredili kvalitetu života pojedinca. Obzirom da

je kvaliteta života opći doživljaj, direktan pristup u istraživanju je primjereniji jer pojedinac daje svoju subjektivnu procjenu kvalitete života. Postoje brojni i dobro prihvaćeni psihometrijski upitnici koji se koriste za procjenu kvalitete života, ali ne postoji jedan instrument koji bi se mogao smatrati „zlatnim standardom“ (Holzner i sur. 2006). Veliki problem u mjerenju kvalitete života je nedostatak međuregionalno prihvaćenih upitnika za procjenu kvalitete života.

Dva najpopularnija instrumenta koja se koriste kod pacijenata s malignim oboljenjem je upitnik od Europske organizacija za istraživanje i liječenje raka (EORTC QLQ-C30) i Američki upitnik Funkcionalna procjena terapije raka (FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy – General).

Krajem 80-tih godina 20. st. Europska organizacija za istraživanje i liječenje raka (EORTC European Organisation for Research and Treatment of Cancer) pokrenula je istraživački program s ciljem razvoja integriranog, modularnog pristupa za evaluaciju kvalitete života onkoloških pacijenata koji sudjeluju u međunarodnim kliničkim istraživanjima. Upitnici su konstruirani tako da procjenjuju ispitanikovo tjelesno, psihološko, kognitivno i socijalno stanje te postojanje simptoma povezanih s oboljenjem.

1987. godine započinje razvoj upitnika kvalitete života za različite vrste malignih oboljenja pod nazivom EORTC QLQ-C30 (The Core Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer) koji se može koristiti samostalno ili s drugim, različitim modulima koji se odnose na različite vrste malignog oboljenja (Aaronson i sur. 1993 prema Pinjatela, 2008). Ovaj instrument je jedan od najčešće korištenih u istraživanjima kvalitete života u onkologiji, preveden na 110 jezika i korišten u preko 3000 istraživanja. Pregled 31 istraživanja o kvaliteti života kod onkoloških pacijenata pokazao je da je u 50% istraživanja korišten EORTC QLQ-30 (Efficace i sur., 2004 prema Pinjatela, 2008). Upitnik se sastoji od pet funkcionalnih skala: tjelesno funkcioniranje, poslovno funkcioniranje, kognitivno funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje i socijalno funkcioniranje. Zatim, skale simptoma, skale općeg zdravstvenog statusa/kvalitete života, individualne čestice simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana (Fayers i sur., 2001 prema Pinjatela, 2008). Procjena kvalitete života odnosi se na sedam dana koji su prethodili danu ispitivanja. Svi rezultati dobiveni na funkcionalnim skalama i pojedinim česticama pretvaraju se u

skalu od 0-100 pri čemu viši rezultati na funkcionalnim skalama označavaju bolje funkcioniranje, a na skalama simptoma više prisutnih simptoma (Pinjatela, 2008).

Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-G (Cella i sur., 1993 prema Colombo i sur., 2018), jedan od poznatijih i često korištenih instrumenata. Pouzdano je i valjano sredstvo za procjenu kvalitete života kod onkoloških pacijenata koji su u procesu liječenja. To je anketni upitnik kojeg pacijent samostalno ispunjava te kvantificira kvalitetu života unutar četiri kategorije: fizičku, socijalnu/obiteljsku, emocionalnu i funkcionalno blagostanje. Instrumentom se ispituje 27 predmeta te je za to potrebno 5 minuta. Upitnik FACT-G koristi osnovni sustav bodovanja, koristeći ljestvicu s pet bodova koja se kreće od "uopće ne" do "jako." FACT-G može se koristiti za objektivno kvantificiranje problema u domenama kvalitete života koje nisu rutinski provjerene tijekom liječenja. Upitnik FACT-G preporučuje se za procjenu kvalitete života kod onkoloških bolesnika, dobivajući najbolju ocjenu na temelju njegovih psihometrijskih karakteristika. Predloženo je da FACT-G služi kao alat za probir kako bi se utvrdilo trebaju li pacijenti dodatnu potpurnu skrb za rješavanje specifičnih problema koji su identificirani upitnikom (Colombo i sur., 2018). Drugo istraživanje utvrdilo je, da će se s vremenom rezultati FACT-G na području fizičke, emocionalne i funkcionalne kvalitete života poboljšati, dok se rezultat društvenog blagostanja značajno smanjio kod pacijenata oboljelih od raka dojke (Sánchez i sur., prema Colombo i sur., 2018). Ova rana identifikacija problema kvalitete života, koja se dosljedno ne rješava u rutinskoj skrbi, može imati pozitivan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata i stope preživljavanja, smanjiti recidiv, hospitalizaciju i smanjiti ostale nepotrebne troškove zdravstvenog sustava. Ovo sve ukazuje na važnost procjene kvalitete života tijekom kontinuiranog liječenja. Još jedno istraživanje je istaknulo da je kvaliteta života glavni prediktor preživljavanja (Selen i sur., 2012 prema Colombo i sur., 2018).

Još jedan, često korišten instrument Svjetske zdravstvene organizacije, za procjenu kvalitete života je WHOQOL-BREF (Skevington, Lotfy i O'Connell., 2004 prema Mol i sur., 2018). Na temelju opsežnog istraživanja 2004. godine objavljen je instrument WHOQOL-BREF kako bi omogućio brzu procjenu kvalitete života u epidemiološkim anketama i kliničkim studijama.

Namijenjen je širokoj upotrebi kod kroničnih bolesti i malignih oboljenja. Sadrži 24 stavke koje su podijeljene u četiri domene, s dodatnim područjem (dvije stavke) koje opisuju ukupnu kvalitetu života i opće zdravlje. Domene ispituju: fizičko zdravlje (sedam stavki), psihološko zdravlje (šest

stavki), socijalni odnosi (tri stavke) i okolina (osam stavki). Ocjenjuje se na skali od 4 do 20, s višim rezultatima koji upućuju na bolju kvalitetu života. Dodatne dvije stavke se ocjenjuju na skali 2-10. Prethodna istraživanja su pokazala dobra psihometrijska svojstva WHOQOL-BREF u bolesnika s rakom pluća, i u bolesnika s kroničnim (Skevington i sur., 2004, Lin i sur., 2017 prema Mol i sur., 2018). WHOQOL-BREF je generički upitnik, dok je EORTC QLQ-C30 upitnik za maligna oboljenja.

5. SUPORTIVNE TERAPIJE I KVALITETA ŽIVOTA

Supportivna terapija je terapijska intervencija kojom se nastoji pomoći oboljelim osobama kako da se nose s negativnim osjećajima, ojačaju već postojeće snage te potiču adaptivne strategije suočavanja s bolešću kako bi se unaprijedila kvaliteta života. Promatra se pacijentov „self“, slika tijela, životne uloge, ali s poštovanjem i povjerenjem (Watson i Kissane, 2011). Onkološke suportivne terapije počele su se razvijati u drugoj polovici dvadesetog stoljeća kada su pacijenti tražili međusobnu pomoć, individualnu ili grupnu podršku jer konvencionalni medicinski sustavi nisu mogli ispuniti sve psihosocijalne i duhovne potrebe (Cella i sur., 1993, Presberg i Levenson, 1993 prema Watson i Kissane, 2011).

Različite teorije objašnjavaju kvalitetu života i zadovoljstvo životom na kojima se mogu temeljiti suportivne terapije. Jedna od tih je **teorija aktiviteta** koja polazi od pretpostavke da će osobe biti zadovoljnije ako su uključene u neku zanimljivu aktivnost. Pretjerano teške aktivnosti, međutim, dovode do anksioznosti, dok pretjerano lake aktivnosti dovode do dosade. Ipak, ova teorija smatra da će uključenost u neku aktivnost sama po sebi prije dovesti do sreće nego dosezanje krajnjih točaka odnosno ciljeva (Penezić, 2006). Druga **asocijacionistička teorija** polazi od mogućnosti stvaranja mreže pozitivnih asocijacija i naučene sposobnosti da se stalno reagira na pozitivne načine. Ova teorija ima nedostatke jer ne objašnjava utjecaj novopristiglih informacija i način suočavanja s njima (Penezić, 2006).

U longitudinalnom istraživanju kojim se ispitivao učinak suportivnih terapija kod raka dojke rezultati su pokazali da suportivna terapija nije povećala preživljavanje, ali se smanjila depresija, poboljšalo socijalno funkcioniranje i kvaliteta života (Kissane i sur., 2007 prema Husić i Mešić, 2010). Slični rezultati su dobiveni i u istraživanju gdje je primijenjena tromjesečna suportivna

terapija, od strane interdisciplinarnog tima. Suportivna terapija smanjila je razinu depresije u početnom testiranju do normalnih vrijednosti tri mjeseca kasnije (Husić i Mešić, 2010).

Pojavili su se različiti modeli terapije čiji su pozitivni utjecaji na kvalitetu života istraživani.

Jedan od najčešće korištenih oblika podrške kod onkoloških pacijenata je **kognitivno-bihevioralna terapija**. Cilj ove terapije je razumjeti kako iracionalno i negativno razmišljanje utječu na čovjeka, njihovu sposobnost da se optimalno nose sa stresom, a zatim da im pomogne identificirati ta iskrivljenja uvjerenja i automatske negativne misli. Ova vrsta terapije često dovodi do poboljšanja raspoloženja i smanjenja simptoma depresije.

Sljedeća je **kognitivno analitička terapija (CAT)**, koja je tek nedavno razvijena kao integrativni model psihoterapije. Široko je primjenjiva kod različitih poremećaja ili bolesti od depresije, anksioznosti i malignih oboljenja. Cilj je da osoba razvije osjećaj važnosti, da razumije vlastite osjećaje, da razumije odnos bolesti i drugih traumatičnih događaja te tako stvori potencijal za novi način upravljanja. Još jedna suportivna intervencija koja se u posljednjih dvadeset godina učestalo koristi je **Mindfulness** tj. pomnost. Ovom intervencijom pažnja se usmjerava na određen način: namjerno, u sadašnjem trenutku i bez rasuđivanja. Biti u stanju mindfulnessa znači biti srčan, koristiti srce i um kao vodič za život. Mindfulness intervencija je pokazala pozitivan utjecaj na psihološke teškoće, depresiju, anksioznost, socijalne teškoće, maligna oboljenja, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti. Onkološki pacijenti koji su bili uključeni u Mindfulness terapiju, izvijestili su o značajnom poboljšanju spavanja, smanjenju otkucaja srca i boljem krvnom tlaku. Još jedna terapija je **terapija vizualizacije i relaksacije**, koja je svojim pozitivnim utjecajem na malignu bolest pronašla mjesto u onkološkom liječenju. Sastoji se od učenja načina kojim se smanjuje razina stresa kako bi se došlo do stanja opuštenosti. Relaksacijom i vizualizacijom svog tijela, osobe stvaraju prirodnu obranu svojeg tijela u borbi protiv bolesti. Istraživanja su pokazala učinkovitost kod onkoloških bolesnika u poboljšanju psihološkog funkcioniranja, raspoloženja i kvalitete života (Wang i sur., 1971).

5.1. Art/ekspresivne terapije i maligna oboljenja

„Kreativnost nam daje mogućnost da vidimo stvari na drugačiji način i hrabrost da napravimo stvari na drugačiji način“ *Jane Chu*

Tijekom posljednjih 100 godina, brojne discipline od psihologije, psihijatrije, savjetovanja i edukacijske rehabilitacije prepoznale su potencijal u umjetnosti, glazbi, pokretu, pisanju, drami i drugim art-ekspresivnim aktivnostima. Moć umjetnosti je ta da pomaže ljudima kako bi doživjeli svoj svijet na nove načine, spoznali svoje misli i osjećaje, potaknuli pozitivne promjene, unaprijedili zdravlje i kvalitetu života (Malchiodi, 2007). Istraživanja pokazuju da umjetnost može smanjiti stres i zdravstvene probleme, unaprijediti kvalitetu života, poboljšati imunološku funkciju, pružiti fizičku i psihološku koristi pa čak i pomoći ljudima da žive duže (McNiff, 1981 prema Serlin, 2007). Umjetnost se koristi kod rješavanja medicinskih problema kao što je maligno oboljenje, uvodeći tako umjetnost u integrativno zdravstvo (Serlin, 2007). Stoga se ponekad art-ekspresivne terapije spominju kao "integrativni pristupi" kada se smišljeno koriste u kombinaciji s drugim medicinskim tretmanima.

Potreba za stvaranjem, komunikacijom i simbolizacijom osnovna je ljudska potreba. Sposobnost stvaranja je hrabar čin suočavanja s bolešću ili teškoćom. Aristotel je primijetio da u ljudskoj prirodi postoje dva nagona: **oponašanje, sklad i ritam**. Ritmičkim pokretom se imitira lik, emocija i radnja.

Umjetnost dotiče i izražava složenu ljudsku osobnost, uključujući razine uma, tijela i duha. Umjetnost povezuje ljude kroz različite kulture i tradicije sa zajedničkim izazovima unapređenja ljudskog stanja (Jung, 1966; May, 1975 prema Serlin, 2007).

Poput verbalne terapije, art-ekspresivne terapije potiču na promjenu, komunikaciju, rješavanje problema i međuljudskih vještina te posljedično poboljšanje kvalitete života kod pojedinaca svih dobnih skupina (Malchiodi, 2007 prema Serlin 2007). Koriste se za suočavanje s životom i smrću kod ozbiljnih bolesti kao što je maligna bolest, ali i vizualno izražavaju određene duboko skrivene osjećaje, poput straha i nade. Stvaralački izraz je ovdje način suočavanja i preobražavanje poteškoća koje se ne mogu izliječiti niti jednim drugim načinom (Serlin, 2007).

Kroz art-ekspresivnu terapiju oboljeli od maligne bolesti mogu se izraziti kada im nedostaje riječi (Malchiodi, 2006 prema Serlin, 2007). Umjetnost se koristi kod rješavanja medicinskih problema

kao što je maligno oboljenje, uvodeći tako umjetnost u integrativno zdravstvo (Malchiodi, 2007). Stoga se ponekad art/ekspresivne terapije spominju kao "integrativni pristupi" kada se smišljeno koriste u kombinaciji s drugim medicinskim tretmanima.

Art-ekspresivne terapije mogu se podijeliti na specifične modalitete umjetnosti: likovnu terapiju, glazbenu terapiju, terapiju pokretom i plesom, biblioterapiju i dramsku terapiju.

- Likovna terapija koristi likovne medije i likovne stvaralačke procese poštujući odgovore pacijenta na likovni produkt kao odraz vlastitog razvoja, interesa, vještina i ponašanja. Terapijsko je sredstvo koje se koristi za rješavanje emocionalnih sukoba, razvijanju socijalnih vještina, rješavanja problema, smanjenju anksioznosti i povećanju samopoštovanja (Malchiodi, 2007)
- Glazbena terapija koristi glazbu kako bi utjecala na pozitivne promjene u psihološkom, fizičkom, kognitivnom ili socijalnom funkcioniranju pojedinaca sa zdravstvenim ili obrazovnim problemima (Američka udruga za glazbenu terapiju, 2004 prema Malchiodi, 2007)
- Biblioterapija kao medij koristi različitu literaturu za izlječenje i osobni rast. Kroz upotrebu književnih djela, bilo koje vrste, traži se dublje značenje u ritmovima i osjećajima riječi.
- Terapija pokretom ili plesom temelji se na pretpostavci da su tijelo i um međusobno povezani, a kretanjem se potiče emocionalna, kognitivna i fizička integracija pojedinca. Terapija plesom i pokretom utječe na osjećaje, spoznaju, fizičko funkcioniranje i ponašanje (Malchiodi, 2007)
- Dramska terapija je sustavno i namjerno korištenje drame i kazališnih procesa i metoda za postizanje terapijskog učinka kako bi se otklonili negativni simptomi i postigao osobni rast. To je aktivni pristup koji pomaže osobi da ispriča svoju priču kako bi riješio problem, postigao katarzu, produbio unutarnje iskustvo (Nacionalno udruženje za dramsku terapiju, 2004 prema Malchiodi, 2007).

Art-ekspresivna terapija varira ovisno o preferencijama pojedinca jer neki vole raditi, slušati glazbu, dok drugi vole crtati, slikati, pisati ili plesati, a neki vole izrađivati stvari poput skulptura. Nije važno koji je umjetnički medij odabran dokle god se osoba izražava. Stoga su razvijene učinkovite komplementarne terapije za kontrolu simptoma i liječenje malignog oboljenja.

Art-ekspresivna terapija je među komplementarnim terapijama namijenjene poboljšanju kvalitete života pacijenata, što uključuje psihološko i fizičko poboljšanje kod pacijenata i obitelji (Kingsley, 1999 prema Bilgin i sur., 2018). Art-ekspresivne terapije uključuju različite tehnike koje pomažu oboljelima od maligne bolesti da se nose s problemima kao što su negativni osjećaji i misli, distres, deficit pažnje i deficit pamćenja (Bilgin i sur., 2018).

U istraživanju koju je proveo Američki nacionalni institut za zdravlje, kako bi ispitali učinke art-ekspresivne terapije na pacijente s malignim oboljenjem, korištene su različite metode ekspresivne terapije. Rezultati su pokazali da je postupak likovne terapije bio značajno dobar za psihološke teškoće poput anksioznosti i depresije te da je doprinio boljoj kvaliteti života pacijenata (Kingsley, 2015 prema Bilgin i sur., 2018). Još jedno istraživanje kojim se ispitala kvaliteta života nakon art-ekspresivnih terapija kod žena oboljelih od raka dojke, nakon radioterapije. Rezultati pokazuju ukupno poboljšanje kvalitete života te je zabilježeno značajno povećanje ukupnog zdravstvenog stanja, tjelesnog zdravlja i psihološkog zdravlja. Uočena je i značajna pozitivna razlika unutar art-terapijske skupine koja je potaknula pozitivan stav, sliku tijela i nuspojava sistemske terapije. Ova studija pruža snažnu podršku korištenju art-ekspresivnih terapije za poboljšanje kvalitete života koje su podvrgnute radioterapijskom tretmanu raka dojke (Svensk i sur., 2009).

U domaćem istraživanju kojim se ispitivao utjecaj art-ekspresivnih terapije kod raka dojke, pokazalo se da terapija ima djelujući učinak na veliki spektar simptoma vezanima uz rak dojke i njegove posljedice. Također, uočen je pozitivan utjecaj na samospoznaju i samoaktualizaciju pacijenata. Stoga se art-terapiju može koristiti kao učinkovit pristup u pružanju psihološke pomoći jer omogućava ekspresiju emocija, ali i bolju kvalitetu života (Milutinović, Braš i Đorđević, 2017).

Sustavnim pregledom dvadeset i sedam istraživanja, kojim se ispitivao utjecaj art-ekspresivnih terapija na kvalitetu života kod onkoloških bolesnika. Pokazalo se da primjena art-ekspresivnih terapija može poboljšati simptome tjeskobe, depresije i boli i kvalitete života, među oboljelima od maligne bolesti, ali taj se učinak smanjuje tijekom vremena (Puetz, Morley i Herring, 2013). Nedavna istraživanja među oboljelima od maligne bolesti pokazuju da glazbena intervencija može imati blagotvoran učinak na anksioznost, bol i raspoloženje, dok terapija plesom i pokretom može poboljšati kvalitetu života (Bilgin i sur. 2018). Metode likovne terapije pozitivno utječu limbički sustav i korteks, dok plesne, mogu biti korisne za ponovno uspostavljanje i poticanje zdravih obrazaca kroz osjetilna iskustva, interakcije, kretanje i praktične aktivnosti. Ovi mediji mogu

pomoći u preoblikovanju ili učenju novih produktivnijih obrazaca, ali iskustvenim i osjetilnim putem (Malchiodi, 2007).

Likovna terapija

„Likovnom terapijom pronalazimo i gubimo sebe u isto vrijeme“ *Thomas Merton*

U posljednja dva desetljeća likovna terapija implementirala se u mnoge onkološke, medicinske i rehabilitacijske ustanove.

Sve je više dokaza da likovna terapija može pomoći u smanjenju širokog spektra simptoma među raznolikom populacijom onkoloških bolesnika. Jedan od glavnih učinaka likovne terapija je distrakcija koja igra glavnu ulogu u ublažavanju boli i simptoma. Postupak stvaranja likovnog djela može odvući pažnju od čestih negativnih osjećaja. Također, likovno stvaranje nadahnjuje pacijente da otvoreno razgovaraju o problemima. Osobe koje imaju teškoća u izražavanju vlastitih emocija ili strahova, mogu to postići kroz likovno djelo (Nainis, 2008). Nije svako likovno izražavanje terapijsko, nego terapijski potencijal likovnog izražavanja ovisi o tome koliko je osobnog (emotivnog i misaonog) u njega uloženo i kroz njega ostvareno (Ivanović, 2014).

U istraživanju koje je provela Nainis (2008), ispitivao se učinak likovne terapije kod onkoloških bolesnika. Unatoč činjenici da većina sudionika nikada prije nije sudjelovala na likovnoj terapiji, velika većina ispitanika (92%) je izjavila da bi opet primijenila likovnu terapiju. Većina ispitanika je navela da je likovna terapija poboljšala kvalitetu života i opće blagostanje jer im je usmjerila pažnju na nešto pozitivno. Slične rezultate su postigli u istraživanju Forzoni i sur., (2010), u kojem se ispitivala korisnost likovne terapije kod onkoloških pacijenata. Od 54 pacijenta, samo 3 ispitanika nisu naveli da im je likovna terapija bila korisna ("djetinjasta", "samo razgovor", "nije zanimljivo"), ostali su izjavili da im je bilo „korisno“.

Glazbena terapija

Glazbena terapija u onkologiji koristi glazbu u preventivnom, kurativnom i palijativnom liječenju malignog oboljenja i vrlo je korisna. Ona izravno ne utječe na samu bolest, već ima veliki utjecaj na raspoloženje, a ponekad može utjecati na način na koji se pacijent suočava i osjeća svoju bolest. Glazbena terapija je učinkovita metoda suportivne terapije kod onkoloških bolesnika u različitim fazama bolesti, a provodi se individualno ili grupno. Također može biti uključeno u planiranje

programa liječenja i rehabilitacije za promicanje relaksacije, poboljšanje fizičke i emocionalne dobrobiti i kvalitete života (Stanczyk, 2011).

Učinkovitost glazbene terapije za onkološke pacijente dokumentirana je u brojnim istraživanjima. Primjena glazbene terapije dovela je do smanjenja simptoma poput anksioznosti i boli (Beck, 1991, Magill-Levreault, 2001 prema Stanczyk, 2011) nuspojava kemoterapija (Standley, 1992, Bozuk i sur., 2006 prema Stanczyk, 2011) i terapije zračenjem (Cooper i Foster, 2008 prema Stanczyk, 2011). Ostali aspekti na koje je utjecala glazbena terapija je na opuštanje (Krout, 2007 prema Stanczyk, 2011) raspoloženje i kvalitetu života (Burns, 2001, Waldon, 2001 prema Stanczyk, 2011).

Terapija plesom i pokretom

Terapija plesom i pokretom objedinjuje prednosti plesa, pokreta, emocionalnog izražavanja, društvene podrške i kreativnih aktivnosti u jednoj vrsti intervencije. To je utjelovljeni, aktivni pristup, u kojem pacijenti uče prevesti osjetilne i afektivne znakove u nove spoznaje, verbalizacije i nova ponašanja (Koch i Fischman, 2011 prema Goodill, 2018). Pokret je strukturiran tako da pacijentima pomaže istražiti, isprobati i naučiti nove načine izražavanja, reagiranja i komunikacije. Učenje na tjelesnoj razini koje se događa u ovom pristupu, objašnjava da bi se novonastali obrasci mogli lako generalizirati u svakodnevnom životu.

Terapija pokretom i plesom kao art-ekspresivna terapija kod onkoloških bolesnika uključuje svijest o tijelu, ritmičko djelovanje, verbalno i neverbalno izražavanje emocija, relaksaciju, improvizaciju i upotrebu simboličke i metaforičke komunikacije u pokretu. Cilj ove terapije je pozitivan utjecaj na kvalitetu života, upravljanje stresom, smanjenje boli, anksioznosti, depresije, povećanje osjećaja vitalnosti i energije, svjesnost tijela i samoefikasnost (Goodill, 2018). Rezultati različitih istraživanja navode da terapija pokretom i plesom može imati pozitivan utjecaj na kvalitetu života. Međutim, nema još dovoljnih dokaza o učincima terapije na psihološke i fizičke ishode kod onkoloških bolesnika (Goodill, 2018).

U istraživanju utjecaja terapije plesom i pokretom kod žena oboljelih od raka dojke, također je primijećen pozitivan utjecaj na kvalitetu života i sliku tijela. Nekoliko žena je izjavilo da bi ovaj program pomogao njihovom oporavku, da je primijenjen odmah nakon operacije. Neke žene koje su primijenile ovaj program tijekom kemoterapije, izjavile su da im pomaže tolerirati liječenje i smanjuje osjećaj izoliranosti (Sandel i sur., 2005).

Dramska terapija

Dramska terapija obuhvaća više pristupa i metoda u kojima se dramtizacija koristi za osobni rast, emocionalni oporavak, ispravljanje negativnih misli i ponašanja. Improvizacija je osnovno sredstvo dramske terapije (Ilievová, Žitný i Karabová, 2015). Psihodrama je kreativni terapijski pristup koji koristi vođenu dramsku akciju kako bi se spoznali i dublje ispitali problemi, koji je razvio dr. J.L Moreno, 1921. godine. U svakoj seansi sudionik iznova izvodi specifične prizore iz prošlih situacija (ili unutarnjih mentalnih procesa). To omogućuje pojedincima da izraze ono što su doživjeli u prošlosti, a što tada nisu mogli izraziti. Cilj je da pacijent koji pate od bilo koje boli, ponovnim prolaženjem kroz takvu situaciju uspijevaju postići psihološko i mentalno ozdravljenje koje u konačnici uklanja patnju. Psihodrama se primjenjuje kod oboljelih od maligne bolesti jer duboki unutarnji rad i vanjski trening mogu pomoći u rješavanju problema bolesti. Kroz monodramu ili grupnu terapiju, terapeut ponovno otkriva ove potisnute osjećaje pacijenta oboljelog od malignog oboljenja. U istraživanju Barzelloni i suradnika (2017), kojim se htjela ispitati multidimenzionalna uloga njege kod onkoloških bolesnika koristeći dramsku terapiju. Kvalitativnom analizom je pokazano da je sudjelovanje u dramskoj terapiji dovelo do poboljšanja kvalitete života, prihvaćanju bolesti i prihvaćanju medicinskog liječenja.

Biblioterapija

Pacijenti kojima je dijagnosticirana maligna bolest često razviju neki oblik anksioznosti ili depresiju koji mogu utjecati na njihovu ukupnu kvalitetu života (Nacionalni institut za rak, 2015 prema Malibiran, Tariman i Amer, 2018). Biblioterapija je terapijski pristup koji se primarno koristi kod različitih mentalnih zdravstvenih problema, poput anksioznosti i depresije, u kojima pisani materijali imaju središnju ulogu (Glasgow, Rosen, 1978 prema Malibiran, Tariman i Amer, 2018). Biblioterapija se odnosi na upotrebu bilo koje literature koja podržava dobro mentalno zdravlje te se pomno odabire materijal koji se obrađuje kod onkoloških pacijenata.. Svestrana je i isplativa intervencija koja se često koristi kao dodatak drugim vrstama terapije (GoodTherapy, 2016 prema Malibiran, Tariman i Amer, 2018). Sustavnim pregledom 9 istraživanja o utjecaju biblioterapije kod onkoloških pacijenata, svih devet istraživanja je zaključilo da biblioterapija pozitivno utječe na pacijente. Osim toga, biblioterapija je povezana sa smanjenom razinom anksioznosti i depresije, boljim vještinama suočavanja i kvalitetom života (Malibiran, Tariman i Amer, 2018).

Rezultati novih istraživanja, suvremene spoznaje i pozitivan utjecaj kreativnih terapija kod onkoloških pacijenata dovodi do postepenog usvajanja kreativnih terapija kao jedne od potpornih metoda liječenja. Sve veća se pažnja posvećuje potrebi razvijanja primjerenih terapijskih i suportivnih metoda u svrhu liječenja malignih bolesti i očuvanja mentalnog zdravlja. Stoga se pojavila potreba za humanizacijom zdravstvene skrbi i integracijom umjetnosti kao sredstva za uspostavu cjelovitosti u sustav. U Hrvatskoj je art-ekspresivna terapija tek u počecima razvoja i primjene u onkološkom liječenju. Prvi i jedini Centar za umjetnost i medicinu je u Klinici za tumore Zagreb. Od 2016. godine djeluje kao samostalna bolnička jedinica. Centar za umjetnost i medicinu kroz suradnju sa stručnjacima jedne od vodećih medicinskih ustanova u svijetu, uveo je program art-ekspresivne terapije u prostor bolnice te se postepeno uvode sve forme umjetnosti. S medicinske strane, uočeni su pozitivni učinci na kvalitetu života, raspoloženje, smanjenje potrošnje lijekova protiv boli, anksioznosti te konačno smanjuje boravak u bolnici zbog boljeg podnošenja intervencija. Također, u program se uključuje obitelj, što pridonosi bolju percepciju procesa liječenja, bolju komunikaciju i reintegraciju u život izvan Klinike.

S obzirom na to da art-ekspresivne terapija mogu dotaknuti nesvjesne procese tj., distinkciju od svjesnog, nužno je osigurati educirane terapeute. U Hrvatskoj takva edukacija još uvijek ne postoji. U posljednjih desetak godina se tako u Hrvatskoj provodi uvodna edukacija iz art terapije za studente i stručnjake različitih profila (psihologe, edukacijske rehabilitatore, umjetnike, pedagoge, psihijatre) s nadom za skoriji razvoj kompletnog programa edukacije iz art terapije (Ivanović i sur., 2014).

U Hrvatskoj je potrebno sustavno prepoznavanje dobrobiti koje art terapija ima u psihosocijalnoj onkologiji te provoditi dodatna istraživanja. Osim toga, za uspješnu implementaciju art-ekspresivnih terapija, kao jednog od oblika psihosocijalne podrške tijekom liječenja, potrebno je osigurati edukaciju stručnjaka i terapeuta.

5.2. Suportivno-ekspresivna terapija

Suportivno-ekspresivna terapija je dobro utvrđen model grupne terapije. Provodi kao grupna intervencija s ciljem: poticanja međusobne podrške, promicanja otvorenosti i emocionalnog izražavanja, integriranje učinka maligne bolesti na sliku sebe i tijela, optimiziranje vještina suočavanja, poboljšanje odnosa liječnik-pacijent i usklađivanje životnih prioriteta.

Široko je testiran kod raka dojke s jakim dokazima za njegovu učinkovitost u smanjenju depresije, ublažavanju traumatičnog stresa i poboljšanju kvalitete života. Još jedan pozitivan učinak suportivno-ekspresivne terapije je u prilagodbi i suočavanju s novonastalim teškoćama (Gysels i sur., 2002). Rezultati istraživanja su pokazali da suportivno-ekspresivna terapija može pomoći kod ekspresije emocija, da pronađu odgovarajuće načine izražavanja emocija, ali bez negativnog utjecaja na raspoloženje (Giese-Davis i sur., 2002).

Kao rezultat toga, postao je najčešće korišten oblik grupne terapije u psihosocijalnoj onkologiji (Watson i Kissane, 2011).

Supportivno-ekspresivnim terapijama pokušava se smanjiti utjecaj malignog oboljenja na svakodnevni život pacijenta. Dijagnoza maligne bolesti ne pogađa samo oboljelu osobu, već i obitelj. Može se stvoriti razdor između oboljelih osoba koji se suočavaju s vlastitom egzistencijalnom tjeskobom i zdravih osoba. Ovu razliku teško je premostiti te je potrebna pojačana veza kako bi se vratio osjećaj povezanosti. Pacijenti često osjećaju da nitko istinski ne može razumjeti kroz što prolaze te pokušavaju zaštititi druge od svoje boli.

Slično tome, voljene osobe mogu osjećati da njihove trenutne potrebe nisu bitne. Ovaj nedostatak međusobnog dijeljenja dovodi do osjećaja izoliranosti, što može pojačati anksioznost, samoću i socijalnu izoliranost. Stoga se suportivno-ekspresivnim terapijama pokušava smanjiti utjecaj negativnih faktora na socioemocionalno funkcioniranje osobe.

Jedan od glavnih ciljeva suportivno-ekspresivne terapije je stvaranje uzajamne podrške, kako bi grupa postala mjesto gdje članovi doživljavaju međusobnu povezanost i izgrađuju snažne nove veze emocionalne podrške.

Drugi cilj je, veća otvorenost i izražavanje emocija što je središnji cilj ovog tretmana. Pacijenti često skrivaju svoje emocije iz straha da će biti teret ili da pokažu svoju slabost. Stoga je cilj, ekspresija pozitivnih ili negativnih emocija u podržavajućoj okolini. Poboljšanje uzajamne podrške i komunikacije smanjuje distres za svakoga.

Zatim, integracija self-a i slike tijela koja može biti narušena nuspojavama maligne bolesti. Dijeljenje s drugima, može pomoći u mijenjaju perspektive i normalizaciji iskustva. Tugujući za izgubljenim i prihvaćanjem novog, može pomoći pacijentu u stvaranju nove perspektive self-a.

Osim toga, važno je obogatiti strategije suočavanja jer onkološki pacijenti moraju donositi važne odluke vezane za liječenje i ostale svakodnevne promjene. Cilj je suportivno-ekspresivnih terapija proširiti vještine suočavanja, što uključuje: prikupljanje više informacija o problemu, mijenjajući perspektivu, traženje načina aktivnog rješavanja problema, izražavati emocije, pojačati socijalni kontakt i podršku. Članovi grupe su glavni resurs za učenje i isprobavanje novih strategija (Watson i Kissane, 2011)

Također, još jedan cilj suportivno-ekspresivnih terapija je pomoći pacijentima da se suoče sa svojim strahovima od smrti. Takve misli, svjesno ili nesvjesno, štetno utječu na čovjekovo zdravlje i sposobnost da prihvati život i da ga živi u potpunosti. Stoga se potiče „detoksikacija negativnih misli“ i sposobnost prihvaćanja života, što pozitivno utječe na kvalitetu života (Watson i Kissane, 2011).

6. ZAKLJUČAK

Mnogobrojna strana, ali i domaća istraživanja naglašavaju važnost kvalitete života kao jedan od glavnih faktora uspješnosti liječenja i preživljavanja. Različiti faktori poput dijagnoze, procesa i nuspojava liječenja, psihičkih i socijalnih teškoća mogu znatno narušiti kvalitetu života. Smanjenom kvalitetom i zadovoljstvom života, oboljele osobe imaju teškoća u objektivnom i subjektivnom blagostanju, donošenju odluka važnih za liječenje, održavanju društvenih uloga, načinu suočavanja s malignom bolesti i svakodnevnom funkcioniranju. Ovdje veliku važnost ima biopsihosocijalni pristup oboljeloj osobi, jer kao što je i kvaliteta života složeni konstrukt tako i osobu treba složeno sagledati sa svih strana. Interdisciplinarnim pristupom, uvođenjem različitih suportivnih programa i oblika podrške može se uvelike utjecati na subjektivnu i objektivnu procjenu kvalitete života, ali i sam proces liječenja. Potrebno je još mnogo rada i istraživanja na ovom području, kako bi se efekti kvalitete života i njezin utjecaj na svakodnevno funkcioniranje i proces liječenja kod onkoloških pacijenata mogli što bolje definirati i pronaći modeli, koji će osim medicinskog pristupa, odgovarati onkološkim pacijentima. Ovdje primjena ekspresivnih terapija u onkologiji predstavlja novo područje s velikim potencijalom, ali i pozitivnim odgovorima na primjenu kod onkoloških pacijenata. U Hrvatskoj je još uvijek potrebno prepoznavanje važnosti

ekspresivnih terapija koje ona ima na proces liječenja, od strane zdravstvenog sustava i društva, kako bi kod nas mogao zaživjeti ovakav oblik psihosocijalne podrške kod onkoloških pacijenata.

7. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
2. Annunziata, M. A., Muzzatti, B., i Altoe, G. (2011). Defining hospital anxiety and depression scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings. *Annals of oncology*, 22(10), 2330-2333.
3. Barzelloni, M. L., Serrao, S., Stanco, A., Mazza, S., i Gridelli, C. (2017). Role of Theatre as Psychological Support in Cancer Patient. *Annals of Oncology*,
4. Bast Jr, R. C., Croce, C. M., Hait, W. N., Hong, W. K., Kufe, D. W., Piccart-Gebart, M., ... I Holland, J. F. (2017). *Holland-Frei Cancer Medicine Cloth*. John Wiley & Sons.
5. Bilgin, E., Kirca, O., i Ozdogan, M. (2018). Art therapies in cancer, A non-negligible beauty and benefit. *Journal of Oncological Sciences*, 4(1), 47-48.
6. Bultz B. D. (2016). Cancer Care and the Role of Psychosocial Oncology: Where are We and Where are We Going?. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 3(2), 118–120.
7. Calderon, C., Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Hernández, R., Oporto-Alonso, M., i Jiménez-Fonseca, P. (2020). Factor structure and measurement invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) in cancer patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 71-80.
8. Cassidy, J., Bissett, D., OBE, R. A. S., Payne, M., i Morris-Stiff, G., (2015). *Oxford handbook of oncology*.
9. Cazin, K. (2013). Kvaliteta života bolesnica poslije operacije karcinoma dojke. *Sestrinski glasnik*, 18(1), 29-32.
10. Colombo, R., Doherty, D. J., Wilson, C. M., Krzys, K., Lange, S., i Maynes, H. (2018). Implementation and Preliminary Analysis of FACT-G Quality of Life Questionnaire within an Oncology Survivorship Clinic. *Cureus*, 10(3),
11. Courtens, A. M., Stevens, F. C. J., Crebolder, H. F. J. M., i Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer nursing*, 19(3), 162-169.

12. De Mol, M., Visser, S., Aerts, J. G., Lodder, P., de Vries, J., i den Oudsten, B. L. (2018). Satisfactory results of a psychometric analysis and calculation of minimal clinically important differences of the World Health Organization quality of life-BREF questionnaire in an observational cohort study with lung cancer and mesothelioma patients. *BMC cancer*, 18(1), 1173.
13. Decat **Bergerot**, C., i Cavalcanti Ferreira de Araujo, T. C. (2014). Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 32(2), 216–224.
14. Dolbeault, S., Szporn, A., i Holland, J. C. (1999). Psycho-oncology: where have we been? Where are we going?. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1554-1558.
15. Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., ... i Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290.
16. Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 105-111.
17. Forzoni, S., Perez, M., Martignetti, A., i Crispino, S. (2010). Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: An analysis of the patients' perception of helpfulness. *Palliative & supportive care*, 8(1), 41-48.
18. Geerse, O. P., Brandenbarg, D., Kerstjens, H. A. M., Berendsen, A. J., Duijts, S. F. A., Burger, H., ... I Hiltermann, T. J. N. (2019). The distress thermometer as a prognostic tool for one-year survival among patients with lung cancer. *Lung Cancer*, 130, 101-107.
19. Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., ... i Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 916.
20. Goodill, S. W. (2018). Accumulating evidence for dance/movement therapy in cancer care. *Frontiers in Psychology*, 9, 1778.
21. Grande, G., Rompell, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., i Herrmann-Lingen, C. (2010). The type-D scale (DS14)–Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 935-939.

22. Grassi L (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29
23. Gregurek, R., Braš, M. (2008). Psihoonkologija. *Grafika Osijek, Osijek*.
24. Gysels, M., Higginson, I. J., Rajasekaran, M., Davies, E., i Harding, R. (2004). Improving supportive and palliative care for adults with cancer. *Research Evidence Manual. London, England: National Institute of Clinical Excellence*.
25. Herceg, D., Jakopović, M., Dedić Plavetić, N., Samaržija, M., Čučević, B., Mijatović, D., i Vrbanec, D. (2016). Praćenje onkoloških bolesnika–kliničke preporuke Hrvatskog društva za internističku onkologiju HLZ-a V. Dio: melanom, sarkomi, tumori središnjega živčanog sustava, rak. *Liječnički vjesnik*, 139(1-2), 17-23.
26. Heydarnejad, M. S., Hassanpour, D. A., i Solati, D. K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African health sciences*, 11(2), 266–270.
27. Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 206-221.
28. Holland, J. C., i Weiss, T. R. (2010). History of psycho-oncology. *Psycho-oncology*, 2, 3-12.
29. Holzner, B., Bode, R. K., Hahn, E. A., Cella, D., Kopp, M., Sperner-Unterweger, B., & Kemmler, G. (2006). Equating EORTC QLQ-C30 and FACT-G scores and its use in oncological research. *European Journal of Cancer*, 42(18), 3169-3177.
30. Husić, S. I Mešić, D. (2010). Daily Hospice: Depression and Anxiety after Mastectomy for Breast Cancer. *Acta clinica Croatica*, 49 (1), 19-23.
31. Ilievová, E., Žitný, P., i Karabová, Z. (2015). The effectiveness of drama therapy on preparation for diagnostic and therapeutic procedures in children suffering from cancer. *Journal of Health Sciences*, 5(2), 53-58.
32. Ivanović, N., Barun, I., i Jovanović, N. (2014). Art Terapija–Teorijske Postavke, Razvoj I Klinička Primjena. *Socijalna Psihijatrija*, 42(3), 190-198.
33. Julian L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*, 63 Suppl 11(0 11), S467–S472.
34. Jurić, S., Jonjić, D. I Miličević, J. (2016). Kvaliteta života onkoloških bolesnika. *Sestrinski glasnik*, 21 (2), 132-136.

35. Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2 Psihijatrija danas), 161-165.
36. Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., i Brescia, R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42(5), 691-701.
37. Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer.
38. Kübler-Ross, E., i Kessler, D. (2009). The five stages of grief. In *Library of Congress Catalog in Publication Data (Ed.), On grief and grieving* (pp. 7-30).
39. Kurent, M. (2001). Liječnik, pacijent i karcinom. *Medicus*, 10(Maligni tumori), 253-256.
40. Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13.
41. Legg, M. J. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(3), 61.
42. Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., i Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168.
43. Macía, P., Gorbeña, S., Gómez, A., Barranco, M., i Iraurgi, I. (2020). Role of neuroticism and extraversion in the emotional health of people with cancer. *Heliyon*, 6(7)
44. Malchiodi, C. (2007). *Art therapy sourcebook*. McGraw Hill Professional.
45. Malibiran, R., Tariman, J. D., i Amer, K. (2018). Bibliotherapy: Appraisal of evidence for patients diagnosed with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(4).
46. Massie, M. J., Gagnon, P., i Holland, J. C. (1994). Depression and suicide in patients with cancer. *Journal of pain and symptom management*, 9(5), 325-340.
47. Meyer, T. J., i Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 14(2), 101–108.
48. Miholić, D., Prstačić, M. i Nikolić, B. (2013). Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (Supplement), 73-84.
49. Milutinović, L., Braš M., Đorđević V. (2017). Art Therapy as Supportive-Expressive Therapy in Breast Cancer Treatment. *Soc. Psihijat*. Vol. 45, Br. 4, str. 262-269.

50. Mitchell AJ, Chan M, i Bhatti H (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.*
51. Mols, F., Thong, M. S., van de Poll-Franse, L. V., Roukema, J. A., i Denollet, J. (2012). Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. *Journal of affective disorders, 136*(1-2), 26-34.
52. Monteiro, S., Bártolo, A., Andrea, A., Diana, S., i Pereira, A. (2017). Fatigue and return-to-work in cancer patients: Association with work ability and quality of life. *European Psychiatry, 41*(S1), S181-S181.
53. Moseholm, E., Rydahl-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H. S., Frederiksen, R., Brandt, M., i Lindhardt, B. Ø. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and quality of life outcomes.*
54. Nainis, N. A. (2008). Approaches to art therapy for cancer inpatients: research and practice considerations. *Art therapy, 25*(3), 115-121.
55. Newport, D. J., i Nemeroff, C. B. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of psychosomatic research, 45*(3), 215-237.
56. Penezić, Z. (2006). *Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. Društvena istraživanja,*
57. Pinjatela, R. (2008). Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 44*(2), 79-98.
58. Pitceathly, C., Maguire, P., Fletcher, I., Parle, M., Tomenson, B., i Creed, F. (2009). Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of oncology, 20*(5), 928-934.
59. Prstačić, M., Sabol, R., & Hrastovec, D. (2006). *Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija: Psychosocial oncology and rehabilitation.* Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju.
60. Puetz, T. W., Morley, C. A., i Herring, M. P. (2013). Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. *JAMA internal medicine, 173*(11), 960-969.
61. Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., ... Darlow, S. D. (2019). Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice

- Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* : *JNCCN*, 17(10), 1229–1249.
62. Roy, P. S., i Saikia, B. J. (2016). Cancer and cure: A critical analysis. *Indian journal of cancer*, 53(3), 441.
 63. Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., i Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 28(4), 301-309.
 64. Sapra, A., Bhandari, P., Sharma, S., Chanpura, T., i Lopp, L. (2020). Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus*, 12(5),
 65. Schuyler D. (2016). Anxiety. The primary care companion for CNS disorders, 18(5),
 66. Serlin, I. (2007). The arts therapies: Whole person integrative approaches to healthcare. *Whole Person Healthcare*. Westport, CT: Praeger Publishers,
 67. Sibeoni, J., Picard, C., Orri, M., Labey, M., Bousquet, G., Verneuil, L., i Revah-Levy, A. (2018). Patients' quality of life during active cancer treatment: a qualitative study. *BMC cancer*, 18(1), 951.
 68. Sikstrom, L., Saikaly, R., Ferguson, G., Mosher, P. J., Bonato, S., i Soklaridis, S. (2019). Being there: A scoping review of grief support training in medical education. *Plos one*, 14(11).
 69. Smith H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology letters*, 9(4), 1509–1514.
 70. Snyderman, D., i Wynn, D. (2009). Depression in cancer patients. *Primary care*, 36(4), 703-719.
 71. Spiegel, D., i Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 269-282.
 72. Stanczyk, M. M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 16(5), 170-172.
 73. Sudhakar, A. (2009). History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of cancer science & therapy*, 1(2), 1.
 74. Svensk, A. C., Öster, I., Thyme, K. E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eisemann, M., ... i Lindh, J. (2009). Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing

- treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 18(1), 69-77.
75. Tečić Vuger, A., Jurić, A., Romić, K., Svetec, B., i Kralj-Škoc, V. (2018). Uloga suportivne terapije u kvaliteti života bolesnika s malignim bolestima kvaliteta života bolesnika s malignim bolestima-uloga medicinske sestre The role of supportive therapy in quality of patient life with malignant diseasequality of patient life malignant disease diabetes-the role of nurse. *Sestrinski glasnik*, 23(Supplement 1-2018), 13-13.
 76. Thompson, E. (2015). Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*, 65(7), 601.
 77. Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., Connor, S., i Fingeret, M. (2017). President's Plenary International Psycho-oncology Society: psychosocial care as a human rights issue-challenges and opportunities. *Psycho-oncology*, 26(4), 563–569.
 78. Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.
 79. Vukojević, M., Perić, I. I Kordić, M. (2012). Anksioznost i depresivnost kod onkoloških bolesnika u Sveučilišnoj Kliničkoj bolnici Mostar. *Liječnički vjesnik*, 134 (7-8), 0-0.
 80. Vuletić, G., Ivanković, D., i Davern, M. (2011). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. *Kvaliteta života i zdravlje*, 120-125.
 81. Wang, J. J., Cortes, E., Sinks, L. F., I Holland, J. F. (1971). Therapeutic effect and toxicity of adriamycin in patients with neoplastic disease. *Cancer*, 28(4), 837-843.
 82. Watson, M., & Kissane, D. W. (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons.
 83. Yi, J. C., i Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *The Medical clinics of North America*, 101(6), 1099–1113
 84. Zielazny, P., Zielińska, P., de Walden-Gałuszko, K., Kuziemski, K., i Bętkowska-Korpała, B. (2016). Psychooncology in Poland. Psychoonkologia w Polsce. *Psychiatria polska*, 50(5), 1065–1073.

Mrežni izvori

1. CC (2020) Cancer Council. <https://www.cancer.org.au/cancer-information/> Pristupljeno 1. 2. kolovoza 2020.
2. NPPR (2020) Nacionalni plan protiv raka. <https://www.nppr.hr/> Pristupljeno 2. kolovoza 2020.
3. NCCN (2020). National Comprehensive Cancer Network. Cancer Staging Guide, <https://www.nccn.org/patients/> Pristupljeno 3. kolovoza 2020