

Mehanizmi suočavanja s bolešću kod osoba s malignim oboljenjem

Bilić, Daria

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:247883>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-15**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Mehanizmi suočavanja s bolešću kod osoba s malignim oboljenjima

Daria Bilić

Zagreb, rujan 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Mehanizmi suočavanja s bolešću kod osoba s malignim oboljenjima

Daria Bilić

doc.dr.sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Mehanizmi suočavanja s bolešću kod osoba s malignim oboljenjima* 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.

Ime i prezime: Daria Bilić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2024.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Damiru Miholiću na dobroti, podršci, trudu i strpljenju.

Zahvaljujem roditeljima na potpori, pomoći, motivaciji, uvjerenju i nadi.

Zahvaljujem sestrama na motivaciji, podršci, povjerenju i iskazanom ponosu.

Zahvaljujem bakama i djedovima na podršci, motivaciji i neiscrpnoj nadi i vjerenju.

Zahvaljujem prijateljicama iz osnovne škole na motivaciji, strpljenju, potpori i iskrenosti.

Zahvaljujem kolegicama prijateljicama na pomoći, podršci, trudu, strpljenju i razumijevanju;
nekima na pet godina, a nekima na dvije koje vrijede kao pet.

Zahvaljujem ostaloj obitelji i prijateljima na motivaciji i potpori.

Zahvaljujem M. na ljubavi, podršci, pomoći, trudu i svakom zajedničkom učenju.

Hvala i meni.

Mehanizmi suočavanja s bolešću kod osoba s malignim oboljenjima

Ime i prezime studentice: Daria Bilić

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

Program/modul: Edukacijska rehabilitacija; Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Sažetak

Maligna oboljenja, kao drugi vodeći uzrok smrti, predstavljaju jedan od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice u dječjoj i u odrasloj dobi. Saznanje o dijagnozi utječe na svakodnevni život pojedinca i na obiteljsku dinamiku, s obzirom na to da se kod osobe javljaju intenzivne emocije.

Ovaj diplomski rad posvećen je opisivanju mehanizama suočavanja s oboljenjem kod osoba s malignim oboljenjima, stavljajući naglasak na to kako se oboljele osobe nose s dijagnozom i izazovima tijekom psihološke prilagodbe na novonastalu situaciju. U suočavanju s malignim oboljenjima, oboljele osobe koriste različite strategije i intervencije temeljene na dimenzijama mehanizama suočavanja. Ističe se značaj psihosocijalne onkologije kao ključne uloge u sveobuhvatnom razumijevanju oboljele osobe, smanjenju negativnih stavova i stigme. Temelji se na pružanju emocionalne i psihološke podrške oboljelima. Jedan od glavnih fokusa psihosocijalne onkologije usmjeren je na analiziranje emocionalnih reakcija tijekom suočavanja s malignim oboljenjima pri čemu je naglašena važnost psihoemocionalnih karakteristika oboljelih osoba, uključujući oboljenje odraslih osoba, djece i roditelja. Također, ističe se ključnost pružanja psihoemocionalne podrške u radu s oboljelim osobama, kao i važnost suradnje multidisciplinarnog tima koji uključuje suradnju educiranih stručnjaka, posebice u liječenju jake maligne boli i posljedične palijativne skrbi. Navodi se uloga programa podrške, programa probira, udruga, zaklada i inicijativa s ciljem podizanja svijesti među populacijom i smanjenjem stope mortaliteta.

Učinkovitost mehanizama suočavanja ključna je za održavanje kvalitete života kod osoba s malignim oboljenjima. Međutim, ukazuje se na potrebu za daljnjim razvojem podrške i resursa, kao i prilagođenih terapijskih pristupa s ciljem olakšavanja suočavanja s bolešću i poboljšanja ukupne dobrobiti oboljelih osoba.

Ključne riječi: maligna oboljenja, mehanizmi suočavanja, psihoemocionalne karakteristike, psihosocijalna onkologija, palijativna skrb, podrška

Coping mechanisms of persons with malignant diseases

Name and surname of the student: Daria Bilić

Name and surname of the mentor: doc. dr. sc. Damir Miholić

Programme/Modul: Educational Rehabilitation; Rehabilitation, Sophrology, Creative therapies and art/expressive therapy

Abstract

Malignant diseases, as the second leading cause of death, represent one of the greatest public health problems today in childhood and adulthood. Learning about the diagnosis affects the individual's daily life and family dynamics, as intense emotions arise in the person.

This thesis is dedicated to describing the coping mechanisms for individuals with malignant diseases, with an emphasis how persons with malignant diseases cope with the diagnosis and the challenges during psychological adjustment to the new situation. In their coping with the malignant diseases, persons use various strategies and interventions based on the dimensions of the coping mechanisms. The importance of psychosocial oncology is emphasized, with a key role in the comprehensive understanding of the persons with malignant disease, reducing negative attitudes and stigma. It is based on providing emotional and psychological support to the persons. One of the main focuses of psychosocial oncology is analyzing emotional reactions during coping with malignant diseases, so attention is given to the psycho-emotional characteristics of persons, including diseases of adults, children and parents. As well, the importance of providing psycho-emotional support in working with persons with malignant diseases is also highlighted, as well as the importance of multidisciplinary team cooperation, including educated professionals, especially in treating severe malignant pain and consequent palliative care. The role of support programs, screening programs, associations, foundations and initiatives aimed at raising awareness among the population and reducing mortality rates is mentioned.

The effectiveness of coping mechanisms is essential for maintaining the quality of life for persons with malignant diseases. However, there is a need for further development of support and resources, as well as tailored therapeutic approaches to facilitate persons' coping with the diseases and improve their overall well-being.

Keywords: malignant diseases, coping mechanisms, psycho-emotional characteristics, psychosocial oncology, palliative care, support

SADRŽAJ

| | |
|---|-----------|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. MALIGNA OBOLJENJA | 3 |
| 2.1. Vrste malignih tumora..... | 3 |
| 2.2. Etiologija malignih oboljenja | 4 |
| 2.3. Klinička slika malignih oboljenja | 5 |
| 2.4. Maligna bol..... | 6 |
| 2.4.1. Maligna bol u odrasloj dobi..... | 7 |
| 2.4.2. Maligna bol u dječjoj dobi..... | 8 |
| 2.5. Epidemiologija malignih oboljenja prema dobi | 8 |
| 2.5.1. Maligna oboljenja u odrasloj dobi | 9 |
| 2.5.2. Maligna oboljenja u dječjoj dobi | 10 |
| 2.6. Prevencija malignih oboljenja | 10 |
| 2.7. Liječenje malignih oboljenja | 11 |
| 3. PSIHOSOCIJALNA ONKOLOGIJA | 14 |
| 3.1. Prilagodba na maligna oboljenja | 15 |
| 3.2. Psihoemocionalne karakteristike oboljelih osoba | 17 |
| 3.2.1. Psihoemocionalne karakteristike odraslih oboljelih osoba | 17 |
| 3.2.2. Psihoemocionalne karakteristike oboljele djece..... | 19 |
| 3.2.3. Psihoemocionalne karakteristike obitelji | 21 |
| 3.3. Psihosocijalna onkologija i palijativna skrb | 25 |
| 4. MEHANIZMI SUOČAVANJA..... | 27 |
| 4.1. Usmjerenost mehanizama suočavanja | 27 |
| 4.2. Dimenzije mehanizama suočavanja | 29 |
| 4.3. Strategije i modaliteti mehanizama suočavanja..... | 30 |
| 4.4. Stilovi suočavanja | 32 |
| 4.5. Mehanizmi suočavanja u dječjoj dobi..... | 32 |
| 4.6. Primjeri znanstvenih istraživanja o učincima metoda, tehnika i programa pri oblikovanju pozitivnih mehanizama suočavanja kod oboljelih osoba..... | 33 |
| 4.6.1. Istraživanje br. 1 | 33 |
| 4.6.2. Istraživanje br. 2 | 35 |
| 4.6.3. Istraživanje br. 3 | 37 |
| 4.6.4. Istraživanje br. 4 | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 5. PROGRAMI I INICIJATIVE KAO PODRŠKA OBOLJELIM OSOBAMA | 41 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 43 |
| 7. LITERATURA | 45 |

1. UVOD

Maligna oboljenja predstavljaju jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u Republici Hrvatskoj te su nakon bolesti srca i krvnih žila drugi najznačajniji uzrok smrti stanovništva. Registar za rak Republike Hrvatske jedan je od registara Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, čija je uloga praćenje podataka o prevalenciji, incidenciji, mortalitetu oboljelih osoba, ali i strategijama prevencije i zdravstvene zaštite (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022). Prevalencija predstavlja broj svih oboljelih osoba u specifičnom periodu, uključujući i osobe koje su tek stekle dijagnozu, ali i one koji su dijagnozu stekli otprije. S druge strane, incidencija, kao vrlo pouzdani pokazatelj, predstavlja broj novih osoba koji su stekli dijagnozu malignog oboljenja u određenoj populaciji, a nije uvjetovana duljinom preživljenja oboljele osobe (Vrdoljak i sur., 2013, prema Dotlić, 2018). Prema posljednjim izvještajima Registra za rak u Republici Hrvatskoj, maligna oboljenja uzrok su smrti svakog petog stanovnika, a očekuje se kako će tijekom životnog vijeka jednom od tri stanovnika biti dijagnosticirana neka vrsta malignog oboljenja. Nažalost, incidencija malignih oboljenja bilježi konstantan porast u zemljama cijeloga svijeta, uključujući i Hrvatsku. Iako se i u budućnosti pretpostavlja rast, vjeruje se kako će doći do napretka u dijagnostici i liječenju što bi moglo utjecati na smanjenje stope smrtnosti, kojoj se već bilježi pad u posljednjih nekoliko godina. Bez obzira na primijećeni pad stope smrtnosti, Republika Hrvatska je jedna od zemalja u Europi s nešto većom stopom smrtnosti, dok je incidencija srednje visoka u usporedbi s ostalim europskim zemljama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023).

Što se tiče dječje dobi, maligna oboljenja su i ovdje drugi najznačajniji uzrok smrti, odmah nakon prometnih nesreća, s 10% smrtnosti (Miholić i sur., 2013). Nadalje, na godišnjoj razini u svijetu, incidencija novih slučajeva je 140 djece na milijun u dobi od 0 do 14 godina, dok se taj broj povećava u dobi od 15 do 19 godina, a iznosi 185 novih slučajeva na milijun (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017). S druge strane, petogodišnje preživljenje u Republici Hrvatskoj je iznadprosječno u usporedbi s drugim europskim zemljama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022).

Dobivanje dijagnoze sa sobom nosi promjene u svakodnevnom životu, posebno kad se radi o dijagnozi u dječjoj dobi što može predstavljati značajan izvor stresa za dijete i djetetovu obitelj, uz socijalne i zdravstvene posljedice (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022). Dijagnoza u odrasloj dobi prvenstveno predstavlja pojavljivanje intenzivnih emocija, uključujući strah od smrti i odvajanja (Cigić i Rožman, 2022). Također, postupak liječenja u

dječjoj i odrasloj dobi isto tako uključuje širok spektar emocija te posljedično zahtijeva prilagodbu na tijek života (Dotlić, 2018). Kako bi se osoba prilagodila na zahtjeve s kojima se susreće, uspostavlja specifične mehanizme suočavanja koji se definiraju kao težnja upravljanja zahtjevima, a za koje se smatra da nadilaze mogućnosti same osobe (Bearison i Mulhern, 1994, prema Miholić i sur., 2013).

S ciljem poboljšanog razumijevanja spomenutih emocionalnih reakcija te psihosocijalnih problema vezanih za maligna oboljenja, razvija se psihosocijalna onkologija. Istraživanja u okviru psihosocijalne onkologije, kao interdisciplinarnog područja, primarno su orijentirana na shvaćanje emocija, promjene ponašanja, promjene navika, pojavu simptoma, eventualnih psiholoških posljedica, ali i metoda usmjerenih na pružanje podrške oboljeloj osobi (Miholić, 2014).

2. MALIGNNA OBOLJENJA

Kada se stanica, kao osnovna građevna jedinica tijela, krene abnormalno dijeliti, formira masu tkiva koja se naziva tumor. Tumor kao takav napada tkivo ili organ te iz njega uzima hormone, krv i hranu, a može biti benignan i malignan. Maligni tumori predstavljaju “rak”, odnosno maligna oboljenja (Miholić, 2012, prema Knežević, 2016). Nadalje, za većinu malignih tumora uglavnom se veže pojam “solidni tumor” kako bi ih se moglo razlikovati od oblika malignih tumora krvi. Takvi, solidni tumori, čine skoro polovicu malignih tumora; dok su uz limfome i leukemiju vezani za pojam “rak” (Kudek Mirošević, 2010). Rak može obuhvatiti bilo koji dio tijela, a počinje mutacijom bilo koje stanice u tijelu. Mutirane stanice se mogu početi ubrzano stvarati i širiti, što se naziva metastaziranjem koje je primarni uzrok smrti kod oboljelih osoba (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023).

2.1. Vrste malignih tumora

Solidni tumori su najčešći naziv za tumore, a odnose se na rak pojedinog tkiva ili organa. Solidne tumore dijelimo na tumore središnjeg živčanog sustava ako su oboljenja nastala na leđnoj moždini ili mozgu, sarkome gdje obolijevaju vezivna i potporna tkiva te karcinome gdje obolijevaju epitelne stanice (onkologija.hr, bez dat.). Tumori središnjeg živčanog sustava rijetko se nalaze na leđnoj moždini, a često na moždanom deblu i malom mozgu te mogu zahvatiti sve dobne skupine (Roganović, 2009). Sarkomi uključuju tkiva poput masnog tkiva, tetiva, mišića, živaca, dok karcinomi uključuju organske sustave jer epitelne stanice prekrivaju unutarnjost organskih sustava, a mogu se nalaziti i na površini tkiva i organa prema čemu dobivaju naziv. Općenito maligna oboljenja dobivaju naziv prema tipu stanice ili organu u kojem su primarno nastali. Uz solidne tumore, kod kojih se uglavnom javljaju izrasline, spominju se i hematološki tumori, odnosno tumori krvi koji se osim u krvi, razvijaju i u koštanoj srži te limfnim čvorovima. Hematološki tumori uključuju mijelome, limfome i leukemije (onkologija.hr, bez dat.). Limfomi predstavljaju maligne tumore limfnog tkiva kad dolazi do povećanja limfnih čvorova na tijelu, koji su najčešće bezbolni te se kod adolescenata i odraslih javljaju u obliku Hodgkinove bolesti (Roganović, 2009).

Maligni tumori koji se uglavnom javljaju u dječjoj dobi mogu se podijeliti na tumore krvnih stanica i krvotvornih organa, odnosno leukemije i limfome te solidni tumori koje čine

embrionalni tumori, karcinomi i sarkomi (Knežević, 2016). Leukemija pretežno zahvaća djecu u dobi od dvije do šest godina, a nastaje jer se bijele krvne stanice nekontrolirano dijele u koštanoj srži, a druga vrsta limfoma, učestalija u dječjoj dobi, su non-Hodgkinovi limfomi (Roganović, 2009). Prema Butković (2011), solidni tumori se prema njihovoj lokalizaciji dijele na tumore mišićno-koštanog sustava, tumore središnjeg živčanog sustava i tumore abdomena. Maligni tumori mišićno-koštanog sustava odnose se na maligne tumore kostiju poput Ewig sarkoma i osteosarkoma te maligne mezenhimalne tumore kao što su fibrosarkomi i rabdomiosarkomi. Maligni tumori središnjeg živčanog sustava općenito su najčešći maligni tumori u dječjoj dobi od pete do desete godine, posebno u prve četiri godine djetetova života. Maligne tumore abdomena čine tumori bubrega, tumori jetre, maligni mezenhimalni tumori te neuroblastomi. Neuroblastomi su maligni tumori živčanog tkiva koji se najčešće očituju na trbuhu, a zahvaćaju djecu do pete godine života, najviše u prvoj godini (Roganović, 2009).

2.2. Etiologija malignih oboljenja

Kao uzrok smrti kod trećine osoba smatraju se prekomjerne konzumacije alkohola, duhanskih proizvoda, nedovoljne konzumacije voća i povrća, nedostatne tjelesne aktivnosti te pretilost (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023). Vrdoljak i sur. (2013, prema Sivrić, 2022) kao rizične čimbenike, uz navedene, navode biološke (virus hepatitisa B, virus hepatitisa C, Epstein-Barrow virus...) i okolišne čimbenike (opasna zračenja) te čimbenike koji su povezani s profesionalnom izloženošću štetnim tvarima (arsen, azbest, nikal...). Također, u posljednje vrijeme se sve češće govori o izloženošću štetnim sunčevim zrakama koje mogu uzrokovati rak kože (Gregurek i Braš, 2008). Nadalje, kao jednako važan čimbenik rizika, ne smije se izostaviti dob osobe niti njezina obiteljska anamneza. Odnosno, starije osobe su u većem riziku obolijevanja od malignog oboljenja. Mogući razlozi su sporije razvijanje malignog oboljenja, osjetljivost starijih osoba koje se duže vremena izlažu kancerogenim tvarima, češće genetske mutacije i lošiji imunitet (Strnad, 2005). Dob spominje i autor Šeparović (2018), a svrstava je, uz genetiku, u unutarnje čimbenike rizika koji ne mogu biti kontrolirani vanjskim faktorima. Čimbenike rizika, osim na unutarnje dijeli i na vanjske čimbenike koji su rezultat životnih i radnih navika. Autor Gregurek (2006, prema Cigić i Rožman, 2021) navodi i mogućnost psihosomatskog podrijetla malignog oboljenja, gdje teorije o nastanku dijeli na kauzalne i permisivne. Kauzalna teorija pretpostavlja da se nesvjesni konflikti unutar osobe

odražavaju na tijelu, dok permisivna teorija pretpostavlja da nisu psihogeni faktori ti koji su izravno kancerogeni, već da su uključeni i drugi faktori. Također, spominje i teoriju stresa koja objašnjava kako stres utječe uglavnom na imunološki i endokrinološki sustav, koji zatim slabe te su ovisni i o obrambenim mehanizmima osobe, ne samo o intenzitetu stresa. Stresni događaji, uz socijalne odnose i podršku, negativne emocije, potiskivanje emocija, psihijatrijske poremećaje, osobine ličnosti i načine suočavanja s oboljenjem, smatraju se psihološkim faktorima koji mogu imati utjecaja na pojavu samog malignog oboljenja (Gregurek, 2008, prema Gregurek i sur., 2010).

2.3. Klinička slika malignih oboljenja

Ovisno o veličini, lokaciji te proširenosti na bliže i udaljene dijelove tijela i organe, maligna oboljenja uzrokuju mnoštvo različitih simptoma, a među općenitima spominju se nagli gubitak težine i umor (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017). Autorica Strnad (2005) još ističe gubitak apetita, krv u stolici ili urinu, iskašljavanje ili povraćanje krvi, dugotrajnu promuklost/kašalj, izrazite probavne smetnje te eventualne promjene madeža ili ranica. Jedan od najučestalijih i najtežih simptoma koji se može pojaviti kod oboljelih osoba je bol. Prema posljednjim istraživanjima, bol, bez obzira na to što je veoma subjektivna, osjeća više od polovice oboljelih osoba. Ukoliko se stupnju boli pridruži bol koju oboljele osobe osjećaju tijekom dijagnostičkih pretraga i liječenja, može se reći kako svaka oboljela osoba osjeća određeni stupanj boli (Pharo i Zhou, 2005, prema Dobrila-Dintinjana i sur., 2014).

Kao učestali tip malignih tumora, tumori središnjeg živčanog sustava uključuju simptome poput poremećaja hoda, poremećaja ponašanja, vrtoglavica, mučnina, povraćanja, glavobolja, dvoslika ili zamućenog vida (Roganović, 2009). Glavobolje se znaju početi javljati već nekoliko mjeseci prije samog dijagnosticiranja malignog oboljenja, ali i prije pojave ostalih neuroloških simptoma (Duffner i sur., 1999; Kaatsch i sur., 2001, prema Butković, 2011). U dječjoj dobi najčešće maligno oboljenje, leukemija, uglavnom izaziva simptome poput bolova u zglobovima i kostima, slabosti, gubitka težine, blijedila, krvarenja iz nosa ili desni, krvarenja po koži (Roganović, 2009). Klinička slika malignih abdominalnih tumora definirana je lokalizacijom tumorske mase i mogućim metastazama, a mogu se pojaviti probavne i urogenitalne smetnje, inkontinencija, slabost, krvarenje u tumor, smanjena želja za hranom,

viša tjelesna temperatura. Mišićno-koštani tumori često uzrokuju intermitentne bolove koji se pogoršavaju noću (Butković, 2011).

Maligna oboljenja se posljednjih godina počinju svrstavati među kronične bolesti zbog produžetka preživljenja. No, samim dužim preživljenjem, produžuje se i trpljenje simptoma malignog oboljenja (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014).

2.4. Maligna bol

Maligna oboljenja pobuđuju osjećaj straha od toga da će oboljela osoba prolaziti kroz neizdržive, snažne bolove (Gregurek i Braš, 2008). Od cijelog niza simptoma koje maligna oboljenja uzrokuju, bol se smatra najčešćim simptomom koji zasigurno nije ugodan (Valdimarsdottir i sur., 2002; Winslow i sur., 2005, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014) te može utjecati na sve komponente života oboljele osobe, uključujući tjelesne, kognitivne, ponašajne, socijalne, duhovne, afektivne dimenzije i osobnost oboljele osobe (Gregurek i Braš, 2008).

Maligna bol se javlja kad tijekom stvaranja tumora kod oboljele osobe dođe do izravnog osjeta boli, nastalog zbog napada tumora na tkiva ili pritiskom na okolna tkiva, zbog infiltracije živčanih plexusa ili ako se upalni i ostali medijatori počnu neizravno lučiti (Butković, 2011). Ovisno o razlogu nastanka boli, bol se dijeli na inflamatornu, nociceptivnu i neuropatsku bol (Guyton i Hall, 2006, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014), a maligna bol može biti obuhvaćena sa sve tri vrste (Benedetti i sur., 2000, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Nociceptivna bol može biti visceralna, praćena niskim tlakom, znojenjem, mučninom, povraćanjem, bljedilom, te somatska, najčešće lokalizirana na vezivnim tkivima, mišićima, kostima i zglobovima. Neuropatsku bol izazivaju disfunkcije središnjeg živčanog sustava ili njegove lezije, što zna biti praćeno motoričkom slabošću, osjećajem mravinjanja, žarenjem, pečenjem (Butković, 2011). Budući da je osjećaj boli individualan, nestabilan i promjenjiv te da isti podražaj neće izazvati istu bol kod različitih osoba, potrebno ju je adekvatno procijeniti. Neadekvatna procjena boli smatra se jednim od ključnih razloga vezanih uz nedostatan liječenje boli (Herr i sur., 2004, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Procjena boli se zapisuje u dnevnik boli oboljele osobe, a anamneza obuhvaća: intenzitet, lokaciju i vrijeme javljanja boli, širenje, tip boli i kvalitetu, etiologiju boli, faktore koji smanjuju ili

pojačavaju bol te informacije o prethodnim terapijama i psihološkim stanjima (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014).

Svjetska zdravstvena organizacija ističe važnost maligne boli u procesu liječenja postavljajući ju na četvrto mjesto iza prevencije, ranog otkrivanja i učinkovitog liječenja (Persoli i sur., 2010, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Prilikom liječenja maligne boli, kako bi bilo uspješno i brzo, ne smije se zaboraviti obuhvatiti sve sastavnice boli, počevši s fizičkom boli, zatim psihičkom, emotivnom i socijalnom. U liječenju se koriste bihevioralne i kognitivne tehnike, farmakoterapija te neki invazivni postupci (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Principi palijativne medicine oblikuju koncept liječenja maligne boli (Luzer i sur., 2009, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014).

2.4.1. Maligna bol u odrasloj dobi

Ukoliko osoba pati od nekog psihijatrijskog poremećaja, smatra se kako je kod nje bol češća i jača. Jaka bol se javlja kod otprilike 70% oboljelih osoba u bilo kojem stadiju, dok pogoršanjem oboljenja raste i postotak oboljelih osoba koje trpe bol, koji onda iznosi 75%. Četvrtina oboljelih osoba, 25%, dočeka smrtni ishod trpeći bolove (Gregurek i Braš, 2008). Prema smjernicama Europskog udruženja za palijativnu skrb i Svjetske zdravstvene organizacije, moguće je djelotvorno liječiti bol kod velike većine oboljelih osoba, njih 70-90% (Ward i sur., 1998, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Međutim, bol je nedovoljno liječena kod čak 40% oboljelih osoba (Frich i Borgbjerg, 2000, prema Dobrića-Dintinjana i sur., 2014).

Ukoliko oboljele osobe trpe bol duže vrijeme, ponekad se može dogoditi da više ne pokazuju fizičke znakove boli. Ipak, treba obratiti pažnju na znakove kao što su znojenje, izrazi lica te prisilni položaji (Dobrića-Dintinjana, i sur., 2012, 2014). Tijekom pregleda također se ne smije isključiti mogućnost postojećih anksioznih i depresivnih poremećaja ili nekih drugih oboljenja koji također mogu utjecati na bol (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). Od cjelokupne boli koju osjećaju oboljele osobe, 10% je povezano s oboljenjima u komorbiditetu, 10-20% odnosi se na metode liječenja, a dvije trećine do tri četvrtine boli uzrokuje samo oboljenje (Benett, 2017, prema Brozović i sur., 2022). Pojedine oboljele osobe jednako tako mogu minimizirati svoju bol ili ju prešutjeti zbog straha od mogućeg pogoršanja oboljenja ili

povratka jer se u više od 40% slučajeva prilikom pojačanja ili ponovne pojave boli zaista radi o pogoršanju ili novom sijelu (Dobriša-Dintinjana i sur., 2014).

2.4.2. Maligna bol u dječjoj dobi

Djeca koja se suočavaju s malignim oboljenjima također osjećaju bol neovisno o stadiju oboljenja. To može biti izazvano samim oboljenjem, njegovom progresijom, invazivnim postupcima ili nuspojavama različitih metoda liječenja (WHO, 1998, prema Butković, 2011). Međutim, djeca vrlo često imaju poteškoća s percepcijom boli i procjenom njezine jačine, posebno jer se radi o subjektivnom osjećaju koji također ovisi o dobi, razvoju, kulturi i odgoju. Najčešće boli, kroz koje prolaze djeca s malignim oboljenjima, su tupi bol u kostima, frontalne i okcipitalne glavobolje te bol u truhu popraćena otežanim disanjem (Bruera i Portenoy, 2009; Loeser i sur., 2011; Schechter i sur., 2003; prema Butković, 2011). Ovisno o trajanju, djeca mogu proživljavati akutnu ili kroničnu bol. Kronična bol je dugotrajna i posljedično može dovesti do promjena u ponašanju djeteta, uključujući slabiju zainteresiranost za vršnjake i igru s njima te teškoće s hranjenjem i spavanjem. Akutna bol predstavlja odgovor na neku upalu ili traumu, a kod djece s malignim oboljenjima do nje može doći kompresijama kralježnične moždine, frakturama kostiju, istjecanjem krvi u tumor (Loizzo i sur., 2009; Turk i Okifuji, 2001, prema Butković, 2011). Važno je napomenuti kako se maligna bol kod djece može očitovati kroz sve tipove boli, što zahtijeva kvalitetno prepoznavanje i procjenu (Butković, 2011).

2.5. Epidemiologija malignih oboljenja prema dobi

Maligni tumori u dječjoj dobi razlikuju se od tumora u odrasloj dobi, uzimajući u obzir dinamiku njegova rasta (Kudek-Mirošević, 2010). Razlika se očituje i u lokalizaciji tumora, simptomatologiji, patohistološkoj dijagnozi te prognozi oboljenja. U dječjoj dobi prevladavaju maligni tumori krvnih stanica i krvotvornih organa, maligni tumori mozga i sarkomi, dok su u odrasloj dobi karcinomi prevladavajući maligni tumori (Pizzo i Poplack, 2005; Ries i sur., 1999, prema Butković, 2011).

2.5.1. Maligna oboljenja u odrasloj dobi

Broj slučajeva oboljelih osoba od malignog oboljenja bilježi neprekidan porast u svijetu i u Republici Hrvatskoj. Svake godine, u prethodnih pet godina, dijagnozu malignog oboljenja dobije 25.000 osoba. Iako je veći broj slučajeva malignih oboljenja primijećen kod muškaraca, stopa incidencije se pokazala rastućom kod žena. Hrvatska općenito bilježi porast incidencije. Najčešće se smatra kako je Hrvatska, u usporedbi s europskim zemljama, zemlja srednje incidencije. Međutim, posljednji podaci pokazuju kako je Hrvatska ipak 4. zemlja s najvećom stopom incidencije (Vlada Republike Hrvatske, 2024).

Primijećen je nagli rast incidencije u 2022. godini, s čak 27.512 novih slučajeva malignog oboljenja. Međutim, smatra se kako je u toj godini stopa značajno porasla jer je u prethodnim godinama zabilježen pad incidencije uzrokovan COVID-19 pandemijom (Vlada Republike Hrvatske, 2024). Odnosno, porast je najprije uzrok većeg broja dijagnostičkih pretraga u odnosu na godinu početka pandemije (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2024). Prema podacima Europske komisije (Vlada Republike Hrvatske, 2024) najčešće sijelo malignog oboljenja kod muškaraca u 2022. godini bio je rak prostate s 22% slučajeva. Prate ga rak debelog crijeva i pluća (17%), mokraćnog mjehura (6%), rak želuca i melanom kože (4%), rak bubrega i non-Hodgkin limfom (3%) te rak gušterače i leukemija (2%), dok ostala sijela iznose 20% udjela. Kod žena u 2022. godini najčešće sijelo predvodi rak dojke s 25% slučajeva, iza čega slijede ostala sijela s 24% udjela. Zatim slijede rak debelog crijeva (14%), pluća (9%), tijela maternice (7%), štitnjače (5%), jajnika (4%), rak želuca, melanom kože, non-Hodgkin limfom i rak gušterače (3%).

Maligna oboljenja uzrokovala su skoro trećinu (23%) svih smrti u 2022. godini. Naime, kod osoba mlađih od 65 godina, maligna oboljenja bila su vodeći uzrok smrti u 35% smrtnih slučajeva. Skoro polovicu smrtnih slučajeva kod žena (48%) uzrokovala su maligna oboljenja, a kod muškaraca trećinu (30%) do te dobne granice. Rak pluća, debelog i završnog crijeva bili su najčešća smrtonosna sijela i za muškarce i za žene, uz rak prostate kod muškaraca i rak dojke kod žena. Iako je Hrvatska na visokom 3. mjestu stope mortaliteta među europskim zemljama, primijećen je godišnji pad u iznosu od 1,7% od 2015. godine pa nadalje. Nažalost, Hrvatska je na dnu ljestvice među europskim zemljama kad se govori o preživljenju, iako je u posljednjih nekoliko godina zabilježen napredak. Bez obzira na zabilježeni napredak, Hrvatska je među pet europskih zemalja koje imaju najlošije preživljenje za rak pluća, prostate, debelog i završnog crijeva te želuca (Vlada Republike Hrvatske, 2024).

2.5.2. Maligna oboljenja u dječjoj dobi

Maligna oboljenja u dječjoj dobi su rijetka, a čine do 2% neoplazmi opće populacije (Roganović, 2009). Pokazalo se kako dječaci oboljevaju češće od djevojčica (Konja, 2009, prema Stipić, 2019). Također, učestalost tumora raste kako raste i dob osobe (Kudek Mirošević, 2010). No, u ranom djetinjstvu i adolescenciji, bilježe se porasti incidencije malignih oboljenja uzrokovani procesima rasta i kasnije hormonalnim promjenama (Butković, 2011).

Najčešća maligna oboljenja djece u 2021. godini bile su leukemije (34), zatim limfomi (20) te maligni tumori središnjeg živčanog sustava (14) kada su maligna oboljenja dijagnosticirana kod 115 djece u dobi od 0 do 14 godina, s podjednakim omjerom dječaka i djevojčica (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2024).

Leukemija, kao najčešće maligno oboljenje prethodnih godina, također je i najčešći uzrok smrti u 2022. godini kad je sveukupno od malignog oboljenja preminulo 13 djece. U posljednjih 20 godina stopa mortaliteta pada, s prosječnim godišnjim padom od 1,8%, dok je stopa incidencije stabilna. U usporedbi s preživljenjem odraslih, petogodišnje preživljenje u dječjoj dobi u Republici Hrvatskoj je iznad prosjeka u usporedbi s europskim zemljama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2024).

2.6. Prevencija malignih oboljenja

Procjenjuje se kako se kontroliranjem rizičnih čimbenika može spriječiti otprilike 50% svih smrti uzrokovanih malignim oboljenjima (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023). Kontroliranje spomenutih čimbenika rizika spada pod primarnu prevenciju malignih oboljenja. Primarna prevencija odnosi se na dovoljan unos raznovrsne prehrane, adekvatnu tjelesnu aktivnost, nepušenje i umjerenost u konzumaciji alkohola. Međutim, vrlo je važno da se osoba pridržava zdravih navika još od mlađe dobi pa sve do starije, iako je starijima ponekad teško mijenjati navike koje su stekli za života. Sekundarna prevencija uglavnom se odnosi na probir, odnosno na rano otkrivanje oboljenja kod osoba s već izraženim simptomima, dok se tercijarna prevencija odnosi na sve vrste podrške, rehabilitacije i mjere za unapređenje kvalitete života već oboljelih osoba (Strnad, 2005). Za osnaživanje kontrole raka, razvijaju se nacionalni programi kontrole raka koji koriste strategije s ciljem

poboljšanja kvalitete života oboljelih osoba te smanjenje broja oboljelih i umrlih. Nacionalni programi kontrole raka sastoje se od već navedene prevencije, zatim ranog otkrivanja, ali i dijagnoze i liječenja te posljedično palijativne skrbi. S obzirom na to da Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje kako će se s postojećim nezdravim životnim navikama poduplati broj slučajeva malignog oboljenja u narednih 20 godina, potrebno je informirati zdravstvene djelatnike, ali i opću populaciju kako bi se zaista smanjio broj oboljelih i umrlih te poboljšala kvaliteta života (Strnad i Šogorić, 2010).

2.7. Liječenje malignih oboljenja

Prije dijagnostičkog pregleda, potrebno je utvrditi vrstu i tip malignog oboljenja kako bi se dijagnostički pregled mogao nadalje kompletno obaviti, a sastoji se od: patološke, citološke, molekularne i laboratorijske dijagnostike, tumorskih biljega te radiološke snimke (Vrdoljak i sur., 2013, prema Sivrić, 2022). Važno je odabrati ispravnu dijagnostičku pretragu za određenu vrstu i tip malignog oboljenja kako bi se izbjegla neracionalna količina pretraga koje su često vrlo skupe, a mogu negativno utjecati na kvalitetu života oboljele osobe (Šeparović i sur., 2018). Kvalitetan odabir dijagnostičke pretrage pogoduje i odabiru metoda liječenja koje također može biti izuzetno stresno za oboljelu osobu (Gregurek i sur., 2010; Šeparović i sur., 2018). Povezivanju prevencije, dijagnostičkih pregleda i liječenja doprinosi multidisciplinarni pristup. Osnovna ideja multidisciplinarnog pristupa je individualni pristup oboljeloj osobi pri razvijanju specifičnog plana liječenja te poboljšanje kvalitete života uz suradnju stručnjaka širokih specijalnosti: onkolog, kirurg-onkolog, liječnik opće prakse, medicinska sestra, psiholog, psihijatar, internist, nutricionist, citolog, patolog, radiolog (Vrdoljak i sur., 2013, prema Sivrić, 2022). Nakon odabranog specifičnog liječenja koje se provodi u onkološkim centrima, onkolog prati oboljelu osobu uz liječnika primarne zdravstvene zaštite koji u posljednje vrijeme ima sve bitniju ulogu (Šeparović, 2016). Onkološko liječenje prvenstveno uključuje liječenje zračenjem (radioterapiju), kirurško liječenje te sustavnu antineoplastičnu terapiju koja sadrži endokrinu terapiju, imunoterapiju i kemoterapiju. Kirurško liječenje se uglavnom odnosi na rane faze malignog oboljenja, a nakon završetka kirurškog liječenja uvode se radioterapija i sustavna antineoplastična terapija kako bi se smanjio rizik za ponovni dolazak bolesti (Šeparović, 2018). Radioterapija ili liječenje zračenjem predstavlja metodu liječenja do koje ionizirajućim zračenjem dolazi do odumiranja tumorskih stanica. Zračenjem se mogu oštetiti i zdrave stanice no kod njih dolazi

do bržeg oporavka (Redžović i sur., 2015). Imunoterapija se smatra biološkom terapijom u kojoj je uglavnom cilj djelovati na imunološke stanice umjesto na tumorske stanice, stimuliranjem imunološkog sustava (Topalian i sur., 2011, prema Sui i sur., 2024). Endokrina terapija obično se spominje u kontekstu liječenja malignog oboljenja dojke, posebno ako je oboljenje uznapredovalo. U takvim slučajevima endokrina terapija najčešće uključuje terapiju selektivnim modulatorima estrogenskih receptora (Šeparović i sur., 2014). Kemoterapija predstavlja uništavanje tumorskih stanica putem kemijskih sredstava poput antineoplastika, antitumorskih kemoterapeutika te citostaticima (Kiralj i sur., 2017). Ukoliko kod oboljenja dođe do pogoršanja i metastaziranja, koristi se sustavno liječenje kombiniranjem navedenih metoda, od čega je najčešća kombinacija kirurškog liječenja i liječenja zračenjem (Šeparović, 2018). Učestalost ponovnog dolaska bolesti, najveća je u prve dvije do tri godine nakon već provedenog liječenja (Šeparović, 2016). Spominjući liječenje, važno je napomenuti i liječenje maligne boli u kojem je potrebno uključiti sve komponente boli: emotivnu, socijalnu, fizičku i psihičku komponentu. Međutim, u kontekstu liječenja, vrlo često se govori o preživljenju kao mjeri izlječenja. Tri su glavna faktora o kojima ovisi preživljenje, a to su učestali tip tumora, faza otkrivanja malignog oboljenja i metode liječenja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018), u čemu najvjerojatnije leži razlog nepovoljnog položaja Hrvatske, uzimajući u obzir nedostatne programe za detekciju i dijagnozu, nedostatak opreme, suradnje i sl. (Vlada Republike Hrvatske, 2024). Iako rana detekcija utječe na uspješnost liječenja, kod starijih osoba programi probira ne provode se tako često kao kod mlađih osoba, a kao razlozi navode se nedostatak informiranosti i nedovoljno traženje pomoći (Strnad, 2005). No, ranije otkrivanje mogućnosti povratka oboljenja se u većini slučajeva pokazalo kao faktor koji nema utjecaja na preživljenje (Šeparović, 2016). Međutim, pojedina istraživanja pokazala su kako i psihološki status može utjecati na preživljenje, spominjući depresiju u komorbiditetu s malignim oboljenjima za koju se smatra da utječe na progresiju oboljenja, ali nije još potvrđena kao uzrok smrti u oboljelih osoba (Cigić i Rožman, 2021). Usavršavanje pojedinih metoda dijagnostike i liječenja te novi lijekovi na tržištu, jednako tako imaju ulogu u dužem preživljenju (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014).

Kako bi se obuhvatile navedene komponente, koristi se multimodalan pristup koji se sastoji od farmakoloških i nefarmakoloških metoda te bihevioralnih i kognitivnih tehnika (Dobrića-Dintinjana i sur., 2014). U liječenju oboljelih osoba korisne mogu biti psihosocijalne intervencije poput tehnika relaksacije, psihoedukacija, suportivnih intervencija i rad oboljelih osoba na socijalnim i emocionalnim područjima te partnerskim odnosima (Mihaljević-Peješ i

Šagud, 2008, prema Cigić i Rožman, 2021). Između ostalog, iskustvo oboljele osobe tijekom liječenja, pokazalo se kao važan faktor u definiranju kvalitete skrbi. Mnoga su istraživanja dokazala pozitivnu povezanost između iskustava oboljele osobe i liječničkih ishoda, a iskustva su također povezana i s kulturom oboljele osobe, koju je vrlo važno poznavati (Salehi i sur., 2023).

Psihički faktori, uz stadij oboljenja, tip i vrstu te metode liječenja jednako tako imaju utjecaj na zdravstveni ishod, što potvrđuje različiti tok bolesti kod osoba koje imaju iste simptome i isti način liječenja (Gregurek, 2008). Pri liječenju oboljelih osoba na emocionalnom području može se koristiti individualni pristup, psihosocijalni pristup i farmakološki pristup. Individualni pristup zahtijeva podršku od samog saznanja o dijagnozi pa sve do kraja liječenja, čak i nakon; gdje se spominje važna uloga psihijatra kao dijelom liječničkog tima. Kao dodatak individualnom pristupu, navodi se psihosocijalni pristup koji uključuje i obitelj oboljele osobe. U psihosocijalnom pristupu, mogu se koristiti grupne psihoterapije uključujući osobe koje prolaze kroz ista iskustva s ciljem stvaranja pozitivnijih stavova prema oboljenju. O korištenju lijekova u farmakološkom pristupu, najčešće antidepressiva, odlučuje psihijatar ovisno o ozbiljnosti psiholoških problema koji su individualni za svaku oboljelu osobu (Ivančić Ravlić, 2014). Prema Gregurek i sur. (2010) psihoterapeutski pristup oboljeloj osobi uvjetovan je njezinom osobnosti, problemima i situacijama s kojima se suočava, iskustvima, mehanizmima obrane, ponašajnim obrascima, liječenjem i tretmanima. Psihoterapeutski pristup za cilj ima unaprijediti psihološku stabilnost oboljele osobe, ali ne mijenjanjem osobnosti osobe nego uključivanjem raznih aktivnosti poput informativnih sastanaka, konzultacija, psihoterapeutskih intervencija, grupnih psihoterapija, podrške obitelji. Informativno-edukacijski sastanci omogućuju oboljelim osobama razgovor o trenutnoj kliničkoj slici, simptomima i potencijalnim strahovima. Konzultacije provode psihijatar i onkolog s ciljem prepoznavanja negativnih emocija, njihovog prerađivanja te prihvatanja oboljenja. Za razliku od grupnih psihoterapija, psihoterapeutske intervencije su individualne te uključuju praćenje odnosa između liječnika i oboljele osobe, uključujući uvažavanje teškoća osobe. Podrška obitelji, odnosno rad s obitelji, ima ulogu jačanja sigurnosti unutar obiteljskih odnosa i smanjenju osjećaja anksioznosti izazvanih dijagnozom (Hotujac i sur., 2010, prema Cigić i Rožman, 2021).

3. PSIHOSOCIJALNA ONKOLOGIJA

Psihosocijalna onkologija je interdisciplinarno područje koje povezuje stručnjake iz različitih medicinskih, prirodnih i društvenih područja, a čiji razvoj seže u sedamdesete godine 20. stoljeća (Prstačić i sur., 2004). Sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća po prvi puta se smanjuje stigma s malignog oboljenja, dolazi do otkrivanja dijagnoza te analiziranja osjećaja oboljelih osoba i psiholoških dimenzija (Prstačić, 2006, prema Miholić, 2014). Područje interesa psihosocijalne onkologije prvenstveno je smanjenje negativnih stavova prema malignim oboljenjima te razumijevanje oboljele osobe u potpunosti (Miholić, 2014). Kao pristup smanjenju negativnih stavova prema malignim oboljenjima, u istraživanjima se često spominju programi podrške i savjetovanja koja također mogu biti korisna u unapređenju pozitivnih mehanizama suočavanja oboljelih osoba. S obzirom na to da je oboljeloj osobi potrebna kvalitetna i sveobuhvatna skrb, današnja medicina razvija razne kompleksne tretmane i edukativne programe s ciljem uspostavljanja holističkog pristupa te shvaćanja u okviru biopsihosocijalnog pristupa (Prstačić i sur., 2004).

Sveobuhvatno shvaćanje malignog oboljenja glavni je cilj psihosocijalne onkologije, uz analiziranje psiholoških faktora. Djelovanje psihosocijalne onkologije usmjereno je prema dva područja. Prvo područje predstavljaju emocionalne reakcije na maligna oboljenja, odnosno reakcije oboljele osobe, njezine obitelji te medicinskog tima, uzimajući u obzir važnost međudnosa tijekom svih stadija oboljenja i procesa liječenja. Drugo područje djelovanja psihosocijalne onkologije odnosi se na čimbenike rizika za pojavu oboljenja, poput ponašajnih, bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, identifikaciju oboljenja, liječenje te preživljenje (Gregurek i sur., 2010).

Prema Martinec i sur. (2012) psihosocijalna onkologija orijentirana je istraživanju kako psihosocijalnih, tako i etičkih i ponašajnih faktora u tretmanu oboljelih osoba. Odnosno, područja interesa istraživanja u psihosocijalnoj onkologiji usmjeravaju se na analiziranje tih faktora koji se smatraju faktorima rizika nastanka oboljenja te utječu na dijagnosticiranje, liječenje i preživljenje. Također, istraživanja se bave i analiziranjem psihoemocionalnih reakcija oboljele osobe i osoba u njenoj blizini primjenom edukacijskih, rehabilitacijskih, terapijskih i komplementarnih metoda namijenjenih sveobuhvatnom podržavanju osobe te poboljšanju kvalitete života uz održavanje psihosocijalnih i psihosomatskih funkcija.

Intervencije koje se obično koriste u psihosocijalnoj onkologiji su nefarmakološke intervencije. Razvijene su kako bi se zaista djelovalo na osjećaje stresa, depresije i anksioznosti, odnosno s ciljem uspostavljanja osjećaja samokontrole. Nefarmakološke intervencije su COPE tehnike, odnosno tehnike namijenjene rješavanju problema, kognitivno-bihevioralne tehnike, vježbe namijenjene otpuštanju stresa i grupe podrške. COPE model predstavlja informacije stručnih osoba, planiranje, kreativnost i optimizam. Kognitivno-bihevioralne tehnike metodama relaksacije utječu na smanjenje osjećaja stresa, pri čemu pomažu i vježbe za otpuštanje stresa, kojima je cilj poboljšanje imunološkog sustava, krvnog tlaka, energije i spavanja. Grupe podrške pozitivno utječu na smanjenje osjećaja depresije, ali i općenito na promjene raspoloženja (Holland i sur., 2015). Nerijetko se ističe i važnost pružanja podrške od strane psihoonkologa. Njegova se biopsihosocijalna perspektiva sastoji od četiri dijela. Prvi dio odnosi se na isticanje duhovnih potreba oboljelih osoba jer dolazi do osjećaja očaja i do gubitka vjere. Zatim je važno definiranje bioloških utjecaja koji su destabilizirajući, a uključuju pojedine lijekove, manjak sna, pothranjenost, infekcije i moguće tjelesne posljedice. Treći dio biopsihosocijalne perspektive odnosi se na objašnjavanje bioloških utjecaja, a usmjereno je na potencijalne kognitivne poremećaje, depresivne poremećaje, psihoze, razdražljivost, impulzivnost, emocionalnu nestabilnost, pasivnu otpornost i gubitak nade. Posljednji dio je referiranje na socijalne teškoće, uključujući neke financijske ili pravne teškoće, sukobe s okolinom ili obitelji te narušavanje društvene percepcije (Holland, 2015).

3.1. Prilagodba na maligna oboljenja

Dijagnosticiranje malignog oboljenja i njegovo liječenje kod oboljele osobe zahtijevaju psihološku prilagodbu jer sa sobom nose izniman stres (Antoni, 2013). Primarni osjećaj koji se javlja kod oboljele osobe je strah. Prije svega, strah od povratka malignog oboljenja, strah od nuspojava izazvanih adjuvantnim terapijama, strah od gubitka socijalnih veza, odnosa i aktivnosti te strah od prerane smrti (Stanton, 2006; Spencer i sur., 1999, prema Antoni, 2013). Početak prilagodbe na maligna oboljenja ovisan je o psihosocijalnim faktorima kao što su općeniti uvjeti života, mentalno zdravlje osobe, pojava depresije, bračno stanje i prijateljstva, obrazovanje i posao te financije (Zabora i sur., 2000, prema Grgić, 2020).

Tijekom prilagodbe na maligna oboljenja i proces liječenja, spominju se tri važna faktora: bihevioralni, kognitivni i društveni faktori. Bihevioralni faktori odnose se na opuštanje i

ponašanja koja poboljšavaju zdravlje osobe, kognitivni faktori uključuju procjenu stanja oboljenja i suočavanje s oboljenjem, dok društveni, odnosno socijalni faktori, uglavnom uključuju socijalnu podršku. Općenito, psihološka prilagodba na maligna oboljenja može biti povezana s fiziološkim sustavima, čije promjene mogu utjecati na procese rasta tumora (Antoni, 2013).

Psihosocijalne intervencije koje također mogu utjecati na procese nastanka tumora i procese rasta tumora još trebaju biti istražene (Antoni, 2013). Također, postoje i psihološki faktori koji mogu utjecati na procese nastanka tumora i tijekom malignog oboljenja. Takvi psihološki faktori nerijetko se odnose na negativne emocije povezane sa stresnim događajima, osobine ličnosti, psihijatrijske bolesti, suočavanje s bolešću i njezino potiskivanje te socijalne odnose i podršku (Greenwald, 2002, prema Cigić i Rožman, 2021).

Faktore koji utječu na psihološku prilagodbu osobe dijele se na one uvjetovane kliničkom slikom oboljenja, društveno uvjetovane faktore te osobno uvjetovane. Faktori uvjetovani kliničkom slikom odnose se na sijelo malignog oboljenja te njegov stadij uz simptome i prognozu bolesti, mogućnost povratka oboljenja, mogućnosti liječenja i podršku liječnika. Društveno uvjetovani faktori odnose se na vjerovanja, informiranost oboljele osobe te na skrivanje ili otkrivanje dijagnoze okolini, dok se osobno uvjetovani dijele na intrapersonalne i interpersonalne faktore. Intrapersonalni faktori podrazumijevaju religioznost, filozofiju, određene životne ciljeve, emocionalni sklad i mehanizme suočavanja s oboljenjem, a interpersonalni obuhvaćaju odnose s okolinom, uključujući partnera, obitelj, prijatelje (Miholić, 2014).

Stupanj prilagodbe mogu odrediti opći, socijalni i psihosocijalni čimbenici, koji mogu utjecati na fizičko i psihičko stanje oboljele osobe. Opći čimbenici vezani su uz informiranje o oboljenju, liječenju i tretmanima, odnosno o specifičnim objektivnim činjenicama u tom području. Socijalni čimbenici predstavljaju socijalnu podršku okoline, uključujući i pozitivne stavove okoline i same osobe, dok psihosocijalni čimbenici predstavljaju sposobnost pronalaženja snage u prethodnim iskustvima, fleksibilnost te emocionalnu i psihološku stabilnost (Rožić i sur., 2002, prema Martinec i sur., 2012).

3.2. Psihoemocionalne karakteristike oboljelih osoba

Prvi susret s malignim oboljenjem za osobu predstavlja javljanje intenzivnih emocionalnih reakcija, jačih nego pri pojavi bilo kojeg drugog oboljenja, što nerijetko vodi do stvaranja mehanizama obrane (Gregurek i sur., 2010). Pri pojavi intenzivnih emocionalnih reakcija primaran je osjećaj straha. Javlja se strah od smrti i strah od odvajanja koji često dovode do anksioznosti, napada panike te depresivnosti i psihotičnih reakcija. Strah je jednako tako uzrokovan trajnom i jakom boli kroz koju osoba prolazi. Bol ima utjecaja u kognitivnom, tjelesnom, duhovnom i socijalnom kontekstu te kao takva općenito utječe i na osobnost oboljele osobe. Od saznanja o dijagnozi oboljela osoba prolazi kroz različite faze, počevši s gnjevom, zatim cjenkanjem pa depresijom i na kraju prihvaćanjem. Također, oboljela osoba često se služi mehanizmima poput poricanja, potiskivanja, projekcije, regresije (Cigić i Rožman, 2021). Česti psihološki problemi uključuju osjećaj napuštenosti i samoće, marginalizaciju, stigmatu, probleme s međuljudskim odnosima, emocionalnu labilnost i promjene perspektiva. S druge strane, na tjelesnom području maligna oboljenja mogu izazvati promjene koje utječu na sliku o sebi i promjenu perspektiva o vlastitom tijelu. Zbog širokog raspona psiholoških i tjelesnih poteškoća, spominje se važna uloga psihijatra na onkološkim odjelima, koji pruža pomoć oboljeloj osobi te surađuje s timom liječnika (Braš, 2008, prema Gregurek i sur., 2010). Psihološki aspekti moraju biti uzeti u obzir tijekom procjene i izrade plana za oboljelu osobu, kako bi skrb bila sveobuhvatna (Marcus, 2016).

3.2.1. Psihoemocionalne karakteristike odraslih oboljelih osoba

Tjelesni simptomi vrlo često prate oboljele osobe, a za psihijatrijske probleme se smatra da su zastupljeni podjednako, ako ne i više. Najčešći psihijatrijski problemi kroz koje oboljele osobe prolaze su depresivni i anksiozni poremećaji, kognitivni poremećaji, poremećaji prilagodbe, posttraumatski stresni poremećaj, delirij i seksualne disfunkcije. Sve navedeno može biti popraćeno suicidalnim mislima, otežanim donošenjem odluka, tugovanjem te nedostatkom podrške. Psihijatrijski poremećaji su uglavnom pod utjecajem čimbenika kao što su brojni organski čimbenici, ali i samo oboljenje, proces liječenja, prethodne stresne situacije, smanjena plodnost te odnos s obitelji (Greenwald, 2002, prema Cigić i Rožman, 2021).

Depresija, kao jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja u općoj populaciji, također bilježi i visoku stopu incidencije kod osoba oboljelih od malignih oboljenja. Čak 50% oboljelih osoba sa solidnim tumorima razvija depresiju, čiji intenzitet raste s progresijom bolesti (Cigić i Rožman, 2021). Tijekom procjene depresivnih poremećaja, potrebno je uzeti u obzir rizik od neprepoznavanja simptoma, odnosno tretiranja depresivnih reakcija kao normalnih te rizik od procjenjivanja normalnih reakcija kao depresivnih (Bailey i sur., 2005, prema Gregurek i sur., 2010). Postotak oboljelih osoba s depresijom raste kod osoba s već kasnijim stadijima malignog oboljenja, njih 77%, dok se za 20% oboljelih osoba može reći da imaju ozbiljni depresivni poremećaj. Depresivni poremećaji imaju složenije i različite kliničke slike, a neki od najčešćih simptoma koji se spominju su manjak energije i samopouzdanja, slabije pamćenje i koncentracija, nedostatak interesa, negativno raspoloženje, problemi sa spavanjem i apetitom, osjećaj krivnje te gubitka nade (Cigić i Rožman, 2021). Depresivni poremećaji povezani su i sa slabijim kontroliranjem boli te nedostatkom želje za dugotrajnim liječenjem (Gregurek i sur., 2010). Oboljele osobe također nerijetko pokazuju znakove agresije i ljutnje te psihičke i tjelesne anksioznosti. Anksiozni poremećaji često se javljaju tijekom procesa čekanja rezultata dijagnostike ili u slučaju uznapredovalog oboljenja, zatim liječenja, ali i uz strah od ponovnog javljanja oboljenja. Anksioznost može izazvati povraćanje i mučninu te pojačati osjećaj boli što može negativno utjecati na kvalitetu života oboljele osobe. Ukoliko se stres ponavlja, oboljela osoba može razviti posttraumatski stresni poremećaj, koji se javlja kao produljena, odgođena reakcija na stresne situacije. Učestale stresne situacije se tako smatraju jednim od rizičnih čimbenika za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja, uz slabije tjelesno funkcioniranje, nedostatak socijalne podrške, psihološke probleme te suočavanje s oboljenjem korištenjem izbjegavanja kao metode. Disocijacija je ta koja uvelike utječe na razvijanje posttraumatskog stresnog poremećaja jer oboljela osoba uglavnom ne izgrađuje zdrave načine suočavanja s oboljenjem. Delirij se, uz psihozu, najčešće javlja u posljednjoj fazi oboljenja te uglavnom iznenada. Simptomi variraju, a javljaju se promjene ponašanja, teškoće spavanja i budnosti, teškoće sa svjesnošću uz zbunjenost, teškoće s razmišljanjem, pažnjom i osjećajima. Također, mogu se javiti i kao odgovor na posljedice malignog oboljenja, ukoliko dođe do infekcija, otkazivanja organa, neravnoteže elektrolita te nekih nuspojava izazvanih liječenjem (Cigić i Rožman, 2021). Pojave suicidalnih misli, učestalije su nego sama stopa samoubojstava (Gregurek i sur., 2010). No, stopa samoubojstava ipak je nešto veća među osobama oboljelih od malignih oboljenja, nego što je među populacijom općenito. Smatra se da su suicidalne sklonosti potaknute obiteljskim situacijama, ali i obiteljskom povijesti suicidalnih tendencija, psihopatologijama, depresijom, anksioznošću,

iscrpljenošću te osjećajem bespomoćnosti (Ivančić Ravlić, 2014).

3.2.2. Psihoemocionalne karakteristike oboljele djece

Djeca s malignim oboljenjima proživljavaju stresne reakcije od samoga početka te im one posljedično uzrokuju različit niz simptoma i poteškoća (Miholić i sur., 2013). Bez obzira na dob, djeca su uglavnom svjesna kako njihovo stanje uzrokuje zabrinutost kod roditelja i liječnika (Krijesnica, 2013). Simptomi koji obično prate oboljelu djecu tijekom i nakon tretmana su strah, bol, teškoće spavanja, somatske teškoće, promjene ponašanja, promjene slike tijela, halucinacije, panični napadaji i anksiozni poremećaji (Havelka, 1990; Hinds, 2007; Hockenberry, 2007; Meek, 1997; Ruland i sur., 2009, prema Miholić, 2014). Anksiozni poremećaji, uz depresiju, bol, nuspojave lijekova te oštećenja središnjeg živčanog sustava, mogu uzrokovati teškoće spavanja (Meek, 1997, prema Miholić, 2014). Teškoće spavanja su posebno izražene kod oboljele hospitalizirane djece, gdje se smanjuje vrijeme spavanja za 20 do 25%, dok se na odjelu intenzivne njege vrijeme spavanja znatno smanjuje, za čak 54%. Bol kroz koju prolaze, medicinski tretmani, odvojenost od obitelji, nepoznata okolina, anksioznost, buka i osvjetljenje smatraju se razlozima takvih zabilježenih podataka (Hinds, 2007, prema Miholić, 2014). Uz teškoće spavanja, kod oboljele djece učestalo je javljanje noćnih mora kad djeca sanjaju čudovišta, vještice, divlje životinje i nesreće koje znaju izraziti tijekom igre ili crtanja (Mindel, 1998, prema Miholić, 2014). Također, panični napadaji kod oboljele djece mogu biti snažni, počevši s neurotskim simptomima, što kod djeteta nerijetko stvara strah i depresiju, a djetetova je uloga razviti potrebne mehanizme suočavanja uz pomoć više ili manje uspješnog ega (Prstačić, 1991, 1996, 2006, prema Miholić, 2014). Do psihoemocionalnih teškoća može doći i zbog djelovanja malignog oboljenja na tijelo općenito, ukoliko se oboljelo dijete suočava s mučninama, boli, umorom, ožiljcima, amputacijama i gubitkom kose (Miholić, 2014). Nadalje, djetetu se može činiti da je izgubilo kontrolu, a moguće su i promjene u ponašanju jer nepoznato za dijete čini izazov. Potrebno je obratiti pažnju na to da će djeca mijenjati raspoloženja, posebno ona koja su prije oboljenja bila sklonija promjenama. Inače povučena djeca mogu se dodatno povući i tražiti privatnost, a neka djeca su uobičajeno sklona brigama. S druge strane, neka djeca mogu naglašenije tražiti roditeljski kontakt, dok se kod nekih zna pojaviti vraćanje u raniji stupanj razvoja (Krijesnica, 2013). Roditelji su djeci važan faktor, s obzirom na to da promatraju roditelje kao modele za

suočavanje na čemu temelje osobno suočavanje s oboljenjem (Compas i sur., 1992, prema Stipić, 2019).

Tijekom hospitalizacije, kod oboljelog djeteta povećava se osjećaj tjeskobe koji raste svakim novim dolaskom u bolnicu (Kudek Mirošević, 2010). Budući da hospitalizacija i oboljenje oblikuju djetetove emocije (Miholić, 2014), razvijaju se različiti načini kojima se pokušavaju smanjiti osjećaji boli, straha, anksioznosti i tjeskobe, poput prilagodbe bolničkog okruženja te priključivanju programima art terapije i drugih komplementarnih metoda (Kudek Mirošević, 2010). Autorica Kalebić Jakupčević (2013) spominje važnost psihologa kao člana liječničkog tima, koji ima ulogu prvenstveno u procjeni djeteta, zatim provedbi psihoterapijskih metoda i savjetovanja kako bi se nadjačala bol i strah.

Da bi se psihoonkološki pristupilo djetetu s malignim oboljenjima, autor Prstačić (2006, prema Miholić i sur., 2013) navodi kako treba uzeti u obzir: potrebe oboljelog djeteta s ciljem zaštite od boli, opasnosti i usamljenosti, zatim egzistencijalnu napetost i odvajanje, doživljaj slike tijela, evaluaciju stresa, depresiju, anksioznost, osjećaj krivnje, promjene raspoloženja, intelektualne i neuropsihološke disfunkcije, odnose s ljudima oko sebe, pogotovo s obitelji, liječnicima te mehanizme suočavanja. Autor Meek (1997, prema Miholić i sur., 2013) napominje kako se ove karakteristike razlikuju kod oboljele djece predškolske i školske dobi te kod adolescenata. Oboljela djeca predškolske i školske dobi uglavnom izražavaju strah od boli i samoće, dok adolescenti uz ta dva straha razvijaju i strah za budućnost njihovih bliskih osoba nakon njihove smrti. Djeca školske dobi mogu biti uznemirena prilikom prekida pohađanja škole na određeno vrijeme jer se time prekida uobičajeni životni ritam, što može uzrokovati dodatne osjećaje tjeskobe. Osjećaji posramljenosti mogu se pojaviti prilikom povratka u školu, uzrokovani tjelesnim promjenama koje mogu izazvati reakcije prijatelja iz razreda (Krijesnica, 2013). Djeca do 18. mjeseca života mogu razviti hospitalizam ukoliko im je boravak u bolnici bio dugotrajan. Hospitalizam se objašnjava kao skup poremećaja na psihičkom i tjelesnom području uzrokovan dugotrajnim ostankom u bolnici. Cijeli proces hospitalizma podijeljen je u tri faze. Prva faza naziva se fazom protesta budući da je oboljelo dijete hiperaktivno, plače te odbija bolničko okruženje, a traži majku. Druga faza naziva se fazom očajanja u kojoj motorički nemir postaje manji, ali oboljelo dijete postaje apatično; dok treća faza, faza prividne prilagodbe, predstavlja djetetovu zaokupljenost drugim stvarima zbog nemogućnosti nošenja s negativnim emocijama, kad su posljedice vidljive nakon izlaska iz bolnice (Havelka, 1990; Nikolić, 1996, prema Miholić, 2014).

3.2.3. Psihoemocionalne karakteristike obitelji

Obitelj se smatra temeljom društvene zajednice, sustavom koji nosi uloge, rutine, strukture, zajedničke ciljeve, načine komunikacije, strategije pri rješavanju problema te je također i temelj sustava vrijednosti, životnih iskustava i genetskog nasljeđa (Früge i sur., 2005; Mlirsalimi i sur., 2003, prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Svaka obitelj razvija obiteljsku dinamiku na specifičan način uz obiteljske odnose i ravnotežu, o čemu ovise i reakcije obitelji u stresnim situacijama. Reakcija, odgovor i prilagodba obitelji na oboljenje jednog člana obitelji tako ovisi o obiteljskoj dinamici. Odnosno, ovisi o načinima na koje obitelj funkcionira, uzimajući u obzir organizaciju, komunikaciju, povezanost i mogućnosti prilagodbe. Organizacija uključuje uloge, pravila i strukturu u obitelji, a komunikacija uključuje verbalno ili neverbalno izražavanje osjećaja i informacija (Mlirsalimi i sur., 2003, prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Povezanost, odnosno kohezija obitelji, prikaz je koliko su članovi obitelji neovisni, što igra ulogu u funkcioniranju obitelji posebno u iznimno stresnim situacijama. S druge strane prilagodljivost se odnosi na sposobnost promjene u skladu s trenutnim okolnostima bez promjene obiteljskih vrijednosti (Sadock i sur., 2005, prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Nadalje, reakcija članova obitelji na oboljenje jednog člana ovisi i o životnom ciklusu obitelji, odnosno fazama u životu te o tipu i strukturi obitelji i njihovim ritualima, vjerovanjima, značenju (Mlirsalimi i sur., 2003; Sadock i sur., 2005, prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010).

Općenito, početna reakcija obitelji na oboljenje člana obitelji prvenstveno je šok, a mogu se javiti i zbunjenost, nedostatna količina informacija o oboljenju te stigma. Između ostalog, javlja se i strah koji među članovima obitelji povećava ovisnost (Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010).

Kad se djetetu dijagnosticira maligno oboljenje, ostavlja utjecaja na obiteljsku dinamiku, posebno na roditelje. Roditelji mogu osjetiti promjene u svojim roditeljskim ulogama koje su često prožete zabrinutosti oko budućnosti djeteta, strahom, zbunjenosti i osjećajem krivice (Peek i Mazurek Melnyk, 2010, prema Miholić, 2014). Uz ove osjećaje, mogu se još javiti i osjećaji izolacije, emocionalna labilnost vezana uz dileme oko odgoja, odnosa i discipline, razlika među zdravim i oboljelim djetetom te svjesnosti o oboljenju (Die-Trill, 1998, prema Miholić, 2014). Pojedina istraživanja su utvrdila kako majke oboljele djece zahtijevaju više psihoemocionalne pomoći, nego očevi (Gudmundsdottir i sur. 2011; Lindahl Norberg 2007, prema Slijepčević, 2014), iako i oni pokazuju veliku potrebu (Lindahl Norberg i Boman,

2007, prema Slijepčević, 2014). Također, za majke se smatra kako su sklonije suočavanju usmjerenom na emocije, a za očeve kako su skloni suočavanju usmjerenom na problem (Stipić, 2019).

Roditelji se tijekom suočavanja s djetetovim malignim oboljenjima najčešće služe s tri strategije suočavanja u kojima usmjeravaju svoje ponašanje. Prvo usmjeravaju ponašanje prema procjeni oboljenja, zatim na temelju problema i posljednje, ponašanje prema emocijama (Gurney i sur., 2004). Općenito, postoji pet nivoa kroz koje roditelji prođu tijekom suočavanja s oboljenjem vlastitog djeteta, a koje navode Fortier i Wanlass (1984, prema Miholić, 2014): početni efekt, negiranje, žalost, fokusirana pažnja i zatvaranje. Početni efekt se javlja kad roditelji saznaju za dijagnozu, što je popraćeno osjećajem anksioznosti. Druga faza je negiranje, a treća žalost u kojoj se javljaju osjećaji tuge, ljutnje i osjećaja krivice. U pretposljednoj fazi fokusirane pažnje, roditelji počinju razvijati mehanizme suočavanja potrebne u specifičnoj situaciji. Na kraju, u zatvaranju, mehanizmi suočavanja prelaze u mehanizme prilagođavanja kad roditelji prihvaćaju da oboljenje ima utjecaja na obiteljsku dinamiku. Neki roditelji mogu duži vremenski period provesti u jednoj fazi, dok drugi roditelji mogu neke faze i preskočiti (Slijepčević, 2014). Cline i sur. (2006, prema Miholić, 2014) tako razlikuju i četiri tipa komunikacijskih obrazaca između roditelja i djeteta: podržavajući, normalizirajući, distancirajući i invalidizirajući. Podržavajući komunikacijski obrazac predstavlja roditelje koji djetetu pokazuju podršku i empatiju, otvoreno pokazuju emocije, bilo to verbalno ili neverbalno. Normalizirajući obrazac je kad roditelji biraju ne razgovarati o medicinskoj tematici, nego situaciju opisuju kao normalnu, svakodnevnu i u skladu s time određuju aktivnosti za dijete poput čitanja, pričanja priča, domaćih zadaća, igri. Roditelji koji se odmiču od situacije fizički i/ili emocionalno, biraju normalan razgovor s drugima, a s djetetom površan, ignoriraju djetetova iskustva, pripadaju distancirajućem komunikacijskom obrascu. Roditelji koji ne samo da ignoriraju djetetova iskustva, nego ih negiraju kao i djetetovo postojanje i vrijednosti, pripadaju invalidizirajućem komunikacijskom obrascu, uključujući ljute i frustrirane reakcije te laži. S druge strane, roditelji vrlo često nastoje zaštititi djecu tako da paze koje informacije daju djetetu i koje riječi pritom upotrebljavaju. No, od velike je važnosti djetetu uputiti točne informacije jer to može potaknuti suradnju, stvoriti povjerenje te može naučiti dijete kako da se nosi s oboljenjem. Informacije koje se pružaju djetetu trebaju biti takve da ih dijete može razumjeti, a potrebno mu je objasniti kako je svako oboljenje individualno te da je u redu prolaziti kroz osjećaje koji se pojavljuju; znajući da se može osloniti na svoju obitelj i liječnički tim

(Krijesnica, 2013). Roditelji, ali i cijela obitelj, počinju tako skrbiti o djetetu tako da im se osiguraju: sve potrebne informacije oko oboljenja i metodama liječenja, financijska sredstva, skrb, zaštita i emocionalna podrška, održavanje stabilnosti u obitelji i društvenih uloga, prilagodba na promjene (Lederberg, 1998, prema Miholić, 2014).

Pojedina istraživanja pokazala su kako postoje razlike među roditeljima zdrave i roditeljima oboljele djece. U usporedbi s roditeljima zdrave djece, pokazalo se da roditelji čija djeca imaju tumor lošije percipiraju vlastito zdravlje i socijalnu podršku, imaju nižu razinu optimizma, ali povećan rizik od pojave depresivnih i anksioznih poremećaja (Fotiadou i sur., 2008; Hillman, 1997, prema Miholić i sur., 2013). U Istraživanju koje su proveli Grootenhuis i Last (1997, prema Miholić i sur., 2013) postoje tri modaliteta kroz koje je moguće predvidjeti područja anksioznosti, depresije, bespomoćnosti, osjećaja samoće, pozitivnih osjećaja i neizvjesnosti. Prvi je modalitet djeteta koji uključuje njegovu dob, depresivni poremećaj te vrijeme koje je prošlo od uspostavljanja dijagnoze. Drugi modalitet je modalitet strategija kontrole, u što su uključena prikupljanja znanja, pozitivna razmišljanja i pozitivna očekivanja, oslanjanja na sreću ili medicinske tretmane. Treći modalitet povezuje prva dva, odnosno naziva se modalitetom djeteta i strategija kontrole. Pokazalo se da kod oba roditelja najviše negativnih emocija uzrokuje nedovoljno pozitivnih očekivanja. U slučaju modaliteta kontrole, emocionalna adaptacija bila je pod utjecajem vjerovanja u medicinske tretmane. U slučaju već palijativne skrbi za oboljelo dijete, roditelji pokazuju visoke razine depresivnih i anksioznih poremećaja te su njihove reakcije na stres vrlo pasivne (Norberg, 2005, prema Miholić i sur., 2013), pri čemu može pomoći otvorena komunikacija s profesionalnim osobama (Frager, 1998; Meek, 1997, prema Miholić i sur., 2013).

Braća i sestre također mogu biti zahvaćeni cijelim procesom malignog oboljenja, osjećati se izgubljeno i krivo jer su oni ti koji su zdravi ili jer zamjeraju roditeljima na pažnji koja nije njima posvećena. Osjećaji koji često prate braću i sestre su tuga, tjeskoba, ljutnja, samoća. Nerijetko se mogu pojaviti teškoće pri prijateljstvima, školskim ishodima ili u samopouzdanju (Krijesnica, 2013). Kako bi braća i sestre bili uključeni u proces, Međunarodno društvo za pedijatrijsku onkologiju izdalo je smjernice koje mogu u tome pomoći. Prema njima, vrlo je važno prvenstveno uključiti braću i sestre od samoga početka i održavati podršku tijekom svih faza; konstantno ih držati u toku s najnovijim informacijama o tijeku oboljenja, metodama liječenja, mogućim nuspojavama; objasniti im da nikako nisu krivi za oboljenje; objasniti im svrhu testiranja ukoliko su u mogućnosti donirati koštanu srž; što češće spominjati optimistične i pozitivne dijelove liječenja te im omogućavati posjete u bolnicama, u skladu s

mogućnostima (Miholić, 2014). Također, i braći i sestrama je važno davati točne, potpune informacije te pričati s njima otvoreno u skladu s njihovom dobi (Krijesnica, 2013).

Nadalje, kad se oboljenje dijagnosticira roditelju, dolazi do osjećaja ljutnje, bijesa i nemira koji je povezan s tim da ne mogu obavljati svoju roditeljsku ulogu te se boje da neće doživjeti cijelo djetetovo odrastanje. Uz uobičajene uloge koje imaju, oboljenje, posljedice i budućnost im nose dodatnu brigu pa se onda vrlo često dogodi da nisu svjesni stresa koji proživljavaju njihova djeca (Weaver i sur., 2010, prema Duspara, 2019). Kod djece se jednako tako može javiti osjećaj ljutnje, mogu negirati oboljenje jer oni zapravo postaju podrška roditeljima gubeći njihov oslonac, što može dovesti do problema u identifikaciji. No, način reakcije djeteta ovisi o njihovoj dobi u trenutku oboljenja roditelja (Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Kod mlađe djece dolazi do nerazumijevanja oboljenja, a mogu osjećati i krivnju zbog otežanog pomaganja, dok je kod starije djece moguće otežano snalaženje u situaciji zbog svjesnosti o mogućoj smrti roditelja. U oba slučaja, potrebno je razgovarati s djecom, bilo to s bliskim osobama, oboljelim ili zdravim roditeljem (Rončević-Gržeta, 2007 i sur., prema Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010). Oboljenje majke uglavnom donosi promjene u obiteljskim ulogama, kada nerijetko dio dužnosti prelazi na starije dijete, odnosno stariju kćer. Ukoliko obitelj trenutno ne može preuzeti dio uloga, često dolazi do slabijeg funkcioniranja cijele obitelji. S druge strane, oboljenje oca često dovodi do nemogućnosti uspostavljanja novog odnosa s njima, budući da se očevi onda smatraju slabima i nemoćnima za obavljanje svojih dužnosti pa se i povlače (Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta, 2010).

Budući da dijagnoza samo jednog člana obitelji može utjecati i na cijelu obitelj, ali i na svakog člana pojedinačno, potrebno je započeti međusobnu suradnju i uključiti terapijske intervencije s ciljem prihvaćanja i povezivanja (Gregurek i sur., 2010). Prilikom uključivanja obitelji u programe podrške, potrebno je uključiti faktore koji djeluju na obitelj kao cjelinu, ali uzeti u obzir i da se radi o individualnim osobama unutar cjeline, odnosno da se na obitelj gleda kao na integrativnu cjelinu (Miholić, 2014). Podršku također mogu pružati i različite ustanove, prijatelji, šira obitelj te religiozne i duhovne grupe, grupe podrške (Krijesnica, 2013).

3.3. Psihosocijalna onkologija i palijativna skrb

Psihosocijalna onkologija također djeluje u području palijativne skrbi, odnosno palijativnoj medicini (Marcus, 2016). Palijativna skrb definira se kao pristup namijenjen oboljelim osobama koje se suočavaju s oboljenjem sa smrtnim ishodom, kako bi im se poboljšala kvaliteta života koji je preostao, bez da se smrt ubrzava ili odgađa. Namijenjena je oboljelim osobama različite dobi, od djece do starijih osoba, sa širokim rasponom dijagnoza, ali i njihovim obiteljima (Brkljačić, 2013, prema Stažnik, 2022). Palijativna skrb u dječjoj dobi usko je povezana s palijativnom skrbi u odrasloj dobi, a uključuje sveobuhvatnu brigu za dijete odmah pri dijagnosticiranju oboljenja bez obzira na primjenu metoda liječenja (Nakić Pipunić, 2022). Postupcima procjena, ranog otkrivanja, liječenja te olakšavanja duhovnih, psihičkih i psihosocijalnih problema, nastoji se neke simptome spriječiti, a neke olakšati. Između ostalog, primjenjuje se kako bi se kontrolirala ne samo bol, nego i mučnina, umor, otežano disanje te tjeskoba (Brkljačić i Šamija, 2013, prema Stažnik, 2022). Takvi postupci se provode kad je maligno oboljenje toliko uznapredovalo da se oboljela osoba teško nosi s njime ili u slučaju neuspješnih svih metoda klasičnog liječenja (Brkljačić, 2013).

Pristup palijativne skrbi je interdisciplinaran te obuhvaća ne samo oboljelu osobu, nego i njenu obitelj i zajednicu, a počinje već saznanjem o dijagnozi te traje i nakon smrti oboljele osobe (Brkljačić, 2019, prema Stažnik, 2022). Utjeha i žalovanje nakon smrti oboljele osobe, a prije toga stručna skrb, duhovna skrb, reguliranje simptoma, kontinuitet, dostupnost i nenapuštanje oboljele osobe dijelovi su palijativne skrbi (Brkljačić, 2013). Također, uloga palijativne skrbi je štititi oboljelu osobu u smislu potpune brige oko njenih potreba, uključujući skrb u bolnici ili kod kuće (Stožnik, 2022). Palijativna skrb se osim u bolnici ili kod kuće može odvijati i u domu za umirovljenike, domu za starije i nemoćne te u hospiciju, zbog čega se još naziva i hospicijska skrb. Međutim, ipak najveći dio palijativne skrbi provodi se u kući oboljele osobe, čak i ukoliko je smrt stupila u nekoj od ustanova (Brkljačić, 2013).

Prema tradicionalnim modelima, palijativna skrb predstavljena je kao skrb u posljednjim trenucima života, odnosno skrb se oboljeloj osobi počinje pružati na samrti. U skorije vrijeme, Svjetska zdravstvena organizacija predstavila je model koji zagovara pružanje palijativne skrbi ranije, odmah na početku saznanja o dijagnozi, što se nastavlja tijekom liječenja. Palijativna skrb tako ima ulogu i u olakšavanju liječenja, boli te kontroli bolesti (Đorđević i sur., 2014, prema Stažnik, 2022). Proteklih godina, palijativna skrb postaje aktivnija te se širi u ambulantne okvire iz bolničkih okvira, osiguravajući poboljšanu kvalitetu života (Kudek

Mirošević, 2010). Nadalje, u većim bolnicama se u skorije vrijeme bilježe osnivanja palijativnih odsjeka, onkoloških jedinica te hospicijskih timova podrške. Interdisciplinarni tim predstavljaju: liječnik s edukacijom iz palijativne medicine, medicinska sestra, ljekarnik, duhovnik, nutricionist, fizijatar, psiholog, socijalni radnik. Timski, interdisciplinarni pristup oboljeloj osobi i njegov obitelji omogućuje prvenstveno dovoljnu informiranost o oboljenju i načinima liječenja, zatim pružanje i opće i specijalizirane skrbi s ciljem sveobuhvatne, holističke podrške te razvoja individualiziranog plana palijativne skrbi (Brkljačić, 2013).

S obzirom na to da je palijativna skrb i dalje javnozdravstveni problem, potrebno je ujediniti sve resurse, uključujući programe i inicijative kako bi se ona uz podizanje svijesti učinkovito održala i poboljšala kvalitetu života. Situacije se razlikuju u svakoj državi ovisno o zdravstvenim uslugama određene zemlje, odnosno resursima kojima raspolaže te njezinim kulturološkim stavovima i tradicijama. Države koje imaju ograničene resurse trebale bi barem osigurati minimalne standarde kojima se može ublažiti bol i omogućiti palijativnu skrb kod kuće. Države sa srednje ograničenim resursima bi, uz navedeno, trebale raditi na jačanju kliničke zdravstvene zaštite, dok bi države koje imaju visoku razinu raspoloživih resursa trebale osigurati usvojenost nacionalnih smjernica na svim razinama zdravstvene skrbi. Republika Hrvatska je država s nedovoljno resursa, educiranih stručnjaka i smještaja koji omogućuju palijativnu skrb. Palijativna skrb u Hrvatskoj nije još uvijek razvijena, ali s obzirom na visoku razinu kroničnih i malignih oboljenja, razvoj je neophodan i nužan (Nakić Pipunić, 2022).

4. MEHANIZMI SUOČAVANJA

Mehanizmi suočavanja predstavljaju bihevioralna i kognitivna nastojanja osobe da upravlja specifičnim unutarnjim ili vanjskim zahtjevima te njihovim međusobnim sukobima, a za koje se procjenjuje da prelaze njezine mogućnosti (Bearison i Mulhern, 1994, prema Miholić, 2014). Suočavanje se može gledati kao psihosocijalni ili psihoemocionalni proces, u kojem se nastoji odgovoriti na načine življenja s oboljenjem, uz pomoć oblika fizičke i psihičke energije koje su na to usmjerene (Martinec i sur., 2012). Suočavanje je također i proces kojim se nastoji uspostaviti ravnoteža između optimizma i stvarnosti, odnosno psihička homeostaza (Prstačić, 2011, prema Martinec i sur., 2012).

Određene terapijske metode, kao ključni dio programa podrške, bit su suočavanja s oboljenjem te potiču osobu na razvijanje mehanizama suočavanja (Miholić i sur., 2013). Terapijske metode i strategije često nisu dovoljne same, posebno ukoliko na njih utječu strategije suočavanja poput racionaliziranja, odvrćanja pažnje ili umanjivanja. Liječnički tim bi zato trebao koristiti mnoštvo strategija koje uključuju sveobuhvatno informiranje o oboljenju, svim procesima, metodama liječenja i eventualnoj prognozi (Marcus, 2016).

4.1. Usmjerenost mehanizama suočavanja

Mehanizmi suočavanja su prvenstveno usmjereni na emocije i na problem (Lazarus i Folkman, 2004, prema Vundać, 2019). Prilikom suočavanja s većinom situacija, suočavanje usmjereno na emocije prati suočavanje usmjereno na problem (Hudek-Knežević i Kardum, 2006, prema Midžić, 2018). Međutim, mehanizmi suočavanja usmjereni na problem uključuju širi raspon strategija, u odnosu na strategije koje se temelje na rješavanju problema gdje su nastojanja usmjerena uglavnom na pojam problema, traženje i procjenu alternativnih rješenja pa odabir i primjenu jedne od alternativa. Za razliku od strategija za rješavanje problema kojima je fokus samo na okolini, suočavanje usmjereno na problem koristi i strategije prema unutra. Strategije suočavanja usmjerene na problem s fokusom na okolini uključuju kontrolu i promjenu određenih okolinskih zahtjeva i zapreka. Nasuprot tome, strategije usmjerene prema unutra uključuju promjene temeljene na motivaciji i kogniciji poput promjene želja i težnji, razvoja novih vještina, oblika ponašanja i postupanja te smanjivanja ega; nazivajući se još i strategijama ponovnih kognitivnih procjena (Lazarus i Folkman, 2004, prema Vundać, 2019).

Ponovna kognitivna procjena predstavlja promjenu načina razmišljanja s ciljem promjene doživljaja emocija. Odnosno, ponovna kognitivna procjena kao strategija usmjerena je smanjenje neugodnih osjećaja povećanjem doživljavanja ugodnih osjećaja (Gross, 2002, prema Jerčić, 2021). Suočavanje usmjereno na problem se češće koristi u situacijama kad osobe procijene da je situacija kontrolirajuća (Snyder i Dinoff, 1999, prema Genc i sur., 2013). Općenito, cilj mehanizama suočavanja usmjerenih na problem za cilj imaju uistinu rješavanje problema, ali i unapređenje psihološkog stanja osobe (Chu-Lien Chao, 2011, prema Genc i sur., 2013). Prema Miljković i sur. (2004) mehanizmi usmjereni na problem sastoje se od identifikacije, sublimacije, reakcijske formacije, kompenzacije, racionalizacije i projekcije. Identifikacija se smatra dijelom razvoja ličnosti koji tijekom godina ne prestaje, a osobe se mogu identificirati s voljenim stvarima i osobama te stvarima kojih se boje. Sublimacija, odnosno supstitucija, predstavlja korištenje društveno prihvatljivih djela umjesto potiskivanja u nesvjesno. Reakcijska formacija zapravo predstavlja obrnutu reakciju u kojoj se vlastiti motiv prikriva, a prikazuje suprotan motiv i suprotno ponašanje. Kompenzacija uključuje zamjenu aktivnosti koja je donijela neuspjeh s aktivnosti koja će zadovoljiti potrebu, dok racionalizacija predstavlja intelektualno opravdanje za neuspjeh. Projekcija je nenamjerno i nesvjesno pripisivanje vlastitih misli, osjećaja i stavova drugim osobama te može biti pozitivna i negativna. Pozitivnom projekcijom pripisuju se pozitivna obilježja, a negativna je pripisivanje negativnih obilježja što može prijeći u paranoju. S druge strane, mehanizmi suočavanja usmjereni na emocije za cilj imaju regulirati emocije, težiti optimizmu i odbiti prihvatiti da će se dogoditi najgore (Zotović, 2004, prema Genc i sur., 2013). Sastoje se od emocionalne podrške dobivene iz okoline često putem razgovora s bitnim osobama te od izražavanja emocija (Lazarus, 1993, prema Vundać, 2019). Podrška i razumijevanje uz međusobnu komunikaciju pomaže pri suočavanju s novom situacijom (Sonički, 2019). Jedna skupina mehanizama suočavanja usmjerenih na emocije djeluje s ciljem smanjenja emocionalne boli putem naglašavanja pozitivnih strana i pozitivnom usporedbom, minimiziranjem, odbijanjem, izbjegavanjem i selektivnom pažnjom. Druga skupina pak djeluje s ciljem povećanja emocionalne boli putem kognitivnih procesa. Osobe se koriste ovom skupinom mehanizama suočavanja usmjerenih na emocije smatrajući da nakon boli dolazi olakšanje te često optužuju sami sebe i isto se tako i kažnjavaju (Lazarus i Folkman, 2004, prema Vundać, 2019). Mehanizmi suočavanja usmjereni na emocije uključuju fantazije, negiranje, izolaciju, rezignaciju, represiju, regresiju i prenošenje. Fantazije, odnosno maštanje, su na nesvjesnoj razini te učestalo korištenje ovog mehanizma može dovesti do duševnih oboljenja, kao i izoliranje i pasivnost. Pasivnost je jaka tijekom rezignacije u kojoj osoba

odustaje te se javljaju depresivni osjećaji. Negiranje se odnosi na poništavanje svjesnih misli, želja i osjećaja, dok se potiskivanje odnosi na zaboravljanje neugodnih emocija i događaja ne dozvoljavajući im da dopru do svijesti. Regresija se javlja kao pojava oblika ponašanja koji su karakteristični za razvojno nižu razinu, kao kad se naprimjer odrasle osobe ponašaju kao djeca u frustraciji (Miljković i sur., 2004). No, korištenjem mehanizama suočavanja usmjerenih na emocije se ne dolazi do rješenja, nego samo do mijenjanja percepcije čime dolazi do uspostavljanja nekog drugog značenja situaciji, odnosno dolazi do ponovne procjene (Lazarus i Folkman, 2004, prema Vundać, 2019). Prema Edleru i Parkeru (1990), postoji i treća vrsta strategija u suočavanju, a to je izbjegavanje. Suočavanje izbjegavanjem može uključivati strategije koje su usmjerene na osobu, odnosno na emocije, ali i strategije koje su usmjerene za zadatak, problem. Negativan predznak je ono što razlikuje suočavanje izbjegavanjem od suočavanja usmjerenog na emocije i suočavanja usmjerenog na problem. Izbjegavanje se još spominje kao suprotnost čvrstoći, koja se opisuje kao osjećaj zadovoljstva u okolini, a osoba je onda u skladu s time radoznala i angažirana (Hudek-Knežević i Kardum, 1993, 2006, prema Pavlović i Sindik, 2014). Zapravo, osoba se suočavanjem putem izbjegavanja koristi strategijama poput potiskivanja osjećaja, negiranja činjenica, maštanja, zamjenama zadataka, ali te strategije mogu prijeći i u neprimjerena ponašanja (Vundać, 2019).

4.2. Dimenzije mehanizama suočavanja

Dimenzije mehanizama suočavanja su kognitivna, bihevioralna i psihoemocionalna dimenzija. Korištenje kognitivne, bihevioralne ili emocionalne dimenzije ovisi o samim svojstvima situacije i vremenu u kojem se odvija situacija. Kognitivna dimenzija sa sobom nosi prepoznavanje problema, prepoznavanje uzroka problema i njegovo rješenje. Bihevioralna je vezana za ponašanja koje osoba bira dok rješava problem, dok psihoemocionalna dimenzija opisuje razinu anksioznosti i emocionalne reakcije vezane uz način suočavanja, uz osobine ličnosti. Kako bi se uspostavio mehanizam suočavanja, osoba treba odrediti lokus kontrole, kao ključnu osobinu ličnosti. Ukoliko se oslanja na samog sebe, posjeduje unutarnji lokus kontrole, dok vanjski lokus kontrole predstavlja oslanjanje na neke od vanjskih faktora (Miholić, 2014). Osobe s unutarnjim lokusom kontrole vjeruju kako svojim sposobnostima mogu djelovati na životne situacije. Suprotno tome, osobe s vanjskim lokusom kontrole oslanjaju se na sudbinu, slučajnosti, sreću te se zbog toga mogu osjećati bespomoćno (Weiner, 1992, prema Kardum i sur., 2016). Samokontrola oboljele osobe dok

se pokušava osloniti na samog sebe ili na vanjske faktore smatra se temeljnim načelom suočavanja (Prstačić, 2002; Prstačić i Sabol, 2006, prema Martinec i sur., 2012).

4.3. Strategije i modaliteti mehanizama suočavanja

Autori Carver i Connor-Smith (2010, prema Pavlović i Sindik, 2014) strategije mehanizama suočavanja dijele na aktivne i pasivne. Aktivne strategije ili strategije približavanja uključuju promjenu ponašanja ovisno o izvoru stresa, dok pasivne strategije ili strategije udaljavanja predstavljaju izbjegavanje problema u novonastaloj situaciji. Podjelu na aktivno-bihevioralne, aktivno-kognitivne strategije i strategije izbjegavanja rade autori Billings i Moos (1981, prema Krapić i Kardum, 2002), dok Rothman i suradnici (1982., prema Krapić i Kardum, 2002) predlažu model u kojem razlikuju primarno i sekundarno suočavanje. Primarno suočavanje uključuje ponašanja usmjerena na događaje i objektivnost, a sekundarno suočavanje uključuje ponašanja usmjerena prema prilagođavanju situaciji. Ayers i suradnici (1996, prema Vulić-Prtorić, 2018) predlažu model od četiri faktora jer smatraju da se podjelom suočavanja na dva faktora zanemaruju odnosi među ostalim oblicima suočavanja. Model uključuje aktivne strategije, strategije traženja podrške, distrakciju i izbjegavanje.

Lahad (Ayalon, 1995; Shacham i Lahad, 2004, prema Miholić i sur., 2013) navodi kako je oblikovanje individualne strategije suočavanja određeno jednim od šest modaliteta: vjerovanjima, odnosno vrijednostima, kognicijom, maštom, emocijama te fizičkom i socijalnom komponentom. Svaki od ovih modaliteta može biti urođena sposobnost pri suočavanju, iako većina ljudi tijekom vremena razvija modalitet na koji se onda i oslanja (Miholić, 2014). Više ljudi oslanja se na više od jednog modaliteta, odnosno većina se oslanja na tri do četiri (Lahad, 1997, 2017). Ovih šest modaliteta oblikuje multimodalni pristup kako bi se opisao jedinstven način suočavanja svake osobe, nazvan BASIC- Ph. Osobe se tijekom suočavanja mogu oslanjati na vjerovanja (Beliefs) i vrijednosti, uključujući religiozne stavove, političke stavove i osjećaje, u nadi da će ih voditi kroz krizu ili stres. Drugi tip osoba oslanja se na emocije, odnosno afektivni modalitet (Affect) koristeći ekspresiju emocija poput smijeha, plača ili razgovora s drugim ljudima. Također se mogu služiti neverbalnim metodama kao što su pisanje, čitanje i crtanje. Treći tip osoba vođen je socijalnom komponentom (Social), zahtijevajući socijalnu podršku, želeći biti dio neke grupe, imati ulogu i zadatke. Mašta (Imagination) kao modalitet služi zavaravanju i izbjegavanju činjenica, uz pomoć odvratanja pažnje i ugodnih misli. Kognicija (Cognition) se veže uz

ponašanja koja uključuju prikupljanje svih potrebnih informacija, lista želja i preferencija te unutarnje razgovore i rješavanje problema. Posljednji tip ljudi, Ph (Physiology), svoje suočavanje izražava kroz tjelesne pokrete, odnosno fizičke reakcije, poput aktivnosti, vježbi, relaksacije. Postoje modaliteti koji se često zajedno pojavljuju, u slučaju da oboljela osoba ima više od jednog dominantnog modaliteta, što se klasificira kao:

- A, C: djetetova sposobnost prihvaćanja kasnog zadovoljstva
- B, C: samopoštovanje, samoučinkovitost, kognicija
- I, C: motivacija za slušanje, promatranje, istraživanje; radost, znatiželja u istraživanjima
- A, S: u ranom djetinjstvu, dostupnost osobe kojoj se može vjerovati i koja je emocionalno stabilna
- B, Ph: odlučivanje o reakciji ili djelovanju tijekom suočavanja s jednim ili više čimbenika rizika
- C, B: niska tendencija k fatalizmu ili izbjegavanju problema

Zasebno, s prevladavajućim modalitetom kognicije (C) povezuje se visoki kvocijent inteligencije; socijalna komponenta (S) predstavlja odgovorne, socijalno kompetentne osobe, dok fizička komponenta (Ph) predstavlja atraktivnost, posebno kod djevojaka (Lahad, 2017). Provedenim istraživanjima, utvrđeno je kako su žene sklonije korištenju strategija suočavanja (Tamres i sur., 2002, prema Lahad, 2017), ali da muškarci češće koriste kognitivne strategije (Lahad, 2017). Također su pronađene pozitivne povezanosti između psihološke otpornosti i kognicije (C) te optimizma i vjerovanja (B) (Erez i Lavoid, 2011, prema Lahad, 2017).

Efikasnost strategija suočavanja ovisna je o tome koliko je zapravo pogodna strategija koju smo izabrali, s ciljem upravljanja vanjskim ili unutarnjim zahtjevima novonastale situacije (Pavlović i Sindik, 2014). No, strategija koja se sada čini kao najefikasnija, u sličnoj situaciji s drugim uvjetima, ne mora se pokazati kao takva. Osoba koja ima dobro razvijene strategije može bolje odgovoriti na različite okolnosti, posebno ukoliko ne koristi konstantno iste strategije u različitim situacijama (Berg, 1989, prema Vulić-Prtorić, 2018).

4.4. Stilovi suočavanja

Stilovi suočavanja ili dispozicijski oblici suočavanja su mnogo širi pojam od strategija suočavanja te bolje pokazuju stupanj prilagodbe na situaciju. Stil suočavanja razvija se ovisno o vjerovanjima osobe, vrijednostima i ciljevima, u čemu se može pojaviti nedosljednost (Vulić-Prtorić, 2018).

Watson i Greer (1998, prema Miholić, 2014) navode kako osobe s malignim oboljenjima razvijaju razne stilove suočavanja. Kao takvi, navode se borbeni duh, izbjegavanje, anksioznost, fatalizam i bespomoćnost. Osobe borbenog duha prihvaćaju dijagnozu i borbu koja bolest nosi te aktivno sudjeluju u procesu. Osobe u izbjegavanju (negiranju) ili odbacuju dijagnozu ili umanjuju njezinu ozbiljnost, dok anksiozne osobe su upravo suprotno, preokupirane oboljenjem. Fatalizam se odnosi na stoičko prihvaćanje bolesti s fatalističkim stavovima i vjerovanjem u negativne ishode, a bespomoćnost (beznadnost) sa sobom nosi pesimizam i odustajanje. Borbeni duh i izbjegavanje značajno su povezani s pozitivnim ishodima liječenja, dok su anksioznost, fatalizam i bespomoćnost značajno povezani s negativnim ishodima liječenja.

4.5. Mehanizmi suočavanja u dječjoj dobi

U dječjoj dobi, suočavanje s oboljenjem uvjetovano je individualnim pogledom djeteta na oboljenje, njegovom dobi, tipom i stadijem oboljenja, načinima liječenja, odnosima s liječnicima, simptomima te osobinama ličnosti (Prstačić, 1991, 1996, 2006, prema Miholić, 2014). Za razliku od odraslih, djeca mogu već imati postojeće obrasce po kojima biraju strategije zbog ograničenja u izboru strategija i sposobnosti procjene. Također, djeca i adolescenti prolaze kroz razvojne procese, zbog čega u obzir treba uzeti njihove emocionalne, socijalne i kognitivne osobitosti, osobine ličnosti i osobine socijalnog okruženja. Osobine ličnosti koje mogu utjecati na razvoj mehanizama suočavanja su naprimjer temperament, interpersonalne vještine, vještine rješavanja problema, sposobnost pronalaženja alternativa, samopoštovanje. Osobine socijalnog okruženja odnose se na informacije, podršku koju dijete ili adolescent dobiva od odraslih osoba ili šire zajednice. Odnosno, suočavanje u ovoj dobi je ovisno o okolinskim i osobnim čimbenicima (Vulić-Prtorić, 2018). Kako bi se suočila sa stresom uzrokovanim malignim oboljenjima, djeca pronalaze kapacitete nošenja s njim, u osam različitih izvora prema Petersonu (1989, prema Vulić-Prtorić, 2018): humor,

motiviranost, osobine ličnosti, moralnost, kognitivno-jezične sposobnosti, perceptivno-motoričke vještine, socijalna percepcija i senzitivnost.

Efikasnost suočavanja ovisi o njihovoj dobi i razvijenim sposobnostima (Peterson, 1989, prema Vulić-Prtorić, 2018). Zapravo, kognitivni i socijalni stupanj razvijenosti prvo utječe na odabir strategija, a zatim dob utječe na to biraju li primarno ili sekundarno suočavanje. Mlađa djeca sklonija su korištenju većeg broja strategija, dok starija djeca koriste strategije za koje provjereno znaju da su korisne (Vulić-Prtorić, 1997). Utjecaj na efikasnost suočavanja ima i odnos između djeteta i okoline, naprimjer reakcije roditelja na odabir stila suočavanja. Ukupno, kad se govori o suočavanju u dječjoj, u obzir treba uzeti podršku koju dobiva iz bliže i šire okoline, stupanj razvijenosti, osobne resurse, karakteristike situacije, prethodna iskustva i preferencije u odabiru strategija suočavanja (Compas, 1987, prema Vulić-Prtorić, 2018).

4.6. Primjeri znanstvenih istraživanja o učincima metoda, tehnika i programa pri oblikovanju pozitivnih mehanizama suočavanja kod oboljelih osoba

U nastavku će biti prikazana četiri istraživanja koja potvrđuju učinak različitih metoda, tehnika i programa; konkretno muzikoterapije, art terapije, psihoedukacijskog programa i treninga opuštanja te kognitivno bihevioralne terapije.

4.6.1. Istraživanje br. 1

Autori Eseadi i Ngwu (2023) u svom istraživanju „*Significance of music therapy in treating depression and anxiety disorders among people with cancer*“ navode kako mentalno zdravlje osobe, kojoj je dijagnosticirano maligno oboljenje, može biti narušeno, a uz to se mogu pojaviti depresivni i anksiozni poremećaji. Psihološki poremećaji uzrokovani malignim oboljenjima su vjerojatno uzrok i većeg broja smrti. Budući da nuspojave određenih metoda liječenja mogu utjecati na razvoj psiholoških poremećaja kod oboljelih osoba, spominje se učinak muzikoterapije pri suočavanju s anksioznim i depresivnim poremećajima. Napravljen je presjek literature mnoštva različitih studija kako bi prikazali važnost muzikoterapije pri suočavanju s anksioznim i depresivnim poremećajima kod oboljelih osoba. Literatura je

pretraživana putem različitih baza podataka kako bi se dobio uvid u širu perspektivu te s obzirom na to da se radi o pregledu literature, nisu narušena načela etike.

Glazba utječe na psihološko i fiziološko stanje osobe te poboljšava zdravlje kod oboljele osobe s anksioznim ili depresivnim poremećajima (Antonio i sur., 2019, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Odnosno, utječe na općenito stanje osobe tijekom svih faza tretmana (Köhler i sur., 2020, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Glazba potiče proizvodnju hormona endorfina. Endorfin se općenito veže uz entuzijazam, uzbuđenje, samopouzdanje i energiju, a endorfini potaknuti glazbom također imaju utjecaj na smanjenje osjećaja boli, depresivnih i anksioznih poremećaja te poboljšavanju općeg stanja osobe (Schulkin i Raglan, 2014, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Nadalje, dokazan je pozitivan utjecaj i na osjećaj beznadnosti, neuroticizma i očaja (Chen i sur., 2018, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Muzikoterapija ima utjecaja i prilikom ekspresije i prilikom slušanja (Stanczyk, 2011, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Korisna je u suočavanju s anksioznim i depresivnim poremećajima, kao učinkovita, isplativa i jednostavna metoda (Jasemi i sur., 2016; Jiménez-Jiménez i sur., 2013, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Istraživanja su pokazala kako se zaista smanjuje osjećaj anksioznosti kod oboljelih osoba koje trebaju biti izložene kirurškom liječenju. (Clements-Cortés, 2017; Mirbagher i Aghajani, 2012, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Dokazan je i utjecaj na smanjenje osjećaja depresije (Jasemi i sur., 2016; Zhou i sur., 2011, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Muzikoterapija se pokazala kao jedna od najučinkovitijih metoda pri utjecaju na anksiozne i depresivne poremećaje, a njezinom primjenom tijekom jednog do dva mjeseca, vidljiv je utjecaj na poboljšanje kvalitete života oboljelih osoba (Li i sur., 2020, prema Eseadi i Ngwu, 2023).

Žene oboljele od raka dojke često se susreću s narušenom slikom tijela, iscrpljenošću, poteškoćama spavanja, tugom, jakim stresom te traumama na psihološkoj i fiziološkoj razini (Shinden i sur., 2017, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Otprilike polovica oboljelih žena suočava se s depresivnim i anksioznim poremećajima, posebice tijekom kemoterapije (Burgess i sur., 2005; Thornton i sur., 2008, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Muzikoterapija pomaže u smanjenju depresivnih i anksioznih poremećaja tijekom i nakon liječničkih tretmana (Zhou i sur., 2015, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Odnosno, muzikoterapija ovdje ima ulogu odvlačenja pažnje na sretnije i ugodnije osjećaje, slušanjem glazbe pod vodstvom terapeuta (Atiwannapat i sur., 2016; Bruscia, 2014, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Osobe oboljele od raka pluća osjećaju izuzetno jaku bol koja narušava njihovo općenito fiziološko i psihološko stanje (Magill, 2001; Wu i Raja, 2011, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Muzikoterapija ovdje

služi pri smanjenju osjećaja boli koja posljedično dovodi do anksioznih i depresivnih poremećaja (Archie i sur., 2013; Li i sur., 2011, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Općenito je cilj poboljšanje kvalitete života i održavanja mentalnog zdravlja, a u kombinaciji s drugim metodama pokazala se korisnom pri smanjenju krvnog tlaka, stresa, anksioznih i drugih psiholoških poremećaja (Wang i sur., 2015, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Posebno se preporučuje oboljelim osobama koje prolaze kroz teže kirurško liječenje (Mou i sur., 2020, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Rak prostate povezan je prvenstveno s osjećajem boli, posebno nakon kirurškog liječenja (Kühlmann i sur., 2018, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Također, vrlo se često razvijaju anksiozni poremećaji zbog utjecaja na seksualnost (Arslan i sur., 2008; Yadav i sur., 2020, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Istraživanja su pokazala kako muzikoterapija ima pozitivan učinak na smanjenje osjećaja anksioznosti prije operacije, ali bi mogla biti korisna tijekom i nakon liječenja (Yung i sur., 2022, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Muzikoterapija se kod osoba s rakom debelih crijeva veže uz psihološke probleme oboljelih osoba. Muzikoterapija se pokazala učinkovitom tijekom operacije, povećavajući osjećaj ugone, a smanjujući osjećaj anksioznosti (Bampton i Draper, 1997; Palakanis i sur., 1994, prema Eseadi i Ngwu, 2023). Također, pozitivan učinak primijećen je i prilikom kemoterapije (Tanriverdi i sur., 2020, prema Eseadi i Ngwu, 2023).

Istraživanja dokazuju značajan učinak muzikoterapije u reduciranju depresivnih i anksioznih poremećaja među oboljelim osobama, uključujući rak debelog crijeva, rak prostate, pluća i dojke. Pružateljima zdravstvene skrbi predlaže se korištenje muzikoterapije pri liječenju oboljelih osoba kako bi se utjecalo i na smanjenje broja smrti uzrokovanih psihološkim poremećajima (Eseadi i Ngwu, 2023).

4.6.2. Istraživanje br. 2

U istraživanju autora Elimimian i sur., (2020) „*A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy*“ art terapija se spominje kao jedna od ključnih terapija kojom se može djelovati na smanjenje osjećaja depresije i anksioznosti kod osoba s malignim oboljenjima. Art terapija se temelji na kreativnom procesu i povezivanju samoizražavanja putem slikanja, crtanja, kiparstva i drugih vrsta umjetničkih izražavanja s oblicima psihoterapije i savjetovanja (Hamre i sur., 2010; Kienle i sur., 2013; Konopka, 2014, prema Elimimian i sur., 2020). Smatra se kako može

pomoći oboljelim osobama pri poboljšanju kvalitete života i jačanju pozitivnih mehanizama suočavanja s oboljenjem (Svensk i sur., 2019, prema Elimimian i sur., 2020). Također, zabilježen je pozitivan učinak pri smanjenju osjećaja stresa, poboljšanju samosvijesti i samopoštovanja, kontrole ponašanja, razvoju interpersonalnih vještina te suočavanju s emocionalnim sukobima (Kienle i sur., 2013, prema Elimimian i sur., 2020).

Provedena je pilot studija art terapije kako bi se utjecalo na smanjenje psihološkog stresa i jačanju inicijative za programe art terapije u budućnosti. Cilj je bio uvidjeti učinkovitost art terapije pri reduciranju emocionalnog tereta, što je zabilježeno vizualnom analognom skalom koja uključuje depresiju, anksioznost, bol i emocionalni stres. Studija se provodila od travnja 2015. godine do veljače 2017. godine, a u nju su bile uključene oboljele osobe koje su bile izložene kemoterapiji ili su sudjelovale u naknadnoj skrbi. Kriterij za uključivanje u studiju, osim aktivne kemoterapije, bili su minimalna dob od 18 godina, dijagnoza bilo kojeg tipa i stadija malignog oboljenja te fizička sposobnost za sudjelovanje u art terapijama (Elimimian i sur., 2020).

Kako bi se procijenio utjecaj art terapije na psihološko stanje oboljele osobe, korišteni su *NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Distress Management Screening*, *NCCN Distress Thermometer* i *Universal Pain Assessment Tool*. Oboljele osobe su prvenstveno označavale što ima utjecaja na razvoj boli, stresa, depresije i anksioznosti putem liste s devet psihosocijalnih stresora: zdravstveni problemi, problemi povezani s liječenjem, problemi s poslom, problemi s financijama, obiteljski problemi, problemi s odnosima, egzistencijalni problemi, problemi povezani s identitetom i ostali problemi. Upitnici su također davali uvid u različite utjecaje art terapije ovisno o dobi, spolu, rasi, etničkoj pripadnosti, bračnom statusu te uzrocima depresije, anksioznosti, stresa i njihove percepcije. Termometri vizualno analogne skale sastojali su se od četiri termometra za: procjenu depresije, anksioznosti, emocionalnog stresa i boli. Termometri su korišteni su prije terapije, neposredno nakon terapije te unutar 48 do 72 sata nakon terapije. Oboljele osobe su zatim tijekom art terapije, pod vodstvom terapeuta, imale mogućnost izražavanja korištenjem materijala za rad s glinom, crtanje, bojanje i izradu kolaža, a završavale su vlastitom refleksijom na seansu (Elimimian i sur., 2020).

Od 55 oboljelih osoba koje su bile uključene u studiju, jedna osoba je preminula, a četiri osobe nisu prošle sve dijelove studije. Na temelju toga, rezultati studije prikazani su prema 50 oboljelih osoba. Prosječna dob oboljelih osoba, u većini žena, iznosila je 54 godine te je većina osoba bila uključena u studiju unutar jedne godine od saznanja o dijagnozi. Oboljele

osobe su imale različite stadije raka, od prvog do četvrtog, a vrste raka bile su rak dojke, debelog crijeva, gušterače, pluća, jednjaka, endometrija, zatim limfom, multipli mijelom te ostali. Zabilježeno je statistički značajno smanjenje u svim elementima vizualno analogne skale prije i poslije art terapije te statistički značajne razlike između anksioznosti i emocionalnog stresa koje su bile reducirane neposredno nakon art terapije, a povećale su se tijekom ponovnog praćenja. Međutim, nije pronađena statistički značajna razlika između rezultata nakon art terapije i onih u ponovljenom praćenju, za depresiju i bol, čime se potvrđuju pogodnosti korištenja. Općenito, rezultati dokazuju učinkovitost art terapije pri poboljšanju raspoloženja, reduciranja boli i osjećaja anksioznosti koji se javljaju tijekom kemoterapije. Učinak je viđen odmah po završetku art terapije i trajao je najmanje 48 do 72 sata nakon terapije što se tiče boli i depresije, dok je za anksioznost i emocionalni stres učinak bio kraći (Elimimian i sur., 2020). Kao dijelom art terapije, spominje se važnost crtanja mandale, potičući oboljele osobe na iskrenost sa samim sobom i na spajanje svih dijelova života (Kim i sur., 2018; Quinn, 2014, prema Elimimian i sur., 2020).

Iako je uzorak ove studije mali, art terapija se pokazala kao metoda koja može nadvisiti sve jezične i kulturološke prepreke te biti korisna za osobe svih dobi, razina edukacija i vrsta dijagnoza (Goetze i sur., 2009, prema Elimimian i sur., 2020). No, javlja se preporuka za daljnjim, većim studijama (Elimimian i sur., 2020).

4.6.3. Istraživanje br. 3

Istraživanje autora Darweesh i sur. (2018) „*Effect of Relaxation Training Techniques And Psychoeducational Program on Depression And Anxiety Among Cancer Patients*“ objašnjava važnost tehnika relaksacije i psihoedukacijskih programa pri suočavanju s depresivnih i anksioznim poremećajim kod osoba s malignim oboljenjima. Psihološke intervencije za osobe oboljele od malignih oboljenja uključuju treninge opuštanja, psihoedukacijske strategije, psihoterapije, kognitivna restrukturiranja, rješavanja problema, treninge socijalnih vještina, hipnozu i biofeedback. Intervencije se mogu provoditi u grupi, individualno ili s obitelji (Antoni i sur., 2001, prema Darweesh i sur., 2018). Trening opuštanja ima pozitivan učinak na opuštanje napetih mišića tijela, jednako kao i tehnike opuštanja koje još rade na usporavanju disanja i otkucaja srca, smanjujući time i negativne osjećaje (Hua Song i sur., 2013; Khuraman, 2014, prema Darweesh i sur., 2018). Psihološke intervencije i povećanje tjelesne aktivnosti kao nefarmakološke metode dovode do smanjenja umora. Odnosno, redovita

tjelesna aktivnost djeluje na smanjenje ne samo umora, nego i anksioznosti i depresije, prije i nakon liječenja (Hua Song i sur., 2013, prema Darweesh i sur., 2018).

Psihoedukacijski trening u kombinaciji s treningom opuštanja s ciljem smanjenja anksioznosti i depresije kod 165 oboljelih osoba, proveden je u Egiptu od kolovoza 2015. godine do siječnja 2016. godine. Kriteriji za uključivanje bili su maligna oboljenja bez metastaza, minimalna dob od 18 godina i pristanak na sudjelovanje. Za potrebe programa, oboljele osobe ispunjavale su demografske podatke i *DASS skalu (Depression, Anxiety and Stress scale)*. Oboljele osobe podijeljene su u tri grupe po 55 osoba: grupa za psihoedukacijski program, grupa za trening opuštanja i kontrolna grupa. Grupa koja je sudjelovala u psihoedukacijskom programu dobila je informacije o malignom oboljenju i njegovim uzrocima, metodama liječenja i nuspojavama. Tijekom četverotjednog programa u trajanju od jednog sata dva puta tjedno, s oboljelim osobama se radilo na suočavanju s malignim oboljenjima i rješavanju problema. Druga grupa je imala uključen trening opuštanja, odnosno tehnike opuštanja mišića i dubokog disanja, dok treća grupa nije sudjelovala ni u čemu, samo su primali lijek za maligna oboljenja (Darweesh i sur., 2018).

Istraživanje je pokazalo kako ne postoji statistički značajna razlika među rezultatima na *DASS skali* prije nego što su programi započeli. Međutim, mjesec do dva mjeseca nakon programa, postoje statistički značajna smanjenja depresije, anksioznosti i stresa u grupi koja je imala trening opuštanja kao i u grupi s psihoedukacijskim programom. U ponovnom praćenju pronađeno je ponovno dizanje rezultata, ali u puno manjoj mjeri nego prije početka programa. Rezultati na skali bili su manji u grupi s psihoedukacijskim treningom u odnosu na grupu s treningom opuštanja i kontrolnom grupom. U odnosu grupe s treningom opuštanja i kontrolne grupe, grupa s treningom jednako tako pokazuje manje rezultate na *DASS skali*. Psihoedukacijski program se općenito pokazao korisnim pri smanjenju osjećaja stresa, depresije i anksioznosti, vjerojatno zbog podizanja svijesti među oboljelim osobama te interakcije i mogućnošću dijeljenja osjećaja. Kontrola grupa nije pokazala skoro nikakve promjene prije početka programa i nakon ponovnog praćenja. Na kraju, spominje se važnost implementacije ovih programa u rad s oboljelim osobama i njihovim obiteljima (Darweesh i sur., 2018).

4.6.4. Istraživanje br. 4

Istraživanje autora Zhang i sur. (2022) „*Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a meta-analysis*“ provedeno je s ciljem istraživanja učinka kognitivno bihevioralne terapije na depresivne i anksiozne poremećaje osoba s malignim oboljenjima. Osobe oboljele od malignih oboljenja često su izložene jakoj boli, jakom umoru, problemima sa spavanjem, strahom od povratka bolesti te osjećajima depresije i anksioznosti (Sánchez-Jiménez i sur., 2015; Simard i sur., 2013, prema Zhang i sur., 2022). Pojedina istraživanja prikazivala su pozitivan učinak psihosocijalnih intervencija na širok raspon ovih stresnih emocija, najčešće koristeći kognitivno bihevioralnu terapiju (Moorey i Greer, 2011, prema Zhang i sur., 2022). Kognitivno bihevioralna terapija predstavlja psihoterapeutske tehnike s ciljem utjecaja na psihološki stres i maladaptivna ponašanja tako da se kod osobe mijenjaju ponašanja i kognicije (Kaplan i sur., 1995, prema Zhang i sur., 2022). Odnosno, radi se na promjenama na emocionalnoj, društvenoj, kognitivnoj i ponašajnoj razini, tehnikama poput igranja uloga, učenja vještina suočavanja, rješavanja problema, uvida u alternativne percepcije i poticanja na jačanje samokontrole (Choo, 2014, prema Zhang i sur., 2022). S obzirom na to da su osjećaji i ponašanja osobe određeni njezinom kognicijom, svaka poboljšana promjena kognicije utječe i na poboljšanje osjećaja i ponašanja. Kod oboljele osobe se na taj način podiže razina svijesti i kontrole te samopouzdanja (DeRubeis i sur., 2010, prema Zhang i sur., 2022). Kognitivno bihevioralna terapija se javlja u tradicionalnom obliku, uživo sa stručnom osobama te takve sesije mogu biti individualne ili grupne (Beatty i sur., 2014; Mohr i sur., 2012, prema Zhang i sur., 2022). Također, kognitivno bihevioralna terapija se može odvijati putem interneta, kao alternativna, učinkovitija verzija koja se može koristiti neovisno o geografskim ili fizičkim preprekama (Andersson i Titov, 2014; Donker i sur., 2013, prema Zhang i sur., 2022).

Provedena je meta analiza prema prethodnim studijima, zbog čega nisu bila narušena načela etike. U istraživanjima su bile uključene osobe s malignim oboljenjima koje su prošle liječenje, a ne oboljele osobe koje već primaju terapiju ili se pripremaju na to. Literatura je pretraživana tako da uključuje efekte kognitivno bihevioralne terapije na depresivne i anksiozne poremećaje, isključujući kognitivno bihevioralne terapije treće generacije kao naprimjer kognitivnu terapiju temeljenu na mindfulnessu. Podaci su na kraju izvučeni iz 15 članaka u periodu između 2003. godine i 2022. godine. Sveukupno 1979 oboljelih osoba bile su prosječne dobi od 37 do 60 godina. Oboljele osobe bile su izložene kognitivno

bihevioralnoj terapiji između 2 i 12 tjedana, a ponovna studija bila je unutar 12 mjeseci (Zhang i sur., 2022).

Rezultati su pokazali kako je kognitivno bihevioralna terapija imala pozitivan učinak na depresiju u ponovnoj studiji nakon šest mjeseci, dok nije bilo izrazitog poboljšanja u ponovljenoj studiji nakon 12 mjeseci. Jednaki rezultati prikazani su i na području anksioznosti (Zhang i sur., 2022). Pojedina istraživanja su također pokazala pozitivan učinak bihevioralnih pristupa na anksiozne i depresivne poremećaje poput hipnoze i mindfulnessa (Carlson i sur., 2016; Kanera i Willems, 2016, prema Zhang i sur., 2022). Međutim, većina istraživanja prikazana je za rak dojke (Zhang i sur., 2022). Posljednja istraživanja, jednako tako za rak dojke, dokazala su pozitivan učinak kognitivno bihevioralne terapije na psihološke simptome i kod oboljelih osoba i kod osoba koje su prošle liječenje (Ye i sur., 2018, prema Zhang i sur., 2022). Naglašava se važnost daljnjih i kvalitetnih istraživanja u ovom području, s većim uzorcima (Zhang i sur., 2022).

5. PROGRAMI I INICIJATIVE KAO PODRŠKA OBOLJELIM OSOBAMA

Zdravstvenu zaštitu rizične populacije treba orijentirati prema edukativnim i preventivnim programima u koje se uključuju udruge oboljelih osoba, osnivanju pa i radu multidisciplinarnih timova u zdravstvenim centrima, educiranju stručnjaka i jačanju razvoja zaštite s načelima jednakog pristupa. Također, treba biti prisutno razvijanje suradnje među svim resursima, rano otkrivanje psihosocijalnih problema, procjene i praćenja zdravstvenih indikatora (Strnad i Šogorić, 2010).

Općenito, javnozdravstveni cilj je raditi na prevenciji malignih oboljenja među populacijom. Nacionalni programi probira pokazali su se uspješnijima, nego kad se osobe same uključuju. No, takvi programi moraju jasno prikazivati informacije o dobrobitima i ograničenjima, moraju biti isplativi, utemeljeni na znanosti i dobroj praksi. Također je potrebno educirati i stručnjake, a populaciji osigurati primjerenu dijagnostiku i metode liječenja, što posljedično pridonosi boljoj kvaliteti života, kvalitetnoj palijativnoj skrbi, ali i povećanju stope preživljenja (Coleman i sur., 2008; Stamenić i Strnad, 2010, prema Strnad i Šogorić, 2010).

U zemljama Europe 1985. godine započeo je program *Europe against cancer*, s ciljem jačanja borbe protiv malignih oboljenja (Boyle i sur., 2003, prema Strnad i Šogorić, 2010). Program se sastoji od tri glavne sastavnice: Europski kodeks protiv raka s pravilima za zdrav način života, partnerstvo svih koji su uključeni u prevenciju malignih oboljenja i dugotrajni ciljevi vezani uz smanjenje stope mortaliteta (Strnad i Šogorić, 2010). Europski kodeks protiv raka pod vodstvom je Međunarodne agencije za istraživanje raka koja je dio Svjetske zdravstvene organizacije. Prema njima, sami sebi najviše možemo pomoći kako bismo na vrijeme reagirali i umanjili rizik od nastanka oboljenja. Pridržavanjem zdravog načina života može se spriječiti skoro 50% smrti, a predlažu dvanaest preporuka koje mogu u tome pomoći: zdrava prehrana i primjerena tjelesna težina, tjelesna aktivnost, nepušenje i neizlaganje duhanskom dimu kod kuće ili na poslu, reduciranje konzumacije alkohola, zaštita od kancerogena na poslu, kontrola radona kod kuće, reduciranje izlaganja suncu, cjepivo protiv humanog papiloma virusa i hepatitisa B kod djece, dojenje kod žena umjesto hormonske nadomjesne terapije te programi ranog probira za žene i muškarce (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2024). *Europski plan za borbu protiv raka* djeluje od 2021. godine u nekoliko važnih područja, uključujući prevenciju, rano otkrivanje dijagnoze, dijagnosticiranje i liječenje i kvalitetu života, a spominju se još i minimiziranje nejednakosti, maligna oboljenja u dječjoj dobi te inovativna, personalizirana

medicina. Program *EU za zdravlje* od 2021. do 2027. godine radi na razvoju zdravstvenih institucija putem tehničke i financijske podrške (Europska komisija, bez dat).

Međunarodni savez organizacija roditelja djece oboljele od malignih oboljenja, odnosno Childhood Cancer International, proglasio je 15. veljače Međunarodnim danom djeteta oboljelog od malignog oboljenja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017). Četvrtog veljače općenito se obilježava Svjetski dan borbe protiv raka, kao međunarodna inicijativa koju je pokrenula Unija za međunarodnu kontrolu raka još 2000. godine. Cilj inicijative je naglašavanje pojedinačne uloge u borbi protiv malignog oboljenja, podizanje svijesti i informiranosti među općom populacijom te poticanje raznih aktivnosti kako bi se napokon smanjila stopa mortaliteta, posebno prerana smrt (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021).

Program podrške, pod nazivom *Reach to recovery*, postoji i u Republici Hrvatskoj kao program *Vrijeme oporavka – Pogled u budućnost*. Volonteri koji su prošli edukaciju, imaju ulogu nadalje informirati oboljele osobe i osobe iz njihove okoline te pružati im podršku (Prstačić i sur., 2004). U Hrvatskoj je također od 2022. godine do ove, 2024., aktivna kampanja pod nazivom *Zatvorimo jaz u skrbi*. Kampanja djeluje s ciljem buđenja svijesti o nejednakom pristupu oboljelim osobama ovisno o njihovoj dobi, pripadnosti etničkoj skupini, mjestu stanovanja, socioekonomskom statusu i drugim karakteristikama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2024). Također, u Hrvatskoj djeluju i mnogobrojne zaklade i udruge koje se bave pružanjem podrške oboljelim osobama, poput zaklade *Sve za nju*, udruge *SANUS*, *Ljubav na djelu*, *Kosa ljubavi*, *Krijesnica* (Knežević, 2016, prema Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017).

6. ZAKLJUČAK

Maligna oboljenja predstavljaju jedan od najtežih životnih izazova, a u današnje vrijeme skoro postaju kronična bolest. Suočavanje s malignim oboljenjima prvenstveno zahtijeva značajnu prilagodbu na fizičkoj, psihološkoj i emocionalnoj razini. Oboljele se osobe tijekom suočavanja s malignim oboljenjima susreću sa širokim rasponom snažnih emocija, odnosno javljaju se emocionalne reakcije koje mogu izrazito utjecati na svakodnevni život i odnose s bližnjima, ali i na odnos prema sebi. Stoga, učinkovito upravljanje mehanizmima suočavanja i aktivno sudjelovanje u suočavanju ključno je kako bi se očuvala kvaliteta života i mentalno zdravlje oboljelih osoba. Korištenjem efikasnih strategija mogu se smanjiti negativne posljedice koje oboljenje nosi sa sobom, može se upravljati emocionalnim teretom te utjecati na smanjenje i kontrolu osjećaja stresa, bespomoćnosti i beznadnosti. Psihosocijalna podrška oboljelih osoba ima neophodnu ulogu u procesu suočavanja s malignim oboljenjima, bilo to od strane multidisciplinarnog tima liječnika ili bližnjih osoba. Cilj psihosocijalne podrške je pružiti pomoć oboljelima u samoj prilagodbi na oboljenje, prihvatanju i pozitivnijem stavu te također smanjuje osjećaj samoće, izoliranosti i vrlo česte stigme. Multidisciplinarni tim liječnika izrazito je potreban od samog početka, odnosno od saznanja o dijagnozi pa sve do samoga završetka palijativne skrbi s ciljem olakšavanja boli i poboljšanja kvalitete preostalog života. Također, multidisciplinarni tim važan je i za obitelj oboljele osobe, posebno tijekom palijativne skrbi i nakon smrti osobe. Uloga obitelji je ključna u odnosu prema oboljeloj osobi. Obitelj oboljele osobe jednako se tako suočava s raznim intenzivnim emocionalnim reakcijama, posebno roditelji kad im dijete dobije dijagnozu malignog oboljenja, a kroz snažne emocije prolaze braća i sestre; ili djeca kad im roditelj dobije dijagnozu malignog oboljenja. Kroz širi raspon intervencija, u okviru psihosocijalne onkologije, moguće je dodatno unaprijediti mehanizme suočavanja oboljelih osoba. Psihosocijalna onkologija omogućuje oboljelim osobama potpuno razumijevanje i uspješnije nošenje s izazovima malignih oboljenja. Potpuno razumijevanje i holistički pristup izuzetno su važni u individualiziranim terapijskim pristupima koji se fokusiraju na specifične potrebe svakog pojedinca. Iako je vidljiv napredak u zdravstvenoj zaštiti oboljelih osoba, kroz razvijanje sustava palijativne skrbi, rad udruga, zaklada i inicijativa, i dalje ostaje potreba za dodatnim razvijanjem novih strategija te ulaganja u resurse, podršku i obrazovanje. Vrlo je važno podizati svijest među općom populacijom i informirati javnost, poticati na programe probira s ciljem smanjenja preranih smrti i poboljšanja ukupne dobrobiti. Sve opisano, ne predstavlja

samo zdravstveni, već i društveni prioritet, čiji će rezultati imati dugoročne pozitivne učinke na pojedince i obitelji.

U konačnici, ovaj rad doprinosi razumijevanju kako se ljudi suočavaju s jednim od najizazovnijih zdravstvenih problema današnjice te potiče na dodatna istraživanja u okviru analiziranja mehanizama suočavanja oboljelih osoba s malignim oboljenjima.

7. LITERATURA

1. Antoni, M.H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30 (Supplement), 88-98. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.05.009>
2. Brkljačić, M. (2013). Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. *Služba Božja*, 53 (3-4), 367-376.
3. Brkljačić, M. (2019). Medicinska etika u palijativnoj skrbi. *Obnovljeni život*, 74 (4), 513-526. <https://doi.org/10.31337/oz.74.4.5>
4. Brozović, G., Lesar, N., Janev, D., Bošnjak, T., Muhaxhiri, B. (2022). Cancer Pain and Therapy. *Acta clinica Croatica*, 61. (Supplement 2), 103-108.
5. Butković, D. (2011). *Učestalost i osobitosti boli djece sa solidnim malignim tumorima* (Disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
6. Cigić, M., Rožman, J. (2021). Razvoj depresivnosti kod onkoloških bolesnika. *Journal of Applied Health Sciences*, 7 (1), 11-23. <https://doi.org/10.24141/1/7/1/2>
7. Diminić-Lisica, I., Rončević-Gržeta, I. (2010). Obitelj i kronična bolest. *Medicina Fluminensis*, 46 (3), 300-308.
8. Dobrila-Dintinjana, R., Vukelić, J. i Dintinjana, M. (2014). Liječenje maligne boli. *Medicus*, 23 (2. Liječenje boli), 93-98.
9. Dotlić, N. (2018). *Art/ekspresivne terapije u psihosocijalnoj onkologiji* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
10. Duspara, D. (2019). *Obiteljska dinamika i kvaliteta života kod osoba oboljelih od malignih oboljenja* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
11. El-Din Mohamed Darweesh, A., Ebraheemsayied, N., Ahmed Ahmed, Z., Mabroukhalaf, S., Khalifa, M.S. (2018). Effect of Relaxation Training Techniques And Psychoeducational Program on Depression And Anxiety Among Cancer Patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7 (1), 70-77.
12. Elimimian, E.B., Elson, L., Stone, E., Butler R.S., Doll, M., Roshon, S., Kondaki, C., Padgett, A., Nahleh Z.A. (2020). A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy. *BMC Cancer*, 20 (899). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07380-5>

13. Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
14. Eseadi, C., Ngwu, M.O. (2023). Significance of music therapy in treating depression and anxiety disorders among people with cancer. *World journal of clinical oncology*, 14 (2), 69-80. doi: 10.5306/wjco.v14.i2.69.
15. Europska komisija (bez dat). *Rak*. Preuzeto 12. kolovoza 2024. s https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_hr
16. Genc, A., Pekić, J., Matanović, J. (2013). Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoefikasnost kao prediktori psihofizičkog zdravlja. *Primenjena psihologija*, 6 (2), 155-174.
17. Gregurek R., Braš., M. (2008). *Psihoonkologija*. Grafika, Osijek.
18. Gregurek, R., Braš, M., Đorđević, V., Ratković, A., Brajković, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 22 (2), 227-230.
19. Grgić, A. (2020). *Kreativna terapija u podržavanju kvalitete života osoba s malignim oboljenjima* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
20. Gurney, J., Holm, K., Patterson, J. (2004): The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psycho-Oncology*, 13 (6), 390-407.
21. Holland, J. C. (2015). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
22. Holland, J.C., Golant M. B., Greenberg. D., Hughes, M., Levenson, J. A., Loscalzo, M., Pirl, W. (2015). *Psycho-oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. New York: Oxford University Press.
23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Dani posvećeni djeci oboljeloj od maligne bolesti*. Preuzeto 25. srpnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/ravnateljstvo/dani-posveceni-djeci-obiljeloj-od-maligne-bolesti/>
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2024). *Incidencija raka u Hrvatskoj u 2021. godini*. Preuzeto 19. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Međunarodni dan djece oboljele od malignih bolesti*. Preuzeto 16. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/sluzba->

- epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/medunarodni-dan-djece-obiljele-od-malignih-bolesti/
26. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2024). *Međunarodni dan djece obiljele od malignih bolesti*. Preuzeto 21. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/medunarodni-dan-djece-obiljele-od-malignih-bolesti-3/>
 27. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Objavljena svjetska istraživanja o malignim bolestima kod djece*. Preuzeto 16. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/objavljena-svjetska-istrazivanja-o-malignim-bolestima-kod-djece/>
 28. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2020., Bilten 45, Zagreb.
 29. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Svjetski dan borbe protiv raka*. Preuzeto 17. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/ravnateljstvo/svjetski-dan-borbe-protiv-raka/2/>
 30. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). *Svjetski dan borbe protiv raka*. Preuzeto 15. srpnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/svjetski-dan-borbe-protiv-raka-2/>
 31. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2024). *Svjetski dan borbe protiv raka 2024*. Preuzeto 25. srpnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-borbe-protiv-raka-2024/>
 32. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). *Svjetski dan raka 2023*. Preuzeto 17. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-raka-2023/>
 33. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). *Svjetski dan raka 2023*. Preuzeto 17. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-raka-2023/4/>
 34. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). *Svjetski dan raka 2023*. Preuzeto 18. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-raka-2023/5/>
 35. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). *Svjetsko istraživanje preživljenja od raka: Hrvatska ispod europskog prosjeka*. Preuzeto 19. lipnja 2024. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetsko-istrazivanje-prezivljenja-od-raka-hrvatska-ispod-europskog-prosjeka/3/>
 36. Ivančić Ravlić, I. (2014). Psycho-oncological approach to breast cancer patients. *Libri Oncologici*, 42 (1-3), 71-73.

37. Jerčić, I. (2021). *Uloga strategija emocionalne regulacije u odnosu percipiranog stresa i subjektivne dobrobiti* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
38. Kalebić Jakupčević, K. (2013). Psihološki aspekti i značaj psihološke podrške u liječenju malignih bolesti kod djece. *Paediatrica Croatica*, 57 (1), 278-291.
39. Kardum I., Hudek-Knežević, J., Krapić, N. (2016). Lokus kontrole i tjelesno zdravlje. *Klinička psihologija*, 9 (2), 271-292. <https://doi.org/10.21465/2016-KP-2-0005>
40. Kiralj, R., Pongrac M., Puharić, Z., Žulec M., Grabovac, Đ. (2017). Primjena citostatika-učinkovitost i štetnost. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 13 (50), 96-105.
41. Knežević, A. (2016). *Likovni i dramski elementi u kreativnoj terapiji djeteta s malignim oboljenjima* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
42. Krapić, N. i Kardum, I. (2003). Stilovi suočavanja sa stresom kod adolescenata: konstrukcija i validacija upitnika. *Društvena istraživanja*, 12 (5 (67)), 825-846.
43. Kudek Mirošević, J. (2010). Dijete s malignim oboljenjima i klinička procjena utjecaja komplementarnih suportivno-terapijskih programa. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46 (1), 33-40.
44. Lahad, M. (2017). From Victim to Victor: The Development of the BASIC Ph Model of Coping and Resiliency. *Traumatology*, 23 (1), 27-34. <https://doi.org/10.1037/trm0000105>
45. Marcus, J.D. (2016). Psychosocial Oncology and Palliative Communication. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 6 (1). <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7386.1000246>
46. Martinec, R., Miholić, D., Stepan Giljević, J. (2012). Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2), 145-155.
47. Midžić, A. (2018). Strategije suočavanja sa stresom i dimenzije ličnosti. Zbornik radova Islamskog pedagoškog fakulteta u Bihaću, 10 (10), 163-181. <https://doi.org/10.52535/27441695.2018.10.163-181>
48. Miholić, D., Prstačić, M., Martinec R. (2013). Art/ekspresivne terapije i psihodinamika djeteta – roditelj u konceptu sofrologije i psihosocijalne onkologije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (2), 115-128.

49. Miholić, D., Prstačić, M., Nikolić, B. (2013). Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjima. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (Supplement), 73-84.
50. Miholić, D. (2014). Interni materijal za kolegij: Psihosocijalna onkologija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
51. Miljković, D., Lugomer-Armano G., Arnautović D., Hajncl, Lj., Pleša, A., Šore, R., Šternberg S., Zec J., Ždero V. (2004). Ovdje sam, slušam. Priručnik za edukaciju volontera u službi psihološke pomoći telefonom. Zagreb: Savez udruga telefona kriznih službi.
52. Nakić Pipunić, K. (2022). *Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj kao javnozdravstveni problem* (Završni rad). Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije.
53. Onkologija.hr (bez dat.). *Vrste raka A-Z: Vrste tumora po mikroskopskom ili genetskom izgledu stanice*. Preuzeto 16. lipnja 2024. s <https://www.onkologija.hr/vrste-raka-a-z/>
54. Pavlović, Ž., Sindik, J. (2014). Situacijsko suočavanje sa stresom kod odgojitelja.. *Sigurnost*, 56 (3), 187-201.
55. Prstačić, M., Eljuga, D., Matijević, A., Nikolić, B., Čepulić, M., Stepan, J. (2004). Psihosocijalna onkologija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40 (1), 77-90.
56. Redžović, A., Zahirović, D., Šamija, M. (2015). Primjena, učinkovitost i nuspojave zračenja u liječenju malignih bolesti. *Medicina Fluminensis*, 51 (3), 353-359.
57. Roganović, J. (2009): *Moja prijateljica je bolesna. Maligne bolesti u djece*, Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.
58. Salehi, K., Shakour, M., Kashani, F. i Hashemi, M. (2023). The role of patient, the physician and health care system in experiences of cancer patients under outpatient oncology treatments. *Libri Oncologici*, 51 (2-3), 45-52. <https://doi.org/10.20471/LO.2023.51.02-03.07>
59. Sivrić, J. (2022). *Utjecaj biblioterapije kod djece i odraslih s malignim oboljenjima* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
60. Slijepčević, J. (2014): *Potrebe i poteškoće roditelja djece oboljele od malignih bolesti*. (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
61. Sonički, M. (2019). *Braća i sestre djeteta s malignim oboljenjima* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

62. Stažnik, A. (2022). *Razvoj palijativne skrbi* (Diplomski rad). Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu.
63. Stipić, P. (2019). *Razlike u suočavanju između očeva i majki djece s malignim oboljenjima*. (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
64. Strnad, M. (2005): Starija životna dob i rak. *Medicus*, 14 (2), 251-256.
65. Strnad, M., Šogorić, S. (2010). Rano otkrivanje raka u Hrvatskoj. *Acta medica Croatica*, 64 (5), 461-467.
66. Sui C., Wu, H., Li, X., Wang, Y., Wei, J., Yu, J., Wu, X. (2024). Cancer immunotherapy and its facilitation by nanomedicine. *Biomarker Research*, 12 (77). <https://doi.org/10.1186/s40364-024-00625-6>
67. Šeparović, R. (2018). Rak i liječenje onkoloških bolesnika - što ljekarnik treba znati. *Medicinska konoplja i onkološki bolesnik: "Što ljekarnik treba znati?"*, 14-15.
68. Šeparović, R., Silovski, T., Dedić Plavetić, N., Šerman, A., Grubišić Čabo, F., Kardum Fucak, I., Trivanović, D., Tečić Vuger, A., Vrbanec, D. (2016). Praćenje onkoloških bolesnika – kliničke preporuke Hrvatskog društva za internističku onkologiju HLZ-a 1. dio: rak dojke, rak tijela maternice, rak vrata maternice, rak jajnika. *Liječnički vjesnik*, 138 (3-4), 63-68.
69. Šeparović, R., Vazdar, Lj., Tečić Vuger, A., Pavlović, M., Gnjidić, M., Prejac, J., Goršić I., Trivanović, D., Čonkaš, M., Vojnović, Ž., Horvatić-Herceg, G., Alduk A.M., Dedić Plavetić, N., Vrbanec, D. (2018). Smjernice za provođenje dijagnostičkih pretraga prije početka liječenja onkološkog bolesnika – kliničke preporuke Hrvatskog društva za internističku onkologiju HLZ-a I. dio: tumori urogenitalnog sustava (rak bubrega, rak mokraćnog mjehura, rak prostate, rak testisa), tumori probavnog sustava (rak jednjaka, rak želuca, rak debelog i završnog crijeva, rak gušterače, rak žučnih vodova, hepatocelularni rak, neuroendokrine novotvorine). *Liječnički vjesnik*, 140 (3-4), 77-91. <https://doi.org/10.26800/LV-140-3-4-8>
70. Šeparović, R., Zorica, R., Silovski, T., Pavlović, M., Vazdar, Lj. i Pavlica, V. (2014). Sustavno antineoplastično liječenje metastatskog raka dojke. *Libri Oncologici*, 42 (1-3), 51-60.
71. Udruga Krijesnica. (2013). *Kako se nositi s malignom bolešću* (Brošura).
72. Vlada Republike Hrvatske (2024). Akcijski plan za provedbu Nacionalnog strateškog okvira protiv raka za razdoblje do 2025. Preuzeto 20. lipnja 2024. s

<https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalne-strategije/1522>

73. Vulić-Prtorić, A. (2018). Koncept suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata i načini njegova mjerenja. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 36 (13), 135-146. <https://doi.org/10.15291/radovifpsp.2651>
74. Vundać, P. (2019). *Mehanizmi suočavanja sa stresom kod roditelja djece s teškoćama u razvoju* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
75. Zhang L., Liu, X., Tong, F., Zou, R., Peng, W., Yang, H., Liu, F., Yang, D., Huang, X., Yi, L., Wenn, M., Jiang, L. (2022). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 12 (21466). doi: 10.1038/s41598-022-25068-7