

PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA ČUSTVENE STISKE PRI PACIENTIH Z RAKOM

dr. Anja Simonič, univ. dipl. psih., specialista klinične psihologije

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

anja.simonic@klinika-golnik.si

IZVLEČEK

Pacienti z rakom se tekom svoje bolezni srečujejo bolj s psihosocialnimi kot praktičnimi problemi. Posebej ranljiva skupina za razvoj praktičnih in psihosocialnih problemov tekom bolezni je skupina mlajših pacientk z rakom. Stiska pri pacientih z rakom vsebuje več dimenzij, npr. psihosocialno, praktično, telesno, in je po svoji naravi dinamična, zato jo je treba redno spremljati in obravnavati. Zdravstvenim delavcem so pri tem v pomoč presejalni postopki. Vsak tretji na novo diagnosticiran pacient z rakom bo doživel klinično pomembne ravni duševne stiske. Za nekatere paciente z rakom so stiska, depresija in anksioznost lahko prehodne narave in se zmanjšujejo skozi čas, pri drugih pa vztrajajo. Pri nekaterih ostajata prisotni skozi celoten potek bolezni tudi bolečina in utrujenost. Čeprav skoraj vsak pacient z rakom v različnih obdobjih svoje bolezni in zdravljenja doživlja čustveno različno intenzivno, pa je le pri majhnem deležu teh pacientov njihova stiska prepoznana in obravnavana v skladu s standardi oskrbe, oblikovanimi za obravnavo psihosocialne stiske pri pacientih z rakom.

Ključne besede: čustvena/duševna stiska, pacienti z rakom, ocenjevanje, obravnavava.

UVOD

Vsi pacienti z rakom in njihovi bližnji se v različnih obdobjih svoje bolezni in zdravljenja soočajo z različnimi stresnimi situacijami, povezanimi z življenjem ob bolezni, ob katerih doživljajo čustveno stisko. V ozadju čustvene stiske so lahko najrazličnejši problemi, vprašanja ter dileme, ki odražajo njihove telesne, psihološke, socialne in duhovne potrebe. Da bi trpljenje pacienta in njegovih bližnjih lahko ustrezno prepoznali, ocenili in nadalje tudi obravnavali, je treba pozornost usmeriti na vse vidike pacientovega trpljenja. Zato je izjemnega pomena pridobiti večšine ter znanje tudi o obravnavi čustvenih dimenzij spoprijemanja z rakavim obolenjem.

Problemi, s katerimi se srečujejo pacienti z rakom

Vsak pacient se s posledicami bolezni spoprijema na sebi lasten način. Od tega, kako pomembno je določeno življenjsko področje za pacienta, kako intenzivna je sprememba ter kakšne posledice prinaša za njegovo vsakodnevno funkcioniranje, je odvisno, kako bo pacient določeno spremembo doživel in se nanjo odzval. Pomembno je tudi, ali se spremembe dogajajo postopno ali pa se zgodijo nenadoma (čez noč) in stopnja intenzivnosti, s katero se zgodijo. Večje kot so spremembe, na več za pacienta pomembnih življenjskih področjih se sočasno zgodijo in hitreje, kot se zgodijo, težje se bo pacient z njimi soočal in se nanje prilagodil (Simonič, 2010).

V kanadski študiji (Giese-Davis et al., 2012) so longitudinalno na večjem vzorcu spremljali dinamiko najpogostejših problemov, s katerimi so se srečevali pacienti z različnimi rakavimi obolenji tekom svoje bolezni, vendar pa njihov vzorec ni reprezentativen za dve veliki skupini pacientov z rakom (pacientke z rakom dojke in paciente z rakom pljuč). Izkazalo se je, da pacienti z rakom poročajo o psihosocialnih problemih pogosteje kot o problemih praktične narave, pri čemer se tekom bolezni problemi na obeh področjih zmanjšujejo, kar je najbolj opazno v prvih treh mesecih od diagnoze bolezni. Mlajši samski pacienti poročajo o več težavah praktične narave kot tisti v trajnih razmerjih. Mlajši moški in ženske vseh starosti poročajo o več psihosocialnih problemih (Giese-Davis et al., 2012).

Na področju psihosocialnih problemov so bile na začetku bolezni v ospredju skrbi glede družine in prijateljev ter težave s spanjem, ki so ostale v približno enaki meri prisotne tudi v obdobju zdravljenja. Približno leto dni po diagnozi je kar 30 % pacientov še vedno navajalo skrbi glede prijateljev in družine. Na področju soočanja s psihosocialnimi problemi so starejše ženske napredovale bolje kot mlajše, med moškimi pa mlajši pacienti. Mlajše ženske, ki so izpostavile največ psihosocialnih problemov na začetku bolezni, so jih v največji meri izpostavile tudi leto dni po diagnozi (Giese-Davis et al., 2012).

Problemi praktične narave so zajemali predvsem finančne težave in težave pri urejanju potrebnih zdravil, medtem ko so mlajši pacienti izpostavili skrbi, pove-

zane z delom in šolo. Na začetku bolezni so starejši in poročeni pacienti navajali manj praktičnih problemov, najvišja stopnja praktičnih problemov je bila prisotna pri mlajših, samskih ljudeh, še posebej ženskah. Mlajši in samski ljudje imajo lahko nižji dohodek, manj finančne stabilnosti, če morajo za daljši čas zapustiti delovno mesto, nosijo pa lahko tudi večjo odgovornost za mlajše otroke. Bolezen lahko močno poseže v njihovo zmožnost soočati se z več sočasnimi življenjskimi zahtevami (Giese-Davis et al., 2012).

Mladi samski moški in ženske so v preteklosti najpogosteje iskali pomoč v strokovnih psihosocialnih službah, s čimer so imeli namen nadaljevati tudi v prihodnosti. Izkazalo se je, da so mlajše pacientke še posebej ranljive za praktične in psihosocialne probleme v času diagnoze z rakom, pri čemer njihova morebitna zakonska zveza deluje kot zaščita in blažilec pri soočanju s praktičnimi in psihosocialnimi problemi, obenem pa vodi tudi v nižje poznavanje in iskanje strokovne psihosocialne pomoči. Nepričakovano so bili mladi moški tisti, ki so v največji meri poročali o iskanju strokovne psihosocialne pomoči (Giese-Davis et al., 2012).

Seveda ima vsako rakavo obolenje, tako zaradi samega poteka bolezni kot tudi specifičnega zdravljenja, določene značilnosti, ki specifično vplivajo na posameznega pacienta in lahko tudi močno porušijo posameznikovo telesno in psihično ravnovesje. V osnovi gre za telesne težave, ki lahko močno vplivajo na pacientovo duševnost in s tem tudi na njegovo kakovost življenja. Tako lahko pacienti s pljučnim rakom, rakom grla, vratu in glave, Hodgkinovo boleznijo in tisti z metastazami v pljučih in plevri občutijo hudo dihalno stisko, zaradi katere so pogosto vznemirjeni, tesnobni, tudi panični. Zlasti pacienti z rakom dojke, črevesja, vratu in glave, grla, trebušne slinavke in kože se pogosto soočajo s spremenjeno telesno samopodobo in morebitnimi težavami s spolnostjo, kar je lahko pomemben izvor duševne stiske.

Pacienti z možganskimi tumorji in tisti z zasevki v možganih trpijo zaradi specifičnih kognitivnih težav in disfunkcij, pacienti z rakom glave in vratu, grla in možganov imajo lahko težave pri komunikaciji z drugimi. Zlasti pacienti z rakom črevesja, prostate, jajčnikov in tudi vsi z napredovalim rakavim obolenjem imajo lahko hude težave s prebavo, kar lahko močno zmanjša kakovost njihovega življenja. Pacienti z ginekološkimi raki, rakom črevesja, kože, glave in vratu lahko trpijo zaradi neprijetnega vonja, ki ga povzroča bolezen s svojim potekom. Obstaja visoko tveganje za paciente z rakom prostate, ginekološkimi raki, rakom črevesja ter vse paciente z napredovalim rakom, da ne bodo mogli ustrezno nadzorovati izločanja vode in blata. Bolečina, utrujenost, slabost in bruhanje, težave s plodnostjo itd. so simptomi, ki lahko spremljajo vse oblike rakavih obolenj, pogosto v direktni povezavi z zdravljenjem (Simonič, 2006; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003).

Kaj je duševna oziroma čustvena stiska?

Da bi se izognili stigmatizaciji pacientov z rakom, se je za opis psiholoških in psihiatričnih težav pacientov z rakom v zadnjih desetletjih uveljavil izraz duševna oziroma čustvena stiska (*ang. psychological/emotional distress*).

Duševna ali čustvena stiska pri pacientih z rakom je danes opredeljena kot »neprijetno doživetje psihološke (kognitivne, čustvene, vedenjske), socialne in/ali duhovne narave, ki se lahko vmešava v posameznikovo zmožnost učinkovitega spoprijemanja z rakom, njegovimi telesnimi simptomi in zdravljenjem«. Razumemo jo lahko v obliki kontinuuma, v katerem so »običajna, pričakovana čustva ranljivosti, žalosti in strahu pa tudi težave, ki lahko posameznika omejujejo v vsakdanjem funkcioniranju, kot so npr. depresija, anksioznost, panika, občutki izolacije in eksistencialne krize« (NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress, 1999).

Stiska vsebuje več dimenzij (npr. psihosocialno, praktično, telesno itd.) in je torej po naravi multifaktorska (Carlson et al., 2013), prav tako pa tudi dinamična, saj se njene dimenzije lahko skozi čas spreminjajo.

Stisko lahko odražajo pogosti psihosocialni, praktični in telesni problemi. Pacienti, ki so na začetku bolezni poročali o več psihosocialnih ter praktičnih problemih, so imeli povišane tudi ravni čustvene stiske, anksioznosti in depresije. Upad psihosocialnih in praktičnih problemov tekom poteka bolezni je namreč rezultiral tudi v upadu čustvene stiske, depresije in anksioznosti (Carlson et al., 2013).

Pogostost duševne stiske pri pacientih z rakom

Pogostost čustvene stiske se pri pacientih z rakom giblje od 35—60 % (Zabara et al, 2001; Graves et al, 2007; Carlson et al, 2004; Carlson et al, 2010). Več študij kaže, da bo vsak tretji, na novo diagnosticiran pacient z rakom doživeljal pomembno višje ravni duševne stiske (Zabara et al., 2001; Carlson et al., 2004; Stefanek, Derogatis, Shaw, 1987).

V *Tabeli 1* so prikazani rezultati raziskave o pogostosti duševne stiske pri pacientih z različnimi rakavimi obolenji (Zabara et al., 2001). V največji meri doživlja jo duševno stisko tekom bolezni pacienti s pljučnim rakom, ki si tako na področju psihološke obravnave zaslužijo posebno pozornost. Glede na metodologijo omenjene študije pacientom s pljučnim rakom sledi skupina pacientov z možganskimi tumorji, Hodgkinovo boleznijo, rakom trebušne slinavke in limfomom; to so obolenja s trenutno slabše učinkovitimi terapijami, ki pogosto zajemajo operacijo, kemoterapijo in obsevanje. Duševna stiska naj bi bila višja pri ljudeh, starih od 30 do 60 let, medtem ko po 60. letu začne postopoma upadati, izrazito pa se dvigne ponovno po 80. letu starosti, zlasti pri pacientih, ki so ovdoveli in imajo nižje dohodke.

Tabela 1: Prevalenca duševne stiske pri bolnikih z različnimi rakavimi obolenji (Zabora et al., 2001).

diagnoza	% pozitivnih primerov
pljučni rak	43.4
možganski tumorji	42.7
Hodgkinova bolezen	37.8
rak trebušne slinavke	36.6
limfom	36.0
rak jeter	35.4
rak glave in vratu	35.1
adenokarcinom (<i>primarno neznan</i>)	34.9
rak dojke	32.8
levkemija	32.7
melanom	32.7
rak črevesja	31.6
rak prostate	30.5
ginekološki raki	29.6

Pomanjkljivost zgornje študije je, da je zajela paciente v različnih fazah bolezni, zato ti podatki dajejo le delno informacijo o duševni stiski glede na vrsto rakavega obolenja. Zgornje podatke lahko nekoliko dopolnimo s spoznanji, da naj bi se duševna stiska pri različnih napredovalih rakavih obolenjih pojavljala kar v 69 % (Kaasa et al., 1993).

Duševna stiska je lahko povezana tudi z določenimi načini zdravljenja, npr. z radioterapijo, ki je tista oblika onkološkega zdravljenja, ki predstavlja povišano tveganje za nižjo kakovost življenja (Gritz et al., 1999), težave s spanjem ter z utrujenostjo (Miaskowski et al., 2011; Miaskowski et al., 2008; Bower et al., 2000; Ashbury et al., 1998). Kar 40 % pacientov naj bi ostalo anksioznih po zaključku zdravljenja z radioterapijo (Munro, Potter, 1996). Zelo pomembno je torej pripraviti paciente na to, kaj vse lahko pričakujejo ob zdravljenju z radioterapijo, vključno s psihološkimi težavami, še posebej pri pacientih z visoko anksioznostjo (Carlson et al., 2013).

Dinamika duševne stiske pri bolnikih z rakom

Kanadska študija (Carlson et al., 2013), v kateri so v terciarni zdravstveni ustanovi takoj po diagnozi bolezni ter nato v času 3, 6 in 12 mesecev po diagnozi na večjem reprezentativnem vzorcu pacientov z rakom (877 pacientov je sodelovalo pri prvi oceni, 620 pacientov pri drugi, 589 pri tretji in 505 pacientov pri četrti oce-

ni) ocenjevali najpogostejše simptome pri pacientih z rakom, ki konsistentno napovedujejo klinične ravni stiske (Giese-Davis et al., 2012, Keller et al., 2004; Shim, 2008) navaja: stisko, depresijo, anksioznost, bolečino in utrujenost.

V splošnem so ravni stiske, depresije ter anksioznosti v obravnavanem času pomembno upadle, medtem ko v ravneh bolečine in utrujenosti ni bilo najti pomembnih sprememb. Nekateri demografski podatki (pacienti, ki niso bili poročeni) in medicinske intervencije (še posebej radioterapija) so bili pokazatelji vztrajanja stiske, anksioznosti in depresije, drugi, npr. prejeta strokovna psihosocialna pomoč, pa so pokazali zmanjšanje ravni stiske, anksioznosti in depresije. Določen delež pacientov je 12 mesecev po diagnozi poročal o kontinuiranih kliničnih ravneh stiske (29 %), bolečine (19 %) in utrujenosti (40 %). Za nekatere paciente so stiska, depresija in anksioznost torej lahko prehodne narave in se zmanjšujejo skozi čas, pri drugih pacientih pa vztrajajo. Tudi bolečina in utrujenost ostajata prisotni pri nekaterih pacientih z rakom (Carlson et al., 2013).

Posledice duševne stiske pri pacientih z rakom

V primeru, da stiska ostane neprepoznana, kar je pri pacientih z rakom žal še vedno pogosto (Passik et al., 1998; Sollner et al., 2001; Newell et al., 1998; Fallowfield et al., 2001; Keller et al., 2004), imajo lahko pacienti negativne posledice: znižano kakovost življenja, povezano z zdravjem (Shim, 2008), višjo stopnjo dolgotrajne čustvene stiske (Lam et al., 2012), slabše zadovoljstvo z medicinsko oskrbo (Von Essen et al., 2002), možno pa tudi slabše preživetje (Faller et al., 1999; Mitchell, Vahabzadeh, Magruder, 2011). Pacienti z rakom, pri katerih čustvena stiska ne bo ustrezno prepoznana in obravnavana, bodo lahko imeli več težav pri soočanju s svojo boleznijo ter v večji meri iskali medicinsko pomoč na primarni zdravstveni ravni in v urgentnih enotah bolnišnic (Carlson, Bultz, 2004), obenem pa bo zanje tudi verjetnejše, da jim bodo v »obupnem« poskusu olajšati njihovo anksioznost, ponudili »dodatno« zdravljenje (Ashbury et al., 1998). Slednje zdravljenje življenja pacientov običajno ne podaljša bistveno, vendar pa pogosteje zniža kakovost njihovega življenja.

Za zdravstvene delavce je zato izjemno pomembno, da znajo prepoznati tiste paciente in njihove bližnje, pri katerih je čustvena stiska prerasla okvire še pričakovane in običajne stiske ter jih začela omejevati v njihovem vsakodnevnem funkcioniranju (Simonič, 2010).

Vloga ocenjevanja duševne stiske pri pacientih z rakom

Rezultati študij relativno konsistentno kažejo, da približno ali celo več kot tretjina pacientov z rakom doživlja pomembne ravni duševne stiske. Več pomembnih in aktivno delujočih organizacij oziroma institucij na področju obravnave pacientov z rakom v svetu je zato poudarilo pomembnost odkrivanja čustvene stiske pri pacientih z rakom s presejalnimi instrumenti in prilagoditev obravnave ter intervencij potrebam posameznega pacienta tudi v skladu z ocenjeno stopnjo njegove duševne stiske (Simonič, 2010).

S pomočjo različnih presejalnih postopkov in intervencij lahko torej odkrijemo oziroma prepoznamo tiste paciente, za katere obstaja visoko tveganje, da bodo imeli resnejše psihološke oziroma psihiatrične težave pri soočanju z boleznijo (Simonič, 2010).

Da bi prepoznavanje in kasneje obravnava čustvene stiske pri pacientih z rakom lahko postala del rutinske prakse v vseh obdobjih pacientove bolezni in rehabilitacije, so Kanadčani postali pobudniki ideje, da bi bila stiska v onkologiji sprejeta kot 6. vitalni znak – takoj za temperaturo, dihanjem, srčnim utripom, krvnim pritiskom in bolečino (Carlson, Bultz, 2006). Ideja, da je stisko potrebno redno spremljati in obravnavati pri vseh pacientih z rakom, je dandanes vse širše sprejeta in podprta s strani več pomembnih mednarodnih organizacij, med drugim Mednarodne zveze za psiho-onkologijo (IPOS – International Psycho-Oncology Association).

Prepoznavanje in ocenjevanje duševne stiske pri pacientih z rakom

Na raziskovalnem polju pa tudi v bolj razvitih kliničnih okoljih je še posebej v zadnjem desetletju postala zelo aktualna uporaba različnih instrumentov ocene duševne stiske, pri čemer so v ospredju različni presejalni instrumenti in samoocenjevalne lestvice oziroma vprašalniki stiske, anksioznosti in depresije (Simonič, 2010). Vendar pa se pacienti z rakom pogosto soočajo s številnimi drugimi čustvenimi, socialnimi, eksistencialnimi in praktičnimi tiskami ter težavami, ki ne odsevajo nujno psihopatologije. Tako lahko uporaba različnih samoocenjevalnih lestvic anksioznosti in depresije poenostavi ali zakrije bolj subtilno naravo duševne stiske, ki je nemalokrat interpretirana brez povezanosti s celotnim kontekstom psihosocialne prilagoditve na rakavo obolenje (Simonič, 2010).

Presejalni instrument (ang. screening) je strategija proaktivnega prepoznavanja glavnih skrbi pri bolnikih z rakom (Carlson et al., 2013). Cilj je prepoznati pacientove edinstvene in skozi čas spreminjajoče se potrebe oziroma težave, oceniti njihovo intenzivnost ter v skladu s tem ponuditi kontinuirano podporo: omogočiti potrebne informacije ter možnosti nadaljnje bolj poglobljene ocene in obravnave.

V Kanadi kot presejalni instrument stiske uporabljajo t. i. **Edmontonovo ocenno simptomov**, na kateri posamezni pacient ocenjuje najprej intenzivnost splošne stiske v zadnjem tednu na lestvici od 0 (minimum) do 10 (maksimum). Na enak način oceni tudi intenzivnost naslednjih simptomov v zadnjem tednu: bolečine, utrujenosti, slabosti, depresivnosti, tesnobe, omotičnosti, apetita, občutka splošnega blagostanja, oteženega dihanja, morebitnih drugih problemov. Kasneje posameznik po različnih področjih (praktični problemi, družinski problemi, čustveni problemi, duhovne/religiozne skrbi, telesni problemi in drugi problemi) ocenjuje, ali je kar koli od naštetega pod posameznim področjem v zadnjem času zanj predstavljalo problem (Simonič, 2011). Gre za t. i. **Kanadsko ček listo problemov**.

Na zgoraj predstavljeni definiciji duševne stiske v obliki kontinuuma, ki je plod oblikovanih smernic za obravnavo duševne stiske pri pacientih z rakom (NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress, 1999), temelji tudi razvoj široko uporabljanega presejalnega instrumenta v klinični praksi, imenovanega **Termometer za oceno stiske** (NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress, 1999). Na tem instrumentu posameznik poda subjektivno oceno svoje stiske v zadnjem tednu na lestvici od 0 do 10, pri čemer ocena 0 pomeni, da posameznik v zadnjem tednu sploh ni bil v stiski, ocena 10 pa, da je bil v tem času v zelo hudi stiski. Kasneje posameznik oceni svoje skrbi po različnih področjih, pri čemer gre za zelo podobno opredelitev kot pri t. i. **Kanadski ček listi problemov** (Simonič, 2011).

Kanadski raziskovalci in kliniki so sprva izhajali iz tega, da je v primeru pacientove ocene intenzitete določenega simptoma stiske 4 ali več avtomatično potrebna nadaljnja obravnava pacienta. V Kanadi je v klinični praksi to pomenilo, da je vsak tak pacient prejel telefonski klic posebej za to izobražene osebe, ki je po predvidenem protokolu nato ocenila, ali pacient v danem trenutku potrebuje nadaljnjo intervencijo oziroma kakšna naj bi ta intervencija bila in ga tja usmerila. Zbrani podatki presejalnega instrumenta so bili pri tem na razpolago vsemu zdravstvenemu osebju, ki ima vpogled v pacientovo dokumentacijo. Ker je presejalni instrument priporočljivo opraviti pred samo izvedbo pregleda pri zdravniku in medicinski sestri, zbrani podatki zdravstvenemu delavcu neposredno služijo kot pomembna informacija o pacientu in njegovih težavah ter stiskah, ki jih lahko v pogovoru s pacientom neposredno tudi naslovi (Simonič, 2011).

Kanadčani (Carlson et al., 2013), ki so temeljito spremljali ter evalvirali učinke redne uporabe presejalnega instrumenta stiske pri pacientih z rakom, so sčasoma ugotovili, da je avtomatična napotitev pacientov naprej lahko nepotrebna in potencialno zanje celo obremenjujoča. Presejalni instrument stiske je torej prej potrebno razumeti kot neke vrste alarm ali rdečo zastavo oziroma pokazatelj, ki je zdravstvenim delavcem v pomoč, kako usmerjati, načrtovati, voditi nadaljnja ocenjevanja oziroma presoditi, ali je posameznega pacienta potrebno prvič napotiti po dodatno strokovno pomoč (Carlson et al., 2013), drugič h katerim strokovnjakom ga je potrebno napotiti, da bodo specifične pacientove težave lahko ciljano naslovljene (Giese-Davis et al., 2012).

Vloga profesionalne psihosocialne pomoči in podpore

Čprav skoraj vsak pacient z rakom v različnih obdobjih svoje bolezni in zdravljenja doživlja različno intenzivno čustveno stisko, pa je le pri majhnem deležu teh pacientov njihova stiska prepoznana in obravnavana v skladu s standardi oskrbe, oblikovanimi za obravnavo psihosocialne stiske pri pacientih z rakom (Grassi, Travado, 2008). V kanadski študiji (Carlson et al., 2013) je, kljub visoki obremenjenosti s stisko, depresijo ter anksioznostjo, v enoletnem obdobju od diagnoze bolezni le 20 % udeležencev poročalo o iskanju ter prejemu psihosocialne pomoči. Psihosocialna pomoč in podpora izboljšujeta blagostanje (Newell, Sanson-Fisher, Savolainen, 2002) in depresijo (Carlson et al., 2010) pacientov z rakom.

Pri načrtovanju uporabe psihosocialne pomoči in podpore je smiselno izhajati iz t. i. postopnega modela oskrbe (Carlson et al., 2013, Fitch, 2008; Cunningham, 1995), ki je zasnovan tako, da vodi paciente od krajših ter osnovnejših intervencij (presejalni postopki, osnovna čustvena podpora in dostopnost do pomembnih informacij glede bolezni in zdravljenja, učne ure, izobraževalni seminarji, delo v skupinah), ki jih potrebujejo vsi pacienti, do kompleksnejših, intenzivnejših ter bolj specializiranih intervencij (psihološko svetovanje in psihoterapija, psihiatrična obravnava), ki jih potrebuje od 35 do 45 % pacientov (Fitch, 2008).

ZAKLJUČEK

Čeprav se nekateri pacienti z rakom prilagodijo na situacijo bolezni, sčasoma razrešijo svojo stisko ter se spoprimejo z anksioznostjo in depresijo, pa tega ne zmorejo vsi pacienti. Približno tretjina pacientov tekom svoje bolezni in zdravljenja ostaja v klinično pomembni stiski. Bolečina in utrujenost, ki sta razumljeni kot pomembni dimenziji stiske, pri mnogih bolnikih vztrajata skozi celoten potek bolezni. S pomočjo rednih presejalnih postopkov lahko prepoznamo tiste paciente, pri katerih obstoji tveganje za trajnejše doživljanje stiske, ter jih usmerimo po tisto pomoč in podporo, ki jo v dani situaciji potrebujejo. Pomembno je, da so zdravstveni delavci, še posebej na določenih časovnih prelomnicah tekom bolezni in zdravljenja, pri določenih oblikah zdravljenja ter pri določenih simptomih, pozorni na specifične skrbi svojih pacientov.

LITERATURA

- Ashbury FD, Findlay H, Reynolds B, McKerracher K. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage.* 1998; 16: 298–306.
- Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol.* 2000; 18: 743–753.
- Carlson LE., Waller A, Groff S, Giese-Davis J, Bultz B. What goes up doesn't always come down: Patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-oncology.* 2013; 22(1): 168—176.
- Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD: Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2010; 28(33): 4884–4891.
- Carlson LE. in Bultz BD. Emotional distress: The sixth vital sign – future directions in cancer care. *Psycho-Oncology.* 2006; (15): 93—95.
- Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, MacRae JH, Martin M, Pelletier G, Robinson J, Simpson JS, Specca M, Tillotson L, Bultz BD: High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer.* 2004; 90(12):2297–2304.
- Carlson LE. in Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology.* 2004; 13(12), 837—849.

Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi

- Cunningham AJ. Adjunctive psychosocial therapy for cancer: what we know and what we need to know. *Chronic Dis Can.* 1995; 16: 13–18.
- **Giese-Davis J**, Waller A, Carlson LE, Groff SL, Zhong L, Neri E, Bachor S, Adamyk-Simpson J, Rancourt K, Dunlop B, Bultz B. Screening for distress, the 6th vital sign: common problems in cancer outpatients over one year in usual care: associations with marital status, sex, and age. *BMC Cancer.* 2012; 12: 441.
- Grassi L. in Travado L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. In: Coleman MP, Alexe D-M, Albrecht T in McKee M, eds. Zbornik predavanj: Responding to the challenge of cancer in Europe (209–229). Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H: Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(8): 756–762.
- Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J: Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer.* 2001; 84(8): 1011–1015.
- Fitch MI. Providing supportive care. In *Supportive Care Framework: A Foundation for Person-Centred Care*, Fitch MI, Porter HB, Page GG (eds). Pappin Communications: Pembroke, Ontario. 2008: 23–24.
- Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD: Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer.* 2007; 55(2): 215–224.
- Gritz ER, Carmack CL, de Moor C et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol.* 1999; 17: 352–360.
- Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S., Wist, E., Moum, T., Kvikstad, A. (1993). Psychological Distress in Cancer Patients With Advanced Disease. *Radiotherapy and oncology*; 27(3): 193–7.
- Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Lowe B, Herfarth C, Lehnert T: Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol.* 2004; 15(8): 1243–
- Lam WW, Shing YT, Bonanno GA, Mancini AD, Fielding R: Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psychooncology.* 2012; 21(1): 90–99.
- Miaskowski C, Paul SM, Cooper BA et al. Predictors of the trajectories of self-reported sleep disturbance in men with prostate cancer during and following radiation therapy. *Sleep.* 2011; 34: 171–179.
- Miaskowski C, Paul SM, Cooper BA et al. Trajectories of fatigue in men with prostate cancer before, during, and after radiation therapy. *J Pain SymptomManage.* 2008; 35: 632–643.
- Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K: Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology.* 2011; 20: 572–584.

Prepoznavanje in obravnava čustvene stiske pri pacientih z rakom

- Munro AJ, Potter S. A quantitative approach to the distress caused by symptoms in patients treated with radical radiotherapy. *Br J Cancer*. 1996; 74: 640–647.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre, Camperdown, NSW. Dostopno na National Health and Medical Research Council website: <http://www.nhmrc.gov.au>.
- NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. (1999). National Comprehensive Cancer Network. *Oncology* (Williston Park), 13; 113–47.
- Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94: 558–584.
- Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Bonaventura A: How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer*. 1998; 83(8): 1640–1651.
- Passik S, Dugan W, McDonald M, Rosenfeld B, Theobald D, Edgerton S: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*. 1998; 16(4): 1594–1600.
- Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ: Distress and its correlates in Korean cancerpatients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology*. 2008; 17(6): 548–555.
- Simonič A. Celostna obravnava bolnikov s pljučnim rakom - izkušnja iz Kanade. In: Kadivec S, eds. Zbornik predavanj: *Zdravstvena oskrba bolnika s KOPB, pljučnim rakom in pljučno hipertenzijo, program za dipl. medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege*. Golnik: Bolnišnica, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. 2011: 17–22.
- Simonič, A. Izvori, doživljanje, izražanje in posledice duševne stiske pri bolnikih z neoperabilnim pljučnim rakom [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2010.
- Simonič A. Duševna stiska pri bolnikih z rakom. In: Trampuž R, eds. Zbornik predavanj: *Celostna obravnava pacienta z rakom*, Nova Gorica, 4. marec 2006. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2006: 83–96.
- Sollner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzel G, Rumpold G, Maislinger S: How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*. 2001; 84(2): 179–185.
- Stefanek, M.E., Derogatis, L.R. in Shaw, A. (1987). Psychosocial distress among oncology outpatients. *Psychosomatics*. 28: 530–539.
- Von Essen L, Larsson G, Oberg K, Sjoden PO: 'Satisfaction with care': associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2002; 11(2): 91–99.
- Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S: The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001; 10: 19–28.