

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**NERMINA TIGANJ**

**Nova Gorica, 2012**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI  
PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI ŽENSK,  
OBOLELIH ZA RAKOM DOJKE**

**THE ROLE OF NURSE IN THE PSYCHOSOCIAL  
REHABILITATION FOR WOMEN WITH BREAST CANCER**

**Študentka: NERMINA TIGANJ**

**Mentorica: mag. TAMARA KOLNIK ŠTEMBERGER, dipl. m. s.**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: Zdravstvena nega**

**Nova Gorica, 2012**



## KAZALO VSEBINE

|   |     |
|---|-----|
| KAZALO SLIK.....  | II  |
| KAZALO PREGLEDNIC.....  | III |
| POVZETEK .....  | IV  |
| ABSTRACT .....  | V   |
| 1 UVOD.....   | 1   |
| 2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE.....  | 2   |
| 2.1 Namen diplomske naloge .....  | 2   |
| 2.2 Cilji diplomske naloge.....   | 2   |
| 3 TEORETIČNA IZHODIŠČA .....  | 3   |
| 3.1 Samopodoba in psihično zdravje žensk, obolelih za rakom dojke.....          | 3   |
| 3.2 Vloga medicinske sestre in pomen pogovora pri pacientu z diagnozo rak ..... | 7   |
| 3.3 Timsko delo .....   | 16  |
| 3.4 Psihosocialna rehabilitacija .....  | 19  |
| 3.4.1 Soočanje in spoprijemanje z boleznijo .....                               | 20  |
| 3.4.2 Psihoterapevtska podpora .....  | 24  |
| 3.4.3 Vloga socialnega okolja pri psihosocialni rehabilitaciji.....             | 26  |
| 3.4.4 Vloga družine .....   | 26  |
| 3.4.5 Vloga partnerja in spolnost.....  | 29  |
| 3.4.6 Celostna obravnava pacienta .....   | 31  |
| 4 PREDLOG IZBOLJŠAV .....   | 34  |
| 5 ZAKLJUČEK .....   | 35  |
| 6 LITERATURA .....  | 38  |

## **KAZALO SLIK**

|  |    |
|--|----|
| Slika 1: Razvoj medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom od začetne faze spoznavanja do zaupljivega terapevtskega medosebnega odnosa..... | 10 |
| Slika 2: Prikazuje možnost aplikacije modela medosebnih odnosov v procesno metodo dela .....   | 11 |
| Slika 3: Prikaz štirih faz procesne metode medosebnih odnosov medicinska sestra – pacient .....  | 13 |

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Psihosocialni vplivi raka na družino glede na razvojna obdobja..... 28

## **POVZETEK**

S pregledom, primerjavo ter s študijem literature želimo v diplomski nalogi predstaviti pomembnost vloge medicinske sestre v timu, ki skrbi za podporo žensk, obolelih za rakom dojke. Namen je ugotoviti, kako različni avtorji vidijo vključevanje medicinske sestre v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke. Zanima nas, kakšna znanja potrebuje medicinska sestra, da bi se učinkovito vključila v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke, in s katerimi strokovnjaki se medicinska sestra povezuje.

V diplomski nalogi smo opisali samopodobo in psihično zdravje žensk, obolelih za rakom dojke, psihosocialno rehabilitacijo in vlogo socialnega okolja pri njej. Področji, ki sta natančneje predstavljeni, sta vloga medicinske sestre pri pacientki z diagnozo rak in tim, s katerim medicinska sestra sodeluje. Prav tako opisuje soočanje pacientke z diagnozo, psihološko obravnavo in celostno rehabilitacijo med rakavo boleznijo.

Diplomska naloga temelji na deskriptivni metodi dela. Podatke smo pridobili s pomočjo pisnih virov, vir podatkov pa je bila obstoječa domača in tuja literatura, dostopna v knjižnicah, ter podatkov, pridobljenih prek svetovnega spleta. Pri iskanju smo uporabili ključne besede: psihično zdravje, samopodoba pacienta z rakom, vloga družine pri pacientu z rakom, psihosocialna rehabilitacija, komunikacija medicinska sestra – pacient, zdravstveni tim. Ključna literatura se nanaša na obdobje 2006–2012.

Ugotovili smo, da je medicinska sestra tisti član tima pri obravnavi žensk, obolelih z rakom dojke, ki naveže zaupljiv medoseben odnos s pacientko. Pri psihosocialni rehabilitaciji je potrebno znanje z različnih strokovnih področij, v katero je vključena tudi družina, saj tako omogočijo kompleksno in celovito delovanje ter boljšo psihosocialno rehabilitacijo.

**Ključne besede:** psihosocialna rehabilitacija, rak dojke, pacient, medicinska sestra, tim



## **ABSTRACT**

In this diploma work we like to present the role of a medical nurse as a member of the healing team, which treats women with breast cancer diagnosis during the illness and later during the recovering process. For this purpose we have presented surveys, comparisons and the study of home and foreign literary resources. The aim is to find out how different authors see the role of a nurse in psychosocial rehabilitation of women who have suffered from breast cancer. Furthermore we are interested in medical knowledge and skills that a nurse needs to efficiently assist in comprehensive treatment programmes and emotional healing of the afflicted individuals and which experts should she cooperate with during the rehabilitation programme.

In this diploma work we described the self esteem of women with breast cancer diagnosis and also the role of the social environment during the psychosocial rehabilitation. Aspects presented more in details are the role of a nurse in the process of curing the disease and working as a part of the healing team. More in details we deal with the confrontation of the patient with the diagnosis, the consequences that follow, the psychological treatment and the wholistic rehabilitation of the patient with the cancer diagnosis.

This diploma work is based on descriptive working method. All the information have been acquired from the written sources in existing home and foreign literature available in libraries and internet resources. The key words that were used to get the appropriate information were: psychosocial health, patient's self esteem, the role of the family, psychosocial rehabilitation, communication between the nurse and the patient, medical team. Key literature comprises the period from 2006 to 2012.

Throughout the whole work we have estimated that the nurse is a crucial part of the team which attaches an intimate relationship with the patient. In psychosocial rehabilitation is necessary knowledge from professional fields, which includes the family, thus allowing the complex and the overall functioning and better psychosocial rehabilitation.

**Key words:** psychosocial rehabilitation, breast cancer, patient, nurse, medical tea

## 1 UVOD

Rak je še vedno zastrašujoča bolezen, ki se pojavi nenadoma in prizadene posameznika in tudi njegovo družino. Bolezen ni samo telesna, ampak spremeni pacientovo samopodobo in vpliva na njegovo duševnost ter psiho. Že ob postavitvi diagnoze se pri obolelih ženskah za rakom dojke pogosto kažejo čustveni odzivi, na primer prestrašenost, obup, nemoč, pozneje pa tudi psihične reakcije, kot so: strah pred ponovitvijo bolezni in anksioznost. Psihično zdravje žensk je odvisno od njene osebnosti, podobe o sebi in od socialnega okolja, družine oz. od družinskih odnosov. Spoprijemanje žensk z diagnozo rak dojke je edinstveno in je odvisno od vrste in stadija bolezni, načinov zdravljenja, različnih osebnostnih lastnosti, življenjskih razmer, načinov doživljanja bolezni oz. od dojetja bolezni in spoprijemanja z diagnozo (1).

Prav tako je sprejemanje diagnoze rak odvisno od psihosocialne obravnave multidisciplinarnega tima v obliki timskega sodelovanja različnih strokovnjakov (zdravnik, medicinska sestra, klinični psiholog, socialna delavka in drugih), saj tako omogočijo celovito in kompleksno delovanje ter s tem boljše rešitve. Optimalno zdravljenje in rehabilitacijo si lahko zagotovi že v diagnostični fazi, ki se nadaljuje v celotnem obdobju zdravljenja in nato še v poznejših obdobjih spremljanja obolenja (2). V sodobnem času celoten tim skrbi za telesne, psihološke, socialne in tudi za duhovne potrebe pacienta kakor tudi potrebe pacientovih svojcev (3).

Intervencije medicinske sestre in drugih zdravstvenih delavcev pri psihosocialni rehabilitaciji žensk, obolelih za rakom dojk, so: učenje, čustvena podpora pacienta in komunikacija. Pomemben del celostne rehabilitacije je prepoznavanje tistih pacientov, ki imajo več težav v spoprijemanju z obremenitvami, ki jih prinašata bolezen in njeno zdravljenje, ter oblikovanje ustreznih programov za nudenje psihosocialne pomoči. Psihosocialna rehabilitacija v življenjskem kontekstu je tako obsežna naloga, da je posamezna stroka brez sodelovanja z drugimi ne more udeležati. Cilji, ki jih morajo medicinske sestre v sodelovanju z drugimi člani tima doseči, pa so: obveščen, pomirjen, vzgojen in poučen pacient (2).

## **2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE**

### **2.1 Namen diplomske naloge**

Namen diplomske naloge je s pregledom in z analizo literature predstaviti pomembnost vloge medicinske sestre v timu, ki skrbi za podporo žensk, obolelih za rakom dojke. Ugotoviti želimo, kako različni avtorji vidijo vključevanje medicinske sestre v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke. Zanima nas, kakšna znanja potrebuje medicinska sestra, da bi se učinkovito vključila v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke, ter s katerimi strokovnjaki se medicinska sestra povezuje pri obravnavi žensk, obolelih za rakom dojke.

### **2.2 Cilji diplomske naloge**

Zastavili smo si naslednje cilje:

- Ugotoviti, kako pomembna je vloga medicinskih sester pri psihosocialni rehabilitaciji žensk, obolelih za rakom dojke, za psihosocialne rehabilitacije žensk med zdravljenjem raka na dojki in po njem.
- Ugotoviti, na kakšen način se medicinska sestra vključuje v tim, ki izvaja psihosocialno podporo žensk, obolelih za rakom dojke.
- Ugotoviti, kakšna znanja potrebuje medicinska sestra za vključitev v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke.
- Ugotoviti, s katerimi strokovnjaki medicinska sestra sodeluje pri obravnavi žensk, obolelih za rakom dojke.

### **3 TEORETIČNA IZHODIŠČA**

V diplomski nalogi smo opisali samopodobo in psihično zdravje žensk, obolelih za rakom dojke, psihosocialno rehabilitacijo in vlogo socialnega okolja pri njej. Področji, ki sta natančneje predstavljeni, sta vloga medicinske sestre pri pacientki z diagnozo rak in tim, s katerim medicinska sestra sodeluje. Prav tako opisuje soočanje pacientke z diagnozo, psihološko obravnavo in celostno rehabilitacijo med rakavo boleznijo.

#### **3.1 Samopodoba in psihično zdravje žensk, obolelih za rakom dojke**

Psihično zdravje in subjektivno blagostanje sta povezana z osebnostnimi lastnostmi in s samopodobo, vključno s samospoštovanjem. Psihično blagostanje in zdravje sta med najpomembnejšimi človekovimi cilji, za veliko ljudi je celo najpomembnejši in najvišji cilj. Tako so menili že veliki antični filozofi, npr. Demokrit in Aristotel. Za Aristotela je človekov najvišji cilj sreča, kajti to je edino dobro, ki si ga ljudje želijo. Občutje psihičnega blagostanja in zdravja pa se povezuje z veliko psihološkimi spremenljivkami, med drugim tudi z najpomembnejšimi osebnostnimi dejavniki, med katere sodijo temeljne dimenzije osebnosti in samopodobe (anksioznost, depresivnost in osamljenost) (4).

Pomembna psihološka tradicija vidi največjo grožnjo v negativnih doživljanjih sveta in samega sebe, ki sestavljajo različne oblike psihičnih problemov, težav in motenj, zlasti teh, ki imajo tudi sicer globoko emocionalno obeležje. Pozitivni in negativni vidiki psihičnega delovanja tvorijo skupni dimenzionalni konstrukt psihičnega zdravja, v veliko pogledih analogen konceptu telesnega zdravja, vsekakor pa tudi povezan z njim (4).

Pri subjektivnem blagostanju in psihičnem zdravju je pomembno, kako se povezujeta z drugimi bistvenimi psihološkimi spremenljivkami temeljne dimenzije osebnosti in samopodobe. Temeljne dimenzije osebnosti so kar presenetljivo močno povezane s subjektivnim blagostanjem in psihičnim zdravjem, kar dokazuje njihov velik življenjski pomen. Vzroke za povezanost med osebnostnimi dimenzijami in subjektivnim blagostanjem ter psihičnim zdravjem lahko iščem v okoljskih in genetskih dejavnikih. Upravičeno lahko sodimo, da na subjektivno blagostanje vplivajo okoliščine, zaradi katerih

se v svojem življenju bolje ali slabše počutimo, zlasti seveda takrat, kadar te okoliščine in razmere trajno in močno delujejo. Na drugi strani je enako gotovo, da nas lahko genetske dispozicije naravnajo, da bomo na okoliščine gledali bolj optimistično ali pesimistično. Vemo, da so vse pomembne dimenzije osebnosti pod močnim vplivom genetskih faktorjev (4).

Skupek pojmovanj in predstav, ki jih imamo o sebi, tvorijo samopodobo oz. posameznikovo doživljanje samega sebe. Tesno je povezano s samospoštovanjem, z vrednostno oceno sebe, ki nam pove, koliko smo zadovoljni s seboj in koliko se sprejemamo takšni, kot smo (5).

Pojem samopodobe je psihološki pojem; opredeljen je kot vse tisto, kar si oseba misli o sebi, da je, in tisto, kar si želi pokazati, da je. Na podobo telesa se nanaša telesni jaz, na socialne vloge posameznika in njegovo vedenje v družbi se nanaša socialni jaz, posameznikova pričakovanja, spoznavanja in samospoštovanja pa opredeljuje duševni oz. psihološki jaz. Samopodobo si človek zgradi iz informacij, ki jih dobiva iz okolja, in izkušenj, ki jih ima s samim seboj, ter iz svoje ocene, kaj drugi menijo o njem.

Osnovni pogoji za razvijanje pozitivne samopodobe so: zadovoljevanje bioloških potreb, občutek varnosti, ljubezen, pozornost, pripadnost in podpora. Odraz naših najglobljih prepričanj o nas samih so uspehi in neuspehi. Vsak uspeh potrjuje pozitivno samopodobo in krepi samozavest. Človek, ki je samozavesten, razvija, izpolnjuje in bogati svojo osebnost. Oceniti zna svoje zmožnosti in sposobnosti, torej zaveda se svojih vrlin in nepopolnosti. Z lastnimi vrednotami zadovoljuje svoje duševne potrebe in je ponosen na svoje posebnosti; s tem, ker sprejema sebe, ima pozitiven odnos do soljudi in nasprotno (6).

Za ljudi s pozitivno samopodobo je značilno, da (5):

- si postavljajo visoke, a dosegljive cilje in da so v življenju uspešnejši;
- se bolj konstruktivno spoprijemajo s težavami;
- lažje razvijajo in ohranjajo zdrave in vzajemno zadovoljive medosebne odnose ter so bolj pripravljeni sodelovati;

- so bolj avtonomni (neodvisni), saj ne potrebujejo nenehnega obravnavanja drugih;
- so pogumnejši in bolj radovedni pri sprejemanju novih izkušenj in izzivov.

Zdravstveni delavci se konstantno srečujejo s pacienti, ki doživljajo spremembe na lastnem telesu oz. v njem. Telesna samopodoba je zaznavanje lastnega telesa kot fiziološke, psihološke in sociokulturne entitete. Giblje se glede na to, kaj se mu v življenju dogaja, kako občuti spremembe, ki jih doživi, in kaj bodo te pomenile za njegovo življenje. V pomoč nam bo, če nam bodo pacienti za začetek povedali, kako razumejo vpliv bolezni na svoje telo. Nekateri pacienti se na novonastalo situacijo odzivajo z občutkom sramu in strahu ali pa se izognejo vsem socialnim stikom in se tako zaščitijo pred zgražanjem drugih. Pozitivna samopodoba pomaga pacientu uspešneje razreševati vsakodnevne težave, medtem ko se negativna samopodoba kaže z izgubo ustvarjalnosti, motivov, zanimanj in pripravljenosti za dejavno življenje. Tak pacient je nezaupljiv in odklonilen (7).

Ne glede na to, kateri del telesa bolezen prizadene, različno poseže v človekovo življenje in tako lahko zapusti sled v človekovem doživljanju še dolgo po tem, ko so dejanske posledice, težave in zunanje spremembe že izginile. V Quintovi raziskavi so ženske, obolele za rakom dojke, navajale predvsem tri osnovne spremembe, ki so jih doživele zaradi popolne odstranitve dojke (8):

- obdobje prilagoditve na nepričakovane dogodke, na primer gledati brazgotino;
- občutki sramu zaradi izgube dojke in s tem nastale telesne spremembe;
- negotovost glede prihodnosti, kot je strah pred smrtjo.

V raziskavi so avtorji, ki jih povzema Šmit, pri 72 ženskah z delno odstranitvijo dojke in 146 ženskah z rekonstrukcijo dojke (nadomestitvijo dojke z lastnim tkivom) primerjali psihosocialno prilagoditev, telesno podobo in spolno funkcijo. Ugotovili so, da imajo ne glede na vrsto kirurškega zdravljenja tiste ženske, ki nadaljujejo zdravljenje s kemoterapijo, nižjo telesno podobo, so v večjih psihičnih stiskah in imajo motnje v spolnosti (8).

Različni avtorji, ki jih povzema Šmit v pregledu literature in ki omenja štiri različne raziskave med ženskami, ki so jim dojko odstranili v celoti ali delno, so ugotovili

sorazmerno majhne razlike psihičnih vplivov na doživljanje enih in drugih žensk. Večja razlika se je pokazala na področju spolnosti in telesne podobe pri ženskah, ki so imele dojko v celoti odstranjeno in so same sebe zaradi tega videle popačeno (8). Telesna samopodoba vključuje lasten odnos do telesa, svojega videza, zdravja, funkcioniranja, spolnosti, atraktivnosti in je komponenta širšega koncepta o sebi in ne le videz telesa (9).

Pri ženskah z rakom dojke ima simbolni pomen dojka za doživljanje ženskosti in telesne samopodobe. Raziskave, ki se ukvarjajo s telesno samopodobo, ugotavljajo, da se negativna percepcija lastnega telesa kaže v nezadovoljstvu z videzom, doživljanju sebe kot manj ženske in spolno manj atraktivne, v izogibanju ali neugodju, ko se vidijo gole, in v nezadovoljstvu z brazgotino (10). Na večje zadovoljstvo s telesno podobo kaže ob uporabi ohranitvene kirurgije in kirurške konstrukcije dojke (11), pri čemer pa nekatere raziskave nakazujejo, da dolgoročno te razlike med skupinami zbledijo (12). Sistemsko zdravljenje vpliva na telesno samopodobo, ki jih raziskave pri mlajših pacientkah z rakom (do 50 let) povezujejo s spremembami v telesni teži, z vročinskimi obilivi, s suho nožnico in posledično s težavami v spolnosti, slabšim samovrednotenjem in s partnerjevim nerazumevanjem njihovega doživljanja, pri 50–70 % (9).

### 3.2 Vloga medicinske sestre in pomen pogovora pri pacientu z diagnozo rak

Skozi zdravstveno nego se odvija učinkovit odnos med medicinsko sestro in pacientom prek znanja, sposobnosti, poštenosti in samozaupanja medicinske sestre. Medicinska sestra vodi potek faz in je njihov koordinator, medtem ko je vsebinski vodja pacient. Medosebni odnos, ki ga vzpostavi medicinska sestra in pacient, je priložnost za rast in razvoj obeh. Medicinska sestra se ne odloča namesto pacienta, kako rešiti problem, ne ukazuje, le vodi, spodbuja, svetuje k rešitvi problema, do česar pride pacient vedno sam (13).

Prisotnost medicinske sestre ob pacientu je zelo pomembna, prisotnost ima lahko fizično, psihološko in terapevtsko naravo (13):

- fizična prisotnost je prisotnost ob pacientu;
- psihološka prisotnost je zelo podobna delovni fazi, ko med medicinsko sestro in pacientom nastaja medoseben odnos;
- terapevtska prisotnost je takrat, ko delujeta medicinska sestra in pacient drug na drugega kot celostno bitje.

Medicinska sestra ima pomembne vloge, povezane z odnosom s pacientom (13):

- ***Vloga tujca*** (pacient ima pomisleke, kako ga bo tujka – medicinska sestra – obravnavala, kaj lahko pričakuje).
- ***Vloga osebe, ki daje informacije*** (za posredovanje različnih informacij potrebuje medicinska sestra veliko komunikacijskih sposobnosti).
- ***Kot učiteljica, ki poučuje*** (medicinska sestra prevzame to vlogo, ko se pacient zave svoje situacije in potreb ter v njunem medosebnem odnosu zavladava zaupanje).
- ***Vloga svetovalke*** (zahteva velike sposobnosti za besedno in nebesedno komunikacijo, lahko ima velik terapevtski učinek).
- ***Vloga vodje in izvajalke zdravstvene nege oz. zdravstvene vzgoje*** (vključuje pacienta in upošteva njegove želje in sposobnosti).
- ***Vloga osebe, ki nadomešča ali predstavlja drugo osebo v pacientovem življenju.***



Medicinska sestra ima pomembno vlogo tudi pri usklajevanju sprejemnih postopkov pacienta na oddelek. Na obseg in vrsto sprejemnih postopkov vpliva zdravstveno stanje pacienta. Če je pacient sprejet na oddelek v kritičnem stanju, ima medicinska sestra zelo malo časa, da se posveti proučevanju ali lajšanju njegovih strahov in težav, kadar je sprejem načrtovan, pa se lahko na to bolje pripravi (14).

Osnovna dimenzija delovanja medicinske sestre je komunikacija, prek katere ta posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke in duševne odzive na bolezen ter mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb. Poleg znanja iz teorije zdravstvene nege mora medicinska sestra v profesionalni komunikaciji poznati samo sebe, saj sta skladnost lastnega doživljanja z doživljanji drugih osnovna za uspešno interakcijo (15). Profesionalno komuniciranje je temelj, ki povezuje udeležence v organizaciji in med organizacijami. Prav tako je pomembno, da se medicinska sestra nauči, kako s pomočjo komunikacije pacienta vključiti v proces zdravljenja. V pacienta orientirana komunikacija pomeni izvajanje zdravstvene obravnave pacienta na osnovi njegovih fizičnih, psihičnih, čustvenih in socialnih potreb. V procesu komunikacije morata biti vzpostavljena spoštovanje in zaupanje pacienta (16).

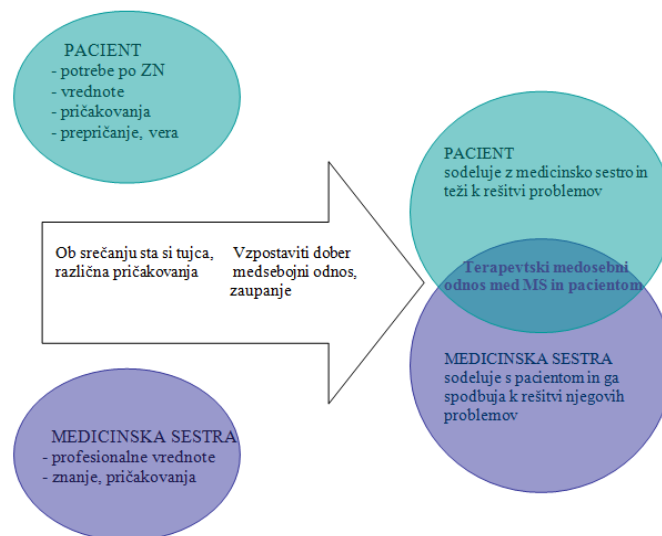
Komunikacija je splošna potreba človeka in je del procesa zdravstvene nege. Še posebej so pomembne naslednje sposobnosti, ki naj bi jih imela medicinska sestra – je proces medosebnega izmenjavanja (pošiljanja, sprejemanja, vplivanja in vračanja) besednih, nebesednih, vsebinskih in odnosnih, zavednih in nezavednih sporočil v vsakokratni situaciji, ki večkratno vplivajo na zaznavanje, občutenje, doživljanje, obnašanje in na delovanje oseb, ki so vanj vključene (13):

- **Sposobnost slišati oz. znati poslušati** je verjetno ena izmed najpomembnejših, ki jo medicinska sestra mora imeti. Dober poslušalec je tisti, ki v medosebnem odnosu želi razumeti drugega, ga je pripravljen poslušati in usmeri vso svojo pozornost k sogovorniku.
- **Jezikovne sposobnosti:** glasnost govora, dinamika govora in razumljiv jezik (brez tujk, latinskih besed, žargona in tudi brez izrazitega dialekta).
- **Sposobnost nebesedne komunikacije** je izmenjava informacij v komunikacijskem procesu brez uporabe govora oz. besede, to so naša drža, mimika, gibi in kretnje.

Komunikacija se pogosto začne z očesnim stikom, in če je ta neposreden, izraža spoštovanje, pripravljenost poslušati in komunicirati, v nasprotnem primeru izraža strah. Oči nam lahko povedo veliko o čustvih pacienta, kot so: veselje, žalost, strah, bolečina, trpljenje. Medicinska sestra mora znati opazovati in zaznati te signale. Omeniti je treba tudi tišino, ki je lahko med komunikacijo pomembno nebesedno sporočilo.

- **Sposobnost empatije** je sposobnost vživljanja v položaj drugega. Medicinska sestra mora ostati objektivna in pomagati ter voditi pacienta k rešitvi problema in tako vzpostaviti medosebni odnos s pacientom.
- **Sposobnost dajanja in zaznavanja dotika.** Dotik ima pomemben pomen kot beseda v besedni komunikaciji in je najučinkovitejši način izražanja občutkov doživljanja. Z dotikom izražamo čustva (skrb, tolažbo in razumevanje ...). Dejstvo je, da medicinska sestra pri svojem delu najpogosteje uporablja roke oz. dotik, ki ga pacienti različno doživljajo, velikokrat bolj zavestno kot medicinske sestre.
- **Sposobnost aplikacije humorja v komunikacijo medicinska sestra – pacient.** Znano je, da humor zmanjša strah in stres, poveča produktivnost, gradi zaupanje, odpravlja dolgočasje in spodbuja k razmišljanju. Priporočljivo bi bilo, da bi humor pogosteje uporabljali v medosebnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom, saj s humorjem, ki ima dobre namene, lahko izboljša ali vzpostavi komunikacijo.

Na pacientovo psihološko pripravljenost, da se sooči z boleznijo, pomembno vpliva komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacientom, saj je soočanje z boleznijo zelo obremenilno. Raziskave kažejo, da je pacientovo zadovoljstvo z oskrbo odvisno predvsem od zdravstvenega osebja, ki s svojimi empatičnimi sposobnostmi in z razumevanjem obvladajo pacientovo stisko. Temeljni pogoj medicinske sestre je, da pozna osnove komunikacije ter da zna vzpostaviti in ohranjati konkreten, kulturn in zaupljiv odnos s pacienti. Za partnerski odnos, ki temelji na zaupanju, mora tudi pacient aktivno sodelovati; njegove značilnosti so: enakopravnost, vzajemnost in dvosmernost. Pomembno je, da poslušamo pacientova mnenja in stališča, kar pomeni znak upoštevanja sogovornika (Slika 1) (17).



**Slika 1: Razvoj medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom od začetne faze spoznavanja do zaupljivega terapevtskega medosebnega odnosa (13)**

Med zdravstvenim osebjem in pacienti je potrebno ustrezno, občutljivo in kompetentno vodenje pogovora, saj tako zmanjšamo možnost nastanka nesporazumov in motenj. Kompetentno vodenje pogovora pomeni biti prijazen, skrben, empatičen, znati poslušati pacienta, dajati jasna navodila in ohranjati profesionalno distanco. Da lahko vse to zdravstveni delavci obvladajo, je nujno (18):

- spoznavanje pacientovega okolja in načina življenja;
- spoznavanje njihove osebnosti, samopodobe, načina odzivanja, soočanja z boleznijo;
- spoznavanje načina, kako je zbolel;
- pogovarjanje o bolezni, zdravljenju, preventivi in o nadaljnjih načrtih.

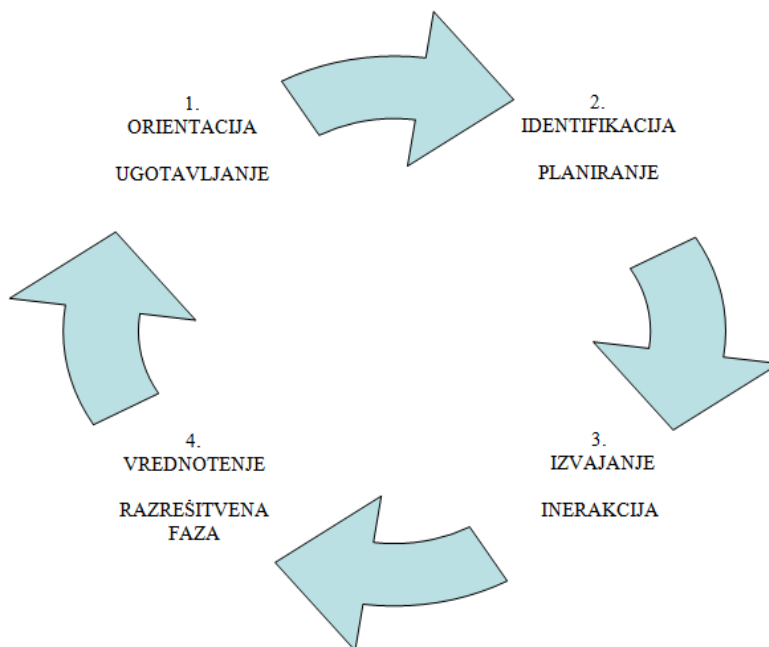
Medicinska sestra mora pridobiti pacientovo zaupanje, če ga hoče resnično spoznati in zgraditi dobre medosebne odnose, Zaupanje vpliva na uspeh ali neuspeh kakršnega koli odnosa in predstavlja njegov temelj. Oseba, ki jo bo pacient izbral za zaupanja vredno, ni nujno oseba, ki bi ji zaupali tudi drugi. Ugotovili so namreč, da imajo ljudje določene lastnosti, ki vzbujajo zaupanje pri drugih ljudeh. Te lastnosti so (19):

- poštenost;
- nudenje podpore;

- zanesljivost;
- prisotnost;
- toplina;
- sprejemanje.

V že uveljavljenem procesu zdravstvene nege ugotavljamo, načrtujemo, izvajamo in vrednotimo kakovost zdravstvene nege pacienta. V zdravstveni negi je osrednje dogajanje odnos medicinska sestra – pacient, v katerem oba sodelujeta v smeri reševanja pacientovih problemov oz. medicinska sestra deluje po procesni metodi dela.

Naj uporabimo teorije pri zdravstveni negi pacienta, ki je pred kratkim izvedel za svojo diagnozo bolezni – rak. Nastala situacija še posebej kliče po zaupljivem medosebnem odnosu medicinska sestra – pacient, kajti skupaj bosta premagala stiske in probleme, kot so: strah, zaskrbljenost, nemir. Zelo pomembno bo, da se pacient ne bo počutil osamljenega (13).



**Slika 2: Prikazuje možnost aplikacije modela medosebnih odnosov v procesno metodo dela**

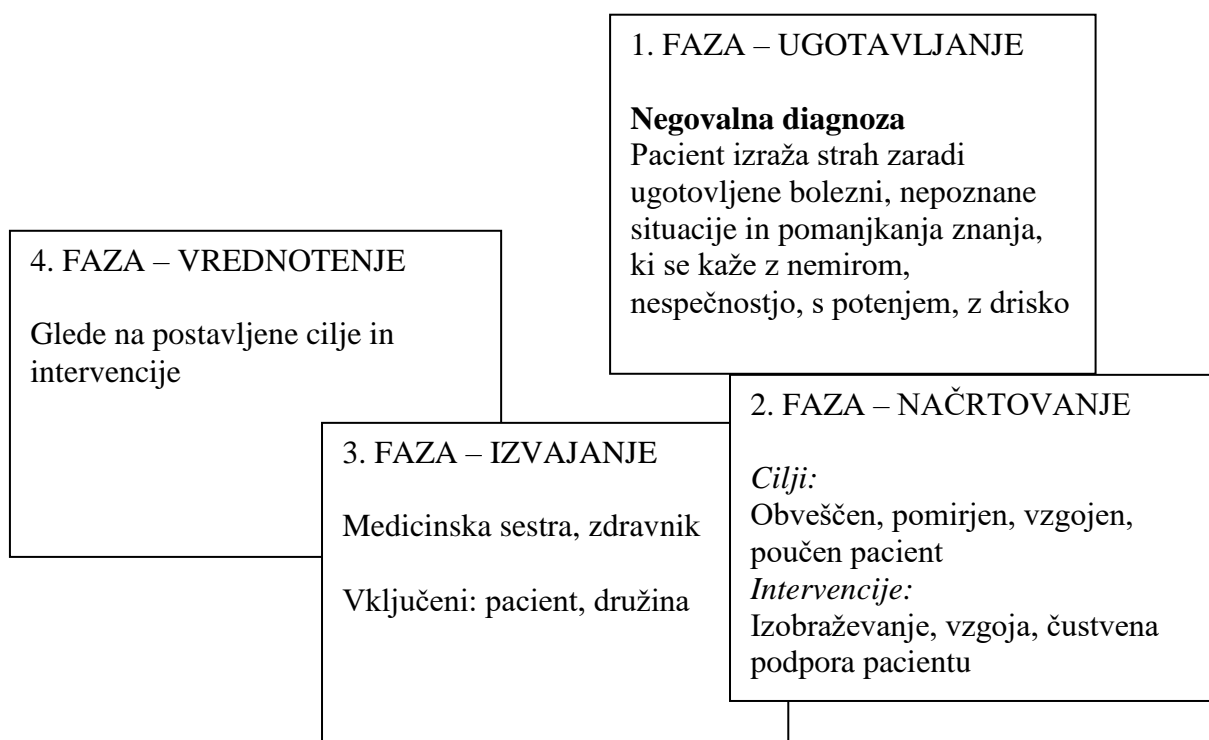
(13)

**Pri prvi fazi procesa zdravstvene nege** imata obe fazi (ugotavljanje, orientacija) cilj doseči pacientovo orientacijo v kraju in času, vzpostavitev medosebnih odnosov in seznanjenost pacienta o bolezni (Slika 2). V prvi fazi orientacije se že ugotovijo problemi oz. potrebe po zdravstveni negi, medtem ko je v fazi orientacije poudarek na vzpostavitvi medosebnega odnosa in dobrega počutja pacienta (13). **V drugi fazi** identifikacije, v kateri sta medicinska sestra in pacient razvila zaupen medoseben odnos, se ugotavljajo problemi in potrebe ter določijo cilji zdravstvene nege. **Druga in tretja faza procesa zdravstvene nege** – planiranje in izvajanje – se ujemata s fazama identifikacija in interakcija. V navedenih fazah sta medicinska sestra in pacient najbolj dejavna, rešujeta nastale probleme, iščeta mogoče rešitve. Ob koncu procesa zdravstvene nege se nahaja faza vrednotenja opravljene zdravstvene nege. **Četrta faza** je razrešitvena faza, katere cilj je odpustiti pacienta domov ali v drugo oskrbo, če je to potrebno. Pacient se zaveda svojega spremenjenega stanja in sprejema drugačen način življenja. Medoseben odnos med medicinsko sestro in pacientom se konča. Vsi udeleženci so v tem odnosu nekaj pridobili ali se nečesa naučili (13).

Pri pacientih se strah po navadi pojavi v situaciji, ki jim je nepoznana, negotova ali nevarna. Določena stopnja strahu je pričakovana, kadar vedo za diagnozo rak in je ob sprejemu pacienta v bolnišnico na zdravljenje že prisoten. V interakcijski fazi je medoseben odnos, ki ga vzpostavita, izobraževalen (vzgojen) in terapevtski; v njem se učita oba. Medicinska sestra se uči na specifičnih odzivih in doživljanju pacienta, pacient dobiva informacije medicinske sestre, kaj lahko pričakuje od nadaljnjega zdravljenja in kako se spopasti s težavami, ki sledijo. Terapevtski element v odnosu je predvsem vezan na premagovanje strahu, strah pred boleznijo in njenim razvojem, strah pred smrtjo, bolečino, na spremembe načina življenja. V tako kompleksnem problemu je vključen celoten zdravstveni tim, vendar – kar poudarja teorija medosebnih odnosov – le en član naveže zaupljiv medoseben odnos s pacientom. To pa je najpogosteje medicinska sestra. Ta je v najtesnejši komunikaciji s pacientom; prva pride v stik z njim ob sprejemu in zadnja daje nasvete ob odpustu. Le z dobro komunikacijo, empatičnim in s podpornim odnosom medicinske sestre sta mogoča premagovanje in reševanje problemov pri pacientu (13).

V družini ima pacient različne vloge in njegov odhod v bolnišnico lahko prizadene pacienta in svojce. Pacient je zaradi bolezni odtrgan od družine; za dober odnos z njim je pomembno, da medicinska sestra pozna njegovo družino. Pri pacientu so izražene potrebe, ki jih medicinska sestra zadovoljuje v sodelovanju oz. interakciji z njim. Potrebe izraža tudi družina, zato je potrebno, da medicinska sestra v okviru zdravstvene nege vključi tudi pacientovo družino (13).

Za uspešno rehabilitacijo in izid zdravljenja je treba s pacientom vzpostaviti partnerski odnos, ki ga medicinska sestra vzpostavi s timskim delom in z aktivnim vključevanjem pacienta v proces rehabilitacije. Pomembno vlogo imajo tudi svojci pri procesu rehabilitacije ob privolitvi oz. želji pacienta, saj partnerski odnos temelji na resničnih potrebah pacienta in traja vse obdobje zdravljenja. Problem, obravnavan po procesni metodi dela pri življenjski aktivnosti odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, potreb, komuniciranje (Slika 3) (20).



**Slika 3: Prikaz štirih faz procesne metode medosebnih odnosov medicinska sestra – pacient**

(13)

Medicinsko sestro pri delu s težko bolnimi pacienti, pacienti z rakom, umirajočimi pacienti odlikujejo humanistične vrednote, ki vsebujejo prijaznost, empatijo, skrb in ljubezen do drugih. Profesionalno zdravstveno nego odlikujejo humanistična čustva in dejanja, ki ustvarjajo osnovo za skrb do sočloveka. Gojiti vero in upanje, kar pomeni, da medicinska sestra spodbuja in spoštuje pacientova prepričanja in vrednote, ker te močno vplivajo na izboljševanje zdravja. Medosebni odnos, ki raste iz dobre komunikacije, pomeni tudi spoštovanje človeka kot celostnega bitja. Medicinska sestra naj bi ustvarila podporno, nevtralizirajoče in zaščitniško okolje za pacienta, torej udobnost, zasebnost, varnost. Odnos med medicinsko sestro in pacientom je dinamično stanje, ki se razvija, spreminja in ob tem vpliva na osebnostno rast obeh udeležencev. S poznavanjem in z uporabo medosebnih odnosov bo naše delo kakovostnejše. Zadovoljni bomo s seboj in svojim delom, saj je samostojen in zadovoljen pacient glede na okoliščine največje poplačilo našega dela (13).

Pri pacientih z rakom je psihološka problematika pri nas premalo urejena. Pomembno je izobraziti osebje o prepoznavanju izrazitejših duševnih stisk, saj ustanove, kamor prihajajo pacienti, oboleni za rakom, nimajo zaposlenega psihologa ali psihiatra. Ustrezno izobražene medicinske sestre lahko s prepoznavanjem dejavnikov pomagajo prepoznati pacienta v stiski. Znaki, na katere naj bo medicinska sestra pozorna (21):

- razdražljivost, socialna izolacija;
- splošno slabo telesno stanje, trajajoča bolečina;
- povečane težave ob soočanju s telesnimi znaki;
- motnje razpoloženja ali druge duševne motnje v preteklosti in njihovo zdravljenje (psihoterapevtsko).

Pri svojem delu morajo biti medicinske sestre naučene in kompetentne v ocenjevanju, načrtovanju, izvajanju in v vrednotenju zdravstvene nege, katere namen je izboljševanje in lajšanje znakov, obenem pa morajo biti dovolj fleksibilne in sposobne, da lahko pacientom omogočijo izraziti njihove življenjske izkušnje in okoliščine. Potreben pa je celosten pristop k pacientu, da se počuti cenjenega, slišane in varnega (22).

Pacientke z rakom dojke potrebujejo že pred začetkom zdravljenja pogovor o svoji bolezni, zdravljenju in o rehabilitaciji, pomembno vlogo imata pri tem pomoč in spodbuda

zdravstvenega tima: zdravnik, medicinska sestra in psiholog. Pacientke naj bi se z njimi odkrito pogovarjale o vprašanjih, ki se jim porajajo pred zdravljenjem, med njim in po končanem zdravljenju. Medicinske sestre bi lahko spodbudile družinske člane, ki bi se pacientkam z rakom pridružili pri zdravstvenih pregledih (23).

Pacientke navajajo tolažilni občutek kot posledico 161 telefonskih pogovorov z medicinsko sestro, specialistko onkološke zdravstvene nege. Medicinske sestre bi lahko po telefonu ali osebno vzpostavile stik z obolelimi ženskami nekaj dni po postavitvi diagnoze, saj lahko poveča občutek varnosti in zmanjša strahove. Medicinske sestre naj bi informacije podale z občutkom in s potrpežljivo, obenem pa bi lahko razjasnile informacije, pomagale oblikovati vprašanja ter ponudile ohrabritev in realno upanje, saj imajo izobraževalno, podporno in zagovorniško vlogo. Pacientke si želijo strokovne pomoči v pogovoru na različna vprašanja, kot so: povečana telesna teža in drugi stranski učinki zdravljenja, bolečina, težave s telesno podobo, spolnostjo, socialno osamitvijo. Menijo, da so vse te karakteristike zadostno dokumentirane in bi bile lahko podlaga za načrtovanje zdravstvene nege (8).



### 3.3 Timsko delo

Medsebojno sodelovanje dveh ali več strokovnjakov v zdravstvu, ki delajo v medsebojni odvisnosti pri izvajanju zdravstvene oskrbe, imenujemo timsko delo. Člani tima so odvisni drug od drugega, vidijo sami sebe kod sodelujoče člane pri oskrbi pacienta, koristijo drug drugemu pri njegovi oskrbi in izmenjujejo informacije, ki jih lahko vodijo do skupnih odločitev (35).

Timski način dela je razširjena oblika izvajanja kompleksnih nalog, pri katerih potrebujemo znanje z različnih strokovnih področij. Namen oblikovanja tima je, da se znanja sodelavcev z različnih področij pri reševanju določenega problema združijo in s tem omogočijo celovito in kompleksno delovanje ter s tem boljše rešitve. Skupno delo prispeva k temu, da se v timih vzpostavljajo drugačni odnosi kakor v skupinah, kjer članov ne družijo tolikšna soodvisnost. Skupina je tim, če je delovanje članov usmerjeno na določen cilj in če člani sodelujejo, da bi cilj dosegli (36).

Prednosti timskega dela se kažejo predvsem v sposobnosti članov, različnih vrst znanja, izkušnjah, ustvarjalnosti, izobrazbi, ki jo imajo posamezni člani tima, kar privede tudi do boljših rezultatov v primerjavi z individualnim. Na tak način je izzvana večja ustvarjalnost člana tima (37). Rezultat tima naj bi presegal seštevek tistega, kar bi dosegli posamezni člani, zaradi sodelovanja, izmenjave znanj in izkušenj ter medsebojne ustvarjalnosti. Končni rezultat vsakega člana v skupini, ki samostojno opravi svoje naloge, pa je seštevek rezultatov vseh posameznikov (38).

Za uspešno sodelovanje v timu naj bi imel vsak posameznik osebne lastnosti, kot so (39):

- zrelost;
- želja po sodelovanju z drugimi;
- uvidevnost;
- prilagodljivost;
- strpnost do drugih članov v timu;
- upoštevanje mnenja drugih;

- zaupanje;
- odkritost.

Psihosocialna pomoč v življenjskem kontekstu je tako obsežna naloga, da je posamezna stroka brez sodelovanja z drugimi ne more udejanjati. S tem zavedanjem se je najprej na načelni, pozneje tudi na konkretni zgodilo povezovanje strok pri podpori ljudem v stiski. Kljub načelni podpori timskega delu se v konkretnih timih odvija dejansko življenje, ki ne poteka po idealnih shemah. V njih se izrisujejo boji strok za prevlado in moč. Do izraza prihajata hierarhičnost, moč že pridobljenih družbenih pozicij, kar vodi do zapletov in ovir, različnost optik in pričakovanj, zamer, prikritih ali odkritih bojev in kar je še takega, kar se dogaja med ljudmi v vsakdanjem življenju, saj so strokovnjaki, ki se zberejo ob posameznem človeku v stiski, kljub vsemu ljudje z močmi in s šibkostmi (36).

Čeprav se zdijo nasprotja med strokami v načelih in teoriji nepremagljiva, postavlja praksa imperativ skupne akcije in sodelovanja, saj je uporabnik enovita entiteta in ga ni mogoče razdeliti med različne poklice (36).

Značilnosti tima (36):

- člani sprejemajo soodvisnost;
- zavedajo se, da bodo uspeli le ob vzajemni podpori;
- odložijo osebne koristi;
- zavezani so dogovorjenim ciljem;
- prispevajo k skupnemu cilju;
- ustvarjajo ozračje zaupnosti;
- izražajo misli, stališča, čustva, nestrinjanje;
- trudijo se razumeti poglede drugih članov;
- dajejo in sprejemajo podporo;
- sodelujejo pri odločanju;
- zavzemajo se za rezultate in cilje.

Celostno rehabilitacijo pacienta lahko oblikuje in izvaja samo skupina strokovnjakov različnih profilov, ki so veščci skupnega dela. Le-ti ocenijo problematiko, določijo

dosegljive, vmesne in končne cilje, upoštevajo pacientove potrebe, interese in zmožnosti, sledijo uspešnosti zastavljenih programov in usposobijo pacienta, da si ob mogočih zapletih lahko sam pomaga. Način, vsebina in intenzivnost dela se morajo prilagajati pacientovim trenutnim potrebam (25).

Kako bo pacient živel po zdravljenju, je odvisno od kakovosti njegove obravnave. Pogostost ponovitve bolezni zmanjšuje kombinacija farmakoloških, socialnih in psiholoških pristopov. Prav tako skrajša čas hospitalizacije in omogoča kakovostnejše življenje v okolju, ko pacient zapusti bolnišnico. Obravnava pacienta z duševnimi motnjami je vedno timska, kar pomeni, da v njej sodelujejo različni strokovni delavci, od katerih vsak s svojim delom pripomore k boljši strokovni obravnavi pacientov (40).

Pri zdravljenju in rehabilitaciji pacientov z rakom je klinični psiholog nepogrešljiv član multidisciplinarnega tima. Osnovno sredstvo psihološke obravnave pa je ustrezen medoseben odnos terapevta in pacienta. Delo poteka neposredno v individualnem pogovoru pacienta z rakom (svetovanje, psihoterapevtske tehnike, diagnostika in programi nevropsihološke rehabilitacije) ali pa se dopolnjuje v skupinah (družinska terapija, socioterapevtske skupine) (25).

Pacienti in njihovi svojci potrebujejo pogosto kar nekaj časa, da se odločijo za strokovno pomoč, ki se porodi med boleznijo. Veliko stisk pa postane bolj perečih šele po končanem zdravljenju, ko so že zapustili zdravstveno ustanovo. Specializirano strokovno psihosocialno pomoč pacientom z rakom v Sloveniji lahko poiščejo v Društvu onkoloških bolnikov, v okviru katerega deluje še posebej dobro organiziran program »Pot k okrevanju« – samopomoč žensk z rakom dojke (25).

### 3.4 Psihosocialna rehabilitacija

Rak ni samo bolezen telesa, ampak vedno prizadene tudi duševnost, vpliva na medosebne odnose, spremeni sposobnosti za delo, posega v doživljanje in življenje oseb, ki so s pacientom povezane. Pri vsakem pacientu vstopa bolezen v drugačne življenjske okoliščine in vsak posameznik se z njo spoprijema na svoj način (41).

Pri pacientih z rakom sta najpogostejši duševni motnji depresija in anksioznost. Da je depresija pri pacientih normalen pojav in da se depresivnega razpoloženja pri teh pacientih ne da ublažiti, je zmoten pojav. Zelo pogosto ostane depresija nediagnosticirana in zato tudi nezdravljena. Stopnja žalosti je pričakovana ob tako resni bolezni, vendar je pomembno razlikovati med to stopnjo in že patološko stopnjo oziroma depresijo (42).

Vse pomembnejše je, da pacient ostane ali znova postane čim bolj samostojen pri skrbi zase, da se čim hitreje vrne v svoje okolje in da prevzema čim več svojih običajnih socialnih vlog ter da jih tudi uspešno opravlja. Pacienta z rakom obravnavati samo na ravni telesnih sprememb je nepopolno, okrnjeno. Za človeka je značilna soodvisnost telesnih, duševnih in socialnih dejavnikov, ki vpliva na nastanek bolezni, njen potek ter tudi na proces zdravljenja in okrevanja (25).

Psihosocialni pristop prepoznava psihološke in socialne dejavnike, ki vplivajo na pacientove zaznave, aktivnosti in na njegove izkušnje bolezni (43). Ključnega pomena sta celosten pogled na pacienta in usmerjenost v razumevanje bolezni; bolezen se ima za kompleksen dogodek, sestavljen iz sprememb na različnih in obenem povezanih bioloških, psiholoških in socialnih ravneh. Ta pristop ni usmerjen samo v odpravo znakov bolezni, ampak je usmerjen v možnosti izbire glede temeljnih življenjskih vprašanj, ki ga dosega prek timskega dela, samopomoči in zagovornišva (44).

Pri zdravstveni oskrbi pacientov z rakom se psihosocialna perspektiva kaže predvsem v povečanju pozornosti na ocenjevanju kakovosti življenja pacientov, njihovega zadovoljstva in ocenjevanju njihovih potreb. Kot je že omenjeno, se rehabilitacija lahko izvaja le multidisciplinarno, v obliki timskega sodelovanja različnih strokovnjakov. Celostna

rehabilitacija poteka kontinuirano – od diagnostične faze prek zdravljenja do okrevanja in vrnitve v socialno okolje (44).

Rehabilitacija je sestavni del zdravljenja: pacientu skuša pomagati, da bi ponovno dosegel kar najvišjo mogočo stopnjo telesne, duševne, socialne in delovne usposobljenosti. Zato zajema človeka celostno – prek svojih treh področij rehabilitacije: medicinskega, psihosocialnega in poklicnega, ki pa se med seboj prepletajo. Rehabilitacija se lahko izvaja le multidisciplinarno, v obliki timskega sodelovanja različnih strokovnjakov. Celostna rehabilitacija poteka kontinuirano – od diagnostične faze prek zdravljenja do okrevanja in vrnitve v socialno okolje (45).

### **3.4.1 Soočanje in spoprijemanje z boleznijo**

Ko pacienti opazijo prvi znak bolezenskega procesa, doživijo šok. Nekateri se za pregled pri zdravniku odločijo zelo hitro, spet drugi pa mesece in mesece opazujejo spremembe na svojem telesu in ne storijo ničesar, o bolezni ne povedo niti najbližjim. Ko se končno odločijo za obisk pri zdravniku in jim ta potrdi diagnozo raka, nekateri niso sposobni prenesti resnice, drugi pa hitro razumejo svojo situacijo. Pogosto je najtežji pa tudi najdalgotrajnejši čas, ki je potreben za potrditev diagnoze. V tem času so ženske najbolj negotove (1).

Prvi odziv na diagnozo je zelo boleč, ker rak poseže v življenje nenadoma in nepričakovano. Večina pacientov opisuje to prvo obdobje kot najtežje. Zdravljenje raka je običajno kombinirano, dolgotrajno. Pacienta dodatno prizadenejo stranski učinki zdravljenja, kar močno vpliva tudi na telesno in psihično počutje. Na to, kako se bo posameznik soočal z boleznijo in njenim zdravljenjem, vpliva več dejavnikov. Pomembne so njegove osebne lastnosti, npr. način spoprijemanja s stresom, odnos do bolezni, zdravja, telesa, mogoče tudi že izkušnja raka pri bližnjih – pozitivna ali negativna. Prav tako so pomembni dejavniki bolezni – vrsta, stadij, predvideno zdravljenje. Med boleznijo in zdravljenjem se v odnosih, ki so bili že pred tem konfliktni, nesoglasja in konflikti le še poglobijo, obenem pa veliko pacientov opisuje, da so se prav ob izkušnji bolezni še bolj zblížali (46).

Za osebe, ki zbolijo za rakom in se znajdejo v vlogi pacienta, je pomembno, ali so to izvedeli v trenutku ali pa so imeli možnost, da so se na to vlogo navajali postopoma. Najverjetneje je, da bo kriza hujša, če je bolezen izbruhnila iznenada in je prekinila delovanje človeka med aktivnostjo in načrti. Moramo se zavedati, da bo, ko zdravnik seznanil pacienta z diagnozo »rak«, informacija v njegovih mislih sprožila refleksno predstavo o pojmu smrti ter predstavo o dolgem in hudem trpljenju, zato si težko predstavljamo, v kakšnem šoku je v tem trenutku (47).

Včasih pacient dojema situacijo vpliva na svojo duševnost, ki pa se navezuje na to, koliko informacij ima o bolezni, kako jo razume, katere značilne obrambne oblike vedenja uporablja itn. Sčasoma pa se lahko pacientovo stališče do bolezni, čustveni odziv in celo vedenje pomembno spreminjajo. Spoznati in razumeti, kaj pomeni bolezen v lastnem življenju, je dolg, naporen in neenakomeren proces. V tem času se intenzivno prepletajo iskanje informacij, razumevanje, spoznavanje, zanikanje, strah, obup, upanje, jeza, žalost, zavist, negotovost, občutek nemoči itn. Soočenje z rakom in spopad z boleznijo sta raznolika in odvisna od posameznika, kako se bo nanjo odzval, saj gre povsem za individualen proces. Nanj vplivajo osebnostne značilnosti, znanja in izkušnje z boleznijo, značilne obrambne oblike vedenja, življenjske okoliščine, kakovost socialne opore itn. (25).

Značilne faze soočanja z napredujočo boleznijo (25):

- šok in zanikanje resničnosti kot priprava na postopno soočanje;
- nejevolja in jeza, usmerjeni navzven;
- žalovanje in depresija kot obdobje poslavljanja od izgubljenih možnosti;
- sprejemanje – prepoznavanja, soočanje, prevrednotenje.

Veliko teh potez prepoznamo v doživljanju pacientov, veliko se jih ustavijo dlje časa na posamezni ali se vrnejo na prejšnjo. Gotovo pa sprejemanje bolezni ne izključuje upanja, vendar upanje v teh primerih ne preplavi vsega doživljanja, ampak ostane tihi spremljevalec in opora (48).

Rak je huda življenjska preizkušnja, s katero se težko sooča vsak posameznik, saj jo spremljajo stresi, bolečine ter duševni vzponi in padci. Pacienti se morajo soočiti s strahovi

pred zgodnjo smrtjo in s spremembami telesne podobe, z zmanjšano samozavestjo, s spremenjeno vlogo v vsakdanjem življenju in s spremembami življenjskega sloga. Lahko se razvije pretirana tesnoba in/ali depresija, če postane breme bolezni za pacienta preveliko, zato je obvladovanje takšnih stanj izjemno pomembno (49).

Pri spoprijemanju z rakom se prepletajo različna doživljanja: šok, strah, negotovost, brezup in depresivnost. V psihoonkološki literaturi se je od leta 1999 za opis vseh teh odzivov na bolezen uveljavil izraz »psychological distress« – psihološki distress – psihološka stiska. Definiran je kot neprijetna čustvena, psihična, socialna ali duhovna izkušnja, ki se združuje s sposobnostjo spoprijemanja z boleznijo in njenim zdravljenjem. Zajema cel kontinuum – od normalnih občutij ranljivosti, žalosti, strahu do problemov, kot so: velika depresija, anksioznost, panika, občutek izključenosti (9).

Kako se bo posameznik spoprijemal z boleznijo, je odvisno od številnih dejavnikov ter bolezni in njenega zdravljenja. Pomembni so tudi dejavniki socialnega okolja, kot so splošne socialne predstave o raku ali dostopnost zdravstvenih storitev. Anksioznost in depresivnost sta pri pacientih z rakom pogosto premalokrat prepoznana in obravnavana. Doživljanje pacientov z izkušnjo raka je negotovo glede prihodnosti, straha ponovitve bolezni in ponovnega zdravljenja. Bolj kot strah pred smrtjo pogosteje navajajo strah pred bolečinami, izgubo nadzora nad seboj, strah postati odvisen od drugih in povzročati trpljenje najbližjim. Raziskave kažejo, da prevladuje strah pred ponovitvijo bolezni 42 %–89 %, žensk obolelih z rakom dojke (50).

Pacientke z rakom dojke so identificirale štiri vrste situacij, ki vzbudijo strah pred ponovitvijo bolezni (9):

- situacije, v katerih bi bila lahko odkrita ponovitev bolezni;
- situacije, ko slišijo zgodbe o bolezni drugih ljudi;
- situacije, ko dolgoročno načrtujejo prihodnost (npr. dopust, kredit);
- situacije, ko zaznajo pri sebi različne nove telesne občutke.

Soočanje z boleznijo in njenim zdravljenjem je dolgotrajen proces, v katerem se prepletajo različna doživljanja – zanikanje bolezni, jeza, veliko je obupanih in potrlih, že vnaprej jih skrbi, ali bodo odvisni od drugih, kakšna bo njihova spremenjena telesna podoba, strah jih

je zdravljenja in bolečin. Sodobna spoznanja psihoonkologije potrjujejo dejstvo, da so onkološki pacienti v izjemno težki situaciji in zato k celotni obravnavi sodi tudi psihoterapevtska pomoč. Da bi čim lažje odkrili tiste paciente, ki pri soočanju z boleznijo in zdravljenjem še posebej potrebujejo pomoč, se veliko raziskav usmerja v izdelavo ustreznih instrumentov za zgodnji 'screening' psihološkega distresa (46).

Raziskava, ki so jo opravili na področju čustvenega stanja žensk, ki čakajo na postavitve diagnoze pri raku dojke, je identificirala sedem negativnih čustev. Takšna negativna čustva so (8):

- prestrašenost je najbolj izstopajoče negativno čustvo, ki se stopnjuje od občutka strahu do živčnega zloma;
- zbežanost, ki nastane ob postavitvi diagnoze zaradi prevelike količine informacij;
- negotovost, ki nastopi zato, ker pacientke ne vedo, kaj se bo z njimi dogajalo, zlasti če bodo rezultati slabi;
- brezizhodnost, ki se pojavi ob čakanju na izvide in zaradi nepoznavanja bolezni;
- prizadetost;
- zgroženost;
- otopelost.

Stopnja strahu, negotovosti, prizadetosti, zbežanosti, brezizhodnosti in drugih negativnih čustev pri ženskah, obolelih za rakom dojke, je odvisna predvsem od podanih informacij, pogovorov in odnosov med diagnostičnim postopkom in zdravljenjem zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov (8). Medicinska sestra potrebuje pri vsakodnevnem soočanju z njimi veliko znanja, sočutja in empatije. V kratkem času mora spoznati način njihovega življenja, njihovo čustvovanje in stopnjo razumevanja, saj jim le tako lahko pomaga in jim nudi oporo v najtežjih trenutkih njihovega življenja (51). Ženske potrebujejo pri soočanju s tesnobo in strahom pri dolgotrajnem in obremenjujočem zdravljenju ter pri vključitvi v delovno in socialno okolje pomoč in spodbudo. Psihološko nelagodje je med ženskami povezano z depresijo in s tesnobo, z jezo, nizkim samospoštovanjem in z nizko čustveno oporo (52).



### 3.4.2 Psihoterapevtska podpora

Psihosocialno pomoč bi morali zagotoviti vsem pacientkam, obolelim za rakom dojk, saj prizadene vse ravni življenja posameznika in njegove bližnje. Morali bi imeti od vsega začetka zagotovljeno ne samo multidisciplinarno načrtovano in najboljše zdravljenje, tudi takojšnjo in učinkovito psihosocialno pomoč. Edino tako bi se lahko resno spopadli z boleznijo, pravilno soodločali o zdravljenju, lažje premagovali stranske učinke zdravljenja in se hitreje vrnili v staro delovno in socialno okolje. Diagnoza rak je povezana s široko množico čustvenih odzivov. Nekateri pacienti lahko takoj razumejo, kaj pomenita bolezen in zdravljenje; čustveno dožemanje nove situacije pa je dolgotrajen in postopen proces. Velikokrat je v ospredju strah: kakšne bodo posledice zdravljenja, pred bolečinami, da v borbi z boleznijo ne bi bili uspešni, da ne bi mogli več skrbeti zase, da bi bili najbližjim v breme. Začetek zdravljenja veliko ljudi doživi kot olajšanje, kot aktivno borbo proti bolezni. Hkrati pa je lahko dolgotrajno zdravljenje zelo naporno in pacienta dodatno spravi v stisko (50).

Terapevtska komunikacija je osnovni delovni pripomoček vseh poklicev, katerih glavni cilj je pomoč ljudem. Vsi ti poklici – poklic zdravnika, medicinske sestre, psihologa, socialnega delavca ali katerega koli drugega iz te skupine – prispevajo k celostnemu reševanju problema posameznika v stiski, ne le v organizaciji specifične vrste pomoči (zdravstvene, psihološke, socialne ali druge), ampak se njihova pomoč zrcali tudi na vseh drugih področjih, saj je človek celovito bitje. V primerjavi z vsakodnevnimi pogovori je terapevtsko komuniciranje usmerjeno k izboljšavi posameznikovega splošnega blagostanja. Posamezniku pomagamo spoznati bolezenske vidike, zato se lažje spoprijema z bolezensko situacijo. Terapevtsko komuniciranje pomaga obvladati bolezen, krepi posameznikovo samospoštovanje in z izkazano socialno podporo deluje na pacienta spodbudno (53).

Psihoterapevtsko podporo potrebuje najmanj 25 % onkoloških pacientov in njihovih svojcev. Več kot 40 različnih vrst psihoterapevtskih metod pri zdravljenju pacientov z rakom se je pokazalo za koristne. Ne glede na to, ali je psihoterapevtska obravnava potekala v skupini ali individualno, je pomagala zmanjšati prizadetost, povečati občutek samospoštovanja, okrepiti pozitivno samopodobo, zmanjšati anksioznost in dati pacientu

občutek večjega nadzora. Za zdravljenje je tudi izjemno pomembna podpora družine, prijateljev, skupnosti itn.; čeprav je sodelovanje družinskih članov izjemnega pomena, je treba vedeti, da so svojci tudi pogosto sami hudo prizadeti in da prav tako potrebujejo strokovno pomoč (54).

Na psihološko in/ali psihično obravnavo so pacienti z rakom pogosto napoteni zaradi anksioznosti in naglašene strahu pred ponovitvijo bolezni, težav pri sprejemanju spremenjene telesne podobe, depresivnosti, težav v medosebnih odnosih pa tudi zaradi težav pri sporazumevanju z zdravstvenim osebjem in zaradi tega, ker pacienti ne sprejmejo predlaganega zdravljenja (55).

Globinska psihosomatska podpora ima dva cilja (56):

- prvi je odkrivanje psihološkega ozadja bolezni (s pacientom skušamo odkriti neustrezne psihološko-mentalne vzorce, škodljiva prepričanja, strahove, travmatične življenjske izkušnje, prek katerih je pacient doživel večje količine stresa) – namen terapije je te vzroke in njihove negativne posledice odpraviti;
- drug cilj obravnave pa je obrniti potenciale človeške psihe v pozitivno smer, v pospeševanje procesa zdravljenja (če lahko psiha povzroči bolezen, lahko tudi prispeva k zdravju).

Veliko študij dokazuje, da psihosocialni faktorji vplivajo na preživetje pacientk z rakom na dojki. Ženske z depresijo in/ali zavrtimi čustvi imajo krajši čas preživetja. To potrjuje, da moramo čustva, ne glede na njihov naboj, na ustrezen način izraziti. V okviru psihosomatske podpore paciente naučimo tehnike globinske sprostitve, ki je ena izmed oblik meditacije, namenjene vzpostavljanju pravilnega ravnovesja v duševnosti in odpravljanju duševnih napetosti, blokad itn. Veliko virov potrjuje učinkovitost in izjemno koristnost meditacije z usmerjeno pozornostjo. Metaanaliza razkriva, da taka meditacija pomaga prebroditi težave, ki nastopijo zaradi raka, kroničnih bolečin, bolezni srca, depresije in strahu. Meditacija s pozornostjo zniža trpljenje hospitaliziranih pacientov z rakom, značilno jim izboljša razpoloženje in kakovost življenja, odpravi znake stresa, dvigne kakovost spanja ter zmanjša psihološko in fizično trpljenje. Za paciente z rakom je po mnenju mednarodnega multidisciplinarnega odbora strokovnjakov onkologije

meditacija zelo koristna in jo močno priporočajo. Psihosomatska terapija, izobraževanje in svetovanje so izjemno koristni za psihosocialno stanje pacienta (56).

### **3.4.3 Vloga socialnega okolja pri psihosocialni rehabilitaciji**

Socialne predstave o bolezni pomembno določajo odnos, ki ga ima posameznik do svojega telesa, zdravja, ohranjanja zdravja in s tem tudi do preventivnih zdravstvenih programov. Pri posameznikih, ki so v procesu diagnostike oz. zdravljenja, je atribucija bolezni povezana tudi z njihovim načinom soočanja z boleznijo ter različnimi čustvenimi stanji. Atribucijo o lastni bolezni pomembno pogojujejo tudi medicinska dognanja o dejavnih tveganja in prognozi bolezni. Raziskave, ki so jih izvajali v skupinah bolnic z rakom dojke, so prinesle različne izsledke. Kljub pomanjkljivim medicinskim dokazom pacientke raka dojke velikokrat pripisujejo stresu, drugi avtorji so navedli različne psihološke dejavnike in onesnaženost okolja. Tisti pacienti, ki so jim pripisovali psihosocialne dejavnike, so bili bolj depresivni, obupani, z manj učinkovitimi načini soočanja z boleznijo (24).

Informacija, da je nekdo zbolel za rakom, vzbudi pri večini ljudi v našem okolju zadrego, nejevero, strah, pomilovanje... Odnos do obolelega se spremeni, mnogi se ga izogibajo (zaradi lastne zadrege in strahu), drugi ga bolj ali manj odkrito pomilujejo ali ga celo posvojijo (mu svetujejo, se odločajo zanj). Pri delu mu ne zaupajo zahtevnejših nalog ali pa ga ne upoštevajo pri napredovanju (25).

### **3.4.4 Vloga družine**

Bolezen ne prizadene le pacienta, ampak tudi njegove najbližje – družino; utečene socialne vloge se zamajejo, bližnji ob svojih siceršnjih obveznostih prevzemajo še skrb za pacienta. Bolezen lahko za družino pomeni tudi pomembno zmanjšan družinski proračun. Svojci pogosto doživljajo veliko nemoč; stiska pa se lahko še posebej stopnjuje ob napredovali bolezni ali ko pacient potrebuje več oskrbe. Ko razmišljamo o svojcih, najprej pomislimo na partnerja in otroke. Pogosto pa je ob tem spregledana stiska staršev (odraslih) pacientov

in njihovih sorojencev. Hkrati pa je po drugi strani treba tudi upoštevati, da »obstoje« partnerja ne pomeni vedno, da ima pacient v njem vir pomoči in podpore.

V družinskih odnosih se prerazporedijo obveznosti, spremenijo se vloge; da bi ga »zavarovali« pred dodatnim vznemirjenjem, ga lahko izključujejo pri nekaterih odločitvah. Posebej težke in boleče so situacije, ko pacientove potrebe po pomoči presegajo zmožnosti svojcev. To lahko povzroči frustracije, ki lahko vodijo k poslabšanju medsebojnih odnosov, lahko pride do obtoževanj ali izčrpanosti posameznih družinskih članov. Razumeti je treba, da rak poseže v življenje vseh oseb, ki so pacientu blizu, in tam pušča različne posledice. Vsak pa stisko skuša obvladovati na svoj način in gre skozi proces soočanja z boleznijo z drugačnim tempom. To pa lahko povzroči nesporazume in napetosti med posameznimi družinskimi člani. Še posebej so lahko ogroženi mladostniki, ki ne doživljajo in odražajo čustev na enak način kot odrasli (9).

Vsak družinski član doživlja bolezen na svoj način, za vsakega predstavlja drugačno breme in izzive, zato jih je dejansko nemogoče povsem izključiti iz procesa zdravljenja (26).

Ustrezni medosebni odnosi (iskrenost, podpora, sprejemanje) pa sodijo med najdragocenejšo podporo med boleznijo. Vse je lažje preživeti, če je pacient obdan s svojci, ki mu dajejo občutek, da je zanje pomemben in da mu bodo stali ob strani (25).

Pogled na raka kot bolezen je v medicini precej nov in šele zadnjih nekaj let se prepozna velik pomen svojcev v procesu zdravljenja. Svojci pa so tisti, ki sodelujejo pri sprejemanju ključnih pacientovih odločitev (npr. glede zdravljenja) in pacientom predstavljajo najpomembnejši vir opore pa tudi komunikacije z zdravstvenim osebjem. Izkušnje in počutje družine lahko vplivajo na počutje pacientov in nadzorovanje bolezenskih znakov (27).

Družinski člani pacientk s ponovitvijo raka na prsni poročajo o nižji podpori, nižjem zadovoljstvu z zdravstvenim osebjem in o večji negotovosti v zvezi z boleznijo kot pacientke (28).

Družina ima svoja razvojna obdobja, za katera so značilne določene razvojne naloge. Glede na razvojno obdobje družinskega sistema se vpliv raka razlikuje, kot je prikazano v preglednici 1 (28).

**Preglednica 1: Psihosocialni vplivi raka na družino glede na razvojna obdobja (28)**

| <b>Razvojno obdobje</b>      | <b>Razvojne naloge</b>   | <b>Vplivi bolezni</b>  |
|------------------------------|--|--|
| <i>Par</i>                   | Ločitev od izvorne družine in vzpostavljanje novega družinskega sistema    | Nov družinski sistem je lahko še zelo nestabilen in netrden. Pacienti se lahko vrnejo k svoji izvorni družini.       |
| <i>Mlada družina</i>         | Vzgajanje otrok, oblikovanje vlog in vzpostavljanje stabilnosti            | Oblikovanje novih vlog in nalog. Otroci so lahko premladi za nove odgovornosti (prevzemanje starševske vloge).       |
| <i>Družina z mladostniki</i> | Postopno ločevanje staršev in otrok  | Adolescenti lahko postanejo globoko vpleteni v družinske zadeve ali pa se iz družinskega sistema umaknejo prezgodaj. |
| <i>Starajoča se družina</i>  | Načrtovanje upokojitve in vzpostavljanje ciljev ter prihodnosti brez otrok | Odrasli otroci lahko prevzemajo skrb za svoje starše. Nekateri bolniki nimajo nikogar, ki bi skrbel zanje.           |

Zahteve boleznih staršev so na otroke v obdobju mladostništva zaradi razvojnih značilnosti tega obdobja najbolj tvegane za razvoj duševne patologije (predvsem tesnobe in depresije). Mladostniki lahko v primerjavi z mlajšimi otroki v večji meri razumejo bolezen od staršev in potrebo po soočanju, ki jih ta prinese (28).

### **3.4.5 Vloga partnerja in spolnost**

Ponovna vzpostavitev spolnih odnosov predstavlja pomemben vidik okrevanja pacientk. Spolnost predstavlja integralni del vsakega posameznika. Je najbolj intimen in dragocen način, s katerim se odpremo drugi osebi, in ni samo sredstvo za preživetje vrste. Obenem spolnost lahko predstavlja vir velikega zadovoljstva in užitka (čustvenega in telesnega) pa tudi vir negotovosti, razočaranja in sramu. Posameznik ne preneha biti spolno bitje zaradi starosti ali bolezni, pa čeprav gre za bolezen rak. Za paciente, ki so utrpeli izgubo organa, spremembo zunanega videza in funkcionalne omejitve, je področje spolnosti težavno, saj vse te dramatične telesne spremembe spodbujajo strah pred partnerjevo zavrnitvijo in neizogibno vplivajo na samopodobo pacientov. Tako še posebno za paciente z genitalnim ali s prsnim rakom postaja svetovanje na področju spolnosti integralen del socialne rehabilitacije pacientov (28).

Pri pacientih z rakom, ki imajo težave v spolnosti, so lahko rezultat spremenjenega razpoloženja (občutke jeze, frustriranosti, strahu, žalosti in zamere), ki jo lahko sprožita diagnoza in zdravljenje raka. V takšnem čustvenem stanju se lahko zmanjša interes za čustveno in telesno intimnost s partnerjem. Pacientke se lahko dojemajo telesno neprivlačne ob kirurški odstranitvi prsi zaradi strahu pred partnerjevo zavrnitvijo in to lahko vodi v umikanje oziroma izogibanje pacientke pred spolno ali celo socialno intimnostjo s partnerjem. Partnerjeve želje po spolnosti lahko zmanjšajo težave pri sprejemanju nove telesne podobe pacientov (28).

Pomembna je komunikacija med pacientko in partnerjem, da lahko partner nudi pacientki zadostno čustveno oporo; pacientka tako občuti varnost, zaupanje, pripadnost, nežnost. Obenem je pomembno, da se partnerja pogovorita tudi o spremenjeni telesni podobi pacientke, o brazgotini, ki je na mestu, na katerem je bila nekoč dojka, in s tem v povezavi

tudi o spolnih odnosih. Odnosi med partnerjema se po navadi še poglobijo, razen če so odnosi že pred boleznijo slabi in je bolezen le vir dodatnega stresa (29).

V raziskavi jih je imelo od 546 vključenih žensk 33 % nekajkrat dve ali več težav s telesno samopodobo, 17 % pa večino časa. Večje težave s telesno samopodobo so bile povezane z amputacijo in rekonstrukcijo prsi, izgubo las zaradi kemoterapije, s skrbmi v zvezi s pridobitvijo ali z izgubo teže, s slabšim duševnim zdravjem ter partnerjevim nerazumevanjem čustev. 67 % žensk, mlajših od 50 let, je bilo v času nekaj mesecev po diagnozi raka na prsni spolno dejavnih. Od teh jih je 24 % poročalo o majhnih težavah na dveh ali več področjih spolnega funkcioniranja in 28 % o resnih težavah na vsaj enem področju. Večje težave pri spolnosti so bile prisotne pri poročenih ženskah in so bile povezane s slabšim duševnim zdravjem, s partnerjevimi težavami razumevanja čustev pacientk ter z večjimi težavami na področju samopodobe. Ne smemo pa prezreti, da ima tudi 35 %–43 % zdravih žensk eno ali več težav na področju spolnosti (30).

Mlajše ženske imajo več težav pri izkušnji raka dojke, ker so pod stresom zaradi mogoče izgube plodnosti, skrbi za otroke, stroškov zdravstvene nege, odsotnosti z dela zaradi zdravljenja in stranskih učinkov pa tudi zaradi finančne stabilnosti in zaposlitve. Mlajše ženske so tako nagnjene k možnosti večjega tveganja za stres, ko se soočajo z rakom dojke (31).

Težave pri motnjah spolnosti so telesnega in čustvenega značaja. Spolnost motijo pomanjkanje želje po spolnosti, depresivnost, spremembe spolnih organov po zdravljenju in znaki menopavze. Delno so tudi vzroki v hormonskih spremembah, ki se zgodijo v telesu med zdravljenjem ali po njem. Po operacijah dojk lahko veliko pacientk doživi odstranitev delov telesa kot zmanjšanje ženskosti in se zato počutijo neprivlačne (32).

O nezadovoljenih potrebah v zvezi s spolnostjo v največji meri poročajo pacienti med 31. in 70. letom starosti, ženske in pacienti, ki so se v preteklem mesecu zdravili izključno s kemoterapijo ali z imunoterapijo. Pacienti, ki so se v preteklem mesecu zdravili izključno s hormonskim zdravljenjem, so v manjši meri poročali o tovrstnih potrebah (28).

Večja stopnja vključenosti partnerjev v odločanje glede poteka zdravljenja, redni obiski v bolnišnici v času hospitalizacije, čimprejšnja vzpostavitev zadovoljivega spolnega življenja in čim zgodnejši ogled pooperativne brazgotine pri pacientkah z rakom dojke so povezani z boljšim spoprijemanjem z boleznijo pri pacientkah in njihovih partnerjih (28).

Na spolnost pacienta z izkušnjo raka vplivajo psihosocialni dejavniki, kot so: psihološki distress, telesna samopodoba in odnos s partnerjem (33). Več stisk doživljajo mlajši in samski pacienti, tisti, ki so brez otrok ali pa v partnerski zvezi krajši čas, pacienti s težavami v spolnosti že pred rakom in tisti, ki so po bolezni neplodni (34). Samske pacientke z rakom dojke imajo bolj izražen psihološki distress in ga povezujejo tudi z negotovostjo glede vzpostavljanja prihodnjih partnerskih zvez, občutka osamitve in nezadostne socialne podpore. »Psychological distress« – psihološki distress – psihološka stiska je definirana kot neprijetna čustvena, psihična, socialna ali duhovna izkušnja, ki se združuje s sposobnostjo spoprijemanja z boleznijo in njenim zdravljenjem. Zajema cel kontinuum – od normalnih občutij ranljivosti, žalosti, strahu do problemov, kot so: velika depresija, anksioznost, panika, občutek izključenosti (9).

### **3.4.6 Celostna obravnava pacienta**

Obdobje diagnostike je za veliko pacientov velik šok, vendar lahko zelo hitro razumejo, kaj se dogaja v zvezi z boleznijo in zdravljenjem. Dolgotrajnejši proces je čustveno dojetje in spoprijemanje, v katerem se prepleta vrsta razmišljanj in čustev: strah, žalost, jeza krivda, »zakaj jaz«. Pacienti pa morajo sprejeti diagnozo, spoznati svojo bolezen, se odločiti za zdravljenje, včasih pa tudi o načinu zdravljenja pri vsem tem močnem notranjem doživljanju. Svojem morajo povedati o bolezni, kar je v nekaterih odnosih še posebej težko, npr. povedati otrokom. Da se lahko vključijo v zdravljenje, morajo organizirati vrsto aktivnosti. V tem obdobju srečanja z boleznijo imajo pomembno vlogo predvsem vzgoja in izobraževanje ter opora. Pisne informacije pacientom pomagajo spoznati, za katero vrsto bolezni gre, vendar lahko pacienta tudi zmedejo. Najbolje se zato poučijo v razgovoru z izbranim zdravnikom onkologom pa tudi z drugim zdravstvenim osebjem. Pri tem en sam razgovor ni dovolj, ker morajo pacienti večkrat slišati iste informacije, da jih lahko sprejmejo in aktivno vključijo v zdravljenje. Vzgoja in



izobraževanje pa zajemata tudi načine spoprijemanja s stranskimi učinki zdravljenja, čustvenim doživljanjem in s stresom ter o drugih virih pomoči, ki so pacientom na voljo. Posvetovalnica za zdravstveno nego pa je pomemben prispevek k vzgoji in izobraževanju pacientov (2).

Obdobje zdravljenja je pogosto dolgotrajno in naporno zaradi številnih stranskih učinkov, saj se pacienti v tem obdobju spoprijemajo s številnimi čustvenimi odzivi, kot so: depresivnost, nemoč, brezup, jeza itn. Tudi med zdravljenjem so zelo pomembni opora ter vzgoja in izobraževanje, ki jo pacientom nudi zdravstveno osebje. Za spoprijemanje s stranskimi učinki, kot so: slabost, bruhanje in bolečina, imajo pomembno vlogo tehnike vedenjsko-kognitivne psihoterapije. S skupinsko terapijo lahko pacienti obvladujejo občutek izoliranosti, drugačnosti; velikokrat povedo, da se najbolje počutijo ravno ob drugih pacientih z izkušnjo raka, ker jih ti najbolj razumejo. Pri kliničnem delu pa opazamo, da se pacienti med zdravljenjem raka raje in lažje vključujejo v individualno psihoterapevtsko obravnavo, ker jo je lažje prilagajati siceršnjim prihodom na zdravljenje in se tako ogniti obdobjem slabšega počutja, npr. med ciklusi kemoterapije (2).

**Ob končanem zdravljenju** veliko ljudi svetuje pacientom, da je najbolje pozabiti in živeti naprej običajno življenje, vendar izkušnjo raka je nemogoče izbrisati. Vsako soočanje, ki jih prinašajo dolgotrajnejše posledice bolezni, lahko v doživljanju obudi to izkušnjo (npr. kontrolni pregled, zgodbe o smrti drugih) in dodatno obudijo strah pred ponovitvijo bolezni. Pacienti imajo tudi po končanem zdravljenju težave pri prilagajanju zahtevam domačega in delovnega okolja ter težave v socialnih odnosih. V sklepnem delu zdravljenja je v strokovni literaturi ravno zadnjem obdobju namenjene veliko pozornosti oblikovanju psihoterapevtskih programov za paciente.

**Obdobje po koncu zdravljenja** se namreč nadaljuje tudi med okrevanjem po bolezni in življenja z njo; psihosocialne in poklicne rehabilitacije; ob ponovnem srečanju s ponovitvijo bolezni, v paliativnem obdobju življenja pa do pacientove smrti. Konec zdravljenja ne sme pomeniti tudi konca celostne obravnave pacientov z rakom (2).

Celostno obravnavo pomembno dopolnjuje tudi samopomoč pacientov. V svetu in tudi pri nas je najrazvitejša samopomoč za ženske z rakom dojke. V Sloveniji teče program organizirane individualne samopomoči žensk z rakom dojke »Pot k okrevanju« že od leta 1982, skupinska samopomoč pa se v zadnjih letih vedno bolj razvija za paciente z drugimi vrstami raka. Med pozitivnimi učinki programov samopomoči (kot so ugotovili z raziskavami) so: manjša anksioznost, večji optimizem glede prihodnosti, zmanjšanje občutka socialne osamitve, »normalizacija« izkušnje raka, večje zadovoljstvo zaradi praktičnih informacij, ki jih dobijo od pacientov z lastno izkušnjo bolezni, čustvena opora ob sprejemanju spremenjene telesne podobe in o strahu pred ponovitvijo bolezni (57).

Poudariti pa je treba, da imata pri izvajanju programov samopomoči bistveni pomen usposabljanje in supervizija tistih, ki se prostovoljno srečujejo s pacienti z rakom (58).

Cilj celostne rehabilitacije je (59):

- zmanjševati telesne in duševne posledice bolezni in zdravljenja, jih učiti novih vzorcev vedenja in opremiti s primernimi pripomočki;
- izboljševati pogoje v širšem socialnem okolju, ki pacientu olajšajo socialno integracijo (npr. odpravljanje predsodkov, programi pomoči pri nadaljevanju šolanja, zaposlitvi itn.);
- izboljšati kakovost življenja in doseči čim večjo vključitev v socialno okolje: šolo, družino, delovno mesto.

#### **4 PREDLOG IZBOLJŠAV**

Psihosocialna rehabilitacija žensk obolelih za rakom dojke je pri nas v Sloveniji premalo urejena. Pacient, ki je zbolel za rakom, potrebuje takojšnjo in učinkovito psihosocialno rehabilitacijo, od začetka postavitve diagnoze. Ustanove, kamor prihajajo pacienti, oboleli za rakom, nimajo zaposlenega psihologa ali psihiatra, kjer bi se lahko pacienti zatekli ob duševni stiski. Medicinska sestra ima pogosto malo časa, da se posveti lajšanju pacientovih strahov in težav še posebej, če je pacient sprejet na oddelek v kritičnem stanju. Pomembno je izobraziti osebje o prepoznavanju izrazitejših duševnih stisk, saj vemo, da spregledana psihološka in duševna raven bolezni, vodi v dolgotrajne trdovratne motnje ter posledično vpliva na kakovost pacientovega življenja.

## 5 ZAKLJUČEK

Pogosto je psihosocialna rehabilitacija žensk, obolelih za rakom dojke, spregledana ali zanemarjena, kar vodi v dolgotrajne trdovratne motnje in posledično vpliva na kakovost pacientovega življenja. Zato je pomembno biti še posebej pozoren na duševno in psihološko raven bolezni in ne le na telesno prizadetost. Sprejemanje bolezni je dolgotrajen in naporen proces. V tem času se pojavijo različni občutki, kot so: negotovost, krivda, jeza, zanikanje, strah, žalost. Kako se bo posameznik odzval na bolezen, je odvisno od njegove osebnosti, samopodobe, življenjskih okoliščin in kakovostne socialne podpore, saj gre za individualen proces. Osrednje dogajanje v zdravstveni negi je odnos medicinska sestra – pacient, v katerem ta sodelujeta v smeri reševanja pacientovih problemov. Pri pacientu, ki je pred kratkim izvedel za diagnozo bolezni rak, takšna nastala situacija še posebej kliče po zaupljivem medosebnem odnosu. Medicinska sestra mora pridobiti pacientovo zaupanje z poštenostjo, zanesljivostjo, toplino, sprejemanjem in nudenjem opore, če ga hoče resnično spoznati ter zgraditi dobre medosebne odnose. Za partnerski odnos, ki temelji na zaupanju, mora tudi pacient aktivno sodelovati. Tako bosta medicinska sestra in pacient skupaj premagala stiske in probleme, kot so: strah, zaskrbljenost, nemir.

Medicinska sestra ima demokratično vlogo pri izvajanju zdravstvene nege. Upošteva pacientove želje in sposobnosti, ga posluša in spoštuje. Bolezen, kot je rak, sooči pacienta z njegovo ranljivostjo. V takih situacijah lahko človek izgublja orientacijo v vrednotah, ciljih, odnosih, pomembnih socialnih vlogah in v smotrnem ravnanju. Zbrati moč, utrditi zaupanje vase, se soočiti z resničnostjo, obuditi moč v sebi za spoprijemanje s težavami so naloge, ki zahtevajo veliko duševne moči. Pacient v taki situaciji zaupa medicinski sestri, saj tako vidi oporo pri premagovanju čustvenih stisk, pomaga mu, da se sooča z realnostjo, ohrani upanje, zbere moč za aktivno sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji ter si prizadeva za čim bolj kakovostno življenje. Vendar učinkovito celostno obravnavo pacientov lahko omogočimo le s timskim delom in z dobro medsebojno strokovno povezanostjo različnih članov, strokovnjakov. Cilj je zmanjševati telesne in duševne posledice bolezni, izboljševati pogoje v širšem socialnem okolju (npr. pri zaposlitvi), izboljšati kakovost življenja in doseči čim večjo vključitev v socialno okolje: šolo, družino, delovno mesto. Celostno obravnavo pomembno dopolnjuje tudi program Dora – Društvo

onkoloških bolnikov Slovenije. Med pozitivnimi učinki programov samopomoči so: manjša anksioznost, večji optimizem glede prihodnosti, zmanjšanje občutka socialne osamitve, večje zadovoljstvo zaradi praktičnih informacij, ki jih dobijo od pacientov z lastno izkušnjo bolezni, čustvena opora ob sprejemanju spremenjene telesne podobe in strahu pred ponovitvijo bolezni.

Menimo, da je v Sloveniji pogosto spregledana psihična motnja in da je poudarek predvsem na obolenju, tj. raku dojke kot telesni bolezni, čeprav se vpleteni zavedajo, da psihosocialne motnje pustijo dolgotrajne trdovratne posledice, ki so pozneje težje ozdravljive. Menimo tudi, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri psihosocialni rehabilitaciji, ker večino časa preživijo ob pacientu, jih poslušajo in jim svetujejo, zato je pomemben člen v času celostnega zdravljenja žensk, obolelih za rakom dojk. Vendar se medicinska sestra povezuje z drugimi strokovnjaki multidisciplinarnega tima, v katerem si izmenjajo mnenja glede najboljšega oz. najustrežnejšega načina psihosocialne rehabilitacije za pacienta in mu na tak način omogočijo, da bi bili ti občutki utesnjenosti, krivde, anksioznosti pri teh ženskah zmanjšani oz. čim manj prisotni ter bi s tem zvišali samozavest in samopodobo žensk, obolelih za rakom dojk.

S podatki sodobne literature smo ugotovili, da je medicinska sestra pomembna članica zdravstvenega tima v podpori žensk, obolelih za rakom dojk, saj naj bi ženskam pomagala z izobraževanjem, s čustveno podporo in z načrtovanim, s sistematičnim svetovanjem oz. z vzgojo. Medicinska sestra se v okviru svojih kompetenc vključuje v psihosocialno rehabilitacijo žensk, obolelih za rakom dojke, kjer se oboji učijo. Medicinska sestra se uči na specifičnih odzivih in doživljanju pacienta, pacient dobiva informacije medicinske sestre, kaj lahko pričakuje od nadaljnjega zdravljenja in kako se spopasti s težavami, ki sledijo.

Terapevtski element v odnosu je vezan predvsem na premagovanje strahu, strah pred boleznijo in njenim razvojem, strah pred smrtjo, bolečino, na spremembe načina življenja. V tako kompleksnem problemu je vključen celotni zdravstveni tim, vendar – kot poudarja teorija medosebnih odnosov – le en član naveže zaupljiv medoseben odnos s pacientom. To pa je najpogosteje medicinska sestra. Medicinska sestra je v najtesnejši komunikaciji s

pacientom, prva pride v stik z njim ob sprejemu in zadnja daje nasvete ob odpustu. Premagovanje vseh stisk in problemov pri pacientu je mogoče le z dobro komunikacijo, z empatičnim, s podpornim odnosom medicinske sestre. Zahteve po zadovoljevanju potreb in vzpostavljanju ravnovesja, ki so izražene pri pacientu, zadovoljujeta pacient in medicinska sestra v sodelovanju oz. interakciji. Potrebe izraža ravno tako družina. Zato je potrebno, da medicinska sestra v okviru zdravstvene nege vključi tudi pacientovo družino.

Vloga medicinske sestre pri psihosocialni rehabilitaciji žensk, obolelih za rakom dojke, je zelo pomembna, kajti prisotnost medicinske sestre ob pacientu ima lahko fizično naravo (pomeni fizično prisotnost ob pacientu), psihološko naravo (nastane medoseben odnos) in terapevtsko naravo (delujeta drug na drugega kot celostno bitje). Medicinska sestra je pozitivno naravnana do pacientov ter skladno s tem sprejema in spoštuje paciente takšne, kot so. Na takšen način zavlada zaupanje v njenem medosebnem odnosu in tako lahko doseže velik terapevtski učinek. Medicinska sestra in pacient lahko skupaj premagata stiske in probleme, kot so: strah, zaskrbljenost, nemir, in s tem ponovno vzpostavita samozaupanje in prevzemanje odgovornosti za lastno zdravljenje. Posebno je usmerjena v pomoč pacientov na osebni ravni ter tudi na ravni medosebnih odnosov in socialnih vlog, da bi dosegla psihično ravnovesje.

## 6 LITERATURA

1. Gamse J. Celostna rehabilitacija bolnika z rakom. V Rakovec - Felser Z, Farasin D. (ur.). Psihosocialni vidiki zdravja in bolezni. Maribor: Medicinska fakulteta, 2008: 127–132.
2. Škufca S, Cirila A. Celostna rehabilitacija v času zdravljenja rakave bolezni. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Oddelek za psihoonkologijo, 2008: 83–86.
3. Pomoč skupine, družine in terapevtov pri raku dojke. Rak dojke (2008).  
[http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=65&naslovclanek=Pomo%C4%8D\\_skupine,\\_dru%C5%BEine\\_in\\_terapevtov\\_pri\\_raku\\_dojke](http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=65&naslovclanek=Pomo%C4%8D_skupine,_dru%C5%BEine_in_terapevtov_pri_raku_dojke) < 30. 11. 2011 >.
4. Musek J, Avsec A. Osebnost, samopodoba in psihično zdravje. Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved. Društvo psihologov Slovenije – Slovensko filozofsko društvo, 2006: 51–75.
5. Kampare A. Uvod v psihologijo. Ljubljana: DZS, 2006.
6. Skrblin M. Samopodoba, samozavest, samospoštovanje. Revija Študent 2004; VII (6): 10–15.
7. Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 51– 62.
8. Šmit M. Čustveno doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke, in doživljanje vloge medicinskih sester pri psihični podpori (II. del). Obzor Zdr N 2004; 38 (3): 219– 225.
9. Škufca S, Cirila A. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolnikih z rakom. Zdrav Vestn 2007, 76 (12); 827–31.

10. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JF. Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003; 21 (22): 4184–93.
11. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology*, 2004; 13 (5): 295–308.
12. Parker PA., Yusef A, Walker S, Basern - Enquist K, Cohen L, Gritz ER. et al. Short-term and Long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007.
13. Ramšak Pajk J. Medicinska sestra v odnosu z bolnikom in proces zdravstvene nege. Božjak M. (ur.). Individualna obravnava bolnika v hematoonkologiji: komunikacija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija hematoloških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002: 7–17.
14. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 17.
15. Črnec M, Lahe M. Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji. *Obzor Zdr N* 2001; 35 (1-2): 51–5.
16. Hedberg B, Cederborg AC, Johanson M. Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *J Nurs Manag* 2007; 15 (2): 214–21.
17. Bučar S. Komunikacija kot večšina v zdravstvu. [Diplomsko delo]. Novo mesto: Ekonomska šola Novo mesto, Višja strokovna šola, 2004.
18. Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, 2009: 35–94.



19. Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 2003.
20. Kadivec S, Košnik M. Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. Obzor Zdrav Neg 2006; 40 (4): 215–22.
21. Simonič A. Duševna stiska pri bolnikih z rakom. V Trampuž R. (ur.). Celostna obravnava pacienta z rakom. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2006: 83–93.
22. Lokar K. Podporna zdravstvena nega pri pacientu z rakom. V Mlakar - Mastnak D, Logonder M. (ur.). Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 5–10.
23. Šmit M, Bobnar A. Psychosocial support to breast cancer patients (The role of a breast cancer nurse). V: Abstract Book 2<sup>nd</sup> Psycho– Social Impacts of Breast Cancer, UICC Breast Cancer Meeting, Helsinki, Finland, 11.–14. June 2000: 56.
24. Andreja C, Škufca S. Socialne predstave o raku. Psihološka obzorja: Strokovni empirično-raziskovalni prispevek. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije. Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo, 2003: 131–138.
25. Radonjič - Miholič V. Rehabilitacija. Življenje ob in po zdravljenju raka – pomen in možnosti psihosocialne rehabilitacije. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana, 2008: 87–92.
26. Radonjič Miholič V. Pomen psihološke podpore bolnika z rakom in njegove svojce. V: Mlakar Mastnak D, Lorger M. (ur.). Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 97–110.

27. Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. (2006). Important Needs of Families in Acute and Paliative Care Settings Assessed with the Family Inventory of Needs. *Palliat Med*, 2006; 20 (4), 425–432.
28. Škufca S, Andreja C. Psihosocialni vplivi raka dojke na družinsko življenje. [Magistersko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, 2004.
29. Šmit M. Doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke, in vpliv materinega obolenja na kakovost življenja otrok. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, 2003.
30. Fobair P, Stewart ST, Chang S, Donofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15 (7): 579–94.
31. Politi CM, Enright M, Timothy and Karen L. Weihs: The effect of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients. *Support Care Canc* 2007; 15 (1), 73–79.
32. Takač I. Spolnost in rak. V: Mlakar - Mastnak D, Logonder M. (ur.). Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 132–140.
33. Hawighorst - Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Schmidt M, Pilch H. et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image results of a prospective longitudinal 10– year study. *Gynecol Oncol* 2004; 94 (2): 398–401.

34. Tuinman MA, Flee J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra - Weebers JE. Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Support Care Canc* 2005; 13 (7): 540–8.
35. Robida A. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. V: Kvas A, Pahor M, Klemenc P, Šmitek J. (ur.). Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 25–27.
36. Kobolt A. Psihosocialna rehabilitacija. *Timsko delo*, 2004: 139–148.
37. Bolta Š. *Timsko delo in ustvarjalnost*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2006: 6.
38. Zupan N, Kaše R. *Organizacija podjetja: zapisniki predavanj*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003.
39. Stupica M. *Organizacija in menedžment podjetja*. Ljubljana: Geakollege, Center višjih šol, 2005: 23–84.
40. Kogovšek B, Škerbinek A. *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002.
41. Sundseth H, Wood LF. Cancer patients – partners for change. In: Coleman MP, Alexe DM, Albreth T, McKee M, eds. *Responding to the challenge of cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008: 192–207.
42. Snoj Z. Psihoonkologija. V: Novakovič S, Hočevar M, Jezeršek Novakovič B, Strojjan P, Žgajnar J. (ur.). *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009: 194–198.

43. Wade DT, Halligan PW. Do Biomedical Models of Illness for Good Healthcare Systems? *Br Med J*, 2004; 329 (12): 1398–1401.
44. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Borreani Bosisio M, Fusco Karmann C, Greco M. et. al. Cancer Patients Needs During Hospitalisation: A Quantitative and Qualitative Study. *Cancer*, 2003; 3 (12): 31-37.
45. Vegelj – Pirc M, Radonjič - Miholič V. Psihoonkologija in rehabilitacija. V: Velepčič M, Bostič-Pavlovič J. (ur.). Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre. Izobraževalni dnevnik za višje medicinske sestre. Ljubljana: Zbornik predavanj, 1993: 158–175.
46. Škufca S, Andreja C, Vegelj - Pirc M. Psihoonkologija. Panika: širimo psihološka obzorja, 2003; 8 (1-2): 25–27.
47. Rakovec - Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Maribor: Založba Pivec, 2009.
48. Nuland SB. Na koncu poti: razmišljanja o poslednjem poglavju življenja. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2006: 205–221.
49. Dernovšek MZ, Gorenc M, Jeriček R, Tavčar R. Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2007.
50. Psihosocialna podpora (2009).  
[http://www.europadonna-zdruzenje.si/rak/potek\\_zdravljenja/psihosocialna\\_podpora](http://www.europadonna-zdruzenje.si/rak/potek_zdravljenja/psihosocialna_podpora)  
< 14. 12. 2011 >.
51. Ule M. Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za družbene vede, 2009: 7.

52. Ličen S, Čemažar M, Bernot M. Strah in tesnoba pri pacientkah z rakom dojke. *Obzor Zdr N* 2008; 42(4): 273–280.
53. Damir L. Terapevtska komunikacija in njen pomen za bolnikovo sodelovanje. Simpozija Psihosocialni vidiki zdravja in bolezni – zbornik predavanj / Rakovec - Felser Z, Farasin D. Maribor: Univerza v Mariboru. Medicinska fakulteta. Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo. 2008: 176–186.
54. Snoj Z, Ličina M. Spremenjena telesna podoba. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1992.
55. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guidelines: supportive and paliative care. [http://www.google.si/#hl=sl&source=hp&q=nice.org.uk&ag=0&aqi=gl&aql=f&oq=www.nice.&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.&fp=6b92518dec3415cd&biw=1635&bih=850](http://www.google.si/#hl=sl&source=hp&q=nice.org.uk&ag=0&aqi=gl&aql=f&oq=www.nice.&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=6b92518dec3415cd&biw=1635&bih=850) <11. 11. 2011>.
56. Znanstvene in strokovne podlage za globinsko psihosomatsko obravnavo in podporo (2010). <http://www.zcmedin.si/strokovne-podlage-steber-3.html> <30. 11. 2011 >.
57. National Breasts Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. Clinical guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Health and Medical Research Council, 2003.
58. Macvean ML, White VM, Sanson - Fisher R. One-to-One volunteer support programs for people with cancer: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 2008; 70(1): 10–24.
59. Državni program obvladovanja raka v Sloveniji 2010–2015. [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/strategije\\_2010/Dr%C5%BEavni\\_program\\_obvladovanja\\_raka\\_2010-2015.26.2.2010.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/strategije_2010/Dr%C5%BEavni_program_obvladovanja_raka_2010-2015.26.2.2010.pdf) <30. 11. 2011 >.

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici mag. Tamari Štemberger Kolnik, dipl. m. s., za pomoč pri nastajanju diplomske naloge, ki mi je s strokovnimi nasveti največ pomagala.

Posebna zahvala je namenjena staršem, ki so mi omogočili študij, me podpirali finančno in verjeli vame.

Hvala sestram Emini, Aldini in Medini za vso pomoč in spodbude ter partnerju Edisu za podporo, motivacijo ter za razumevanje med študijem in odsotnostjo od doma.