

Psihosocialna oskrba bolnikov s pljučnim rakom

Anja Simonič, Ana Delimar

Povzetek

V prispevku je predstavljena t. i. psihosocialna oskrba bolnikov s pljučnim rakom. Kljub vse več empiričnim podatkom, da so bolniki s pljučnim rakom pogosto v duševni stiski, imajo ti bolniki pri nas še vedno premalo možnosti poiskati strokovno pomoč za svoje težave. Po izkušnjah sodeč pa so pri iskanju tovrstne pomoči in podpore sami manj aktivni, kot bi glede na visoko pojavnost duševne stiske pri njih pričakovali. V prispevku se naloge psihologa in socialnega delavca prepletajo, kot so pogosto nejasne tudi meje psihosocialne oskrbe. Vlogo psihologa in socialnega delavca smo bolj poglobljeno opredelili na tistih področjih obravnave, ki so ključna za lajšanje duševne stiske ter ohranjanje kakovosti življenja bolnikov s pljučnim rakom in tudi njihovih svojcev: 1. informiranje in komunikacija z bolnikom ter njegovimi svojci; 2. prepoznavanje in ocenjevanje duševne stiske; 3. psihosocialne intervencije, svetovalno in psihoterapevtsko delo; 4. bolnikovi odnosi z drugimi; 5. bivanjska in duhovna vprašanja.

Uvod

Večina bolnikov s pljučnim rakom se vsaj v določenem obdobju svoje bolezni sooča z raznimi čustvenimi, medosebnimi, praktičnimi in tudi bivanjskimi vprašanji, stiskami in problemi. Te težave se lahko odražajo tudi v spremembi bolnikove družinske vloge, njegovega delovnega in finančnega statusa. Žal se večina bolnikov s pljučnim rakom sooči z diagnozo že v času, ko je bolezen napredovala. Le manjši delež bolnikov s pljučnim rakom se sooča s telesnimi, čustvenimi in socialnimi izzivi zazdravitve bolezni za daljše časovno obdobje. Vsi pa so po ugotovljeni diagnozi pljučnega raka postavljeni pred celo vrsto sprememb v svojem življenju, s katerimi se vsak od njih spoprijema na sebi lasten način.

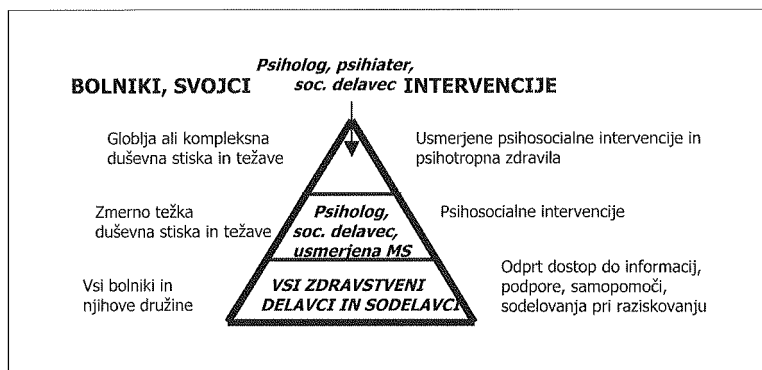
Psihosocialna oskrba bolnika z rakom je tisti del oskrbe, ki skrbi za to, da so pokrite

*Anja Simonič, univ. dipl. psih., mlada raziskovalka, Ana Delimar, univ. dipl. soc. del.
Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo*

bolnikove psihološke in socialne potrebe. Meje t. i. psihosocialne oskrbe pa so pogosto zabrisane, saj so bolnikove stiske in težave med seboj velikokrat prepletene in niso vedno zgolj telesne ali npr. psihične narave. Gre torej za področje, na katerem se stikajo poklicne vloge mnogih različnih strokovnjakov, ki vsak na svoj način vstopajo v odnos z bolnikom in njegovimi bližnjimi. Pri bolnikih z rakom pogosto tudi težko ločujemo duhovno oskrbo od psihosocialne oskrbe, saj npr. psihoterapevtsko delo lahko posega tudi na področje bivanjskih, ekzistencialnih in duhovnih potreb bolnika.

Organizacija psihosocialne oskrbe (bolnikov s pljučnim rakom)

Kljub temu, da je pomembnost informiranja in duševne podpore pri olajšanju stiske splošno sprejeta ter da so psihosocialne intervencije dobro dokumentirane v strokovni literaturi, je le malo soglasja o tem, kako naj bi bila psihosocialna oskrba organizirana znotraj zdravstvenega sistema (1). Preprost, toda zelo uporaben, je spodnji model organizacije psihosocialne oskrbe, ki smo ga nekoliko prirredili za naš zdravstveni prostor. Namenjen je bolnikom z različnimi rakastimi obolenji ter njihovim svojcem. Pri tem modelu (na Sliki 1) je osnovna podpora (dno piramide) namenjena vsem bolnikom in njihovim bližnjim ter lahko poteka v obliki suportivne terapije, edukacije ali sistematičnih presejalnih postopkov za spremljanje duševne stiske. Osnovne intervencije (individualne ali skupinske) lahko namreč zmanjšajo stisko in izboljšajo kakovost življenja tudi pri bolnikih in svojcih, ki jih nismo selektivno izbrali kot bolnikov z očitnejšimi potrebami po takšni pomoči. Bolj specifične intervencije (vrh piramide) pa so vedno bolj usmerjene na tiste bolnike in svojce, ki jih bolj potrebujejo (1).



Slika 1. Organizacija psihosocialne oskrbe (1).

Glede na to, da je pljučni rak bolezen, ki je zaradi narave svojega poteka običajno odkrita dokaj pozno in pogosto, kljub zdravljenju, hitro napreduje, bolniki s pljučnim rakom in njihovi svojci še posebej potrebujejo kakovostno in celostno strokovno, tudi psihosocialno pomoč in podporo. Predpogoj za pozorno in skrbno spremljanje s strani sodelavcev različnih strok je njihovo medsebojno sodelovanje. Kako bo to sodelovanje potekalo, bo poleg od značilnosti in potreb bolnikov, ki se zdravijo v določeni ustanovi, odvisno predvsem od tega, kakšno mesto ima psihosocialna oskrba v določeni ustanovi. Oskrbe, kot so t. i. psihoonkološka, psihosocialna, podporna ter paliativna oskrba, imajo med seboj veliko več skupnega kot različnega, zato je potrebno graditi na njihovih skupnih načelih in ciljih. Vsekakor pa je oskrba, ki v obstoječi zdravstveni sistem prinaša največji poudarek na celostni obravnavi, na timskem delu ter enakovrednem partnerskem odnosu z bolnikom in svojci, gotovo paliativna oskrba. Le-ta se v obravnavo kroničnih in neozdravljivih bolezni, kakršna je tudi pljučni rak, postopoma vključuje že od diagnoze naprej. Potencialov, ki jih paliativna oskrba ponuja za samo umestitev psihosocialne oskrbe bolnikov s pljučnim rakom v zdravstveni sistem, torej nikakor ne smemo zanemariti.

Ključne naloge psihosocialne oskrbe

Ključne naloge psihosocialne oskrbe so naslednje:

1. izobraževanje, informiranje,
2. prepoznavanje in ocena duševne stiske,
3. intervencije: svetovanje, psihoterapevtsko delo,

Omenili smo že, da v odnos z bolnikom vstopajo različni strokovnjaki. Ker vsak od njih lahko pokriva v določeni meri le določene vidike psihosocialne oskrbe, sta sodelovanje in komunikacija med njimi izrednega pomena. Poglejmo si najprej, kako zelo je za vse zgoraj naštetih naloge psihosocialne oskrbe značilna komunikacija: z bolnikom, s svojci, med zdravstvenimi delavci in sodelavci.

Informiranje in komunikacija z bolnikom ter njegovimi svojci

Vsak bolnik s pljučnim rakom in njegovi bližnji se v času zdravljenja in spremljanja bolezni srečujejo z zdravniki in medicinskimi sestrami, medtem ko z vsemi drugimi strokovnjaki prihajajo v stik po potrebi oziroma glede na možnosti določene ustanove. Področje informiranja in komunikacije zajema vse, od načina sporočanja diagnoze in

prognoze bolezni, ki ga ubere zdravnik glede na posameznega bolnika oziroma svojca, pa tudi vse do informiranja bolnika in njegovih svojcev o poteku bolezni, načinih in posledicah zdravljenja ipd., pri čemer igra aktivno vlogo tudi medicinska sestra.

Kot primer, kako pomembna je lahko komunikacija, bomo osvetlili pomembnost načina sporočanja diagnoze. Način sporočanja diagnoze ne vpliva samo na to, kako bolnik razume svoje bolezensko stanje, temveč lahko tudi na dolgoročno duševno prilagoditev bolezni (2, 3). Pri tem je pomembno, da dobi bolnik realno sliko svoje bolezni, saj je to povezano z boljšo prilagoditvijo bolnika na bolezen, medtem ko je izogibanje tem temam povezano z večjo stisko (4-6). Prav tako je potrebno prepoznati tudi, kdaj bolniki iščejo predvsem navodila in usmerjanje. Na to, kako se bo bolnik odzval na informacijo o diagnozi, prognozi, ponovitvi bolezni, kako se bo pravzaprav soočal s svojo boleznijo, lahko vpliva več dejavnikov, npr. trenutno bolezensko stanje, osebnost bolnika, spol, starost, izobrazba, finančno stanje, socialno in kulturno okolje, v katerem bolnik živi, način, kako se je bil v preteklosti vaje soočati s stresnimi situacijami. Upoštevati vse te dejavnike in pristop prilagoditi bolnikovim potrebam (3) nikakor ni lahka naloga za zdravnika.

Lastne izkušnje ob kliničnem delu z bolniki s pljučnim rakom kažejo, da se redkeje zgodi, da bi ti bolniki aktivno iskali informacije. Naj nas ne zavede pasivnost, apatičnost ali zgolj pritrjevanje teh bolnikov v komunikaciji. Zelo pomembno je, da preverimo, kako so ti bolniki razumeli našo razlago ter da jih spodbudimo k aktivnemu sodelovanju, jim damo možnost, da vprašajo, kar jih zanima, ter vstopimo z njimi v odnos, ki je še toliko pomembnejši, če se bodo ti bolniki k nam vračali.

Kakšna je tukaj vloga psihologa? Le-ta lahko pomaga bolniku do realnejše podobe o svoji bolezni oziroma pomaga vzdrževati tovrstno sliko o bolezni, ki bolniku najbolj pomaga soočiti se z boleznijo in se ustrezno prilagoditi na spremenjeno situacijo. Pri prepoznavanju morebitne izkrivljene podobe bolnika o poteku svoje bolezni ima ključno vlogo zdravnik, ki lahko bolniku bolj pomaga do realnejše oziroma zanj ustrenejše podobe o bolezni. Pri tem lahko zdravniku pomaga tudi klinični psiholog. Še pogosteje kot bolniki imajo nerealno podobo o bolezni njihovi svojci, kar pomeni, da je tovrstna pomoč namenjena tudi njim. Zelo pomembno je namreč, da so predstave in pričakovanja bolnikov ter svojcev o bolezni skladna. Ker v odnos z bolnikom vstopajo različni strokovnjaki v različnih časovnih obdobjih, lahko vsak od njih dobi nekoliko drugačen vtis npr. o bolnikovem soočanju z boleznijo, zato je zelo

pomembno, da jih spremljamo skozi celoten potek njihove bolezni ter da pri tem različni strokovnjaki med seboj komuniciramo. Tako bomo tudi mi prišli do bolj realne podobe o bolniku in njegovem soočanju z boleznijo.

Zelo pomembno je tudi naslednje: klinični psiholog lahko med pogovorom z bolnikom s svojimi veččinami ugotovi določene težave, ki jih ima bolnik npr. pri komunikaciji s svojci, z osebjem v bolnišnici oziroma pri soočanju s svojo boleznijo. Na podlagi tega lahko bolniku svetuje določene ukrepe, kako spremeniti, izboljšati neko situacijo. Neredko pa gre za situacije, ko klinični psiholog določen problem sicer prepozna, se pogovori z bolnikom o možnostih pri reševanju problema, vendar pa v zvezi z njim lahko zelo učinkovito ukrepa tudi npr. zdravnik ali medicinska sestra. Psiholog lahko torej zdravniku ali medicinski sestri sočasno pomaga z nasvetom, kako naj pristopi, komunicira, ali kaj naj svetuje določenemu bolniku. Ta prenos informacij je še toliko pomembnejši pri bolnikih s pljučnim rakom, ki v praksi pogosto težje spregovorijo o svojih čustvenih stiskah in težavah. Kot zdravstveni delavci si pri komunikaciji z njimi lahko pomagamo s stavki, kot so npr: *»Občutek imam, da vas nekoliko skrbi, kako poteka zdravljenje in kaj lahko pričakujete vnaprej. Želite, da se skupaj nekoliko pogovoriva o tem?«* ALI *»Zdi se mi, da vas spravlja v stisko, ker je vaša žena tako zaskrbljena zaradi vaše bolezni. Želite, da se z njo pogovorimo o stvareh, ki so pomembne za čas, ko boste doma, tako da bo lahko čim ustreznejše poskrbela za vas?«*

Prepoznavanje in ocena duševne stiske

Čeprav duševno stisko pogosto opisujejo v terminih anksioznosti in depresije, se bolniki s pljučnim rakom pogosto soočajo s številnimi drugimi čustvenimi, socialnimi in eksistencialnimi problemi, ki ne odsevajo nujno psihopatologije. Kako se bolnik prilagodi, sprejme svojo bolezen in zdravljenje le-te, je ključno za kvaliteto njegovega nadaljnjega življenja. Klinični psiholog in socialni delavec lahko z različnimi intervencijami pomagata pri soočanju s tovrstnimi težavami.

V procesu spoprijemanja z boleznijo izkazuje od 16 % do 25 % bolnikov s pljučnim rakom duševno stisko (7, 8), ki pri različnih napredovalih rakastih obolenjih naraste do 69 % (9). Stiska se lahko stopnjuje do te mere, da zadošča kriterijem za psihiatrično motnjo. Najpogostejše težave, zaradi katerih bolniki z rakom potrebujejo pomoč, so anksiozna stanja (do 50 % bolnikov s pljučnim rakom) (10) in depresivna stanja (do 33 % bolnikov s pljučnim rakom) (11) in prilagoditvena motnja (od 25 % do 30 % bolnikov z rakom) (12, 13).

Kljub velikemu številu bolnikov z napredovalim pljučnim rakom je le malo podatkov o njihovi duševni stiski. Ugotovili so, da so s klinično pomembnimi depresivnimi simptomi najbolj povezani naslednji dejavniki: razširjena oblika bolezni ob diagnozi, pljučni rak kot primarni tumor in slabo telesno stanje bolnika (11). Nedaven pregled več študij je pokazal, da ima v povprečju ena od štirih oseb s pljučnim rakom med svojo boleznijo obdobja depresije ali drugih psihosocialnih problemov. Bolniki, ki jim ne ponudijo zdravljenja, in bolniki z drobnoceličnim rakom pljuč imajo večje tveganje za razvoj opisanih problemov kot druge skupine bolnikov s pljučnim rakom (11, 14).

Z zgodnjo intervencijo lahko pravočasno identificiramo bolnike, pri katerih obstaja visoko tveganje resnejših težav pri soočanju z boleznijo (11, 14, 15). Eden od najpomembnejših dejavnikov, ki prispevajo k trpljenju bolnikov s pljučnim rakom, je bolečina. Kar 58 % bolnikov z napredovalim pljučnim rakom ocenjuje bolečino kot zmerno do resno (16). Vemo pa, da je stopnja telesnih simptomov močno povezana z večjo duševno stisko in s slabšo kvaliteto življenja (17). Podobno kot lahko bolečina, kot posledica telesne bolezni, povzroči, da je bolnik v duševni stiski in izčrpan, lahko tudi vztrajajoča in neprepoznana ali neustrezno zdravljena depresija oziroma drugi problemi psihosocialne in duhovne narave povzročijo, da je bolnik bolj občutljiv in dovzeten za bolečino (18-21). Ob pozornem spremljanju bolečine pri bolnikih s pljučnim rakom moramo torej oceniti tudi njen vpliv na telesno in duševno počutje ter stisko bolnika. Če povzamem, lahko rečem, da je adekvatno zdravljenje bolečine najpomembnejši dejavnik za zdravljenje depresije pri bolniku (22).

Pri nas je psihološka problematika bolnikov s pljučnim rakom premalo urejena. Dobro dokumentirano je, da imajo medicinske sestre in zdravniki težave pri odkrivanju čustvene stiske bolnikov, bolniki sami pa o tem ne govorijo, če niso posebej vprašani (23-26). Ugotovili so, da so zdravniki resno podcenjevali depresijo pri bolnikih z bolečino in s slabim splošnim telesnim stanjem (25). Depresija naj bi ostala neprepoznana celo pri več kot polovici telesno bolnih (27, 28). Strokovnjaki, ki sodelujejo v obravnavi bolnikov s pljučnim rakom, morajo torej znati prepoznati bolnike v stiski, posebej pa bolnike, ki razvijejo težjo psihološko problematiko, npr. depresijo. Ker se narava in resnost duševne stiske s časom lahko spreminjata, je pomembno sprotno spremljanje psihosocialnega stanja bolnikov med zdravljenjem, zlasti, ko obstaja tveganje za ponoven pojav bolezni. Znaki, na katere moramo biti pozorni, so npr. razdražljivost, socialna izolacija in povečane težave pri soočanju s

telesnimi simptomi. Zgodnja diagnoza depresije namreč lahko vodi k bolj učinkovitemu zdravljenju. Pomembno je torej, da bolnike redno povprašamo po njihovem razpoloženju in počutju. Občasno si lahko pomagamo tudi z vprašanjem: *»Se vam zdi, da ste v takšni stiski, da bi potrebovali dodatno pomoč glede teh težav?«* ALI *»Vidim, da ste zaskrbljeni. Morda bi vam bilo nekoliko lažje, če bi se o svojih občutkih pogovorili s psihologom?«* Na osnovi podrobne ocene potreb bolnika in njegove družine se npr. klinični psiholog odloči, ali obstaja potreba po dodatni psihosocialni oziroma psihiatrični oceni (29) in obravnavi.

Psihosocialne intervencije, svetovalno in psihoterapevtsko delo

Posledice pljučnega raka in njegovega zdravljenja se pogosto izražajo s telesnimi simptomi, kot so šibkost ali pomanjkanje energije, utrujenost, oteženo dihanje, slabost, izguba apetita in bolečina, ki lahko vodijo v poslabšanje bolnikovega splošnega telesnega stanja. Skupaj s hitrim potekom bolezni so to pomembni dejavniki tveganja za razvoj duševne stiske. Kljub navedenemu in obenem visokemu številu bolnikov s pljučnim rakom je v strokovni literaturi redkeje zaslediti empirične podatke o učinkovitosti psiholoških intervencij pri bolnikih s pljučnim rakom. Bolniki s pljučnim rakom npr. izražajo pomembno višje število nezadovoljenih psiholoških in telesnih potreb oziroma tistih, ki zadevajo aktivnosti vsakdanjega življenja (30). Razlogov za to je verjetno več, žal pa vseh še ne razumemo najboljše. Morda lahko pri iskanju odgovorov nekoliko potipamo z vprašanjem, ali obstaja tipičen bolnik s pljučnim rakom? Vemo, da je to v večji meri moški, ki je manj izobražen, v povprečju star od 60 do 70 let ter pogosto kadilec. Lastne izkušnje ob delu s temi bolniki kažejo, da ti bolniki pogosto manj prepoznavajo in izražajo svoja čustva, da so v odnosu do iskanja psihološke pomoči manj aktivni, da se velikokrat izogibajo soočanju z realnostjo bolezni. Vsekakor je ta opažanja potrebno raziskovalno preveriti. Morda ima tovrstno vedenje prilagoditveno funkcijo?

Tako psihologi kot tudi socialni delavci pri svojem delu pri bolnikih z rakom izvajajo različne oblike izobraževanja, informiranja, svetovanja, psihoterapije. Psiholog pri svojem delu poleg svetovanja uporablja različne oblike psihoterapije, kot so npr. suportivna psihoterapija, logoterapija, kognitivno vedenjska terapija, transakcijska analiza, znotraj katerih se ukvarja tako z bolnikovim čustvenim doživljanjem bolezni in zdravljenja kot tudi z njegovimi predstavami o naravi in poteku bolezni, strategijah soočanja z boleznijo in njenimi posledicami, bolnikovo samopodobo ipd. Socialni

delavec svetuje o pogojih in postopkih pridobitve dodatnih finančnih sredstev (dodatek za nego in postrežbo, varstveni dodatek, nadomestilo za invalidnost) ali izvaja različne intervencije na podlagi ocene bolnikovih bivanjskih razmer (s kom, kje živi bolnik, lastništvo mesta bivanja, pogoji bivanja). Oba profila pogosto uporabljata razne krizne intervencije. Področje dela, ki je skupno obema profiloma, so bolnikovi odnosi z bližnjimi oziroma delovanje bolnikove družine.

Bolnikovi odnosi z drugimi

Ključno vlogo pri soočanju bolnika z boleznijo imajo njegova družina in njegovi bližnji. Bolnik je namreč del družinskega sistema in kot takšen tudi deluje. Za vzpostavitev novega ravnovesja v družini bolnik in njegovi bližnji potrebujejo čas in pomoč.

Bolezen, kot je pljučni rak, lahko namreč močno poseže tako v bolnikovo življenje, kot tudi življenje njegove cele družine in širše socialne mreže. Pogosto se vsaj za določeno časovno obdobje bolniku omeji življenje na ozek krog med bolnišnico in domom, kar zahteva veliko prilagajanja in sprejemanja. Na novo je potrebno razporediti obveznosti in spremeniti nekatere družinske navade. Tako pride bolnik s pljučnim rakom najpogosteje v stik s socialno delavko, ko se po odpustu v domače okolje pojavijo težave. Vemo, da je dom kraj, kjer se odvija življenje. Tako socialna delavka raziskuje, načrtuje, izvaja reševanje vseh socialnih težav, ki jih bolezen ustvari ali poglobi ali pa le-te celo ovirajo proces zdravljenja in/ali vplivajo na ponovitev bolezni; zbira in dopolnjuje anamnestične podatke o bolnikovem ožjem in širšem okolju; obnavlja stike z bolnikom in njegovo družino; svetuje pri urejanju invalidske upokojitve, ki je pogosto svetovana tudi mlajšim bolnikom s pljučnim rakom; se povezuje s strokovnimi službami in z drugimi ustanovami, kot so Center za socialno delo, Zdravstveni dom, Rdeči križ itd. (31). Danes vemo, da pomemben dejavnik v socializaciji bolnika predstavlja tudi njegova širša okolica (32). Glede na predstave, ki jih imajo ljudje o pljučnem raku (da gre npr. za težko bolezen, za bolezen, ki pomeni gotovo smrt, za bolezen, pri kateri se ne da veliko pomagati), je pomembno, kako bolnika sprejema njegova okolica. Zaradi pomembnejših sprememb v socialni mreži lahko bolnik doživlja še dodatno krizo (32). Obseg bolnikove podpore je tako pomemben dejavnik pri njegovi prilagoditvi na bolezen (33).

Na splošno je bistveno dobiti vpogled v delovanje družine in njene konflikte, spoznati bolnikovo vlogo v družini ter razumeti spremembe, ki jih je v družino prinesla bolezen. Pri vsem tem nas vodi cilj, da bi bolnik lahko živel v domačem okolju, v varni družini, ki mu je sposobna nuditi oskrbo in pomoč. Socialni delavec in psiholog lahko posredujeta v primeru, ko so bolnik in njegovi svoji v stiski, imajo težave pri soočanju z boleznijo, medosebne konflikte v družini ipd. Na splošno je potrebno tako bolnike kot njihove bližnje spodbujati k ohranjanju odprte komunikacije med njimi, kar pomeni, da tako bolnik kot njegovi bližnji poznajo stanje bolezni, med seboj pa delijo tudi občutja in skrbi. Socialna podpora ima lahko več oblik: čustveno, praktično, informativno. Bolniku jo lahko nudijo njegovi bližnji – družina, prijatelji, znanci in tudi strokovnjaki. Na spremembo podpore bolnikovih bližnjih v času bolezni lahko pogledamo z dveh vidikov: 1. bližnji lahko bolniku pomagajo pri njegovem soočanju z izgubo; 2. bolnikova bolezen lahko poglobi ali oteži odnose z njegovimi bližnjimi. Po drugi strani je lahko bolnik sam vir podpore za svoje bližnje. Neredko imajo bolnikovi bližnji celo več težav s soočanjem z boleznijo kot bolnik sam. Pomagamo jim lahko tako, da jih informiramo o spremembah, ki jih s seboj prinese določena bolezen, ter da identificiramo tudi njihove potrebe.

Ko bolezen napreduje, lahko za bolnika postajajo odnosi z drugimi oteženi in omejeni. Bolniki pogosto občutijo čustveno stisko, saj okrnjene zmožnosti sodelovanja v vsakodnevnih aktivnostih lahko prinesejo s seboj številne spremembe v družinskih in medosebnih odnosih. Znano je, da psihosocialne intervencije lahko učinkovito pripomorejo k reševanju medosebnih problemov (34, 35, 36), zato je pomembno opazovati bolnikovo socialno podporo in njegovo interakcijo z bližnjimi.

Bivanjska in duhovna vprašanja

Zavedati se moramo, da se marsikateri bolnik z diagnozo pljučnega raka počuti nemočnega, saj potek bolezni pogosto prekine njegove načrte in pričakovanja za prihodnost. Nekaj naravnega je soočanje s svojo življenjsko zgodovino, prikrajšanji, krivicami in z bojznimi v času življenja, pogosta pa so tudi občutja ogroženosti in eksistencialne stiske. Bolnikova pričakovanja o umiranju in smrti stopajo v ospredje predvsem, ko gre življenje h koncu. Pogosto se zgodi, da bolnikovi bližnji in tudi zdravstveno osebje menijo, da je bolnik pesimističen, vdan v usodo in negativističen, če razmišlja o teh vprašanjih. Pomembno je spoštovati bolnikova razmišljanja in bolniku ter njegovim bližnjim dovoliti razmišljati in govoriti o teh vprašanjih.

Zaključek

Ohranjanje kakovosti življenja in minimiziranje telesnega in psihosocialnega vpliva bolezni in neželenih učinkov zdravljenja predstavljajo temeljno izhodišče celostne oskrbe bolnikov z rakom. Zelo pomembno je, da s pomočjo psihosocialnih presejalnih postopkov in intervencij identificiramo tiste bolnike, za katere obstaja visoko tveganje, da bodo imeli resnejše težave pri soočanju z boleznijo. Ker z zgodnjo intervencijo lahko preprečimo razvoj kasnejših težav, je pomembno, da se psihosocialna oskrba v obliki splošnih intervencij v obravnavo bolnika s pljučnim rakom vključuje postopoma že od diagnoze naprej. Ker gre do bolniki in njihovi svoji skozi različne faze bolezni in zdravljenja s strani številnih strokovnjakov, vsekakor zahteva kakovostna oskrba bolnikov s pljučnim rakom interdisciplinarni pristop (35). Pred nami je torej izziv na najboljši možen način organizirati psihosocialno oskrbo bolnikov s pljučnim rakom, in sicer predvsem tako, da znamo prepoznati njihovo stisko ter ob tem omogočimo pomoč vsem tistim bolnikom in njihovim svojcem, ki to potrebujejo.

Literatura:

1. Walker, L., Walker, M., Sharp, D.: *Current provision of psychosocial care within palliative care*. V Williams-Lloyd M. (ur.): Psychosocial issues in palliative care. Oxford University Press, 2003; 49-65.
2. Soellner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P. in dr. (1999). *Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness*. Psychosomatics, 40, 239-50.
3. Sardell, A. N., Trierweiler, S. J. (1993). *Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness*. Cancer, 72, 3355-65.
4. Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J. E., Glimelius, B., Brodin, O., Sjoden, P. O. (1994). *Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits*. Acta Oncologica, 33, 887-94.
5. Nordin, K., Glimelius, B. (1998). *Reactions to gastrointestinal cancer—variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses*. Psycho-Oncology, 7, 413-23.

6. Osowiecki, D., Compas, B. E. (1998). *Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adult cancer patients*. Cognitive Therapy and Research, 22, 483-99.
7. Ginsburg, M. L., Quirt, C., Ginsburg, A. D. & MacKillop, W. J. (1995). *Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer*. Canadian Medical Association Journal, 152 (5), 701-708.
8. Bergman, B., Sullivan, M., Sorenson, S. (1991). *Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer. I. An evaluation with generic health measures*. Acta Oncologica, 30(8), 947-57.
9. 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.
10. Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N., Segawa, Y., Hosokawa, Y., Kamejima, K., Inoue, R. (1999). *Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. A sequential study of anxiety and depression using the hospital anxiety and depression scale*. Supportive Care in Cancer, 7 (6), 396-9.
11. Hopwood, P., Stephens, R. J. (2000). *Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data*. Journal of Clinical Oncology, 18 (4), 893-903.
12. Dugan, W., McDonald, M. V., Passik, S. D., Rosenfeld, B. D., Theobald, D., Egerton, S. (1998). *Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool*. Psychooncology, 7, 483-493
13. Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J. (1983). *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. JAMA, 249, 751-7
14. Carlsen, K., Jensen, A. B., Jacobsen, E., Krasnik, M., Johansen, C. (2005). *Psychosocial aspects of lung cancer*. Lung Cancer, 47 (3), 293-300.
15. Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). *The prevalence of psychological distress by cancer site*. Psycho-Oncology, 10, 19-28.
16. Scottish executive Health department. *Scottish national audit of the prevalence of pain with patients with active cancers recognised to cause pain*. Edinburgh; Cancer in Scotland; 2003 (citirano 6. Mar 2003). Dostopno na medmrežju: <http://www.scot.nhs.uk/sehd/cancerinscotland>

17. Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M, Friedlander-Klar, H., Coyle, N., in dr. (1994). *Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population.* Quality of Life research, 3 (3), 183-9.
18. Pinder, K. L., Ramirez, A. J., Black, M. E., Richards, M. A., Gregory, W. M., Rubens, R. D. (1993). *Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors.* European Journal of Cancer, 29A, 524-7.
19. Hopwood, P., Howell, A., Maguire, P. (1991). *Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires.* British Journal of Cancer, 64, 349-52.
20. Bruera, E., Brenneis, C., Michaud, M., Rafter, J., Magnost, A., Tennant, A. in dr. (1989). Association between asthenia and nutritional status, lean body mass, anemia, psychological status, and tumor mass in patients with advanced breast cancer. Journal of Pain Symptom Management, 4, 59-63.
21. Glover, J., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Miaskowski, C. (1995). *Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference?* Journal of Pain Symptom Management, 10, 120-8.
22. Stiefel, F., Die Trill, M., Berney, A., Olarte, J. M., Razavi, D. (2001). *Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care.* Support Care Cancer, 9, 477-488.
23. Ford, S., Fallowfield, L., Lewis, S. (1994). *Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?* Cancer. 70, 767-770.
24. Hopwood, P. (1992). *The quality of life: Clinical judgement versus self-report measures.* Cancer Topics 8, 1122-1124.
25. Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V. idr. (1998). *Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer.* Clinical Oncology 16, 1594-1600.
26. Valente, S. M., Saunders, J. M. (1994): *Evaluating depression among patients with cancer.* Cancer Practice 2, 65-71.
27. Maekin, C. (1992). *Screening for depression in medically ill. The future of paper and pencil tests.* The British Journal of Psychiatry, 160, 212-216.
28. Newell, S., Sanson-Fisher, R. W., Girdis, A., Bonaventura, A. (1998). *How well do Medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists.* Cancer, 83, 1640 – 1651.

29. Monroe, B.: *Social work in palliative care.* V Doyle, D., Hanks, G., MacDonald, N. (ur.): Oxford textbook of palliative medicine. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 1998; 867.
30. Li J Afaf Li, J., Girgis, A. (2006). *Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population?* Psycho-Oncology. 15 (6), 509-516.
31. Delimar, A. (2004), *Socialna služba KOPA.* Glasilo Bolnišnice Golnik-Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, letnik 4, št 2-3.
32. Stritih, B., Možina, M. (1998). *Nova strategija pomoči v socialnem delu.* Ljubljana: VŠSD.
33. Ell, K. O., Mantell, J. E., Hamovitch, M. B. in dr. (1989). *Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer.* Journal of Psychosocial Oncology, 7, 63-89.
34. Meyer, T.J., Mark, M.M. (1995). *Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments.* Health Psychology, 14, 101-8.
35. 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. National Health and Medical Research Council website: <http://www.nhmrc.gov.au>
36. Devine, E. C., Westlake, S. K. (1995). *The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies.* Oncology Nursing Forum, 22, 1369-81.