

Насл. доц. д-р Жаклина Трајковска-Анчевска
 ЈЗУ Универзитетска Клиника за Хематологија - Скопје
 Република Северна Македонија

ИНТЕГРИРАНИ ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАПИ КОН ХОЛИСТИЧКА ГРИЖА ЗА ПАЦИЕНТИТЕ СО КАНЦЕР

АПСТРАКТ: Денешната грижа за ракот често обезбедува најсовремен биомедицински третман, но не успева да ги реши психолошките и социјалните (психосоцијални) проблеми поврзани со болеста. Овој неуспех може да ја компромитира ефикасноста на здравствената заштита и со тоа негативно да влијае на здравјето на пациентите со рак. Психолошките и социјалните проблеми создадени или влошени од ракот - вклучувајќи депресија и други емоционални проблеми; недостаток на информации или вештини потребни за справување со болеста; недостаток на транспорт или други ресурси; и нарушувања во работата, училиштето и семејниот живот -предизвикуваат дополнително страдање, го ослабуваат придржувањето кон пропишаните третмани и го загрозуваат враќањето на здравјето на пациентите. Денес, не е можно да се обезбеди квалитетна грижа за ракот без користење на постојните пристапи, алатки и ресурси за задоволување на психосоцијалните, здравствени потреби на пациентите. Сите пациенти со рак и нивните семејства треба да очекуваат и да добиваат грижа што обезбедува соодветни психосоцијални здравствени услуги.

КЛУЧНИ ЗБОРОВИ: психосоцијална поддршка, квалитет на живот, канцер

INTEGRATED THEORETICAL APPROACHES TO HOLISTIC CARE FOR CANCER PATIENTS

ABSTRACT: Today's cancer care often provides state-of-the-art biomedical treatment but fails to address the psychological and social (psychosocial) problems associated with the disease. This failure can compromise the effectiveness of health care and thus negatively affect the health of cancer patients. Psychological and social problems created or exacerbated by cancer—including depression and other emotional problems; lack of information or skills needed to cope with the disease; lack of transportation or other resources; and disruptions to work, school, and family life—cause additional suffering, weaken adherence to prescribed treatments, and jeopardize patients' recovery from illness. Today, it is not possible to provide quality cancer care without utilizing existing approaches, tools, and resources to meet patients' psychosocial health needs. All patients with cancer and their families should expect and receive care that provides appropriate psychosocial health services.

KEYWORDS: psychosocial support, quality of life, cancer

Здравјето е комплексен поим а неговото определување не е само од биолошките процеси, туку и од емоциите, однесувањето и социјалните односи на луѓето. За жал, овие фактори често се игнорираат или не се доволно дефинирани како дел од системот на здравствената заштита. Дури и кога се признаваат, тие често се сметаат за помошни, а не за централни за грижата. Овие ставови се спротивставуваат на многу докази кои ја истакнуваат улогата што ја имаат психосоцијалните фактори, особено при појавата и прогресијата на болеста, а да не го спомнуваме нивното влијание врз способноста на луѓето да функционираат и да одржуваат позитивен квалитет на живот.

Научните докази покажуваат дека психолошките и социјалните проблеми може да се доминантни фактори во спречувањето поединците да ја добијат потребната здравствена заштита, потоа до плановите за лекување, управување со болеста и нивно закрепнување.

Во областа на медицината се наведува дека целта на здравствената заштита е континуирано да се намалува влијанието и товарот на болестите, повредите и инвалидитетот со цел да се подобри здравјето и функционирањето на луѓето. Но, за да се постигне сето ова, потребно е квалитетната здравствена заштита која мора да се грижи за психосоцијалните проблеми на пациентите и да обезбеди услуги што ќе им овозможат подобро управување со болестите и подобрување на основното здравје.

Во изминатите децении стручните лица кои имаат практична работа со оваа проблематика говорат дека и пациентите и давателите на услуги вниманието кон психосоцијалните здравствени потреби не е доволно развиен, а да не зборуваме за стандардизирано правило во онколошката пракса денес. Сепак развојот на научните дисциплини во една теоретска и концептуална рамка континуирано повикуваат за повеќе внимание кон психосоцијалните проблеми.

Прво, алатките, пристапите и ресурсите за нега на пациентите потребни за обезбедување ефикасни услуги за оние на кои им се потребни треба да се развиваат и секој поединец лекуван од рак може (и треба) да очекува дека неговите психолошки и социјални потреби ќе бидат задоволени заедно со неговите физички потреби.

Второ, градење на заедничка визија кон која сите вклучени страни треба да се насочат и координираат и таквата визија да прерасне во стандардна грижа што артикулира како психосоцијалните здравствени услуги треба рутински да се инкорпорираат во онколошката грижа. Овој мултидисциплинарен стандард може да обезбеди заедничка рамка околу која здравствените организации, пациентите и нивните застапници, организациите за надзор на квалитетот и сите загрижени за квалитетот на грижата за ракот можат да ги организираат и координираат своите напори за да постигнат синергија.

Товарот на болести и инвалидитети во многу земји во светот се тесно поврзани со социјалните, психолошките и бихевиоралните аспекти на начинот на живот на населението.

Здравјето и болеста се определени од динамични интеракции помеѓу биолошките, психолошките, бихевиоралните и социјалните фактори.

Бидејќи здравјето е функција на психолошки и социјални варијабли, се потврдува фактот дека психосоцијалните аспекти се значително важни за здравствената состојба на поединците и популациите и се препорачува поголемо внимание на овие фактори во дизајнот и испораката на здравствената заштита.

Историски гледано, карциномите сè повеќе ја исполнуваат дефиницијата за хронични заболувања: „Тие се трајни, оставаат резидуална попреченост, предизвикани од патолошка промена, бараат посебна обука на пациентот за рехабилитација или може да се очекува да бараат долг период на надзор, набљудување или нега.

Самите протоколи за третман за некои видови на карциноми можат да траат со месеци пациентите на одредени хемотерапевтски режими за карцином, понекогаш остануваат на хемотерапија со години. Така, траекториите на различни видови на рак варираат во зависност од видот на рак, стадиумот при дијагнозата и други фактори.

Покрај справувањето со грижата и стресот предизвикани од нивната дијагноза, пациентите со рак и нивните семејства мора да се справат со стресот предизвикан од агресивни третмани за болеста и трајното нарушување на здравјето и инвалидитетот, потоа заморот и болката што може да се јават во текот на третманот, дури и кога повеќе нема никакви знаци на болеста. Овие ефекти придонесуваат за емоционален стрес и проблеми со менталното здравје кај пациентите со рак и заедно можат да доведат до значителни социјални проблеми.

Особено психолошките и социјалните стресогени фактори кои претходат на појавата на ракот, придонесуваат за функционалноста кај пациентите во повеќе аспекти.

Како резултат на напредокот во раното откривање и лекување на рак, во последните две децении, стапката на преживување од 5 години за 15-те најчести видови на рак се зголеми за сите возрасти - од 43 на 64 проценти за мажи и од 57 на 64 проценти за жени (Jemal et al., 2004). Сепак, овие подобрувања во преживувањето понекогаш се придружени со трајно оштетување на физичкото здравје на пациентите. Покрај несаканите ефекти од хемотерапијата, зрачењето, хормонската терапија, операцијата и другите третмани за рак често доведуваат до значително трајно оштетување на повеќе органски системи, со резултирачка инвалидност (Aziz and Rowland, 2003; Oeffinger and Hudson, 2004). Разликите во функционалноста кај пациентите со рак се во однос на возраста, патологијата на заболувањата односно видот на рак, коморбидитети, тераписки протоколи и друго.

Емоционалниот стрес поврзан со дијагноза на рак и неговиот третман, стравот од повторување и вознемиреноста наметната од живеењето со секојдневните проблеми можат да создадат нови или да го влошат претходно постоечкиот психолошки стрес кај луѓето што живеат со рак, како и истото да влијае на нивните семејства. Физичките и психолошките оштетувања, исто така, можат да доведат до значителни социјални проблеми, како што е неможноста за работа или исполнување на други нормативни социјални улоги.

Преваленцата на психолошко нарушување варира во зависност од видот на рак, времето на дијагнозата, степенот на физичко и психичко нарушување и на болка, прогнозата и други варијабли. Високи стапки на психолошки симптоми кои се бележат како најчести се: депресија, нарушувања во прилагодувањето, анксиозност, симптоми на посттравматско стресно нарушување (ПТСН) и друго.

Покрај заболениите лица од рак, со психолошки проблеми се соочуваат и членовите на нивните семејства. Имено, мета анализа на студии за психолошки стрес кај пациентите и членовите на нивните семејства бил паралелен за време на третманот. Имено, физичките и психолошките проблеми поврзани со болеста

можат да се влошат или да произведат значителни нови социјални проблеми.

Финансискиот стрес што произлегува од ниски приходи, трошоци за здравствена заштита или недостаток на здравствено осигурување, како и намалена вработеност и приходи, што може да резултира со негативни импликации. Иако фундаменталното решавање на ваквите социјални проблеми е надвор од можностите на давателите на здравствени услуги, сепак се потенцира важноста да се обрне внимание кон овие проблеми како составен дел од квалитетната здравствена заштита.

Различни организации чиј фокус на своето дејствување е насочен кон помош и поддршка на заболените од рак известуваат дека информациите и едукацијата за ракот се услуги што најчесто ги бараат пациентите. Пациентите слично ги оценуваат потребите од информации што се однесуваат на нивната болест и третмани како многу важни.

Повеќе истражувања кои се направени во овој домен сè уште не дале сеопфатна мапа на патот за тоа како најдобро да се обезбеди целиот спектар на информации потребни во различни периоди за време и по третманот на рак, но тие осветлија неколку карактеристики на ефикасното обезбедување информации. На пример, информациите треба да бидат прилагодени на очекувањата и преференциите на секој пациент во однос на дијагнозата и клиничката состојба на пациентот. Широкиот опсег на информации за пациентите (на пр., информации специфични за видот и стадиум на рак, третман, прогноза, рехабилитација, постигнување и одржување на максимално здравје и друго), може значително да ја намали експресијата на стресогените фактори, потенцирајќи ја анксиозноста и другите несакани ефекти од болеста и нејзиното лекување.

Едни од најчестите потреби на пациентите се однесуваат на услугите за поддршка а тоа се групите за поддршка, бидејќи Програмите за поддршка според кои луѓето комуницираат и споделуваат искуства со другите, имаат заедничко лично искуство и се силни механизми за градење на „самоефикасноста“ - верувањето дека некој е способен да спроведе одреден тек на дејствување за да ја постигне посакуваната цел. Самоефикасноста е критичен фактор за тоа колку добро се стекнуваат знаењето и вештините и е одличен предиктор за однесувањето. Самоефикасноста е клучна за успешното самостојно управување со низа болести, што генерално резултира со подобрени здравствени резултати.

Психосоцијалните проблеми можат да бидат создадени или влошени од ракот и неговиот третман, како и да претходат на болеста. Неуспехот да се решат овие проблеми резултира со страдање на пациентите и семејствата и го попречува квалитетот на здравствената заштита, квалитетот на живот и потенцијално може да влијае и на текот на болеста. Социјалната изолација и други социјални фактори, стресот и нелекуваните проблеми поврзани со менталното здравје придонесуваат за појава на емоционален стрес. Дополнително, овие проблеми можат да доведат до промени во функционирањето на органските системи, што пак би можело да има импликации за текот на болеста и можни компликации. Психосоцијалните здравствени услуги можат да им овозможат на пациентите со рак, нивните семејства и давателите на здравствени услуги да ја оптимизираат биомедицинската здравствена заштита, да ги управуваат психолошките/ бихевиоралните и социјалните аспекти на болеста и со тоа да промовираат подобро здравје.

Се смета дека психосоцијалните стресори негативно влијаат врз здравјето на повеќе начини. Од една страна, емоционалниот стрес и менталните болести можат сами по себе да бидат извор на нарушување на здравјето, што се подразбира дека проблемите со здравје и лошото функционирање преку нивните симптоми и нивните негативни ефекти дополнително ја пореметуваат функционалноста.

И од друга страна, психосоцијалните проблеми можат негативно да влијаат врз способностите на пациентите да се справат и да управуваат со болеста, односно ограничување на нивната способност за пристап и добивање соодветни ресурси за здравствена заштита, неопходни за управување со болеста и унапредување на здравјето, како што се одржување здрава исхрана, вежбање и следење на симптомите и несаканите реакции на третманот.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. APA (American Psychiatric Association). 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC: APA.
2. Bayliss, E. A., J. F. Steiner, D. H. Fernald, L. A. Crane, and D. S. Main. 2003. Description of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine* 1(1):15–21.
3. Boberg, E. W., D. H. Gustafson, R. P. Hawkins, K. P. Offord, C. Koch, K.-Y. Wen, K. Kreutz, and A. Salner. 2003. Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counseling* 49(3):233–242.
4. Bruce, M. 2006. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical Psychology Review* 26(3):233–256.
5. Carlsen, K., A. B. Jensen, E. Jacobsen, M. Krasnik, and C. Johansen. 2005. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer* 47(3):293–300.
6. Eakin, E. G., and L. A. Strycker. 2001. Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: Patient and provider perspectives. *Psycho-Oncology* 10(2):103–113.
7. Epstein, R. M., and R. L. Street. 2007. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
8. Fallowfield, L., D. Ratcliffe, V. Jenkins, and J. Saul. 2001. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer* 84(8):1011–1015.
9. Hegel, M. T., C. P. Moore, E. D. Collins, S. Kearing, K. L. Gillock, R. L. Riggs, K. F. Clay, and T. A. Ahles. 2006. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 107(12):2924–2931.
10. Hewitt, M., J. H. Rowland, and R. Yancik. 2003. Cancer survivors in the United States: Age, health, and disability. *Journal of Gerontology* 58(1):82–91.
11. IOM (Institute of Medicine). 1982. Health and behavior: Frontiers of research in the biobehavioral sciences. D. A. Hamburg, G. R. Elliot, and D. L. Parron, eds. Washington, DC: National Academy Press.