

Uloga psihoterapije u liječenju boli kod bolesnika koji trebaju palijativnu skrb

Breček, Alen

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:237061>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-12-04**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Alen Breček

**Uloga psihoterapije u liječenju boli kod
bolesnika koji trebaju palijativnu skrb**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Alen Breček

**Uloga psihoterapije u liječenju boli kod
bolesnika koji trebaju palijativnu skrb**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na katedri za Psihijatriju i psihološku medicinu pod vodstvom prof. dr. sc. Marijane Braš, dr. med. spec. psih. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019/2020.

Popis korištenih kratica

AHCPR – Agency for HealthCare Policy and Research

EAPC – European Association for Palliative Care

IASP – International Association for the Study of Pain

KBT – Kognitivno-bihevioralna terapija

NSAR – Nesteroidni antireumatici

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

VAS – Vizualno analogna skala

WHO – World Health Organization

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Palijativna skrb	1
1.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi	2
1.3. Palijativni pristup i palijativni principi	4
1.3.1. Umiranje je prirodni životni proces koji završava smrću	4
1.3.2. Ne ubrzavati niti odgađati smrt	5
1.3.3. Holistički pristup	5
1.3.4. Otvorena komunikacija i informacija	5
1.3.5. Timski rad – multiprofesionalni i interdisciplinarni	9
1.3.6. Kvaliteta života	9
2. Bol	10
2.1. Klasifikacija boli prema patogenetskom razvoju	10
2.2. Klasifikacija boli prema trajanju	11
2.3. Intenzitet boli	11
2.4. Psihološke odrednice boli	13
2.5. Maligna bol	14
2.6. Koncept totalne boli	16
2.6.1. Fizička bol/patnja	16
2.6.2. Psihološka/emocionalna komponenta totalne boli	17
2.6.3. Socijalna komponenta totalne boli	18
2.6.4. Duhovna komponenta totalne boli	18
2.7. Opća načela terapije boli	18
2.7.1. Terapija fizičke boli	19
2.7.2. Terapija psihološke/emocionalne boli	20
2.7.3. Terapija društvene/socijalne komponente boli	21
2.7.4. Terapija duhovne boli	21
3. Psihoterapija	22
3.1. Psihoterapijske metode u terapiji boli	23
3.1.1. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)	24
Domaće zadaće	25
Relaksacijske tehnike	26
Mindfulness	28
Tjelesna aktivnost	29
Pozitivne afirmacije	29

Tehnike prevencije relapsa	29
Operantna bihevioralna terapija	29
Hipnoza	30
3.1.2. Suportivna terapija.....	30
3.1.3. Grupna psihoterapija.....	31
3.1.4. Psihoedukacija	31
3.1.5. Logoterapija.....	32
Medicinske sestre kao logoterapeuti	33
Logoterapijski pristup depresiji i anksioznosti	34
Duhovnost u palijativnoj skrbi	34
4. Sindrom demoralizacije	35
5. Pregled psihoterapijskih tehnika prema problemu na koji djelujemo	38
6. Zaključak.....	39
7. Zahvala	40
8. Literatura.....	41
9. Životopis	51

Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočavajući se s problemima povezanim uz bolest koja prijeti životu. Ona teško bolesnim osobama i njihovim obiteljima pruža kontinuiranu, uvijek dostupnu psihosocijalnu pomoć te pruža utjehu onima kojima je najpotrebnija.

Problem koji je uvijek prisutan kod palijativnih bolesnika je bol. Općenito kada govorimo o boli koncipiramo je najčešće kao senzorni podražaj koji ima zaštitnu ulogu u organizmu od povreda, a ne kao stanje koje ima i psihološku, duhovnu i socijalnu komponentu. Kao takvu, smatramo je doživljajem cijelog organizma. Cicely Saunders, koja je pokrenula moderni svjetski hospicijski pokret brige za one čija je bolest uznapredovala i uzročno liječenje završilo, definirala je i jedan od osnovnih pojmova kojima barata hospicijska/palijativna medicina, a to je pojam „totalne boli”. Prema konceptu totalne boli na pacijenta gledamo holistički, a na bol kao multidimenzionalan fenomen s fizičkom, emocionalnom, duhovnom i socijalnom komponentom. Kako je bol multidimenzionalan fenomen i pristup mora biti multimodalni te uključivati farmakoterapiju, invazivne postupke te razne psihoterapijske tehnike.

Depresija i anksioznost su dva vrlo česta emocionalna stanja koja se javljaju kod palijativnih bolesnika. Depresivno raspoloženje se često javlja kod bolesnika koji se suočava sa smrću. Također, somatski simptomi u obliku umora, gubitka energije, nesаницe, gubitka apetita su kod palijativnih bolesnika uglavnom prisutni. Korištenjem psihoterapijskih tehnika smanjujemo osjećaj depresivnosti, što dovodi do smanjenja jačine boli, dok povećani stupanj depresivnosti dovodi do pojačanog doživljaja boli. Također, anksioznost može sniziti prag tolerancije za bol, istodobno bitno povećavajući sam doživljaj boli. Zbog velikog utjecaja emocionalnog stanja na doživljaj boli, psihoterapijske tehnike su neizbježan segment holističkog pristupa u terapiji boli kod palijativnog bolesnika. Cilj im je obuhvatiti sve komponente totalne boli i utjecati na njih kako bi se povećala kvaliteta života pacijenta i njegove obitelji.

Ključne riječi: palijativna skrb, bol, liječenje boli, psihoterapija, logoterapija

Summary

WHO (World Health Organization) defines palliative care as an approach that improves the quality of life for patients and their families facing life threatening diseases. Palliative care offers continuous psychosocial help and comfort to patients in severe conditions and their families.

The problem that is always there in palliative patients is pain. Generally speaking about pain we determine it as a sensory stimulus that has a protective role in our organism, and not as a state that has psychological, spiritual and social components. If we focus on defining pain as such, it is an whole organism experience. Cicely Saunders started the modern world hospice care movement for those that have a disease in an advanced state and the treatment of the cause has ended. She defined one of the terms that hospice/palliative medicine uses, "total pain". Total pain concept encourages us to look at the patient in a holistic way and at the pain as a multidimensional fenomen with physical, emotional, spiritual and social components. The pain is a multidimensional fenomen and so the handling of it must be multimodal and include pharmacotherapy, invasive procedures and different psychotherapy techniques.

Depression and anxiety are two common emotion states that appear in palliative patients. Depression can be an adequate answer to the patient dealing with the certainty of death. In cases like these, somatic symptoms such as exhaustion, loss of energy, insomnia, loss of appetite are usually present in palliative patients. Through usage of psychotherapeutic techniques we can reduce depression which can lower the amount of pain the patient is feeling. Anxiety can reduce the pain tolerance threshold which can increase the feeling and intensity of pain. Because of a big influence of emotional state on the experience of pain, psychotherapeutic techniques are an inevitable segment of holistic approach to pain therapy in palliative patients. This means that all segments of total pain need to be dealt with when working with the patient and his family so their life quality could be increased.

Key words: palliative care, pain, pain management, psychotherapy, logotherapy

1. Uvod

1.1. Palijativna skrb

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočavajući se s problemima povezanim uz bolest koja prijeti životu. Poboljšanje kvalitete života odnosi se na sprječavanje i olakšanje patnje putem rane identifikacije, besprijekorne prosudbe te liječenja boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih teškoća (1).

Definicija pojma „palijativna medicina“ prihvaćena je u Velikoj Britaniji 1987. u vrijeme kad je priznata kao zasebna medicinska specijalizacija. Palijativnu medicinu u prvom redu prakticiraju liječnici, no holistička/cjelokupna briga za bolesnika i njegove najbliže može se realizirati samo u timskoj suradnji s medicinskim sestrama, socijalnim radnicima, fizioterapeutima, duhovnicima i volonterima. Nazivom „palijativna skrb“ obuhvaća se aktivnost cijelog interdisciplinarnog tima (2).

Elemente palijativnog pristupa nalazimo u ljudskoj povijesti otkad postoji liječenje, a tek posljednjih pedesetak godina svjedoci smo naglog razvoja palijativne medicine kao zasebne specijalizacije i subspecijalizacije u brojnim zemljama, s tisućama zdravstvenih profesionalaca koji su isključivo zaduženi za provođenje medicine i palijativne skrbi (3).

U palijativnoj skrbi se više, nego bilo gdje drugdje, susrećemo s osobama koje boluju od neizlječivih bolesti i s njihovim obiteljima. Prijelaz na palijativnu skrb zahtijeva značajnu prilagodbu za bolesnike i članove obitelji, jer svako ljudsko biće suočeno s neizlječivom bolesti razvija cijeli niz tegoba. Od nas se očekuje stručan, human i primjeren pristup rješavanju njihovih tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema (3). Interdisciplinarni pristup u palijativnoj skrbi nužan je za kvalitetno zbrinjavanje palijativnog bolesnika i pružanje suporta obitelji. U takvom pristupu primjena psihoterapijskih metoda ima vrlo važnu ulogu jer djelujemo na emocionalno stanje bolesnika, odnosno olakšavamo mu bol i patnju koliko je to moguće. Psihoterapijom se u prvom redu liječe različite emocionalne teškoće i problemi ličnosti. Cilj je psihoterapije da potakne tok liječenja i omogući zreliji razvoj ličnosti, posebice da „Ja“ učini djelotvornijim i jačim u suočavanju sa boli. Psihoterapeut sa svojom emocionalnom toplinom, empatijskim razumijevanjem, odanošću prema pacijentu, postepeno zajedno s njim kreira takvu atmosferu u kojoj bolesnik iskazuje svoj doživljaj boli, emocije, misli, želje, strahove i simptome.

1.2. Povijesni razvoj palijativne skrbi

Naziv palijativan označava privremeno prikrivanje ili ublažavanje vanjskih znakova bolesti kod pacijenata s uznapredovalom osnovnom bolesti kod kojih se uzrok bolesti kao i njeno napredovanje ne može spriječiti. Odnosi se na bolest u periodu od postavljanja dijagnoze do same smrti pacijenta (3). Hospicij na latinskom označava dobrodošlicu, konačište, svratište, gostoljublje pruženo strancu. Od srednjeg vijeka ovaj naziv označavao je mjesto gdje su se mogli skloniti bolesni, nemoćni i siromašni. Danas hospicij predstavlja ustanovu za palijativnu zdravstvenu skrb gdje se štićenicima pruža najbolja moguća kvaliteta života do prirodne smrti.

Začetnik hospicijskog pokreta (kasnije je hospicij preimenovan u palijativnu medicinu) u Europi je gospođa Dame Cicely Mary Saunders. Rođena u Hertfordshiru u Engleskoj 1918.g. Još kao medicinska sestra je primijetila potrebu za posebnom njegom bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Dodatnom edukacijom postaje liječnica te se aktivno uključuje u promicanje potrebe za palijativnom skrbi teško oboljelih pacijenata. 1959. godine radila je kao znanstveni novak u hospiciju Sveti Josip i pripremala svoju prvu veliku medicinsku publikaciju: „Zbrinjavanje pacijenata u terminalnoj fazi bolesti“ (4). U to vrijeme bilo je samo nekoliko hospicija u Velikoj Britaniji koji su bazirani na religiji (5). Vrlo malo istraživanja bavilo se umirućim pacijentima, hospicijski pokret još nije započeo, a termin palijativna skrb se još nije koristio (6).

Saunders je 1960-ih godina usmjerila svoju pažnju na pacijente u terminalnim fazama karcinoma, kada svi kurativni postupci postaju nedjelotvorni. Postala je ključna u definiranju nove baze znanja o onima koji umiru od karcinoma. Njezini radovi su bazirani na individualnim iskustvima pacijenata skupivši 340 bolesnika 1960. godine (7), čiji se broj popeo do 1100 slučajeva 1967. godine (8).

Upečatljiva značajka njezinih radova bila je interpretacija odnosa tjelesne i mentalne patnje viđenih u gotovim svim slučajevima gdje jedan utječu na drugi. Njezin opis interakcije fizičkog i mentalnog u potpunosti dolazi do izražaja u ideji o totalnoj boli (9). Ideja totalne boli je uzeta kako bi sveobuhvatno uključili fizičke simptome, mentalno stanje, socijalne probleme i emocionalne teškoće koje pacijenti doživljavaju (10).

Ideja totalne boli je povezana sa pristupom liječenju boli. Smatrala je da je konstantnoj boli potrebna i konstantna kontrola te da analgetike treba davati redovito, što bi unaprijed sprječavalo pojavu jake boli, a ne tek kada se bol javi, počevši od slabijih prema jačim analgeticima. Protivila se eutanaziji i borila se za ublažavanje patnje bez požurivanja smrti (11).

Svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom uspjela je osnovati prvi moderni hospicij St. Christopher u Londonu 1967.godine, gdje je klinička skrb, učenje i istraživanje kombinirano kako bi se ostvarila optimalna razina skrbi. Hospicij Sv. Christopher je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb. Hospicij je filozofija skrbi koja naglašava da se uvijek nešto može učiniti u cilju pomoći bolesniku (2).

Sredinom šezdesetih, sa sličnim stavovima, psihijatrica Elizabeth Kubler Ross održava tjedne grupe s umirućim pacijentima u bolnici Billings, Chicago. 1969. godine objavljuje svoju prvu knjigu „O smrti i umiranju“, gdje govori o njezinim idejama faza umiranja te o tome kako komunicirati s umirućim bolesnikom, o njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj (12).

Uz hospicijsku palijativnu medicinu, vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. 1974. godine, urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu, kao dio medicinskog fakulteta. Naglašavao je vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativnih odsjeka), osobito u cilju kontrole boli. Mount prvi upotrebljava izraz palijativna skrb (2).

Na području Hrvatske veliko ime vezano za palijativnu skrb je svakako prof. Anica Jušić, spec. neurolog koju možemo nazvati utemeljiteljicom hospicijskog pokreta u Hrvatskoj. Godine 1994. organizirala je Prvi hrvatski simpozij „Hospicij i palijativna skrb“ u Zagrebu i osnovala Hrvatsko društvo za hospicij HLZ-a (1994.). Organizirala je više od 40 simpozija, konferencija, radionica i predavanja o hospicijskim problemima u Zagrebu te u desetak hrvatskih gradova, uz sudjelovanje vrhunskih svjetskih stručnjaka toga područja. Prva je pokrenula službu palijativne skrbi te obavila prvu kućnu posjetu (12).

Velik iskorak u razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj dogodio se i 2010. godine, kada je odlukom Fakultetskog vijeća, osnovan Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET). CEPAMET je znanstveno-nastavna i stručna organizacijska jedinica fakulteta u kojoj se obavljaju djelatnosti iz područja palijativne medicine, medicinske etike, komunikacijskih vještina te daju stručno-konzilijarna mišljenja i vještačenja iz tog područja rada (13).

1.3. Palijativni pristup i palijativni principi

Palijativni pristup predstavlja primjenu palijativnih principa u kliničkoj praksi. Palijativni pristup potreban je već od početka bolesti koja je povezana s mogućom prijetnjom životu, a nužna kad je smrtni ishod bolesti predvidiv. Poznavanje i primjena palijativnog pristupa očekuje se od svih pružatelja palijativne skrbi, bilo profesionalaca (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi, svećenici, fizioterapeuti, ljekarnici) ili volontera koji povremeno skrbe o palijativnim bolesnicima (3). Primjena palijativnih principa indikator je dobre kliničke prakse koje je potrebno primjenjivati bez obzira na vrstu i stadij bolesti, da li je bolesnik umirući ili nije, bez obzira na dob, spol, rasu, naciju, društveni status, vjeru, kulturu, tradiciju ili druge specifičnosti (15). Palijativni nam principi omogućavaju sagledavanje okolnosti i teškoće koje uzrokuju patnju te utječu na kvalitetu života bolesnika.

Palijativni principi:

- Umiranje je prirodni životni proces koji završava smrću
- Ne ubrzavati niti odgađati smrt
- Holistički pristup (fizički, emocionalni, socijalni, duhovni)
- Otvorena komunikacija i informacija
- Kvaliteta života odnosi se na olakšavanje boli i drugih simptoma te psihičke, emocionalne, socijalne i duhovne patnje
- Timski rad – multiprofesionalni i interdisciplinarni

1.3.1. Umiranje je prirodni životni proces koji završava smrću

Često se izbjegava razgovor o bolesti, smrti i umiranju, čak i kada smo suočeni s njima, odnosno kada je netko bližnji bolestan. Na taj način odašilje se poruka kako smrt nije dio života, nego se jednostavno dogodi te je netko za nju odgovoran. Umiruće osobe imaju drugačiji pogled na stvari koje se događaju oko njih jer više nisu sputane. Lakše mogu oprostiti povrede koje su im nanesene, vesele se malim stvarima koje ranije nisu niti primijećene. Kada pacijenti osvijeste da se bliži smrt, ne gube vrijeme na ljutnju i negativne osjećaje, nego žele iskoristiti preostalo vrijeme na pružanje ljubavi bližnjima. No nažalost, usprkos tome, umiruće osobe društvo izbjegava. Prijatelji „ne žele smetati“, u bolnice ih ne žele primiti (zauzimaju krevete), a obitelji su uplašene i trebaju prisutnost osoba koje im mogu pomoći (16).

1.3.2. Ne ubrzavati niti odgađati smrt

Intervencije palijativne skrbi usmjerene su primarno na smanjenje patnje i boli, što poboljšava kvalitetu života. Kvaliteta je ispred kvantitete. Jednako je važno da se medicinska tehnologija i agresivna terapija ne primjenjuju, ako nisu vođene poboljšanjem kvalitete života bolesnika (3). Svaki postupak usmjeren prema bolesniku mora biti usmjeren smanjenju patnje, no i tu postoji granica. Eutanazija i asistirano samoubojstvo nisu spojivi sa principima palijativne skrbi (17).

1.3.3. Holistički pristup

Palijativni je pristup potpuni holistički pristup drugoj osobi, od kojih je jedna profesionalac, a druga bolesnik. Profesionalac sa svojom ličnošću (fizičkom, psihičkom, duhovnom) i profesionalnim znanjem ulazi u odnos s bolesnikom, članom obitelji ili timskim kolegom. Holistički je pristup nesumnjivo poželjan u medicinskoj praksi bez obzira na vrstu ili stadij bolesti no u palijativnoj skrbi je esencijalan i bez njega nije moguća palijativna skrb (3).

1.3.4. Otvorena komunikacija i informacija

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces te je jedan od ključnih faktora u pružanju kvalitetne skrbi. Bez dobre komunikacije ne možemo govoriti o palijativnim principima jer djeluje izravno na sve principe palijativne skrbi. Kako pružati holistički pristup bez odgovarajuće komunikacije i informiranja pacijenta? Stoga je esencijalno uspostaviti adekvatnu komunikaciju s bolesnikom, obitelji i članovima palijativnog tima. Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene s entuzijazmom i odgovornošću, ali uz stalnu svjesnost da i mi kao zdravstveni profesionalci nosimo svoju anksioznost, strahove, depresiju, bespomoćnost i niz drugih ograničenja (3).

Informiranost pacijenta o njegovom zdravstvenom stanju je pravo svakog pacijenta, kao i uključivanje u donošenje odluka o dijagnostičkim i terapijskim postupcima. U informiranju pacijenta priopćavanje loših vijesti je kompleksan komunikacijski zadatak. Loša vijest je ona koja drastično i negativno mijenja pacijentov pogled na budućnost. Priopćavanje loših vijesti uključuje verbalnu i neverbalnu komponentu onih koji pružaju vijest te prepoznavanje i odgovor na emocionalnu reakciju bolesnika i obitelji koja će uvijek biti prisutna.

Loše vijesti:

- Dijagnoza karcinoma
- Nepovoljna prognoza bolesti
- Propisivanje teških oblika liječenja
- Recidiv bolesti
- Neočekivane ili ozbiljne nuspojave

- Neuspješno liječenje
- Kraj aktivnog onkološkog kurativnog liječenja
- Rasprava o prekidu ventilacije
- Iznenadna neočekivana smrt
- Rezultati genetskih testova.

U takvoj situaciji bolesnik može odreagirati na više načina. Ako smo dobro postupili prilikom priopćenja loše vijesti, pacijent će u nama vidjeti profesionalca koji mu želi pomoći i postajemo njegov *svjetionik nade*, odnosno imamo njegovo povjerenje u daljnjoj terapiji. Također, kvalitetnije ćemo moći pružiti podršku bolesniku uslijed emocionalnih reakcija koje se javljaju nakon priopćenja loše vijesti. Ako loša vijest nije prenesena na zadovoljavajući način, otežava se svaki daljnji korak u palijativnom pristupu jer gubimo dobar odnos bolesnik-terapeut, koji je nužan u holističkom pristupu prema pacijentu. Emocionalne reakcije mogu biti adaptivne i neadaptivne.

Moguće emocionalne reakcije na lošu vijest:

Nevjerica – često prva reakcija na lošu novost. Bit nevjerice je zapravo: „Imam teškoće u prihvaćanju ove informacije (ali pokušavam)“. Pacijenti često izražavaju svoju nevjericu, ne pokušavaju provocirati svojim argumentima, već se više osjeća da imaju teškoća u prihvaćanju istine. Više ćemo pomoći pacijentu ako je naš odgovor temeljen na razumijevanju teškoće prihvaćanja loše vijesti (3).

Šok – šok je u uobičajenom korištenju ove riječi oblik ponašanja koji nije teško prepoznati. Središnje obilježje šoka je ponašanje koje pokazuje nemogućnost funkcioniranja i nemogućnost donošenja odluka, a što je uzrokovano emocionalnim preplavlivanjem (3). Sami šok nije emocija, nego ponašanje koje ukazuje na intenzitet emocija (strah, ljutnja, tuga) s kojim se pacijent nije u mogućnosti nositi. Nakon što pacijent iznese svoje dublje osjećaje od nas se očekuje empatijski odgovor jer već tada uspostavljamo terapijski odnos.

Poricanje – predstavlja pacijentovo odbijanje da prihvati lošu novost te pokazivanje da ta vijest nije realna, odnosno da je pogrešna. Središnji element poricanja je nesvjesni mehanizam obrane, koji ima funkciju zaštite *ega*, blokirajući lošu novost i urušavanje pacijentova pogleda na budućnost. Pacijentu treba dozvoliti poricanje loše vijesti sve dok on ne bude psihološki spreman nositi se sa njom.

Premještanje – pacijenti često premještaju emocije i svoju emocionalnu energiju precipitiranu bolešću, u akciju ili aktivnost kako bi se lakše nosili s bolešću (vijesti). Kroz aktivnost se oslobađaju emocije i energija proizvedena lošom vijesti.

Veliki projekti – pacijent može pokrenuti projekt koji je nerazmjernan po veličini, obujmu ili prirodi, a kojeg pacijent nije nikada imao prije bolesti. To može biti oblik premještanja (adaptivan, neadaptivan), ostvarenje neke stare ambicije ili izraz poricanja (3).

Strah i anksioznost – Strah je obično specifičan, potaknut specifičnim događajem, često akutan, dok je anksioznost je više difuzna, kronična, obično prelazi granice objekta ili situacije koja je bila okidač te ponekad nastaje i bez okidača. Najvažniji aspekt nošenja sa pacijentovom anksioznošću i strahom je nalaženje pravog uzroka istih i odabir liječenja (3).

Ljtnja i sram – Ljtnja je emocija frustriranosti kada je osoba spriječena u postizanju ciljeva. Može biti apstraktna (protiv bolesti, gubitka kontrole i nemoći, gubitka potencijala, zakona prirode) ili fokusirana (protiv sebe, prijatelja, obitelji, zdravstvenih djelatnika, vanjskih sila – Boga). Sram je subkategorija fokusirane ljtnje.

Krivnja – emocija koja nastaje iz osjećaja da je osoba nešto pogrešno učinila i bolest je kazna. Kao reakcija je skoro uvijek nekorisna pacijentu. Sastoji se od tri esencijalne komponente: emocija koja je samo-usmjerena, samo-okrivljavanje i osjećaj srama te element tuge i sažaljenja.

Nada i očaj – emocije koje isključuju jedna drugu no kod loših vijesti nije čudno vidjeti nagle oscilacije između nade i očaja.

Depresija – dugotrajno stanje sniženog raspoloženja. Neki pacijenti imaju predispozicije, ali kod nekih je to uzrokovano lošom vijesti. Pojavljuje se u minimalno 20% pacijenata s ozbiljnijim bolestima (3).

Pretjerana ovisnost – pacijent prepušta liječnicima ili nekome drugom donošenje odluka, a ranije ih je donosio samostalno. Inicijalno nije štetna za pacijenta, ali kasnije dovodi do negativnih posljedica (narušavanje odnosa, krivnja za loše odluke i sl.). Kod pacijenta je potrebno pojačati osjećaj vlastite odgovornosti kroz ugovorni odnos, odnosno involviranje u donošenje odluka koje se njega tiču.

Plakanje – nije emocija nego simptom emocije – straha, olakšanja, boli, ljtnje i bijesa, tuge, očaja, depresije, ljubavi...

Zašto ja? – također simptom koji proizlazi iz različitih emocija – očaja, ljtnje, frustracije i krivnje.

Olakšanje – iako je kontradiktorno, neki pacijenti lošu vijest primaju s olakšanjem, posebice ako boluju od bolesti koju je bilo teško dijagnosticirati ili su imali simptome u koje nitko nije vjerovao (3).

Prijetnje – To je mehanizam kojim pacijent demonstrira određeni stupanj kontrole nad onim što se zbiva, a može biti usmjeren prema liječniku ili samome sebi u obliku suicidalnih misli. Sve prijetnje imaju jedan stupanj agresije, ali su potaknute i nesigurnošću koja dolazi od gubitka kontrole (3).

Humor – reakcija povezana za pacijentovu ličnost. Ako do njega dođe, trebamo na pacijentov humor odgovoriti, no mi ga ne trebamo inicijalno poticati.

Zavođenje – pokloni i pretjerano hvaljenje. Potrebno je biti vrlo oprezan jer može naštetiti relaciji pacijent-terapeut.

Trgovanje – dio procesa racionalizacije prijetnje od bolesti i uspostavljanja kontrole nad budućnosti. Pacijent trgovanjem pokušava napraviti sponu kojom bi savladao svoje strahove i išao prema pozitivnom ishodu.

Teška pitanja – pitanja na koja liječnici ne vole odgovarati (Koliko mi preostaje? Jesam li terminalan? Kako će to izgledati?).

Potruga za smislom – smisao patnje

Jedan od poznatijih kliničkih protokola za priopćavanje loših vijesti je SPIKES protokol.

SPIKES protokol – korak po korak (18) :

S – postavljanje razgovora (**Setting up** the interview)

P – procjena bolesnikova shvaćanja (Assessing the patients **Perception**)

I – Izražavanje želje bolesnika za informacijom (Obtaining the patients **Invitation**)

K – priopćavanje informacije (Giving knowleadge and **information** to the patient)

E – bolesnikove emocije i naš odgovor na njih (Addressing the patients **emotions with empathic responses**)

S – strategija za budućnost (**Strategy** and summary)

1.3.5. Timski rad – multiprofesionalni i interdisciplinarni

Tim je skupina ljudi u kojoj su svi međusobno povezani. Veze među njima traju određeno vrijeme, što znači da članovi tima imaju zajednički identitet i očekuju da će raditi zajedno u korist organizacija u kojima su zaposleni (19). Interdisciplinarni će tim prilagoditi svoju stručnu ulogu i shvaćanja u skladu s doprinosom ostalih članova tima. Članovi interdisciplinarnog tima imat će ili razviti ciljeve koji uključuju predanost kvalitetnom radu i inovacijama. „Dobar” tim određuje velik broj zajedničkih dodirnih točaka, kao što su jasna i zajednička svrha, kvalitetna suradnja, otvorenost, neformalno ozračje, međusobna podrška, jasna podjela uloga i odgovornosti, kreativnost, primjereno vodstvo, itd. Ako je sve to zastupljeno, stvorena je dobra osnova za uspješan timski rad u praksi palijativne skrbi (19). Tim u palijativnoj skrbi čine liječnik, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut, radni terapeut, ljekarnik, duhovnik i sam bolesnik.

Kad više struka radi zajedno, njihov je rad usredotočen na odnose među strukama, na međusobnu interakciju, na čimbenike koji utječu na interakcije, podjelu odgovornosti i promjenu uloga (20). Dobar način da se razumije koji su sve timovi uključeni u palijativnu skrb jest da se ti timovi sagledaju kao skupine koje dopunjuju jedna drugu. Sljedeći korak u optimizaciji funkcioniranja interdisciplinarnog tima jest neusredotočavanje na organizacijsku hijerarhiju. To se pokazalo kao vrlo važan dio pristupa jer su upravo tu izazovi u timskom radu tijekom mnogih zadataka. Interdisciplinarni tim može riješiti neke od zahtjevnijih problema ili pitanja samo zahvaljujući nepostojanju organizacijske hijerarhije, kao i međusobnom povjerenju u znanje i iskustvo svojih članova (21).

Kvalitetnu palijativnu skrb nije moguće pružiti ako nije uključen veći broj osoba različitih profesija koje međusobno surađuju i integriraju aktivnosti u timskom radu. Timski rad je produktivniji, daje veću satisfakciju i mijenja kvalitetu skrbi na bolje. Kao što je potreban holistički pristup bolesnicima kojima pružamo skrb, potreban je i prema kolegama s kojima surađujemo u timu. Izgradnja tima je dugotrajan proces koji traži investiranje svakog člana tima (22).

1.3.6. Kvaliteta života

Kvaliteta života odnosi se na olakšavanje boli i drugih simptoma te psihičke, emocionalne, socijalne i duhovne boli, odnosno patnje.

2. Bol

Bol je neugodan osjetni i emocionalni doživljaj povezan s akutnim ili prijetecim oštećenjem tkiva (International Association for the Study of Pain, 1979). Doživljavanje osjeta boli je individualnog karaktera, ali ovisi i o čimbenicima okoline kao i o kulturalnim i sociološkim čimbenicima (23).

Općenito kada govorimo o boli definiramo je najčešće kao senzorni podražaj koji ima zaštitnu ulogu u organizmu od povreda, a ne kao stanje koje ima i psihološku komponentu. Kao takvu koncipiramo je kao doživljaj cijelog organizma. Ključno je razumjeti da nocicepcija predstavlja pojam vezan uz prijenos bolnog impulsa prema središnjem živčanom sustavu, dok je bol zapravo ono što čovjek osjeća i uključuje i druge više moždane strukture.

Znamo da bol nastaje kao posljedica oštećenja organizma zbog povrede ili bolesti te da je svaka osoba drugačije doživljava, ali kod svih nas naposljetku dolazi do istog odgovora: reakcija na podražaj, prilagodba, poduzimanje mjera da otklonimo prijetnju. Cijeli koncept reakcije na prijetnju postoji zbog nagona koji je prisutan u svakom živom biću, a to je nagon za samoočuvanjem.

2.1. Klasifikacija boli prema patogenetskom razvoju

Prema patogenetskom razvoju bol klasificiramo na nocicepcijsku, neuropatsku i psihosomatsku.

2.1.1. Nocicepcijska bol

Nocicepcijska bol nastaje aktivacijom nociceptora smještenih u somatskim (koža i potkožno tkivo, mišići, zglobovi) i visceralnim strukturama (unutrašnji organi) koje tvore ogoljeli završeci A-delta i C vlakana. Nociceptore dijelimo na toplinske (podražuju ih vrlo visoke ili niske temperature), mehaničke (podražuje ih mehanički pritisak), te polimodalne (snažni mehanički, kemijski ili toplinski podražaj – spora tupa bol) (24) .

2.1.2. Neuropatska bol (neurogena bol)

Neurogena bol nastaje izravnim podraživanjem ili oštećenjem dijelova središnjeg ili perifernog živčanog sustava (živaca i živčanih korijena) uz odsutan nocicepcijski podražaj. To je mukla bol koja se širi u inervacijskom području zahvaćenih živčanih vlakana (23).

2.1.3. Psihosomatska bol

U psihosomatskoj boli rijetko se pojavljuje isključivo psihogeni uzrok boli. Najčešće se radi o sekundarnoj psihičkoj reakciji u bolesnika s kroničnom boli. Tako nastaje miješana psihosomatska bol.

Bolni osjet u psihogenoj boli ne odgovara objektivnim pokazateljima oštećenja tkiva. Bol je obično kroničnog karaktera i nerijetko traje godinama. Te su boli učestale u ljudi s visokim stupnjem anksioznosti, ali i u psihičkih bolesnika. Učestale su i u endogenoj depresiji gdje mogu biti dominantan simptom, ne prestaju uporabom analgetika, već je potrebno primijeniti psihotropne lijekove (23).

2.2. Klasifikacija boli prema trajanju

Prema trajanju bol dijelimo na akutnu i kroničnu.

Akutna bol nastaje kao posljedica vanjske ili unutarnje ozljede i njezin intenzitet je najčešće u korelaciji s intenzitetom pokretačkog čimbenika. Akutna bol se može lokalizirati, biološki i psihološki je jasna i determinirana (23). Ona je izrazito protektivnog karaktera, nestaje cijeljenjem rane ili završetkom bolesti. Ako se neadekvatno liječi prelazi u kroničnu bol.

Kronična bol se definira kao bolna senzacija koja traje 3-6 mjeseci i duže (23). Takva bol postaje zasebna bolest neovisna o uzroku i više nema protektivni karakter. Često se javlja kod dugotrajnih bolesti tipa glavobolja, artritisa, raznih malignih oboljenja. Slabo odgovara na terapiju analgeticima. Utječe na svakodnevno funkcioniranje i na taj način drastično smanjuje kvalitetu života i samim time postaje veliki javnozdravstveni problem. Često se kao komplikacije razvijaju i psihijatrijski poremećaju uslijed neadekvatnog liječenja boli i samim time, kronična bol je specifičan terapijski problem. Jednostavnim rječnikom, izaziva patnju, emocionalno stanje mnogo šire od samog pojma boli.

Kontinuirana bol je definirana kao dugotrajna bolna senzacija (duže od 6 mjeseci) kod koje je prisutan nociceptivni podražaj, odnosno bol je ovisna o uzroku. Najčešće se javlja kod malignih oboljenja sa metastazama u kostima.

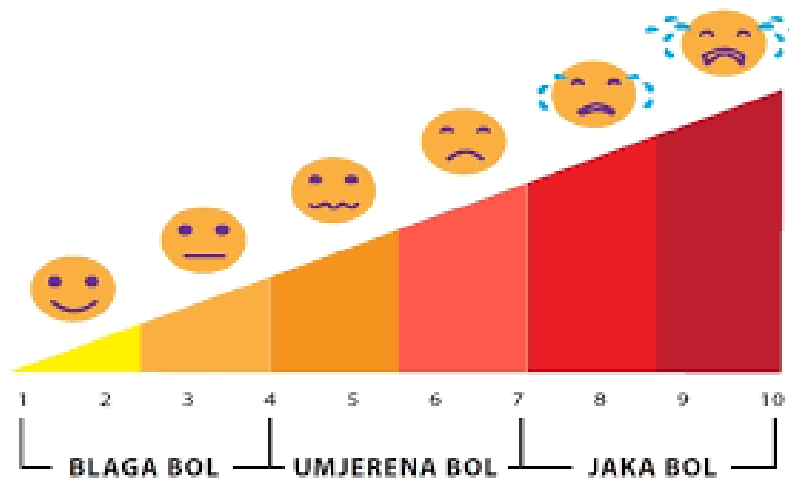
2.3. Intenzitet boli

Objektivno mjerenje boli ne postoji, stoga se procjena intenziteta boli temelji na doživljaju samog pacijenta. Pri procjeni važno je uzeti razne fiziološke, psihološke i socijalne faktore (tablica 1) te kognitivni status pacijenta. Mjerenje intenziteta boli i dokumentiranje vrijednosti temelj su učinkovita liječenja. Na intenzitet utječu i mnogi drugi faktori – fiziološki, psihološki i socijalni (tablica 1).

Tablica 1. – faktori intenziteta boli.

Fiziološki	Psihološki	Socijalni
Trajanje	Raspoloženje	Međuljudski odnosi
Lokacija	Vještine suočavanja s boli	Svakodnevni život
Jačina	Psihički poremećaji	Radna sposobnost

Mjerenje intenziteta bolnih senzacija omogućuju jednodimenzionalne i multidimenzionalne ljestvice za određivanje intenziteta boli. Vizualno analogna skala (VAS) najčešća je jednodimenzionirana skala u upotrebi. Od pacijenta se traži da na skali od 1-10 označi jačinu boli. Kod djece je potrebno voditi računa o poznavanju brojeva, stoga se ubaci i vizualni prikaz osjećanja boli (slika 1).



Slika 1. Vizualno analogna skala (VAS) za procjenu boli (25).

Multidimenzionalne ljestvice daju potpuniji opis boli, opisuju lokalizaciju, jačinu, vrstu te utjecaj boli na sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti odnosno kvalitetu života. McGillov upitnik za bol se najčešće koristi kod pacijenata s kroničnom boli malignog i ne malignog podrijetla. Sastoji se od niza pitanja koja su međusobno povezana u sklopove. Primjerice:

Gdje vas boli? – pacijent označava bolno mjesto na slici ljudskog tijela.

Koliko je jaka vaša bol? – pacijent označi jačinu boli na VAS skali.

Kako osjećate bol? – tupa, probadajuća, pulsirajuća

Brief Pain Inventory – kratki pacijentov zapis o boli, utjecaj na svakodnevne aktivnosti.

2.4. Psihološke odrednice boli

Razumijevanje doživljaja boli ne zahtijeva samo razumijevanje biološkog sustava, nego i prepoznavanje i upravljanje različitim psihološkim i okolinskim čimbenicima koji moduliraju doživljaj boli. Neki od psiholoških čimbenika koji mogu pridonijeti modulaciji boli jesu: prošla iskustva, situacijske varijable, očekivanje, pažnja, emocije, sugestija, osobine ličnosti i strategije suočavanja s boli. Psihološki čimbenici mogu povećavati i smanjivati jačinu doživljaja boli, a mogu biti i njezin osnovni uzrok (tzv. psihogena bol gdje se ne može pronaći organski uzrok boli). Uz psihološke, pokazalo se da važnu ulogu u doživljaju boli imaju i sociokulturološki čimbenici (26).

Prošla iskustva su važna jer nam različita bolna iskustva daju mogućnost učenja o raznovrsnim aspektima boli: o senzornim atributima, emocionalnim reakcijama, različitim načinima ekspresije doživljaja boli, učinkovitim strategijama za ublažavanje boli te o boli kao o zaštitnom faktoru organizma (27).

Situacijskom varijablom smatramo kontekst u kojem se bolno stanje zbiva i značenje koje mu bolesnik pridaje. Primjerice, sredinom 20-og stoljeća opisana su iskustva boli ranjanih vojnika koji su doživljavali znatno niži intenzitet boli nego civili s identičnim ozljedama. Dobivene razlike tumače se različitim psihološkim značenjem hospitalizacije i same ozljede dviju navedenih skupina: za civile je imala negativno značenje jer je označavala udaljenost od obitelji i njihove svakodnevice, dok je za vojnike bolnica imala pozitivno značenje jer je pružala sigurnost (28).

Pažnja je zasigurno jedan od najviše istraživanih psiholoških čimbenika u modulaciji boli (29). Na području modulacije boli to bi značilo da distrakcijom pažnje s boli na neki drugi zadatak, aktivnost ili doživljaj možemo ublažiti bol, što vrlo često i primjenjujemo čak i kod akutne boli jer se pokazalo vrlo učinkovitim, a ne zahtijeva puno vremena.

Očekivanja se stvaraju na temelju informiranosti pacijenta o uzrocima boli, o trenutku kada će se javiti, koliko će trajati i kakvog će biti intenziteta te uvelike utječu na način nošenja s boli. Smatra se da ljudi bolje podnose bol ako su na nju pripremljeni (28).

Emocionalna stanja, poglavito neugodna, smatraju se bitnim faktorom u percepciji boli i načinu nošenja sa njom. Najčešće sa bolnosti povezujemo depresivno raspoloženje.

U literaturi nailazimo na mišljenje da je **sugestija** jače sredstvo protiv boli od analgetika te da stanja jake sugestibilnosti (poput hipnoze) mogu dovesti do potpunog uklanjanja boli (28). Hipnoza se odnosi na promijenjeno stanje svijesti u kojem hipnotizirana osoba postaje izrazito sugestibilna i može joj se sugerirati da ne osjeća bol u situacijama kada za to postoji osnova, odnosno da je postojeća bol manjeg intenziteta. U ovu kategoriju ubraja se i placebo.

Placebo je farmakološki nedjelotvorna i neškodljiva tvar, koja se u određenim uvjetima daje bolesnicima umjesto pravog lijeka, ali bez njihova znanja. Istraživanja su pokazala učinkovitost od 35% (26).

Odnos osobina ličnosti i doživljaja boli može se promatrati na dva načina: da se na osobine ličnosti gleda kao na odrednice doživljaja boli ili kao na posredne čimbenike u tome kako će se netko nositi s boli. Prema Eysenckovoj teoriji ličnosti, ekstrovertirane, društvene osobe mnogo bolje podnose bol nego introvertirane, nesocijalne osobe (28). No kako rezultati istraživanja u tom području nisu jednoznačni, prihvaćeno je stajalište da se na temelju njih ne može donijeti zaključak o uzročno posljedičnoj vezi između osobina ličnosti i doživljaja boli (26). Što se tiče drugoga gledišta, u kojem su osobine ličnosti posrednici u načinu suočavanja, neka istraživanja pokazala su da s porastom stupnja neuroticizma raste i uporaba pasivnih, izbjegavajućih strategija suočavanja, dok za uporabu aktivnih strategija nisu pronađene razlike (28). Aktivne strategije suočavanja znače preuzimanje određenog stupnja odgovornosti za doživljaj boli i nastojanje da se funkcionira unatoč tom doživljaju, dok se pasivne strategije odnose na prepuštanje boli ili prebacivanje odgovornosti na nekoga drugog (primjerice na liječnika ili terapeuta) (30).

Uz biološke i psihološke čimbenike na doživljaj boli utječu i **sociokulturološki čimbenici**. Uočeno je da ljudi različitih rasa, etničkih ili kulturnih skupina ne doživljavaju bol jednako niti jednako reagiraju na nju. Primjerice, pripadnici kultura u kojima se cijeni stoicizam skloniji su prikrivanju doživljaja boli, dok se u nekim drugim kulturama izražavanje boli smatra primjerenim i poželjnim (26).

Kada u obzir uzmemo složene interakcije bioloških, psiholoških i sociokulturnih čimbenika u nastanku, održavanju i kronificiranju boli danas je sve više prihvaćen biopsihosocijalni model boli. Taj model podrazumijeva prisutnost nekog od brojnih patofizioloških procesa kojima se stvara bolni podražaj, ali i individualnu različitost u doživljavanju i reagiranju na bol (26).

2.5. Maligna bol

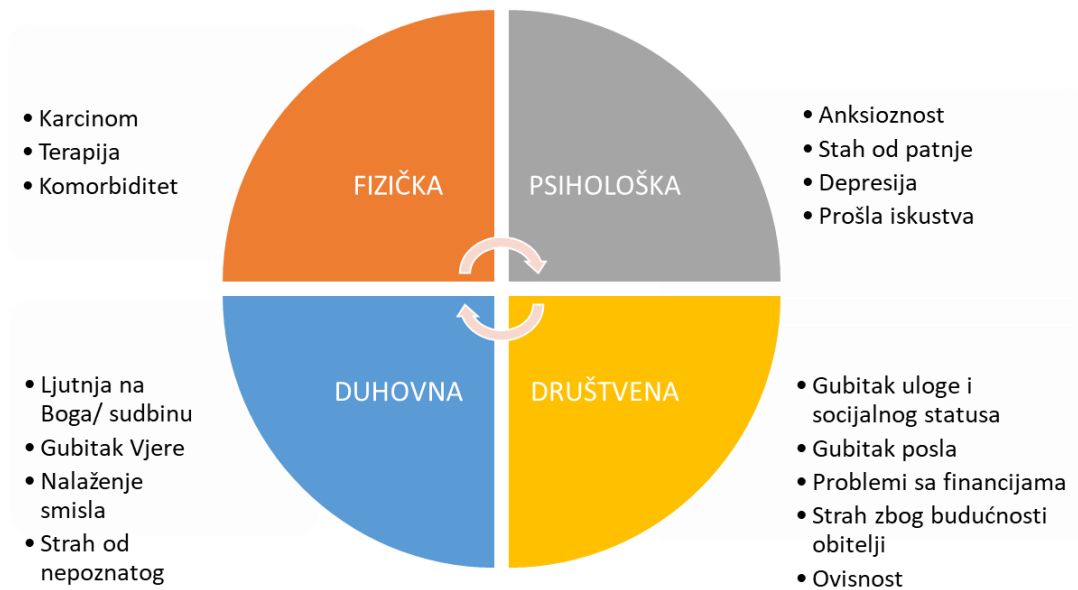
Dijagnoza maligne bolesti jedna je od najtežih dijagnoza, praćena je društvenim predrasudama i izaziva velik strah u bolesnika i njihovih obitelji (31). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) za 2018-u godinu novotvorine zauzimaju drugo mjesto na ljestvici vodećih uzroka smrti te je od navedene dijagnoze umrlo 14.210 osoba (32). Moderne dijagnostičke metode, usavršenije kirurške i radioterapijske tehnike te novi citostatici i tzv. „pametni“ lijekovi omogućili su i duže preživljenje te je tako karcinom postao kronična bolest. Produženje života dovodi, međutim, i do produženja trpljenja stresnih simptoma uzrokovanih karcinomom. Bol je i dalje najučestaliji i najneugodniji simptom koji se javlja u

bolesnika s malignom bolesti (33). Incidencija boli u uznapredovalom stadiju karcinoma iznosi do 80%, a ako toj boli pribrojimo i bol uzrokovanu našim dijagnostičko-terapijskim postupcima, svaki bolesnik s malignom bolesti trpi bol (34). Unatoč postojanju smjernica za liječenje boli (WHO, AHCPR, EAPC), koje navode da je učinkovito liječenje boli moguće provesti u 70-90% bolesnika s malignim bolestima (35), ono se nedostatno provodi u čak 40% takvih bolesnika (36). Trpljenje boli iscrpljuje bolesnika i njegovu okolinu. Stoga je brzo i učinkovito liječenje boli ključno u sprječavanju nepotrebne patnje te poboljšava kvalitetu života bolesnika i njegove okoline. Postulati liječenja maligne boli temelje se na principima palijativne medicine (brzo i učinkovito liječenje boli, liječenje totalne boli i plansko liječenje boli) (37). Cilj je obuhvatiti sve komponente boli, od fizičke preko psihičke, socijalne i emotivne. Pristup u liječenju maligne boli jest multimodalan i uključuje farmakoterapiju, invazivne postupke te kognitivne i bihevioralne tehnike.

Bolesnici s malignom bolesti (za razliku od onih koji trpe nemalignu bol) skloni su zaniijekati ili smanjiti količinu boli koju trpe jer su većinom prestrašeni od mogućnosti proširenja maligne bolesti. Stoga, tijekom pregleda pozornost treba obratiti i na fizičke znakove boli poput prisilnog položaja, izraza lica, znojenja i slično. Prilikom ove procjene treba biti na oprezu jer bolesnici koji dulje vrijeme osjećaju bol ne moraju nužno i pokazivati fizičke znakove boli (38). Također, prilikom pregleda posebnu pozornost treba obratiti na prepoznavanje anksioznosti i depresije jer navedena stanja znatno utječu na percepciju boli (39).

2.6. Koncept totalne boli

Cicely Saunders, koja je pokrenula moderni svjetski hospicijski pokret brige za one čija je bolest uznapredovala i uzročno liječenje završilo, definirala je i jedan od osnovnih pojmova kojima barata hospicijska/palijativna medicina, a to je pojam „totalne boli” (40). Bol ima uz biološku i svoju psihološko/emocionalnu, društvenu te duhovnu komponentu (Slika 2).



Slika 2. Koncept totalne boli

2.6.1. Fizička bol/patnja

Fizička bol se obično javlja nakon intenzivne stimulacije, ali se može javiti i spontano bez nekog očiglednog razloga. U normalnim okolnostima signalizira tjelesnu ozljedu ili patološki proces u organizmu, ali isto tako može izostati ako je velika površina tijela ozlijeđena. Ponekad je po intenzitetu neproporcionalna težini ozljede, a ponekad ostaje i nakon što je ozlijeđeno tkivo zacijelilo u potpunosti.

Akutna bol ima redovito jasan početak i uzrok, trajanje joj je ograničeno na dane ili tjedne. Praćena je pretjeranom simpatičkom aktivnošću: tahikardijom, tahipnejom, arterijskom hipertenzijom, znojenjem, proširenjem zjenica i bljedoćom. Bolesnici su tjeskobni, inaktivni, a spoznaja da se radi o prolaznoj pojavi ih tješi. Kod 30-40% pacijenta prisutna je prilikom postavljanja dijagnoze karcinoma (34).

Kod malignih oboljenja uzrok boli je najčešće posljedica promjena koje izaziva rast tumora i tumorskih metastaza. Rjeđe je uzrokovana liječenjem (nuspojave liječenja) ili

disfunkcijom živčanog sustava (neuropatska bol). Kod onkoloških bolesnika, zbog naravi i proširenosti tumorske bolesti, bol je vrlo često kroničnoga tipa. Kod kronične boli početak je postepen i neodređen. Nema adaptabilnu ulogu, a uzrokuje ju kronični maligni proces. Može potrajati mjesecima i godinama te stoga ima velik utjecaj na kvalitetu bolesnikova života. Svršetak joj je nepredvidiv. Nema pojačane simpatičke aktivnosti. Emocionalno, bolesnici često ulaze u petlju kronične boli i depresije gdje jedno pojačava drugo te im se mijenja stil života. Kod malignih oboljenja bol je prisutna kod 80% pacijenata u terminalnoj fazi bolesti (34).

2.6.2. Psihološka/emocionalna komponenta totalne boli

Tjeskoba, depresija i značenje boli mogu mijenjati doživljaj boli pojedinca. Doživljaj boli je drugačiji ako ga bolesnik smatra znakom kobnog pogoršanja, a drugačiji ako ga smatra usputnom pojavom bez značenja. Teška bolest i osjećaj skorog ili mogućeg smrtnog ishoda mijenja psihičko stanje bolesnika i članova njegove obitelji. Velik utjecaj u emocionalnoj boli ima strah od nepoznatog i nepredvidivog. Emocionalna bol često uključuje kajanje i osjećaj krivnje zbog davno zaboravljenih malih propusta. Isto se tako u njoj nalaze elementi srdžbe, gnjeva ili depresije o čemu u svojoj knjizi „Razgovor s umirućima“ govori Elizabeth Kubler Ross (12).

Smatra se da je najmanje 50% pacijenata s kroničnim bolima ujedno i klinički depresivno (42). Uočeno je da smanjenje depresivnosti dovodi do smanjenja jačine boli, dok povećani stupanj depresivnosti dovodi do pojačanog doživljaja boli (28,43). Slično je i s anksioznošću. Smatra se da anksioznost može sniziti prag tolerancije za bol, istodobno bitno povećavajući sam doživljaj boli (42). Suprotno, eksperimentalna istraživanja pokazuju da manipulacije ugodnim emocijama općenito dovode do smanjenja boli (44,45). Stoga je djelovanje na emocionalnu komponentu totalne boli izrazito važna komponenta cjelovitog pristupa tretiranju totalne boli jer djelujemo izravno i na senzaciju fizičke komponente boli.

Depresivno raspoloženje može biti adekvatan odgovor bolesnika koji se suočava sa smrću. Somatski simptomi u obliku umora, gubitka energije, nesanice, gubitka apetita su kod palijativnih bolesnika uglavnom prisutni. Stoga se postavljanje dijagnoze depresivnog sindroma zasniva na psihološkim (patološko neraspoloženje, suicidalne ideje i planovi, beznadnost, krivnja) i kognitivnim znakovima (pažnja, mišljenje, pamćenje).

Simptomi anksioznosti vrlo često prate terminalni dio života. Bolesnici se žale na napetost, nemir, zabrinutost, nesanicu, rastresenost. Anksioznost može biti različita podrijetla: ona može biti dio panike, dio sindroma neprilagođavanja nastaloj situaciji, ali i izraz agitirane depresije, delirija, kao i osnovne bolesti i njezina liječenja (hipoksija, sepsa, loše kontrolirana bol, nuspojave lijekova) (2).

2.6.3. Socijalna komponenta totalne boli

Kada bolest duže traje, bolesnika i njegovu obitelj polako napuštaju prijatelji i znanci (*ne želimo smetati, ne znamo kako pomoći, ...*), a njegovatelji su zasićeni naporom i nestrpljiviji. Sam bolesnik vremenom gubi i radnu sposobnost, odnosno gubi radnu poziciju i kontakte s kolegama, što sa sobom nosi i financijsku oskudicu (3). Ako je osoba hranitelj ta oskudica se višestruko povećava. Članovi obitelji se koriste bolovanjem kako bi se brinuli o bolesniku, a za to nemaju pravo na nadoknadu. Trošenje na alternativne i neprovjerene načine liječenja te kreditna zaduženost i neriješeno stambeno pitanje još su dodatni faktori koji nepovoljno djeluju na bolesnikovo stanje (3). Kod socijalne komponente stoga je dominantna problematika ekonomske neovisnosti te socijalne izolacije bolesnika i njegove obitelji.

2.6.4. Duhovna komponenta totalne boli

U terminalnom stadiju života duhovna bol može biti simptom težak kao i fizička bol. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo patnja. Značajna je patnja povezana s dostojanstvom, samoprihvatanjem, praštanjem, nadom, ljubavi, kao i potrebom za pomirenjem s ljudima i Bogom. Može, ali i ne mora biti religijski definirana (46). Pitanja koja se otvaraju jesu smisao života, patnje, smrti... Istraživanja pokazuju da osobe s dobrim duhovnim osjećanjem imaju značajno manji stupanj tjeskobe, a time i veću podnošljivost za bol. Kako se fizičko zdravlje umanjuje, duhovna dimenzija postaje sve važnijom (2). Od nas se očekuje da prepoznamo duhovnu patnju bolesnika i postupimo u skladu s bolesnikovim željama ili uključimo duhovnika.

2.7. Opća načela terapije boli

Zašto liječiti bol:

- Poboljšavamo odgovor na kurativno liječenje
- Produžujemo trajanje života
- Povećavamo kvalitetu života
- Poboljšavamo odnos pacijent-terapeut
- Smanjujemo dužinu trajanja institucijskog (hospitalnog) liječenja (47).

Radi postizanja najboljeg terapijskog učinka, odnosno adekvatne analgezije, najvažniji je multidisciplinarni pristup da bi se postigao optimalan terapijski efekt. Koristimo se različitim farmakološkim i nefarmakološkim metodama liječenja kako bi djelovali na sve aspekte totalne boli kod palijativnih bolesnika.

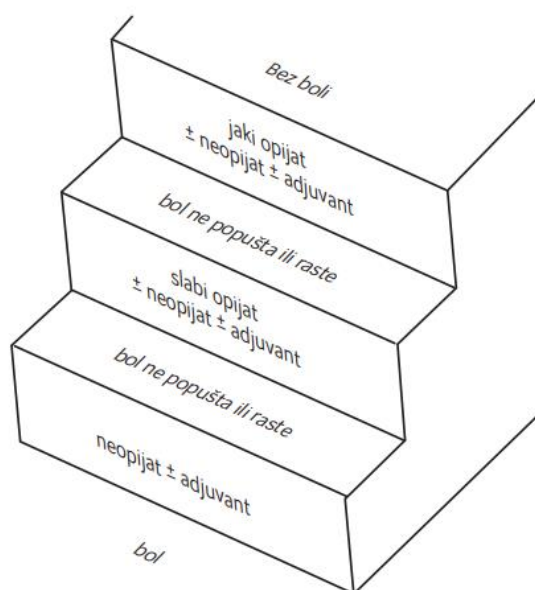
Farmakološke metode liječenja uključuju primjenu najsuvremenijih lijekova kojima je svrha potpuno uklanjanje boli ili barem ublažavanje osjećaja boli. Potrebno je što prije, odmah nakon postavljanja dijagnoze, početi s liječenjem boli.

Nefarmakološke metode uključuju akupunkturu, TENS, Lasersku terapiju, magnetoterapiju, različite anesteziološke tehnike (blokovi), fizikalne metode liječenja, kirurške i neurokirurške zahvate te psihološki pristup liječenju boli (psihoterapijske i socioterapijske metode liječenja boli).

2.7.1. Terapija fizičke boli

Za liječenje fizičke boli kod palijativnog bolesnika, Svjetska zdravstvena organizacija izradila je algoritam liječenja boli, odnosno trostupanjsku ljestvicu (slika 4). No usprkos shemi, svaki pacijent zahtijeva individualni pristup. Treba izabrati pravi analgetik, u pravoj dozi i u pravo vrijeme kako bi se postiglo maksimalno oslobađanje od boli uz najmanje štetnih učinaka.

Prvi je stupanj liječenje boli koja na VAS-u iznosi do 4 boda. U tu se svrhu preporučuju neopioidi (antipiretici i nesteroidni protuupalni lijekovi – NSAIL) i adjuvantni lijekovi. Drugi stupanj boli na VAS-u u rasponu je od 4 do 7 bodova te se u navedenom slučaju preporučuju lijekovi iz prvog stupnja uz dodatak slabih opioida (kodein, dihidrokodein). Treći je stupanj boli na VAS-u od 7 do 10 bodova i tada je potrebno za liječenje boli rabiti jake opijate (metadon, fentanil, morfin, hidromorfin) i lijekove koji su navedeni u prva dva stupnja. Osnovni princip liječenja prema modelu „trostupanjske analgoljestvice“ uključuje: oralno davanje lijekova kad god je moguće, primjenu lijekova u pravilnim intervalima i unos analgetika prema redu navedenom u analgoljestvici (48). Upotrebu ove analgetske ljestvice određuju dva osnovna principa: 1. nedovoljna kontrola boli na jednoj stubi traži prebacivanje na prvu višu, umjesto da se upotrijebi lijek slična sastava u višoj dozi i 2. stalno primjenjivanje analgezije, umjesto ordiniranja „po potrebi“ (2).



Slika 4. Algoritam liječenja karcinomske boli – trostupanjska analgoljestvica Svjetske zdravstvene organizacije (49).

Dugogodišnja praksa i uporaba trostupanjske ljestvice ukazale su na neke njezine nedostatke (31). Istraživanje Ahmedzaija i suradnika dokazalo je da primjena lijekova prema modelu „trostupanjske analgoljestvice“ nije uspjela kupirati bol u 10-20% bolesnika s uznapredovalom tumorskom bolesti, posebice ako se radilo o neuropatskoj boli ili boli koštanog podrijetla (50). Stoga je predloženo modeliranje postojeće „trostupanjske analgoljestvice“ dodavanjem četvrte stube kada opiodi i drugi lijekovi ne djeluju. Ona bi uključivala primjenu blokova živaca, primjenu lijekova u subarahnoidalni prostor (intratekalno) i ostale kirurške metode (51). Nersesyana i suradnici predlažu dodavanje i pete stube postojećoj analgoljestvici (52). Postupci pete stube bi se provodili ako je pacijentu očekivano trajanje života kraće od tri mjeseca (kordotomija, rizotomija, talamotomije, kirurški zahvati na limbičkom sustavu) (31).

Brojna provedena istraživanja dokazala su da niske doze jakih opioda uspješno rješavaju umjerenu i jaku bol, gotovo bez nuspojava, za razliku od NSAIL-a koji izazivaju niz nuspojava uz relativno nezadovoljavajuću analgeziju te iskazuju „krovni učinak“ (neovisno o povišanju doze lijeka ne postiže se bolji učinak na analgeziju, ali se povećava broj nuspojava) (53). Stoga je Međunarodno udruženje za proučavanje boli (IASP) predložilo model „lifta“ umjesto postojećeg modela „trostupanjske analgoljestvice“ (53). Osnovna razlika modela „lifta“ prema „trostupanjskoj analgoljestvici“ jest „preskakanje stepenica“, odnosno propisivanje analgetika „prema jačini boli“ odmah, a ne prema slijedećoj stepenici. Na taj se način često preskače drugi stupanj analgoljestvice te se omogućuje brža i bolja kontrola boli (31). Primjena modela „lifta“ osobito je opravdana u slučajevima jake karcinomske boli.

2.7.2. Terapija psihološke/emocionalne boli

Kod terapije psihološke komponente boli djelujemo na poremećaje odnosno emocije koje prate palijativne bolesnika. To su najčešće anksioznost i depresija te su psihosocijalne intervencije usmjerene upravo rješavanju ta dva poremećaja. Depresija je povezana sa slabijom kontrolom boli, lošijom suradljivošću i smanjenom željom za dugotrajnom terapijom. Budući da je nekontrolirana bol izrazito važan rizični faktor za suicid, važno je pravovremeno prepoznati i liječiti depresivne poremećaje, koji su također jedna od najvećih determinanti suicidalnih ideja kod onkoloških bolesnika (54). Istraživanja ukazuju da se vrlo često u liječenju karcinomske boli ne obuhvaćaju ove psihološke varijable, odnosno da je nedovoljno korištenje psihofarmaka i psihoterapijskih intervencija bitan razlog neadekvatnog liječenja (54).

Anksioznost, baš kao i strah i bol, ima upozoravajuću i prilagodbenu ulogu do određene mjere, kada se inače korisni simptomi počnu pretvarati u poremećaj. Kao dva tjelesna alarma, bol i anksioznost su jako povezani, pa aktivnosti koje smanjuju anksioznost mogu dramatično smanjiti i bol kod anksioznih osoba, a analgezija može smanjiti anksioznost koja je pojačana

samom boli (54). Kod pacijenata s kroničnom boli prisutan je cijeli spektar anksioznih poremećaja i svi imaju veću prevalenciju u odnosu na opću populaciju, uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaj prilagodbe s anksioznim simptomima, opsesivno-kompulzivni poremećaj, agorafobiju, panični poremećaj te posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Novija istraživanja ukazuju na intenzivnu bol kao izravni uzrok PTSP-a, odnosno na neizdrživu bol kao traumatsko iskustvo (54).

Od psihosocijalnih intervencija potrebno je izdvojiti programe za liječenje boli koji se temelje na kognitivnim i bihevioralnim principima (48). Njihov je cilj poboljšanje fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne dimenzije osobe, kako bi se postigla što bolja kvaliteta života i omogućilo optimalno funkcioniranje bolesnika.

2.7.3. Terapija društvene/socijalne komponente boli

Bol može biti neuspješno liječena, ako nismo uočili društvenu komponentu boli kod pacijenta. Bolesnik se ne smije osjećati izolirano, mora osjećati da ima važnost jer inače kod njega počinje prevladavati osjećaj bezvrijednosti i beznadnosti. Izolacija od ljudi odvaja ih od života prije nego je život fizički prestao (55). Emocionalni poremećaji, posebno osjećaj bespomoćnosti, mogu se ublažiti uključivanjem bolesnika, obitelji i prijatelja u radno partnerstvo s bolničkom ekipom i u liječenju i planiranju budućnosti.

2.7.4. Terapija duhovne boli

Duhovna je skrb bila nekada jedna od izvornih disciplina zdravstvene skrbi. Istraživanja pokazuju da osobe s duhovnim dobrim osjećanjem imaju značajno manji stupanj tjeskobe, a time i veću podnošljivost za bol. Kako se fizičko zdravlje umanjuje, duhovna dimenzija postaje sve važnijom (2).

3. Psihoterapija

Psihoterapija je psihološka metoda liječenja psihičkih poremećaja i bolesti. Ona se, temeljem postavljanja dijagnoze poremećaja i indikacije, primjenjuje s određenim terapijskim ciljem. Za postizanje toga cilja rabe se odabrane metode i tehnike (56). Iako postoje brojne i različite psihoterapijske tehnike, cilj bilo kojeg liječenja jest promjena osjećaja, misli, stavova ili ponašanja, koji su opterećujući za bolesnika, oslobađanje od simptoma i pomoći bolesniku da kao osoba bude zadovoljniji sa svojim životom (57). Psihoterapijske tehnike omogućuju pacijentu da se lakše nosi sa postavljanjem palijativne dijagnoze, kroz olakšanje emocionalne i socijalne komponente totalne boli djelujemo i na druge komponente te olakšavamo patnju bolesniku i njegovoj obitelji. Svaka se psihoterapija temelji na intenzivnom i povjerljivom odnosu bolesnika s terapeutom (57). Kao instrument se koriste riječi, ali u obzir dolaze i drugi oblici komunikacije. Kroz taj odnos pacijent poklanja svoje povjerenje terapeutu koji ga razumije i podržava te mu pomaže u stjecanju uvida u svoje psihološko funkcioniranje, da upozna sebe i svoje emocionalne reakcije. Na koncu pacijent mijenja svoje stavove i ponašanje u svrhu postizanja zadovoljnijeg i sretnijeg života. Pri odabiru psihoterapijske tehnike nužno je voditi računa o ličnosti pacijenta, njegovim stavovima, mogućnostima, ali i psihijatrijskom poremećaju (depresija, anksioznost) koji se može javiti kod palijativnog bolesnika.

Danas imamo mnoštvo različitih psihoterapijskih pravaca (prema nekim autorima postoji više od 450 različitih psihoterapijskih tehnika), od kojih je dobar dio potekao iz psihoanalize ili su njihovi osnivači bili psihoanalitičari. Broj psihoterapijskih tehnika raste iz dana u dan, a fond znanja se neprestano mijenja i dopunjuje (56). S obzirom na cilj liječenja, proizlaze tri osnovna psihoterapijska koncepta: suportivne, reedukativne i rekonstruktivne psihoterapije. A s obzirom na teorijska objašnjenja postoje: psihodinamske, bihevioralne, kognitivne, gestalt, integrativne i mnoge druge psihoterapijske paradigme (56).

Psihoterapijske, socioterapijske i farmakoterapijske intervencije imaju važnu funkciju u liječenju komorbiditetnih poremećaja kod palijativnog bolesnika. Imaju i važnu ulogu u rješavanju socijalnih, etičkih, pravnih i duhovnih pitanja, koja kompliciraju skrb umirućeg bolesnika. Takav pristup pomaže bolesniku da se nosi s egzistencijalnom krizom povezanom s terminalnom dijagnozom, kao i u rješavanju mogućih konflikata između bolesnika, obitelji i osoblja. Otvaramo puteve komunikacije, pomažemo obitelji da se nosi sa snažnim emocijama povezanim s umiranjem voljene osobe (58). Psihoterapijske intervencije izrazito su važne za bolesnike i njihove obitelji. Često se ne koriste dovoljno, iako je pokazana njihova efikasnost kod bolesnika i obitelji koje se suočavaju s uznapredovalim i životno ugrožavajućim bolestima (58).

Individualna psihoterapija orijentirana prema uvidu kod palijativnih bolesnika ima ograničenu primjenu i može biti prezahtjevna za bolesnike u terminalnom stadiju bolesti. No, elementi psihodinamske terapije imaju važnu ulogu u svim palijativnim psihoterapijama. Neki elementi kognitivno-bihevioralne i interpersonalne psihoterapije se također koriste u palijativnoj medicini, uz važnu ulogu egzistencijalne psihoterapije. Grupne intervencije pružaju osjećaj univerzalnosti, dijeljenje zajedničkog iskustva i identiteta, osjećaj da pomažemo sebi pomažući drugima, osjećaj pripadanja većoj grupi. Psihoterapija je korisna u svim fazama bolesti, a suportivne, kognitivne i relaksacijske metode ujedno mogu i smanjiti bol (58).

3.1. Psihoterapijske metode u terapiji boli

Odabir psihoterapijske metode ovisi o komponenti boli na koju djelujemo, jer svaka komponenta sa sobom nosi određene specifičnosti u samom pristupu. Tretmani usmjereni na fizičku komponentu fokusiraju se uglavnom na osjećaj boli, tako da modificiramo njezin emocionalni i kognitivni značaj. Terapije fokusirane na kognitivnu komponentu pokušavaju mijenjati pacijentove stavove prema boli, dok terapije fokusirane na ponašanje koriste proces učenja u promjeni neželjenog ponašanja (59).

Psihoterapijske tehnike koje se mogu koristiti u palijativnoj skrbi:

- Kognitivno-bihevioralna terapija
- Tehnike relaksacije
- Operantna-bihevioralna terapija
- Hipnotske tehnike
- Psihoedukacija
- Meditacija
- Mindfulness
- Logoterapija
- Suportivna terapija
- Biofeedback

3.1.1. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Bihevioralna terapija se temelji na teorijama učenja. Učenje je promjena u znanju ili ponašanju do koje je došlo zbog iskustva (57). Mehanizmi učenja su klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje, socijalno učenje te kognitivno učenje (57). U bihevioralnoj terapiji fokus liječenja je na promjeni ponašanja, a ne misli ili osjećaja. Primarni cilj je oslobađanje od simptoma te bihevioralni terapeut ne razmišlja puno o razlozima nastanka simptoma, već je cilj liječenje, kroz novo učenje, zamjena prilagodljivim obrascima ponašanja (57).

Kognitivna terapija se temelji na ideji jedinstvene prorade stvarnosti koja kod svake osobe izaziva razne emocije. Pri tome iracionalna vjerovanja dovode do promjene u ponašanju. Karakteristični način poimanja iskustava i stvarnosti svake osobe naziva se kognitivnom shemom. Kognitivni model naglašava tri razine kognicije: sheme ili bazična vjerovanja, pretpostavke ili posredujuća vjerovanja i automatske misli (57). Bazična vjerovanja su apsolutna i globalna, o životu i svijetu („svijet je opasan“, „rak je uvijek smrtonosan“). Pretpostavke su svojevrsna pravila za život („ako poslušam što mi doktor govori, biti će mi bolje“). Automatske misli su brze, kratke, evaluacijske misli kojih obično nismo svjesni, ovisne o situaciji. Problem su takozvane negativne automatske misli zbog kojih osoba razvija određeni poremećaj („nikad mi neće biti bolje“, „nitko me ne voli“, „nemam razloga za život“). Kognitivna terapija uključuje identifikaciju ključnih disfunkcionalnih vjerovanja i misli povezanih sa simptomom koji rješavamo, njihovu vezu s emocijama i ponašanjem te primjenu brojnih terapijskih intervencija u svrhu njihove promjene (57).

Tablica 2. Tehnike bihevioralne i kognitivne terapije

Tehnike bihevioralne terapije	Tehnike kognitivne terapije
Sustavna desenzibilizacija	Identifikacija i izazivanje automatskih misli
Preplavlivanje	Tehnike za mijenjanje ponašanja
Učenje po modelu (modeliranje)	Preusmjeravanje pažnje
Pozitivno potkrepljenje	Zaustavljanje misli
Averzivna terapija	Reatribucija
Biofeedback	Kognitivno rekonstruiranje
Proba ponašanja	Kognitivna proba
Tehnike relaksacije	Mijenjanje bazičnih vjerovanja i pretpostavki

U **kognitivno-bihevioralnoj terapiji** teoretičari su ujedinili kognitivno bihevioralne koncepte, a terapeuti terapijske tehnike. KBT označuje strukturirane, konkretne, specifične i na problem orijentirane psihološke postupke s ciljem identifikacije problema, ispitivanja alternativa, stvaranja terapijskog odnosa, prepoznavanja povezanosti emocija, misli i ponašanja, poticanja aktivnosti i poboljšanja socijalne kompetentnosti te promjene kognitivnih i bihevioralnih obrazaca. Kako misli utječu na emocije i ponašanje, promjenom maladaptivnih misli i učenjem adaptivnih načina mišljenja možemo modulirati emocije i ponašanje. Prema kognitivnom modelu boli, negativne misli, slike i vjerovanja imaju značajan utjecaj na doživljavanje boli. KBT ustvari naglašava ulogu mišljenja u onome što mislimo i kako se osjećamo, a svrha joj je rekonstrukcija negativne kognitivne sheme (Slika 4).



Slika 4. Negativna kognitivna shema.

Indikacije za primjenu KBT su: panični poremećaji, fobije, sindrom kroničnog umora, opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaji hranjenja, seksualni i partnerski problemi te naposljetku: depresija, poremećaji spavanja, kronična bol i PTSP koji se često javljaju kod palijativnog bolesnika (57).

Metode KBT:

Domaće zadaće

Domaće zadaće dodjeljuje kognitivno-bihevioralni terapeut između terapija. Počinje se sa lakšim zadacima koji su progresivno sve teži i teži kako napreduje terapija. Na terapeutu je da procijeni pacijentovu sposobnost za obavljanjem tih zadataka, jer ako su preteški u početku, možemo obeshrabriti pacijenta. Svakako uspjeh u obavljanju lakših zadataka pacijenta motivira i lakše će savladati i one teže. Tipičan zadatak za bolne sindrome je vođenje dnevnika

boli. Pacijenti su zamoljeni da prate određene misli, akcije i ponašanje koje dovodi do pogoršanja boli, a također trebaju razmotriti što bi im moglo pomoći. Na taj način mogu postati svjesni što učiniti kako bi uspostavili kontrolu nad boli. Prema Milleru, osjećaj bespomoćnosti, često prisutan kod palijativnog bolesnika, može se umanjiti kada pacijenti osjećaju da imaju kontrolu nad svojom bolesti (60).

Relaksacijske tehnike

Od **relaksacijskih tehnika** koristi se: progresivna mišićna relaksacija, duboko disanje te vođena imaginacija. Tehnike naučene tijekom terapije pacijent može koristiti i kod kuće. Savladavanje tehnika koje nude olakšanje od boli daju pacijentima veći osjećaj kontrole nad njihovom boli, što nam pomaže u borbi sa njihovom naučenom bespomoćnosti (61).

Progresivna mišićna relaksacija je skup tehnika i postupaka koje su usmjerene na uspostavljanje intencionalne kontrole i smanjenje mišićne napetosti. Uključuje napinjanje mišića određene grupe za nekoliko sekundi, sa time da se pasivno pokuša fokusirati na osjećaj kada je mišić napet. Napeti mišić se nakon toga opušta, a pacijente tražimo da se usredotoče na to kako se mišić osjeća kada se relaksacija odvija. Taj obrazac se primjenjuje na sve glavne grupe mišića tijela, a smije se koristiti samo kada je pacijent u stanju napeti i otpustiti mišić bez pogoršanja boli (61). Otkrivanjem i poticanjem suptilnih veza između uma i tijela, mišićna relaksacija utječe i na druge tjelesne i psihološke sustave. Utemeljitelj ove metode američki je liječnik Edmund Jacobson (1888.-1983.). Svojim prvim istraživanjima Jacobson dolazi do spoznaje da se mišićna tenzija pojavljuje s anksioznošću te da anksioznost nestaje kada se uspostavi stanje mišićne opuštenosti (62). Pollak i sur. (63) u svojem su pilot-istraživanju ispitali mogućnosti primjene kratkotrajne relaksacijske intervencije liječnika u kontekstu pružanja rutinske palijativne skrbi.

Intervenciju je činio sljedeći protokol (63):

1. kratak uvodni opis relaksacije kao učinkovite strategije u kontroli boli;
2. obrazloženje zašto su strategije opuštanja korisne;
3. pomaganje pacijentu u zamišljanju ugodnog prizora koji se koristi u relaksaciji;
4. provedba intervencije koja se sastojala od dubokog disanja, progresivne mišićne relaksacije i zamišljanja ugodnog prizora (u trajanju od 10 minuta);
5. završne povratne informacije i preporuke za daljnju primjenu ovih tehnika.

Rezultati su pokazali da su liječnici bili uvjereni u načelnu učinkovitost ovih tehnika, ali i da su se susreli s nemogućnošću da ih primjene tijekom svakog susreta s pacijentom

(kratkoća raspoloživog vremena). S druge strane, rezultati istraživanja su pokazali da je kod pacijenata došlo do smanjenja boli i napetosti te rasta povjerenja u vlastite mogućnosti suočavanja s boli (63).

U okviru populacije onkoloških pacijenata, istraživanja koja su proveli Bancila i sur. (64) pokazuju da mišićna relaksacija značajno doprinosi smanjenju boli kod ovih pacijenata, na način da uspostavlja stanje općeg mira i tako smanjuje razinu emocionalnog stresa i anksioznosti, koji su u konceptu promatranja boli kao „totalne“ povezani s pojačavanjem boli.

Cooper (65) je proveo kvalitativno istraživanje sa ciljem ispitivanja percepcije relaksacijskog programa onkoloških pacijenata. Rezultati polustrukturiranog intervjua pokazali su da su se pacijenti osjećali osnaženi primijenjenim programom kao sredstvom suočavanja s bolešću i kao sredstvom koje im vraća osjećaje kontrole.

Chan i sur. (66) su u istraživanju provedenom s pacijentima koji su primali palijativnu radiološku terapiju raka grla, naveli da je 20-minutni program progresivne mišićne relaksacije značajno pozitivno utjecao na opservirane simptome (bol, mišićna tenzija, kašalj).

Duboko disanje je tehnika koja se fokusira na sporo abdominalno disanje. Koriste se kod pacijenta u kombinaciji s progresivnom mišićnom relaksacijom. Pacijente učimo da sporo i duboko dišu, dopuštajući da im se abdomen širi. Kada duboko udahnu, njihov trbuh raste i dijafragma se pomiče prema dolje. Kako se inhalacija nastavlja, donji dio prsnog koša se širi dok gornji dio prati njegovo kretanje. Kada je udah završen, pacijent zadržava dah nekoliko sekundi, a potom lagano izdiše. Nakon što završi sa izdahom pacijent pauzira nekoliko sekundi, a zatim ponavlja ciklus. Često se koristi kod anksioznih poremećaja kod pacijenta gdje se anksioznost manifestira teškoćama disanja (61).

Vođena imaginacija predstavlja proces zamišljanja predmeta, prostora, osoba i situacija, odnosno poticanje vidnih, slušnih, mirisnih, okusnih i proprioceptivnih senzacija koje su komplementarne osjetilnim i estetskim kriterijima pojedine osobe. Na taj se način, osim poticanja ugone i zadovoljstva, mogu potaknuti i adekvatniji predodžbeni sustavi suočavanja s realitetom. Također, primjena vođene imaginacije temelji se na spoznajama da tjelesni sustavi fiziološki pozitivno reagiraju na ugodni podražaj čak i u uvjetima trenutnog fizičkog distresa (62).

Iako malobrojna, istraživanja o primjeni vođene imaginacije u području palijativne skrbi pokazala su da ova tehnika može potaknuti proces opuštanja, smanjiti razinu boli i anksioznosti, smanjiti osjećaj mučnine i potrebe za povraćanjem te općenito inducirati i povećati razinu samokontrole kod pacijenata (67). Menzies i Jallo (68) na osnovi analize dostupne literature, vođenu imaginaciju smatraju učinkovitom i jednostavnom metodom u

tretmanu umora, ali naglašavaju i potrebu za daljnjim istraživanjima na osnovi sustavne i dobro dizajnirane metodologije. Istraživanje na području poremećaja spavanja proveli su Lai i sur. (69), u kojem su ispitali utjecaj vođene imaginacije i glazbe (koja stimulira pojavu moždanih theta valova), na simptome dispneje kod palijativnih onkoloških pacijenata. Rezultati su pokazali da je primijenjena intervencija pozitivno utjecala na samoprocjenu simptoma dispneje kod pacijenata.

Mindfulness

Mindfulness (usredotočena svjesnost) odnosi se na stanje svijesti s pažnjom usmjerenom prema vlastitim iskustvima (tjelesne senzacije, misli, osjećaji) ili prema okolini u sadašnjem trenutku bez prosuđivanja s otvorenošću i prihvaćanjem. Usredotočena svjesnost omogućuje zauzimanje šire perspektive u odnosu na:

1. misli koje se promatraju samo kao misli koje dolaze i prolaze, a ne kao apsolutna istina,
2. osjećaje, naročito negativne, koji se promatraju samo kao trenutno iskustvo, a ne nešto protiv čega se treba boriti,
3. tjelesne senzacije koje se promatraju kao odgovor tijela na osjećaje. Dakle, mijenja se odnos prema simptomima, a ne mijenjaju se sami simptomi (70).

Usredotočena svjesnost stvara „prostor“ između percepcije i odgovora na situacije što smanjuje vulnerabilnost za psihološke procese koji pridonose emocionalnoj patnji (71). Osoba postaje sposobna odgovoriti na stresne situacije reflektivno, na temelju vlastitog izbora, a ne refleksno ili reaktivno, smanjuje se emocionalna reaktivnost i automatski nekorisni obrasci ponašanja s izbjegavajućim strategijama koji samo povećavaju intenzitet ili frekvenciju neželjenih neugodnih unutrašnjih iskustava (72).

John Kabat-Zinn je 1979. godine prvi integrirao usredotočenu svjesnost u svoj program liječenja kronične boli i pokazao da se promjenom načina na koji se bolesnici odnose prema boli, može promijeniti njihovo iskustvo boli (73). Brojna istraživanja potvrđuju da usredotočena svjesnost ima pozitivne učinke na kognitivno, emocionalno i tjelesno funkcioniranje (74-78). Kognitivni učinci su vidljivi u povećanoj pažnji, kognitivnoj fleksibilnosti, kreativnosti i smanjenju ruminacija (74). Usredotočena svjesnost smanjuje emocionalnu reaktivnost, poboljšava emocionalnu regulaciju, empatiju, zadovoljstvo te otpornost na stresne situacije (74). Tehnike usredotočene svjesnosti dovode i do poboljšanja depresivnih simptoma, anksioznosti, stresa i kvalitete života u bolesnika s malignim i kardiovaskularnim bolestima, kroničnom boli, kroničnim somatskim bolestima (79,80-84).

Tjelesna aktivnost

Tjelesna aktivnost u odgovarajućoj razini je vrlo važna. Kod palijativnih pacijenata česti simptom je iscrpljenost. Iscrpljenost je definirana kao subjektivni osjećaj umora, slabosti, nedostatka energije (85). Zbog iscrpljenosti palijativni pacijenti gube motoričke funkcije što prema istraživanju Axelssona i Sojdena navode kao glavni problem u terminalnom stadiju bolesti (86). Također, istraživanja pokazuju da palijativni pacijenti prihvaćaju tjelesnu aktivnost te pokazuju poboljšanja općeg stanja kod nekih pacijenata (86). Potrebno je poticati pacijenta na aktivnosti, ali u okviru njegovih mogućnosti. Kada pacijenti pokušavaju učiniti previše u one dane kada je njihova bol manje intenzivna, često se nađu gotovo imobilizirani idući dan. Neki pacijenti mogu ograničiti kretanje zbog straha od pogoršanja njihove boli, a dugotrajna neaktivnost može dovesti do daljnjih problema sa pokretljivošću i boli. Aktivnost treba poticati, ali na suzdržan način koji neće pogoršati bol (87).

Pozitivne afirmacije

Razvijanje **pozitivnih afirmacija** tipa „Ja sam dovoljno jak da se nosim s ovom boli“ ima veliku ulogu u terapiji kronične boli jer pojačava vlastite obrambene mehanizme i umanjuje doživljaj boli (61).

Tehnike prevencije relapsa

Tehnike prevencije relapsa koje se uče u okviru kognitivno-bihevioralne terapije, imaju naglasak na neizbježne napade boli, koji se javljaju u bolesnika koji žive s problemima boli. Bolesnik analizom treba doći do razloga koji su doveli do povećanja boli kako bi ih u budućnosti mogao prevenirati djelujući na uzrok relapsa. Ponekad se događa da nakon perioda poboljšanja dođe do pogoršanja bolova i tada je potrebno pacijente poticati da razmišljaju kako jedan loš dan ne može poništiti sve dobre dane koji su mu prethodili (61).

Operantna bihevioralna terapija

Operantna bihevioralna terapija, odnosno operantno uvjetovanje, predstavlja modifikaciju u učestalosti određenih ponašanja okolinskim faktorima. Ako su posljedice ponašanja nagrade, šansa za ponavljanje se povećava, no ako su posljedice odbojne, odnosno oblik kazne, učestalost takvog ponašanja će se smanjiti. Operantna terapija se bazira na ignoriranju bolnoga ponašanja (trljanje bolnog dijela, socijalna izolacija, smanjena fizička aktivnost), dok se svaki pomak, pa i najmanji treba pohvaliti. Pojednostavljeno, pozitivno i željeno ponašanje nagrađujemo, a neželjeno ponašanje *kažnjavamo* ignoriranjem. U takav oblik psihoterapije izrazito je važno uključiti i pacijentovu obitelj, odnosno njegovu društvenu okolinu (88).

Hipnoza

Hipnoza je stanje indukcije selektivne pažnje, obično pomoću opuštanja i slikovnih tehnika. Pokazala se korisnom kod liječenja bolnih sindroma (65). Kada postignemo maksimalno opuštanje pacijent ulazi u stanje transa i maksimalno je receptivan za sugestije hipnoterapeuta. Prijedlozi su obično vrlo specifični i pokušavaju djelovati na promjenu u prirodi boli. Važan dio hipnoze je post-sugestibilna faza, u kojoj pacijent i dalje treba koristiti ponašanje na kakvo je sugerirao terapeut. Također hipnoterapeut može pacijenta podučiti samohipnozi, poglavito pacijente koji često prakticiraju hipnozu kao terapijsku metodu. Nakon što je savladana, samohipnoza se može koristiti u ranoj fazi ciklusa nastanka boli, prije nego što postane dovoljno jaka da naruši koncentraciju (66). Najveća prednost tehnika kao što su meditacija (*mindfulness*) i samohipnoza je u tome što ih pacijent može koristiti samostalno, kod kuće, a to umanjuje njegov osjećaj ovisnosti o terapeutu te povećava osjećaj kontrole nad bolesti.

3.1.2. Suportivna terapija

Suportivna terapija je oblik psihoterapije kod kojeg je naglasak na pružanje podrške klijentu tijekom cijelog trajanja psihoterapijskog procesa. Osnova ovog oblika psihoterapije je ostvarivanje interpersonalne veze između klijenta i psihoterapeuta i orijentacija na ono sada i ovdje, a ne ono što je bilo. Klijent bi trebao sebe prihvatiti onakvim kakav je, prilagođava se okolnostima u kojima živi, uvažava stvarnost i okolinu u kojoj živi te objektivnije gleda na svoje potrebe i mogućnosti. Psihoterapeut pomaže klijentu da napravi razliku između onoga što je realno, zdravo i prikladno i onoga što je iskrivljeno i neprikladno. Intervencije koje psihoterapeut primjenjuje tijekom suportivne psihoterapije su sugerirati, ohrabriti, umiriti i savjetovati klijenta (89).

Početni cilj suportivne terapije je spriječiti klijentovu daljnju dekompenzaciju, odnosno stabilizirati njegovo funkcioniranje, tako da uklonimo ili ublažimo simptome i unaprijedimo njegove mehanizme kontrole. Krajnji cilj je poboljšati adaptivne kapacitete klijenta, umanjiti ranjivost i fragilnost, pojačati postojeće mehanizme obrane što će mu povećati sposobnost izlaženja na kraj sa životnim teškoćama. Klijent će na koncu ostvariti bolje psihološko i socijalno funkcioniranje, obnoviti i pojačati sposobnosti za sređivanje vlastitog života, povećati samopoštovanje i samopouzdanje, biti realniji prema stvarnosti, vlastitim mogućnostima i ograničenjima. Suportivna psihoterapija je jedan od najvažnijih alata za palijativne pacijente i njihove obitelji. Pokazala se učinkovitom u tretmanu anksioznosti i depresije kod bolesnika u svim stadijima maligne bolesti (89).

3.1.3. Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija je terapijska metoda koja koristi članove grupe da bi pojedincu dala povratnu informaciju o njegovom ponašanju i emocionalnom stanju (90). Kao takva, grupna psihoterapija je dobar izvor potpore tijekom kojeg terapeut i članovi grupe s jednakim ili sličnim iskustvima daju povratnu informaciju te dijele razmišljanja. Specifičnost i prednost ovog oblika terapije ogleda se najviše u tome što pojedinac ima priliku i mogućnost verbalizirati svoje osjećaje i potrebe bez straha od predrasuda ili neprihvatanja. Dok ostali članovi iznose svoje osjećaje, pojačava se empatija, odnosno sposobnost osjećaja za ono što osjeća druga osoba. Osjećaj sigurnosti, povjerenja i zajedništva u grupi vrlo je važan za pacijente, jer popravlja emocionalno stanje te razvija osjećaj povezanosti s drugima (91).

3.1.4. Psihoedukacija

Generalni cilj psihoedukacije je pomoći pacijentima da što bolje razumiju svoju bolest i da se što bolje nose s njom i njenim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje. Posebno se radi na jačanju pacijentovih snaga, prilagodbenih kapaciteta, vještina suočavanja s problemima, kako bi oporavak bio što brži i učinak što dugotrajniji, ili kako bi se pacijenti što bolje nosili sa zahtjevima svoje bolesti (92). Može biti ponuđena putem predavanja, psihoedukativnih grupa, jedan na jedan savjetovanja te savjetovanja putem letaka, knjiga, videa, stručnih i provjerenih internetskih stranica i slično. Također može biti uključena i pacijentova obitelj.

Bitni elementi psihoedukacije su (93):

- prijenos informacija (simptomatika određenog poremećaja ili bolesti, uzroci, posljedice, učestalost, prognoze i sl.)
- emocionalno pražnjenje (razumijevanje i razmjena iskustava s drugima oboljelima od istog poremećaja ili bolesti i sl.)
- podrška (psiho)farmakoterapiji i psihoterapijskim intervencijama i tretmanima te što bolja suradnja između zdravstvenih stručnjaka i pacijenata (suradljivost u liječenju, pridržavanje uputama i sl.)
- prevencija progresije ili povratka bolesti ili negativnih posljedica bolesti (npr. usvajanje vještina za što bolje nošenje sa stresnim situacijama).

Pacijenti koji samostalno pokušavaju doći do informacija često ih traže na nepouzdanim izvorima poput internetskih foruma ili blogova, gdje su podaci u mnogim slučajevima iskrivljeni, neprovjereni, nepotpuni ili proizašli iz osobnih, laičkih stavova i shvaćanja autora. To dovodi do niza komplikacija poput neredovitog uzimanja farmakoterapije

ili potpunog prestanka uzimanja terapije (94). U nekim slučajevima pacijenti niti ne znaju svoju točnu dijagnozu i osjećaju se prilično beznadno u nastojanju da ozdrave. Također, neupućenost obitelji u značajke i posljedice bolesti često vodi sve većem nerazumijevanju, neadekvatnoj uključenosti u proces oporavka, u nuđenje neučinkovitih oblika podrške te u konačnici narušavanju obiteljske dinamike i psihičkog stanja ostalih članova obitelji (92).

Postoji niz radova koji ističu pozitivnu vrijednost psihoedukacija u radu s teškim i kroničnim somatskim bolestima poput karcinoma, hipertenzije, dijabetesa, astme i sl., ili u prije i/ili postoperativnim situacijama (93,95-102).

3.1.5. Logoterapija

Logoterapija kao psihoterapijski pravac unosi u psihoterapiju nešto potpuno novo - spoznaju da, uz tjelesnu i psihičku dimenziju, čovjek posjeduje i treću – duhovnu dimenziju. Odgovara na vječno čovjekovo pitanje o smislu egzistencije, smislu trpljenja, smislu svekolikog doživljavanja i stvaranja. Bolesnom čovjeku odgovara na pitanje: „Zašto se to dogodilo baš meni?“ (103). Logoterapija je noviji pristup koji se sve više pokušava implementirati u svakodnevnu skrb. Utemeljitelj je Viktor Frankl, koji je sam isprobao taj pristup suočavajući se s najgorim okolnostima u koncentracijskom logoru za vrijeme Drugog svjetskog rata. Ono što zagovara logoterapija je pronalaženje smisla pa čak i u velikim patnjama. Logoterapija uči da postoji opći i objektivni smisao, koji u ljudima budi odgovornost prema nekome ili nečemu. Traganje za smislom u čovjeku budi napetost, ali sama po sebi ona je preduvjet za mentalno zdravlje. Spoznaja da vlastiti život ima smisla pomaže čovjeku da preživi i najgore uvjete u kojima se nađe. Prema Nietzscheu: „Onaj koji ima zašto živjeti može se nositi gotovo sa svakim kako“ (103). Kada osoba ima smisao u životu to utječe na osjećaj identiteta i vrijednosti, pozitivno zdravstveno ponašanje, svjesnost socijalne podrške i nošenje sa stresom. Također, smisao je povezan sa svakodnevnim ishodima (stabilno raspoloženje i manji psihološki distres). Logoterapija naglašava važnost smisla, humora, nade, vjere i drugih konstrukcija koje su postale dio pozitivne psihologije. U logoterapiji klijent aktivno sudjeluje u svojoj promjeni. Terapeut potiče klijenta da shvati da posjeduje slobodu izbora kako bi krenuo u pozitivnijem i smislenijem smjeru. Također naglasak je na mogućnost izbora koja je uvijek prisutna bez obzira na situaciju u kojoj se osoba nalazi (104).

Faze u logoterapiji (104):

1. Diferencijacija klijenta od simptoma – cilj je da se osoba ne poistovjećuje sa danom dijagnozom, te da shvati da ostaju ljudi sa sposobnošću bilo kakvih prepreka na koje naiđu.
2. Modifikacija stavova o simptomima – koji su mogući izbori i ishodi vezani uz problem.

3. Redukcija simptoma – najčešće nastupa spontano nakon što osoba modificira svoj stav prema problemu. Kada se simptomi razdvoje, osoba postaje svjesna da postoji izbor i simptomi postaju podnošljiviji.

4. Održavanje mentalnog zdravlja kroz buduću svjesnost o smislu osobnog života te ciljeva i svrhe u životu.

Veliki razlog upotrebe logoterapije u palijativnoj skrbi je pozitivan učinak na samo mentalno zdravlje i ponašanje. Interes za takvim pristupom je sve veći te postoji niz tehnika koje se koriste u provedbi terapije. Recimo, postavljenjem hijerarhije vrijednosti mogu se promijeniti neka stara vjerovanja u bolja i pozitivnija (104). Intervencija koja se bazira na traženje smisla, bila je prvo razvijena za pacijente koji boluju od raka i adaptirana za palijativne sestre.

Medicinske sestre kao logoterapeuti

Kako bi osoba razvila svoju duhovnost, važno je da i medicinska sestra zadovolji svoje duhovne potrebe, kako bi mogla pružiti nekome drugom isto. Smatra se da bi medicinske sestre mogle koristiti svoja osobna iskustva kao jedan od alata u pomoći osobama koje su u potrazi za svojim duhovnim i egzistencijalnim potrebama. Provedeno je istraživanje (Vachon i sur., 2008.) (105) u kojem je sudjelovalo deset palijativnih medicinskih sestara, na način da su u strukturiranim intervjuima, koje je vodio egzistencijalno orijentirani psiholog sa svojim timom, razgovarale o svojim iskustvima i raspravljale o svojim stavovima. U tim razgovorima medicinske sestre su otkrile da im je teže vidjeti kako osobe svakodnevno pate, nego vidjeti samu smrt. Prema tome, bile su pozvane da istraže koji je smisao patnje te su zaključile kako je život na neki način patnja i da nije lagan, ali svejedno treba u njemu uživati i ono što vide svakodnevno na poslu vraća im pogled na ono što je važno u životu. Medicinske sestre zaključile su da patnja dobiva smisao ako ju prihvate te su na taj način uspostavile lakšu interakciju s pacijentima. Postalo im je lakše sudjelovati i pomagati pacijentima u njihovoj patnji, nego izbjegavati kao prije (105).

Palijativne medicinske sestre i ostali koji su trenirani za logoterapeuta imaju posebnu priliku da ponude asistenciju i vodstvo svojim pacijentima. Najčešća pacijentova pitanja koja se postavljaju su: „Što ću ostaviti iza sebe? Što sam učinio u životu? Kako ću reagirati na okolnosti koje donosi smrt?“ Na tako postavljena pitanja može se postaviti protupitanje „Što ako?“ s obzirom da se na taj način može potaknuti promjena percepcije na situaciju u kojoj se osoba nalazi. Važno je napomenuti da se smisao ne može dati, prepisati, svaka osoba ima svoj smisao i ona ga sama mora pronaći (106).

Logoterapijski pristup depresiji i anksioznosti

Prije svega treba sagledati da, antropološki, čovjek je karakterističan po svojoj duhovnoj dimenziji. S obzirom da se propitkivanje smisla života smatra svojstveno čovjeku, onda se pogled na depresiju mijenja i daju se nova objašnjenja. S logoterapijskog aspekta govori se o noogenoj depresiji (depresija čiji korijen leži u duhovnom području). Prema Franklu, pristup čovjeku svoje uporište nalazi u egzistencijalnoj analizi, čiji je cilj da osoba osvijesti svoju duhovnu dimenziju, dozivanjem odgovornosti prema nekome ili nečemu (107). Egzistencijalna analiza opisuje da do depresije dolazi zbog gubitka vrijednosti gdje se gubi mogućnost ostvarivanja iste, ili bilo koje druge vrijednosti zbog usredotočenosti na izgubljenu vrijednost. Promijeniti životni pogled i prepoznati nove mogućnosti u nepovoljnim situacijama, zahtjeva promjenu u načinu razmišljanja (94). Logoterapija ima svoje mjesto u terapiji depresije i anksioznosti kod palijativnog pacijenta. Tome u prilog govori istraživanje u kojem se mjerila razina kortizola (hormon čija razina ukazuje kako tijelo reagira na stres i anksioznost) kod osoba koje su bile u logoterapiji. Kod osoba sa karcinomom cerviksa koje su uključene u logoterapiju, kortizol je iznosio 3.99 mcg/dL nakon primjene logoterapije, uspoređujući s razinom kortizola kod osoba koje nisu bile u logoterapiji gdje je iznosio 20.28 mcg/dL (108).

Duhovnost u palijativnoj skrbi

Vrlo je teško odrediti koje su to duhovne potrebe koje treba zadovoljiti i pružiti osobi. Samim tim što je duhovnost jedan apstraktan pojam, teško je zaključiti što to osobi treba. Kako bi se to moglo, potrebno je otkriti koji su to strahovi i skrivene nade koje pacijent ima. Također, većina ne razumije i ne zna razlikovati duhovnu i psiho-socijalnu dimenziju u palijativnoj njezi. Pitanja u vezi duhovnosti veoma su teška za komunikaciju i zahtijevaju osjetljiv, osoban i otvoren proces otkrivanja. Prema istraživanju, duhovna dimenzija pokazuje se vrlo limitiranom u palijativi. Smatra se da timovi i ne znaju što je to u suštini, a i ne dobivaju određenu edukaciju koja bi im pomogla u razumijevanju i prakticiranju iste (109). Istraživanje u Nizozemskoj (Ettema i sur., 2015.) pokazalo je kako u 70% slučajeva, pitanja koja se tiču duhovnosti, prenose se na stručnjaka, dok tek 30% pokušava samostalno riješiti takve dileme (110).

Istraživanja su dokazala da je duhovnost „bolesnikova potreba, koja utječe na njegovo psihofizičko stanje i poboljšava kvalitetu života“ (111,112). Stoga duhovna skrb postaje značajna komponenta palijativne medicine (113).

Brojne su dosadašnje međunarodne studije potvrdile važnost pružanja i primanja duhovne skrbi, napose kod pacijenata u terminalnoj fazi i kod kroničnih bolesnika (114), dok druge činjenice ističu pozitivan doprinos intrinzične religioznosti u tijeku ozdravljenja ili cijenjenja preostalog života. Istraživanja su utvrdila da se duhovna skrb odrazila boljim razumijevanjem samoga sebe u bolesti (45-73%), lakšim prihvaćanjem bolesti (87%), da su

duhovni rituali poboljšali unutarnje stanje bolesnika (34-66%) i omogućili lakši prijelaz umiranja. 72% osoba koje su primale duhovnu skrb izrazile su da im je duhovnost uvelike olakšala nemoćnost te potaknula unutarnji mir i spokoj (115).

Paralelno s time uočava se i sve veća zastupljenost literature unutar medicinskih časopisa koja svjedoči o pozitivnom duhovno-religioznom utjecaju na terminalne bolesnike (116-123). Potvrđuje se i kako je pružanje duhovne skrbi dio bio-psiho-socijalnog pristupa zdravstvene skrbi (124). U brojnim je istraživanjima utvrđeno da duhovnost ima zaštitnu ulogu protiv psihološke morbidnosti i specifičnih obilježja depresivnosti terminalnih bolesnika (125).

Na temelju utvrđenih činjenica brojnih istraživanja, duhovna skrb postaje bitan dio kvalitetne palijativne skrbi kako prihvaćaju i određuju Nacionalni konsenzus, projekt za kvalitetnu palijativnu skrb (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2009) (126) i Nacionalni forum za kvalitetu (National Quality Forum) (127).

Europsko društvo za palijativnu skrb (European Association of Palliative Care, EAPC) uvelo je definiciju duhovnosti koja obuhvaća njezinu multidimenzionalnu narav i koja susreće egzistencijalna pitanja, utemeljenje vrijednosti i religiozna razmatranja kao „dinamičnu dimenziju ljudskog života koja povezuje iskustvo pojedinca, njegova traženja smisla i životnog značenja, kao i transcendencije te načina kojim se on povezuje sa sobom, okolinom i svetim ...“(128).

Duhovnost pomaže članovima obitelji shvatiti da patnja ima smisla u prolaznosti života. Duhovna skrb donosi nemjerljiv potencijal poboljšanja kvalitete života pacijentu, članovima obitelji ili osobama koje skrbe o njima (129).

4. Sindrom demoralizacije

Beznađe, gubitak smisla i egzistencijalne brige predložene su kao osnovne značajke dijagnostičkog kriterija za sindrom demoralizacije. Ovaj se sindrom razlikuje od depresije i prepoznatljiv je u palijativnoj skrbi. Povezan je s kroničnom somatskom bolešću, invaliditetom, tjelesnim promjenama uslijed bolesti, strahom od gubitka dostojanstva, socijalne izolacije i -tamo gdje postoji subjektivni osjećaj nesposobnosti – osjećajem veće ovisnosti o drugima ili percepcijom kao tereta drugim osobama. Zbog osjećaja bezvrijednosti ili nemoći, oni koji imaju sindrom, razvijaju želju da umru ili počine samoubojstvo (130).

Demoralizaciju možemo shvatiti kao osobitu i specifičnu reakciju na prijetnju, kod bolesnika koji je teško bolestan, karakteriziranu izrazitom anksioznošću i nesposobnošću da vidi put prema naprijed. Bespomoćnost može prerasti u totalno beznađe, kada bolesnik ima osjećaj gubitka daljnjeg smjera u svom životu. Demoralizirani bolesnik može se u nekom trenutku smijati ili uživati, ali ne može zamisliti nikakvu ugodu u budućnosti, dok depresivni ne

može osjetiti ugodu ni na kojoj razini. Demoralizirani ne zna što činiti i kako s okorjelom bespomoćnošću o svojem stanju, dok depresivni možda zna put djelovanja, ali nema motivacije. Kad bolesnik pita o eutanaziji, odnosno mogućnosti ubrzane smrti, ne treba mu odmah grubo reći kako je to nelegalno i slično. Jer je bolesnikova reakcija često znak demoraliziranosti, depresije, suicidalnih ideja, straha ili intenzivne boli pa je važno pokušati riješiti te simptome. Zdravstveno osoblje educirano je za unapređenje života i zdravlja, a umirući bolesnik izravno je proturječje te obveze pa zato ponekad liječnici i medicinske sestre reagiraju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege. Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema umirućim bolesnicima. Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i njezin život. U zdravstvenih radnika često postoji konflikt između „afektivne neutralnosti“ i potrebe da se suosjeća s bolesnikom. Sindrom demoralizacije ima zadovoljavajuću važnost, opisnu, prediktivnu, konstruktivnu i divergentnu valjanost, što sugerira njegovu korisnost kao dijagnostičke kategorije u palijativnoj skrbi (130).

Klinički kriteriji za postavljanje sindroma demoralizacije (130):

1. Afektivni simptomi egzistencijalne problematike, uključujući beznade ili gubitak smisla i svrhe u životu,
2. Pesimistični stavovi, bespomoćnost, pacijenti se osjećaju zarobljeno, bolest vide kao osobni neuspjeh te nedostatak pozitivnih stvari u budućnosti,
3. Odsutnost želje ili motivacije da se drugačije nose sa problemom,
4. Povezanost između društvene otuđenosti ili izolacije i nedostatka podrške društva,
5. Oscilacije u intenzitetu emocija više od dva tjedna,
6. Veliki depresivni ili drugi psihijatrijski poremećaj nije prisutan kao osnovna dijagnoza.

Preporuke za terapiju sindroma demoralizacije (130):

1. Osigurati kontinuitet skrbi i aktivno upravljati simptomima,
2. Istražiti stavove o značenju života i nadi o ozdravljenju/poboljšanju zdravstvenog stanja,
3. Uravnotežiti potporu u tugovanju sa poticanjem nade,
4. Poticati potragu za novom svrhom i ulogom u životu,
5. Koristiti kognitivnu terapiju u preoblikovanju negativnih misli,

6. Uključiti duhovnika u duhovnu potporu,
7. Poticati podražavajuće odnose i korištenje volontera,
8. Provoditi obiteljske sastanke za poboljšanje funkcioniranja obitelji,
9. Analizirati ciljeve skrbi na sastancima multidisciplinarnog tima.

5. Pregled psihoterapijskih tehnika prema problemu na koji djelujemo

U tablici (tablica 3) je prikaz svih psihoterapijskih tehnika koje su ranije spomenute, te je dokazano djelovanje na pojedini problem koji se javlja kod palijativnog bolesnika.

Tablica 3. Psihoterapijske tehnike prema problemu na koji djelujemo

KOMPONENTA	PROBLEMI KOJI SE JAVLJAJU U PALIJATIVNOJ SKRBI	PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE
FIZIČKA	Zamor Manjak energije Slabost Dispneja Nesanica Bol Otežano kretanje Gubitak apetita	KBT Psihoedukacija Samohipnoza Abdominalno disanje Tehnike relaksacije
PSIHOLOŠKA	Anksioznost Gubitak kontrole Depresija Promjene u životnim ciljevima Gubitak pozitivne slike o sebi	KBT Suportivna terapija Mindfulness Intervencije bazirane na značenju (logoterapija)
SOCIJALNA	Osjećaj izolacije Razgovori o bolesti Promjene u interakcijama	Poticati društvenu potporu Planirati skrb Razgovarati o tijeku bolesti i umiranju
DUHOVNA	Strah od smrti Gubitak važnih uloga ili dostojanstva Demoralizacija Žaljenje za prošlosti	Intervencije bazirane na značenju ili dostojanstvu (logoterapija)

6. Zaključak

Unatoč postojanju smjernica o liječenju boli i dostupnosti lijekova, liječenje totalne boli kod malignih bolesti još nije adekvatno. Najčešće se s terapijom započinje prekasno, rabe se neodgovarajuće doze lijekova, liječenje boli je zanemareno zbog brige za druge simptome ili ne djelujemo na sve komponente totalne boli. Prema načelima palijativne skrbi, pravo na liječenje boli ima svaki bolesnik i stoga nam ono mora postati prioritet. Istraživanja su dokazala da bol možemo uspješno riješiti u 90% slučajeva, ali to činimo samo u 50% slučajeva (35). Slijedeći dostupne smjernice o liječenju boli, primjenom psihoterapije od samog postavljanja palijativne dijagnoze, lako možemo promijeniti ove brojeve i time pomoći većini svojih bolesnika i njihovim obiteljima.

Palijativna skrb teži holističkom pristupu kroz fizičku, emocionalnu, socijalnu i duhovnu komponentu svake osobe. Samim time traži kompleksan i multidisciplinarn pristup, kako bi umanjili bol kod pacijenta u terminalnom stadiju bolesti. Medicinska sestra je izuzetno važna karika u zbrinjavanju palijativnog bolesnika, ona mora razumjeti pacijentove probleme i potrebe. Svaki pacijent je individua za sebe, kao i njegov način i pogled na život, pa je tako i samo poimanje smrti individualno. Kao zdravstveni radnici upravo su medicinske sestre, dio interdisciplinarnog tima palijativne skrbi, u najbližem kontaktu s umirućim bolesnikom te kao takve moraju biti educirane iz područja palijativne skrbi, čija je potreba u zdravstvu u svakodnevnom porastu. Današnja vertikalna visokog obrazovanja medicinskim sestrama omogućuje edukacije iz grupne psihoterapije, mindfulnessa te logoterapije gdje možemo biti izravan pružatelj terapije.

Psihoterapijski pristup zahtijeva vrijeme, koje ponekada nemamo kada govorimo o palijativnim pacijentima. Stoga je važno procijeniti koja je optimalna tehnika kojom ćemo postići željeni rezultat u vremenu koje imamo. U svakom slučaju, svaki pristup palijativnom pacijentu bi trebao biti podržavajući i empatičan, što je i sama osnova mnogih psihoterapijskih tehnika. Za kvalitetnu skrb palijativnog pacijenta potreban nam je timski pristup, gdje svaki član ima svoju ulogu u holističkom pristupu pacijentu. Medicinske sestre provode dosta vremena uz samog bolesnik i potencijal za njihovu ulogu u pružanju kvalitetne palijativne skrbi je od velike važnosti. Od samog prepoznavanja određenih potreba do pružanja podrške. Na nama je da taj potencijal iskoristimo i omogućimo palijativnim pacijentima što mirniji i dostojanstveniji završetak života, a njihovim obiteljima podršku u procesu žalovanja.

7. Zahvala

Hvala mojoj supruzi, bez čije podrške i ljubavi niti jedan moj uspjeh, pa tako ni ovaj, ne bi bio moguć, ni potpun.

Velika hvala mojim roditeljima i sestri koji su uvijek vjerovali u mene i moj uspjeh i kad ni sam nisam. Hvala što ste bili najjači kada mi je bilo najpotrebnije. Hvala Vam na bezgraničnoj ljubavi, strpljenju i potpori.

Veliko hvala mentorici prof.dr.sc. Marijani Braš, na stručnoj pomoći i savjetima pri izradi završnog rada. Zahvaljujem se predsjedniku Povjerenstva prof.dr.sc. Veljku Đorđeviću, kao i članu Povjerenstva prof.dr.sc. Draženu Begiću.

8. Literatura

1. Definicija palijativne medicine SZO : <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, pristupljeno 27.12.2019.
2. Jušić A. Palijativna medicina - palijativna skrb. *Medicus* 2001;10(2):247-252.
3. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine - Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Medicinska naklada. Zagreb, 2013.
4. Saunders C. The management of patients in the terminal stage. London: Butterworth and Company 1960;6:403-17.
5. Humphreys C. „Waiting for the last summons”: the establishment of the first hospices in England 1878-1914. *Mortality* 2001;6:146-66.
6. Clark D, Seymour J. Reflections on palliative care: sociological and policy perspectives. Buckingham: Open University Press, 1999.
7. Saunders C. Drug treatment of patients in the terminal stages of cancer. *Cur Med Drugs* 1960;1:16-28.
8. Saunders C. The care of the terminal stages of cancer. *Ann R Coll Surg* 1967;41(suppl):162-69.
9. Clark D. „Total pain“, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders 1958-67. *Soc Sci Med* 1999;49:727-36.
10. Saunders C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescriber's Journal* 1964;4:68-73.
11. Saunders C. *On Dying Well: An Anglican contribution to the debate on euthanasia*. London: Church Information Office, 1975.
12. Kubler Ross E. *On Death and Dying*. London: Tavistock, 1969.
13. Popović D, Jušić A. Tiha revolucija u medicini. *Medix* 2005;14:60/61. Dostupno na: <https://mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/centri/centar-za-palijativnu-medicinu-medicinsku-etiku-i-komunikacijske-vjestine> pristupljeno: 27.12.2019.
15. Doyle D. *Getting started, Guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care service.*, Houston, IAHPC Press 2nd edition, 2009.
16. Buckman R. *Ne znam što reći. Školska knjiga*. Zagreb, 1996.

17. Frković A. Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzije i eutanazije. *Socijalna ekologija* 2007;16(2-3):215-229.
18. Baile W, Buckman R i sur. SKIPES - A Six-Step protocol for delivering bad news to the patients with cancer. *The Oncologist* 2000;5(4):302-311.
19. Belbin RM. Timovi za upravljanje: zašto su uspješni ili neuspješni. London: Heinemann 1981.
20. Payne M. Timski rad u interdisciplinarnoj skrbi. Basingstoke: Palgrave Macmillan 2000.
21. Opie A. Timovi za razmišljanje /mislimo na klijente: timski rad zasnovan na znanju. New York: Columbia University Press, 2003.
22. West M. Tajne uspješnog upravljanja timom. Školska knjiga. Zagreb, 2005.
23. Brinar V. i sur. Neurologija za medicinare. *Medicinska naklada*, 2009;193-195
24. Demarin V, Bašić Kes V i sur. Glavobolja i druga bolna stanja. *Medicinska naklada* 2011; 8-22,280-297,384-386.
25. Slika preuzeta: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/13334/Bol-kod-hematoloskih-bolesnika.html> pristupljeno: 28.12.2019.
26. Ivanušić J, Harangozo A. Psihološko-psihijatrijski aspekti liječenja boli. *Medicus* 2014; 23(1):15-22.
27. McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol* 1994; 39 Suppl:55-62.
28. Havelka M. O boli. U: *Zdravstvena psihologija*. Naklada Slap. Jastrebarsko, 1998;159-208.
29. Villemure C, Bushnell MC. Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?. *Pain* 2002;95:195-9.
30. Main CJ, Watson PJ. Psychological aspects of pain. *Manual therapy* 1999;4:203-15.
31. Dobrila-Dintinjana R, Vukelić J, Dintinjana M. Liječenje maligne boli. *Medicus* 2014; 23(61):93-97.
32. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2018. godini. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/09/Bilten__Umrli-_2018-1-1.pdf. Datum pristupa: 16. 01. 2020.

33. Valdimarsdottir U, Helgason AR, Furst CJ, Adolfsson J, Steineck G. The unrecognized cost of cancer patients' unrelieved symptoms: a nationwide follow-up of their surviving partners. *British Journal of Cancer* 2002;86:1540-5.
34. Pharo GH, Zhou L. Pharmacologic Management of Cancer Pain. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2005;105:S21-8.
35. Ward SE, Carlson-Dakes K, Hughes SH, Kwekkeboom KL, Donovan HS. The impact on quality of life of patient-related barriers to pain management. *Research in Nursing & Health* 1998;21:405-13.
36. Frich LM, Borgbjerg FM. Pain and pain treatment in AIDS patients: a longitudinal study. *Journal of Pain Symptom Management* 2000;19:339-47.
37. Luzer J, Dobrila-Dintinjana R, Dintinjana M. A dying patient-how much analgesia? *Libri Oncolocigi* 2009;37(1-3):47-50.
38. Dobrila-Dintinjana R, Vukelić J, Dintinjana M i sur. Patofiziologija i liječenje onkološkog bola. *Medicina Fluminensis* 2012;48:278-284.
39. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematology Oncology Clinic North America* 2002;16:511-25.
40. Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. III. englesko izdanje, prijevod na hrvatski: Školska knjiga. Zagreb, 1996.
41. Kubler Ross E. Razgovori s umirućima. Oko tri ujutro. Zagreb, 1989; 4 izdanje
42. Carter LE, McNeil DW, Vowles KE i sur. Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. *Pain Research Management* 2002;7:21-30.
43. Rainville P, Bao QV, Chretien P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain* 2005;118:306-18.
44. Ivanec D. Psihološki čimbenici akutne boli. *Suvremena psihologija* 2004;7:271-309.
45. Zillmann D, de Wied M, King-Jablonski C, Jenzowsky S. Drama-induced affect and pain sensitivity. *Psychosomatic Medicine* 1996;58:333-41.
46. Frankl V. Bog kojega nismo svjesni. Oko 3 ujutro. Zagreb, 2001;5 izdanje.
47. Kopf A, Patel NB. Treatment of pain in low-resource settings. *The New England Journal of Medicine* 2010;8:48-60.

48. The British Pain Society – Cancer Pain Management. Physical therapies for cancer pain. Dostupno na: [http:// www.britishpainsociety.org/book_cancer_pain.pdf](http://www.britishpainsociety.org/book_cancer_pain.pdf). Str 55-63 Datum pristupa: 16. 1. 2020.
49. [http://www.plivamed.net/?plivamed\[section\]=IMAGEmanager&plivamed\[action\]=getImage&plivamed\[id\]=7080&plivamed\[size\]=8&](http://www.plivamed.net/?plivamed[section]=IMAGEmanager&plivamed[action]=getImage&plivamed[id]=7080&plivamed[size]=8&) Pristupljeno 16.01.2020.
50. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life. *Journal of Pain Symptom Manage* 1997;13:254-61.
51. Vadalouca A, Moka E, Argyra E, Sikioti P, Sifaka I. Opioid rotation in patients with cancer: a review of the literature. *Journal of Opioid Management* 2008;4:213-50.
52. Nersesyan H, Slavin KV. Current approach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2007;3:381-400.
53. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkahahn J, Paladini A, Verrassi G. Time to modify the WHO analgesic ladder?. *Pain Clinical Updates* 2005;13:1-4-
54. Braš M, Gregurek R. Kronična bol i psihijatrijski poremećaji. *Medix* 2009;83:92-95.
55. Buckman R. Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće (prijevod engleskog, sedmog kanadskog izdanja). Školska knjiga. Zagreb, 1996.
56. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Medicinska naklada. Zagreb, 2015; 28:369-380.
57. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Medicinska naklada. Zagreb, 2015; 29:381-387.
58. Braš M, Đorđević V. Psihijatrijsko/psihološki aspekti u paliјativnoj medicini, *Medix* 2016;119-120.
59. Csaszar N, Bagdi P, Sroll DP, Szoke H. Pain and Psychotherapy, in the light od Evidence of Psychological Treatment Methods of Chronic Pain Based on Evidence. *Journal of Psychology & Psychotherapy* 2014;4:145. doi:10.4172/216-0487.1000145.
60. Miller SM. Controllability and human stress: Method, evidence, and theory. *Behaviour Research and Therapy* 1979;17:287-304.
61. Songer D, *Psychotherapeutic Approaches in the Treatment of Pain, Psychiatry (Edgmont)* 2005;2(5):19-24.

62. Martinec R, Miholić D. Pokret, dodir, imaginacija i progresivna mišićna relaksacija u palijativnoj skrbi. *Socijalna psihijatrija* 2017;45(2):87-94.
63. Pollak KI, Lyna P, Bilheimer A, Porter LS. A brief relaxation intervention for pain delivered by palliative care physicians: A pilot study. *Palliative Medicine* 2015; 29:569-70.
64. Bancila AT, Ianovici N, Bancila S. Modifying factors of chronic pain perception in oncological patients. *Pharmacology & Clinical Toxicology* 2012;16:226-31.
65. Cooper J. What is the cancer patient's own experience of participating in an occupational therapy led relaxation programme? *Progress in Palliative Care* 2014;22:206-11.
66. Chan WH, Richardson A, Richardson J. Evaluating a complex intervention: A process evaluation of a psycho-education program for lung cancer patients receiving palliative radiotherapy. *Contemporary Nurse*, 2012;40:234-244.
67. Ferrell BR, Coyle N,ur. *Textbook of palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press 2006;177-94.
68. Menzies V, Jallo N. Guided Imagery as a Treatment Option for Fatigue. *Journal of Holistic Nursing* 2011;29:279-86.
69. Lai WS, Chao CC, Yang WP, Chen CH. Efficacy of Guided Imagery with Theta Music for Advanced Cancer Patients with Dyspnea: A Pilot Study. *Biological Research for Nursing* 2010;12:188-197.
70. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Dell Publishing 1990.
71. Boričević Maršanić V, Paradžik Lj i sur. Usredotočena svjesnost - Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija* 2015;43:142-150.
72. Desrosiersa A, Vineb V, Klemanskib DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Common and Distinct Mechanisms of Action. *Depress Anxiety* 2013;30:654-661.
73. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 1985;8:163-190.
74. Shapiro S, Carlson L, Astin J, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* 2006;62:373-386.

75. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science* 2011;6:537-59.
76. Tang YY, Posner MI. Theory and method in mindfulness neuroscience. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 2013;8:118-120.
77. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;57:35-43.
78. Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine* 2010;40:1239-1252.
79. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM. Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS One* 2015;10:e0124344.
80. Piet J, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulnessbased therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;80:1007-20.
81. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011;152:533-42.
82. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR i sur. Effectiveness of mindfulness- based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;76:341-51.
83. Kozasa EH, Tanaka LH, Monson C i sur. The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports* 2012;16:383-387.
84. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;68:539-544.
85. Radbruch L, Strasser F, Elsner F. Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. *Palliative Medicine* 2008;22:13-23.
86. Axelsson B, Sjoden PO. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine* 1998;12:29-39.

87. Lowe, SS. Physical Activity and Palliative Cancer Care. *Recent Results in Cancer Research* 2010;349-365.
88. Roberts AH, Sternbach RA, Polich J. Behavioral management of chronic pain and excess disability: Long-term follow-up of an outpatient program. *The Clinical Journal of Pain* 1993;9:41-8.
89. Watson M, Kissane D. *Handbook of Psychotherapy in Cancer care*. Wiley Blackwell 2011.
90. Budanko Brumen Z, Tocilj-Šimunković G i sur. *Institut za grupnu analizu Zagreb*. Zagreb: Udruga grupnih psihoterapeuta Hrvatske, 2003.
91. Cigrovski A, Marinić R, Domokuš AN. Ptsp i grupna psihoterapija - iskustva medicinskih sestara u neuropsihijatrijskoj bolnici „ dr. Ivan Barbot“, Popovača. *Socijalna psihijatrija* 2014;42(2):123-127.
92. Ratković AS, Brajković L, Šumić M, Cvek M. Psihoedukacija u zdravstvenom sustavu. *MEDIX* 2011;92(supl 1):77-79.
93. O'Donohue W, Cummings N. *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. 1st ed. New York: Academic Press 2008.
94. Patel MX, David AS. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry* 2004;3(10):41-4.
95. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: metaanalysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995;22(9):1369-81.
96. Devine EC, Cook TD. Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Research in Nursing & Health* 1986;9(2):89-105.
97. Devine EC, Reifschneider E. A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing Research* 1995;44(4):237-45.
98. Smith JR, Mugford M, Holland R, et al. A systematic review to examine the impact of psycho-educational interventions on health outcomes and costs in adults and children with difficult asthma. *Health Technology Assessment* 2005;9(23):1-167.
99. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling* 1992;19(2):129-42.
100. Hampson SE, Skinner TC, Hart J, et al. Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: a systematic review. *Health Technology Assessment* 2001;5(10):1-79.

101. Devine EC. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2003;30(1):75-89.
102. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac. *Journal of Pain Symptom Management* 2008;36(2):126-40.
103. Frankl VE. Čovjekovo traganje za smislom. Biblioteka alter:ego. Zagreb, 2010.
104. Schulenberg SE, Nassif C, Hutzell RR, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice, Psychotherapy Theory, Research, Practice. *Training* 2008;45:447-463.
105. Vachon M, Fillion L, Achille M, Duval S, Leung D. An Awakening Experience: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Effects of a Meaning-Centered Intervention Shared Among Palliative Care Nurses. *Qualitative Research in Psychology* 2011;8:66-80.
106. Starck PL. The theory of Meaning in Hospice Care. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 2017;20(4):221-225.
107. Vidović B. Logoterapijski pristup depresiji. *Crkva u svijetu* 2016;51:78-97.
108. Soetrisno S, Sulistyowati A, Ardianto, SH. The effect of logotherapy on the expressions of cortisol, HSP70, Beck Depression Inventory (BDI), and pain scales in advanced cervical cancer patients 2017;38(2):91-99.
109. Chao C, Chen C, Yen M. The Essence of Spirituality of Terminally Ill Patients. *Journal of Nursing Research* 2002;10(4):237-234.
110. Ettema E, Wulp M, van Leeuwen R, Leget C. Embedding of the spiritual dimension in palliative consultation services in the Netherlands: inventory, evaluation, and recommendations. 2015;23(5):259-266.
111. Mc Clain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003;361:1603-1607.
112. Breitbart W, Gibson C, Poppito S, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49:336–372.
113. Vachon M, Fillion L, Achille M. A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine* 2009;12:53–59.
114. Green SH, Ferrell B i suradnici. Integrating Spiritual Care within Palliative Care. An Overview of Nine Demonstration Projects. *Journal of Palliative Medicine* no 15 2012; 2:154-

- 162.115. Daaleman T. A Health Services Framework of Spiritual Care. *Journal of Nursing Management* 2012;8:1021-1028.
116. Koenig HG, Cullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press. New York, 2001.
117. Hanks G, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford, 1998.
118. Astrow AB, Purchalski C, Sulmasy DP. Religion, Spirituality and health care: Social, ethical, and practical considerations. *American Journal of Medicine* 2001;110(4):283-287.
119. Sloan SP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999;353:664-667 .
120. Brien B. A concept analysis of spirituality. *British Journal of Nursing* 2006;15:42-45.
121. Baumrucker SJ. Spirituality in hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 2003;20:90-92.
122. Grey A. The spiritual component of palliative care. *Palliative Medicine* 1994;3:215-221.
123. Sinclair S, Pereira J i sur. A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 2006;2(9):464-474.
124. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42 2002;42(spec no3):24-33.
125. Travado L, Grassi L i sur. Do spirituality and faith make difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative and Support Care* 2010;4(8):405-413.
126. National consensus project for quality palliative care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 2 2009. <http://www.nationalconsensusproject.org>. pristupljeno:14. 3. 2020.
127. National quality forum, A national framework and preferred practices for Palliative and Hospice Care. A Consensus Report. 2006; [http://www. Qualityforum. org/publications/reports/palliative.asp](http://www.Qualityforum.org/publications/reports/palliative.asp). pristupljeno:14. 3. 2020.
128. King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision, *BMC Health Services Research*, 9 2009. [http:// www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116](http://www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116). pristupljeno:14. 3. 2020.

129. Vuletić S i sur. Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika. Bogoslovska smotra 2014;84(4):881-906.

130. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization Syndrome a Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. Journal of palliative care 2001;17(1):12-21.

9. Životopis

Ime: Alen

Prezime: Breček

Datum rođenja: 20.01.1988.

Adresa: Ulica Ivana Mažuranića 20, 44320 Kutina

e-mail: alenbrecek@hotmail.com

mobitel: 0915683941

Obrazovanje:

2002-2004. – Škola za medicinske sestre Mlinarska

2004-2007. – Zdravstveno Veleučilište Zagreb - smjer sestrinstva – preddiplomski

Od rujna 2018. – Medicinski fakultet Zagreb – Diplomski studija sestrinstva

Radno iskustvo:

2008-2009. – KBC Zagreb, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

2009-2012. – Poliklinika Medikol – neurološka ambulanta

Od 2012. – Neuropsihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot Popovača (NPBP)

- 2012-2013. – Odjel za neuroze i granična stanja (sada Odjel za psihoterapiju, tehničar u smjenskom radu)

- 2013-2017. – Poliklinika za neurologiju (glavni tehničar od 2015-2017)

- 2017-2018. – Jedinica za kvalitetu (glavni tehničar za kvalitetu)

- od 2018. – Odjel za biološku psihijatriju (voditelj tima zdravstvene njege)

- od 2016. – voditelj trajnog usavršavanja za med. sestre i tehničare u NPBP (uz rad na odjelu)

- od 2019. – član Bolničkog tima za palijativnu skrb (uz rad na odjelu)

Dodatna znanja:

Engleski jezik – aktivno u govoru i pismu – završena B1 razina

Njemački jezik – aktivno u govoru i pismu

Ostalo:

Dobitnik Dekanove nagrade za najbolji uspjeh na prvoj godini diplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, generacija 2018/2019.

Interesi:

Rad u struci i daljnje usavršavanje.