

## ПРОЦЕНА ДИСТРЕСА ОНКОЛОШКИХ ПАЦИЈЕНАТА НАКОН ЗАВРШЕТКА ЛЕЧЕЊА

Тамара Кликовац

Универзитет у Београду, Филозофски факултет, Београд, Србија

\*[tklikova@f.bg.ac.rs](mailto:tklikova@f.bg.ac.rs)

### Апстракт

Главни циљ овог истраживања био је да се процени ниво дистреса код онколошких пацијената годину и по дана након постављања дијагнозе малигне болести и по завршетку комбинованог онколошког лечења (хирургија, хемио-терапија и/или радио-терапија). Други циљ односио се на напоре да се, следећи светске стандарде у области психоонкологије које су поставили *The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* и *International Psycho-Oncology Society (IPOS)*, први пут у нашој средини примени дистрес скала, односно дистрес термометар, на узорку онколошких пацијената који су се обратили за психолошку помоћ и подршку приватном саветовалишту након завршетка онколошког лечења. Испитани узорак чинило је 40 пацијената (30 жена и 10 мушкараца) који су приликом првог доласка у саветовалиште и на крају иницијалног психолошког интервјуа замољени да попуне дистрес термометар уз понуђена адекватна објашњења да је самопроцена дистреса од значаја за даљи саветодавно-психолошки и/или психотерапијски рад. Резултати који се односе на цео узорак показали су да је највећи проценат испитаних пацијената (52,5%) различите испитане проблеме процењивао као умерено стресне, 20% пацијената је проблеме процењивао као веома стресне, 12,5% као мало стресне и свега 5% као нимало стресне. Од практичних проблема, највећи проценат испитаних пацијената најстресније процењује бригу о новцу и плаћању рачуна (30%) и бригу у вези с послом (27,5%). Затим, 22,5% пацијената бригу у вези с родитељством и одгајањем деце наводи као најстресније породичне проблеме. У вези са емоционалним проблемима, значајан проценат (45%) пацијената као најстресније емоционалне проблеме процењује забринутост и стрепњу, 32,5% постојање различитих страхова, 22,5% тугу, а 20% пацијената наводи као најстресније емоционалне проблеме раздражљивост и напетост. На крају, 85% пацијената навело је да је страх од релапса болести проблем који им најтеже пада. У овом истраживању пацијенти емоционалне проблеме доживљавају као стресније у поређењу са другим проблемима након завршетка онколошког лечења.

**Кључне речи:** онколошки пацијенти, психоонкологија, дистрес, емоционални проблеми.

## ASSESSMENT OF DISTRESS AMONG ONCOLOGY PATIENTS AFTER THE COMPLETION OF THE TREATMENT

### Abstract

The main aim of this study is to assess the level of distress among oncology patients a year and a half after the diagnosis of malignancy and completion of the combined oncology treatment (surgery, chemotherapy and/or radiotherapy). The second goal was to apply, for the first time in our country, the following world standards in the field of psycho-oncology set up by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) and the International Psycho-Oncology Society (IPOS) using a distress scale/distress thermometer on a sample of oncology patients who applied for psychological help and support in a private counseling center after completion of the oncological treatment. The examined sample consisted of 40 patients (30 women and 10 men) who, upon their first arrival at the counseling center and at the end of the initial psychological interview, were asked to fill the distress thermometer with the adequate explanations, provided that the self-assessment of the distress was significant to the further counseling psychological and/or psychotherapeutical treatment. The results of the whole sample showed that the highest percentage of patients examined (52.5%) evaluated various investigated problems as moderately stressful, 20% of patients assessed the problems as very stressful, 12.5% as slightly stressful and only 5% as not stressful. Related to practical problems, the largest percentage of patients assessed money and account payment issues (30%) and work - related issues (27.5%) as the most stressful. 22.5% of patients quote parenting and child care as the most stressful family problems. Concerning emotional problems, a significant percentage of patients (45%), quote concern and anxiety, 32.5% the existence of different fears, 22.5% sadness, and 20% irritability and tension as the most stressful emotional problems. 85% of patients stated that the fear of relapse of the disease is a problem that worries them the most. Patients in this study experience emotional problems considerably more stressful compared to other problems in the post-treatment period.

**Key words:** oncology patients, psycho-oncology, distress, emotional problems.

### *УВОД*

Потврда дијагнозе малигне болести, процес дуготрајног, неизвесног онколошког лечења, које је често праћено различитим негативним ефектима (губитак косе, смањење телесне тежине, мучнина и повраћање, инвалидност итд.), и период након завршетка лечења представљају стресне животне догађаје који могу да узрокују дугорочнију кризну животну ситуацију како на индивидуалном тако и на породичном нивоу. Кликовац (2017, стр. 8) наводи да

„Дијагноза малигне болести и захтевно, дуготрајно лечење и терапије представљају КРИЗНЕ ЖИВОТНЕ ДОГАЂАЈЕ који могу да буду озбиљна претња психолошкој тј. емотивној стабилности током суочавања са болешћу. Људи различито реагују када сазнају да болују од малигне боле-

сти и да их очекује дуготрајно и захтевно лечење праћено неизвесношћу и бројним медицинским процедурама. За некога је малигна болест ШОК и СТРЕС, за некога је ЖИВОТНА КРИЗА, неко дијагнозу, лечење и све медицинске интервенције доживљава као ТРАУМАТСКА ИСКУСТВА (ако болест доводи до инвалидности)”.

Малигна болест и лечење имају значајан утицај на погоршање квалитета живота пацијента, али и чланова породице. Истраживања су показала да једна трећина онколошких пацијената доживљава интензиван дистрес, али и да партнери и неговатељи пацијената често доживљавају интензивнији дистрес од пацијената (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001; Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004). У нашем језику се користе различити појмови који описују стање дистреса – страдање, напрезање, узнемирење, трпљење, потресеност, а уопштено одређено, дистрес код онколошких пацијената представља непријатан емоционални доживљај узрокован дијагнозом, лечењем, симптомима малигне болести, али и субјективним доживљајем болести. Дефиниција појма дистрес биће наведена касније у тексту. Значајан проценат онколошких пацијената (30–45%) током лечења и по завршетку лечења има високе нивое дистреса који се односе на различите аспекте функционисања (Zabora et al., 2001; Carlson, Angen, Cullum, Goodey, Koopmans, & Lamont, 2004) који могу да узрокују озбиљне проблеме са менталним здрављем, тачније психичке проблеме као што су депресивност, анксиозност и проблеми прилагођавања (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013; Grassi, & Riba, 2012; Grassi, & Travado, 2008; Grassi, Travado, Gil, Sabato, & Rossi, 2004). Психонколошке студије показале су да се код 30–40% онколошких пацијената у просеку дијагностикује неки од психолошких поремећаја који се према важећим међународним класификацијама менталних поремећаја ICD-10 или DSM-V класификују као дистрес, депресивност, анксиозност, мешовити анксиозно-депресивни поремећај, соматоформни поремећаји, поремећаји прилагођавања и сексуалне дисфункције (Grassi et al., 2008; Grassi, Nanni, & Caruso, 2010). Истраживање које је спроведено у нашој средини на узорку од 80 онколошких пацијената показало је да 60% пацијената почетак онколошког лечења доживљава као стрес и кризну ситуацију, депресивна осећања, разочараност; нервозу и иритабилност наводи 90% пацијената, а 85% пацијената истиче да осећа страх, беспомоћност и празнину (Klikovac i Đurđević, 2010).

Суочавање са малигном болешћу, тј. постављање дијагнозе малигне болести, код већине људи изазива много интензивније психичке, тј. емоционалне реакције него суочавање са било којом другом соматском болешћу (Holland, 2002). Синоними *канцер* – *малигна болест* – *рак* још увек због различитих предрасуда изазивају код ве-

ћине људи асоцијације на патњу, бол, смрт и у вези са тим покрећу различите страхове. Најинтензивнији и најдубљи егзистенцијални страх је страх од смрти, а често се код оболелих од малигнух болести препознају и други страхови: страх од одвајања и изолације од ближњих и социјалне средине; страх од пропадања и бола, осећање неизвесности, промена перцепције будућности и живота и страхови од маргинализације и стигматизације (Klikovac & Andrijić-Haimani, 2014).

Из наведених разлога, још 50-их година прошлог века почела је да се развија психоонкологија као независна научна област и примењена дисциплина која је усмерена на пружање психолошке подршке и психотерапијске помоћи особама оболелим од различитих малигнух болести и њиховим породицама. Предмет проучавања психоонкологије у најширем смислу односи се на проучавање утицаја психосоцијалних фактора у оквиру мултидимензионалног разумевања различитих малигнух болести и укључује дијагностичке, терапијске, едукативне и истраживачке активности психијатара и психолога у онколошким институцијама, тачније онколошким тимовима (Gregurek & Braš, 2008). Конкретније, психоонкологија се бави проучавањем психолошких, социјалних, духовних и етичких проблема особа оболелих од различитих малигнух болести (Holland, Breitbart, Jacobsen, Lederberg, Loscalzo, & McCorkle, 2010).

Психоонкологија је усмерена на тзв. хумани аспект укупне бриге за пацијенте који су оболели од малигнух болести, а ужу област проучавања и деловања представљају:

- психолошке реакције на малигну болест и лечење, како пацијент тако и чланова породице и чланова медицинског тима;
- испитивање утицаја различитих психо-социјалних, бихевиоралних фактора као потенцијалних ризико-фактора за појаву малигне болести, као и каснији утицај наведених фактора на преживљавање и квалитет живота (Holland, 2002; Holland et al., 2010).

Савремена психоонкологија, сходно већ наведеном, бави се заштитом и унапређењем менталног здравља онколошких пацијената и њихових породица, али и заштитом и унапређењем менталног здравља медицинског особља које се бави онколошким пацијентима у свим фазама захтевног и комплексног онколошког лечења (Klikovac, 2014).

Стандарди које прописује Интернационално удружење психонколога (*The International Psycho-Oncology Society – IPOS*), а који истовремено представљају полазиште за ово истраживање, указују да психо-социјални аспекти у онкологији треба да буду препознати као неприкосновено људско право и право пацијената, те да квалитетна онколошка пракса интегрише психо-социјалне аспекте функционисања пацијената, као и процену њихових потреба у различитим фазама као део уобичајених протокола онколошког лечења.

Стандард је такође да је дистрес код онколошких пацијената потребно учестало процењивати у свим фазама онколошког лечења и по завршетку лечења (Travado & Dalmas, 2015).

Идеја за ово истраживање проистекла је из психолошко-саветодавног и психотерапијског рада са особама оболелим од различитих малигних болести различитог узраста који су се за психолошку консултацију обратили приватном психолошком саветовалишту. Истраживачка радозналост садржана у питању шта за онколошке пацијенте у нашој средини по завршетку онколошког лечења представља највећи дистрес представља предмет овог рада. Теоријске импликације овог рада односе се на примену дистрес скале први пут у нашој средини, а у складу са светским стандардима уз одређивање метријских карактеристика скале.

Основна идеја овог истраживања заснива се управо на чињеници да у нашој средини стандарди Интернационалног удружења психоонколога, а посебно део који се односи на учестало процењивање дистреса у свим фазама онколошког лечења, и по завршетку лечења нису интегрисани у онколошку праксу и да нема објављених истраживања о томе шта за онколошке пацијенте у нашој средини представља дистрес. Имајући у виду да је дистрес уведен као шести витални знак који се процењује код онколошких пацијената у свим фазама лечења, важно је да се наведени стандард постепено уведе и у наш здравствени систем, што представља практичну препоруку овог рада. Психоонкологија је релативно нова научна и примењена област у Србији. Традиционални медицински модел са бројним отпорима и препрекама према интегрисању психосоцијалних аспеката бриге за онколошке пацијенте и њихове породице још је увек доминантан у нашем здравственом систему, што потврђује и мали број психолога едукованих у области психоонкологије и ангажованих у референтним онколошким центрима (Klikovac, 2007).

### ПРОЦЕНА ДИСТРЕСА КОД ОНКОЛОШКИХ ПАЦИЈЕНАТА

За разлику од земаља у којима су психо-социјални аспекти функционисања пацијената и процена њихових психолошких реакција и потреба, као и пружање стручне психолошке/психотерапијске подршке, у свим фазама лечења већ деценијама уназад доступни и интегрисани у онколошку праксу, у нашој земљи је наведена пракса реткост.

Важност процене дистреса код онколошких пацијената у Америци је наглашавана од 2004. године, када је *The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* организовао први мултидисциплинарни састанак са циљем да за емоционалне проблеме онколошких пацијената пронађу мање стигматизујући појам у поређењу са појмовима *психолошки, психијатријски, психосоцијални*. Изабрана реч била је

*дистрес*, за који је на наведеном састанку предложено да представља шести витални знак функционисања, који је неопходно процењивати код онколошких пацијената у свим фазама лечења и по завршетку лечења у периоду рехабилитације (познато је да постоји пет виталних показатеља нашег функционисања: пулс, дисање, притисак/тензија, температура, бол и, шести, дистрес) (NCCN, 2010; Bultz & Carlson, 2005). У психоонкологији дистрес се дефинише на следећи начин:

„Дистрес је непријатан емоционални доживљај психолошке (когнитивне, бихевиоралне, емоционалне), социјалне и/или духовне природе који се налази на континууму од нормалних, уобичајених и очекиваних осећања вулнерабилности (рањивости), туге и страхова до озбиљних поремећаја као што су депресија, анксиозност, паника, социјална изолација, егзистенцијалне и духовне кризе, који могу да ометају ефикасно превладавање малигне болести, физичких симптома болести и лечења” (NCCN, 2010; р. 450).

Светски стандарди подразумевају да је код свих онколошких пацијената потребно урадити процену дистреса у следећим периодима, када су пацијенти посебно рањиви, односно осетљиви (Holland & Bultz, 2007; Nalić & Vukotić, 2010):

- откриће сумњивих симптома;
- потврда и саопштавање дијагнозе;
- чекање на резултате додатних, контролних прегледа;
- чекање на почетак лечења;
- промене у протоколу лечења;
- завршетак лечења;
- период „преживљавања” и стрес у вези са тим;
- контроле, праћења и контролни прегледи;
- неуспешно лечење;
- рецидив и напредовање болести;
- пред крај живота у оквиру палијативног збрињавања.

Знање и свест о важности процене дистреса код онколошких пацијената повећавају вероватноћу да ће и лекари-онколози током интеракције и комуникације са пацијентима обратити више пажње на дистрес и симптоме дистреса и о томе разговарати са пацијентима (Taenzer, Bultz, Carlson, & Spesa, 2010). Онколошки пацијенти који разговарају са лекарима о емоционалним проблемима проузрокованим дијагнозом и лечењем – неоспорно добијају виши ниво психосоцијалне подршке и осећају веће задовољство лечењем (Forsythe, Kent, Weaver, Buchann, Hawkins, Rodriguez, Ryerson, & Rowland, 2013). Међутим, већина лекара-онколога који раде са онколошким пацијентима не користи дистрес скалу и сличне инструменте за процену дистреса и емоционалних проблема (Holland, Breitbart, Dudley, Fulcher, Greiner, & Hoofring, 2010; Holland, Watson & Jeff, 2011).

Иако је дистрес очекивана и уобичајена реакција онколошких пацијената, различите истраживачке студије показале су да се у 50 до 94% случајева чак и значајни нивои дистреса код пацијената не препознају и не препознају током рутинских, свакодневних лекарских визита (Fallowfield, Ratcliffe & Jenkins, 2001; Sollner, DeVries, Steixner, Lukas, Spinzi, Rumpold, & Maislinger, 2010). Истраживања су такође показала да 55% онколошких пацијената који указују да имају различите симптоме дистреса у различитим фазама лечења не добијају одговарајућу психолошку помоћ и подршку (Pascoe, Edelman & Kidman, 2000) и да код већине онколошких пацијената специфичне потребе за психолошком и/или психосоцијалном подршком нису препознате (Gessler, Low, Daniells, Williams, Brough, Tookman, & Jones, 2008; Patel, Sharpe, Thewes, Bell, & Clarke, 2011).

Општи циљ овог истраживања био је да се први пут у нашој средини примени дистрес скала, односно дистрес термометар (ДТ), који према светским стандардима у области психоонкологије представља примарни инструмент за брзу процену различитих проблема који у моменту процене онколошком пацијенту представљају или не представљају извор дистреса. На основу резултата на ДТ, спроводи се даља психодијагностика и креирају се индивидуални и мултидисциплинарни (психосоцијални, психолошки, духовни, медицински) програми подршке онколошком пацијенту у зависности од тога које проблеме пацијент процењује и наглашава као најстресније. Конкретније, општи циљ истраживања био је да се први пут у нашој средини на узорку онколошких пацијената који су се за психолошку помоћ и подршку обратили приватном психолошком саветовалишту примени дистрес скала и процени ниво дистреса годину и по дана након постављања дијагнозе малигне болести и по завршетку онколошког лечења. Специфичан циљ истраживања односио се на процену да ли постоји разлика у односу на проблеме који изазивају већи или мањи дистрес на узорку онколошких пацијената у нашој средини (практични проблеми; породични проблеми; емоционални проблеми; физички проблеми и духовни проблеми).

## МЕТОД

### *Узорак испитаника и начин прикупљања података*

Истраживањем је испитано укупно 40 онколошких пацијената из Београда (30 жена и 10 мушкараца), који су приликом првог доласка у приватно саветовалиште и на крају иницијалног психолошког интервјуа замољени да попуне дистрес термометар уз понуђена адекватна објашњења да је самопроцена дистреса од значаја за даља саветодавно-психолошка и/или психотерапијски рад. Старост испитаника кретала се од 30 година до 72 године (АС = 51,85; СД = 9,72).

Највећи проценат испитаница лечио се од карцинома дојке (55%) и гинеколошких карцинома (25%), те у мањем проценту од меланома (10%) и леукемија (10%), док су код испитаника мушког пола највише заступљени карциноми дебелог црева (70%) и меланоми (30%). Испитаници се нису значајно разликовали по степену стручне спреме, при чему је 60% испитаника имало високу и вишу стручну спрему, а 40% средње образовање. Заједничко за све испитанике је да су у моменту када су се обратили за психолошку консултацију били у фази након завршетка комбинованог онколошког лечења и у процесу редовних праћења и контрола, те да је од постављања дијагнозе малигне болести прошло између девет месеци и годину и по дана, с тим што су неки испитаници наставили са тзв. терапијом одржавања.

#### *ДИСТРЕС СКАЛА<sup>1</sup>*

**Дистрес скала** или **дистрес термометар (ДТ)** јесте визуелно-аналогна скала самопроцене дистреса у онкологији којом се (само)процењује дистрес у пет различитих домена функционисања: практични проблеми; породични проблеми; емоционални проблеми; физички проблеми и духовни проблеми, са распонем скорова од 0 (нема дистреса) до 10 (екстремни дистрес). Основна питања на скали су да ли је било проблема током прошле недеље и колико су проблеми били изражени (приказан је термометар на којем 0 означава непостојање проблема и дистреса, а 10 означава и постојање проблема и екстремни дистрес у вези са означеним проблемима). Различите студије показале су да је гранични скор за клинички значајан дистрес  $\geq 4$  (Bulli, Miccinesi, Maruelli, Katz, & Paci, 2009; Whiting, Rutjes, Reitsma, Bossuyt, & Kleijnen, 2003; Hollingworth, Medina, Lenkinski, Shibata, Bernal, Zurakowski, Comstock, & Jarvik, 2006). Метаанализа 42 релевантне истраживачке студије у којима је ДТ испитано 14,808 онколошких пацијената такође је показала да је гранични скор  $\geq 4$  (Ma, Zhang, Zhong, Shu, Wang, Wen, Zhou, Sang, Jiang, & Liu, 2014).

<sup>1</sup> Дистрес скала или дистрес термометар (ДТ) публикован је у целини у Quick References for Adult Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Adult Cancer Symptom Management (2006). American Cancer Society, Charlottesville, USA.

ДТ је преведен на наш језик и 2010 год. рад је представљен на 12. Светском конгресу психоонколога.

Референца: Klikovac, T., (2010). The Distress Thermometer translated into Serbian. In: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer: XII World Congress of Psycho-oncology (251–252). Quebec City: Canada.

Године 2010. ДТ је такође објављен у целини у приручнику Nalić, D., Vukotić, D. (2010). Priručnik za psihosocijalnu podršku obolelima i porodici [Manual for the Psychosocial Support to Ill people and Family], Novi Sad: Simbol.



Благ стрес код онколошких пацијената на ДТ (означава скор 4 или мањи од 4) указује на очекиване реакције које су повезане са осећањима страха, забринутости и несигурности у вези са будућношћу. Умерен и озбиљан дистрес на ДТ код онколошких пацијената је већи од скор 4 и указује на снажан доживљај забринутости, страхова, туге, разочарности, беспомоћности (NCCN, 2010). У овом пилот-истраживању коришћен је преведен, мало измењен, допуњен и нашој популацији прилагођен ДТ (Nalić et al., 2010; Kličovac, 2010). Измене се односе на додавање проблема у вези са купањем и облачењем и излагање из куће и шетње листи практичних проблемима; додавање проблема у односу са другима – рођаци и пријатељи; у групи емоционалних проблема ставка *депресивност* није преведена буквално, јер је дискутабилно како пацијенти разумеју депресивност (сигурно различито од стручњака из области менталног здравља и, да не би добијали погрешне самопроцене, преводи емоционалних проблема прилагођени су духу нашег језика – стрепња, страх, туга, раздражљивост и напетост). Духовним проблемима су у односу на оригиналну верзију ДТ додате две ставке да би се појаснило на шта се духовни проблеми односе – проблеми у вези са смислом живота и губитком вере и наде. Имајући у виду проблеме које онколошки пацијенти у нашем здравственом систему имају у вези са употребом допунске или алтернативне терапије, а који се односе на нелегалност и непровереност различитих сумњивих производа који се рекламирају на тржишту, за наше говорно подручје је додата и шеста група проблема – проблеми у вези са допунском/алтернативном терапијом. Додато је и једно питање отвореног типа – најтеже ми пада. Због лакшег сналажења и тачније самопроцене дистреса за различите проблеме, у нашој верзији ДТ измењен је и визуелни изглед термометра, дат у облику четворостепене скале Ликертовог типа (од 0 – нимало ме нису потресли, 1 – мало су ме потресли, 2 – умерено су ме потресли, па до 3 – много су ме потресли различити наведени проблеми), која мери исто што и оригинални ДТ, само сведено на 4 одговора (Nalić, et al., 2010).

### РЕЗУЛТАТИ

У овом истраживању добијено је да ДТ у целини показује високу поузданост ( $\alpha = 0,90$ ), као и да све супскеале имају умерену поузданост (0,61–0,83) (Табела 1). Израчунавање валидности супскеале ДТ показало је да су ајтеми супскеале Практични проблеми (Табела 2), Породични проблеми (Табела 3), Проблеми у односу са другима (Табела 4), Духовни проблеми (Табела 5) и Емоционални проблеми (Табела 6) валидни с обзиром на то да су све корелације појединачних ајтема са скором супскеале значајне и веће од критичне

вредности коефицијента корелације од 0,304. Што се валидности супске Физички проблеми тиче, корелације ајтема број 3, 7, 8 и 10 са скором супске нису значајне ( $p > 0,05$ ) и вредност коефицијента мања је од критичне вредности коефицијента корелације од 0,304, па се може закључити да ови ајтеми нису валидни. Корелација осталих ајтема са скором супске је значајна ( $p < 0,05$ ), што указује на то да су ови ајтеми валидни (Табела 7). Корелација 12 ајтема (седмог питања о практичним проблемима, четвртог питања о емоционалним проблемима, од другог до четвртог, од шестог до осмог питања и од десетог до дванаестог питања и шеснаестог питања о физичким проблемима са скором скале нису значајне ( $p > 0,05$ ) и вредност коефицијента је углавном мања од критичне вредности коефицијента корелације од 0,304, што указује на то да ови ајтеми нису валидни. Корелације осталих ајтема са скором скале су значајне ( $p < 0,05$ ) и веће од критичне вредности коефицијента корелације од 0,304, што указује на то да су сви остали ајтеми супске валидни (Табела 8).

Табела 1. Поузданост супске и дистрес термометра (ДТ) у целини

	Поузданост (Кронбах $\alpha$ )
Практични проблеми	0,77
Породични проблеми	0,64
Проблеми у односу са другима	0,61
Емоционални проблеми	0,76
Физички проблеми	0,72
Духовни проблеми	0,83
<b>Укупан скор ДТ у целини</b>	<b>0,90</b>

Табела 2. Супска Практични проблеми

	г	р
Практични проблеми 1	0,776**	0,000
Практични проблеми 2	0,683**	0,000
Практични проблеми 3	0,751**	0,000
Практични проблеми 4	0,693**	0,000
Практични проблеми 5	0,718**	0,000
Практични проблеми 6	0,449**	0,004
Практични проблеми 7	0,396*	0,011

Табела 3. Супска Породични проблеми

	г	р
Породични проблеми 1	0,831**	0,000
Породични проблеми 2	0,885**	0,000

Табела 4. Супскала Проблеми у односу са другима

	г	р
Проблеми у односу са другима 1	0,849**	0,000
Проблеми у односу са другима 2	0,850**	0,000

Табела 5. Супскала Духовни проблеми

	г	р
Духовни проблеми 1	0,928**	0,000
Духовни проблеми 2	0,922**	0,000

Табела 6. Супскала Емоционални проблеми

	г	р
Емоционални проблеми 1	0,819**	0,000
Емоционални проблеми 2	0,863**	0,000
Емоционални проблеми 3	0,841**	0,000
Емоционални проблеми 4	0,517**	0,001

Табела 7. Супскала Физички проблеми

	г	р
Физички проблеми 1	0,454**	0,003
Физички проблеми 2	0,422**	0,007
<b>Физички проблеми 3</b>	<b>0,158</b>	<b>0,331</b>
Физички проблеми 4	0,389*	0,013
Физички проблеми 5	0,436**	0,005
Физички проблеми 6	0,389*	0,013
<b>Физички проблеми 7</b>	<b>0,094</b>	<b>0,563</b>
<b>Физички проблеми 8</b>	<b>0,084</b>	<b>0,604</b>
Физички проблеми 9	0,377*	0,017
<b>Физички проблеми 10</b>	<b>0,239</b>	<b>0,138</b>
Физички проблеми 11	0,408**	0,009
Физички проблеми 12	0,372*	0,018
Физички проблеми 13	0,753**	0,000
Физички проблеми 14	0,755**	0,000
Физички проблеми 15	0,625**	0,000
Физички проблеми 16	0,550**	0,000
Физички проблеми 17	0,405**	0,010
Физички проблеми 18	0,504**	0,001

Табела 8. Корелације ајтема супскала ДТ

	г	р
Вођење домаћинства	0,622**	0,000
Новац, рачуни	0,728**	0,000
Посао/школа	0,712**	0,000
Превоз	0,535**	0,000
Чување деце	0,517**	0,001
Купање и облачење	0,390*	0,014
<b>Издажење из куће и шетње</b>	<b>0,200</b>	<b>0,222</b>
У браку / са партнером	0,637**	0,000
Одгајање деце / родитељство	0,568**	0,000
Рођаци	0,392*	0,014
Пријатељи	0,487**	0,002
Стрепња	0,758**	0,000
Страх	0,743**	0,000
Туга	0,724**	0,000
<b>Раздражљивост и напетост</b>	<b>0,290</b>	<b>0,073</b>
Бол	0,336*	0,037
<b>Испљеност/замор</b>	<b>0,308</b>	<b>0,056</b>
<b>Дисање/гушење</b>	<b>0,049</b>	<b>0,766</b>
<b>Храњење/гутање</b>	<b>0,243</b>	<b>0,137</b>
Затвор/пролив	0,338*	0,035
<b>Сметње при мокрењу</b>	<b>0,175</b>	<b>0,287</b>
<b>Температура</b>	<b>0,034</b>	<b>0,839</b>
<b>Трњење руку/ногу</b>	<b>0,122</b>	<b>0,459</b>
Губитак тежине	0,556**	0,000
<b>Повраћање</b>	<b>0,249</b>	<b>0,127</b>
<b>Сан</b>	<b>0,305</b>	<b>0,059</b>
<b>Сувоћа уста / сор</b>	<b>0,256</b>	<b>0,116</b>
Варење	0,661**	0,000
Стомачне сметње	0,668**	0,000
Сувоћа коже / свраб	0,410**	0,010
<b>Нос – сувоћа/крварење</b>	<b>0,302</b>	<b>0,062</b>
Надимање	0,449**	0,004
Сексуални проблеми	0,677**	0,000
Смисао живота	0,687**	0,000
Губитак вере/наде	0,631**	0,000
<b>Допунска/алтернативна терапија</b>	<b>0,237</b>	<b>0,147</b>

У Табели 9 дат је приказ дескриптивне статистике, тачније вредности аритметичких средина, стандардних девијација и медијана за сваки ајтем појединачно и за све супскале ДТ. Процент одговора за целу групу испитаника за практичне и породичне проблеме ДТ приказани су у Табели 10. Највећи проценат испитаника наводи бригу о новцу и рачунима (30%) и проблеме на послу, односно у школи (27,5), као проблеме који их од осталих наведених практичних проблема највише потресају. Породичне проблеме који се односе на брак/партнерство 22,5% испитаника процењује као умерено стресне, док проблеме који се односе на родитељство и одгајање деце

22,5% процењује као веома стресне. Односе са рођацима (50%) и пријатељима (47,55) највећи проценат испитаника не процењује као стресне, тачније наведени односи њима лично не представљају проблем.

Табела 9. Приказ дескриптивне статистике

	M	SD	SE	Median	Min	Max
<b>Практични проблеми</b>	<b>5,40</b>	<b>4,80</b>	<b>0,76</b>	<b>4,50</b>	<b>0</b>	<b>21</b>
Вођење домаћинства	0,85	1,14	0,18	0	0	3
Новац, рачуни	1,5	1,22	0,19	1,5	0	3
Посао/школа	1,07	1,33	0,21	0	0	3
Превоз	0,92	1,1	0,17	0	0	3
Чување деце	0,57	1,08	0,17	0	0	3
Купање и облачење	0,18	0,55	0,09	0	0	3
Излажење из куће и шетње	0,3	0,76	0,120	0	0	3
<b>Породични проблеми</b>	<b>1,93</b>	<b>1,95</b>	<b>0,31</b>	<b>1,50</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
У браку / са партнером	0,82	1,03	0,16	0	0	3
Одгајање деце / родитељство	0,85	0,92	0,15	1	0	3
Проблеми у односу са другима	<b>1,63</b>	<b>1,56</b>	<b>0,25</b>	<b>2,00</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Рођаци	0,78	0,92	0,15	0,5	0	3
Пријатељи	0,85	0,92	0,15	1	0	3
<b>Емоционални проблеми</b>	<b>6,23</b>	<b>3,53</b>	<b>0,56</b>	<b>6,00</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
Стрепња	1,98	1,12	0,18	2	0	3
Страх	1,65	1,19	0,19	2	0	3
Туга	1,85	3,63	0,57	1	0	3
Раздражљивост и напетост	1,27	1,13	0,18	1	0	3
<b>Физички проблеми</b>	<b>12,23</b>	<b>7,25</b>	<b>1,15</b>	<b>10,50</b>	<b>0</b>	<b>35</b>
Бол	0,52	0,91	0,14	0	0	3
Испљеност/замор	1,2	1,09	0,17	1	0	3
Дисање/гушење	0,28	0,64	0,1	0	0	3
Храњење/гутање	0,32	0,76	0,12	0	0	3
Затвор/пролив	0,7	1,04	0,16	0	0	3
Сметње при мокрењу	0,48	0,91	0,14	0	0	3
Температура	0,3	0,69	0,11	0	0	3
Трњење руку/ногу	0,5	0,82	0,13	0	0	3
Губитак тежине	1,05	1,2	0,19	0,5	0	3
Повраћање	0,7	1,09	0,17	0	0	3
Сан	1,15	1,17	0,18	1	0	3
Сувоћа уста / сор	0,62	0,9	0,14	0	0	3
Варење	0,7	1,02	0,16	0	0	3
Стомачне сметње	0,9	1,1	0,17	0	0	3
Сувоћа коже/свраб	0,55	0,81	0,13	0	0	3
Нос – сувоћа/крварење	0,32	0,66	0,1	0	0	3
Надимање	1,05	1,18	0,19	1	0	3
Сексуални проблеми	0,88	1,14	0,18	0	0	3
<b>Духовни проблеми</b>	<b>2,08</b>	<b>2,01</b>	<b>0,32</b>	<b>2,00</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Смисао живота	1,31	1,1	0,18	1	0	3
Губитак вере/наде	0,77	1,06	0,17	0	0	3
Допунска/алтернативна терапија	<b>1,07</b>	<b>1,07</b>	<b>0,17</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Табела 10. Проценти одговора за целу групу испитаника за практичне и породичне проблеме ДТ

Практични проблеми	N	%	Практични проблеми	N	%
Вођење домаћинства			Изражење из куће и шетње		
0	23	57,5	0	33	82,5
1	6	15	1	4	10
2	5	12,5	2	1	2,5
3	6	15	3	2	5
Новац, рачуни					
0	12	30			
1	8	20	Породични проблеми	N	%
2	8	20	У браку / са партнером		
3	12		0	22	55
Посао/школа			1	6	15
0	22	55	2	9	22,5
1	4	10	3	3	7,5
2	3	7,5	Одгајање деце / родитељство		
3	11	27,5	0	19	47,5
Превоз			1	7	17,5
0	21	52,5	2	5	12,5
1	5	12,5	3	9	22,5
2	10	25			
3	4	10	Проблеми у односу са другима		
Чување деце			Рођаци		
0	30	75	0	20	50
1	2	5	1	11	27,5
2	3	7,5	2	7	17,5
3	5	12,5	3	2	5
Купање и облачење			Пријатељи		
0	35	87,5	0	19	47,5
1	4	10	1	9	22,5
2			2	11	27,5
3	1	2,5	3	1	2,5

У Табели 11 приказани су резултати за емоционалне проблеме. Највећи проценат испитаника (45%) наводи стрепњу и забринутост у вези са здрављем и будућношћу као најстресније емоционалне проблеме, затим 32,5% испитаних онколошких пацијената наводи различите страхове као најстресније емоционалне проблеме. Мањи проценат испитаника наводи тугу (22,5%), раздражљивост и напетост (20%) као емоционалне проблеме који их највише потресају.

Резултати који се односе на физичке проблеме приказани су у Табели 12 и највећи проценат испитаника наведене физичке проблеме не процењује као стресне, тачније доживљава као нимало или мало стресне, што је очекиван налаз имајући у виду да је испитана група онколошких пацијената у фази када је завршено комбиновано онколошко лечење. У вези са духовним проблемима (Табела 13), највећи проценат испитаника преиспитивања везана за смисао живота доживљава умерено (32,5%) и мало стресне (17,5%), а проблеме у вези са губитком вере/наде умерено стресне (15%). Исти налаз је до-

бијен у вези са допунском/алтернативном терапијом коју 15% испитаних онколошких пацијената доживљава као умерено и много стресне, затим 85% пацијената је на отворено питање „шта им најтеже пада” одговорило да је страх од релапса болести проблем који им представља проблем, што је разумљиво с обзиром на то да су пацијенти испитани током прве године по завршетку онколошког лечења.

Анова за поновљена мерења (one-way repeated measures ANOVA) коришћена је да би се сагледало да ли постоји разлика између различитих проблема са којима се онколошки пацијенти суочавају, тј. да ли одређена група проблема представља већи проблем за пацијенте од других проблема који су у овом раду испитани ДТ.

Анализа је показала да постоји разлика у доживљају тежине различитих проблема,  $Wilks' \Lambda^2 = 0,35$ ,  $F(6, 33) = 10,11$ ,  $p = 0,00$ ,  $\eta^2 = 0,65$ . Post hoc тестовима утврђено је да постоји значајна разлика између Емоционалних проблема и осталих проблема, осим са Проблемима у вези са алтернативном или допунском терапијом, где није добијена значајна разлика. У доживљају тежине проблема између осталих група проблема не постоји значајна разлика ( $p > 0,05$ ). Овај налаз указује на то да пацијенти у овом истраживању емоционалне проблеме доживљавају значајно стресније у поређењу са другим проблемима (Табела 14).<sup>3</sup>

Табела 11. Процентни одговора за целу групу испитаника за емоционалне проблеме ДТ

Емоционални проблеми	N	%	Емоционални проблеми	N	%
Стрепња			Туга		
0	6	15	0	14	35
1	7	17,5	1	8	20
2	9	22,5	2	8	20
3	<b>18</b>	<b>45</b>	3	<b>10</b>	<b>22,5</b>
Страх			Раздражљивост и напетост		
0	10	25	0	13	32,5
1	7	17,5	1	11	27,5
2	10	25	2	8	20
3	<b>13</b>	<b>32,5</b>	3	<b>8</b>	<b>20</b>

<sup>2</sup> Нарушена је претпоставка сферичности, због чега сам се определила да тумачим мултиваријантни резултат.

<sup>3</sup> Услов за примену Анове за поновљена мерења је да су испитаници мерени истом скалом да би међусобно били упоредиви. Појединачна питања су на истој скали (од 0 до 3), а укупни скор сваке супскале представља збир одговора на питања, тј. ајтеме супскале. Када су тако дефинисане супскале, њихов распон зависи од броја питања, тј. немамо више исту скалу. Због тога је свака супскала упросечена, тј. збир подељена бројем питања, и на тај начин је поново враћено на скалу од 0 до 3. Због тога је ова дескриптивна статистика супскала другачија од оне дате у поднаслову Дескриптивна статистика.

Друго решење би било стандардизовати скалу, што превазилази потребе овог рада.

Табела 12. Проценти одговора за целу групу испитаника  
за физичке проблеме ДТ

Физички проблеми	N	%	Физички проблеми	N	%
Бол			Повраћање		
0	27	67,5	0	27	67,5
1	8	20	1	2	5
2	2	5	2	7	17,5
3	3	7,5	3	4	10
Испљеност/замор			Сан		
0	15	37,5	0	16	40
1	7	17,5	1	10	25
2	13	32,5	2	6	15
3	5	12,5	3	8	10
Дисање/гушење			Сувоћа уста / сор		
0	32	80	0	24	60
1	6	15	1	9	22,5
2	1	2,5	2	5	12,5
3	1	2,5	3	2	5
Храњење/гутање			Варење		
0	33	82,5	0	25	62,5
1	2	15	1	5	12,5
2	4	2,5	2	7	17,5
3	1	2,5	3	3	7,5
Затвор/пролив			Стомачне сметње		
0	25	62,5	0	21	52,5
1	6	15	1	7	17,5
2	5	12,5	2	7	17,5
3	4	10	3	5	12,5
Сметње при мокрењу			Сувоћа коже / свраб		
0	29	72,5	0	25	62,5
1	6	15	1	9	22,5
2	2	5	2	5	12,5
3	3	7,5	3	1	2,5
Температура			Нос – сувоћа/крварење		
0	32	80	0	30	75
1	5	12,5	1	8	20
2	2	5	2	1	2,5
3	1	2,5	3	1	2,5
Трњење руку/ногу			Надимање		
0	26	65	0	19	47,5
1	10	25	1	7	17,5
2	2	5	2	7	17,5
3	2	5	3	7	17,5
Губитак тежине			Сексуални проблеми		
0	20	50	0	23	57,5
1	5	12,5	1	4	10
2	8	20	2	8	20
3	7	17,5	3	5	12,5



Табела 13. Проценти одговора за целу групу испитаника за духовне проблеме и допунску/алтернативну терапију ДТ

Духовни проблеми	N	%
Смисао живота		
0	13	32,5
1	<b>7</b>	<b>17,5</b>
2	<b>13</b>	<b>32,5</b>
3	6	15
Губитак вере/наде		
0	23	57,5
1	6	15
2	<b>6</b>	<b>15</b>
3	<b>4</b>	<b>10</b>
Допунска/алтернативна терапија		
0	15	37,5
1	13	32,5
2	<b>6</b>	<b>15</b>
3	<b>6</b>	<b>15</b>

Табела 14. ANOVA за поновљена мерења

	M	SD
Практични проблеми	0,7399	0,66513
Породични проблеми	0,9487	0,98539
Проблеми у односу са другима	0,8333	0,78080
<b>Емоционални проблеми</b>	<b>1,5641</b>	<b>0,89170</b>
Физички проблеми	0,6880	0,40417
Духовни проблеми	1,0385	1,00253
Проблеми око алтернативне терапије	1,03	1,038

Прелиминарно су анализирани претпоставке нормалности и сферичности за употребу Анове. Показало се да се једино дистрибуција емоционалних проблема ( $p > 0,05$ ) може сматрати приближно нормалном, док се дистрибуције осталих испитиваних проблема не могу сматрати приближно нормалним ( $p < 0,05$ ). Такође, нарушена је претпоставка сферичности ( $p < 0,05$ ), због чега је урађен и Фридманов тест. Резултати Фридмановог теста указују на то да постоји значајна разлика у доживљају тежине различитих проблема,  $\chi^2(6, n = 39) = 39,77$ ;  $p = 0,00$ . Када се посматрају медијане дистрибуција тежине различитих проблема, најизраженији су емоционални проблеми ( $Md = 1,50$ ), затим проблеми са другима ( $Md = 1,00$ ), духовни проблеми ( $Md = 1,00$ ) и проблеми око алтернативне или допунске терапије ( $Md = 1,00$ ). Најслабије су изражени Породични проблеми ( $Md = 0,50$ ), Практични проблеми ( $Md = 0,57$ ) и Физички проблеми ( $Md = 0,61$ ). Да би се утврдило између којих парова настаје разлика, коришћен је Вилкоксон тест (Wilcoxon Signed Rank Tests) са Bon-

ferro<sup>ni</sup> корекцијом нивоа поузданости ( $\alpha = 0,50 / 21 = 0,002$ ). Постоји значајна разлика између Емоционалних проблема и свих осталих проблема ( $p < 0,002$ ), изузев Проблема са алтернативном и допунском терапијом ( $p > 0,002$ ). У доживљају осталих проблема нема значајне разлике ( $p > 0,002$ ) (Табела 15).

Табела 15. Вилкосонов тест (Wilcoxon Signed Rank Tests) са Bonferroni корекцијом – приказ разлика између испитаних проблема

		z	p
Практични проблеми	Породични проблеми	-1,273	0,203
	Проблеми у односу са другима	-0,537	0,591
	<b>Емоционални проблеми</b>	<b>-4,815</b>	<b>0,000</b>
	Физички проблеми	-0,121 <sup>c</sup>	0,904
	Духовни проблеми	-2,657	0,008
	Допунска/алтернативна и терапија	-1,693	0,091
Породични проблеми	Проблеми у односу са другима	-0,797	0,425
	<b>Емоционални проблеми</b>	<b>-3,331<sup>c</sup></b>	<b>0,001</b>
	Физички проблеми	-1,647	0,099
	Духовни проблеми	-0,509 <sup>c</sup>	0,611
	Допунска/алтернативна и терапија	-0,434 <sup>c</sup>	0,664
Проблеми у односу са другима	<b>Емоционални проблеми</b>	<b>- 4,359</b>	<b>0,000</b>
	Физички проблеми	-1,117 <sup>c</sup>	0,264
	Духовни проблеми	-1,603	0,109
	Допунска/алтернативна и терапија	-1,233	0,218
<b>Емоционални проблеми</b>	Физички проблеми	-5,196	0,000
	Духовни проблеми	-3,687	0,000
	Допунска/алтернативна и терапија	-2,611	0,009
Физички проблеми	Духовни проблеми	-2,060	0,039
	Допунска/алтернативна и терапија	-1,598	0,110
Духовни проблеми	Допунска/алтернативна и терапија	-0,450	0,653

## ДИСКУСИЈА

Резултати овог истраживања показују да су се емоционални проблеми издвојили као проблеми које пацијенти најтеже доживљавају од свих осталих проблема који могу да представљају дистрес по завршетку онколошког лечења. Испитани узорак онколошких пацијената у периоду након завршетка комбинованог онколошког лечења најстресније процењује емотивне проблеме који се односе на стрепњу и забринутост у вези са будућношћу и здравственог статуса („да ли ће се болест вратити”, „шта ако дође до рецидива болести”), на различите страхове и осећања туге. Узимајући у обзир да су узорак у овом истраживању чинили пацијенти који су се за психолошку/психотерапијску помоћ обратили психолошком саветовалишту у периоду непосредно након завршетка онколошког лечења (у просеку око

годину и по дана од постављања дијагнозе малигне болести), добијени резултати нису сасвим неочекивани. Добијени резултати потврдили су да и период по завршетку онколошког лечења у периоду редовних контрола, ремисије болести и рехабилитације може да буде извор дистреса за пацијенте. Слична истраживања у свету организују се тако да се дистрес процењује у различитим фазама лечења (почетак лечења, 6 месеци и годину дана од почетка лечења и након завршетка лечења у периоду редовних контрола и ремисије болести), уз поређење ДТ са сличним инструментима који процењују анксиозност, депресивност, различите психо-соматске симптоме стреса (Mitchell, 2007; Mitchell, Vahabzadeh & Magruder 2011; Bidstrup, Johansen & Mitchell, 2011; Baken & Woolley, 2011). Компарација тако добијених података може да пружи садржајније сагледавање проблема који пацијентима у различитим фазама лечења могу да представљају дистрес. Истраживања су такође показала да је ДТ скала једноставан инструмент који може да укаже на постојање сложенијих психолошких проблема код онколошких пацијената (анксиозности, депресивности, поремећаја пролагођавања са бројним физичким симптомима), што представља индикацију за даљу детаљнију и специфичнију психодијагностику (Carlson, Waller & Mitchell, 2012; Donovan, Grassi, McGint, & Jacobsen, 2014; Chambers, Zajdlewicz, Youlden, Holland, & Dunn, 2014; Mansourabadi, Moogooei & Nozari 2014).

Истраживање које је спроведено у Немачкој на узорку од 3742 онколошка пацијента у свим фазама лечења показало је постојање високог процента дистреса код 52% испитаних пацијената. За разлику од нашег истраживања, у којем је добијено да пацијенти емоционалне проблеме процењују и доживљавају најстресније, у овој студији добијено је да су најстреснији проблеми везани за исцрпљеност/замор (56%), за спавање (51%) и за самостално кретање (47%) (Mehnert, Hartung, Friedrich, Vehling, Brähler, Härter, Keller, Schulz, Wegscheider, Weis, Koch, & Faller, 2017). Квалитативно истраживање на узорку од 23 хемато-онколошка пацијента у периоду након лечења показало је да је дистрес након завршетка лечења углавном повезан са физичким проблемима и последицама болести и лечења. Слично као у нашем истраживању, у овом истраживању је добијено да је дистрес након завршетка лечења узрокован страхом од релапса болести (Raphael, Frey, & Gott, 2018). У нашем истраживању значајан број пацијената наводи бригу о новцу и рачунима, те проблеме на послу/школи, као проблеме који их од осталих наведених практичних проблема највише потресају, што указује на то да су приходи и активности током трајања онколошког лечења, а често и у периоду рехабилитације, након лечења, значајно редуковани, што отежава функционисање пацијената и представља додатни извор бриге. Подаци добијени у истраживањима страних аутора, слично као и у на-

шем истраживању, показују да нижи социо-економски и образовни статус онколошких пацијената представља снажан дистрес и да има утицаја на квалитет живота током лечења и након њега, на животни стил, понашање у вези са малигном болешћу и у неким студијама чак и на квантитет преживљавања (Cavalli-Björkman, 2014; Zhang, Wang, Hu, Huang, Xie, Liu, Chen, Wang, & Xishan, 2017; Klein, Hofreuter-Gätgens, Lüdecke, Fisch, Graefen, & Knesebeck, 2016; Naik, Qiu, Brown, Eng, Pringle, Mahler, Hon, Tiessen, Thai, Ho, Gonos, Charow, Pat, Irwin, Herzog, Ho, Xu, Jones, Howell, & Liu, 2016).

Резултати добијени у истраживању у нашој средини, а који се односе на податке да се породични проблеми (брак/партнерство) и односи са рођацима и пријатељима не процењују као снажан дистрес – могу да указују на то да су значајни други (породица, пријатељи) важан извор подршке пацијентима, али и дистреса. Међутим, одређен број пацијената проблеме који се односе на родитељство и одгајање деце процењује као снажан дистрес, што је очекивано и слични резултати срећу се у студијама страних аутора, јер је код онколошких пацијената који су родитељи мале деце и адолесцената присутна додатна брига за децу, њихово школовање, функционисање, осамостаљивање и будућност (Moore, Rauch, Baer, Pirl, & Muriel, 2015).

### *ЗАВРШНА РАЗМАТРАЊА*

Прво, прелиминарно испитивање дистреса код онколошких пацијената током прве године по завршетку комбинованог онколошког лечења у нашој средини показало је да највећи проценат испитаних пацијената емоционалне проблеме процењује као најстресније. Добијени налаз указује на то да је онколошким пацијентима потребна психолошка подршка и након завршетка онколошког лечења.

Клиничка импликација добијених налаза указује на то да је психолошке проблеме и реакције онколошких пацијената на болест и лечење неопходно процењивати и третирати и у периоду по завршетку комбинованог онколошког лечења. Процена дистреса у свим фазама лечења и по завршетку лечења у периоду ремисије болести и рехабилитације се према стандардима NCCN-а и IPOS-а препоручује као обавезан део психо-социјалне процене/скрининга онколошких пацијената јер се на наведеној процени дистреса заснива даља детаљнија психодијагностика, психо-социјална подршка, психолошке интервенције и психотерапијска помоћ пацијентима.

Недостаци овог истраживања представљају мали узорак испитаних пацијената и процена дистреса само у фази ремисије и рехабилитације, тачније по завршетку онколошког лечења. Имајући у виду да је ово прво, пилот-истраживање процене нивоа дистреса код онколошких пацијената у Србији које је спроведено у оквиру приват-

ног психолошког саветовалишта где су се пацијенти обратили за психолошку помоћ током прве године по завршетку лечења у периоду ремисије болести и рехабилитације, будућа истраживања неопходно је спровести на много већем узорку онколошких пацијената и у различитим фазама лечења у свим већим онколошким центрима и у различитим регионима наше земље. Обухватно, национално истраживање дистреса код онколошких пацијената у свим фазама лечења из различитих онколошких центара у нашој земљи сигурно би пружило детаљнији увид у то шта за онколошке пацијенте у нашој средини представља највећи или најмањи дистрес у различитим фазама лечења. На основу добијених података, могу се креирати квалитетни програми индивидуалне или групне психо-социјалне подршке онколошким пацијентима и члановима породице у различитим фазама онколошког лечења. Добра пракса у великим онколошким центрима у свету је да на основу ДТ организују не само психо-социјалну помоћ и психолошку подршку онколошким пацијентима већ према одговорима, тачније самопроценама, пацијената организују у сарадњи са разним волонтерским организацијама и социјалним службама практичну помоћ (уколико су то проблеми који изазивају највећи дистрес), медицинску помоћ у вези са физичким симптомима, духовну помоћ и саветовање и подршку око допунске/комплементарне терапије.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Baken, D., Woolley, C. (2011). Validation of the Distress Thermometer, Impact Thermometer and combinations of these in screening for distress. *Psycho-Oncology*, 20, 609-614. doi: 10.1002/pon.1934
- Bultz, B., & Carlson, E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440-6441. doi: 10.1200/JCO.2005.02.3259
- Bulli, F., Miccinesi, G., Maruelli, A., Katz, M., Paci, E. (2009) Themeasure of psychological distress in cancer patients: the use of Distress Thermometer in the Oncological Rehabilitation Center of Florence. *Supportive Care in Cancer*, 17, 771-779. doi: 10.1007/s00520-008-0543-9
- Bidstrup, P., Johansen, C., Mitchell, A. (2011). Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncologica*, 50, 194-204. doi:10.3109/0284186X.2010.533192
- Cavalli-Björkman, N. (2014). Implications of patients' socioeconomic status – what oncologists should be aware of. *Acta Oncologica*, 53:2, 161-163, doi: 10.3109/0284186X.2013.865079
- Carlson, E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., & Lamon, L. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297-2304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Carlson, L., Waller, A., Mitchell, A. (2012). Screening for Distress and Unmet Needs in Patients With Cancer: Review and Recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160-1177. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509

- Chambers, S., Zajdlewicz, L., Youlden, D., Holland, J., Dunn, J. (2014). The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. *Psycho-Oncology*, 23, 195-203. doi: 10.1002/pon.3391
- Donovan, K., Grassi, L., McGint, H., Jacobsen, P. (2014). Validation of the Distress Thermometer worldwide: state of the science. *Psycho-Oncology*, 23, 241-250. doi: 10.1002/pon.3430
- Forsythe, P., Kent, E., Weaver, E., Buchann, N., Hawkins, M., Rodriguez, J., Ryerson, A., Rowland, J. (2013). Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 31(16), 1961-1969. doi: 10.1200/JCO.2012.46.2101
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. (2010). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 101(8), 1011-1015. doi: 10.1054/bjoc.2001.1724
- Gessler, S., Low, J., Daniells, E., Williams, R., Brough, V., Tookman, A., & Jones, L. (2008). Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-oncology*, 17, 538-547. doi: 10.1002/pon.1273
- Grassi, L., & Riba, M. (Eds.). (2012). *Clinical Psycho-oncology: An International Perspective*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Grassi, L., Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. In: M. Coleman, D. Alexe, T. Albrecht, M. McKee (Eds.). *Responding to the challenge of cancer in Europe (2009-2010)*. Ljubljana: Institute of Public Health.
- Grassi, L., Nanni, M., Caruso, R. (2010). Emotional distress in cancer: screening policy, clinical limitations and educational needs. *Journal of Medicine and the Person*, 8, 51-59. doi: 10.1007/s12682-010-0047-5
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248. doi: 10.1016/j.jad.2004.07.00
- Gregurek, R., Braš, M. (2008). *Psihoonkologija*. [Psycho-oncology]. Osijek: Grafika.
- Helgeson, S., Snyder, P., Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23, 3-15. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.3
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., McCorkle, R. (Eds.). (2010). *Handbook of psycho-oncology. Psychological care of the patients with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Holland, J., & Bultz, B. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 3-7.
- Holland, J., Breitbart, W., Dudley, M., Fulcher, C., Greiner, C., Hoofring, L. (2010). Distress management. Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 448-485.
- Holland, J., Watson, M., Jeff, D. (2011). The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-oncology*, 20, 677-680. doi: 10.1002/pon.1978
- Hollingworth, W., Medina, L., Lenkinski, R., Shibata, D., Bernal, B., Zurakowski, D., Comstock, B., Jarvik, G. (2006). Interrater reliability in assessing quality of diagnostic accuracy studies using the QUADAS tool. A preliminary assessment. *Academic Radiology*, 13, 803-810. doi: 10.1016/j.acra.2006.03.008

- Klikovac, T. (2017). Psihološka podrška onkološkim pacijentima [Psychological support to oncological patients]. *Institut za onkologiju i radiologiju Srbije*, Niš: Galeb.
- Klikovac, T., Andrijić, M. (2014). Psiho-onkologija. U R. Džodić, Z. Nešković-Konstantinović i B. Gudurić (Prir.). *Rak dojke [Breast cancer]* (str. 279–281). Beograd: Zavod za udžbenike.
- Klikovac, T. (2014). Psiho-socijalne dimenzije karcinoma dojke [Psycho-social dimensions of breast cancer]. *Anali kancerološke sekcije Srpskog lekarskog društva*, 1(1), 19–39.
- Klikovac, T., Đurdjević, A. (2010). Psychological aspects of the cancer patients` education: Thoughts, feelings, behaviour and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer. *Journal of Balkan Union of Oncologists*, 15(1), 153-156.
- Klikovac, T., (2010). The Distress Thermometer translated into Serbian. In: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer: XII World Congress of Psycho-oncology* (251-252). Quebec City: Canada.
- Klikovac, T. (2007). Psychooncology in Serbia – Present status and future directions. In: *Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer: IX World Congress of Psycho-oncology* (89). London:UK.
- Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K., Lüdecke, D., Fisch, M., Graefen, M., Knesebeck, O. (2016). Socioeconomic status and health-related quality of life among patients with prostate cancer 6 months after radical prostatectomy: a longitudinal analysis. *BMJ Open*, 6, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015-010968
- Ma, X., Zhang, J., Zhong, W., Shu, C., Wang, F., Wen, J., Zhou, M., Sang, Y., Jiang, Y., Liu L. (2014). The diagnostic role of a short screening tool - the distress thermometer: a meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 22, 1741-1755. doi: 10.1007/s00520-014-2143-1
- Mansourabadi, A., Moogooei, M., Nozari, S. (2014). Evaluation of Distress and Stress in Cancer Patients in AMIR Oncology Hospital in Shiraz. *Iranian Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 4(4), 131-140.
- Moore, C., Rauch, P., Baer, L., Pirl, W., Muriel, A. (2015). Parenting Changes in Adults with Cancer. *Cancer*. 121(19), 3551-3557. doi:10.1002/cncr.29525.
- Mehnert, A., Hartung, T., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology*, 27, 75–82. doi: 10.1002/pon.4464
- Mitchell, A., Ferguson, D., Gill, J., Paul, J., Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in longterm cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncology*, 14 (8),721-732. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70244-4
- Mitchell, A. (2007). Pooled Results From 38 Analyses of the Accuracy of Distress Thermometer and Other Ultra-Short Methods of Detecting Cancer-Related Mood Disorders. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4670-4681. doi: 10.1200/JCO.2006.10.0438
- Mitchell, A., Vahabzadeh, A., Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psycho-Oncology*, 20, 572-584. doi: 10.1002/pon.1943.
- Naik, H., Qiu, X., Brown, MC., Eng, L., Pringle, D., Mahler, M., Hon, H., Tiessen, K., Thai, H., Ho, V., Gonos, C., Charow, R., Pat, V., Irwin, M., Herzog, L., Ho, A., Xu, W., Jones, JM., Howell, D., Liu, G. (2016). Socioeconomic status and lifestyle behaviours in cancer survivors: smoking and physical activity.

- Current Oncology – A Canadian Cancer Research Journal*, 23(6), 546-555. doi: 10.3747/co.23.3166.
- Nalić, D., Vukotić, D. (2010). *Priručnik za psihosocijalnu podršku obolelima i porodici* [Manual for the Psychosocial Support to Ill people and Family], Novi Sad: Simbol.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Distress Management - Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Version 1 (2010).
- Pascoe, S., Edelman, S., Kidman, A. (2000). Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Australia New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 785-791. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00817.x
- Patel, D., Sharpe, L., Thewes, B., Bell, M., Clarke, S. (2011). Using the Distress Thermometer and Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *Journal of Affective Disorders*, 131, 412-416. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.014
- Raphael, D., Frey, R., Gott, M. (2018). The nature and timing of distress among post-treatment haematological cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, e12951. doi: 10.1111/ecc.12951
- Sollner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Spinzi, G., Rumpold, G., Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179-185. doi: 10.1054/bjoc.2000.1545
- Travado, L., Dalmás, M. (2015). *Psychosocial Oncology Care*. In T. Albrecht, J. Martin-Moreno, M. Jelenc, L. Gorgojo, M. Harris (Eds.). *European Guide for Quality National Cancer Control Programmes*. Slovenia: National Institute of Public Health.
- Taenzer, P., Bultz, D., Carlson, L., Specá, M. (2000). Impact of computerized quality of life and screening on physician behavior and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psycho-oncology*, 9(3), 203-213.
- Whiting, P., Rutjes, A., Reitsma, J., Bossuyt, M., Kleijnen, J. (2003). The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 3-25. doi: org/10.1186/1471-2288-3-25
- Zhang, Q., Wang, Y., Hu, H., Huang, R., Xie, L., Liu, E., Chen, YG., Wang, G., Xishan, W. (2017). Impact of socioeconomic status on survival of colorectal cancer patients, *Oncotarget*, 8 (62), 106121-106131.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10, 19-28.



## ASSESSMENT OF DISTRESS AMONG ONCOLOGY PATIENTS AFTER THE COMPLETION OF THE TREATMENT

**Tamara Klikovac**

University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Belgrade, Serbia

### Summary

Cancer experience is a negative life event that requires an enormous amount of effort from patients and their families in order to adapt to the multiple challenges posed by the disease. The diagnosis of cancer, cancer treatment and post treatment can cause distress, emotional turmoil and different psychosocial disorders. Negative psychological states such as stress, anxiety, and depression are frequently associated with the diagnosis and treatment of cancer. Understanding the psychosocial aspects of cancer and its treatment has become an important and necessary part of cancer care treatment and in the period after treatment. Receiving a cancer diagnosis represents a major event in a person's life. In different ways, everyone has to cope with a number of issues specific to each phase of the illness: diagnosis, surgery and/or chemotherapy, radiation therapy, follow-ups, progression terminal phase, and death. The diagnosis and treatment of cancer is a major life stress for the person with cancer, their family and their close community. At this time distressing psychosocial difficulties such as anxiety, depression, confusion and relationship strain occur parallel to financial strain and physical illnesses. These psychosocial difficulties are often ongoing such that up to one third of people with cancer experience ongoing significant psychosocial distress, and family members such as partners or carers often report even higher levels of distress than the patients themselves. The Distress Thermometer (DT) is a commonly used screening tool to detect distress in cancer patients. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) organized a multidisciplinary panel in June 2004 with main goal to find an encompassing word for psychological, psychosocial, psychiatric and spiritual concerns in cancer patients. The chosen word was distress - more acceptable term that sounds "normal"; less stigmatizing and embarrassing than the words psychiatric psychosocial, emotional and can incorporate the physical, psychological, social and spiritual aspects together. NCCN defines distress as an unpleasant emotional experience of psychological (cognitive, behavioral, emotional), social, and/or spiritual nature extending from normal feelings of vulnerability, sadness and fearful concerns to serious problems, disorders such as depression, anxiety, panic, social isolation and spiritual crisis, that may interfere with the ability to cope effectively with cancer, its physical symptoms and its treatment. The examined sample consisted of 40 patients in Serbia (30 women and 10 men) who, upon their first arrival at the counseling center and at the end of the initial psychological interview, were asked to fill the distress thermometer with the adequate explanations, provided that the self-assessment of the distress was significant to the further counseling psychological and/or psychotherapeutical treatment. Concerning emotional problems, a significant percentage of patients (45%), cite concern and anxiety, 32.5% the existence of different fears, 22.5% sadness, and 20% irritability and tension as the most stressful emotional problems. 85% of patients stated that the fear of relapse of the disease is a problem that worries them the most.