



ЧАСОПИС ДРУШТВА СРБИЈЕ ЗА БОРБУ ПРОТИВ РАКА

СЕПТЕМБАР 2020. БЕОГРАД - БРОЈ 117 / БЕСПЛАТАН ПРИМЕРАК

Психоонкологија

Друштво се захваљује на помоћи

Министарству здравља Републике Србије
Министарству финансија Републике Србије

MAGNA MEDICA DOO, Београд
MAGNA PHARMACIA DOO, Београд
PROFESIONAL AUDIT DOO, Београд
Телеком Србија, Предузеће за комуникације, Београд
Миодраг Парезановић, Београд
Dr Rudolf i Mina Haensel Lindau (Bodensee), Немачка

и свим осталим правним и физичким лицима која су дала прилог

САДРЖАЈ

Уводник	1
Развој психоонкологије	3
Психолошка подршка	6
Психичке реакције код одраслих	8
Концепт „тоталног бола“	11
Физичке и психолошке последице лечења гинеколошког канцера	13
Страх од повратка малигне болести	15
Социјална подршка	19
Духовна подршка	22
Физичка активност и ментално здравље	24
Осиромашени уранијум	26
Саветовалиште за пацијенте и породицу Институт за онкологију и радиологију Србије	30
Нова телефонска линија за психолошку подршку	31

CANCER How to prevent, detect and treat

Content

Editorial	1
Development of psychooncology	3
Psychological support	6
Psychic reactions in adults	8
“Total pain” concept	11
Physical and psychological consequences of gynecological cancer treatment	13
Fear of cancer recurrence	15
Social support	19
Spiritual support	22
Physical activity and mental health	24
Depleted uranium	26
Counseling service for cancer patients and their family at the IORS	30
New telephone line for psychological support	31

Проф. др Ђорђе Јоанновић (1871-1932) оснива Југословенско друштво за изучавање и лечење рака
20. септембра 1927. године које заузима четврто место у свету по реду оснивања
(после Аустрије 1910, САД 1917. и Француске 1920. године).

Главни и одговорни уредник: проф. др Даница Грујичић, председник Друштва Србије за борбу против рака

Уредник: проф. др Марина Никитовић

Технички уредник: Драгица Рапајић

Чланови редакционог одбора: др Ана Јовићевић, проф. др Љиљана Јелић-Радошевић,
др Јелена Бокун, др Весна Лукић, др Соња Стулар, Сања Миросављевић, др Кадивка Стевановић,
др сц. деф. Ана Ђурђевић, генерал Слободан Петковић, др Душан Ристић

Лектор: Тамара Груден, **Лого:** Никола Панић

Штампа: PRESSIA, Д.О. Београд • **Тираж:** 5.000 примерака

Часопис одобрен Решењем Министарства за науку, технологију и развој Републике Србије
Покровитељ Министарство здравља Републике Србије

Друштво Србије за борбу против рака
Пастерова 14, 11000 Београд, Србија
Тел: (011) 2656-386
Текући рачун: 330-000004001448-77
E-mail: serbca@ncrc.ac.rs
http://www.serbiancancer.org



Serbian Society for the Fight Against Cancer
Pasterova 14, 11000 Belgrade
Serbia
Phone/Fax: +381 11 2656 386
E-mail: serbca@ncrc.ac.rs
http://www.serbiancancer.org

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
616 - 006

РАК: спречити, открити, лечити: часопис Друштва Србије за борбу против рака / главни и одговорни уредник
Даница Грујичић - 2019, бр. 74 - Београд (Пастерова 14): Друштво Србије за борбу против рака, 2018 -
(PRESSIA, Д.О. Београд) - 28 цм
Тромесечно. - Наставак публикације: Боље спречити него лечити
ISSN 1451-463X = Рак (Београд) COBISS.SR-ID 112977164



Спречити



Главни и одговорни уредник
**Проф. др sc. med. Даница
Грујичић**

Открити

Лечити

Уредник
**Проф. др sc. med. Марина
Никитовић**

Уводна реч Психоонкологија

Психоонкологија је клиничка и научна дисциплина која је усмерена на тзв. хумане аспекте у оквиру мултидимензионалног лечења оболелих од малигнух болести. Ова област онкологије која интегрише медицину и здравствену психологију изучава повезаност биолошких и психосоцијалних фактора са појавом и лечењем малигнух болести.

Психоонкологија је усмерена на две психолошко-психијатријске димензије. Прва димензија везана је за изучавање психолошких реакција онколошких пацијената и чланова њихових породица од тренутка постављања дијагнозе, у току специфичног онколошког лечења, након завршеног лечења до потпуне социјалне интеграције у периоду контрола и праћења (енг. *follow up*), у терминалној фази болести и/или у процесу туговања након губитка члана породице. Друга димензија везана је за изучавање психолошких, социјалних и бихејвиоралних фактора који утичу на појаву малигне болести, утицајем ових фактора

на успешност лечења, квалитет живота и дужину преживљавања.

Малигне болести и њихово лечење имају значајан утицај на квалитет живота пацијента и његове породице. Сазнање да је особа оболела од малигнуг обољења је изузетно стресан животни догађај који доводи до системске промене у психолошкој равнотежи целе породице. Речи *рак, канцер, злоћудна или малигна болест* најчешће покрећу најдубље егзистенцијалне бриге и страхове.

Пацијент и његова породица у току дуготрајног и захтевног онколошког лечења поред соматских тегоба имају и друге тегобе и проблеме који значајно утичу на њихов квалитет живота и ефикасност лечења. То могу бити:

- Емотивни проблеми: страх, туга, узнемиреност, осећај беспомоћности, губитак контроле, кривица, губитак самопоштовања и др.
- Когнитивни проблеми: смањена интелектуална ефикасност, поремећај концентрације, пажње и расуђивања и др.



- Бихејвиорални проблеми: отежана комуникација, социјална изолација, поремећај сексуалности, психомоторни немир, антисоцијално понашање.
- Социјални проблеми: поремећај у породичним односима, радном окружењу, финансијски проблеми, стигма и др.
- Духовни проблеми: преиспитивање досадашњег начина живота, проналажење смисла у одређеном искуству, религиозна питања и др.
- Практични проблеми: заказивање прегледа, помоћ у кући, транспорт и др.

Савремено онколошко лечење подразумева свеобухватан приступ сваком пацијенту. Пацијент и породица имају активну улогу у лечењу и део су психоонколошког тима кога чине психолози, психијатри, социјални радници, дефектолози, физиотерапеути, духовници и по потреби друго медицинско и немедицинско особље.

Процењује се да 30–40% оболелих особа преживљава висок ниво психосоцијалне патње тј. дистреса (енг. *distress*) који може да се развије у озбиљан психички поремећај уколико није благовремено препознат и лечен. Најчешћи психички поремећаји који се могу јавити код оболелих од малигнух болести су поремећај прилагођавања, афективни поремећаји као што су анксиозност и/или депресија, посттрауматски стресни синдром, поремећај зависности и др.

Међународно удружење за психоонкологију (*International Psycho-oncology Society, IPOS, www.ipos-society.com*) предложило је 2009. године нови стандард у квалитету лечења малигнух болести који су

подржали *UICC (Union for International Cancer Control)* и још 74 међународне организације и научна удружења у вези са здравственом заштитом, који наводе:

- Савремено онколошко лечење мора интегрисати домен психосоцијалне подршке и лечења у рутинску здравствену заштиту везану за малигне болести.
- Психосоцијалну патњу треба мерити као б. витални знак, после температуре, крвног притиска, пулса, дисања и бола.

Последњих година, у оквиру савремене психоонкологије издвојила се грана која се усмерила на бригу о менталном здрављу здравствених радника и сарадника који раде у онколошким установама. Један од њених најважних задатака је адекватна процена синдрома сагоревања (енг. *Burnout syndrome*) и развијање специфичних програма превенције и контроле синдрома сагоревања код чланова мултидисциплинарног онколошког тима.

Циљ нам је да у овом броју часописа укажемо на важност бриге и заштите менталног здравља наших пацијената, њихових породица, лекара, медицинских сестара и техничара, здравствених сарадника и свих оних који су укључени у процес лечења, као и друштва у целини. Надамо се да ће овај број који смо посветили Психоонкологији допринети бољем разумевању психолошких, социјалних и духовних тегоба и проблема са којима се суочавају оболели од малигнух болести и њима блиске особе.

Марија Андријић,

маст. психолог
интегративни психотерапеут



Развој психоонкологије

Формални почетак психоонкологије везује се за период када се коначно умањила стигма у вези са саопштавањем дијагнозе малигне болести оболелим особама. Вековима уназад, малигне болести су биле толико застрашујуће да се сматрало да је окротно и нехумано пацијенту рећи од чега болује. У „завери ћутања“ активно је била укључена и породица, којој се за разлику од пацијента увек саопштавала истина. Први пут, средином 70-их година прошлог века у САД-у, почело је да се отворено разговара са пацијентима од чега болују и какав утицај малигна болест може имати на њихов живот. Ова важна промена у ставу у вези са саопштавањем дијагнозе болести отворила је могућност проучавања психолошких реакција онколошких пацијената и због тога се она сматра преткретницом и почетком развоја нове научне дисциплине под називом Психоонкологија.

У 20. веку дошло је до постепеног напретка у дијагностици и лечењу малигну болести, излечење је постало могуће. По први пут едукација јавности постала је важна. Америчко друштво за борбу против рака (енг. *American Cancer Society-ACS*), организација које је основана 1913. године, преузела је на себе улогу да измени фаталистички став америчке јавности у односу на малигна обољења. Под слоганом „Победите рак знањем“ ова организација оформила је стручне тимове и развила едукативне програме за јавност о симптомима болести и превенцији. Познате личности доз-

волиле су медијима да прате ток њихове болести и лечења, особе коју су „преживеле рак“ (енг. *survivors*) отворено су почеле да причају о свом искуству. Јавност је почела да иницира и подржава напоре струке да се пронађе лек. Укључивање пацијената у клиничке студије подразумевало је отворен разговор у вези са дијагнозом болести, као и пацијентов формални пристанак да учествује у испитивању.

Међутим, када је полако почела да се скида стигма везана за малигне болести, појавио се други проблем који је такође утицао на успорен развој психоонкологије. То је била вековна стигма и негативан став према менталним болестима и психичким проблемима. Почетком 20. века ментално оболеле особе и њихови лекари били су смештени у посебним болницама које су обично биле јако удаљене од других здравствених установа. Предрасуде у вези са менталним поремећајима и психичким проблемима биле су присутне не само у општој, већ и у стручној јавности. Овај период везује се и за почетак развоја консултативне лиаисон (енг. *liaison*) психијатрије, науке која се бави дијагностиком, лечењем и превенцијом психичких поремећаја код оболелих од соматских болести.

Рани развој психоонкологије повезује се са психоаналитичким схватањем етиологије малигну болести. Публиковано је неколико радова у часописима психосоматске медицине на тему: повезаност малигну болести са специфичним



карактерним особинама, стресом, породичном динамиком, трауматским догађајима у периоду детињства и сл. Став да су психолошки аспекти у основи етиологије малигних болести наишао је на негодовање од стране онколога. Први пут долази до интердисциплинарне сарадње између онколога и психијатара у Општој болници Масачусет (енг. *Massachusetts General hospital*) и Истраживачком центру Мемориал Слоан Кетеринг (енг. *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*). Ова сарадња отворила је врата бољем разумевању психолошких аспеката код онколошких пацијената.

И поред напретка у интердисциплинарној сарадњи, неслагања у мишљењу стручњака око саопштавања дијагнозе малигне болести прерасла су у све чешћу дебату у стручној јавности. Шездесете године прошлог века поделиле су стручну јавност на оне који су за и против саопштавања дијагнозе. Психијатри су били активни у изношењу ставова да оболеле особе треба да знају од чега болују, за разлику од великог броја онколога који су сматрали да не треба. Истраживање које је спровео Окен и сар. 1961. године показало је да у то време 90% онколога није саопштавало дијагнозу малигне болести својим пацијентима.

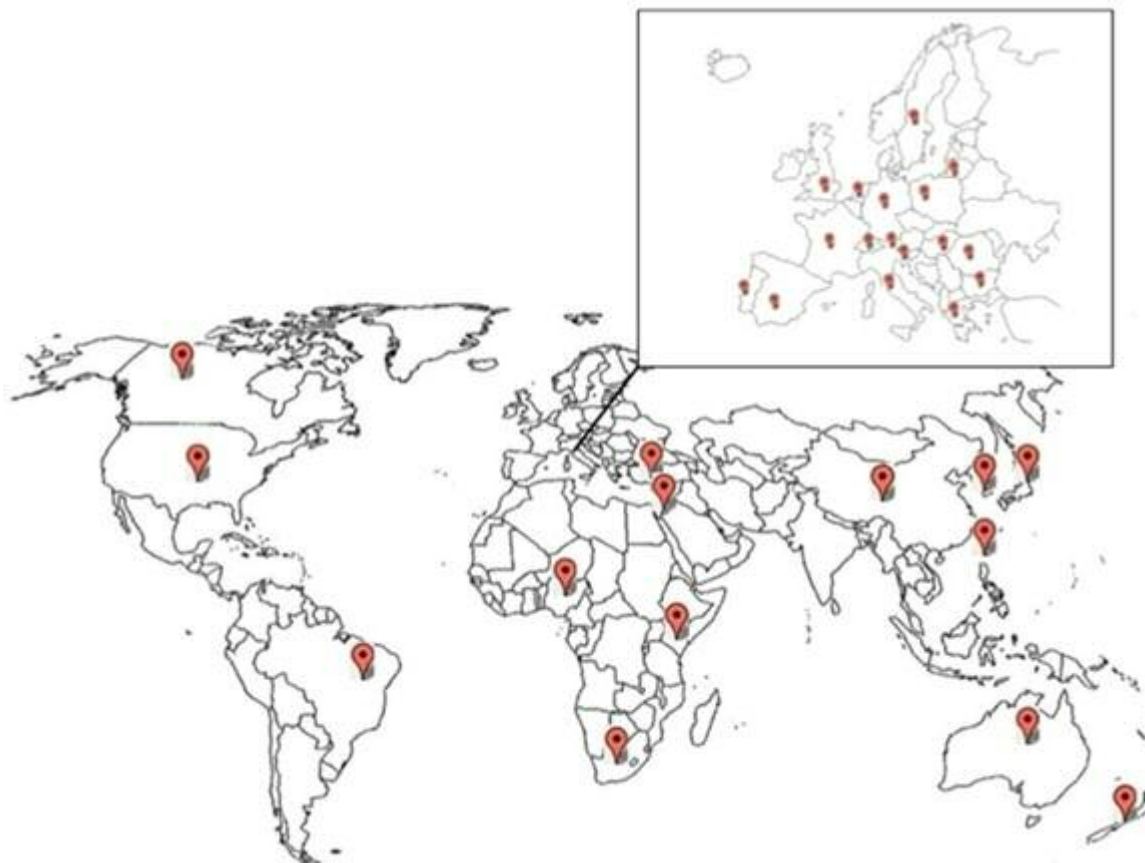
Формалним почетком психоонкологије сматра се конференција одржана 1975. године, у малом граду Сан Антонио у држави Тексас. Убрзо након конференције, развијени су програми едукације из области психоонкологије за психологе и психијатре, формиране су радне групе усмерене на психосоцијалне аспекте и унапређење квалитета живота

пацијената. Рађена су истраживања о учесталости психичких поремећаја код онколошких пацијената, највише са афективним поремећајима, когнитивним функционисањем и стресом. Спроведене су клиничке студије о психолошким и психофармаколошким интервенцијама, организоване су конференције, семинари и групне мултидисциплинарне сесије.

У Америци, Канади, Аустралији и развијеним земљама Европе основана су важна психоонколошка удружења 80-их и 90-их година прошлог века (IPOS, APOS). Први уџбеник (енг. *The Handbook of Psycho-oncology*) из ове области публикован је 1989. године, а први научни часопис под називом Психоонкологија (енг. *The Journal of Psycho-oncology*) почео је да се издаје 1992. године.

Нови миленијум донео је велики напредак у превенцији, дијагностици и лечењу малигних болести, већи број излечених особа уз бољи квалитет живота. Истраживања из области психоонкологије су показала да око трећине онколошких пацијента има присутне психосоцијалне тегобе (енг. *distress*) или развије неки облик менталног поремећаја у току лечења. Водеће стручне организације предложиле су да дистрес постане шести витални знак и да се спроводи рутинска процена дистреса код свих онколошких пацијената.

Број стручних организација које интегришу психоонколошке принципе у свету и код нас расте. Њихова пажња усмерена је примарно на пацијента и породицу, али последњих година све више се разговара о важности бриге и очувању менталног здравља чланова онколошког



Слика 1. Географски приказ регистрованих психоонколошких удружења према подацима IPOS-а из 2015. године

тима, мерама за превенцију професионалног стреса, едукацији лекара и медицинских сестара и психосоцијалној подршци запосленима који лече тешко оболеле особе.

У Србији, последњих година све већа пажња стручне јавности усмерена је на развој психоонкологије. Организују се едукације, семинари и конгреси, публикују се радови и спроводе истраживања која обухватају психоонколошке аспекте. Од великог значаја за развој психоонкологије у нашој земљи је најновији Национални план борбе против рака Републике Србије 2018–2023. који препознаје и интегрише психоонкологију у савремено онколошко лечење и у нашој земљи.

Литература

1. Holland JC, Weiss TR. History of psycho-oncology. *Psycho-oncology*, 2010; 2: 3-12.
2. Holland JC, Wiesel T. Principles of psycho-oncology. *Holland-Frei Cancer Medicine*, 2016; 1-6.
3. Grassi L, Fujisawa D, Odyio P. Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 2016; 25.10: 1127-1136.

Марија Андријић,
маст. психолог
интегративни психотерапеут



Психолошка подршка

„Потребна су два ума да би се мислило о стварима које нас узнемиравају“.

Томас Огден

Постављање дијагнозе малигног обољења и период лечења представљају јединствено животно искуство кроз које људи пролазе на различите начине. Ово искуство пореди се са вожњом „емоционалним ролеркостером“ због нарочите јачине и учесталости различитих емоција које особа осећа. Зablуда је да је особа која доживљава ова емоционална стања психички слаба. Управо супротно, дати себи дозволу на испољавање емоција одраз је унутрашње снаге, храбрости и спремности да се властита реакција прихвати као људска и природна.



Терет захтева „Буди позитиван!“

Бити позитиван и размишљати позитивно може бити од помоћи да се особа лакше носи са болешћу, али сасвим је природно и очекивано да се понекада јаве и непријатна осећања. Други људи често могу врло лако и у жељи да помогну да изговоре реченице: „Буди позитиван“, „Све иде из главе“, „Мораш бити јак/а“, али то нажалост није

лако а ни увек нужно. Борба са раком може бити дуга и исцрпљујућа, тако да је у том смислу захтев да се буде позитиван може бити додатни притисак због кога се особа може осећати још непријатније. Позитивно размишљање је важно и подразумева важност наде и сагледавања доброг у свакој ситуацији, без обзира на актуелно здравствено стање. Чак и у ситуацијама када је болест узнапредовала, постоје терапијске интервенције (медицинске и немедицинске) које могу ублажити тегобе и побољшати квалитет живота. Позитивно размишљање се вежба и захтева време како би се савладало. Али оно не подразумева занемаривање мисли које уносе немир, нити забрану на испољавање непријатних осећања.

Психолошка процена пацијената од стране психолога препоручена је у тзв. критичним тачкама лечења када су очекиване интензивне психолошке реакције: постављање дијагнозе, почетак специфичног онколошког лечења, период контрола и праћења, а нажалост и у фазама повратка, прогресије и терминалној фази болести уколико до њих дође.

Не постоји исправан или погрешан начин да се особа осећа у вези са својом болешћу. Људи се различито суочавају и носе са искуством лечења, а то зависи од различитих аспеката личности (црте личности, механизми одбране,



потојеће стратегије у превладавању стреса), ранијих потешкоћа у сфери психичког функционисања, степена социјалне подршке и од других околности у животу. Важно је неговати доживљај сопствене људскости и целовитости који превазилази дијагнозу и доживљај болести као само једног сегмента живота. Истина је да болест у приличној мери утиче на остале аспекте живота, али не одређује вредност особе као људског бића.



За малигно обољење каже се да је болест целог породичног система јер погађа све чланове породице, захтева реорганизацију на нивоу улога, али нужно утиче и на динамику односа међу члановима породице. Кроз период адаптације на дијагнозу пролазе сви чланови породичног система. Важно је истаћи да време које је потребно за прихватање дијагнозе може бити различито тако да чланови породице треба да негују разумевање једни за друге и да избегавају осуђивање, али и самоосуђивање.

Сва осећања која се јављају могу у једном тренутку постати и преплављујућа када се јави доживљај да особа више није у стању да се

суочава са свим комплексним искуствима. Важно је препознати овај доживљај и потражити помоћ психолога. Не треба себе додатно и непотребно излагати патњи. Потреба за психолошком подршком људима који се лече је недвосмислена. Ефикасне, благовремене и доступне психолошке интервенције кључне су за ефикасно управљање свим мислима и осећањима које лечење доноси са собом у свим фазама болести. Неопходно је охрабрити пацијенте да развију самопомажуће вештине превладавања стреса, да подигну квалитет живота како би изградили тзв. психоимунитет.



Александар Рангелов,
маст. психолог
породични саветник

Марија Андријић,
маст. психолог
интегративни психотерапеут

Мина Митић Лазаревић,
маст. психолог
породични психотерапеут



Психичке реакције код одраслих

Најчешће психичке реакције на вест о дијагнози малигног обољења су: шок и неверица, порицање, забринутост, страх, узнемиреност, љутња, туга, самооптуживање, усамљеност, доживљај беспомоћности итд.

Шок, неверица и порицање

Ово је најчесталија и прва реакција на саопштenu дијагнозу малигне болести. Особа често наводи да се осећа утрнуло и укочено, а изјављује: „Чини ми се као да је ово сан“, „Ово се не дешава мени, мора да су лекари погрешили“, „Ово није стварно“. Најчешће није у стању да одмах прихвати и обради информацију, већ верује да је дошло до неке грешке у дијагностици. Услед емоционалне залеђености може се јавити и немогућност да се изрази било која емоција. У таквим стањима веома је тешко слушати и запамтити било шта друго што би лекар саопштио, а везано је за дијагнозу, прогнозу и лечење. Важно је да се схвати да је ово стање краткотрајно и пролазно. Порицање је још један од видова борбе наше психе у суочавању са тешким вестима. Порицање на почетку може водити томе да се избегне размишљање о болести, као и прича са другима. Дугорочно порицање је проблематично и може ометати лечење, нпр. када пацијент не иде на заказане прегледе.

Страх и забринутост

На почетку лечења сасвим је очекивано присуство страха и забринутости. Страх је природна реакција организма на претњу која може

бити замишљена или стварна. Може се јавити страх од непознатог, бола, патње, напуштености, смрти. Пацијенти који су уплашени често изјављују: „Бојим се тога шта лечење доноси“, „Плашим се да ли ћу издржати“, „Брине ме хоћу ли се излечити“. Страх је емоција која припрема особу да се суочи са оним што се доживљава као потенцијална претња. Када је страх интензиван долази до убрзаног дисања, бржих откуцаја срца, дланови се зноје и дисање је плитко, а особа има идеју да ће умрети или полудети. Великим делом осећање забринутости произилази из појачаног доживљаја неизвесности и губитка контроле над ситуацијом, као и помањкања информација у вези са болешћу и тиме шта може да се очекује од лечења. Забринутост је честа и очекивана емоција присутна када се одигравају важни моменти током лечења (постављање дијагнозе, медицинске процедуре, повратак болести, контроле, прогресије и терминалне фазе болести). Забринутост је један од начина на који се људи психолошки носе са неизвесношћу. „Црне“ мисли јесу један од начина да покушамо да предвидимо шта нас то очекује и припремимо се, али мисли могу бити веома оптерећујуће уколико су интензивне и учестале. Оне су одраз потребе за контролом над догађајима у животу, а не потврда онога што се у будућности може очекивати. Овакве мисли, иако имају за циљ да припреме особу за суочавање са различитим исходима, ипак често могу представљати пренаглашавање опасно-



сти уз потцењивање сопствених способности за излагање на крај са будућим дешавањима. Свако би требало да пронађе свој начин у ношењу са овим осећањима. Можда од користи могу бити: разговор, вежбе опуштања и дубоког дисања, неки вид физичке активности (нпр. шетња) уколико здравствено стање дозвољава, повести неког од блиских особа (пријатеља, рођака) како би пружили подршку.

Туга

Туга се јавља као очекивана реакција на губитак нечег чему је особа придавала посебан значај. Након постављене дијагнозе особа може имати доживљај губитка дотадашњег начина вођења живота. Особа се сада налази пред задатком поновне организације и прилагођавања на оно што постаје део нове свакодневице. Лечење са собом носи један нов начин живота и особе које се лече можда неко време неће бити у могућности да виђају често људе до којих им је стало, а планови који су били присутни мораће да буду привремено одложени. Пацијенти који су тужни често изјављују: *„Стално ми се плаче“*, *„Недостаје ми живот пре болести“*, *„Лечење нема смисла“*. Природно је јављање туге услед и због промена које болест носи са собом на телесном плану (губитак косе, промене на телу услед операције). Ношење са осећањем туге није лако, али је од великог значаја да се оно искаже и подели уколико је присутно. Очекивано је да особа има интензивно осећање туге одређено време након постављене дијагнозе или током лечења, али важно је рећи да ово није исто што и бити депресиван. Важно је напра-

вити разлику између туге и депресије. Код туге се уочавају осећања и понашања која произилазе из одређеног губитка, особа задржава капацитет за задовољство, туга долази у таласима, а очувана је способност за радовање у погледу будућности. За разлику од туге, код депресије се уочавају осећање кривице, безвредности, безнадежности, мисли о смрти, особи ништа не доноси пријатност нити уживање, то је константно присутно расположење. Депресивна особа негативно процењује себе и околину, али и има негативна очекивања од будућих догађаја. Важно је разумети да је депресија проблем који има онеспособљавајући карактер као што то имају многе телесне болести и да је неопходна помоћ. Ово стање код онколошких пацијената је врло специфично и захтева посебна знања да би се поставила дијагноза. Само је важно на време препознати симптоме и јавити се за помоћ.

Љутња

Љутња је још једна од основних емоција. Људи који се лече од малигних болести могу доживети љутњу изазвану свим променама које је болест донела са собом у њиховим животима. Могу бити присутне мисли: *„Зашто баш ја“*, *„Зашто ме Бог/живот кажњава“*, *„Ово није фер“*, *„Нисам то заслужио“* које представљају осећање љутње. Људи се различито носе са овим осећањем. Некада је љутња усмерена на чланове породице, некада на пријатеље, медицинско особље, систем, Бога, а некада и на себе. Треба препознати ово осећање и дати простора за његово изражавање кроз разговор или неку моторну активност. Оно што је важно напо-



менути јесте да се осећање љутње често јавља на подлози неког другог осећања које се иза њега крије (страх, туга) са којим је особи тешко да се суочи. Неопходно је себи дати времена да се до тих других болних осећања дође, како би се разумела, испољила и прорадила.



Усамљеност

Бити сам не значи нужно и бити усамљен. Потреба за осамљивањем је нужна и неопходна сваком људском бићу, посебно у тренуцима када проценимо да нам је неопходан мир или када се бавимо креативним пословима. Човекова потреба за повезаношћу са другима је урођена. Доживљај изолованости и одбачености јесте проблематичан и није тако редак међу људима који се лече од неког облика малигног обољења. Након терапије када треба смањити контакте са другима, или као у актуелној пандемији изазваној SARS-CoV-2 вирусом, може доћи до јављања осећања усамљености услед изолованости. Важно је одржавати контакте са драгим људима и остати интензивно повезан што нам савремена технологија и омогућава. Људи који су активно на специфичном онколошком лечењу могу бити усамљени услед доживљаја да нико њима близак не разуме како се осећају. Ово може бити велики изазов, али разговор о

осећањима може бити добар почетак за превазилажење истих. Такође, контакт са још неким ко пролази кроз исто или слично искуство може бити охрабрујући и помоћи у смањењу доживљаја усамљености. Што изолованост дуже траје, то може представљати већи изазов за превазилажење. Најбољи начин превазилажења доживљаја изолованости јесте започињање и обнављање повезаности са неком другом особом, као и давање прилике другима да се емоционално приближе. Када смо задовољни својом друштвеном повезаношћу осећамо се сигурно, али решење није у количини људи са којима смо повезани већ у квалитету односа које смо изградили.

Закључак

Дијагноза малигног обољења је изузетно стресан догађај, а лечење може да представља исцрпљујући период живота који од особе захтева велики степен укључености и ангажовања. Важно је истаћи да психолошка подршка у виду разговора може бити од користи и веома значајна, посебно у критичним тачкама лечења. Свака кризна ситуација у животу човека захтева ангажовање различитих стратегија преваладавања, доноси пуно тога тешког за подношење, али и након сваке тако изазовне животне ситуације долазе и нове спознаје о себи, другима и свету који нас окружује.

Александар Рангелов,
маст. психолог
породични саветник

Марија Андријић,
маст. психолог
интегративни психотерапеут



Концепт „тоталног бола“

Током специфичног онколошког лечења најчешћи симптом о коме пацијенти извештавају јесте бол. Најзначајнији извор процене квалитета и јачине бола јесте сам пацијент који има активну улогу у том процесу.

Dame Cicely Saunders, медицинска сестра, социјална радница, докторка и списатељица, имала је велику улогу у рађању идеје хосписа и палијативне медицине. Раних шездесетих година прошлог века створила је потпуно нови приступ схватању бола, који је клиничарима и истраживачима отворио нове могућности у сагледавању овог симптома. Наглашавала је важност слушања приче пацијента и разумевања његовог доживљаја бола. *Dame Cicely Saunders* сковала је термин „тотални бол“ који се може сматрати једним од најновативнијих концепата у лечењу бола. Основна идеја била је да бол треба да буде сагледан као један свеобухватан доживљај који се састоји не само од телесне, већ и од психолошке, социјалне и духовне компоненте. Доживљај бола је субјективан, личан и представља оно што пацијент каже да бол за њега јесте. У овај доживљај уграђују се елементи целокупне животне ситуације пацијента. Пацијент на психолошком плану може осећати тугу, љутњу, страх, забринутост, на социјалном долази до патње услед губитка статуса, улога које је некада имао у породици, радном колективу, док на духовном плану могу бити присутна питања смисла и сврхе живота, љутња на судбину, Бога, и страх од смрти.

Сталан, упоран бол код онколошких пацијената може се сам по себи сматрати болешћу. Овај симптом представља посебан изазов за клиничара јер би процена требало да садржи разматрање свих компоненти које могу утицати на субјективни доживљај бола. У том смислу важно је сагледати све компоненте индивидуалног доживљаја бола и неговати холистички приступ пацијенту. Холистички приступ (*whole* - целина) означава да пацијенту приступамо као људском бићу, а не само као носиоцу одређене дијагнозе. Тачније, овај приступ означава да пацијенту приступамо као јединству биолошког, психолошког, социјалног и духовног бића. Искуство „тоталног бола“ је индивидуално и специфично за сваког пацијента појединачно.

Због природе и сложености доживљаја бола неопходно је да у тиму буду укључени стручњаци различитих профила приликом лечења овог симптома. Персонализован план лечења бола прави се после пажљиве и свеобухватне евалуације узрока бола, његових карактеристика, али и фактора који утичу на индивидуални доживљај бола. У лечењу „тоталног бола“ важно је вишестрано разумевање бола и постављање питања о значењу које бол има за пацијента, утицају на његов живот и коначно на доживљај патње. У том смислу бол је постао нешто неодвојиво не само од тела, већ и од целокупне личности пацијента. Неопходно је да пацијент буде у центру пажње мултидисциплинарног тима који о њему брине.



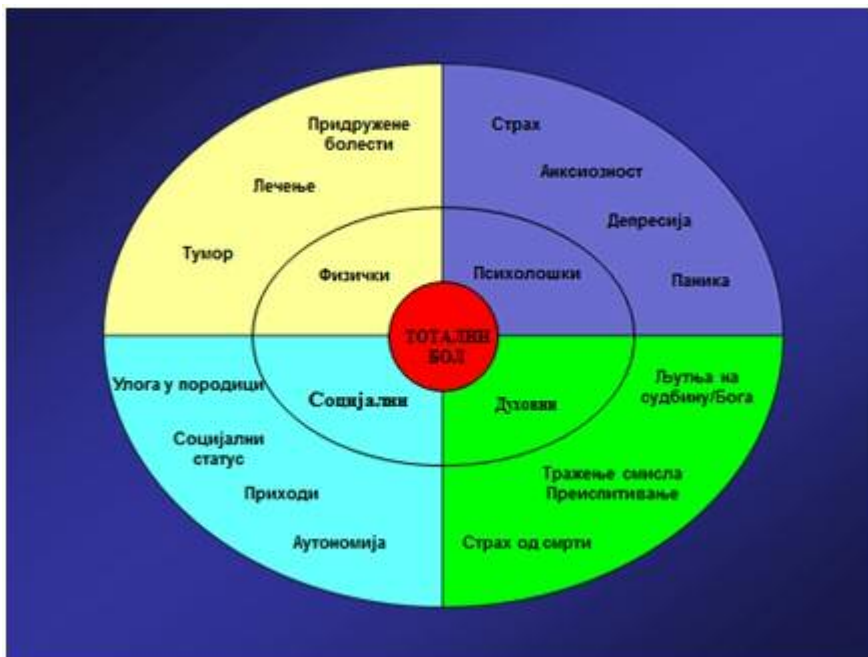
Збрињавање доживљаја бола није само ствар знања већ и израз велике посвећености пацијенту. Када дође до олакшања телесног бола тада се отварају могућности за комуникацију на много дубљем нивоу, о психолошким, социјалним и духовним аспектима живота пацијента и доживљаја бола у новој животној ситуацији. Анксиозност и депресија су повезане са већом јачином бола, а социјална подршка у вези је са мањом јачином бола.

Иако је бол незаобилазан симптом малигне болести, савремена медицина понудила је концепт „тоталног бола“ који у великој мери олакшава његово разумевање, конт-

ролисање и збрињавање. У центру лечења је пацијент, са својим индивидуалним доживљајем бола, кога лечи мултидисциплинарни тим, који сагледава и разрешава све елементе тзв. „тоталног бола“. Главни мото у лечењу бола гласи: *Лечимо оболелог, а не дијагнозу, не орган, не само тумор.*

Др sc. med. Снежана Бошњак,
научни саветник

Александар Рангелов,
маст. психолог
породични саветник



Слика 1. Илустрација свеобухватног доживљаја бола



Физичке и психолошке последице лечења гинеколошког канцера

Гинеколошки канцер је посебно деликатна врста канцера која не утиче само на физичке и психосоцијалне способности, већ и на изглед тела, сексуалне функције и будући фертилитет.

Екстензивни скрининг програми и раније дијагностиковање малигнух болести у гинекологији, повећали су преживљавање и стотине хиљада жена у свету је излечено или живи са малигнуом болешћу много година. Због тога је у области гинеколошке онкологије, не само помоћ у решавању компликација лечења и очувању квалитета живота, већ и психолошки аспект бриге о пацијенткињама са малигнитетима гинеколошких органа, од посебног значаја. Препознавање и збрињавање анксиозности и депресије у пацијенткиња са канцером је приоритет који има за циљ побољшање квалитета њиховог живота.

Број младих жена које су лечене од канцера а желе да роде је све већи, због померања старости у време првог порођаја. С друге стране, болест се чешће дијагностикује у раним стадијумима, када је лечење конзервативним методама све успешније, чак и код гинеколошког канцера. Сваке године, у Европи се у преко 150.000 жена старости од 20 до 45 година дијагностикује малигна болест. Захваљујући напретку у терапији током последњих 25 година, исход ових пацијенткиња је значајно побољшан, са укупном петодишњом стопом преживљавања од преко 80%. Већина младих жена са дијагнозом рака може очекивати да

ће живети деценијама по завршетку лечења, што многа животна питања, као што је будућа плодност чини све важнијим.

Пошtedним хируршким методама у гинеколошкој онкологији утиче се на само на очување квалитета живота у психо-социјалном и сексуалном смислу, већ и на пољу остваривања потомства. Жене млађе од 50 година лечене од канцера имају већи психолошки морбидитет од старијих, а питање плодности (фертилноности) је међу проблемима који их највише узнемиравају.

Иако је неплодност честа последица лечења малигне болести, у почетним фазама лечења забринутост у вези са њом је обично секундарна у односу на бригу о преживљавању. Жена са дијагнозом рака мора обрадити комплексне информације о даљем лечењу. Процес одлучивања о прихватању предложених терапијских модалитета је одавно препознат као дуготрајан и посебно тежак за жене. За неке жене неплодност може да буде неочекивана, јер нису биле у могућности да обраде или запамте информације о нежељеним ефектима третмана које им предочава онколог током разговора о лечењу.

Имајући у виду да лекари често не справљају са својим пацијентима о овим питањима, пропуст да се покрене разговор о будућем фертилитету жене могу навести на закључак да се фертилитет не може очувати. Оне су често принуђене да направе избор лечења за свој опстанак, који има негативан утицај на



фертилно и њихову жељу да рађају. При томе могу имати осећање да треба да буду захвалне већ и само за то да им се омогући да преживе канцер.

И док проблем плодности можда није на првом месту у време постављања дијагнозе, током времена он постаје све важнији. Инфертилноста која је последица лечења канцера има велики утицај на квалитет живота.

Истраживања су показала да неплодност као јединствен здравствени проблем има ниво патње који се може поредити са оним као што је суочавање са болешћу опасном по живот, каква је канцер. Неплодност сама по себи је повезана са значајним психолошким дистресом, са нивоима депресије двапут већим од оних код нормалне популације, док је квалитет живота смањен у области емоционалног благостања, односа са другима и сексуалности. Показано је да психолошки утицај неплодности повезане са лечењем није занемарив: 77% пацијената испољава клинички значајан ниво патње (дистреса) у односу на губитак плодности

Превирања која доживљавају жене које се истовремено суочавају са дијагнозом рака и могућом неплодношћу остављају емотивне последице које се описују као „додатна повреда на рану“, или „двострука траума“, нарочито ако је локализација болести таква да директно утиче на репродуктивне органе. Ношење са две трауме повећава осетљивост за настанак психолошког дистреса. Пацијенткиња мора да се суочи како са потенцијалном тако и стварном претњом неплодности, јер она жели да

у периоду после лечења заснује или прошири породицу.

Због тога, психоонкологија треба да постане неизоставни део како лечења оболелих од канцера тако и едукације здравствених радника, али извор здравственог информисања становништва о свим аспектима онкологије, како медицинским тако и психосексуалним. Информисање жене и чланова породице о разним аспектима болести, како медицинским тако и психолошким, може значајно допринети спречавању настанка или ублажавању психолошких проблема код пацијенткиње и њене породице.

Помоћ пацијентима у прихватању лечења захтева апсолутну искреност, најтачније медицинске информације и детаљне савете. Ефективна комуникација, која укључује активно слушање, изражавање емпатије, откривање и реаговање на емоционалне знакове и осетљивост према искуству болести, код пацијента оболелог од канцера доводи до побољшања психолошког прилагођавања, поштовања плана лечења и задовољства указаном бригом. А прихватање одређене опције третмана и пажљиво праћење су основни захтеви за успешан третман.

Проф. др sc. med. Весна Кесић

Медицински факултет
Универзитета у Београду
Клиника за гинекологију и
акушерство,
Клинички центар Србије



Страх од повратка малигне болести



У целом свету сваке године континуирано расте број новооболелих особа од различитих малигнитета, а истовремено расте и број излечених којих има неколико десетина милиона. Међутим, чак и када су комплетно излечене, неке од ових особа и даље имају мање или више изражене тегобе као последице саме дијагнозе и/или лечења малигнитета.

Неке од тих тегоба приписују се последицама психичког оптерећења које са собом носи дијагноза малигнитета.

Наиме, већ сама дијагноза малигнитета свакако делује узнемирујуће за све који се са њом суочавају, било лично или посредно као чланови породица оболелих. Страх од исхода, или у најмању руку забринутост, присутни су код већине оболелих током дијагностиковања и лечења, чак и у стадијумима болести за које се са великом вероватноћом може предвидети одлична прогноза.

С друге стране, и многи терапијски модалитети удружени су са неопходним али непријатним интервенцијама и понекада трајним или дуготрајним последицама.

Оперативне процедуре могу имати мањи или већи утицај на промену анатомског изгледа или функције тела (нпр. код карцинома дојке, тумора на лицу, врату, генито-уринарном тракту, екстремитетима у случајевима ампутације или лимфедема) и разумљиво је да је потребно време да се оболели привикну на новонасталу ситуацију која је често трајна.

Радиотерапија може узроковати одређене тегобе, везане не само за естетски ефекат већ и за функцију органа (радиотерапија дојке, гинеколошке регије, орофарингса, дигестивног тракта, главе).

Хемиотерапија је такође праћена са различитим нежељеним ефектима, који су најчешће неакутни и пролазни, мада неки нежељени ефекти могу потрајати дужи период (нпр. периферна неуропатија, малаксалост и конфузност) или се могу развити у каснијем временском интервалу као одложена токсичност (кардиотоксичност).

И хормонска терапија која се примењује више година у раном карциному дојке може узроковати нежељене ефекте који могу реметити



нормалне активности (нпр. налети врућине, поремећај сна, пролазну конфузност).

Ипак, већина пацијената прихвата да је терапија неопходна да би се остварило излечење, да су нежељени ефекти ограниченог трајања и спремни су да се са тим аспектом лечења изборе, посебно када се добро и правовремено информишу од стране стручних особа.

С друге стране, страх од поновне појаве болести може бити присутан код значајног броја излечених особа и може бити невезан за наведене последице лечења. Често тај страх није заснован на реалним основама, али у сваком случају има реалан негативни утицај на квалитет живота.

То је ситуација у којој је често потребна додатна помоћ од стране медицинског тима који је едукован у области психоонкологије.

Колика је преваленца и ко је под ризиком од појаве претераног страха/бојазни од повратка болести?

Према неким истраживањима око 50% свих излечених особа, краће или дуже време, настављају да страхују од поновне појаве болести.

Овај проценат је чак око 70% у посебним популацијама, као што су младе жене лечене од карцинома дојке, од којих неке могу имати и врло изражене психолошке тегобе. Ове тегобе могу бити израженије током и након адјувантног хемиотерапијског лечења, било због вишемесечног трајања лечења које пројужава контакт са болницом, или због субјективне интерпретације да је због адјувантне хемиотерапије болест много „опаснија“.

И иначе су млађе особе, као и особе које имају израженије нежељене ефекте лечења, под већим ризиком за настанак претераног страха/бојазни од повратка болести. Већина тих особа ипак има контролу над својим страховима/бојазнима, и с временом се те тегобе смањују и престају.

Међутим, око 7% свих особа излечених од малигнитета може имати стални, изражен страх од повратка болести и друге тегобе везане за психолошко оптерећење, што их може довести у стање дисфункционалности у нормалном животу.

Који су симптоми претераног страха од поновне појаве болести?

Симптоми страха од повратка малигне болести обухватају спектар психолошких тегоба које могу имати утицај на нормално свакодневно функционисање. Тим симптомима доминирају осећај сталне забринутости или страха, и осећање недостатка среће у животу. Такође обично постоје и проблеми са спавањем (несаница, или претерано дуго спавање), проблеми са апетитом (недостатак апетита, или претеран апетит), осећај малаксалости и болова (који нису последица метастаза), социјална изолација, нервоза и напетост. Многе особе мисле да их емотивни партнер или чланови породице као ни лекари, не разумеју, често одустају од ранијих релаксирајућих навика као што је нпр. рекреација и престају да раде ствари у којима су раније уживали и које су их чиниле срећним (стање које се назива анхедонија).

У благим случајевима, пацијенти могу имати повремена узнемирујућа



размишљања на тему повратка болести, која могу бити спонтана, или провоцирана нпр. одласком на контролни преглед, обављањем дијагностичких процедура, или спознајом да је неко кога су познавали доживео релапс болести. То доводи до појаве анксиозности (забринутости) која може трајати од неколико дана до неколико недеља и може спонтано престати.

У средње израженим или веома израженим случајевима, страх/бојазан од повратка болести присутан је често и непровоцирано и може трајати дуже време. То може резултовати развојем изражене анксиозности, депресивним реакцијама или појавом праве депресије што има значајан утицај на квалитет живота, планирање будућности, извршавање пословних, родитељских, брачних обавеза и имати негативан утицај на све остале аспекте живота. Овако изражене тегобе нешто су чешће код особа које су претходно имале неки психолошки/психијатријски проблем (нпр. генерализовани анксиозни поремећај, депресија), али се могу јавити и код особа без претходних психолошких тегоба.

Већина особа не тражи стручну помоћ већ развије неку своју стратегију којом покушава да превазиђе тегобе. Та стратегија може бити манифестована као претерана потреба за сталном дијагностиком и потврдом да релапса болести нема. То не само што није сврсисходно и утиче на здравствене ресурсе, него може бити и штетно због непотребног излагања зрачењу током СТ или RTG прегледа који сада у приватним здравственим установама могу да се ураде и без препоруке лекара. Другу крајност чине особе које избегавају контролне прегледе да би избегле

стрес повезан са доласком у болницу.

Мада већина излечених пацијената прилагођава своје животне навике сходно датим препорукама (одржавање здраве телесне тежине, престанак пушења, појачана физичка активност), неки од тих препорука одустају и прибегавају различитим непровереним интервенцијама у циљу смањења ризика од релапса. Тада почињу да узимају рекламиране наводне антиканцерске препарате, витамине у неконтролисаним количинама (што може имати штетне ефекте) или прибегавају драстичним дијетама што може резултовати значајним губитком тежине и изгладњивањем.

Највећа штета може настати код оних који прекидају адјувантно лечење, што реално може имати негативан утицај на исход болести. Разлоге за такве поступке оправдавају револтом против „судбине“, што је ирационална реакција која може имати контрапродуктивне ефекте. Тако се ствара „зачарани“ круг из кога тешко могу сами да изађу.

Како и ко може помоћи?

Иако ни лекари ни пацијенти не могу да имају потпуну контролу над свим будућим догађајима везаним за исход болести, отворен разговор о свим тегобама укључујући и психолошке тегобе треба да буде саставни део контролних прегледа. Током разговора лекар ће појаснити да психолошке тегобе нису знак индивидуалне слабости и да су такве тегобе већ добро препознате у онкологији. Треба разјаснити и да претерани страх нити је од било какве користи, нити пак може



спречити релапс (иако неке особе имају утисак да их стална забринутост на неки начин „чува“).

За особе код којих се посумња на постојање значајнијег психолошког оптерећења након завршеног онколошког лечења, онколог може консултовати тим психолога на ИОРС (или у другој установи), или психијатра уколико је потребна додатна медикаментозна терапија.

Ипак, за све пацијенте са или без психолошких тегоба, едукација о малигнитету од кога се лече (или су лечени), начину лечења и нежељеним ефектима, од изузетног је значаја.

Правилно и правовремено спроведена едукација може имати повољан утицај и на неке психолошке аспекте јер пацијенти на време могу да се и психолошки припреме.

На ИОРС су доступни различити едукативни материјали публиковани од стране Друшта Србије за борбу

против рака који су писани савремено и свеобухватно, а припремљен је водич за жене лечене од раног карцинома дојке са свим релевантним информацијама.

Модификација животних навика (одржавање здраве телесне тежине, појачана физичка активност, редовни унос воћа и поврћа, престанак пушења, престанак конзумације алкохола), као и придржавање препорука за адјувантно лечење и контролне прегледе, заиста може имати важан утицај на исход лечења.

На тај начин и пацијенти имају једну врсту контроле над даљим током и исходом лечења.

**Прим. др sc. med.
Зорица Томашевић**



Социјална подршка

Суочавање са дијагнозом малигне болести и процес лечења су фазе које захтевају велику снагу и суочавање са тешкоћама. То подразумева да оболела особа пролази не само кроз фазе физичке непријатности, већ и кроз различите емоционалне процесе и односе са околином. Социјална подршка је ефикасна стратегија за превладавање тешких ситуација са којима се суочавају оболеле особе. Када су суочени са тешком ситуацијом особе са више социјалне подршке ту ситуацију доживљавају мање тешком и лакше се носе са овим искуством. Утврђено је да су људи са мало социјалне подршке и без развијене социјалне мреже анксиознији, нетолерантнији, имају ниже самопоуздање, чешће одбацују помоћ коју им други нуде и имају мање поверења у друге. Постоје докази да су људи који живе у браку, имају пријатеље и чланове породице који им пружају подршку, бољег здравља него људи са мало подржавајућих односа.

пружају подршку у свакодневном животу и у кризним ситуацијама и тиме доприносе њиховој добробити. Како се на социјалну подршку гледа као на мултидимензионални концепт, разликујемо различите врсте и изворе социјалне подршке. У литератури се наводи неколико врста социјалне подршке. Емоционална, информативна и инструментална подршка. Емоционална подршка је усмерена на поклањање пажње, наклоности и љубави.

Информативна подршка је усмерена на давање различитих савета, упутстава, информација. Инструментална подршка се односи на осигуравање финансијске помоћи, материјалних извора и потребних услуга. Ова врста подршке се још зове и материјална подршка.

Ефекти социјалне подршке зависе од учесталости, трајања, интензитета и природе тешкоћа са којима се суочавају болесник и његова породица. Постоје фактори који могу умањити ефекте социјалне под-



Социјална подршка подразумева доступност ресурса у социјалној околини који пацијенту и породици

ршке. А то могу бити претерана зависност, осећање кривице, када потенцијални помагачи користе



непримерене начине (превише саветају, љуте се због некоришћења савета и тада се оболела особа осећа нападнутом, одбаченом или неспособном). Предуслов ефикасности подршке је постојање бар једне блиске и поверљиве особе на коју се болесник може ослонити. Извори социјалне подршке могу бити различити. Неки од њих представљају извор свих, а неки само неких врста социјалне подршке.

1. Природни извори подршке су: породица, пријатељи, сродници, кућни љубимци.
2. Формални институционални извори подршке су стручни тимови из различитих установа друштвеног система.

Већина болесника има подршку у породици. За разлику од осталих извора подршке и помоћи, породица је та која сама препознаје и сама нуди помоћ свом оболелом члану а да то он не мора посебно ни да тражи. Породица је у позицији да пружа подршку и да јој је потребна подршка. Међутим, ослањање искључиво на породицу се показало непримерним, јер може да доведе до физичке, психичке и финансијске исцрпљености. Најбољи резултати се постижу комбиновањем подршке породице и других извора из система друштвене заштите, као што су професионална подршка стручних тимова из установа здравствене и социјалне заштите као и невладиног сектора.

Елементи социјалне подршке оболелим особама у Србији налазе се највећим делом унутар система здравствене и социјалне заштите и уопштено обухватају права на одређене услуге и накнаде. У систему здравствене заштите, оболели од малигних болести представљају

нарочито издвојену групу ка којој се усмерава посебна пажња, с обзиром на специфично и комплексно лечење.

Здравствени радници су у једнакој мери одговорни за психосоцијалне аспекте, као и за медицинске. Пружање такве подршке је у неким ситуацијама значајније него упућивање ка појединцима или службама за психосоцијалну подршку и подразумева емпатију, размену емоција, охрабривање, а понекада је довољан само физички додир. Мнобројна истраживања су показала да је степен подршке који оболела особа има и осећа важан фактор у њеном прилагођавању новонасталој ситуацији, као и у очувању квалитета живота. Из тог разлога професионално особље треба увек да провери степен постојеће подршке оболелој особи, да препозна када она не постоји и у том случају препоручи додатне изворе и информације где и како се она може обезбедити.

У систему социјалне заштите подршка оболелим особама организована је на два нивоа: на институционалном и ванинституционалном нивоу. На институционалном нивоу подршка оболелим особама се пружа смештајем у домове за стара лица. Смештај у дом за стара лица је најчешћи вид збрињавања оних болесника који не могу да самостално функционишу и који немају чланове породице који би преузели бригу о њима. Ванинституционална подршка се односи на услуге помоћи у кући, коришћењем боравка у клубовима и центрима за дневни боравак, што представља форму подршке боравка у породици и то у оним случајевима у којима особа није у стању да се стара о себи, односно уколико породица није у



могућности да пружи одговарајућу подршку или ако породица не постоји. Помоћ у кући обухвата услуге обављања делатности у домаћинству, чишћење, распремање, набавку намирница и припрему оброка.

пљају људе који се суочавају са сличним, за њих проблематичним ситуацијама и стањима. Ове групе могу бити базиране на принципу самопомоћи, где процес групног рада воде људи који имају лично искуство и интересовање за одређену проблематику а то су они који су



Права која се односе на подршку оболелих особа унутар система социјалне заштите јесу права на материјалну подршку тј. новчану социјалну помоћ, додатак за негу и помоћ другог лица, као и права на саветодавне услуге у поступку остваривања наведених права.

Невладине организације се баве пружањем различитих услуга заштите оболелих особа, пре свега онима из социјалног домена, попут помоћи у кући и психосоцијалне подршке али исто тако и медицинске неге, као што се баве и заступањем права оболелих особа. Своје услуге реализују у сарадњи са локалном заједницом, координисане су са програмима међународних донатора и превасходно су допуњујуће у односу на породицу и јавни сектор.

Удружење пацијената, групе подршке значајне су због тога што оку-

се успешно изборили са неким проблемом и одлучили да своје искуство поделе. Поред ових, постоје и групе које су професионално вођене од стране професионално обучених саветника. Прво искуство које чланови групе искусе јесте доживљај да нису сами. То су места где људи могу да поделе своје доживљаје са другима, буду пажљиво саслушани и где могу да очекују да ће бити прихваћени.

Милијана Маторчевић,
специјалиста за рехабилитацију
и социотерапију
породични психотерапеут



Духовна подршка

*„Тајна човечијег живота није у томе да само живи,
већ у томе зашто живи“.*

Фјодор Михајлович Достојевски

Духовност и религијска уверења могу бити врло важна особама које се лече од малигних обољења. Духовност подразумева аспект живота који је окренут ка тражењу смисла, сврхе, значења и повезаности са вишом силом и омогућава особи да успешно разуме себе и свет око себе. Не мора нужно бити повезана са религијском посвећеношћу Богу. Духовност је једна од суштинских димензија живота и у значајној мери доприноси људској тежњи за здрављем, целисходношћу и смислом живота. Једно од нарочито свеобухватних одређења духовности јесте дефиниција која гласи: „Духовност је аспект човечанства који се односи на начин на који појединци траже и изражавају смисао и сврху и начин на који доживљавају своју повезаност са садашњим тренутком, са собом, са другима, са природом, и оним што им је значајно или свето“.

Питање смисла и суштине постојања увек је изнова покренуто током кризних и трауматских ситуација кроз које људи пролазе. Криза смисла, егзистенцијалистички вакум (бесмисленост живљења) и немогућност да се пронађе мир, утеха и смирење представљају значајне компоненте духовне патње коју је веома тешко преточити у речи. Патња у сфери духовности има више различитих домена. У те домене спадају: егзистенцијалистичке бриге (запитаност о смислу сопственог постојања, мисли о животу

после смрти и питања о смислу патње која се доживљава), доживљај напуштености од стране Бога и других (недостатак љубави, стрепња да се буде заборављен од стране других), љутња на Бога и друге. Ту даље спадају и проблеми са уздржаним системом веровања који се односи на немогућност претакања унутрашњег сукоба или питања о вери у речи, сукоб између понуђеног третмана и религиозних веровања, преиспитивање система вредности, као и доживљај изолованости. Коначно, овде спадају и специфични аспекти религиозности, односно потреба за ритуалима и немогућност или спреченост да се у истим учествује. Тражење утехе и смисла у духовности за особу која пролази кроз изузетно захтеван период у животу какво је специфично онколошко лечење, може бити веома значајно и помоћи у превладавању и ношењу са изазовима који се пред њу постављају. Важно је још једном нагласити да постоје нерелигијски аспекти духовности који подразумевају бављење собом и питањем смисла (духом) у најширем смислу.

Духовне интервенције имају за циљ да пре свега јасно утврде порекло и узрок патње, а затим и да кроз пажљиво слушање и емпатију понуде наду и/или утеху. Чини се да је главни циљ духовних интервенција повратити и пробудити вољу за смислом. Суштина и смисао живота за сваког појединца дубоко су индивидуални и човек их сам открива на



свом путу спознаје живота, те су у том смислу нужно и јединствени. Не постоји унапред осмишљен рецепт нити понуђено готово решење или одговор на запитаност о властитом смислу, већ упорно настојање да се исти што више докучи и спозна. Познати неуролог и психијатар који је преживео холокауст и оснивач логотерапије (терапије смислом) наводи да се чак и у најтежим животним ситуацијама може пронаћи лични смисао. Исти аутор наводи да је кључ (психолошког/духовног) оздрављења у трансценденцији (превазилажењу) самог себе. Прознатост живота не чини нашу егзистенцију бесмисленом, већ утемељује нашу одговорност за прављење избора – каже Франкл. Духовна подршка која се спроводи од стране обученог лица (духовника, стручња-

ка из области менталног здравља) може бити успешна за умањење духовне патње, као што медицинске интервенције регулишу телесни бол. Истраживањима је потврђено да људи који се лече од канцера и који имају више степене духовног благостања наводе да имају нижи ниво анксиозности у вези са смрћу, нижи ниво депресивности и бољи квалитет живота.

На путу живота треба трагати за смислом и наћи своју унутрашњу тачку ослоњања према којој ће се неговати љубав као највиши домен људске егзистенције.

Александар Рангелов,
маст. психолог
породични саветник



Физичка активност и ментално здравље

„Физичка активност може заменити многе лекове, али ниједан лек не може заменити физичку активност“.

Tisseau

Физичка активност је један од најзначајнијих фактора који утиче на спречавање настанка многобројних болести, од дијабетеса, преко кардиоваскуларних, гастроинтестиналних и малигних болести до различитих менталних поремећаја и обољења.



Физичка активност није важна само као примарна превенција многих хроничних болести, већ и као секундарна превенција која успорава и смањује тегобе оболелих особа. Иако се то често занемарује, редовна физичка активност позитивно утиче и на друге аспекте здравља, поправља расположење, побољшава квалитет сна, смањује осећај усамљености, утиче на самопоуздање, когнитивно и друштвено функционисање, смањује симптоме стреса, депресије и анксиозности и доприноси бољем квалитету живота.

Коју врсту физичке активности ће појединац примењивати зависи од

његових афинитета, година, пола, здравственог стања, али и од физичке кондиције. Препорука је да особе између 18 и 65 година старости проведу 150 минута недељно у умереној физичкој активности (аеробне вежбе), на пример 30 минута брзог хода три до пет пута недељно. Старије особе, гојазне особе, особе са повредама или болестима зглобова и кичме вежбе могу да раде само уз дозволу лекара.

Физичка активност и вежбање имају велики значај у превенцији и рехабилитацији соматских и психичких тешкоћа са којима се суочавају пацијенти у току и након онколошког лечења. Резултати истраживања из области онкологије су показали да редовно вежбање ублажава нежељене ефекте онколошког лечења и побољшава квалитет живота пацијената. Вежбање након операције рака дојке, уз свакодневне вежбе руке са оперисане стране, помаже пацијенту да се врати нормалним дневним активностима. Током лечења хемиотерапијом препоручљиво је да се физичка активност прилагоди способностима пацијента. Лечење радиотерапијом може неповољно утицати на флексибилност раменог појаса и потребно је прилагодити вежбе као и понашање у току свакодневних активности. Доказано је да ходање умереним интензитетом, пет до шест сати недељно, може значајно поправити



квалитет живота жена оболелих од рака дојке.

Вежбање је облик физичке активности који се планира, структурише, понавља и има за циљ побољшање или одржавање једне или више компоненти физичке спремности. Поред вежбања, било која друга физичка активност која обухвата напорне професионалне и кућне активности у слободно време, а које захтевају физички напор, има здравствену корист.

У Институту за онкологију и радиологију Србије поред активности тима за психосоцијалну подршку пацијентима, важан сегмент представља физиотерапијска процена и рехабилитација. Пацијенти могу заказати консултације са вишим физиотерапеутом путем телефона 011/2067-158.

Душанка Ђупић,
виши физиотерапеут

Вежбам ја, вежбаш ти,
хајмо заједно вежбати сви!

Руке горе, руке доле,
ову вежбу баш сви воле.

На ваздуху и у сали,
вежбају велики и мали.

Желиш ли увек здрав бити,
мораш вежбати и много воде пити.

Крушка, јабука и шљива,
да смо пуни витамина.

Боровница, аронија и купина,
да нам организам сав ужива.

Трчи, пливај, вежбај много,
па ће ти здравље бити добро.

Скачите, трчите,
спортом се бавите сви,
бићете здрави као и ми!

Милош Гарајски III/1

ОШ „Лаза Костић“, Гаково
Ментор: Љиљана Мудринић



Осиромашени уранијум

*„Не слажем се са оним што кажеш,
али ћу до смрти бранити твоје право да то кажеш“.*

Fransoa Mari Arue (Волтер)

Пјер Кири је 1904. године на свечаном церемонијалу поводом примања Нобелове награде за откриће радијума (заједно са супругом Маријом Склодовском, која ће добити и другу Нобелову награду) упозорио:

„Може се такође закључити да у криминалним рукама радијум може постати веома опасан. И овде се можемо запитати да ли људски род има користи од изучавања тајни природе уколико није довољно зрео да то знање користи, или ако је ово знање штетно“.

Ово откриће отворило је широко врата науци која је дубоко продрла у област нуклеарне енергије. Цивилизацију 20. века одвело је у звездане просторе (Месец, Марс, Титан, космичка станица), али је иста цивилизација тим великим открићима у области нуклеарне енергије стигла до самих врата пакла (атомска, водородна, неутронска бомба). Пример за ову тврдњу су бачене атомске бомбе: уранијумска на Хирошиму и плутонијумска на јапански град Нагасаки 6. односно 9. августа 1945. године; хаварија у нуклеарним електранама „Острво три миље“, Чернобил, Фукушима; ратови вођени бојевом

муницијом са пенетратором од осиромашеног уранијума¹ на Балкану, у Ираку, Сирији, Либији, Авганистану.

Године 1999. (март, април, мај, јуни) НАТО алијанса извршила је агресију на СР Југославију. Тада је „Милосрдни анђео“ просуо по Србији 15 тона осиромашеног уранијума (по генералу Делићу, који је командовао највећом моторизованом јединицом на Космету, у току НАТО агресије, 500 тона). У ратним дејствима осиромашени уранијум је сагоревао вежући се за атоме кисеоника. Стварала се радиоактивна прашина оксида уранијума микронских димензија (1–5 микрометара). Ваздушне струје односиле су ову прашину у високе слојеве атмосфере стварајући облаке радиоактивне прашине, које су хоризонталне ваздушне струје (ветрови) разносиле по целој Србији и Балкану. Ова количина осиромашеног уранијума (15 тона) износи 186 GBq (гигабекерела), подељено на 10 милиона становника (заједно са Косметом) сваки становник је добио по 18.600 Bq. Дозвољена количина Уранијума-238 у 1 литру пијаће воде износи 0,4 Bq. Наши и страни стручњаци открили су у овој радиоактивној прашини трансуранијумски високо радиоток-

¹ Осиромашени уранијум је нуспродукт/радиоактивни отпад који настаје у припреми горива за нуклеарне реакторе и нуклеарно оружје, и као таквог га је свака земља са развијеном нуклеарном технологијом обавезна да складишти и чува по строго дефинисаним међународним прописима. Не сме се наћи слободан („бачен“) у животној средини. Он се разликује од природног уранијума. Природни уранијум има у себи три уранијумова изотопа: U234, U235 и U238, са масеним уделом од 0,007%, 0,72% и 98,28%. Назив „осиромашени“ потиче отуда што је у „остатку“ уранијума (после прераде физионог горива) мање изотопа U235 (који је физионо гориво) него у природном уранијуму. За нуклеарну енергетику је од значаја само U235, али његова концентрација у природном уранијуму од 0,72% за то није довољна. Стога се врши екстракција U235 све док му садржај у третираној руди не падне испод 0,2–0,3%. Све чешће се користи и додатно извлачење и испод 0,2%. Оно што остане је „осиромашени уранијум“, тако да се под тим појмом подразумева уранијум са садржајем изотопа U235 испод 0,7%, али су му најчешће вредности садржаја око 0,02%. Он је осиромашен у погледу присуства U235, али је обогаћен U238 (преко 99%). Оваква дефиниција не указује на порекло и садржај осталих изотопа што допушта могућност да он буде производ обогаћивања природног уранијума или прераде потрошеног горива.



сични радионуклид Плутонијум-239 (горивни материјал за прву атомску бомбу, која је у експерименталне сврхе експлодирала у једној пустињи у Новом Мексику, у априлу 1945. године, а друга бачена на јапански град Нагасаки 9. августа 1945. године).

Уранијум-238 (${}_{92}\text{U}^{238}$) је алфа и гама емитер и прелази сукцесивно у 14 потомака, сви су радиоактивни, сем последњег (изотоп Олова-206). Треба истаћи да је Радијум-226, који при дезинтеграцији ослобађа из нуклеуса атома алфа и гама зраке, кога су открили Скловска-Кири 1898. године, пети потомак (${}_{92}\text{U}^{238}$). Куриозитета ради треба истаћи да је тринаести потомак Уранијума-238 Полонијум-210 послужио као оружје у обрачуну руских шпијуна, у Лондону, 2006. године. Тада је Александру Литвињенку убачен у чај раствор Полонијума-210, који је алфаемитер. Смештен је у једну лондонску болницу у којој је преминуо после шест дана. Алфа зраци које емитује Полонијум-210 носе са собом релативно велику енергију, због чега поседују велику специфичну јонизацију (број јонских парова на јединици пута), а преко које јонизујући зраци делују деструктивно на биолошке системе. Уништили су несретном Литвињенку коштану срж, лимфно ткиво и слезницу дигестивног тракта, због чега је умро у Лондону.

Сви биолошки системи на земљи могу се са одговарајућом дозом јонизујућег зрачења уништити. Што је специја на вишој филогенетској лествици (човек, сисари), то је 50% летална доза јонизујућег зрачења мања и обрнуто. За човека је 50% летална доза 5 Gy (греј-џул/кг), а за инфузорију која се налази на доњој филогенетској лествици 50% летална доза износи 3000 Gy. Унутар исте специје јединке су различито радио-

сензитивне и ткива унутар једне специје су различито радиосензитивна. Код човека је најосетљивија коштана срж, лимфно ткиво и гонаде.

20. век је век нуклеарне енергије, али и век малигнух тумора. Наиме, цивилизација 20. века у свом брзом развоју није водила довољно рачуна о стварању материја које стижу у животни миље човека и представљају канцерогене агенсе (индукују канцерогенезу, односно претварају здраву у малигну ћелију).

Међународна агенција за истраживање рака (IARC) објавила је списак од 116 канцерогених агенаса, од чега су 13 материја емитери јонизујућег зрачења. На броју 98. написано је: Радионуклиди, алфа честице. Уранијум-238 је радионуклид и алфа емитер чија енергија износи 5 MeV (мегаелектронволти). За стварање једног јонског пара потребна је енергија од 34 eV (електронволти). Дакле, осиромашени уранијум је канцерогени и мутагени агенс који индукује канцерогенезу и мутацију генома у ћелијама гонада што има за последицу рађање потомака са психофизичким малформацијама, као и стерилитет код мушко-женске популације. Треба нагласити да је и за један и за други феномен потребан латентни период, а то је временско растојање од времена почетка дејства канцерогеног агенса на биолошки систем (контакт са биолошким системом) до клиничке манифестације малигнух тумора, односно рађања потомака са психофизичким малформацијама. Треба истаћи да између дозе јонизујућег зрачења и наведених ефеката постоји стохастички однос, што ће рећи да не постоји праг-доза за изазивање наведених ефеката, већ свака, и најмања доза алфа зрака може изазвати наведене ефекте.

Оксиди уранијума који се стварају током ратних дејстава са бојевом



муницијом која поседује пенетратор од осиромашеног уранијума се деле на растворљиве у води (1/3) и нерастворљиве у води (2/3) оксиде уранијума. Када овај радиоактивни материјал стигне у крвоток организма (респираторним и/или дигестивним трактом), биолошко време полураспада у води растворљивих оксида уранијума износи 10–20 часова, помножено са фактором 10 добија се време (5–10 дана) за које се целокупни радиоактивни материјал елиминира из организма преко уро тракта. У води нерастворљиви део оксида уранијума (2/3) депонује се углавном у костима, а биолошко време полураспада је 10–15 година. Помножено са фактором 10 добија се време тоталне елиминације овог канцерогеног агенса за 100–150 година. Опште је позната чињеница да Уранијум-238 има време полураспада 4,5 милијарди година.

После НАТО агресије на Србију 1999. године ми смо на конференцији за штампу изјавили да ће присути осиромашени уранијум по Србији повећати број новорегистрованих малигнух тумора и умирања од истих у Србији. Пратили смо кретање стопа инциденције и морталитета од малигнух тумора у временском периоду 2001–2010. године. Утврдили смо да је на крају просечног латентног периода за системска малигна обољења (C81-C96), (просек седам и по година) дошло до наглог скока и једне и друге стопе 2006. године, у односу на 2005. годину (59% и 109%), што је статистички сигнификантно повећање системских малигнух обољења (леукемије/лимфоми). Тај високи ниво и једне и друге стопе задржао се до краја деценије (2010.).

У Статистичком годишњаку тз. „Републике“ Косова 2018. године објављеном у електронским меди-

јима (<http://ask.rsk-gov.net/sr/agen-cija-za-statistiku-kosova/addnews/statisticki-godisnjak-2018>) наведени су кратки сегменти који се односе на кретање новооболелих и умрлих становника Космета од малигнух тумора (свих узраста и оба пола). Праћењем кретања укупног броја новорегистрованих малигнух тумора на Космету утврдили смо да је после завршетка просечног латентног периода за све солидне туморе (95% свих малигнух тумора) дошло до наглог скока 2014. године. У односу на 2013. годину (последња година просечног латентног периода за системска малигна обољења од 15 година) овај скок је износио 101%. Овај високи каскадни скок укупног броја малигнух тумора 2014. године говори у прилог чињеници да је на Космет бачена релативно велика количина осиромашеног уранијума 1999. године.

На основу наших студија дошли смо до података да је од 1999. до 2019. године (20 година) у Србији (централна Србија и Војводина) новорегистрованих малигнух тумора било 700.000. На терет „Милосрдног анђела“ отпада 70.000 новорегистрованих малигнух тумора. У истом времену умрло је од рака у Србији 400.000 становника оба узраста и оба пола. За 40.000 умрлих одговоран је „Милосрдни анђеол“. Како Уранијум-238 има време полураспада 4,5 милијарди година, то је бачени уранијум на Србију 1999. године и даље присутан у Србији и његово канцерогено и мутагено дејство и даље траје.

У појединим земљама (чланицама НАТО алијансе) струка, наука, парламент, судови су се сложили да су војници њихових земаља после боравка на Космету, у мисијама мира након завршетка НАТО агресије, оболевали од малигнух тумора знатно чешће због баченог Урани-



јума-238 на Космету. Коман-дант италијанске јединице од 500 војника боравио је на Космету у три наврата по три месеца (2000–2002.). Оболео је од карцинома штитасте жлезде и суд у Напуљу 2010. године доноси судску пресуду којом се наређује држави Италији да исплати новчану накнаду дотичној особи. Интересантни су наводи у образложењу судске пресуде. У одреду од 500 војника оболело је од малигних тумора до 2010. године 40 случајева, што чини стопу инциденције 8000 на 100.000 у овој популацији. Поред Италије, и Шпанија и Португалија и Француска су се сложиле да је осиромашени уранијум индуковао канцерогенезу код војника који су боравили на Космету после НАТО агресије на Србију. Немачка влада одбила је оштетни захтев немачких војника после завршетка НАТО агресије на Србију. У Бундестагу (Немачка) о овом проблему се водила жестока расправа. Многи посланици су ставили озбиљне замерке извршној власти Немачке што је слала немачке војнике у рат против Србије.

НАТО лоби преко својих експонентата покушава да прикрије истину о дејству осиромашеног уранијума на здравље људи („Прекрива жар са пепелом“). Истина о осиромашеном уранијуму сврстала би НАТО алијансу у геноцидну силу, а даља производња бојеве муниције са уранијумским пенетратором дошла би у питање, што би довело у незавидан финансијски положај војне индустрије земаља НАТО алијансе.

Кајл Скот, бивши амбасадор САД у Београду је прошле године на конференцији за штампу изјавио да осиромашени уранијум није канцерогени агенс. Када је упитан зашто Срби имају највећу морталитетну стопу од малигних тумора у Европи (после НАТО агресије на Србију), Његова Екселенција је одговорио да

Срби имају забележен рак у генетском коду. Како да објаснимо овај одговор Кајла Скота? Слобода писане речи дозвољава нам да објаснимо овај одговор. Када је „Велики Креатор“ стварао свет и сместио људски род на земљу, Србима је уградио у њихов генетски код и неколико гена који индукују канцерогенезу (претварање здраве у малигну ћелију). Зашто је овај „плефир“ додељен само Србима одговор би могао дати само „Велики Креатор“ и Кајл Скот.

Закључак

Доласком „Милосрдног анђела“ из Авијана 1999. године у Србију и просипањем 15–500 тона осиромашеног уранијума по цивилном становништву свих узраста и оба пола, извршен је *Genocid sui generis*.

Проф. др sc. med.

Слободан Чикарић,

радиолог-онколог, универзитетски професор у пензији, редовни члан Академије медицинских наука СЛД, почасни доживотни председник Друштва Србије за борбу против рака

Слободан Петковић,

генерал у пензији специјалност атомско-биолошко-хемијска одбрана, у току НАТО агресије начелник АБХО у ШВК Војске СРЈ председник Скупштине Друштва Србије за борбу против рака



Саветовалиште за пацијенте и породицу Институт за онкологију и радиологију Србије

У Одељењу за образовање и рехабилитацију, познатијем под називом „Световалиште“, већ двадесет година стручњаци различитих профила пружају психосоцијалну подршку и рехабилитацију особама оболелим од малигнух болести и члановима њихових породица. Овај мултипрофесионални тим чине: дефектолози, психолози, социјални радник, виша медицинска сестра, виши физиотерапеут, а по потреби се укључују лекари различитих специјалности, медицинске сестре и техничари, нутриционисти и др. Одељење блиско сарађује са Радном групом за подршку пацијентима Института за онкологију и радиологију Србије, различитим удружењима пацијената, другим здравственим установама, установама социјалне заштите и стручним организацијама. Наш заједнички циљ је да помогнемо и подржимо пацијента и породицу да кроз онколошко лечење прођу што успешније, уз најбољи могући квалитет живота.

Након доношења конзилијарне одлуке о специфичном онколошком лечењу, пацијенти се упућују у Саветовалиште где могу добити информације и савете како да се носе с болешћу, како да спрече потенцијалне компликације лечења, како да се хране, одржавају хигијену, правилно вежбају, одмарају, креативно користе слободно време, суоче са страховима везаним за болест и другим непријатним психолошким реакцијама током лечења, како да остваре права из области социјалног осигурања и/или како да

се укључе у рад удружења пацијената. Психосоцијална подршка и рехабилитација пацијената је доступна у свим фазама онколошког лечења, као и након завршеног лечења у периоду редовних контрола. Саветовалиште је отворено и за чланове породица и друге блиске особе пацијенту.

Поред индивидуалних разговора, психоедукативна подршка пацијентима и њиховим ближњима пружа се и кроз групни рад. Групни едукативни састанци се организује кроз различите форме као што су: рад у малој групи (6 до 9 особа), рад у великој групи (до 30 особа), рад у оквиру тематских радионица, трибина, семинара, а теме се бирају и на основу интересовања чланова групе и /или опште јавности.



Разговор у Саветовалишту може се заказати лично, у амбуланти која се налази у приземљу Института за онкологију и радиологију Србије или путем телефона 011/ 2067-158.

Анета Ђурчић,
дипл. дефектолог

Наташа Марковић,
дипл. дефектолог



Нова телефонска линија за психолошку подршку

Глобална епидемија изазвана вирусом корона је стресна ситуација. Стресна ситуација се најчешће одређује као појачани, нови или продужени притисак на особу и захтева додатан психолошки напор да се иста превлада и да се на њу прилагоди.

Поред многобројних тешкоћа са којима се сусрећу особе које се лече од малигних болести, приликом суочавања са дијагнозом и медицинским процедурама у току лечења, надовезују се неизвесност и брига због могуће заразе SARS-CoV-2 вирусом. Поштујући мере о физичком дистанцирању и смањивању директних контаката са другима, наши пацијенти принуђени су да у великој мери време проводе у својим домовима. Карантин, као нова реалност током пандемије, може проузроковати појачано осећање туге, забринутости, али и страха да професионална помоћ није доступна. Физичко дистанцирање и препорука да се не излази уколико није неопходно, могу изазвати осећање усамљености и беспомоћности. Особе које имају малигно обољење могу се осетити изолова-

но, а могу имати и осећање кривице услед доживљаја да су на терету члановима својих породица, који им помажу у свакодневним активностима, као и у вођењу бриге о себи. Специфично за реаговање онколошких пацијената је и то што их ово искуство може подсетити на ситуацију када су изоловани у кући или болници због могућих нежељених ефеката, који прате њихово лечење. Због тога глобална епидемија код наших пацијената представља ретрауматско искуство, а вишеструка изложеност трауматским догађајима има веће шансе да проузрокује трајне психолошке последице. Све ово у значајној мери смањује квалитет живота и утиче на опште психофизичко стање наших пацијената.

У циљу заштите и унапређења менталног здравља отворили смо телефонску линију за онколошке пацијенте и њихове породице, која ће омогућити добијање психолошке подршке како би се лакше суочили са емоционалним проблемима и психолошким последицама изазваним глобалном епидемијом SARS-CoV-2 вируса.



Саветодавне и психотерапијске
услуге биће доступне сваког радног дана (8–14 h),
телефонским путем на број
064/824-05-15

Телефонска линија намењена је
свим онколошким пацијентима,
као и члановима њихових породица.

**ИНСТИТУТ ЗА ОНКОЛОГИЈУ
И РАДИОЛОГИЈУ СРБИЈЕ**

НОВА телефонска линија за
разговор са **психологом**

Радним данима
од 8h до 14h

Тел: 064/ 824 05 15

Марија Андријић,
маст. психолог
интегративни психотерапеут

Мина Митић Лазаревић,
маст. психолог
породични психотерапеут

Александар Рангелов,
маст. психолог
породични саветник



ДРУШТВО
СРБИЈЕ
ЗА
БОРБУ
ПРОТИВ
РАКА

ПУБЛИКАЦИЈЕ

Друштво издаје
следеће публикације:

- Како можемо спречити или благовремено открити рак
- Пут до оздрављења
- Исхрана и рак
- Непризнате методе у лечењу рака
- Самопреглед дојке
- Рак дојке
- Рак грлића материце
- Злоћудни тумори гинеколошке регије
- Рак плућа
- Малигни лимфоми и лимфоидне леукемије
- Рак дебелог црева
- Рак простате
- Рак коже
- Хемиотерапија
- Мучнина и повраћање изазване хемиотерапијом
- Радиотерапија
- Ослободите ново поколење од дувана

Друштво издаје квартално часопис „Рак - спречити, открити, лечити“

<http://www.serbiancancer.org>

e-mail: serbca@ncrc.ac.rs

Тел: 011/2656-386

Чланови Друштва добијају редовно све публикације.





1927



ДРУШТВО
СРБИЈЕ
ЗА
БОРБУ
ПРОТИВ
РАКА



1966

Отворена телефонска линија
за пружање медицинско информативне
помоћи и подршке, оболелим
од малигне болести, члановима породице
и свим грађанима Србије

Ако желите да разрешите дилеме и:

- имате ваше здравље под контролом
- активно учествујете у вашем лечењу
- желите да чујете "друго- другачије" мишљење о предложеном лечењу
- немате информације или имате пуно информација а нејасних, недоречених и збуњујућих,

бирајте извор информација заснованих на научној основи и позовите број

011 / 2686 - 244

сваког радног дана
од 09-13 h



Покровитељ Министарство здравља Републике Србије