

Psihološke posljedice u bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka

Markić, Tonka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:436390>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 255/SSD/2023

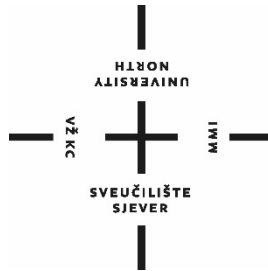
**PSIHOLOŠKE POSLJEDICE U BOLESNIKA
LIJEČENIH OD KARCINOMA JEDNJAKA**

Tonka Markić

Varaždin, rujan 2023.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo – menadžment
u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 255/SSD/2023

**PSIHOLOŠKE POSLJEDICE U BOLESNIKA
LIJEČENIH OD KARCINOMA JEDNJAKA**

Student:
Tonka Markić, 0231042262

Mentor:
doc. dr. sc. Ivan Milas, dr. med

Varaždin, rujan 2023.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------|---|
| ODJEL | Odjel za sestrinstvo | | |
| STUDIJ | diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu | | |
| PRISTUPNIK | Tonka Markić | MATIČNI BROJ | 0231042262 |
| DATUM | 12.06.2023. | KOLEGIJ | Prevenција i rana dijagnostika malignih oboljenja |
| NASLOV RADA | Psihološke posljedice u bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Psychological consequences in patients treated for esophageal cancer | | |
| MENTOR | Ivan Milas | ZVANJE | docent |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. doc.dr.sc. Duško Kardum, predsjednik 2. doc.dr.sc Ivan Milas, mentor 3. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, član 4. doc.dr.sc. Sonja Obranić, zamjenski član 5. | | |

Zadatak diplomskog rada

| | |
|----------------|---|
| BROJ | 255/SSD/2023 |
| OPIS | <p>U Republici Hrvatskoj od karcinoma jednjaka godišnje obolijeva više od 200 osoba. Karcinom jednjaka povezuje se s niskim preživljavanjem, a posljedice liječenja značajno utječu na kvalitetu života. Općenito, dijagnoza i liječenje karcinoma jednjaka duboko na fizički i psihički status oboljelih. Bolesnici obično osjećaju visoku razinu stresa i tjeskobe, depresivne i psihosomatske simptome. Izravne posljedice ove psihološke neravnoteže mogu donijeti slabiju svaletetu života i na taj način lošije kliničke ishode i lošije preživljavanje. U bolesnika s karcinomom jednjaka liječenje često rezultira posljedicama koje mijenjaju život (kao što su umor, poteškoće s prehranom, bolovi i poremećene funkcije crijeva) i koje duboko utječu na kvalitetu života. Ezofagektomija zbog karcinoma jednjaka snažno narušava prehrambenu funkciju u ranom poslijeoperacijskom razdoblju, a hranjenje putem jejunostome narušava emocionalni život bolesnika. Većina bolesnika s karcinomom jednjaka prijavljuje poremećaje spavanja nakon postavljanja dijagnoze i/ili nakon liječenja. Pojava poslijeoperacijskih komplikacija smanjuje zadovoljstvo bolesnika i negativno utječe na odnos između medicinskog osoblja i bolesnika. U ovom preglednom radu detaljnije se sagledavaju psihološki poremećaji povezani s oboljevanjem i liječenjem karcinoma jednjaka. U radu će se napraviti pregled literature koja obrađuje psihološke posljedice koje nastaju liječenjem karcinoma jednjaka.</p> |
| ZADATAK URUČEN | 13.06.2023. |



Sažetak

Karcinom jednjaka povezuje se s lošom prognozom i značajnim utjecajem na kvalitetu života. Općenito, dijagnoza i liječenje karcinoma jednjaka duboko utječu na fizički i psihički status oboljelih. Pacijenti obično osjećaju visoku razinu stresa i tjeskobe, depresivne i psihosomatske simptome. Kod osoba oboljelih od karcinoma jednjaka liječenje često rezultira posljedicama koje mijenjaju život (kao što su umor, poteškoće s prehranom, bolovi i poremećene funkcije crijeva) koje duboko utječu na kvalitetu života. Pojava postoperativnih komplikacija smanjuje zadovoljstvo pacijenata i negativno utječe na odnos između medicinskog osoblja i pacijenta. U ovom preglednom radu detaljnije se sagledavaju psihološki poremećaji povezani s oboljevanjem i liječenjem karcinoma jednjaka. U radu je napravljen pregled literature koja obrađuje psihološke posljedice koje nastaju liječenjem karcinoma jednjaka.

Ključne riječi: psihološka podrška, karcinom jednjaka, ezofagektomija, kvaliteta života

Summary

Esophageal cancer is associated with a poor prognosis and significant impact on quality of life. In general, the diagnosis and treatment have great effect on the physical and psychological status of patients. Patients usually feel a high level of stress and anxiety, depressive and psychosomatic symptoms. For people with esophageal cancer, treatment often results in life-changing consequences (such as fatigue, difficulty eating, pain, and bowel dysfunction) that profoundly affects quality of life. The occurrence of postoperative complications reduces patient satisfaction and negatively affects the relationship between the medical staff and the patient. In this review, the psychological disorders associated with the development and treatment of esophageal cancer is examined in more detail. This paper reviews the literature dealing with the psychological consequences of esophageal cancer treatment.

Keywords: Psychological support, esophageal cancer, esophagectomy, quality of life

Popis korištenih kratica

BMI - indeks tjelesne mase

JIL - jedinica intenzivnog liječenja

KJ - karcinom jednjaka

NPR - na primjer

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Anatomija i fiziologija..... | 3 |
| 2.1 Anatomija jednjaka..... | 3 |
| 2.1 Fiziologija jednjaka | 4 |
| 3. Karcinom jednjaka | 6 |
| 3.1 Faktori rizika za razvoj karcinoma jednjaka | 11 |
| 3.2 Simptomi i postavljanje dijagnoze | 11 |
| 3.3 Liječenje karcinoma jednjaka..... | 13 |
| 4. Kvaliteta života | 16 |
| 4.1 Feeding jejunostoma..... | 17 |
| 5. Karcinom jednjaka i psihološke posljedice | 20 |
| 5.1 Psihološki utjecaj na bolesnika nakon postavljanja dijagnoze..... | 20 |
| 5.2 Psihološki aspekti nakon dugotrajnog liječenja | 22 |
| 5.3 Psihološki utjecaj ezofagektomije na bolesnika..... | 23 |
| 5.3.1 Promjene prehrambenih navika | 23 |
| 5.3.2 Poremećaji spavanja..... | 24 |
| 5.3.3 Postoperativne komplikacije | 24 |
| 5.3.4 Dugoročne promjene funkcija | 25 |
| 5.4 Psihološki posljedice | 26 |
| 5.4.1. Uloga medicinske sestre kod psiholoških posljedica u bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka..... | 27 |
| 6. Život nakon liječenja | 30 |
| 6.1 Pomoć kod učestalih problema..... | 31 |
| 6.2 Smanjenje rizika od recidiva bolesti..... | 32 |
| 7. Emocionalna podrška | 34 |
| 8. Zaključak | 37 |
| 9. Literatura..... | 39 |
| Popis slika..... | 50 |
| Popis tablica..... | 51 |

1. Uvod

Postoje važna pitanja o utjecaju karcinoma jednjaka (KJ) na psihološko zdravlje oboljelih i o povezanosti psihološke podrške i boljih ishoda liječenja. Kako se nositi s dijagnozom karcinoma i lošom prognozom? Psihološko savjetovanje može biti valjana opcija za personalizaciju komunikacije s pacijentima s lošom prognozom. Kako se nositi s dugotrajnom kemoterapijom ili radioterapijom? Nakon kemoterapije ili radioterapije pacijenti znaju da proces liječenja nije dovršen, ali osjećaju težinu nuspojava, smatraju se „krhkima“ i daleko od zdravog stanja prije velike operacije koja ih očekuje. Iz tog razloga psihološka podrška je iznimno korisna. Kako se nositi s promjenom prehrambenih navika? Ezofagektomija zbog karcinoma snažno narušava prehrambenu funkciju u ranom postoperativnom razdoblju, a hranjenje putem jejunostome narušava emocionalnu stabilnost. Kako se nositi s poremećajem spavanja? Većina pacijenata oboljelih od KJ prijavljuje poremećaje spavanja nakon dobivanja dijagnoze i/ili nakon liječenja. Psihološke intervencije imaju cilj identificirati temeljne probleme koji pogoršavaju kvalitetu sna. Kako se nositi s postoperativnim komplikacijama? Pojava komplikacija smanjuje zadovoljstvo pacijenata i negativno utječe na odnose između medicinskog osoblja i pacijenta. Kako se nositi s dugotrajnim oštećenjem funkcija? Pacijenti trebaju plan za budućnost, KJ povezan je s lošom prognozom i značajnim utjecajem na navike i dobrobit bolesnika.

Općenito, dijagnoza i liječenje duboko utječu na fizički i psihički status (1, 2). Pacijenti često doživljavaju visoku razinu stresa i anksioznosti, depresivne i psihosomatske simptome (1). Izravne posljedice ove psihološke neravnoteže mogu biti usvajanje neprilagodljivih strategija suočavanja (1, 3) koje su povezane s lošim kliničkim ishodima i ishodima preživljavanja (4). U pacijenata s KJ, studije ukazuju na povećan rizik od mortaliteta u pacijenata s novonastalim psihijatrijskim komorbiditetom nakon ezofagektomije (5).

Kod pacijenata s KJ simptomi i kirurško liječenje često rezultiraju posljedicama koje mijenjaju život (kao što su umor, poteškoće s prehranom, bolovi i poremećaji crijevnih funkcija) koje duboko utječu na kvalitetu života (6). Zbog svih ovih razloga, psihološki status može se smatrati ključnom varijablom u budućem ishodu pacijenata s KJ.

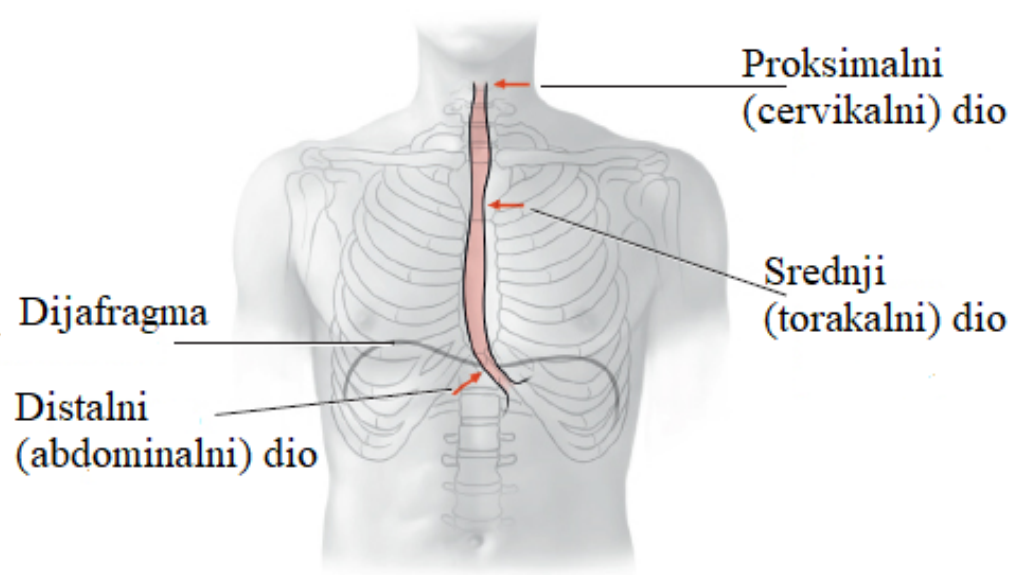
2. Anatomija i fiziologija

Jednjak je mišićni kanal koji prenosi hranu iz ždrijela u želudac. Počinje gornjim ezofagealnim sfinkterom, djelomično formiranim od mišića, a završava donjim ezofagealnim sfinkterom, okruženim dijafragmom. Kada hrana uđe u usta, miješa se sa slinom. Radnje enzima sline pretvaraju hranu u masu koja se naziva bolus hrane. Nakon što bolus hrane stigne do ždrijela, počinje gutanje i dolazi do opuštanja gornjeg ezofagealnog sfinktera kako bi se omogućio prolaz bolusa hrane u jednjak. Bolus zatim putuje niz tijelo jednjaka potpomognut peristaltičkim kontrakcijama mišića jednjaka. Kada konačno dosegne distalni kraj tijela jednjaka, pokreće opuštanje donjeg ezofagealnog sfinktera, što zauzvrat dopušta ulazak bolusa hrane u želudac.

2.1 Anatomija jednjaka

Jednjak je cjevasti organ s otprilike 18-26 cm duljine u odraslih. Za razliku od drugih dijelova gastrointestinalnog trakta, jednjak nema serozni omotač, a vanjska stijenka je omeđena tankim slojem vezivnog tkiva. Sluznica jednjaka građena je od slojevitog pločastog epitela, koji se sastoji od tri podsloja: sluznica (lat. *tunica mucosa*), vezivno tkivo (lat. *lamina propria mucosae*) i tanki mišićni dio (lat. *lamina muscularis mucosae*). Submukoza jednjaka sadrži žlijezde (submukozne žlijezde jednjaka), iako je njihov broj manji od onog uočenog u ostatku crijeva (7).

Proksimalni dio jednjaka (cervikalni dio) sastoji se od poprečno-prugastih mišića, a distalne dvije trećine jednjaka (torakalni i abdominalni dio) sadrže glatke mišiće. Prijelaz iz poprečno-prugastih u glatke mišiće je postupan i postoji segment (4-6 cm dug) koji sadrži i poprečno-prugaste i glatke mišiće (7). Meyer i suradnici su zaključili da je ta mješovita zona mišićnih vlakana približno 35% duljine jednjaka.



Slika 2.1 Podjela jednjaka na segmente

Izvor: <https://basicmedicalkey.com/oesophagus-and-thymus-and-their-neurovasculature/>

U normalnoj anatomiji, jednjak je usidren za dijafragmu, ali jednjak ne ispunjava čvrsto prazninu jer se treba moći proširiti kako bi prihvatio luminalni sadržaj (7). Sa starenjem ili drugim uzrocima, količina elastičnog tkiva u frenoezofagealnoj membrani postupno opada, povećavajući njezinu opuštenost i rezultirajući rizikom od razvoja hijatalne hernije (7).

2.1 Fiziologija jednjaka

Submukoza jednjaka sadrži žlijezde, iako ima manji broj žlijezda nego u ostatku gastrointestinalnog trakta. Submukozne žlijezde jednjaka izlučuju sljedeće tvari: vodu, bikarbonat, epidermalni faktor rasta i prostaglandine. Sekreti submukoznih žlijezda jednjaka uključeni su u čišćenje sluznice zajedno s peristaltikom i izlučivanjem sline. Najvažnija izlučena tvar je bikarbonat, koji ima zaštitnu ulogu tijekom gastroezofagealnog refluksa (8), najznačajnije je kada je za neutralizaciju luminalne kiseline potreban izvor bikarbonata izvan sline (tijekom spavanja) (9).

Poznato je da bol jednjaka nalikuje onoj srčanog podrijetla, ta je sličnost posljedica konvergencije senzornih aferentnih vlakana iz srca i jednjaka u istom neuronu dorzalnog roga kralježnice u cervikalnoj i torakalnoj leđnoj moždini (10). Promjena u osjetljivosti jednjaka može biti uzrokovana perifernom ili središnjom senzibilizacijom (neuroni u leđnoj moždini i mozgu). Zabilježeno je da je periferna senzibilizacija posljedica pojačane regulacije receptora koji osjećaju kiselinu (11).

Koordinirani motorički obrazac jednjaka pokrenut činom gutanja naziva se primarna peristaltika. Brzo napredujući val faringealne kontrakcije prenosi bolus kroz opušteni gornji sfinkter, a progresivna kružna kontrakcija počinje u gornjem dijelu jednjaka i nastavlja se distalno duž tijela jednjaka kako bi pokrenula bolus kroz opušteni donji sfinkter. Primarnom peristaltikom obično se veći dio sadržaja izbacuje u želudac, no s neučinkovitim peristaltikom može biti ostataka hrane. Sekundarnu peristaltiku provociraju zaostala hrana ili događaji refluksa, a nije popraćena kontrakcijom ždrijela ili opuštanjem gornjeg sfinktera. Sekundarna peristaltika u poprečno-prugastom mišiću jednjaka regulirana je sličnim središnjim mehanizmom kao i primarna peristaltika (12).

Fiziološki problemi na razini jednjaka zovu se disfagija ili otežano gutanje. Poremećaji motiliteta jednjaka, kao i opstruktivne lezije jednjaka, narušavaju fiziologiju i dovode do percipiranog osjećaja disfagije. Poremećaji motiliteta nastaju zbog problema u mišićima jednjaka ili u živcima koji ih opskrbljuju. Nasuprot tome, opstruktivne lezije uzrokuju mehaničko sužavanje lumena jednjaka. Oba navedena problema dovode do promijenjenog prolaska hrane kroz jednjak i posljedične disfagije. Orofaringealna disfagija nastaje zbog problema u orofarinksu i rezultira poteškoćama u započinjanju gutanja, dok je ezofagealna disfagija problem na razini jednjaka i uzrokuje poteškoće s gutanjem za koje pacijenti navode osjećaj: „kao hrana zaglavljena u prsima“ (13).

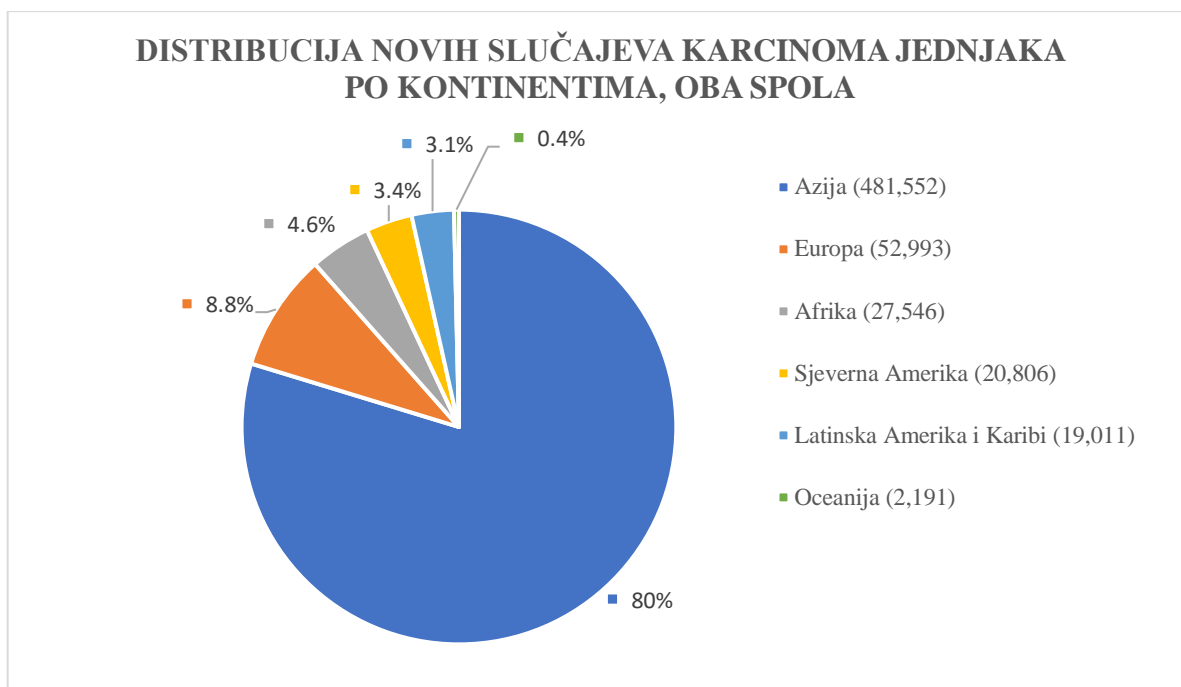
3. Karcinom jednjaka

Karcinom jednjaka jedan je od najsmrtonosnijih karcinoma zbog svog agresivnog ponašanja i lošeg preživljavanja. Spominje se u djelima drevnih kineskih i arapskih liječnika. Sve do 19. stoljeća bolest se smatrala neizlječivom, a glavni cilj predloženih tretmana bio je ublažiti disfagiju i bol. Uvođenje ezofagoscopa 1868. godine od strane Adolfa Kussmaula pridonijelo je promatranju živog jednjaka i dijagnostici patologija jednjaka, utirući put novim terapijskim pristupima. Godine 1877. Vincenz Czerny izveo je prvu uspješnu resekciju jednjaka, a slijedili su ga Franz Torek koji je 1913. izveo prvu uspješnu subtotalnu torakalnu ezofagektomiju i Tohru Ohsawa koji je izveo prvu ezofagektomiju u svijetu s intratorakalnom ezofagogastričnom anastomozom.

Karcinom jednjaka osmi je najčešći karcinom u svijetu. Gotovo četiri od pet slučajeva javljaju se u neindustrijaliziranim zemljama, s najvišim stopama u Aziji i Africi (14) (Tablica 3.1 i 3.2). Karcinom jednjaka povezan je s lošom prognozom, unatoč napretku u dijagnosticiranju i liječenju, ukupna petogodišnja stopa preživljavanja osoba s KJ je 15% do 20% u cijelom svijetu (15) (Tablica 3.3).

Tablica 3.1 Učestalost karcinoma jednjaka u svijetu u 2020.: Distribucija novih slučajeva karcinoma jednjaka po kontinentima, oba spola

Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>



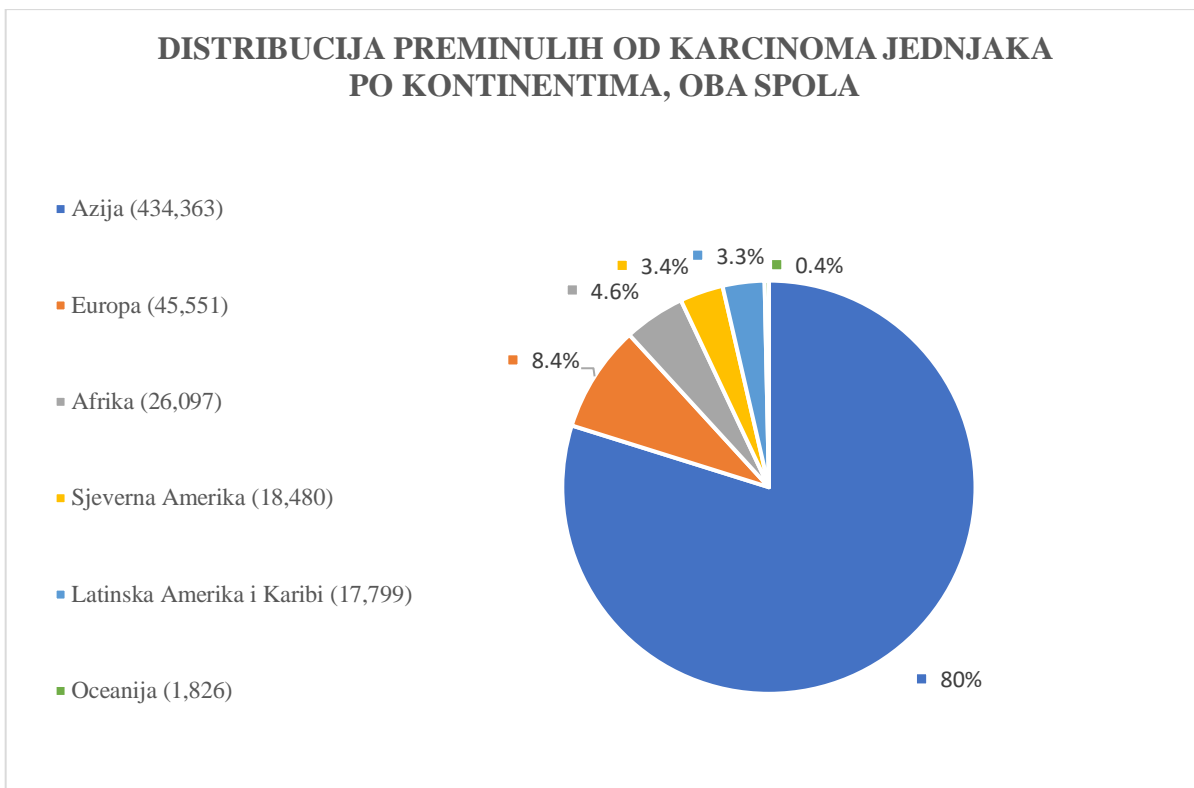
Tablica 3.2 Učestalost karcinoma jednjaka u svijetu u 2020.: Top 10 zemalja za procijenjene nove slučajeve karcinoma jednjaka, oba spola, sve dobi

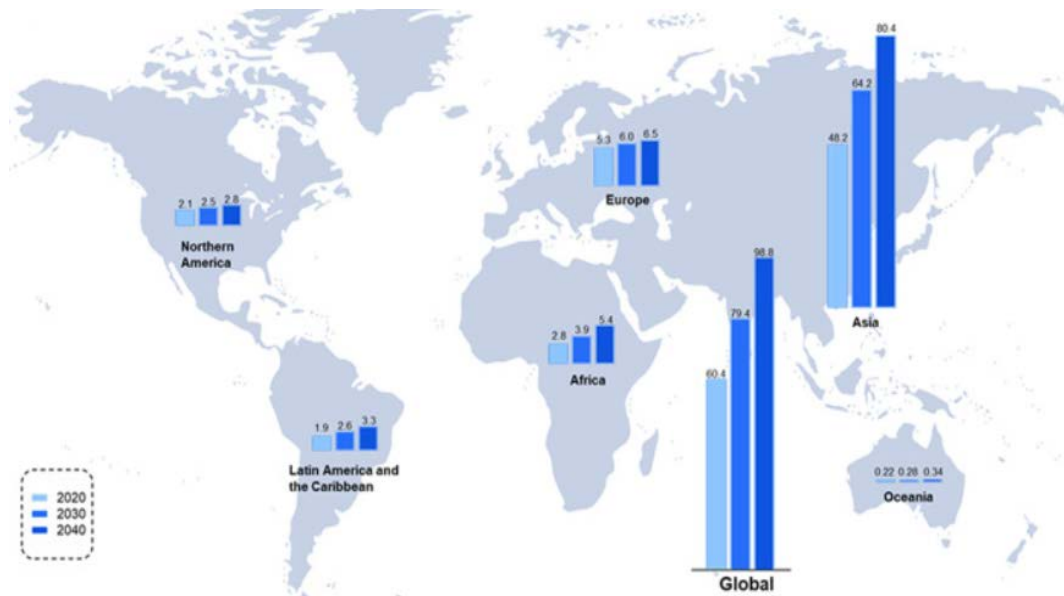
Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

| | Oba spola | Muškarci | Žene |
|-----------|----------------|----------------|---------------|
| Kina | 324,422 (13.8) | 223,044 (19.7) | 101,378 (8.2) |
| Indija | 63,180 (4.7) | 40,183 (6.1) | 22,997 (3.4) |
| Japan | 26,262 (7.2) | 22,166 (12.9) | 4,096 (2.1) |
| Bangladeš | 21,745 (14.8) | 14,141 (18.7) | 7,604 (10.7) |
| SAD | 18,309 (2.8) | 14,384 (4.8) | 3,925 (1.1) |
| Brazil | 10,363 (3.7) | 8,112 (6.5) | 2,251 (1.4) |
| Pakistan | 10,117 (6.5) | 5,233 (6.6) | 4,884 (6.4) |
| UK | 10,109 (6.4) | 6,984 (9.8) | 3,125 (3.4) |
| Rusija | 8,178 (3.1) | 6,430 (6.3) | 1,748 (0.99) |
| Njemačka | 7,862 (4.0) | 6,036 (6.5) | 1,826 (1.8) |
| Svijet | 604,100 (6.3) | 418,350 (9.3) | 185,750 (3.6) |

Tablica 3.3 Smrtnost od karcinoma jednjaka u svijetu 2020.: Distribucija preminulih od karcinoma jednjaka po kontinentima, oba spola

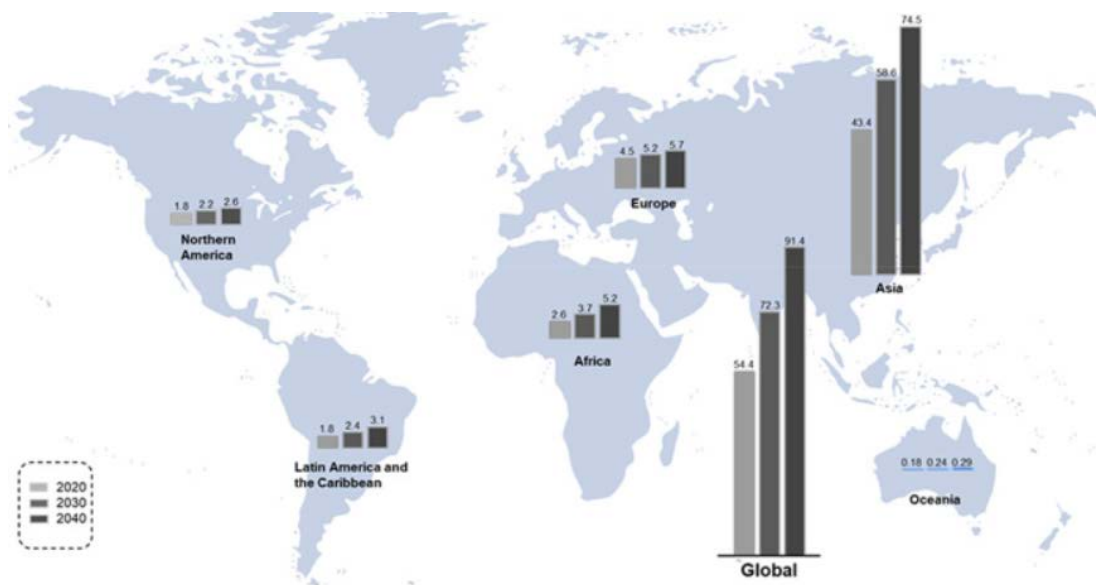
Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>





Slika 3.1 Procijenjeni broj novih slučajeva karcinoma jednjaka u cijelom svijetu u 2020. i projekcije do 2030. i 2040.

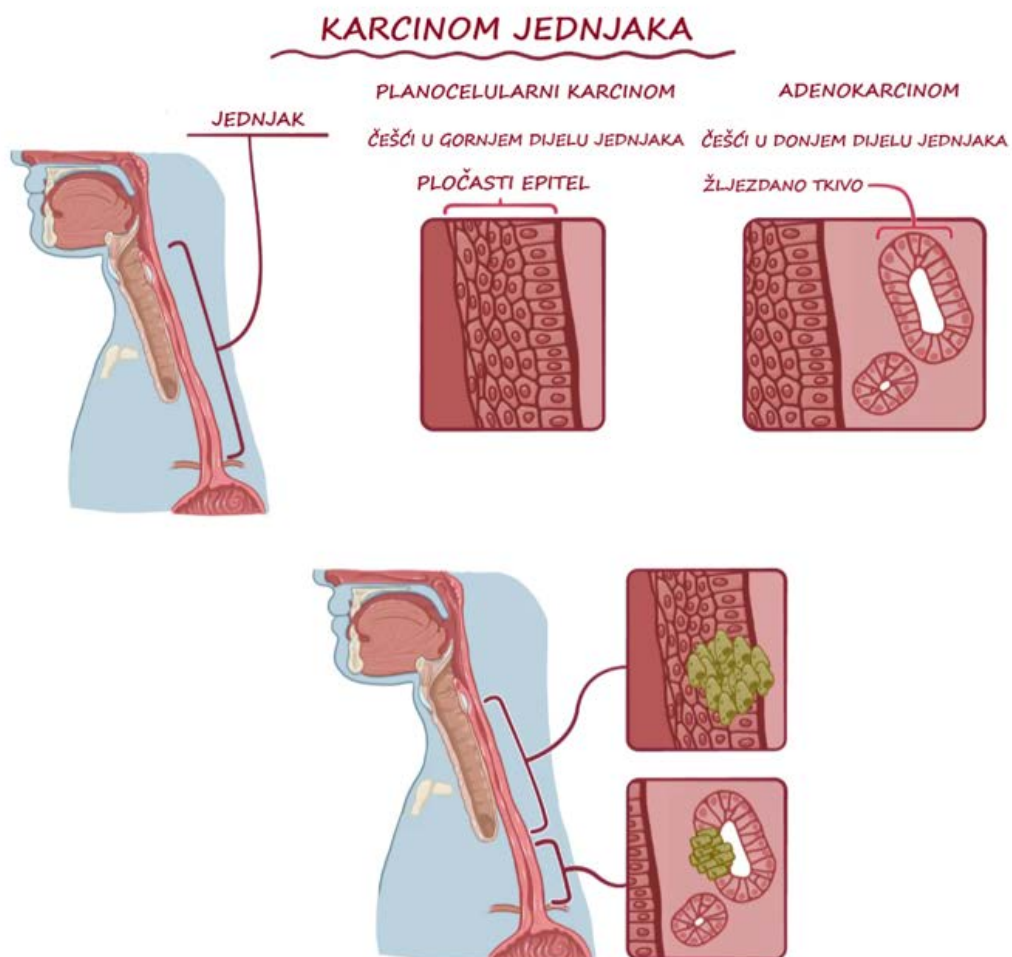
Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>



Slika 3.2 Procijenjeni broj smrtnih slučajeva u cijelom svijetu u 2020. i projekcije do 2030. i 2040.

Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

Dva glavna podtipa KJ su karcinom skvamoznih stanica i adenokarcinom, oni čine više od 95% malignih tumora jednjaka. Rijetke podvrste KJ uključuju limfom, melanom i sarkom. Bez obzira na tip stanica, KJ ima agresivno biološko ponašanje. Tumori brzo infiltriraju dvoslojnu stijenku jednjaka, dok bogata vaskularna i limfna opskrba olakšava širenje u regionalne limfne čvorove (16).



Slika 3.3 Planocelularni i adenokarcinom jednjaka

Izvor: https://www.osmosis.org/learn/Esophageal_cancer

3.1 Faktori rizika za razvoj karcinoma jednjaka

Upotreba duhana je snažno povezana s KJ, poznato je da pušenje povećava rizik od razvoja karcinoma pločastih stanica 5-10 puta, a adenokarcinoma 2 puta. Alkohol ima dodatni i možda sinergistički učinak, gdje se rizik povećava do 100 puta (8-11).

Porast adenokarcinoma jednjaka na Zapadu može se pripisati porastu prevalencije Barrettovog jednjaka, dobro poznatog faktor rizika. To može biti povezano s infekcijom *Helicobacter Pylori*, čija se incidencija smanjuje, što dovodi do manjeg atrofičnog gastritisa i veće gastroezofagealne refluksne bolesti (17,18). Oko 1-3% osoba s Barrettovim jednjakom razvit će adenokarcinom, 3% će razviti visoki stupnja displazije i 15% displaziju niskog stupnja (19, 20). Pretilost je isto tako čimbenik rizika za razvoj adenokarcinoma jednjaka. Indeks tjelesne mase (BMI) i povećana abdominalna pretilost povezani su s rizikom od nastanka karcinoma. Zabilježeno je da je BMI viši od 25% povezan s povećanim rizikom od adenokarcinoma jednjaka i kod muškaraca i kod žena (21).

3.2 Simptomi i postavljanje dijagnoze

Zbog mišićne i ekspanzivne prirode jednjaka, simptomi opstruktivske ili sužavajuće lezije mogu postati vidljivi tek kada je tumor dosegao relativno lokalno uznapredovali ili čak metastatski stadij. Simptomi upozorenja uključuju poteškoće ili bol pri gutanju (disfagija ili odinofagija), nevoljni i progresivni gubitak težine te promuklost ili kašalj (što može značiti zahvaćenost laringealnog živca ili aspiraciju). Povremeno pacijenti mogu povraćati krv ili imati melenu. Češće se umor može pojaviti zbog anemije u prisutnosti kroničnog, okultnog krvarenja ili zbog opterećenja bolešću. Klinički pregled trebao bi se usredotočiti na procjenu stanja i procjenu klinički očigledne metastatske bolesti (npr. supraklavikularni limfni čvorovi), ali endoskopija glavni je oslonac procjene, jer često klinički pregled je beznačajan čak i kod lokalno uznapredovale bolesti (22).

Značajke tumora koje treba dokumentirati tijekom endoskopije uključuju točno mjesto (u odnosu na gastroezofagealni spoj, proširenje u želudac i udaljenost od zuba), duljinu lezije, obodno zahvaćanje i prisutnost opstrukcije (23). Budući da sluznica može biti krhka s ulceracijama, preporučuje se najmanje šest biopsija za histološku potvrdu (24).

U prisutnosti slabo diferenciranog tumora kada se histološki podtip ne može odrediti pomoću mikroskopa, imunohistokemijsko bojenje može pomoći u razlikovanju adenokarcinoma (bojenje periodnom kiselinom) i karcinoma skvamoznih stanica (citokeratin). Identifikacija rijetkih histoloških promjena, npr. neuroendokrini tumori, limfomi, gastrointestinalni stromalni tumori i melanomi koji imaju individualne paradigme liječenja također su bitni (23).



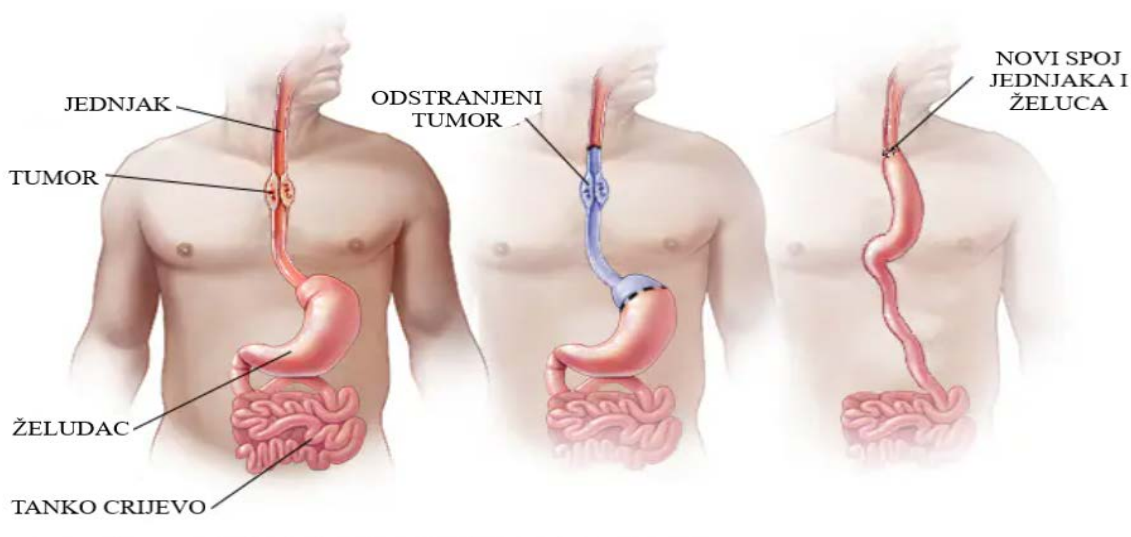
Slika 3.2.1 Simptomi karcinoma jednjaka

Izvor: <https://www.verywellhealth.com/esophageal-cancer-overview-1741801>

3.3 Liječenje karcinoma jednjaka

Liječenje KJ ovisi o karakteristikama pacijenta (uključujući kondiciju) i tumoru, ali ponajviše ovisi o stadiju; rani tumori mogu biti prikladni za endoskopsko uklanjanje, dok se lokalno uznapredovali karcinomi liječe kemoterapijom, kemoradioterapijom, kirurškom resekcijom ili kombinacijom istih.

Pacijenti s KJ koji ne zadovoljavaju kriterije za operativno liječenje, liječe se sustavnom kemoterapijom. Postoji nekoliko alternativnih pristupa za resekciju raka KJ, uključujući varijacije u pristupu i opsegu limfadenektomije. Za tumore smještene u ili blizu gastroezofagealnog spoja, resekcija može biti ezofagektomija u kombinaciji s resekcijom proksimalnog dijela želuca ili alternativno totalna gastrektomija u kombinaciji s resekcijom distalnog jednjaka. Minimalno invazivna kirurgija se tijekom posljednjih godina pojavila kao izvediv i siguran postupak za ezofagektomiju. Takva kirurgija mogla bi uključivati hibridne operacije koje kombiniraju laparoskopiju s otvorenom torakotomijom ili torakoskopiju s otvorenom laparotomijom (25).



Slika 3.3.1 Resekcija jednjaka i dijela želuca

Izvor: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/esophageal-cancer/multimedia/esophageal-cancer-surgery/img-20006034>

Karakteristike bolesnika mogu utjecati na ishode nakon operacije KJ. Starija dob je prognostički čimbenik, ali je njegov utjecaj opao sa specijaliziranim kirurškim zahvatima i očitiji je tek nakon 80. godine života i više je povezan s komorbiditetima nego sa samom dobi (26). Viši Charlsonov indeks komorbiditeta (koji dodjeljuje rezultat na temelju prisutnosti i ozbiljnosti 22 komorbiditeta) i čini se da prethodna srčana oboljenja smanjuju prognozu nakon operacije KJ, a komorbiditeti također mogu negativno utjecati na dugoročnu kvalitetu života povezanu sa zdravljem nakon ezofagektomije (27).

Preživljenje pacijenata s uznapredovalim stadijem KJ nakon samog kirurškog zahvata je loše (~ 50% 10-godišnjeg ukupnog preživljenja), stoga su za ove bolesnike potrebne terapije uz kirurški zahvat (28). Trenutne smjernice preporučuju dodatno liječenje, međutim, većina KJ dijagnosticirani su u lokalno uznapredovalom stadiju; za te je bolesnike svrha kemoterapije ili kemoradioterapije smanjiti masu primarnog tumora, povećati vjerojatnost radikalne resekcije i liječiti mikrometastatsku bolest, te smanjiti rizik od budućeg sistemskog recidiva.

Neoadjuvantna terapija također ublažava disfagiju i poboljšava nutritivni status kod većine pacijenata, a može izbjeći potrebu za postavljanjem sonde za hranjenje (29). Neoadjuvantna kemoterapija je komponenta potencijalno kurativnog liječenja bolesnika s KJ koja se temelji na dokazima, međutim neoadjuvantna terapija smanjuje fizičku sposobnost i socijalno funkcioniranje i povećava umor, mučninu i povraćanje, dispneju, gubitak apetita, proljev i probleme s okusom tijekom liječenja (30).

Kemoradioterapija je također učinkovit preoperativni tretman za KJ, osim pacijenata s vrlo ranim stadijem karcinoma. Radioterapiju za bolesnike s KJ treba planirati pomoću CT simulacije i konformalnog planiranja liječenja (23).

Budući da su pothranjeni pacijenti izloženi većem riziku od kirurškog morbiditeta i mortaliteta, potrebno je obratiti pozornost na prijeoperacijski nutritivni status (31).

Ako je potrebna intervencija za hranjenje zbog disfagije, jejunostoma je poželjnija od postavljanja stenta kod operabilnih tumora (32). Isto tako, budući da su mnogi karcinomi jednjaka inoperabilni, a više od polovice pacijenata koji se liječe, razvit će recidiv tumora, u konačnici će većini bolesnika biti potrebna palijativna terapija (33). Smanjenje simptoma zbog primarnog tumora može se postići uporabom radioterapije ili stenta, no za sustavnu kontrolu bolesti potrebna je palijativna kemoterapija (34).

4. Kvaliteta života

Na kvalitetu života oboljelih od KJ najprije negativno utječe opstruktivni tumor, a kasnije složeno liječenje koje može uključivati opsežnu kiruršku resekciju. Mjerenja kvalitete života nakon potvrde dijagnoze, ali prije liječenja, često se koriste kao "osnovna vrijednost". Takve mjere mogu biti vrijedne za prilagodbu razlika između skupina u statističkim analizama, ali ne odražavaju stvarnu početnu razinu jer je većina pacijenata u tom trenutku već ozbiljno pogođena svojom bolešću. Prije nego što se postavi dijagnoza KJ, većina pacijenata je imala disfagiju, poteškoće s prehranom i gubitak apetita, što je rezultiralo znatnim gubitkom težine i umorom, što utječe na svakodnevni život i kvalitetu života bolesnika (35). Pacijenti s uznapredovalim stadijem tumora mogu patiti od dodatnih problema, npr. odinofagija, promuklost i kašalj zbog prekomjernog rasta tumora ili metastatske bolesti (36).

Dobra komunikacija između zdravstvenih djelatnika i osoba oboljelih od KJ olakšava prilagodbu na bolest i poboljšava kvalitetu života. Zajedno s informacijama o alternativnim tretmanima i njihovom utjecaju na kvalitetu života pacijenata, pacijenti često zahtijevaju informacije o potencijalnim dugoročnim dobrobitima i posljedicama ovih tretmana, uključujući teme kao što su radna sposobnost, društvene funkcije i fizički simptomi. Razvijen je skup temeljnih informacija s aspektima koje treba prenijeti pacijentima s KJ prije liječenja. Skup bi trebao uključivati informacije o iskustvu pri prijemu i tijekom boravka u bolnici (npr. informacije o velikim komplikacijama) i iskustvu nakon liječenja i otpusta (npr. očekivani koraci oporavka, utjecaj na prehranu, dugoročnu kvalitetu života i preživljavanje) (30).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), zdravlje je stanje potpunog blagostanja koje nadilazi odsutnost bolesti, dok je kvaliteta života „percepcija pojedinca o svom položaju u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojima živi i u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja, standarde i brige“ (37).

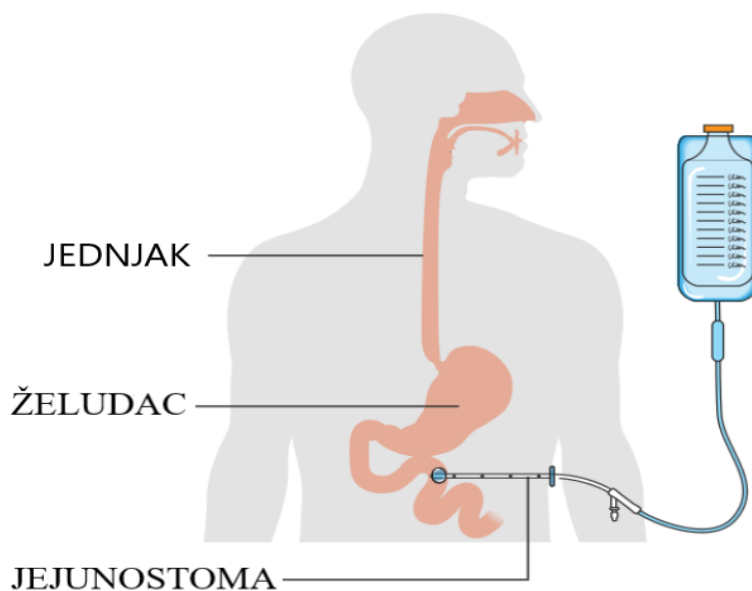
Definicije zdravlja i kvalitete života dopuštaju globalnu skrb, a sve karakteristike pacijenata treba uzeti u obzir kako bi se postiglo dobro stanje. U današnje vrijeme od pacijenata se često traži da procijene svoje stanje i izraze svoje zadovoljstvo, postajući aktivni sudionici procesa izlječenja i njegovih učinaka na cijeli život. Traženje pacijenata da sudjeluje u ovom procesu podrazumijeva intervenciju na svim preprekama "zdravstvenom stanju", vodeći računa o dodatnim aspektima (tj. psihološkim i društvenim) izvan fizičkog statusa. Sustavni pregled proveden od strane Scarpa M; Valente S; Alfieri R. i suradnika pokazao je da je globalna kvaliteta života značajno pogoršana u ranom postoperativnom razdoblju nakon ezofagektomije (38).

Štoviše, prospektivna studija provedena od strane Scarpa M; Saadeh LM; Fasolo A. i suradnika je pokazala da je postoperativna bol (i njeno ublažavanje) povezana s ranom postoperativnom kvalitetom života (39). Nekoliko osebujnih i očito sekundarnih aspekata upravljanja KJ mogu utjecati na ishode kvalitete života. Na primjer, zahtjev za hipnoticima tijekom boravka u JIL-u i na kirurškom odjelu (kao neizravna mjera poremećaja spavanja) povezan je s lošim postoperativnim kvalitetom života (40). Nadalje, pacijentima kojima je postavljena jejunostoma, prijavili su lošu emocionalnu funkciju tri mjeseca nakon operacije (41).

4.1 Feeding jejunostoma

Umjetna prehrana odnosi se na osiguranje ili nadopunjavanje dnevnih metaboličkih prehrambenih potreba u pacijenata s kontraindikacijama za konzumiranje hrane i tekućine per os ili onih s neadekvatnim oralnim unosom. Umjetna prehrana provodi se putem parenteralnog ili enteralnog pristupa. Parenteralna prehrana provodi se kroz venu u središnjem venskom sustavu, dok enteralna prehrana koristi gastrointestinalni trakt za osiguravanje prehrane.

Enteralni pristup može se postići provođenjem sonde za hranjenje kroz nos (nazogastrična i nazojejunalna), usta (orogastrična), te se također može postići kirurškom ugradnjom cijevi za hranjenje u gastrointestinalni trakt, kao što je gastrostoma (želudac) ili jejunostoma (jejunum) (42).



Slika 4.1 Prikaz feeding jejunostome

Izvor: <http://www.differencebetween.net/science/difference-between-g-tube-and-j-tube/>

Jejunostoma za hranjenje (feeding) odnosi se na kirurški umetnutu cjevčicu u proksimalni jejunum, za pružanje enteralne prehrane ili davanje lijekova. Feeding jejunostoma se razlikuje od definitivne jejunostome, koja se obično radi kao dio resekcije želuca (43). Jedna od glavnih skupina kandidata za hranjenje jejunostomom su pacijenti s velikom gastrointestinalnom resekcijom jednjaka. Često jejunostoma za hranjenje može biti jedina opcija enteralnog pristupa za pacijenta. Tada to postaje postupak koji može spasiti život, eliminirajući potrebu za parenteralnom prehranom i s njom povezane rizike. Jedina apsolutna kontraindikacija za jejunostomiju za hranjenje je crijevna opstrukcija distalno od mjesta implantacije cijevi (44).

Feeding jejunostoma ključna je tehnika za postizanje enteralnog pristupa kada postoji kontraindikacija za ostale pristupe. Ponekad je i dio opsežnijeg kirurškog zahvata kao što je resekcija jednjaka ili želuca. Postoji više tehnika za postavljanje feeding jejunostome, međutim prednost se daje minimalno invazivnim metodama (45).

5. Karcinom jednjaka i psihološke posljedice

Glavno pitanje je koje su potrebe bolesnika liječenih od KJ? Možemo li te probleme smatrati razlozima za pružanje psihološke podrške pacijentima s KJ? Korištenjem postupka pretraživanja kroz kombinirane pojmove (KJ, psihološko blagostanje; kvaliteta života) na ovu temu kako bi se identificirali određeni članci koji se tiču potreba pacijenata s KJ, te je pronađeno nekoliko ključnih točaka. Relevantna pitanja o psihološkim aspektima povezanim s KJ i o povezanoj psihološkoj podršci su:

- Kako se nositi s dijagnozom i lošom prognozom
- Kako se nositi s dugom kemoradioterapijom
- Kako se nositi s ezofagektomijom u terminima:
 - Promjena prehrambenih navika
 - Poremećaji spavanja
 - Postoperativne komplikacije
 - Dugoročne promjene funkcija

5.1 Psihološki utjecaj na bolesnika nakon postavljanja dijagnoze

Nakon postavljanja dijagnoze KJ, pacijent treba dobiti potpune informacije o svojoj bolesti i njezinim posljedicama (uključujući promjene u životu, liječenje i prognozu), a to je često prvi izazov za bolesnika i za zdravstvene djelatnike (46). Stoga je usredotočenost na zdravstvenu komunikaciju nužna kako bi se razumjelo kako pacijent doživljava bolest i terapiju. Zapravo, pacijentovo ograničeno znanje o dijagnozi KJ i mogućnostima liječenja često se može povezati sa strahom i dovesti do nesporazuma (47). Obraćanje pozornosti na komunikaciju također može učiniti da pružatelji zdravstvenih usluga poboljšaju suradljivost pacijenata i pridržavanje znanstvenih preporuka. Dijagnoza komunikacije neoplazme kritična je situacija, toliko da liječnici ne bi trebali zanemariti važnost personalizirane emocionalne podrške koja uključuje i pacijentovu obitelj (48).

Zapravo, pružanje informacija povećava sposobnost pacijenta da se nosi sa svojom bolešću (smanjivanjem osobne neizvjesnosti i podizanjem osjećaja osobne kontrole) (49) i pridržavanjem liječenja (nuđenje uvida nad postupcima, vremenskim rasporedom i posljedicama) (50). Međutim, učinkovita komunikacija treba uzeti u obzir gledište bolesnika, uključujući potrebe za informacijama, kulturnu razinu i njihovo zadovoljstvo primljenim informacijama (51). Čini se da su ovi aspekti relevantni tijekom cijelog terapijskog procesa, posebice kod postavljanja dijagnoze, budući da ih se preživjeli često s naglaskom prisjećaju (52). Unatoč njihovoj želji da budu informirani o svim aspektima bolesti i liječenja, važno je napomenuti da pružatelji zdravstvenih usluga često nisu u mogućnosti zadovoljiti takve potrebe za informacijama (53, 54). Važnost dobre komunikacije još je više naglašena kod pacijenata koji primaju skrb za agresivne neoplazme (uključujući KJ), zbog teške prognoze i nedostataka kirurškog liječenja (tj. visok morbiditet i smanjena kvaliteta života) (55).

Pacijenti s KJ željeli bi primati informacije i o kratkoročnim (kirurške nuspojave) i o dugoročnim (oporavak, kvaliteta života i preživljavanje) pitanjima, ali komunikaciju ometaju kliničari koji podcjenjuju pacijentove želje i potrebe ili smatraju previše stresnom komunikaciju o neizvjesnim prognozama. Percipirano primanje informacija istraživano je uglavnom među sjevernoeuropskim pacijenatima s KJ koji su bili podvrgnuti ezofagektomiji, dok se malo toga istražuje u južnoj Europi ili kod pacijenata s KJ prije konačne odluke o strategiji liječenja (56).

Studije naglašavaju važnost iskusnih pružatelja zdravstvenih usluga, psihološko savjetovanje bolesnika s lošom prognozom i pružanje personaliziranih informacija (globalna kvaliteta života i društveno funkcioniranje bili su niži u bolesnika koji su primali pisane informacije). Pacijenti bi trebali imati mogućnost postavljanja pitanja i dobivanja odgovora prilagođenih njihovom psihofizičkom stanju, edukaciji i dobi.

5.2 Psihološki aspekti nakon dugotrajnog liječenja

Jedna od mogućnosti liječenja KJ je kemoradioterapija koja može biti indicirana s kurativnom namjerom u neoadjuvantnim i/ili adjuvantnim postavkama ili u palijativnom liječenju (57). Postoje različiti perioperativni režimi kemoterapije, štoviše, terapija zračenjem temeljni je dio liječenja za većinu bolesnika s KJ, a kombinirana terapija pokazala je superiorno ukupno preživljenje u usporedbi sa samim zračenjem. U konačnici, kada je cilj liječenje primarnog karcinoma ili njegove metastaze, kemoterapija je jedina aktivna terapija i pacijenti shvaćaju njenu važnost. Čak i ako se neki režimi bolje podnose, pacijenti su opterećeni nuspojavama kemoterapije i radioterapije kod nutritivno kompromitiranih pacijenata. Kasna toksičnost nije samo važno pitanje koje bi moglo narušiti kvalitetu života, već je i toksičnost ta koja ograničava dozu značajna za pacijente koji su podvrgnuti preoperativnim režimima terapije (58). Zapravo, prekid liječenja, u prijeoperativnom ili adjuvantnom okruženju, može biti stresan za pacijenta jer se proces liječenja prekida dok karcinom napreduje. U početku je liječenje koje je predložio liječnik bila "ruka" protiv neoplazme, kada se "ruka" više ne može koristiti, pacijent se osjeća poraženo i obeshrabljeno.

Nedavna randomizirana studija koju su proveli Noordman BJ; Verdam MGE; Lagarde SM. i suradnici izvijestila je da nema statistički značajne razlike u postoperativnoj kvaliteti života u bolesnika s KJ koji su primali neoadjuvantnu terapiju plus kirurški zahvat, naspram samog kirurškog zahvata, unatoč smanjenju kvalitete života tijekom kemoradioterapije. Neki aspekti (fizička funkcija, emocionalna funkcija, umor, problemi s prehranom i globalna kvaliteta života) pogoršali su se jedan tjedan nakon neoadjuvantne kemoradioterapije, dok su svi pacijenti prijavili smanjene kvalitete života 3 mjeseca nakon operacije, nakon čega je uslijedilo kontinuirano postupno poboljšanje. Iako su se neki aspekti (opća kvaliteta života, emocionalna funkcija i problemi s prehranom) vratili na početnu razinu tijekom praćenja, važno je napomenuti da su fizička funkcija i umor i dalje bili oslabljeni nakon 12 mjeseci (59).

Slično tome, Bascoul-Mollevi C; Gourgou S; Galais MP. i suradnici pokazali su da se neke dimenzije kvalitete života, kao što su umor i dispneja, pogoršavaju tijekom liječenja KJ (60). Daljnja studija provedena od strane Chen CY; Hsieh VC; Chang CH. I suradnici koja je istraživala utjecaj kemoterapije i radioterapije na kvalitetu života među pacijentima u ranom stadiju KJ pokazala je da su oni koji su samo operirani bili bolji u fizičkom i socijalnom funkcioniranju u usporedbi s pacijentima koji su bili podvrgnuti operaciji i istodobnoj kemoradioterapiji (61).

Navedena istraživanja upućuju na to da bi psihološka potpora mogla biti korisna u pripremi pacijenata da se nose s neoadjuvantnom kemoradioterapijom za liječenje KJ. Isto tako ističu da je kritični period za psihološko zdravlje bolesnika s KJ nakon neoadjuvantne terapije, s obzirom na fizičke i emocionalne funkcije. Doista, s psihološke točke gledišta, nakon neoadjuvantne terapije, kvaliteta života bolesnika je narušen bolešću i liječenjem. Pacijenti znaju da proces liječenja nije dovršen i percipiraju ozbiljnost nuspojava kemoterapije ili zračenja, smatrajući se „krhkima“ i daleko od zdravog stanja prije velike operacije kojoj će se podvrgnuti. Ukoliko pacijenti u tim situacijama nemaju dovoljnu razinu podrške, mogu biti nesposobni pripremiti se za operaciju, pridržavati se liječničkih savjeta i odraditi predoperacijsko razdoblje.

5.3 Psihološki utjecaj ezofagektomije na bolesnika

5.3.1 Promjene prehrambenih navika

Ozljeda ili bolest jednjaka često onemogućuje prolaz hrane iz usta u želudac što rezultira gubitkom težine. Štoviše, pacijenti nakon ezofagektomije koji su primili preoperativnu kemoradijacijsku terapiju mogu doživjeti veći gubitak težine i povratiti samo dio svoje izgubljene težine prije operacije. Do sada je nekoliko studija istraživalo probleme s hranom i prehranom kod pacijenata koji su podvrgnuti ezofagektomiji.

U studiji provedenoj od strane Carey S; Laws R; Ferrie S. i suradnici, pacijenti su prijavili „put prilagodbe, tugovanja i rezignacije“ u svom dugoročnom odnosu s hranom i prehranom nakon velikih operacija gornjeg probavnog sustava. Važno je napomenuti da je takav stav sugerirao proces suočavanja sličan pacijentima s kroničnom bolešću (62).

U studiji provedenoj od strane Scarpe i suradnika, dobivanje jejunostome tijekom ezofagektomije bilo je povezano s lošijom emocionalnom funkcijom 3 mjeseca nakon operacije, stoga bi pacijenti s jejunostomom mogli imati koristi od dodatne psihološke podrške (41). Međutim ezofagektomija zbog KJ snažno narušava funkciju prehrane i u ranom postoperativnom razdoblju.

5.3.2 Poremećaji spavanja

Poremećaj sna često se javlja nakon postavljanja dijagnoze KJ i dodatno se pogoršava tijekom liječenja neoadjuvantnim terapijama. Pacijenti nakon ezofagektomije mogu biti skloni postoperativnim poremećajima spavanja zbog aspekata povezanih s liječenjem, uključujući: postoperativnu bol, postavljena nazogastrična sonda prvih nekoliko postoperativnih dana i postoperativni boravak (najmanje 2 dana) u jedinici intenzivnog liječenja (JIL) (63).

5.3.3 Postoperativne komplikacije

Kirurški zahvat jednjaka složen je zahvat koji je otežan visokim rizikom morbiditeta i mortaliteta u usporedbi s drugim kirurškim zahvatima (64). Budući da postoperativne komplikacije mogu uvelike utjecati na kvalitetu života (40), pružanje informacija o kirurškom morbiditetu stoga je ključno u komunikaciji između liječnika i pacijenta i u dobivanju informiranog pristanka (65). Iako pacijenti obično razumiju većinu sastavnica pristanka za kirurški zahvat, još uvijek postoje aspekti poput nuspojava i neočekivanih komplikacija koje ne mogu u potpunosti prihvatiti unutar samih sebe.

Nije jasno je li postoperativni morbiditet učinkovito otkriven u prijeoperativnom pristanku (66), dok je općenito poznato da se percepcija pacijenta i percepcija kirurga ne preklapaju (67). Postoperativni morbiditet utječe na zadovoljstvo bolesnika, a posljedično i na odnos liječnik-pacijent (68).

5.3.4 Dugoročne promjene funkcija

Osobe koje su preživjele KJ suočavaju se s rizikom od gubitka posla, nemogućnosti nastavka prijašnjeg posla ili nezaposlenosti, što može dovesti do financijskog gubitka, kao i socijalne i radne nesposobnosti (69). Studija Vershuur EM; Steyerberg EW; Kuipers EJ. i suradnika istraživala je probleme i očekivanu skrb prema navodima 30 pacijenata unutar 1 godine nakon ezofagektomije. Fizički problemi (tj. rana sitost i umor) bili su uobičajeni, ali su se s vremenom smanjivali, dok su se pacijenti također osjećali depresivno i bojali se metastaza i smrti. Zanimljivo je da su očekivali stručnu skrb za fizičke probleme povezane s bolešću, ali ne i za psihosocijalne probleme, koji su rješavani u njihovoj vlastitoj društvenoj mreži (70).

Studija provedena od Malmström M; Ivarsson B; Johansson J. i suradnici pružila je dugoročnu perspektivu kvalitete života i prilagodbe na novi život nakon ezofagektomije zbog KJ (71). Pacijenti su se borili u razdoblju oporavka (tema „Kad se krene dalje postaje borba“ učinkovito je zabilježila njihovo vlastito iskustvo), a nepovoljni simptomi bili su prisutni još dugo nakon operacije. Glavne prepreke prilagodbi bile su povezane s problemima s prehranom i tekućom konzistencijom stolice (koja je utjecala na pacijentovu socijalnu i emocionalnu razinu izvan fizičke perspektive), te s osjećajem gubitka kontrole nad životom (što je rezultiralo tjeskobom i strahom od budućnosti). Pacijenti s KJ mogu imati koristi od programa suportivne njege koji je usredotočen na njihove fizičke, mentalne i socijalne potrebe, kako bi se poboljšalo upravljanje preostalim simptomima, ali i „kako bi preuzeli kontrolu nad svojim novim životom“ (71).

5.4 Psihološki posljedice

Depresija i anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj, strah od ponovnog oboljevanja, te povratak na posao i financijski problemi među psihološkim su posljedicama života nakon KJ. Obično se ova stanja nedovoljno dijagnosticiraju i nedovoljno liječe, unatoč dostupnosti učinkovitih psihosocijalnih intervencija i intervencija lijekovima. Iako se osobe koje su preživjele rak s vremenom vraćaju na prijašnju razinu aktivnosti i produktivnosti, mnogi to proživljavaju puno teže (72). Distres se javlja u spektru koji se proteže od poremećaja prilagodbe koji su neposredno ispod praga mentalnih poremećaja do dijagnosticiranih psihijatrijskih bolesti (npr. velika depresivna epizoda) (73). Konkretno, dijagnoza i liječenje KJ često dovode do složenih životnih promjena koje uključuju fizičke, socijalne i emocionalne značajke. Studija provedena od strane McCorry NK; Dempster M; Clarke C. i suradnika istaknula je neke važne emocionalne/kognitivne teme među osobama koje su preživjele KJ („suočavanje sa smrtnom kaznom“, „prilagodba i prihvaćanje izmijenjenog sebe“, i „jedinstvene dobrobiti vršnjačke podrške“) i njihovih skrbnika („njegovatelj kao tampon“, „prikazi oporavka i recidiva“ i „normaliziranje iskustava kroz podršku vršnjaka“). Takvi pacijenti i njihovi njegovatelji zahtijevaju sveobuhvatnu podršku u prilagodbi na posljedice dijagnoze i liječenja KJ, pri čemu osobe istog životnog iskustva i približnih godina imaju važnu ulogu podrške (74).

Studija provedena od strane Malmström M; Klefsgård R; Johansson J. i suradnika sažela je iskustvo pacijenata u suportivnoj njezi u temu „Potreba za svjetlom vodiljom u novoj životnoj situaciji“. Mišljenja pacijenata istaknula su važnost kombinirane potpore zdravstvenog sustava i društvene mreže, koja bi trebala pružiti jasne informacije, pomoći u snalaženju u zdravstvenom sustavu (i prevladavanju jaza između unutarnje i izvanbolničke skrbi) i indikacije za plan za budućnost. Svi ovi nalazi i razmatranja sugeriraju potrebu za razvojem sveobuhvatnog programa suportivne skrbi koji je usmjeren na potrebe bolesnika nakon događaja koji mu je promijenio život (75).

5.4.1. Uloga medicinske sestre kod psiholoških posljedica u bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka

Uloga medicinske sestre u skrbi za bolesnike liječene od karcinoma jednjaka obuhvaća važan aspekt brige o psihičkom zdravlju pacijenata, s obzirom na izazov ove bolesti i njezin utjecaj na mentalno zdravlje. Navodi se nekolioko ključnih aspekata u zbrinjavanju psihičkih posljedica kod bolesnika s karcinomom jednjaka (35):

1. Psihoedukacija i informiranje:

- Pružanje informacija o dijagnozi, liječenju, i očekivanim nuspojavama radi smanjenja anksioznosti i straha.
- Edukacija o strategijama suočavanja i prilagodbi na promjene koje proizlaze iz liječenja.

2. Podrška u prihvaćanju dijagnoze:

- Pružanje emocionalne podrške i suosjećanja tijekom procesa suočavanja s dijagnozom.
- Poticanje pacijenata da izraze svoje osjećaje i brige te pružanje prostora za razgovor.

3. Procjena psihološkog stanja:

- Redovita procjena mentalnog zdravlja pacijenata kroz intervju i promatranje.
- Prepoznavanje simptoma anksioznosti, depresije ili drugih mentalnih zdravstvenih problema.

4. Savjetovanje i psihoterapija:

- Pružanje kognitivno-bihevioralnih tehnika za upravljanje stresom, anksioznosti i depresijom.

- Pomoć u razvoju strategije za prevladavanje strahova i briga vezanih uz bolest.

5. Poticanje snažnih socijalnih veza:

- Pomažući pacijentima u održavanju komunikacije s obitelji i prijateljima radi smanjenja osjećaja izoliranosti.
- Poticanje sudjelovanja u grupnim terapijama ili podršci, gdje se pacijenti mogu povezati s drugima koji prolaze kroz slična iskustva (73).

6. Potpora obitelji i skrbnika:

- Pružanje obiteljskih informacija i savjeta kako podržati pacijenta tijekom liječenja i oporavka.
- Edukacija obitelji o pravilnoj komunikaciji i pružanju emocionalne podrške.

7. Praćenje i koordinacija:

- Redovito praćenje psihičkog stanja pacijenata te izvješćivanje liječničkog tima o promjenama ili pogoršanju mentalnog zdravlja.
- Koordinacija s psihologom ili psihijatrom ako je potrebno dodatno stručno savjetovanje ili terapija.

8. Edukacija o samozbrinjavanju:

- Nastava o tehnikama opuštanja, meditaciji ili jogi za smanjenje stresa i poboljšanje mentalnog zdravlja.
- Poticanje tjelesne aktivnosti i zdrave prehrane kao podrška mentalnom zdravlju (45,56).

Kroz ove aktivnosti, medicinska sestra ima ključnu ulogu u skrbi o psihičkom zdravlju bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka, pridonoseći njihovom oporavku i boljoj kvaliteti života.

6. Život nakon liječenja

Kod nekih bolesnika s KJ liječenje može ukloniti ili u potpunosti izliječiti karcinom. Završetak liječenja može biti i stresan i uzbudljiv. Pacijenti mogu osjetiti olakšanje nakon završetka liječenja, ali teško će se ne brinuti da li će se KJ vratiti, to je vrlo česta briga nakon liječenja. Za druge ljude, KJ možda nikada neće potpuno nestati, neki bolesnici mogu primati redovite tretmane kemoterapijom, terapijom zračenjem ili drugim tretmanima kako bi pokušali zadržati bolest pod kontrolom. Naučiti živjeti s karcinomom koji ne nestaje može biti teško i vrlo stresno (38).

Čak i ako je pacijent završio s liječenjem, liječnik će i dalje pomno pratiti stanje pacijenta. Vrlo je važno ići na sve kontrolne preglede, tijekom posjeta, liječnici će pitati ima li bolesnik ikakvih problema i napraviti će preglede i laboratorijske pretrage ili radiološke pretrage kako bi potražili znakove KJ ili nuspojave liječenja. Gotovo svako liječenje KJ može imati nuspojave, neke mogu trajati samo nekoliko dana ili tjedana, ali druge mogu trajati dugo. Neke se nuspojave možda neće pojaviti godinama nakon završetka liječenja. Posjeti liječniku dobro su vrijeme za postavljanje pitanja i razgovor o svim promjenama ili problemima koje pacijent ili obitelj primijetiti ili brigama koje imaju. Vrlo je važno odmah prijaviti sve nove simptome liječniku, osobito ako uključuju probleme s gutanjem ili bol u prsima jer to može biti posljedica povratka KJ ili kasnih nuspojava liječenja.

Rano liječenje ovih problema može ublažiti mnoge simptome i poboljšati kvalitetu života. Novi simptomi ili problemi također mogu biti uzrokovani novom bolešću ili drugim karcinomom (38). U određenoj mjeri, učestalost kontrolnih posjeta i testova ovisit će o stadiju KJ, provedenom liječenju i šansi da se KJ vrati.

Mnogi liječnici preporučuju kontrolne posjete s fizičkim pregledom (koji može uključivati radiološke pretrage, krvne pretrage i endoskopiju) svakih 3 do 6 mjeseci tijekom prve dvije godine nakon liječenja, svakih 6 do 12 mjeseci sljedeće 3 godine, a nakon toga jednom godišnje. Neki liječnici mogu savjetovati drugačije rasporede praćenja (76).

6.1 Pomoć kod učestalih problema

Potporni tretmani imaju za cilj pomoći u ublažavanju simptoma KJ. U nekim slučajevima koriste se zajedno s drugim tretmanima koji su usmjereni na izlječenje karcinoma, ali se isto tako često koriste kod osoba s uznapredovalim KJ kako bi im se poboljšala kvaliteta života.

Poteškoće s gutanjem

Karcinom jednjaka često uzrokuje probleme s gutanjem, što može dovesti do gubitka težine i slabosti zbog loše prehrane. Tim liječnika i nutricionista stvaraju multidisciplinarni tim kako bi osmislili plan s dodatcima prehrani i informacijama o individualnim prehrambenim potrebama tijekom i nakon tretmana. Određene operacije za liječenje KJ također mogu utjecati na prehrambene navike i mogu otežati dobivanje na težini. Multidisciplinarni tim može dati prijedloge kao što je jedenje malih čestih obroka, korištenje dodataka prehrani i druge savjete koji će pomoći održavanju tjelesne težine i prihvatljivi nutritivni unos. Neke osobe s KJ koji su liječeni kirurškim zahvatom ili terapijom zračenjem jednjaka mogu kasnije imati problema sa strukturom jednjaka (suženje jednjaka), to se može poboljšati postupcima za otvaranje toga područja kao što je postavljanje ezofagealnog stenta ili ponekad korištenje ezofagealne dilatacije (77).

Bol

Postoji mnogo načina za kontrolu boli uzrokovane KJ i njeno liječenje. Ako bolovi perzistiraju, odmah treba obavijestiti liječnika kako bi se uvela brza i učinkovita terapija protiv boli (77).

Prehrana

Pravilna prehrana može biti teška za svakoga, ali može postati još teža tijekom i nakon liječenja karcinoma, to posebno vrijedi za KJ.

Tumor ili njegovo liječenje može utjecati na to kako osoba gutata ili uzrokovati druge probleme. Mučnina može biti problem zbog nekih tretmana (77).

Tijekom liječenja mnogi ljudi gube na težini ili imaju problema s okusom (metalni okus u ustima). U tim situacijama osoba bi trebala jesti što god joj se sviđa i što može progutati, od pomoći je jesti male porcije svaka 2 do 3 sata. Nekim pacijentima bi moglo koristiti ako im se privremeno stavi sonda za hranjenje dok primaju terapiju. Nakon tretmana ako je želudac korišten za zamjenu cijelog ili dijela jednjaka, želudac možda neće moći zadržati hranu kao prije. Progutana hrana brzo prolazi u crijevo, što može uzrokovati proljev, znojenje i crvenilo nakon jela, to se zove damping sindrom, te bolesnik mora promijeniti svoju prehranu i način prehrane (77).

6.2 Smanjenje rizika od recidiva bolesti

Ako osoba ima (ili je imala) KJ, vjerojatno želi znati postoje li stvari koje možete učiniti (osim liječenja) koje bi mogle smanjiti rizik od rasta ili povratka KJ, kao što je biti ili ostati aktivan, jesti određenu vrstu hrane ili uzimanje dodataka prehrani. U ovom se trenutku ne zna dovoljno o KJ da bi se sa sigurnošću moglo reći postoje li stvari koje pacijent može učiniti, a koje će biti od pomoći.

Jasno je da su pušenje i konzumacija alkohola povezani s povećanim rizikom od KJ, iako nije jasno može li pušenje utjecati na rast ili pojavu recidiva, ipak je korisno prestati pušiti kako bi se smanjio rizik od dobivanja drugih vrsta karcinoma povezanih s pušenjem. Nepušenje i izbjegavanje alkohola također može poboljšati apetit i opće zdravlje te može pripomoći boljem podnošenju kemoterapije i zračenja. Usvajanje drugih zdravih ponašanja kao što je pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost i održavanje zdrave tjelesne težine također može pomoći, međutim, znamo da ove vrste promjena mogu imati pozitivne učinke na mentalno zdravlje (78). Ako se KJ vrati u nekom trenutku, mogućnosti liječenja ovisit će o tome gdje se tumor nalazi, koji su tretmani prije imali pozitivan učinak; kirurgija, terapija zračenjem, kemoterapija, ciljana terapija, imunoterapija ili neka od kombinacija mogu biti opcije. Druge vrste liječenja također se mogu koristiti za ublažavanje simptoma KJ (78).

7. Emocionalna podrška

Normalno je da se bolesnik osjeća depresivno, tjeskobno ili zabrinuto kada je KJ dio njihovog života, neki ljudi su pogođeni više od drugih, ali svatko može imati koristi od pomoći i podrške drugih ljudi, bilo da se radi o prijateljima i obitelji, vjerskim grupama, grupama podrške, profesionalnim savjetnicima ili drugima. Osobe koje su preživjele KJ mogu biti pogođene mnogim zdravstvenim problemima, ali često je glavna briga ponovno suočavanje s KJ (79).

Društvena podrška igra ključnu ulogu u životima osoba kojima je dijagnosticiran KJ. To se odnosi na pomoć, brigu i emocionalne veze koje pružaju članovi obitelji, prijatelji, zdravstveni stručnjaci i skupine podrške. Prisutnost snažnih društvenih mreža podrške može značajno utjecati na psihološko blagostanje i sposobnosti suočavanja pacijenata. Istraživanja su dosljedno pokazala da društvena podrška ima pozitivan utjecaj na psihološke ishode kod osoba koje se suočavaju s karcinomom. Pruža zaštitu od stresa, smanjuje osjećaj izolacije i poboljšava opću kvalitetu života.

Za osobe s KJ, koje često prolaze kroz složene medicinske tretmane i prilagodbe načina života, dostupnost društvene podrške može biti posebno važna. Društvenu podršku možemo kategorizirati u različite vrste, pri čemu svaka ima svoju funkciju i zadovoljava različite potrebe osoba s KJ (79):

Emocionalna podrška: Ova vrsta podrške uključuje empatično slušanje, razumijevanje i izraze brige i suosjećanja. Pomaže osobama da se osjećaju cijenjenima, razumljenima i utješanima tijekom izazovnih trenutaka.

Instrumentalna podrška: Instrumentalna podrška odnosi se na konkretnu pomoć koju drugi pružaju, poput pomoći u svakodnevnim aktivnostima, prijevozu na medicinske preglede ili pomoći u obavljanju zadataka vezanih uz liječenje. Ova podrška pomaže smanjiti praktično opterećenje koje je povezano s KJ.

Informacijska podrška: Informacijska podrška uključuje pružanje smjernica, savjeta i informacija o KJ, mogućnostima liječenja i dostupnim resursima.

Pristup točnim i pouzdanim informacijama osnažuje pacijente da donose informirane odluke i lakše se snalaze u svom zdravstvenom putovanju.

Procjenska podrška: Procjenska podrška uključuje povratne informacije, validaciju i ohrabrenje od drugih. Pomaže osobama da procijene vlastite strategije suočavanja, razumiju svoje emocije i bolje razumiju vlastito iskustvo.

Studije su dosljedno pokazale pozitivan utjecaj društvene podrške i odnosa na psihološko blagostanje oboljelih osoba. Pacijenti koji doživljavaju veću razinu društvene podrške često imaju smanjenje razine anksioznosti i depresije, poboljšano emocionalno blagostanje i veći osjećaj nade i optimizma. Također, uloga odnosa, posebno onih s obitelji i bliskim prijateljima, ključna je u pružanju osjećaja pripadnosti, udobnosti i ohrabrenja. Održavanje zdravih odnosa tijekom izazova koje nosi KJ može pomoći osobama da zadrže pozitivan stav, poboljšaju svoje mehanizme suočavanja i razviju otpornost (80). Iako društvena podrška može biti izuzetno korisna, također postoje izazovi i potrebe podrške s kojima se suočavaju osobe s KJ (81):

Promjene uloga: Karcinom jednjaka često zahtijeva promjene uloga unutar obitelji i odnosa. Pacijenti mogu trebati pomoć u prilagodbi na nove dinamike i definiranju novih uloga i odgovornosti.

Izazovi u komunikaciji: Nuspojave vezane uz liječenje, poput poteškoća u gutanju ili promjena glasa, mogu utjecati na komunikaciju. Pacijenti mogu trebati podršku u pronalaženju alternativnih načina komunikacije i prilagodbi na te promjene.

Podrška skrbnika: Uloga skrbnika ključna je u pružanju podrške osobama s KJ. Skrbnici sami mogu doživljavati emocionalnu i psihološku poteškoću te mogu trebati podršku kako bi se nosili s izazovima skrbi.

Članovi obitelji i prijatelji često igraju važnu ulogu u skrbi za osobu s KJ, to se zove biti njegovatelj. Skrbnici mogu pružiti fizičku, praktičnu i emocionalnu podršku pacijentu, čak i ako žive daleko. Biti njegovatelj također može biti stresno i emocionalno izazovno. Važno je osigurati potporu za obitelji pacijenata oboljelih od KJ. To može uključivati edukativne programe, radionice ili savjetovanje usmjereno na obitelji kako bi im se pružile informacije o KJ, načinima podrške pacijentu i strategijama suočavanja s izazovima koje donosi bolest. Također je važno prepoznati da članovi obitelji također trebaju emocionalnu podršku i osigurati im pristup resursima poput grupa podrške ili individualnog savjetovanja (81).

Razumijevanje uloge obitelji u životu pacijenata oboljelih od KJ te osiguravanje potpore i resursa za obitelj može biti ključno za cjelovito zbrinjavanje i oporavak pacijenata. Obitelji imaju moćan utjecaj na emocionalno blagostanje pacijenata i njihovu kvalitetu života tijekom borbe s KJ. Jedan od najvažnijih zadataka njegovatelja je briga o sebi.

8. Zaključak

Rad Psihološke posljedice u bolesnika liječenih od karcinoma jednjaka istražuje psihološki utjecaj karcinoma i ulogu psihologije u razumijevanju i rješavanju potreba pojedinaca s dijagnosticiranom bolešću. Kroz sveobuhvatan pregled literature, ispitala sam emocionalni distres, anksioznost, depresiju, kognitivno funkcioniranje, kvalitetu života i značaj socijalne podrške i odnosa u kontekstu karcinoma jednjaka. Nalazi naglašavaju značajne psihološke izazove s kojima se suočavaju osobe oboljele od karcinoma jednjaka.

Emocionalni stres i tjeskoba često prate dijagnozu, liječenje i dugoročno upravljanje bolešću. Depresija može dodatno utjecati na psihičku dobrobit i kvalitetu života bolesnika. Čimbenici povezani s liječenjem mogu utjecati na kognitivno funkcioniranje, što dovodi do kognitivnih poteškoća. Štoviše, društvena podrška i odnosi igraju ključnu ulogu u ublažavanju utjecaja bolesti i promicanju pozitivnih strategija suočavanja. Razumijevanje važnosti psihološke dobrobiti u holističkoj njezi bolesnika je ključno. Pružatelji zdravstvenih usluga trebali bi prepoznati važnost emocionalne podrške, pružanja točnih informacija i dostupnosti opipljive pomoći pacijentima i njihovim obiteljima.

Osim toga, rješavanje izazova povezanih s promjenama uloga, komunikacijom i podrškom njegovatelja može poboljšati opću dobrobit pojedinaca pogođenih karcinomom. Psihosocijalne intervencije, kao što su grupe podrške, savjetovanje i obrazovni programi, nude vrijedne resurse za poboljšanje socijalne podrške i psihološke dobrobiti. Ove intervencije potiču osjećaj zajedništva, pružaju platformu za razmjenu iskustava i osnažuju pacijente i njegovatelje znanjem i vještinama za snalaženje u izazovima s kojima se suočavaju. Iako ova teza pruža dragocjene uvide u psihološki učinak karcinoma jednjaka, bitno je priznati ograničenja studija.

Većina predstavljenih dokaza temelji se na postojećoj literaturi i potrebna su daljnja empirijska istraživanja kako bismo produbili naše razumijevanje ovih psiholoških aspekata. Buduće studije trebale bi istražiti iskustva pacijenata s karcinomom i njihovih njegovatelja kroz kvalitativne intervjuje ili pristupe mješovitih metoda kako bi se uhvatilo nijansirano razumijevanje njihovih proživljenih iskustava.

Zaključno, rješavanje psihološkog utjecaja karcinoma sastavni je dio pružanja sveobuhvatne skrbi za pacijente. Prepoznavanjem emocionalnih, kognitivnih i društvenih izazova s kojima se suočavaju oboljele osobe, zdravstveni djelatnici mogu razviti prilagođene intervencije koje promiču psihološku dobrobit i poboljšavaju ukupnu kvalitetu života. Nadam se da će ovaj rad pridonijeti skupu znanja u ovom području i potaknuti daljnja istraživanja i podršku osobama oboljelima od karcinoma jednjaka. Hvala vam što ste odvojili vrijeme za čitanje ove teze, nadam se da će poslužiti kao odskočna daska za nastavak istraživanja i poboljšanja psihološke skrbi za pacijente oboljele od karcinoma jednjaka.

9. Literatura

1. Markar SR, Mavroveli S, Petrides KV, et al. Applied investigation of person-specific and context-specific factors on postoperative recovery and clinical outcomes of patients undergoing gastrointestinal cancer surgery: multicentre European study. *BMJ Open* 2016;6:e012236. 10.1136/bmjopen-2016-012236.
2. Powell R, Scott NW, Manyande A, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD008646.
3. Lehto US, Ojanen M, Dyba T, et al. Baseline psychosocial predictors of survival in localized breast cancer. *Br J Cancer* 2006;94:1245-52. 10.1038/sj.bjc.6603091.
4. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009;115:5349-61. 10.1002/cncr.24561.
5. Wikman A, Ljung R, Johar A, et al. Psychiatric morbidity and survival for esophageal cancer: a population-based cohort study. *J Clin Oncol* 2015;33:448-54. 10.1200/JCO.2014.57.1893.
6. Derogar M, Orsini N, Sadr-Azodi O, et al. Influence of major postoperative complications on health-related quality of life among long-term survivors of esophageal cancer surgery. *J Clin Oncol* 2012;30:1615-9. 10.1200/JCO.2011.40.3568.
7. Meyer G, Austin R, Brady C R, Castell D. Muscle anatomy of the human esophagus. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 131–4.

8. Long J, Orlando R. Esophageal submucosal glands: structure and function. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2818–24.
9. Dent J, Dodds W, Friedman R et al. Mechanism of gastroesophageal reflux in recumbent asymptomatic human subjects. *J Clin Invest* 1980; 65: 256–67.
10. Qin C, Chandler M, Foreman R. Esophagocardiac convergence onto thoracic spinal neurons: comparison of cervical and thoracic esophagus. *Brain Res* 2004; 1008: 193–7.
11. Knowles C, Aziz Q. Visceral hypersensitivity in non-erosive reflux disease. *Gut* 2008; 57: 674–83.
12. Bardan E, Xie P, Aslam M, Kern M, Shaker R. Disruption of primary and secondary esophageal peristalsis by afferent stimulation. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2000; 279: 255–61.
13. Wolf DC. Dysphagia. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed. Butterworths; Boston: 1990.
14. American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures*. 3rd ed. Atlanta, Ga.: American Cancer Society; 2015.
15. Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD. Oesophageal carcinoma. *Lancet*. 2013;381(9864):400-412.
16. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Eng J Med*. 2003;349(23):2241-2252.

17. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, et al. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1999;340:825-31.
18. Nawaramam RM, Winslet MC. Barrett's oesophagus. *Postgrad Med J* 1998;74:653-7.
19. O Connor JB, Falk GW, Richter JE. The incidence of adenocarcinoma and dysplasia in Barrett's esophagus: report on the Cleveland Clinic Barrett's Esophagus Registry. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2037-42.
20. Spechler SJ, Sperber H, Doos WG, et al. The prevalence of Barrett's esophagus in patients with chronic peptic esophageal strictures. *Dig Dis Sci* 1983;28:769.
21. D.A. Corley, A. Kubo, W. Zhao. Abdominal obesity and the risk of esophageal and gastric cardia carcinomas. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17 (2008), 352-358.
22. Morita FH, et al. Narrow band imaging versus lugol chromoendoscopy to diagnose squamous cell carcinoma of the esophagus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2017;17:54.
23. NCCN Esophageal Cancer Guidelines. 2016;2016
24. Graham DY, Schwartz JT, Cain GD, Gyorkey F. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology*. 1982;82:228-231.
25. Luketich JD, et al. Minimally invasive esophagectomy: results of a prospective phase II multicenter trial-the eastern cooperative oncology group (E2202) study. *Annals of surgery*. 2015;261:702-707.

26. Alibakhshi A, et al. The effect of age on the outcome of esophageal cancer surgery. *Annals of thoracic medicine*. 2009;4:71–74.
27. Paulus E, et al. Esophagectomy for cancer in octogenarians: should we do it? *Langenbeck's archives of surgery*. 2017
28. Rice TW, Rusch VW, Ishwaran H, Blackstone EH. Cancer of the esophagus and esophagogastric junction: data-driven staging for the seventh edition of the American Joint Committee on Cancer/International Union Against Cancer Cancer Staging Manuals. *Cancer*. 2010;116:3763–3773.
29. Sunde B, et al. Relief of dysphagia during neoadjuvant treatment for cancer of the esophagus or gastroesophageal junction. *Diseases of the Esophagus*. 2016;29:442–447.
30. Blazeby JM, et al. Core information set for oesophageal cancer surgery. *The British journal of surgery*. 2015;102:936–943.
31. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* 2003;22:235–239.
32. Baiocchi GL, et al. Follow-up after gastrectomy for cancer: the Charter Scaligero Consensus Conference. *Gastric Cancer*. 2016;19:15–20.
33. Allum WH, Stenning SP, Bancewicz J, Clark PI, Langley RE. Long-Term Results of a Randomized Trial of Surgery With or Without Preoperative Chemotherapy in Esophageal Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27:5062–5067.

34. Alderson D, et al. Neoadjuvant chemotherapy for resectable oesophageal and junctional adenocarcinoma: Results from the UK Medical Research Council randomised OEO5 trial (ISRCTN 01852072) ASCO Meeting Abstracts. 2015;33:4002.
35. Anandavadivelan P, Lagergren P. Cachexia in patients with oesophageal cancer. *Nature reviews Clinical oncology*. 2016;13:185–198.
36. McNair AG, et al. What surgeons tell patients and what patients want to know before major cancer surgery: a qualitative study. *BMC cancer*. 2016;16:258.
37. World Health Organization. WHO definition of health
38. Scarpa M, Valente S, Alfieri R, et al. Systematic review of health-related quality of life after esophagectomy for esophageal cancer. *World J Gastroenterol* 2011;17:4660-74. 10.3748/wjg.v17.i42.4660.
39. Scarpa M, Saadeh LM, Fasolo A, et al. Health-related quality of life in patients with oesophageal cancer: analysis at different of the treatment pathway. *J Gastrointest Surg* 2013;17:421-33. 10.1007/s11605-012-2069-1.
40. Scarpa M, Pinto E, Saadeh LM, et al. Sleep disturbances and quality of life in postoperative management after esophagectomy for esophageal cancer. *World J Surg Oncol* 2014;12:156. 10.1186/1477-7819-12-156.
41. Scarpa M, Cavallin F, Noaro G, et al. Impact of jejunostomy during esophagectomy for cancer on health related quality of life. *Chin J Cancer Res* 2014;26:678-84.
42. Seres DS, Valcarcel M, Guillaume A. Advantages of enteral nutrition over parenteral nutrition. *Therap Adv Gastroenterol*. 2013 Mar;6(2):157-67.

43. Gerndt SJ, Orringer MB. Tube jejunostomy as an adjunct to esophagectomy. *Surgery*. 1994 Feb;115(2):164-9.
44. Tapia J, Murguia R, Garcia G, de los Monteros PE, Oñate E. Jejunostomy: techniques, indications, and complications. *World J Surg*. 1999 Jun;23(6):596-602.
45. Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol*. 2014 Jul 14;20(26):8505-24.
46. Husson O, Oerlemans S, Mols F, et al. Satisfaction with information provision is associated with baseline but not with follow-up quality of life among lymphoma patients: Results from the PROFILES registry. *Acta Oncol* 2014;53:917-26. 10.3109/0284186X.2013.879201
47. Carrion IV, Nedjat-Haiem FR, Marquez DX. Examining cultural factors that influence treatment decisions: a pilot study of Latino men with cancer. *J Cancer Educ* 2013;28:729-37. 10.1007/s13187-013-0522-9.
48. Cao W, Qi X, Yao T, et al. How doctors communicate the initial diagnosis of cancer matters: cancer disclosure and its relationship with Patients' hope and trust. *Psychooncology* 2017;26:640-8. 10.1002/4063
49. Faller H, Koch U, Brähler E, et al. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv* 2016;10:62-70. 10.1007/s11764-015-0451-1.
50. McNair AG, MacKichan F, Donovan JL, et al. What surgeons tell patients and what patients want to know before major cancer surgery: a qualitative study. *BMC Cancer* 2016;16:258. 10.1186/s12885-016-2292-3.

51. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns* 2005;57:342-9. 10.1016/j.pec.2004.09.009.
52. Salander P. Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc Sci Med* 2002;55:721-32. 10.1016/S0277-9536(01)00198-8.
53. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001;84:48-51. 10.1054/bjoc.2000.1573.
54. Furber L, Murtagh GM, Bonas SA, et al. Improving consultations in oncology: the development of a novel consultation aid. *Br J Cancer* 2014;110:1101-9. 10.1038/bjc.2013.749.
55. Parameswaran R, McNair A, Avery KN, et al. The role of health-related quality of life outcomes in clinical decision making in surgery for esophageal cancer: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2008;15:2372-9. 10.1245/s10434-008-0042-8.
56. Pinto E, Cavallin F, Saadeh LM, et al. Potential curability and perception of received information in esophageal cancer patients. *Support Care Cancer* 2018;26:1807-14. 10.1007/s00520-017-4005-0.
57. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014;64:252-71. 10.3322/caac.21235.

58. Visser E, Edholm D, Smithers BM, et al. Neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for adenocarcinoma of the esophagus. *J Surg Oncol* 2018;117:1687-96. 10.1002/jso.25089.
59. Noordman BJ, Verdam MGE, Lagarde SM, et al. Effect of adjuvant Chemoradiotherapy on Health-Related Quality of Life in Esophageal or Junctional Cancer: Results from the Randomized CROSS Trial. *J Clin Oncol* 2018;36:268-75. 10.1200/JCO.2017.73.7718.
60. Bascoul-Mollevis C, Gourgou S, Galais MP, et al. Health-related quality of life results from the PRODIGE 5/ACCORD 17 randomised trial of FOLFOX versus fluorouracil-cisplatin regimen in oesophageal cancer. *Eur J Cancer* 2017;84:239-49. 10.1016/j.ejca.2017.07.038.
61. Chen CY, Hsieh VC, Chang CH, et al. Impacts of treatments on the quality of life among esophageal squamous cell carcinoma patients. *Dis Esophagus* 2017;30:1-8.
62. Carey S, Laws R, Ferrie S, et al. Struggling with food and eating--life after major upper gastrointestinal surgery. *Support Care Cancer* 2013;21:2749-57. 10.1007/s00520-013-1858-8.
63. Cavallin F, Scarpa M, Cagol M, et al. Esophageal Cancer Clinical Presentation: Trends in the Last 3 Decades in a Large Italian Series. *Ann Surg* 2018;267:99-104. 10.1097/SLA.0000000000002048.
64. Lucas DJ, Pawlik TM. Quality improvement in gastrointestinal surgical oncology with American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *Surgery* 2014;155:593-601. 10.1016/j.surg.2013.12.001.

65. Merle V, Marini H, Rongere J, et al. Does an information leaflet about surgical site infection (SSI) improve recollection of information and satisfaction of patients? A randomized trial in patients scheduled for digestive surgery. *World J Surg* 2011;35:1202-11. 10.1007/s00268-011-1054-2
66. Bernat JL, Peterson LM. Patient-centered informed consent in surgical practice. *Arch Surg* 2006;141:86-92. 10.1001/archsurg.141.1.86
67. Korolija D, Wood-Dauphinee S, Pointner R. Patient-reported outcomes. How important are they? *Surg Endosc* 2007;21:503-7. 10.1007/s00464-007-9255-3.
68. Di Cristofaro L, Ruffolo C, Pinto E, et al. Complications after surgery for colorectal cancer affect quality of life and surgeon-patient relationship. *Colorectal Dis* 2014;16:O407-19. 10.1111/codi.12752.
69. Jacobs M, Macefield RC, Elbers RG, et al. Meta-analysis shows clinically relevant and long-lasting deterioration in health-related quality of life after esophageal cancer surgery. *Qual Life Res* 2014;23:1155-76. 10.1007/s11136-013-0576-5.
70. Verschuur EM, Steyerberg EW, Kuipers EJ, et al. Experiences and expectations of patients after oesophageal cancer surgery: an explorative study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2006;15:324-32. 10.1111/j.1365-2354.2006.00659.x
71. Malmström M, Ivarsson B, Johansson J, et al. Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer--a focus group study. *Int J Nurs Stud* 2013;50:44-52. 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.011.
72. Shapiro CL. Cancer Survivorship. *N Engl J Med* 2018;379:2438-50. 10.1056/NEJMra1712502.

73. Aaronson NK, Mattioli V, Minton O, et al. Beyond treatment- psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *EJC Suppl* 2014;12:54-64. 10.1016/j.ejcsup.2014.03.005.
74. McCorry NK, Dempster M, Clarke C, et al. Adjusting to life after esophagectomy: the experience of survivors and carers. *Qual Health Res* 2009;19:1485-94. 10.1177/1049732309348366.
75. Malmström M, Klefsgård R, Johansson J, et al. Patients' experiences of supportive care from a long-term perspective after oesophageal cancer surgery - a focus group study. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:856-62. 10.1016/j.ejon.2013.05.003.
76. Y J Liu and others, Psychological distress and health-related quality of life up to 2 years after oesophageal cancer surgery: nationwide population-based study, *BJS Open*, Volume 5, Issue 1, January 2021.
77. Lagergren P, Johar A, Rosenlund H, Arnberg L, Haglund L, Ness-Jensen E, Schandl A. Severe reflux, sleep disturbances, and health-related quality of life after esophageal cancer surgery. *J Cancer Surviv.* 2021 Dec;15(6):818-824.
78. Salas S, Cottet V, Dossus L, Fassier P, Ginhac J, Latino-Martel P, Romieu I, Schneider S, Srour B, Touillaud M, Touvier M, Ancellin R. Nutritional Factors during and after Cancer: Impacts on Survival and Quality of Life. *Nutrients.* 2022 Jul 19;14(14):2958.
79. Pinto E, Cavallin F, Scarpa M. Psychological support of esophageal cancer patient? *J Thorac Dis.* 2019 Apr;11:654-S662.

80. Liu Y, Pettersson E, Schandl A, Markar S, Johar A, Lagergren P. Psychological distress after esophageal cancer surgery and the predictive effect of dispositional optimism: a nationwide population-based longitudinal study. *Support Care Cancer*. 2022 Feb;30:1315-1322.

81. Guyer DL, Almhanna K, McKee KY. Palliative care for patients with esophageal cancer: a narrative review. *Ann Transl Med*. 2020 Sep;8:1103.

Popis slika

Slika 2.1 Podjela jednjaka na segmente

Izvor: <https://basicmedicalkey.com/oesophagus-and-thymus-and-their-neurovasculature/>

Slika 3.1 Procijenjeni broj novih slučajeva karcinoma jednjaka u cijelom svijetu u 2020. i projekcije do 2030. i 2040.

Liu C-Q, Ma Y-L, Qin Q, Wang P-H, Luo Y, Xu P-F, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer. 2023;14:3–11 *Izvor:* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

Slika 3.2 Procijenjeni broj smrtnih slučajeva u cijelom svijetu u 2020. i projekcije do 2030. i 2040.

Liu C-Q, Ma Y-L, Qin Q, Wang P-H, Luo Y, Xu P-F, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer. 2023;14:3–11 *Izvor:* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

Slika 3.3 Planocelularni i adenokarcinom jednjaka

Izvor: https://www.osmosis.org/learn/Esophageal_cancer

Slika 3.2.1 Simptomi karcinoma jednjaka

Izvor: <https://www.verywellhealth.com/esophageal-cancer-overview-1741801>

Slika 3.3.1 Resekcija jednjaka i dijela želuca

Izvor: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/esophageal-cancer/multimedia/esophageal-cancer-surgery/img-20006034>

Slika 4.1 Prikaz feeding jejunostome

Izvor: <http://www.differencebetween.net/science/difference-between-g-tube-and-j-tube/>

Popis tablica

Tablica 3.1 Učestalost karcinoma jednjaka u svijetu u 2020.: Distribucija novih slučajeva karcinoma jednjaka po kontinentima, oba spola

Liu C-Q, Ma Y-L, Qin Q, Wang P-H, Luo Y, Xu P-F, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer. 2023;14:3–11

Izvor:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

Tablica 3.2 Učestalost karcinoma jednjaka u svijetu u 2020.: Top 10 zemalja za procijenjene nove slučajeve karcinoma jednjaka, oba spola, sve dobi

Liu C-Q, Ma Y-L, Qin Q, Wang P-H, Luo Y, Xu P-F, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer. 2023;14:3–11

Izvor:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

Tablica 3.3 Smrtnost od karcinoma jednjaka u svijetu 2020.: Distribucija preminulih od karcinoma jednjaka po kontinentima, oba spola

Liu C-Q, Ma Y-L, Qin Q, Wang P-H, Luo Y, Xu P-F, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer. 2023;14:3–11

Izvor:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9807450/?report=reader#!po=30.0000>

MARKOM
ALIFERRAINA

Sveučilište Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, TONKA MARKIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica ~~završnog/diplomskog~~ (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHOLošKE POSLJEDICE U BOLESNIKA ČEKAJUĆI OD KARCINOMA JEDNOVAKA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

TONKA MARKIĆ

(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.