

# Vähiravis on inimese elukogemusel tähendus

Katrin Raamat – PERHi onkoloogiakeskus

**Võtmesõnad:** vähk, haavatavus, psühhosotsiaalsed vajadused, vähi tähendus, tõde, suhtumine

*David Servan-Schieber, arst, kes räägib oma kogemusest vähidiagnoosist teadasaamisel, toob näite ahvikarjast, kes ähvardavat ohtu tajudes end üksteise vastu suruvad ja vastastikku kirpe otsivad. Mitte et see vähendaks ohtu, ei, vaid see vähendab üksindust. Raske haigus võib olla üks kohutavalt üksildane rännak, ütleb ta kogemusele toetudes ja jätkab: „Meie läänemaailmas tunnustatud väärtused ja konkreetse tulemuse kultus sunnivad meid sageli kaotama silmist meie sügavalt animaalselt vajadust teise inimese juuresoleku järele ohu või ebakindluse ajal. Rahulik, kindel ja püsiv juuresolek on kõige ilusam kingitus, mille meile saavad teha meie lähedased, kuigi vähesed nende hulgast mõistavad selle tähtsust” (1).*

**Inimesed, kes puutuvad kokku pahaloomuliste kasvajatega – olgu siis patsiendi või ravipersonali poolelt –, elavad emotsionaalse kõrgepingega laetud elu. Vähipatsiendid on nii haiguse kui ka selle ravi tähendusest ja iseärasustest tulevalt psüühiliselt ja sotsiaalselt haavatavamad kui ühegi teise haiguse või selle raviga kokku puutuvad inimesed. Sellel haavatavusel on iseloom, mis mõjutab patsienti koos tema lähedastega, ravipersonali ning kogu raviprotsessi. Vähk on keerukas fenomen, mille kirjeldamiseks Rootsi vähihaigetega**

**töötanud psühholoog Loma Feigenberg kasutab sõna „maailm”.**

## VÄHK EI TÄHENDA ARSTILE SAMA, MIS PATSIENDILE

Kui paluda patsientidel meenutada, kuidas nad kogesid vähidiagnoosist teadasaamist, võib saada väga erinevaid vastuseid. Uudis, mida teatati, oli ju igal juhul halb, kuid sellele vaatamata meenutavad paljud patsiendid seda hetke sooja poolehoiuga uudise teatajate vastu. Nad tundsid, et neid toetati ja respektieriti tundeid, mida tol hetkel kohutav ja veel hoomamatu uudis neis tekitas. Teistes tekitab selle hetke meenutamine ka palju aega hiljem õudu ja võimetut viha. Nende inimeste kogemuseks oli olnud hoolimatus, külmus, ebainimlikkus, imperionaalsus, aga ka vale diagnoos. Võib ette kujutada kahe äärmusliku kogemuse saanud patsientide erinevaid hoiakuid, hirme ning ootusi ravi alustamisel.

Tavaliselt on vähidiagnoosi teatamine arsti, tihti onkoloogi ülesanne. Kui diagnoosi teatab tulevane raviarst, on see protsess, kus eeldatavasti pikaajalisse suhtesse sisenevad kaks täiesti võõrast inimest ja kohtuvad ka kaks erinevat kontseptsiooni haigusest: objektiivne, bioloogiline, arstidele tuttav ning subjektiivne, võhiku kogemusel ja uskumustel põhinev kontseptsioon. Need kaks vähikontseptsiooni on oma lihtsustatud, äärmuslikus vormis tuttavad kõigile vähiraviga kokkupuutuvatele inimestele. Kuigi neis on vastuolulisi elemente, võib inimene võtta omaks mõlemad: arsti mõjutavad tema isiklikud

kogemused, hirmud ja eelarvamused, samas on patsiente, kes loevad palju meditsiinilist kirjandust ja omandavad sellealaseid teadmisi ning nende arusaamad bioloogiliste ja statistiliste andmete kohta eksisteerivad koos nende ebamäärase, kultuurilistest ja emotsionaalsetest teguritest tuleneva hirmuga vähi ees (2).

Tervishoius võib tulla ette olukordi, kus kaks vähikontseptsiooni põrkuvad. See võib juhtuda sümptomite interpreteerimisel, analüüsivastuste teatamise käigus, ravivalikute tegemisel ja kõige sagedamini siis, kui arst teeb patsiendile teatavaks diagnoosi. Mõistmatus, et tegemist ongi erinevate lähtekohtadega, võib saada saatuslikuks arsti ja patsiendi avatud kommunikatsioonile, põhjustades vastuolusid ning väärtimõistmisi, mis omakorda hakkavad mõjutama raviprotsessi.

### **ÕIGUS TEADA JA ÕIGUS MITTE TAHTA TEADA**

Võib arvata, et kõige raskem ülesanne on rääkimine surmast inimesega, kes on suremas. Tegelikuses näitab praktika, et kõige raskem on öelda pealtnäha tervele inimesele, kes ei tarvitse kannatada ka ühegi elu segava vaevuse käes, et ta on haigestunud vähki (2). Sellistel juhtumitel saab inimene oma haigusest teada ootamatult ja väga valusalt. Teadmine elu ähvardavast ning kaotusi töötavast haigusest tabab teda keset tema tavapärase elu, seades kahtluse alla kogu ülejäänud elu. Paljudel juhtudel vajavad inimesed aega, et saada üle šokist ning teha läbi kriisi. Inimest ei saa selles protsessis ratsionaalsete otsuste tegemiseks tagant kiirustada ning on oluline, et arst oskab kriisi ära tunda ning mõistab, et kriis on psüühika kaitsereaktsioon, mille kestel paljud ebanormaalsena tunduvad käitumisviisid on normaalsed. Kui kriisil ei lasta selle loomulikus rütmis kulgeda, võib see põhjustada erinevaid püsivama iseloomuga psühhosotsiaalseid probleeme patsiendi elus. Probleeme võib tekkida ka siis, kui samal ajal haigusest teadasaamisega käib inimene läbi mingit teist elukriisi. On võimalik, et

sellised patsiendid vajavad arsti kõrval ka teiste spetsialistide abi.

Diagnoosist teatamise eel peaks arst tundma huvi inimese kogemuste vastu tema teel diagnoosini ja seda siis ka oma sõnumi edastamisel arvestama. Vaja on hinnata ka inimese valmisolekut kuulda kohe ja korruga kogu tõde. Kui patsient seda sõnaselgelt soovib, on tal loomulikult õigus kuulda kogu tõde ja kohe, kui aga mitte, siis võib see teade olla kaugelt enam, kui inimene hetkel taluda või mõista suudab.

On keeruline dilemma, kas patsiendile tuleb öelda tõde või mitte ja kas tõde peab olema kogu tõde või oluline osa sellest, et võiks alustada ravi ning jätta täpsustavad selgitused hilisemaks perioodiks: ajaks, kui inimene on suutnud olukorraga kohaneda ja tal endal hakkavad tekkima nii küsimused kui ka julgus neid esitada. Tingimusteta tõe rääkimise pooldajad viitavad patsiendi õigusele tõde teada, nende oponentid taas tema õigusele tõde mitte teada tahta. Küllap on inimesel mõlemad õigused ja patsiendi suhtes õiglaselt käituda tahtva arsti ees seisab keeruline ülesanne, mille Feigenberg sõnastab järgmiselt: „Arst räägib patsiendile tema haigusest sellisel viisil ja sellises mahus, mis arvestab patsiendi füüsilist ja vaimset tervist ning aitab kaasa tema vaimsete ja füüsiliste jõuvarude edendamisele sellel konkreetsel ajahetkel“ (2). Rõhk asetub siin „konkreetsel ajahetkel“, sest nii ravi kui ka ravi tulemuste ja prognoosi hindamine on protsess, milles on erinevaid ajahetki. Patsient peab saama ise otsustada, millal ja kui põhjalikku infot ta arstilt saada soovib. Seda tuleb temalt küsida, kuigi teatud juhtudel oskab arst oma patsiendi suutlikkust ka ise hinnata.

### **KARM TÕDE ON PAREM KUI TEADMATUS JA USALDAMATUS**

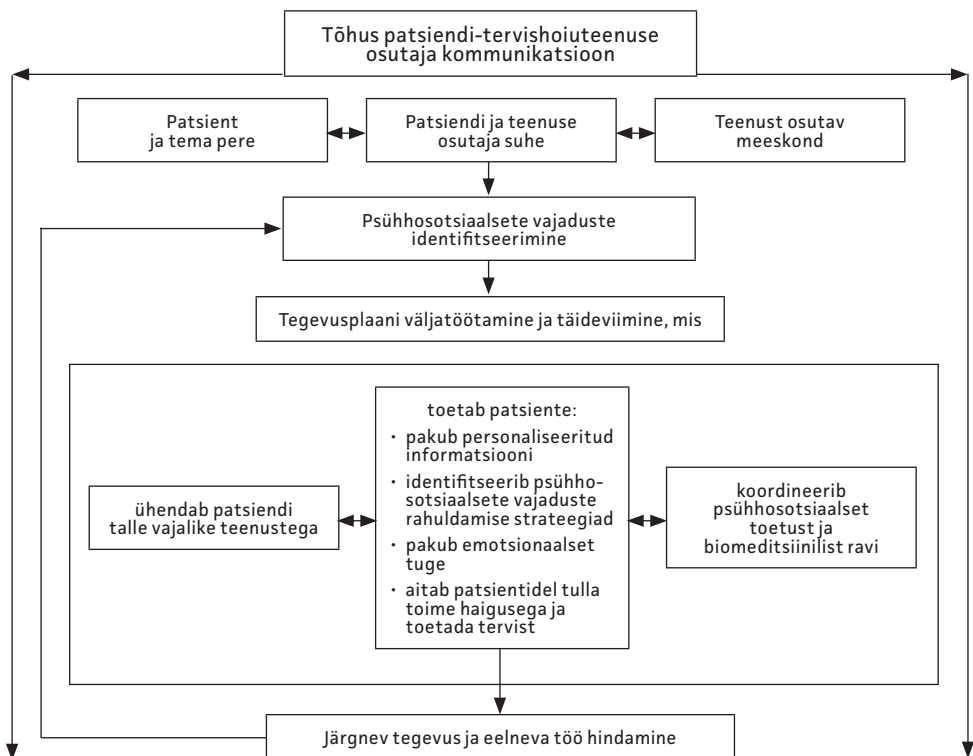
Mõnikord võib vähidiagnoos olla kergendus, olgu haigus ise kui hirmuäratav tahes. On juhtumeid, kus inimene on otsinud leevendust sümptomitele, millele ei ole pikemat või lühemat aega leitud meditsiinilist

põhjendust. Ta võib olla saanud erinevaid vastuseid erinevatelt arstidelt, kelle arvates tema kaebustel kas „ei saa olla” põhjust või on nende põhjus psühholoogiline. Patsient võib tunda end oma hädaes süüdi ja selle süütunde kujunemisele aitab kaasa tervishoiuasutustes kogetud suhtumine, mis teda salamisi või lausa avalikult hüpodondrikuks liigitab. Tegelikult elust on teada juhtumid, kus arst on inimest süüdistanud oma valu väljamõtlemises, patsiente on saadetud psühhiaatri juurde väitega, et „valu on inimese peas”, s.t tegemist on psühhiaatrilise häirega. Kõnealustel juhtudel on inimesel lõpuks siiski diagnoositud vähkkasvaja, sageli kaugelearenenud. Kõige drastilisemad on küllaltki sageli ette tulevad olukorrad, kus lõpuks vähi-diagnoosi kuulates peab patsient vastama veel ka onkoloogi spontaansele ja murelikule, kuid patsiendi jaoks etteheitena kostvale küsimusele „Kus te siis nii kaua olite?”.

### VÄHK, SELLE RAVI JA VÄLJAKUTSED ARGIELUS

Haigus üldnimetusega vähk võib endaga tuua nii akuutseid eluohtlikke kui ka kroonilisi seisundeid. Ka vähi ravi esitab patsiendi füüsilisele hulgaliselt väljakutseid, alates kirurgilisest ravist hormoon-, kiiritus- ja keemiaravini. Vähiravi võib kesta kuid või isegi aastaid, mille kestel teeb patsient läbi erinevaid raviseid ja nende kombinatsioone. Ka siis, kui ravi on lõppenud ja vähk ravitud, on edasise elu kaaslaseks väga sageli vähi jääknähud ja ravitüsistused, mis võivad oluliselt halvendada inimese füüsilist toimetulekuvõimet. Samuti kuuluvad igapäevaelu jätkuvad tervisekontrollid ning paljud läbitud haigusest ja ravist tingitud kohandumised kõige elementaarsemates tegevustes.

Kogumikus „Cancer care for the whole patient” toovad Adler ja Page ära USA uuringute andmed, mille järgi 11%



Joonis 1. Psühhosotsiaalsete (ps) teenuste osutamise mudel (3).

vähiravi läbiteinud täiskasvanutest (sh peaaegu pool 65aastastest ja vanematest) väidab, et neil tuleb igapäevaelus toimetulekul arvestada ühe või enama piiranguga sellistes inimese jaoks enesestmõistetavates toimingutes nagu duši all või vannis käimine, söömine või tualeti kasutamine; 58%-l vähiravi läbiteinud täiskasvanutest on raskusi juba kuni 2 tundi kestva istumise või seismise korral ning kuni 500 meetri kõndimisel. Peaaegu 20% neist, kelle ravist on möödunud 5 aastat, väidavad endal olevat raskusi näiteks poest toidukoti kandmisel, treppidest käimisel ja kõndimisel (3). Meil puudub sellekohane ametlik statistika ja teadaolevalt ka vastavad uuringud, kuid praktikale toetudes võib väita, et probleemid on samad ning tõenäoliselt on ka nende esinemissagedus ligilähedane. Lisaks on oluline osa vähi ja vähiravi läbiteinud inimestest sunnitud loobuma tööst selle senises tähenduses: nad kas vahetavad ametit, suudavad töötada vaid osalise koormusega või on sunnitud tööelust täiesti kõrvale jääma. Tõenäolised on majandusliku toimetuleku raskused. Arvukad uuringud näitavad, et töö- ja sotsiaalsete, sh ka pererollide täitmist takistavad lisaks füüsilistele vaevustele vaimse tervise probleemid nagu depressioon, posttraumaatiline stress ja ärevushäired, mis on vähipatsientide ja endiste vähipatsientide sage probleem. Tervist mõjutavad negatiivselt ka kommunikatsiooniprobleemid arstidega, vähene teadlikkus oma haigusest ja selle sümptomitest ning sümptomite kontrolli võimalustest, raskused transpordiga, et käia arsti vastuvõtul jpm (*ibid.*). Kõigi füüsiliste ja psüühiliste probleemide taustal püsib kõigele lisaks teadvustatud võimalus, et vähk kas tuleb tagasi või muutub aktiivseks. Vähk ei anna garantiisid, vähi ravi läbiteinud inimeste hirmudesse tuleb suhtuda tõsiselt ja nende kaebustesse tähelepanuga. Joonisel 1 on toodud psühhosotsiaalsete teenuste osutamise mudel.

### KUI ÜKS UKS SULGUB ...

Tavaliselt algab vähidiagnoosini jõudnud inimese jaoks ravi ning elu jätkub, kuigi muutunud viisil. Paljudel juhtudel aga tähendab – kas kiiresti või pärast eksirännakuid – diagnoosist teadaaamine ühtlasi ka seda, et haigus on arenenud staadiumini, kus inimene n-ö ei kvalifitseeru aktiivravi patsiendiks või jääb ta aktiivravi huvivälja lühikeseks ajaks. Nii saadakse uue kogemuse – hülgamise – osaliseks.

Kui vähi põdev inimene saab teada tervendava ravi võimaluste ammendumisest või koos diagnoosiga ka ravivõimaluste puudumisest, on see igal juhul valus kogemus. Selles kogemuses on paratamatust, sest meditsiin ei ole kahjuks kõikvõimas, kuid see paratamatus ei peaks endaga kaasa tooma hülgamist. On oluline, et uudist edastav arst või arstide konsiilium suudaks pärast väljaöeldut „enam ei ole kahjuks midagi teha” või „teie haigusele ei ole ravi” jätkata sellega, mida on võimalik teha, juhatades inimesele ja tema lähedastele kätte tee, mida mööda edasi minna. Ei tohi unustada, et inimese elu jätkub ka pärast aktiivravi lõppu, vahel lühikest, kuid paljudel juhtudel ka pikka aega. Inimene peab teadma, kuid veelgi enam tundma, et tema raviarst ega asutus ei hülga ega jäta teda üksi. Paljud patsiendid on kuid või aastaid olnud aktiivravi patsiendid. Nende jaoks on väga frustreriv teadmine, et samal ajal nende poolt surmaotsusena kogetava teate saamisega kaob neil ka n-ö õigus loota tuttavaks saanud ja turvalisena kogetava keskkonna abile. Patsient peab saama teate aktiivravi lõppemisest viisil, mis avaks ukse järgmisse ravietappi: aktiivravi üks küll sulgub, kuid endiselt on avatud palliatiivse ravi ja toetuse ressursid. Oluline on ka see, et raviasutus neid ressursse kas ise või koostöö korras tõepoolest pakkuda suudaks.

### ARST KUI PATSIENDI LOOTUSE KEHASTUS

Tähelepanu vajavad ka arsti vajadused ning suutlikkus vastata tema töös ettetulevatele

erialastele väljakutsetele ning lisaks oma paljude patsientide ootustele saada nende sõbraks, usaldusaluseks ja psühholoogiliseks toetajaks. Arsti selline positsioon on äärmiselt üksildane, ja kui tal ei ole teda abistavat meeskonda tööl ega toetavat keskkonda kodus, on hooliva ja pühendunud arsti läbipõlemine pahatihti vaid aja küsimus.

Vähi peamine karakteristik on määramatus (1, 2). Ütlus, et „määramatus on hullem kui lein või kaotus” on vähki haigestunud inimese jaoks vägagi tõene. Üldiselt on risk surra peaaegu niisama suur kui võimalus ellu jääda. Psühholoogiliselt on see teadmine nii patsiendile kui ka tema lähedastele tohutult kurnav. Arst peab vaatamata oma teadmistele ja kogemustele, tulema toime sama määramatusega. Määramatus on tema kõrval siis, kui ta teatab patsiendile diagnoosi, ja ka siis, kui ta teeb kõik temast oleneva võimalikult hea raviefekti saavutamiseks. Lisaks omaenda määramatuse tundele peab ta tulema toime ärevusega, mille määramatus tekitab patsiendis (2).

Arstist saab patsiendi jaoks diagnoosi hetkest või sageli juba uuringute algusest alates väga lähedane isik. Just arst on see, kellega patsiendil tuleb nüüdsest jagada ka oma kõige intiimsemaid tundeid ja mõtteid, arst hakkab otsustama inimese keha saatuse üle seda opereerides, kiiritus- või keemiaravi taluma pannes ja reaktsioone hinnates. Patsiendid panevad oma arstile väga suuri lootusi ja tahavad teda tingimusteta usaldada. Suutmata mõista keeruliste meditsiiniliste terminite ning protseduuride tähendusi ja tulenevalt erinevatest haiguse kontseptsioonidest, usuvad nad, et „arst teab paremini”, ning püüdes olla „head patsiendid”, hoiduvad paljud neist esitamast „liiga palju” küsimusi, püüdes nii vältida riski muutuda „tüütuks patsiendiks”. Arst on rasket haigust põdeva patsiendi lootuse kehastus (4).

Patsiendi tingimusteta usaldus paneb arsti õlule väga raske vastutusekoorma,

mille kandmine võib olla ka üle jõu käiv. Juba arsti-patsiendi suhte algusest tuleb mõista, et sellisel juhul võib patsient anda arstile üle ka vastutuse ebaõnnestumise eest, kui haigus osutub ravimatuks.

### **PATSIENDI KOOSTÖÖVÕIME EI OLE ENESESTMÕISTETAV EGA EIRATAV**

Oluline tegur vähiga seotud psühhosotsiaalsete probleemide tekkimisel on tajutav kontrolli kaotamine oma elu üle. Kontrollikese inimese elus on situatsioonist sõltuv konstruktsioon (tajutult sisemine või välimine), millest eeldatakse, et see muutub olukorra muutudes (5). Kui vähki haigestub inimene, kes on elu kestel omanud kontrolli oma elu üle, siis on tema jaoks esmatähtis säilitada kontroll ka selles olukorras. Ta soovib ennast näha partnerina tema elu puudutavate otsuste tegemisel, kuid kui arstil puudub partnerluseks valmisolek, olgu selle põhjuseks siis meditsiinikeskne suhtumisviis, isiksustevaheline ebakõla või depersonaliseerimiseni viinud läbipõlemine, on arsti ja patsiendi suhe keeruline.

Vähem probleemne ei ole olukord, kus arst eeldab patsiendilt koostööd, kuid patsient ei ole partnerluseks suuteline. Inimesed satuvad patsiendi staatusesse igaüks oma elukogemusega. Need, kes elu kestel ei ole kogenud kontrolli oma elu üle, on liiga heitunud, et suuta vastata arsti ootustele vastutustundliku partneri rolli vastuvõtmiseks. Nad vajavad koostöö saavutamiseks süvendatud psühhosotsiaalset nõustamist ning jõustavat sotsiaaltööd, mis aitaks kaasata lisaressursse, olgu siis tugiisiku, materiaalsete vahendite täiendamise või sotsiaalkindlustuse võimaluste kasutusele võtmise näol. Nii mõnelgi juhul võib inimese elus olla sedavõrd palju muresid, et vähidiagnoos toob neile vaid ühe lisaks. Selleks, et ravida inimese haigust, peab samal ajal osutama abi ka tema elu kitsaskohtade lahendamiseks. Seda ei pea tegema raviaustus, kuid arst peab olema olukorrast teadlik ja kaasama raviprotsessi need spetsialistid, kelle töövaldkonda patsiendi vasta-

vate probleemidega tegelemine kuulub (6). Ka kõige tugevama sisemise kontrollikesk-mega inimesed seisavad vähki haigestudes sageli silmitsi tõsiasjaga, et nad ei suuda haiguse kulgu ja sümptomite ilmnemist kontrollida, ning kui ka arst ei osutunud haiguse ravimisel nii mõjuvõimsaks, kui patsient oli lootnud, liigub inimese tajutav kontrollikese väljapoole inimese võimupiire, tekitades ägedaid psühhosotsiaalseid reaktsioone nagu ärevus, unetus, üleväsimus, probleemid sotsiaalsetes suhetes, seksuaalsuses (5).

### KES SA OLED, PATSIENT?

Probleemiks on ka patsiendi staatusesse sattumine ja kogu elu kestnud staatuse kaotamine. Dr Servan-Schreiber pühendab sellele kogemusele oma raamatus kogu peatüki, kirjeldades, kuidas ta oma diagnoosi kolleegidele teatavaks tegemise hetkest alates püüdis meeletult säilitada oma staatust arstina oma uue, patsiendi staatuse kõrval kuni tundeni, et teda on kolleegide ringis „elavate inimeste klubist“ välja arvatud: „Ma astusin halli maailma, kus inimestel ei ole tiitleid, seisust, ametit. Kedagi ei huvita, mis tööd nad teevad ja kui targad nad on, sageli vaadatakse ainult, mida näitab nende viimane tomograafiapilt. Avastasin, et enamik arste ei osanud mind kohelda nagu oma patsienti ja samas ka kolleegi” (1). Eeltoodu kinnitab ka praktikas vähipatsientidelt kuuldu. Tundes huvi patsiendi elukogemuse ja staatuse vastu, võib märgata lausa silmanähtavat inimese selja sirgumist ja üllatust, vahel ka umbusk: inimesed ei ole harjunud, et vähiravi käigus keegi nende elukogemuse vastu huvi tunneb. Ometi selgub selliste jutuaajamiste käigus tihti asjaolusid, mis peaksid olema teada raviarstile, et nendega arvestada ravi planeerimisel.

Nagu vähki haigestunud arstil on ka kõigil teistel patsiendi staatusesse sattunud inimestel oma elukogemus, sellest saadud tarkus ja staatus ühiskonnas. Tervise seisukohalt on eriti oluline selle vastu huvi

tunda, sest sellest võib sõltuda patsiendi ravi tulemus, mis tähendab, et raviarst peab olema ravi planeerimisel ja ravi suhtes ootuste seadmisel teadlik patsiendi tegelikust võimest raviga kaasnevate väljakutsetega toime tulla ning mitte üksnes meditsiiniliste uuringute ja analüüside näitudest nähtavaist, vaid ka raviarsti ootustele vastamiseks vajalikest psühhosotsiaalsetest ja majanduslikest ressurssidest. Psühhosotsiaalsete vajaduste tunnustamine eeldab patsiendi nägemist isiksusena, kelle elu on tähendusrikas ning mõjutab haiguse ja selle ravi kulgu samavõrd, kui haigus ja ravi mõjutavad tema elu.

### PSÜHHOSOTSIAALSED VAJADUSED VÄHIRAVIS

Onkoloogiliste haigete psühhosotsiaalsed vajadused on paljukäsitletud teema nii ajakirjanduses kui ka teadusuuringutes. Sageli nenditakse, et vähahaigete psühhosotsiaalsed vajadused jäävad tänapäeva vähiravis vajaliku tähelepanuta. Uuringute andmetel kogevad vähahaiged, et raviasutustes ei saada nende psühhosotsiaalsetest vajadustest aru ning et vähiga kaasnevate psühhosotsiaalsete probleemidega tegelemine ei kuulu vähiravi koosseisu. Selleta ei ole vähiravi täielik (3).

Nii ei tarvitse ravipersonal olla isegi teadlik patsientide psühhosotsiaalsetele probleemidele leevendust pakkuvatest ressurssidest tervishoius. Ei suudeta ära tunda ja adekvaatselt tegeleda oma patsientide ja nende lähedaste vähi ja vähiravist põhjustatud depressiooni ja teiste stressi tagajärgedega. Uuringud näitavad, et arstid kalduvad alahindama oma patsientide psühhosotsiaalse distressiga tegelemise vajadust, kuid teisalt tunnistavad ka arstid ise oma läbikukkumisi patsientide psühhosotsiaalsete probleemidega tegelemisel. Arstid näevad takistavate mõjutajatena tervishoiuteenuste korraldust, tervishoiutöötajate koolituse ja praktika iseärasusi, üle jõu käivat töökoormust või vajalike erialaspetsialistide puudumist tervishoiusüsteemis.

Oluline tähendus on aga tervishoiuteenuste rahastamise põhimõtetel ja poliitilisel keskkonnal, milles tervishoiuasutused töötavad. Psühhosotsiaalsete tervishoiuteenuste taseme parandamiseks on tervishoiusüsteemi kavandamisel vaja näha laiemat ja kaugemale vaatavat perspektiivi (*ibid.*).

### KOKKUVÕTE

Eespool leidsid käsitlemist vaid mõned olulisemad psühhosotsiaalsed aspektid, millega vähiravis võib kokku puutuda. Tegelikuses on psühhosotsiaalsete vajaduste spekter hoopis mitmekesisem. Meie vähiravi praktikas on märgata püüdu tunnustada inimese kui terviku vajadusi. Seda näitab lisaks arstidele ja õdedele erinevate psühhosotsiaalsete tööd tegevate professionaalide kaasamine raviprotsessi. Küll aga ei ole ressursid piisavalt süsteemseks käsitluseks ja väljakujunenud meeskonnatöö põhineb kollegiaalsel mõttekaaslusel ega ole ametlikult tunnustatud ja reguleeritud töövorm. Nii on meie vähipatsientide psühhosotsiaal-

sete vajadustega tegelemine pigem kaootiline sebumine kui sihipärane ja mõtestatud tegevus. See, kas patsiendi probleemid leiavad tähelepanu ja abi lahenduste leidmisel, sõltub praegu pigem raviarsti suhtlikkusest näha patsiendi elu kui tervikut ja mõista, et patsiendi probleemid võivad väljuda meditsiini pädevusest ja ometi mõjutada meditsiiniliste sekkumiste tulemust. Kogemus näitab, et majanduslikult keerulistel aegadel kaldutakse tervishoiukulutusi kokku hoidma kahjuks just valdkondades, mis aitavad kaasa patsientide psühhosotsiaalse toimetuleku edendamisele. Selline kokkuvõtte, eriti sotsiaalsete probleemide kuhjumise taustal ühiskonnas, ei ole pikas perspektiivis inimlik ega efektiivne. Süsteemselt patsientide psühhosotsiaalseid vajadusi arvestava vähiravi korraldamine ei ole tegelikult kallim kui vähiravi ilma selle süsteemita. Sellest võib lihtsalt olla rohkem abi.

*Katrin.raamat@regionaalhaigla.ee*

### KIRJANDUS

1. Servan-Schreiber D. Vähi vastu. Uus eluviis. Tallinn: Varrak; 2009.
2. Feigenberg L. Psychosocial aspects of cancer and cancer care. Stockholm: Swedish Cancer Society; 1985.
3. Adler NE, Page AEK, eds. Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs (Free executive summary). Committee on Psychosocial Services to Cancer; 2008. <http://www.nap.edu/catalog/11993.html> (25.08.09.)
4. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ* 2000;320:909–13.
5. Delbar V, Benor DE. Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *J Psychosoc Oncol* 2001;19(2):57–75.
6. Rose S, Hatzembuehler S. Embodying social class. The link between poverty, income inequality and health. *Int Soc Work* 2009;52(4):459–71.

### SUMMARY

#### The meaning of life experience in cancer treatment

People, involved in malignant tumours whether as a result of becoming a patient, or professionally, working with cancer patients, live emotionally highly loaded lives. The meaning and features of cancer and cancer treatments make cancer patients psychologically and socially vulnerable, probably more so than people suffering from any other disease. The nature of this vulnerability influences the lives

of the patients, their significant others, medical personnel and the whole process of cancer treatment. Cancer is an extremely complex phenomenon. To describe this phenomenon, Loma Feigenberg, a psychologist who worked with Swedish cancer patients, uses the word "world". Only some of the psychosocial aspects that need attention in cancer care are discussed in this paper.