

PSIHOLOŠKA POMOĆ PACIJENTIMA U TERMINALNOJ FAZI BOLETI

Jurman, Rafaela

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:399549>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Rafaela Jurman

PSIHOLOŠKA POMOĆ PACIJENTIMA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Rafaela Jurman

PSIHOLOŠKA POMOĆ PACIJENTIMA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Izv.prof.dr.sc. Ika Rončević-Gržeta, izvanredni profesor

Diplomski rad je ocjenjen dana na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, pred
povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.dr.sc. Mirjana Graovac
2. Doc.dr.sc. Jasna Grković
3. Doc.dr.sc. Ivana Ljubičić Bistrović

Rad sadrži 24 stranice i 21 literaturni navod.

Zahvala i posveta

Najveće hvala mojim roditeljima koji su mi prije svega omogućili da upišem fakultet koji sam željela, a uz to su mi bili najiskreniji izvor podrške i najstabilniji mogući oslonac tijekom cijelog života. Od srca hvala i svim ostalim članovima obitelji koji su me bodrili kroz sve godine moga obrazovanja. Želim zahvaliti i partneru na obilju razumijevanja i vjere u mene te svim prijateljima na motivaciji za daljnje napredovanje.

Zahvaljujem se svojoj mentorici izv.prof.dr.sc. Iki Rončević-Gržeta, dr.med. na pristupačnosti, uloženom trudu i vremenu te stručnoj pomoći u pisanju ovog diplomskog rada.

Ovaj rad posvećujem pokojnom stricu kao zahvalu za sve što je ikada učinio za mene.

Sadržaj rada

1. Uvod	1
2. Svrha rada	2
3. Što je zdravlje?	3
4. Bolest – poimanje, reakcija i suočavanje	4
5. Akutna bolest	6
6. Kronična bolest i invalidnost	6
7. Terminalna faza bolesti – što je i što nosi sa sobom?	7
8. Proces umiranja	9
9. Psihološki izazovi u terminalnoj fazi bolesti	10
10. Kako pomoći terminalno oboljelom pacijentu?	12
11. Kako pomoći članovima obitelji terminalno oboljelog pacijenta?	15
12. Rasprava	17
13. Zaključci	18
14. Sažetak	19
15. Summary	20
16. Literatura	21
17. Životopis	24

1. Uvod

Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, nego potpuno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje. Iz toga proizlazi da nenarušeno fizičko zdravlje ne predstavlja zdravlje u cjelosti, jer se zdravlje sastoji od više komponenti. Jedna često zaboravljena ili zanemarena komponenta zdravlja jest mentalno zdravlje (1-3).

Terminalno oboljeli pacijenti nalaze se u stadiju bolesti kada izlječenje kao takvo više nije moguće. Kvaliteta života takvog pacijenta izrazito je narušena brojnim simptomima koji se javljaju kao komplikacije primarne bolesti. Dužnost medicinskog osoblja je da pokušaju smanjiti broj i intenzitet simptoma koji se javljaju. Kako se radi o izrazito teško bolesnim pacijentima s razvijenim kompleksnim kliničkim slikama, nerijetko se dešava da se o kvaliteti mentalnog zdravlja ne vodi adekvatna briga. Ponekad dođe i do toga da se određeni mentalni problemi ne shvaćaju dovoljno ozbiljno, jer se smatraju normalnim dijelom reakcije na proces umiranja, a zapravo su uzrokuju dodatne patnje terminalno oboljelom pacijentu. Također, često sam pacijent pa čak i njegovi najbliži izbjegavaju spominjanje takvih simptoma zbog sveopće poznate stigmatizacije svega psihološkog i psihijatrijskog. No, samom jednom pomisli na to s čime se zapravo terminalno bolestan pacijent nosi i čemu ide u susret postaje jasno koliko teška, duboka i velika psihopatologija može proizaći iz toga (1-3).

Iz svega navedenog da se zaključiti da je briga o mentalnom zdravlju iznimno važna, a pogotovo u ovako osjetljivim skupinama pacijenata kao što su terminalno oboljeli. Kod takvih pacijenata cilj je poboljšati kvalitetu života, a razinu patnje svesti na minimum. Do toga se dolazi isključivo brigom o svim komponentama zdravlja, odnosno brigom o zdravlju u cjelosti.

2. Svrha rada

Napredovanjem znanosti i medicinskih mogućnosti u savladavanju dijagnostičkih i terapijskih izazova, postupno se produljuje očekivani životni vijek stanovništva, a shodno tome povećava se i broj pacijenata koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti. Pacijenti su u zadnjem stadiju bolesti izloženi izazovu savladavanja brojnih prepreka koje pred njih donosi izrazito teško fizičko stanje narušeno zbog primarnog oboljenja te više ili manje narušeno mentalno zdravlje, zbog činjenice da se moraju nositi sa spoznajom prolaznosti i umiranja. Nerijetko se dešava da zbog okupiranosti kompleksnim fizičkim stanjem pacijenta liječnici zanemare mentalno zdravlje te previde određene probleme, koji onda dodatno pogoršavaju fizičko stanje pacijenta. Da bi se prekinuo taj začarani krug te da bi se umirućim pacijentima pružila što bolja skrb potrebno je podići svijest o činjenici da problemi s mentalnim zdravljem nisu rijetkost u ovoj fazi bolesti (1-3).

Slijedom toga svrha ovog rada je ukazati na to da je briga za mentalno zdravlje terminalno bolesnih pacijenata od velike važnosti. Ukazati i na to koji su najčešći mentalni problemi u toj fazi života, zašto se javljaju te koje su terapijske intervencije dostupne. Sve to kako bi se umirućem pacijentu pružila optimalna skrb te omogućio dostojanstven odlazak s ovog svijeta.

3. Što je zdravlje?

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti. Ova definicija je stupila na snagu 1948. godine i od tada se nije promijenila. Na zdravlje treba gledati kao na resurs za svakodnevni život, koji nam omogućava adekvatno suočavanje sa stresnim situacijama te kvalitetniji i dulji život. Iz toga proizlazi da zdravlje nije, niti bi trebalo biti, cilj življenja (4,5). Često se pojam zdravlja poistovjećuje s pojmom fizičkog zdravlja, koji zapravo označava isključivo zdravlje tijela, odnosno fiziološko funkcioniranje organizma pojedinca. Fizičko zdravlje nije isključivo posljedica odsustva bolesti, već redovite fizičke aktivnosti, uravnotežene prehrane i adekvatnog odmora. No, ne treba zaboraviti na mentalno zdravlje koje Svjetska zdravstvena organizacija definira kao stanje u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, produktivno raditi te pridonositi zajednici. Također, mentalno zdravlje nije isključivo odsustvo depresije, anksioznosti ili nekog drugog poremećaja, već mogućnost pojedinca da uživa u životu, podnese i prilagodi se raznim nedaćama u životu, uravnoteži sve elemente života, osjeća se sigurno te ostvari svoj pun potencijal. Dokazano je da postoji jaka veza između fizičkog i mentalnog zdravlja (4,5).

4. Bolest – poimanje, reakcija i suočavanje

Ne postoji oštra granica između zdravlja i bolesti. Bolesnik je pojedinac koji traži pomoć jer su poteškoće došle do granice kada se više s njima ne može nositi sam. Kada će osoba zatražiti pomoć najviše ovisi o individualnoj integraciji somatskih, psihičkih i socijalnih faktora (1).

Postoji više pristupa poimanju bolesti. Medicinski model poimanja bolesti je usmjeren na poremećaje u funkcioniranju organizma. Ovim modelom koriste se liječnici u svrhu jednostavnije komunikacije te standardizacije dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Manjkavost ovog modela je ta što ne postoji mogućnost individualnog pristupa pacijentu. Model individualnog značenja bolesti razmatra doživljaj smetnji i značenje pojedinih tegoba za bolesnika. Stavlja se naglasak na osobno iskustvo bolesnika te njegovo psihološko ponašanje, što nam pomaže u razumijevanju bolesnikova odnosa prema bolesti. Model psihološke medicine integrira prva dva modela poimanja bolesti (1).

Bolesnik ima subjektivan doživljaj bolesti i svega onoga što ona nosi. Tako pojedinac bolest može doživjeti kao izazov ili opasnost na koju će reagirati borbom, bijegom ili odustajanjem. Bolest je moguće doživjeti i kao gubitak, konkretan ili simboličan. Konkretan gubitak označava gubitak dijelova tijela ili gubitak određenih tjelesnih funkcija. Simbolički gubitak može označavati gubitak sigurnosti, zadovoljstva, samopoštovanja ili nečega sličnog. Kao emocionalni odgovor na gubitak javlja se žalovanje, a ono može dovesti do povlačenja bolesnika, osjećaja bespomoći i beznađa, nesuradljivosti pa čak i do razvoja suicidalnih misli. Pojedini bolesnici poimaju bolest kao dobit ili olakšanje. U bolesti vide dobrodošao odmor od svih obaveza i zadataka s kojima su se morali nositi u dotadašnjem životu. Nesuradnja je česta kod ovakvih pacijenata. Pojedinci pak svoju bolest doživljavaju kao opravdanu ili neopravdanu kaznu. Ako je bolest doživljena kao opravdana kazna to može dovesti do pasivnog prihvatanja bolesti bez želje za aktivnim sudjelovanjem u terapijskim postupcima. No, ako je bolest doživljena kao neopravdana kazna može, doći do razvoja osjećaja ljutnje i ogorčenosti (1).

Najčešće emocionalne reakcije bolesnika na bolest su sljedeće: strah, anksioznost, depresivnost, negacija, projekcija i premještanje. Strah se javlja kao reakcija organizma na opasnost koju nosi bolest. Ovisno o situaciji, strah može djelovati pozitivno ili negativno na bolesnikovo ponašanje. Pojavom anksioznosti dolazi do pretjeranog opreza prema bolnim senzacijama te pojave tjeskobe u odnosu prema posljedicama bolesti. Kod ovakvih pacijenata često dolazi do značajnog porasta broja simptoma te neadekvatne reakcije na terapiju. Zato je anksioznost važno prepoznati i pravovremeno liječiti. Ako bolesnik na bolest reagira depresijom tada dolazi do razvoja slabosti, malaksalosti, poremećaja spavanja, plača, pesimizma pa čak i suicidalnih misli. Depresija ima vrlo negativan utjecaj na liječenje, rehabilitaciju i oporavak. Ako se kod bolesnika javi negacija, to dovodi do izbjegavanja posljedica bolesti te postupaka koji odaju dojam da bolest nije opasna ili će proći sama od sebe. To pak stvara velike prepreke u započinjanju i provođenju terapijskih postupaka. Kada bolesnik projicira, on zapravo uzroke za svoju bolest pripisuje drugim osobama ili događajima, a kada premješta bolesnik potiskuje neugodan osjećaj u odnosu na objekt ili situaciju koja ga je izazvala te taj osjećaj izbija prema drugom objektu odnosno drugoj situaciji (1,2).

Suočavanje predstavlja način na koji se ljudi pokušavaju prilagoditi stresnim životnim uvjetima. Nemoguće je promjeniti činjenično stanje o postojanju određene bolesti, ali je moguće raditi na tome da se ta situacija što bolje prihvati i da se živi što kvalitetnije. Postoje tri načina suočavanja. Prvi način suočavanja je aktivni način koji je usmjeren na rješavanje problema. Drugi način suočavanja je emocijama usmjereno suočavanje, izražavanjem emocija postiže se bolje psihičko stanje. Treći način suočavanja je izbjegavanje - problem se zaboravlja, odgađa ili ignorira (2).

5. Akutna bolest

Akutna bolest je u većini slučajeva povezana s izrazito povećanom razinom stresa. Psihički stabilne osobe se najčešće mogu i znaju nositi s tim stresom. Veliki značaj ima vrsta traume koja posljedično oblikuje psihološki odgovor pacijenta. Kada dođe do akutnog oboljenja jedna od prvih reakcija je anksioznost, a javlja se jer je osobi život ugrožen. Može se javiti i ljutnja, najčešće zbog osjećaja gubitka kontrole nad tijelom i zbog toga što pacijent postaje ovisan o drugima. Ponekad se razvija osjećaj žalosti i depresija. Aktiviraju se i obrambeni mehanizmi, a u slučaju akutne bolesti najčešće se radi o: regresiji, poricanju i povlačenju (1).

6. Kronična bolest i invalidnost

Kronična bolest i invalidnost su stanja koja su u potpunosti različita od akutne bolesti. Naime, kod akutne bolesti situacija je poprilično jasna. U kratkom periodu pacijent će ozdraviti ili preminuti. Kada imamo kronično oboljelog ili invalidiziranog pacijenta situacija nije tako jednostavna. Pacijent mora prihvatiti činjenicu da će život nastaviti na drugačiji način. Reakcija svakog pacijenta na kroničnu bolest ili invalidnost bit će drugačija i jedinstvena jer ovisi o brojnim faktorima, a najviše o strukturi ličnosti, odnosno kapacitetu za adaptaciju. Do kojih psiholoških reakcija i promjena će doći ovisi najviše o tome koliko i u čemu bolest/invalidnost ograničava pacijenta te koliko je to u sukobu s njegovim željama i ambicijama. Velik utjecaj na psihičko stanje pacijenta ima i reakcija okoline na njegovu bolest/invalidnost. Ako bolest/invalidnost promjeni vanjski izgled oboljelog to može dovesti do razvoja dodatnih i dubljih psiholoških problema. Takvi pacijenti su trajno ovisni o medicinskom osoblju i bolnicama, brojnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima što dovodi do specifičnih psiholoških promjena. Proces prilagodbe na život s bolesti je dugotrajan i težak te je najčešće moguć jedino uz pomoć aktivacije mehanizama obrane (poricanje, pomicanje, izolacija afekta, intelektualizacija, regresija, projekcija, pretjerana religioznost) (1).

7. Terminalna faza bolesti – što je i što nosi sa sobom?

Terminalna faza bolesti je medicinski izraz koji se upotrebljava za opisivanje stadija bolesti koji se ne može izliječiti niti se bolesnik u tom stadiju bolesti može podvrgnuti daljnjoj aktivnoj terapiji koja bi imala dobrobiti za pacijenta. Pacijenti koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti u najvećem broju slučajeva preminuće unutar šest mjeseci. Važno je za naglasiti da je u terminalnoj fazi bolesti prisutna i fizička i mentalna patnja (3,6).

Brojni simptomi koji se javljaju u ovoj fazi bolesti smanjuju kvalitetu života bolesnika koja je i tako već narušena. Neki od najčešćih simptoma koji se javljaju su: bol; respiratorni simptomi poput dispneje, hemoptize i kašlja; gastrointestinalni problemi kao što su disfagija, dispepsija, štućanje, mučnina, povraćanje, proljev, opstipacija, žutica, ascites te encefalopatija. Javljaju se i problemi od strane mokraćnog sustava u vidu opstrukcija, krvarenja i fistula. Kod bolesnika u ovoj fazi bolesti mogu se razviti i hematološke komplikacije, kao što su anemija, febrilna neutropenija te venska tromboembolija. Česti su i metabolički simptomi, odnosno anoreksija i kaheksija te sindrom neuobičajenog umora (fatigue). Također, u ovoj fazi bolesti čest je razvoj limfedema, osipa praćenog svrbežom te preznojavanja. Većina umirućih bolesnika je zbog ostalih komplikacija izrazito sklona razvoju dekubitusa i ostalih rana koje teško cijele (3,7).

Kao i kod svih drugih bolesnika ni kod ove skupine ne smije se zanemariti mentalno zdravlje. Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti suočavaju se s jednim od najvećih strahova, a to je strah od smrti. Strah od smrti može biti toliko intenzivan da izazove teška anksiozna stanja. Koji oblik ponašanja će strah od smrti pokrenuti kod bolesnika uvelike ovisi o individualnom stavu prema smrti. Tako primjerice postoje osobe koje imaju ignorantski odnos prema smrti. One ne pokazuju strah od smrti te im je ona beznačajna. Pojedincima je odnos prema smrti prožet strahom te su oni konstantno zaokupljeni temama vezanima uz smrt. Takve osobe mogu razviti dva potpuno različita tipa ponašanja. Jedni će smrt odbacivati i nikako se neće moći pomiriti s činjenicom da moraju umrijeti, dok će drugi tražiti smrt, do te mjere da će pokušati počinuti

suicid. Određena skupina ljudi se prema smrti odnosi kao prema dijelu života. Smrt kao takva dolazi na kraju, a do tada treba proživjeti smislen život. Često se postavlja pitanje zbog čega se zapravo ljudi boje smrti. Odgovor leži u činjenici da se strah od smrti može izražavati u različitim oblicima, što ovisi od osobe do osobe. Tako se pojedinac može bojati fizičke patnje, poniženja, prekida postignuća ciljeva, agonije, posljedica koje njegova smrt ostavlja na obitelj ili onoga što dolazi nakon smrti. Prema psihijatrici Elisabeth Kübler-Ross osoba suočena sa smrću prolazi kroz pet različitih faza duševnog stanja. Prva od tih faza je faza nepriznavanja i osamljivanja. U ovoj fazi bolesnik odbacuje činjenicu o mogućoj bliskoj smrti te negira ozbiljnost svoje situacije. Ova faza je najčešće prolazna te je zamjeni djelomično ili potpuno bolesnikovo prihvaćanje realnih činjenica. Nakon prve faze javlja se faza gnjeva i bijesa. Do razvoja tih emocija dolazi jer su bolesniku poremećeni životni planovi. Može se čak javiti zavist i mržnja prema osobama koje su zdrave te i dalje vode normalan život. U ovoj fazi komunikacija i suradnja s bolesnikom je izrazito otežana i neugodna. Kada prođe prva faza u kojoj je bolesnik odbacio činjenicu da mu se bliži kraj te kada prođe i druga faza u kojoj je ljut na sve oko sebe, dolazi treća faza u kojoj će bolesnik na sve načine pokušati odgoditi kraj života koji je neizbježan. Stoga se treća faza naziva fazom cjenkanja. Nakon faze cjenkanja dolazi faza depresije u kojoj bolesnik zbog težine svojih simptoma više ne može poricati postojanje svoje bolesti te postaje itekako svjestan ozbiljnosti situacije. Zadnja faza je faza prihvaćanja kada bolesnik svjesno prihvaća svoju sudbinu bez gnjeva i utučenosti (1).

Osim izrazitog straha od smrti kod pacijenata koji su u terminalnoj fazi bolesti može se javiti i želja za smrću. Postotak pacijenata kod kojih se ova želja javlja nije zanemariv te je to jedna vrsta alarma koji treba potaknuti nadležne liječnike da posumnjaju na prisustvo dodatnih problema s mentalnim zdravljem. Često želju za smrću prati depresija ili anksioznost, no to ne mora uvijek biti tako. Sama želja za smrću može biti prolaznog karaktera ili trajna, a za

pacijenta može predstavljati izlaznu strategiju koja će spriječiti očekivano iskustvo patnje ili može biti svojevrstan izraz očaja (8).

8. Proces umiranja

Umiranje i smrt sastavni su dio svakog života te ih kao takve treba prihvatiti. Prihvatimo li vlastitu smrtnost lakše ćemo se nositi s umiranjem svojih bližnjih. Prolazak kroz cijeli taj proces manje je mukotrpan ako osoba ne gubi nadu. Nada uvijek postoji te se i u najtežim situacijama može nešto učiniti. Odgovarajućom njegom privremeni oporavak je moguć i kod vrlo teško oboljelih. Život im se može produljiti te je onda izuzetno važno održavati realnu nadu i poticati oboljelog da ostvari moguće ciljeve (6).

Napredovanjem procesa umiranja javlja se sve veći gubitak energije i opća slabost te započinje posljednja, agonalna, faza umiranja. U posljednim danima života slabe sve funkcije tijela i duha stoga oboljeli većinu vremena provodi spavajući. Izgubi osjećaj za vrijeme, a zna se dogoditi i da ne prepoznaje članove obitelji. Polako gubi vezu sa stvarnošću. Ono što najviše uznemirava članove obitelji je činjenica da oboljeli odbija hranu i vodu. U tim trenucima je najvažnije poštivati volju umirućeg i ne hraniti ga na silu jer to dovodi do dodatnog pogoršanja neugodnih simptoma. Disanje oboljelog može biti ubrzano ili usporeno, a moguće su i jako duge pauze između dva inspirija. Ako se prilikom ekspirija čuju krikovi ne treba se zabrinjavati jer se to događa zbog brzog prolaska zraka kroz glasnice. Kako oboljeli u tom stadiju bolesti teško guta i ne može se adekvatno iskašljati ako se jave hropci poželjno ga je okrenuti na bok kako bi sekret lakše curio iz usta van. Nikako se ne smije zaboraviti kupirati bol te je u slučaju pojave bolnih grimasa lica nužna primjena analgetika. Ono što je najvažnije u ovom trenutku je da pacijent ne ostaje sam. Potrebno mu je pričati lijepe stvari i izražavati tople emocije kako bi osjetio prisustvo svojih najmilijih. U tome nam može pomoći i držanje oboljelog za ruku (7,8).

9. Psihološki izazovi u terminalnoj fazi bolesti

Iako svaki pojedinac na subjektivan način doživljava bolest i sve ono što mu ona donosi, neosporno je da susret s bolešću budi niz intenzivnih emocionalnih reakcija. Suočavanje s bolešću simbolički i realno ruši predodžbu o snazi, moći i nepovredivosti te zbog toga često uzrokuje psihološke probleme, koji dodatno produbljuju patnju pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Dodatan problem predstavlja činjenica da se psihološki problemi često zanemaruju pa ne budu prepoznati na vrijeme niti adekvatno liječeni. To ostavlja izuzetno negativan utjecaj na bolesnika u vidu dodatnog smanjenja kvalitete života, povećane želje za smrću, eutanazijom ili asitiranim samoubojstvom. Osim što ostavlja negativan utjecaj na bolesnika, ostavlja negativan utjecaj i na članove njegove obitelji (1,9).

Neki od najčešćih problema koji se javljaju u završnoj fazi bolesti su: anksioznost, depresija, delirij i poremećaji spavanja. Anksioznost je izuzetno čest problem u ovom stadiju bolesti, a javlja se jer bolesnik ne zna što da očekuje od daljnjih terapijskih postupaka te kojom brzinom će bolest napredovati. Pacijenti su anksiozni i zbog nekontrolirane boli koju osjećaju, spoznaje da umiru te pitanja što se to zaista događa nakon smrti. Anksioznost često ostane neprepoznata i zanemarena jer se smatra normalnom reakcijom na prihvaćanje kraja života, no tome ne bi trebalo biti tako jer anksioznost ima cijeli spektar negativnih utjecaja na oboljelog. Povezana je s nesanicom, izostankom povjerenja u liječnike i simptomatsku terapiju koja se provodi, negativno utječe na oporavak od eventualnih medicinskih postupaka i na vrijeme preživljenja. Zato je izrazito važno anksioznost pravovremeno prepoznati i adekvatno zbrinuti. Pojava depresije direktno je povezana s intenzitetom patnje, tako da što je bolest više uznapredovala, to je veća vjerojatnost da će doći do razvoja depresije. Simptomi koji nam ukazuju na mogućnost razvoja depresiju su: tuga, tjeskoba, razdražljivost, osjećaj bezvrijednosti i beznađa, bespomoć, krivnja, očaj i gubitak samopoštovanja. Fizički simptomi vezani uz depresiju često su usko isprepleteni sa simptomima primarnog oboljenja te je teško raščlaniti jedne od drugih. Kod

depresivnih pacijenata, osim pravovremeno postavljene dijagnoze i adekvatne terapijske intervencije, izuzetno je važno procijeniti rizik od mogućeg počinjenja samoubojstva. Poseban problem predstavljaju trajne samoubilačke misli koje zahtjevaju rješavanje problema u najkraćem mogućem roku. Čest i ozbiljan klinički problem kod terminalno oboljelih predstavlja delirij, odnosno akutni početak globalne promjene u spoznaji i svijesti. Neki od ranih simptoma koji će nam pomoći u postavljanju dijagnoze delirija su: anksioznost, nemir, nedavno oslabljeno pamćenje, skraćen raspon i lako odvratanje pažnje, neorijentiranost te promjene u obrascu spavanja. Nesuradljivost i agresivno ponašanje uz poremećaje opažanja te nesuvisao i spor ili brz i fragmentiran govor neki su kasnih simptoma delirija. Kao i kod prethodno spomenutih problema delirij je najvažnije prepoznati, ne zanemariti ga ili zamjeniti s nekom drugom dijagnozom. Poremećaji spavanja vrlo su čest problem u palijativnoj medicini te direktno ostavljaju izuzetno negativne posljedice na kvalitetu života pacijenta i njegovih bližnjih. Liječnik bi se trebao proaktivno raspitati o eventualnim poremećajima spavanja jer ih sam pacijent često neće navesti zbog mišljenja da je to neizbježna i neizlječiva posljedica procesa umiranja. Također, pacijenti često ne spominju probleme sa spavanjem u razgovoru sa liječnikom jer su opterećeni drugim simptomima i njihovim komplikacijama. Koliko god poremećaji spavanja predstavljali velik izazov za kliničara zbog pravovremenog prepoznavanja i adekvatnog liječenja, toliko predstavljaju i teret za pacijenta i njegovu obitelj. Poremećaji spavanja blisko su povezani sa svim prethodno navedenim problemima te mogu dodatno pogoršavati njihovu kliničku sliku i daljnji tijek, prouzročujući tako dodatne patnje već teško bolesnom pacijentu (10-14).

10. Kako pomoći terminalno oboljelom pacijentu?

Terminalno oboljelog pacijenta vrlo često obuzimaju izrazito neugodne senzacije, fizičkog i psihičkog karaktera, zbog teške situacije u kojoj se nalazi. Najveću ulogu u savladavanju tih negativnih senzacija ima obitelj oboljelog. No, ponekad briga i pomoć koju bližnji pružaju oboljelome neće biti dovoljna. To se dešava u slučaju kada je uspostavljanje komunikacije s oboljelim otežano. Razlozi otežane komunikacije su različiti, ali najčešće se radi o tome da se pacijent boji izgovoriti na glas sve svoje strahove i osjećaje vezane uz bolest. Također, može se javiti zadržka u izražavanju tih strahova i osjećaja jer pacijent može smatrati da na taj način štiti svoje najmilije. Pojedinci su pak toliko zaokupljeni svojom bolešću da je uspostavljanje komunikacije s njima gotovo nemoguće. Tada je pomoć stručne osobe od izrazito velike važnosti kako bi pacijent uspio pronaći način na koji će se nositi s vlastitim mislima i emocijama koje te misli bude (2).

Psihoterapija umirućeg pacijenta dijeli brojne, ali ne i sve značajke s ostalim vrstama psihoterapije. Zbog promijenjenog egzistencijalnog statusa umiruće osobe potrebno je u pojedinim segmentima psihoterapiju modificirati, kako bi zadovoljila baš sve potrebe umirućeg pacijenta. Obzirom na to da je terapija vremenski ograničena to ju intezivira i ubrzava, a ciljevi terapije često su prilagođeni stanju pacijenta pa je važno da terapeut prepozna granice mogućih promjena. Psihoterapija umirućoj osobi pruža odnos podrške u kojem oboljeli ima priliku raditi na razrješavanju ozbiljnih životnih problema. Terapeutu je primarni cilj uspostaviti otvorenu komunikaciju s pacijentom u vezi s njegovim fizičkim i psihičkim stanjem. Daljnjom komunikacijom terapeut pokušava pacijentu olakšati izražavanje preplavljujućih emocija te ga podučiti kako da vlada s njima na najbolji mogući način. Krajnji cilj je uspostaviti odnos u kojem pacijent doživljava podršku tijekom suočavanja s procesom umiranja. Psihoterapija u ovom slučaju može biti preventivna mjera u svrhu poboljšanja sposobnosti pojedinca da se nosi s ekstremnim stresom, tjeskobom i depresijom. Koristi se kako ne bi došlo do razvoja ozbiljnih

emocionalnih poteškoća. Psihoterapija, također, može biti usmjerena i na liječenje već razvijene emocionalne poteškoće, tada se koristi za liječenje trajnih znakova i simptoma mentalnih problema koji ozbiljno ometaju funkcioniranje osobe (15,16).

Razlikuje se nekoliko osnovnih pristupa u psihoterapiji. Jedan od njih je psihodinamski pristup, utemeljen na emocionalnim konfliktima i mehanizmima obrane. Kod većine pacijenata prijetnja smrću izaziva snažne obrambene mehanizme koji trenutno pružaju olakšanje. Vremenom ti mehanizmi obrane postaju nedostatni da bi se osoba učinkovito nosila s emocijama koje budi strah od smrti. Neki od najučestalijih obrambenih mehanizama, koji se javljaju na početku suočavanja s dijagnozom terminalnog oboljenja, su: negiranje, premještanje, projekcija i regresija. Odbijanje prihvatanja stvarnosti onemogućava oboljelima da pripreme sebe i svoje bližnje na ono što je neizbježno. Iz tog razloga glavni cilj psihodinamske terapije je pomoći oboljelome da prepozna s čime se zapravo bori, pomoći mu da to prihvati te da se s time nosi pomoću zrelih mehanizama obrane. Humanistički pristup psihoterapiji integrira filozofiju ljudske prirode u kojoj smrt igra bitnu ulogu. Da bi se živjelo dobrim životom, potrebno je suočiti se sa stvarnosti smrti te prihvatiti činjenicu da postoje ograničenja ljudskih životnih planova. Svjesnost o smrti pomaže razjasniti koje su čovjekove vrijednosti i svrha u životu te motivira čovjeka da živi smislen i ispunjen život. Cilj ovakvog pristupa je pomoći umirućem pacijentu da živi što potpuniji život iako je smrt blizu. Psihoterapeut bi bez davanja lažne nade i optimizma trebao mobilizirati pacijentovu volju za životom. Bihevioralni pristup psihoterapiji oslanja se na edukaciju pacijenata o više odgovarajućih vještina koje će mu pomoći u suočavanju s problemima koje ima. Na primjer, trening opuštanja i desenzibilizacije može pomoći u ublažavanju pretjeranog straha i napetosti kod oboljelog. Dakle, glavni cilj ovakvog pristupa psihoterapiji jest pružiti vještine suočavanja pomoću kojih će pacijent moći smanjiti osjećaj nelagode. Terapiji se ne mora nužno pristupiti individualno. U terapijske postupke može biti uključena i cijela obitelj koja se zbog nastale

situacije našla u kriznom stanju. Koliko jako će biti izraženi poremećaji unutar obitelji ovisi o nekoliko faktora, a to su: uloga umirućeg člana u obitelji, stupanj razvoja obitelji te kvaliteta odnosa među članovima obitelji. Članovi obitelji uglavnom doživljavaju šareni niz jakih emocija prema umirućem pacijentu. Može se javiti sve od bijesa i krivnje do straha i depresije. Tijekom terapije članovi obitelji se uče da razumiju te emocije i izraze svoje osjećaje, kako bi im bilo lakše. Cilj ove vrste terapije je pružiti priliku cijeloj obitelji da se nauči nositi s tragedijom koja ju je zadesila. Prednost ovakve vrste terapije je baš u tome što svi mogu zajednički raditi na poboljšanju kvalitete života umirućeg pacijenta i ostalih članova obitelji. Ponekad je potrebno nastaviti s terapijom i nakon smrti oboljelog, kako bi se članovima obitelji olakšalo razdoblje žalovanja (17-20).

Važno je naglasiti da kod nekih stanja, poput teške depresije s vegetativnim simptomima, a posebno ako su prisutne i suicidalne ideje, razgovor i psihoterapijske metode neće biti dostatne u rješavanju pacijentovih problema u potpunosti. Tada je potrebno započeti s farmakoterapijom. Najčešći izbor lijekova u ovakvim situacijama su antidepresivi koji u većini slučajeva djeluju i na anksioznost i na depresiju pa nije potrebno uzimati više različitih lijekova, eventualno u početku terapije, dok se ne postigne željeni učinak antidepresiva. Dakle, u početku se antidepresivi kombiniraju s anksioliticima i lijekovima za spavanje, ukoliko je prisutna nesаница. Ove lijekove treba ukinuti nakon jednog do tri tjedna, a terapiju nastaviti samo s antidepresivom koji je inicijalno doveo do poboljšanja simptoma kod pacijenta (16).

11. Kako pomoći članovima obitelji terminalno oboljelog pacijenta?

Članovi obitelji terminalno oboljelog pacijenta nose velik teret na svojim leđima. Snose značajnu odgovornost za njegu oko oboljelog, suočavaju se s financijskim gubitcima, a zabilježena je i povećana stopa pojavnosti tjeskobe, depresije i brojnih drugih kroničnih bolesti u odnosu na opću populaciju. Stoga je izuzetno važno voditi brigu o cijeloj obitelji tijekom ovog turbulentnog procesa, a ne isključivo o bolesnom članu obitelji. Potrebe obitelji rastu i mijenjaju se kako bolest voljenog člana napreduje. Rano u terminalnoj fazi postoje emocionalni tereti učenja o bolesti i prihvaćanja konačne dijagnoze. Dužnost liječnika je da iskreno i otvoreno razgovara s članovima obitelji o stvarnosti i težini terminalnog stanja. Kada članovi obitelji izgube nadu u izlječenje i prihvate terminalnu bolest kao takvu, mogu razviti potrebu za pomoći u pripremi za sve ono što slijedi. U tom trenutku dolazi i do promjene obiteljskih ciljeva, odnosno liječenje i izlječenje više nisu na prvom mjestu, nego želja da se preostali dani s voljenom osobom provedu što kvalitetnije. Nakon smrti terminalno bolesnog pacijenta, članovi njegove obitelji postaju glavni primatelj njege, a potrebe se u toj fazi kreću u rasponu od potrebe samo za izražavanjem sućuti do potrebe za stručnim savjetovanjem (21).

Članovi obitelji imaju određene potrebe u procesu suočavanja s gubitkom voljene osobe pa ako ih liječnik ispuni, prolazak kroz cijeli taj proces postaje puno lakši. Liječnik bi trebao s članovima obitelji na vrijeme započeti raspravu o terminalnoj fazi bolesti, i svemu što ide uz to. Odgađanje te rasprave može probuditi lažne nade kod članova obitelji te tako dovesti do izbora krivih postupaka. Također, komunikacija između liječnika i obitelji treba biti česta i dosljedna. U emocionalnom previranju oko suočavanja sa smrću voljene osobe mnoge stvari koje liječnik kaže ostat će nezapamćene. Iako liječnik pojedine činjenice ponovi i po nekoliko puta, obitelj i dalje može ostati zbunjena. Postat će još zbunjenija ako primi drugačije informacije od drugog člana tima pa se to nikako ne bi smjelo događati. Zato je izuzetno važno da članovi tima međusobno komuniciraju. Komunikacija se mora prilagoditi potrebama i

moogućnostima obitelji. Tako se može dogoditi da su u početku članovi obitelji spremni primiti isključivo vijest o terminalnom oboljenju voljene osobe, a tek s vremenskim odmakom može se voditi rasprava o prognozi i daljnjim postupcima. Od izuzetne je važnosti da liječnik potakne komunikaciju između obitelji i oboljelog člana o nekim teškim temama poput odluke o prestanku liječenja, obdukcije, darivanja organa i pokopu. Iako se takve rasprave u globalu žele izbjeći te se odgađaju sve dok ne bude prekasno, važno bi ih bilo sprovesti kako bi, u trenutku kada se odluka mora donijeti, obitelj znala koje su bile želje pacijenta. Važno je da liječnik bude svjestan dinamike odnosa u obitelji te da ponekad bolesnik ne želi članove svoje obitelji blizu ili da se pak članovi obitelji povlače od bolesnika jer se teško nose s cijelom situacijom ili iz nekog drugog razloga koji je ponekad poznat članovima obitelji, a često su ti razlozi nesvjesni. Obitelji se mora dozvoliti da tuguje. Tugovanje prije smrti je normalan i neophodan dio prihvaćanja terminalne bolesti. Liječnik mora prihvatiti i poštivati tugu obitelji te tako može pomoći u poticanju zdravog tugovanja. U trenutku kada obitelj shvati da nema više nade u izliječenje liječnik bi trebao pomoći obitelji da pronađe nadu i smisao u u preostalim danima s voljenom osobom. Na primjer, da pronađu nadu i smisao u tome što će provesti posljednje blagdane zajedno. Liječnik koji u tom trenutku kaže da nema više što za učiniti sprječava obitelj da u potpunosti živi do smrti te osobe. Nadalje, od iznimne je važnosti da liječnik bude dostupan, jer je u ovaj fazi obitelji često potrebna podrška ili neke dodatne informacije o stanju bolesnika. Kako se bliži vrijeme smrti zna se dogoditi da se liječnik udalji od obitelji jer je učinio ono što je mogao, ali to je zapravo velika pogreška jer je upravo to razdoblje velike emocionalne potrebe obitelji. Kontinuirani kontakt s liječnikom u tim trenucima može puno značiti. Jedna od najvećih usluga koju liječnik može pružiti obitelji je vješta intervencija u kontroli simptoma umirućeg, što članovima obitelji pruža neizmjeran osjećaj zadovoljstva i mira. I najvažnije od svega je ostati u kontaktu s obitelji nakon što pacijent premine. U toj fazi obitelj ulazi u proces tugovanja te im je podrška uvijek dobrodošla (21).

12. Rasprava

Terminalno oboljeli pacijenti izloženi su iznimno snažnoj fizičkoj i mentalnoj patnji. Zato se ne smije zaboraviti da je umirućem pacijentu potrebno pristupiti kao osobi, obazirući se na njegovu psihičku patnju, a ne samo kao objektu medicinske intervencije. Zadatak liječnika i cjelokupnog medicinskog osoblja nije samo liječenje neugodnih fizičkih simptoma i postizanje dobrih rezultata u tome, već i omogućavanje dostojanstvenog života u terminalnoj fazi bolesti (3,7).

U ovoj fazi bolesti važno je da liječnik konstantno razmišlja o mentalnim problemima koji se javljaju kod teško oboljelih pacijenata i zašto uopće dolazi do razvoja istih. Liječnik i pacijent bi trebali uspostaviti otvoren i iskren odnos pun povjerenja. Na taj način liječnik može saznati s kakvim sve negativnim emocijama se oboljeli susreće te na koji način se nosi s njima. Istovremeno mu može pružiti ono najpotrebnije, a to je podrška, razumijevanje i osjećaj da nije sam. Također, liječnik bi trebao moći pravovremeno prepoznati pojavu dublje psihopatologije te na vrijeme ordinirati terapiju kako ne bi došlo do razvoja dodatnih komplikacija (2,16).

Sve što pruža oboljelom pacijentu liječnik treba pružiti i članovima njegove obitelji. Kako bolest napreduje potrebe članova obitelji postaju sve veće, a liječnikova zadaća je te potrebe ispuniti kako bi se obitelji olakšao prolazak kroz taj težak period života (21).

Psihološka pomoć, bilo od strane obitelji ili od strane medicinskog osoblja, može uvelike olakšati zadnje dane života oboljelom pacijentu. Psihoterapijom se direktno djeluje na smanjenje mentalne patnje, ali može se i indirektno djelovati na smanjenje fizičke patnje zbog dokazane povezanosti te dvije komponente zdravlja (4,5).

13. Zaključci

- Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, nego potpuno fizičko, duševno i socijalno blagostanje.
- Briga o mentalnom zdravlju od iznimne je važnosti, pogotovo u osjetljivim skupinama pacijenata kao što su terminalno oboljeli.
- Svaki pacijent bolest doživljava na subjektivan način, a može ju doživjeti kao izazov, opasnost, gubitak, dobit, olakšanje ili kao kaznu.
- Pacijenti u terminalnoj fazi bolesti ne podvrgavaju se aktivnoj terapiji jer izlječenje više nije moguće.
- Glavni izvor mentalnih problema jest suočavanje sa smrću, odnosno strah od smrti. Pacijenti se mogu bojati fizičke ili psihičke patnje, poniženja, prekida postignuća ciljeva, posljedica koje će njegova smrt ostaviti na obitelj i onoga što dolazi nakon smrti.
- Strah od smrti jedan je od najvećih strahova te može biti toliko intenzivan da izazove velike mentalne probleme poput: anksioznosti, depresije, delirija i poremećaja spavanja.
- Prema psihijatrici Elisabeth Kübler-Ross postoji pet faza suočavanja sa smrću: faza negiranja, faza gnjeva i bijesa, faza cjenkanja, faza depresije i faza prihvatanja.
- Posljednja, agonalna, faza umiranja obilježena je slabljenjem svih funkcija tijela i duha.
- Terminalno oboljelom pacijentu najveću pomoć u savladavanju svega što ga je snašlo pruža obitelj. Kada ta pomoć postane nedostatna pacijentu se može pomoći modificiranim oblikom psihoterapije. U slučaju da ni to nije dovoljno preostaje upotreba lijekova.
- Potporu je potrebno pružiti i članovima obitelji oboljelog pacijenta jer oni nose izuzetno težak teret na svojim leđima kroz cijeli taj proces.

14. Sažetak

Prema definiciji svjetske zdravstvene organizacije zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja. Briga o mentalnom zdravlju od iznimne je važnosti, a pogotovo u osjetljivim skupinama pacijenata kao što su terminalno oboljeli. Terminalna faza bolesti je medicinski izraz za stadij bolesti koji se ne može izliječiti. U tom stadiju bolesti izvor velikih emocionalnih previranja je strah od smrti. Pacijenti se boje fizičke i psihičke patnje, poniženja, prekida postignuća ciljeva, posljedica koje će njegova smrt ostaviti na članove obitelji i onoga što dolazi nakon smrti. Ponekad je strah od smrti toliko intenzivan da može uzrokovati anksioznost, depresiju, delirij i poremećaje spavanja. U tim teškim trenucima oboljelim pacijentima najveću podršku pružaju članovi obitelji. Ponekad se terminalno oboljeli pacijenti previše povuku u sebe te je ostvarivanje komunikacije s njima izrazito teško. Tada je dobrodošla pomoć stručne osobe, koja uz razgovor i psihoterapiju pokušava pacijentu umanjiti mentalnu patnju. U slučajevima kada to nije dovoljno u liječenju se mogu koristiti i lijekovi poput antidepresiva i anksiolitika. Psihološku potporu potrebno je pružiti i članovima obitelji oboljelog pacijenta kako bi se prolazak kroz ovo teško razdoblje olakšao. Umiranje je proces koji je potrebno prihvatiti. Ključne riječi: zdravlje, mentalno zdravlje, terminalna faza bolesti, psihoterapija

15. Summary

According to World Health Organization's definition of health, health is the state of complete physical, psychological and social well-being. Mental health care is extremely important, especially in vulnerable groups of patients such as terminally ill. The terminal stage of the disease is a medical term for a stage of the disease that cannot be cured. At this stage of the disease, the source of great emotional turmoil is the fear of death. Patients are afraid of physical and mental suffering, humiliation, interruption of the achievement of goals, the consequences that his death will leave on family members and what comes after death. Sometimes the fear from death can be so intensive that it can cause anxiety, depression, delirium and disorders with sleep. In these difficult times, family members provide the greatest support to sick patients. Sometimes terminally ill patients clam up themselves and the communication with them is extremely difficult. Then the help of a professional person is welcome, who helps with conversation and psychotherapy. In cases where even that is not enough antidepressants and anxiolytics may also be used in treatment. Psychological support should also be provided to the family members of the ill patient in order to facilitate the passage through this difficult period. Dying is a process that needs to be accepted.

Key words: health, mental health, terminal phase of illness, psychotherapy

16. Literatura

1. Gregurek R. Psihološka medicina. 1.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Rončević-Gržeta I, Kuljanić-Vlašić K, Host I, Pernar M, i sur. Psihološka pomoć u suočavanju sa zloćudnom bolešću. 1.izd. Rijeka: Liga protiv raka Primorsko-goranske županije; 2007.
3. Benković M. Sveobuhvatna sestrinska skrb bolesnika u terminalnoj fazi maligne bolesti [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2017 [citirano 10.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:448609>
4. World Health Organization [Internet]. Ženeva: World Health Organization; c2021 [citirano:12.5.2021.] Dostupno na: <https://www.who.int/>
5. What is good health? [Internet]. Brighton: Medical news today; c2004 [ažurirano 19.4.2020.; citirano 12.5.2021.] Dostupno na: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/150999>
6. Simptomatsko liječenje umirućih [Internet]. Split: MSD priručnik dijagnostike i terapije; c2014 [citirano 13.5.2021.] Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/posebne-teme/umiruci-bolesnik/simptomatsko-lijecenje-umirucih>
7. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine [Internet]. 5th ed. Oxford University Press; 2015 - [citirano 13.5.2021.] Dostupno na: [Oxford Textbook of Palliative Medicine - Oxford Medicine](#)
8. Wilson KG, Dalglish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, et al. Mental disorders and desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2016; 6(2): 170-7.

9. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*. 2004; 22(10): 1957-65.
10. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 42(5): 691-701.
11. Fine RL. Depression, anxiety, and delirium in the terminally ill patient. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001; 14(2): 130-133.
12. Rosenstein DL. Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13(1): 101-108.
13. Brown S, Degner LF. Delirium in the terminally-ill cancer patient: aetiology, symptoms and management. *Int J Palliat Nurs*. 2001; 7(6): 266-8.
14. Hajjar RR. Sleep Disturbance in Palliative Care. *Clin Geriatr Med*. 2008; 24(1): 83-91.
15. Kübler-Ross E. *On death and dying*. 1st ed. New York: The Macmillan Company; 1969.
16. Vachon ML. Counselling and psychotherapy in palliative/hospice care: a review. *Palliat Med*. 1988;2(1):36-50.
17. Erikson EH. *Identity and the Life Cycle*. 1st ed. New York: W.W. Norton & Company; 1994.
18. Jackson E. Counselin the dying. *Death Educ*. 1977; 1(1): 27-39.
19. Rebok GW, Hoyer WJ. *Clients Nearing Death: Behavioral Treatment Perspectives*. Omega (Westport). 1980; 10(3): 191-201.
20. Carter B, McGoldrick M. *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. 2nd ed. London: Pearson Education; 1989.

21. Bascom PB, Tolle SW. Care of the family when the patient is dying. *West J Med.* 1995; 163(3): 292-96.

17. Životopis

Rafaela Jurman rođena je 27. srpnja 1995. godine u Rijeci, u Republici Hrvatskoj. Osnovnu školu „Turnić“ završila je 2010. godine s odličnim uspjehom te je upisala opći smjer u Prvoj Sušačkoj Hrvatskoj Gimnaziji u Rijeci. Po završetku srednjoškolskog obrazovanja i uspješnog polaganja ispita državne mature upisuje se na Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Tijekom studija bila je pasivni sudionik 5. studentskog Kongresa hitne medicine te je volonterski sudjelovala u fakultetskoj aktivnosti Teddy Bear Hospital. Tečno govori engleski i talijanski jezik.