

NEKI PRINCIPI RADA DEFEKTOLOGA U REHABILITACIJI OSOBA OBOLJELIH OD RAKA *

Ruža Sabol

Fakultet za defektologiju – Zagreb

Prispjelo: 30. 09. 1981.

UDK: 376.23

Originalni znanstveni rad

SAŽETAK

Autorica interpretira medicinsku terminologiju malignih oboljenja i značenje naziva rak za široku populaciju. Opisuje uspjehe liječenja raka od prvog do osmog desetljeća 20. stoljeća. S obzirom na uspjehe suvremenog liječenja i potrebe rehabilitacije, prikazuje vlastitu podjelu kategorija liječenih i izliječenih bolesnika od raka.

Prikazuje probleme psihičkog opterećenja bolesnika koji boluju od raka.

Objašnjava termin „psihičke rezistencije“ protiv raka, duže preživljenje i veće uspjehe liječenja kod psihički rezistentnih bolesnika na rak.

U poglavlju „Primjena defektološkog modela rehabilitacije bolesnika s rakom“ po vlastitoj podjeli utvrđuje skalu modaliteta stavova koje treba kod oboljelih postići da bi se uspješnije vlastitim snagama suprostavljali bolesti. U nastavku se opširno opisuje primjena nekih pedagoških principa u defektološkoj rehabilitaciji. To su: 1) princip objašnjavanja cilja, 2) princip individualnog pristupa, 3) princip iskustva, 4) princip motiviranosti i svjesne aktivnosti, 5) princip primjerenosti i sistematičnosti i 6) princip socijalizacije.

U diskusiji daje se osvrt na brojne natpise u medicinskoj i rehabilitacionoj literaturi, o potrebi edukacije tokom liječenja kako kroničnih bolesnika, tako i bolesnika koji boluju od raka. Radi koncepcije kompleksne brige za bolesnika, javlja se potreba da se sazna više o bolesnikovoj ličnosti i njegovu životu, a ne samo o bolesnom procesu. Naglašava se značenje pedagoške edukacije osoba koje sudjeluju u rehabilitaciji bolesnika.

* NAPOMENA

Ovaj rad je proširen i upotpunjen prikaz predavanja koje je održano na Svjetskom kongresu „Rehabilitation international“ u Winnipegu 1980 god.

Zahvaljujem se prof. dr. sc. Željku Maričiću, direktoru Središnjeg instituta za tumore i slične bolesti u Zagrebu (SIT) i kolegama u Institutu, koji su svojim velikim iskustvom u radu s bolesnicima koji boluju od raka omogućili da se ostvari suvremeni multidimenzionalni pristup u rehabilitaciji takvih bolesnika, a time i ovaj rad.

Također se zahvaljujem prof. dr. Mariji Novosel i asistentima Odsjeka za tjelesnu invalidnost Fakulteta za defektologiju, mr. Nikoli Soldo i Dušanki Krajsić, jer su svojim radom u SIT-u pomogli da se priđe takvu radu.

UVOD

Iako su osnovni problemi kod raka koncentrirani na epidemiologiju i određene medicinske zahvate, defektološka rehabilitacija kod bolesnika oboljelih od raka ima specifičnu i veoma značajnu ulogu jer pokriva široko afektivno i psihomotorno područje bolesnikova života.

Medicinski, rak je pojam za grupu bolesti, čija je karakteristika nepravilno i nekontrolirano umnožavanje stanica s razaranjem zdravog tkiva.

Medicinske statistike iz prvih desetljeća ovoga stoljeća prikazivale su da je samo malen broj oboljelih od raka ozdravio i to zbog rano izvedenoga operativnog zahvata ili spontane remisije raka. Obično je smrt nastupala unutar godine dana. Za većinu ljudi rak je značio protražiranu patnju i neizbježnu smrt. Još i danas za needuciranu sredinu rak je sinonim za smrt (Diller i sur., 1979). Počam od drugoga svjetskog rata zanimanje za rak je izbilo na prvo mjesto, ne samo kod medicinskih stručnjaka nego i kod šire javnosti (Rusk, 1971). Razlog za to su efikasnije mogućnosti liječenja te bolesti i velika smrtnost od raka. U većini naprednih zemalja dolazi odmah iza smrtnosti od kardiovaskularnih oboljenja. Mobilizacijom stanovništva na prevenciji i ranom otkrivanju raka prilazi se ranim i efikasnim operativnim zahvatima (npr. koniotomija kod raka grlića maternice), pa je i rezultat broja ozdravljenja veći. Također se kombiniranim liječenjem i kod primarnih i kod metastatskih tumora postižu efikasne i dugotrajne remisije maligniteta, a kod nastupa ponovne invazije malignosti, nastavkom terapije postiže se slijedeća remisija. Oko sedmog desetljeća ovoga stoljeća jedna trećina svih oboljelih od raka ozdravljuje, a postotak preživljenja kontinuirano se povećava. Čak i oni oboljeli koji se do kraja

ne izliječe, godinama žive uz specifičnu terapiju.

Uspjesi koji se postižu u suzbijanju maligniteta, doprinijeli su da se velik broj bolesnika s rakom svrstava u kategoriju kroničnih bolesnika ili trajno izliječenih s invaliditetom. U tako promijenjenoj situaciji s obzirom na mogućnosti liječenja i većeg preživljenja, rehabilitacija je zauzela značajno mjesto u liječenju malignih bolesti.

Ako se daje prikaz liječenih bolesnika prema nivoima uspjeha liječenja, a s aspekta potreba rehabilitacije, tada se dobivaju slijedeće kategorije:

1. Medicinski potpuno izliječeni bez tjelesnog oštećenja
2. Medicinski potpuno izliječeni s trajnim tjelesnim oštećenjem
3. Kronični bolesnici s dužim ili kraćim remisijama maligniteta
4. Terminalni bolesnici s vrlo malignim dekursom, koji ne reagira na iradijaciju, kemo ili hormonalnu terapiju.

Kod svih navedenih kategorija liječenih bolesnika potrebna je defektološka rehabilitacija.

PSIHIČKO OPTEREĆENJE BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD RAKA

Svaka bolest, a pogotovo teža ili dugotrajna, ili operacija (ponekad i bezazlena, kao što je ekstrakcija zuba) izaziva kod čovjeka i njegove okoline smanjenje optimalnog nivoa određenih somatopsihičkih reakcija (Stančić, 1977).

U slučaju oboljenja od raka pod dodatnim opterećenjem straha od malignosti, prijevremene smrti, mutilacije tijela, doživljavanja promjene sheme vlasti-

tog tijela, te mogućeg smanjenja fizičkog kapaciteta, bolesnikova ličnost postaje još osjetljivija i vulnerabilnija (Healey i Villanueva, 1970).

Afektivno područje oboljelih od raka maksimalno je uključeno. Osnovna emocija s kojom se bolesnik bori je STRAH koji ima uzrok u nepoznatom. (Nepoznata etiologija raka, strah od boli, strah od smrti i neizvjesnost izlječenja.)

Poznato je da je stav ili odnos bolesnika prema bolesti i liječenju jednako važan, kao i odnos liječnika prema administraciji lijeka ili izvođenju operativnog zahvata.

Da bi se pomoglo bolesniku, potrebno je saznati:

- a) Stav bolesnika prema raku, tj. što za njega pojam rak znači.

To je stoga, da bi se mogao korigirati pogrešan stav prema neizlječivosti, a predstavlja osnovu na čemu se kasnije može izgraditi nada - a to je temelj za liječenje.

- b) Kakvo je intimno značenje organa koji je pogođen malignim procesom za bolesnika.

Npr. najčešća psihološka teškoća žene poslije amputacije dojke je neprihvatanje stvarnog stanja (promjena slike o sebi (self image) i promjena sheme tijela zbog amputacije (body image).

Liječenjem bolesnika s rakom primijetilo se da se neki bolesnici s uspjehom liječe, da se uspijevaju odvrati bolesti i ostati živi i produktivni niz godina. Istodobno, drugi s istim patofiziološkim mehanizmom bolesti naglo slabe i umiru, iako je njihov stadij bolesti, klinička slika i liječenje bilo isto i s jednakim progno-

stičkim izgledima kao u prethodnih. Iz dosadašnjih istraživanja, koja su se povodom tog fenomena provodila, zaključilo se da oni pacijenti koji se općenito u životu uspješno suprostavljaju emocionalnoj napetosti, koji lakše daju oduška svom raspoloženju raznim motornim aktivnostima imaju više izgleda da žive duže, produktivnijim životom i uspješnije liječe malignu bolest. Otkrivanje tog fenomena uvelo je u medicinsku terminologiju naziv „psihološka rezistencija protiv raka“ (Gengerelli i Kirkener, 1954).

Saznanje o psihološkoj rezistenciji protiv raka dovelo je do slijedećih izazova u rehabilitaciji:

- a) da li postoje određeni psihološki činioci koji utječu na ishod liječenja kod bolesnika koji su oboljeli od raka,
- b) da li se može određenim rehabilitacionim programom djelovati na psihološke činioce tako da se bolesnici lakše bore i odupiru malignoj bolesti.

PRIMJENA DEFEKTOLOŠKOG MODELA REHABILITACIJE BOLESNIKA S RAKOM

Defektološkoj rehabilitaciji treba pristupiti paralelno s početkom kirurškog ili medikamentoznog liječenja raka.

Kako bi se postigli bolji uspjesi u toku liječenja i rehabilitacije, potrebno je da oboljeli:

1. emocionalno akceptira bolest,
2. korigira stav prema raku,
3. razvije motivaciju za ozdravljenje,
4. prilagodi se na stanje koje oboljenje donosi,

5. psihološki akceptira invalidnost koja je nastala mutilacijom tijela uslijed operativnog odstranjenja pojedinih dijelova tijela ili uslijed iradijacije, kemoterapije ili ostalih jatrogenih oštećenja,
6. prihvati da živi s umanjenom radnom sposobnošću, tj. kao kronični bolesnik,
7. prihvati da živi uz stalnu prisutnost bolesti (rak) i da se protiv nje aktivno liječi kemoterapijom, hormonalnom terapijom, imunoterapijom ili iradijacijom.

Znajući za osjetljivo emocionalno područje koje je kod raka involvirano, prije defektološke rehabilitacije izvrši se cjelokupna defektološka dijagnoza: 1) stav prema raku, 2) tip ličnosti bolesnika, 3) mentalni status, 4) obiteljski status i 5) socijalni i ekonomski te profesionalni status.

Nakon toga se ciljanim programiranim postupcima provodi defektološka rehabilitacija.

Defektološka rehabilitacija provodi se i s bolesnikom i s njegovom obitelji, a sastoji se od individualnih intervjua, individualnih savjeta s emocionalnom i psihološkom podrškom, grupnih sastanaka, primjene nekih kinezioloških i okupaciono terapeutskih aktivnosti, pismenih korespondencija, telefonskih razgovora, terapeutskih zajednica kombiniranih prema potrebama, osnivanjem klubova ili društava liječenih bolesnika i sl.

Takav model rehabilitacije može se provoditi kod bolesnika s radikalnom mastektomijom, bolesnika s amputacijom ekstremiteta zbog malignih tumora laringektomiranih bolesnika, bolesnika s kolostomom i ileostomom. Također kod bolesnika s hemiplegijom zbog tumora mozga.

U metodologiji rada mogu se primijeniti i slijedeći pedagoški principi:

1. PRINCIP OBJAŠNJAVANJA CILJA
2. PRINCIP INDIVIDUALNOG PRISTUPA
3. PRINCIP ISKUSTVA
4. PRINCIP MOTIVIRANOSTI I SVJESNE AKTIVNOSTI
5. PRINCIP PRIMJERENOSTI I SISTEMATIČNOSTI
6. PRINCIP SOCIJALIZACIJE.

PRINCIP OBJAŠNJAVANJA CILJA

Upotrebljava se metoda dijaloga. Cilj je defektološke rehabilitacije edukacija bolesnika zbog potrebe zauzimanja pravilnog stava prema bolesti od koje je obolio. Bolesnicima se objašnjavaju procedure koje će se provoditi, njihova potreba i opravdanost. Razmatranjem situacije i zajedničkim inteligentnim razgovorom pacijentu se može pružiti nada, a to je dovoljno da savlada razarajući strah od raka koji iscrpljuje energiju te dovodi do anksiozne neuroze. Dijalogom je potrebno dostupno i razumljivo objasniti medicinsku terminologiju. Osoba koja provodi taj zadatak mora biti emocionalno topla i pristupačna. Emocionalna toplina i pristupačnost dovode do laganijeg uspostavljanja interreakcije rehabilitator-pacijent i obratno, do veoma potrebnih povratnih informacija pacijent-rehabilitator.

Strogim profesionalnim suzdržanim objašnjenjem plana liječenja i rehabilitacije može se promašiti osnovna želja, a to je suradnja s pacijentom. U početnim susretima treba objasniti da bolest nije jedinstvena, da postoje varijacije u malignitetu i u toku bolesti. Treba objasniti da postoje značajne biološke razlike u reagiranju organizma na istu bolest. Korisno je navoditi primjere iz prakse i iz li-

terature. Pacijent bolje prihvaća objašnjenje, lakše mijenja stavove i prilagođuje se bolesti ako je informiran da postoje slučajevi potpunog izlječenja, da se bolest može liječiti s uspjehom, dugotrajno i sa čitavim nizom različitih medicinskih metoda.

PRINCIP INDIVIDUALNOG PRISTUPA

Svaki čovjek ima mnoštvo intimnih preokupacija i problema koje teško iznosi drugim osobama. U sferi intimnosti jednako su osjetljivi muški i ženski pacijenti. U ulozi pacijenta multipliciraju se poteškoće u sferi intimnosti, a njihova verbalizacija drugoj osobi, pa i liječniku ili defektologu, teška je i delikatna. Pažljivim slušanjem, suosjećanjem, bodrenjem, savjetima i individualnim razgovorima, pomaže se pacijentu da prebrodi strahovanja u pogledu takvih dilema, koje se nameću saznanjem bolesti.

U zdravstvenom pogledu kod oboljelih od raka postoje dileme u pogledu mogućnosti izlječenja, dužine života, straha od smrti i prethodnih bolova. Intimne dileme su strahovanja zbog gubitka dopadljivosti prema bračnom partneru - npr. žena koja je amputirala dojku ili libida kod muškaraca s karcinomom prostate.

U takvim situacijama, ako se pacijentu ne pruži podrška, događa se da normalno strukturirana senzibilna ličnost prijeđe prag tolerancije, postane hipersenzibilna i prelazi u neurotična stanja. Takova se stanja tada karakteriziraju nedostatkom emocionalne kontrole, slabe adaptacije na neugodne situacije, kao i precjenjivanje neugodnih doživljaja, kakvih ima u bolničkom režimu liječenja. Prema terminologiji američkih autora, bolesnici koji boluju od raka, a liječe se u bolnicama, spadaju u kategoriju „horizontalne populacije“ (Geret i Levine,

1962). To je populacija koja živi velik dio svog života u krevetu, podvrgnuta konstantnim brojnim medicinskim pretragama, raznim metodama liječenja, a koja je u neprekidnoj interakciji sa čitavim nizom medicinskog i ostalog osoblja, od kojih svaki ima neke svoje zahtjeve na oboljelog.

Pažljivo odabranim intervjuima, slušanjem bolesnikovih problema pomoći će se bolesniku da se prilagodi nepovoljnim okolnostima koje mu bolnički režim pruža, da taj dio liječenja shvati kao privremeno stanje za put k ozdravljenju.

PRINCIP ISKUSTVA

Princip iskustva ostvaruje se metodom demonstriranja predmeta, slika, živih modela, upotrebom dijapozitiva, filma, magnetofona, primjenom televizijskih kazeta, televizijskom nastavom zatvorenog kruga, demonstracijama slučaja i demonstracijama pokreta.

Živi modeli mogu biti pacijenti kod kojih se provodi rehabilitacija ili članovi rehabilitacionog tima ili ostalo medicinsko osoblje.

Televizijskim kazetama mogu se na televizijskom ekranu prikazati emisije o provođenju rane dijagnoze ili liječenja raka, a koje su bile prethodno prikazane u redovnim ili prigodnim televizijskim emisijama. Također se mogu prikazati televizijske priče osoba koje su se uspješno izliječile, njihovo vraćanje u društveni život ili posao. Mogu se prikazati ponašanja i stavovi bolesnika koji se liječe od malignih bolesti i sl.

Treba nabaviti i imati na raspolaganju sva postojeća ortotska i protetska pomagala, epiteze, estetska i funkcionalna pomagala koja pacijentima treba primijeniti ovisno o organu koji je, zahvaćen rakom, bio mutiliran.

Potrebno je imati odjeću s posebnim ušicama ili otvorima, tj. preklopima za jednostavnije oblačenje i nošenje kod nastupa invaliditeta: hemiplegije iza operacije malignih tumora mozga; paraplegije iza operacija tumora kralješnice ili raka mokraćnog mjehura koji je metastazirao u kralješnicu i sl.

Pomagala za samopomoć i aktivnosti dnevnog života treba pacijentu demonstrirati za vrijeme boravka u bolnici, a prije otpusta kući. Upoznavanjem s pomagalima, bolesnik će se s manje straha vratiti kući, znajući da svoje umanjene funkcionalne sposobnosti u svakodnevnom životu može nadomjestiti tehničkim pomagalima.

Kozmetički i estetski faktori su veoma značajni za normalan društveni i bračni život, kako u žena tako i u muškaraca. Poslije mastektomije, a nakon vađenja konaca, pacijenticama se mora uzeti mjera za protezu ili, prema želji, za protetski grudnjak.

Proteza ili potrebni grudnjak nastoje se nabaviti još za vrijeme boravka u bolnici.

Mora se akceptirati psihološki moment da pojedine žene ne mogu svojim ukućanima ili bračnom drugu godinama iza operacije pokazati operiranu regiju prsnog koša bez protetskog grudnjaka ili proteze.

Defektolog mora imati radi demonstriranja više veličina proteza tipa „afrodita“ ili „silima“. Vidjelo se da postoje velike varijacije oblika ženskih dojki i oblika prsnog koša s obzirom na antropološke tipove ljudi. Figura žene varira i zbog pozitiviteta koji je čest pratilac žena srednje životne dobi, a one najčešće oboljevaju od raka dojke. Često proteza za jedan broj manja od veličine grudnjaka bo-

lje odgovara uz zdravu simetričnu dojku ako je nešto jače napunjena zrakom i obratno, jedan broj veća, nešto slabije napunjena zrakom, laganije se prilagodi veličini zdrave dojke.

Informiranjem o uspješnim operativnim rekonstrukcijama dojke s plastičnim implantatima, pažljivim aplikacijama, na vrijeme nabavljenim protezama, žena će manje patiti i laganije podnijeti gubitak dojke koja je i simbol ženstvenosti i ljepote. Također će joj se vratiti i sigurnost u odnosu na komuniciranje u društvu i prema bračnom drugu, pa će moći bolje mobilizirati svoje psihičke potencijale za savladavanje malignosti.

Kod liječenja metastatskih tumora primjenom nekih citostatika, nastaju alopecije s potpunim gubitkom kose. Potrebno je uvijek prije primjene takvih lijekova pažljivim intervjuom upozoriti pacijentice na ispadanje kose. Također im treba saopćiti da će kosa nakon primjene lijeka narasti, a za to vrijeme savjetovati da nose vlasulje. Defektolog će pacijenticama pokazati vlasulju, izdati doznaku, upoznati s pravima ako nabave vlasulje. (Besplatno dobivanje ili uz participaciju.)

Dobro je i korisno postaviti stalne izložbe raznih ortotskih i estetskih pomagala - npr. estetske prekrivače za laringostome kod laringektomiranih bolesnika zbog raka grla, pomagala u kućanstvu kod amputacija ruku zbog osteosarkoma ili drugih malignih tumora ekstremiteta.

Korisno je štampati i izdavati različite brošure s fotografijama ili crtežima (Maričić i sur., 1973). Takve brošure treba davati pacijentima kao podsjetnik aktivnosti koje treba provoditi kod kuće. Na brošurama je poželjno štampati adrese radionica ili prodavaonica gdje se pomagala mogu nabaviti.

PRINCIP MOTIVIRANOSTI I SVJESNE AKTIVNOSTI

Uspjeh u rehabilitaciji je brži ako je rehabilitant motiviran za vraćanje u svoju sredinu.

Motivacija za ozdravljenjem kod bolesnika koji boluju od raka otežana je zbog toga jer takvi bolesnici većinom dolaze na liječenja s već utvrđenim stavovima sredine iz koje potječu, a to je neizlječivost raka, dugotrajni bolovi i smrt. U takvim slučajevima nastoji se postići promjena stava i povratiti nada za uspješno liječenje.

Pacijentima je potrebno objasniti da, ukoliko se rak otkrije na vrijeme, postoji mogućnost potpunog izlječenja. Primjenom kemoterapije i nekih ostalih lijekova postižu se značajni rezultati u liječenju malignih bolesti, pa ozdravljenje nije više bezizgledno kao npr. prije 30 i više godina.

Defektolog može prikazati i uspjehe u liječenju drugih pacijenata tako da dovede bivšeg pacijenta koji je ozdravio, te upriliči razgovor s njime.

Motiviranost se može pobuditi i različitim rehabilitacionim aktivnostima, kao što je kineziterapija i okupaciona terapija. Te aktivnosti treba provoditi tako da bolesnici osjete zadovoljstvo u radu.

Primjenom iradijacione ili kemoterapije, bolesnici često osjećaju nauzeu, vomitus bolove i nelagodnost ili težinu u ekstremitetima ili tijelu. Kad dožive zadovoljstvo u ljepoti i uspjeh stvaranja (tapiserija ili vezivo), bit će manje okupirani bolovima, a motivirani da se liječe, da strpljivije podnose nelagodnosti i popratne pojave koje izazivaju agresivni lijekovi. Osjećat će se, uza svu težinu bolesti,

korisnim članovima društva. To će biti značajna psihološka potpora i pozitivna motivacija u borbi protiv bolesti.

Programom kineziterapije koja se paralelno provodi s aplikacijama pomagala za samopomoć i aktivnosti dnevnog života, povećava se ekscuzija pokreta u zglobovima, koja je bila limitirana zbog operativnih zahvata ili administracije citostatika ili samog malignog procesa.

U grupnim kineziterapijskim vježbama bolesnici će se početi takmičiti u povećanju amplitude kretnji u zglobovima. Ispoljavat će se natjecateljski duh, koji je značajan faktor motivacije. Uz to će se učvrstiti želja i „vjera“ za ozdravljenjem.

Radno-terapeutskim aktivnostima bolesnik će manje biti izložen vlastitim mislima, manje će biti u mogućnosti da razvija anksiozne, depresivne ili konverzivne neuroze manifestacijom patoloških konativnih faktora svoje ličnosti. Ponekad se defektolog u svom radu, da bi pokrenuo neku aktivnost kod bolesnika, služi i persuazijom. Ako defektolog uspije podržati bolesnika da ne zapadne u neurozu, ako ga uspije uvjeriti u snažnost ličnog biološkog potencijala, koji svaki živi organizam posjeduje u borbi protiv bolesti i ozljeda, bolesnik će postati motiviran da uloži svoje psihološke obrambene snage, da uspješnije podnese režim koji se od njega zahtijeva za vrijeme liječenja.

Opće je prihvaćeno mišljenje da najveći rehabilitacijski potencijal predstavljaju osobe koje su i u životu motivirane za nove inicijative, aktivne, pune poleta, kao i osobe koje imaju uspjeha u poslu i u ličnom životu.

PRINCIP PRIMJERENOSTI I SISTEMATIČNOSTI

Primjerenost psihičkim i fizičkim zahtjevima tipova pacijentove ličnosti, značajna je za objašnjavanje rehabilitacijskog programa. U primjeni tog principa potrebno je poznavati bolesnikovu životnu dob, obrazovni nivo, psihički profil, karakteristike ličnosti i prilagoditi se njihovim zahtjevima. Potrebno je uočiti da li pacijent može slijediti rehabilitatora u dijalogu ili savjetovanjima.

U toku liječenja dugotrajnih kroničnih bolesti i malignih oboljenja postoje izvjesni vremenski periodi, kada je pacijent „zamoren“, „bezvoljan“, a to treba akceptirati u toku izvođenja raznih okupacijsko-terapeutskih ili kineziterapeutskih aktivnosti.

U bolničkom režimu za pacijente se sukcesivno planiraju različite pretrage, medicinske intervencije koje su pod administracijom agresivnih diferentnih kemoterapeutika i citostatika ili iradijacione terapije. U takvima se uvjetima rehabilitacijske aktivnosti smanjuju u intenzitetu, mijenjaju ili prekidaju za potrebno vrijeme.

Osim toga, za vrijeme posjete prijatelja ili obitelji pacijent može doživjeti izvjesne neugodne emocije ili obiteljske nesporazume. Takvi nesporazumi u obitelji mogu dovesti do manifestacije hipersenzibilnosti ili depresivnosti. Kod takvih raspoloženja treba mijenjati planirane aktivnosti s individualnim dijalozima i nastojati ponovno vratiti uzdrmano samopouzdanje. Kineziterapijske aktivnosti mogu se zamijeniti za rekreacione ili druge rehabilitacijske aktivnosti. One se mogu dan-dva prekinuti ili smanjiti. Defektolog i ostali članovi tima trebaju pristupiti pacijentu osjećajno, ali odlučno i trezveno.

PRINCIP SOCIJALIZACIJE

Čovjek je socijalno biće s tendencijom da podijeli životne situacije s drugim ljudima. Uspoređuje sebe, svoju bolest, sposobnosti, uspjehe i neuspjehe sa sličnim karakteristikama ili stanjima drugih ljudi. Kada sazna da i drugi ljudi boluju od sličnih ili istih bolesti, da su invalidi, da su prilagođeni bolesti, da imaju smanjenu radnu sposobnost, da se dugo vremena liječe, laganije prihvaća situaciju u kojoj se nalazi i nastoji se i sam prilagoditi novim okolnostima.

Zbog poznatih psiholoških reakcija na malignu bolest, pacijenti koji se liječe u bolnici mogu postati manje socijalni. Manifestacijom patoloških konativnih faktora i depresivnih tendencija mogu postati asocijalni, te ne žele kontaktirati s drugim bolesnicima ili medicinskim osobljem.

Pred odlazak kućama su nesigurni, anksiozni i zaplašeni zbog reagiranja obitelji na njihovu bolest, prihvaćanja u obiteljsku sredinu, ponovnog preuzimanja obaveza obiteljskog života, zbog straha pred uključivanje u društvo i posao. Defektolog će savjetovati članove uže obitelji kako da zauzmu pravilan stav prema svojem bolesnom članu.

Estetski momenti su u oblikovanju ličnosti veoma važni. Ugodan izgled povoljno djeluje na sigurnost čovjeka i njegovo bolje funkcioniranje u društvu. Na socijalizaciju će pozitivno utjecati prekrivanje kozmetskog defekta iza operacije na glavi, oku, licu epitezama ili kod amputacije dijela tijela ili dojke ili ekstremiteta estetskim protezama, kozmetskim rukavicama i sl.

Za takve bolesnike poželjno je upriličiti upoznavanje s drugim bolesnicima sličnih problema radi izmjene iskustava i

ponovnih kontakata s ljudima izvan bolničke sredine. Uključivanjem bolesnika u diskusione grupe, pomaže se bolesnicima da lakše ispolje svoja osjećanja i da ponovno steknu sigurnost komuniciranja s ljudima.

Svaki se pojedinac bori protiv svoje bolesti i nedaća u korelaciji sa svojim osnovnim profilom ličnosti, koji je godinama razvijao.

U dugoročnoj emocionalnoj potpori pozitivno djeluju zajednički sastanci bivših pacijenata koji su preboljeli maligni napad na istom organu. Na takvim sastancima dolazi do međusobnog upoznavanja, bodrenja, izmjene iskustava i učvršćivanja pozitivnih stavova u borbi protiv raka. Također se dobivaju informacije o novitetima za razna pomagala, proteze i aparate koji se stalno usavršavaju u produkciji moderne tehnologije rehabilitacionih pomagala.

Grupe bivših pacijenata često osnivaju klubove ili udruženja s proklamiranim pravilima. Tako se potpomažu, rekreiraju, organiziraju skupne sastanke i stručna predavanja, te se lakše socijaliziraju.

DISKUSIJA

U skladu s koncepcijom „potpune“ brige za pacijenta, sve se više počinje obraćati pažnja bolesnikovoj ličnosti i njegovu životu. Želi se saznati emocionalni, lični, obiteljski te radni problem bolesnika i stav prema bolesti od koje boluje.

Ni liječenje bolesnika niti rehabilitacija ne mjeri se više samo brojem izliječenih ili rehabilitiranih slučajeva nego i kvalitetom njihova daljnjeg života (Switzer, 1970).

Dugogodišnjim radom s bolesnim osobama vidjelo se da samo malen broj oboljelih od raka ima dovoljno informacija o svojoj bolesti. Za ilustraciju može poslužiti studija u MD Anderson bolnice u Houstonu (Cobb, 1959). U toj studiji je nađeno da je od 200 bolesnika samo 10% znalo što je to rak, mogućnosti liječenja raka i vlastite realne šanse preživljenja. Za 12% pacijenata dijagnoza raka je značila samo da imaju „ružnu bolest“. U stvari, uopće nisu bili svjesni značenja same riječi rak. Daljnjih 78% ispitivanih bili su u svom saznanju između tih dviju krajnosti. Oni su imali magloviti difuzni strah od raka, ali nisu mogli do kraja sagledati svoje stanje. Za njih je rak bio nešto strašno, što je značilo dugotrajnu patnju, pa čak i osjećaj krivice, kazne ili sramote kao i socijalnu nemilost. Za 52% od te skupine rak je značio jednostavno brzu i neminovnu smrt.

Od vremena kada je učinjena ta studija pa sve do danas, sigurno je pod utjecajem neprestanog informiranja i prevencije borbe protiv raka i ranog otkrivanja povećan postotak ljudi koji imaju pravilne informacije o raku.

Najčešće su, međutim, informacije i znanja nesistematska, rascjepkana, a predodžbe konfuzne, stjecane slučajno usmenom predajom, pogrešno ili pogrešnom interpretacijom onoga što se čulo preko „mass-media“ (radio, televizija, štampa) ili pročitalo.

Rak je teška i podmukla bolest okružena poluistinama i nepoznicama. Saopćenje pacijentu da je obolio od raka i potvrda te dijagnoze, stavlja oboljelog u stanje psihološke bespomoćnosti s kojom se teško suočava.

Znade se da su faktori ličnosti ili konativni faktori odgovorni za modalitete čovječjeg ponašanja (Momirović i sur.,

1970). Patološki konativni faktori također su distribuirani u populaciji i odgovorni su za one oblike ponašanja koji reduciraju adaptabilnu razinu. Saznanje o malignoj bolesti reducira adaptabilnu razinu, a patološki konativni faktori mogu postati manifestni. To se posebno odnosi na emocije aksioznosti, fobije, a ponekad i agresivnosti. Normalno je da kod dijagnoze oboljenja od raka postoji zabrinutost za ishod liječenja. Kod naglašenih patoloških konativnih faktora anksioznost se može manifestirati kao anksiozna neuroza. Anksioznost ima korijene u „nepoznatom“, koje uvijek daje obilježje straha. U sferi oboljenja od raka to dolazi više do izražaja nego u bilo kojoj drugoj bolesti. Anksiozno ponašanje ima snižen nivo mobilizacije energije, koja je u slučaju borbe organizma protiv raka potrebna, pa je anksiozna neuroza koja se kod tih bolesnika može manifestirati veoma nepovoljna za adaptaciju i prihvatanje činjenice o prisustvu maligne bolesti, a pogotovo za liječenje i rehabilitaciju.

Ako se znaju njegove emocionalne potrebe i ako se poznaje struktura njegove ličnosti, bolesniku se može pružiti psihopedagoška pomoć.

Od kada je bolestan čovjek postao aktivan sudionik u liječenju kroničnih bolesti, počeo se u stručnoj medicinskoj literaturi objavljivati sve veći broj publikacija o potrebi pravilnog educiranja kroničnih bolesnika (Budak, 1959; Franović, 1975; Jajić i Krapac, 1977). Cijeli proces uključivanja bolesnika u edukaciju i u vlastito liječenje usmjeren je na potrebu da bolesnik shvati stanje u kojem se nalazi i da surađuje u liječenju i rehabilitaciji (Sabol, 1968; Blažević, 1974; Nola i Maričić, 1974).

Uspjeh zdravstveno-odgojnih intervjua ovisi o pedagoškoj naobrazbi defektologa i ostalih stručnjaka koji provode takvu djelatnost (liječnik, medicinske sestre,

socijalni radnik i dr.) (Schilling, 1975; Spencer, 1969).

Osobe koje nemaju dobru pedagošku edukaciju, a provode rehabilitaciju bolesnika s rakom, teško će u svom radu, gdje je ta komponenta veoma značajna, postići pun uspjeh. Više nego ikada, današnji pacijenti su načitaniji, naučeni primati objašnjenja i zainteresirani su za svoje zdravlje (Caplan, 1973). Međutim, njihova informiranost može biti nedostatna, a stavovi prema bolesti i oštećenju pogrešni (Kovačević i sur., 1978).

To je pogotovo uočljivo kod bolesnika koji su oboljeli od raka i koji su suočeni ne samo patofiziološkim napadom bolesti na organizam nego i s nizom krivih stavova i psiholoških problema s obzirom na reputaciju maligne bolesti, visoke smrtnosti i straha od smrti (Licul, Sabol, Ljubin, 1970; Levine i Garrett, 1962).

U toku rehabilitacije bolesnika koji boluju od malignih tumora, može se stručno vođenim programom i razmatranjem činjenica pružiti suptilnim metodskim postupcima bolesniku NADA koja može savladati strah.

Jedna od značajnih tekovina u medicini iza drugog svjetskog rata je uvođenje timskog pristupa u rehabilitaciju i u liječenje. Uz medicinare udružuju se stručnjaci različitih disciplina; psiholozi, sociolozi, defektolozi, pravnici, socijalni radnici, fizioterapeuti, ekonomisti koji timskim radom ili konzultacijama svojim stručnim znanjem djeluju u rješavanju sveukupnih problema koje donosi oštećenje ili invalidnost.

Defektolozi koji rade u zdravstvu s kroničnim bolesnicima i invalidnim osobama imaju u takvom radu značajnu ulogu. Razlog za to je njihova pedagoška, psihološka i medicinska edukacija u toku studija.

LITERATURA

1. Blažević, D.: Mentalna higijena i rak. Libri oncol. 1974. 3/3:149-154.
2. Brody, E. Jane: You Fight Cancer and Win. Mc Graw-Hill Book Co. New York. 1977 (256-291).
3. Budak, J.: Rehabilitacija kod kronične reumatske upale zglobova. Reumatizam. 6:44, 1959.
4. Caplan, R. M.: Educating your patient, Arch. Dermatol. (1973) 107:837-842.
5. Diller, L., et coll. Demonstration of benefits of early identification of psychosocial problems and early intervention toward rehabilitation of cancer patients. Final Report, New York University Medical Rehabilitation R T Center No. I, March 1979.
6. Franović, A.: Motiviranost i rehabilitacija. Med.Jad., (1877) Vol VII No 3-4 (408-411).
7. Garrett, F.J.; Levine, S.E.: Psychological Practices with the Physically Disabled. (1962) Columbia University Press, London, New York.
8. Gengerelli, J., Kirkener, F., The psychological variables in human cancer. Berkeley, Calif. University of California press. 1954.
9. Healey, J.E. Jr, Villanueva, R., Cancer of the Breast: The role of Rehabilitation Medicine. Rehabilitation of the Cancer Patient. Year Book Medical publishers, Inc. Chicago Proceedings of the Ann. Clinical Conferences on Cancer at M.D. Anderson Hospital. 1970 (191-201).
10. Holland, J.: Understanding the Cancer Patient. 1980. Ca - A Cancer Journal for clinicians. Vol 30 No. 2.
11. Jajić, I., Krapac, L.: Zdravstveno prosvjećivanje reumatskih bolesnika. Med. Jad., (1977) Vol IX No 3-4, (262-264).
12. Jovičić, B.: Mentalno-higijenski pristup bolesnicima od malignih oboljenja. Medicinska revija, 1/76. 115-117.
13. Kovačević, V., Novosel, M., Stančić, V., Vrbanić, V.: Utjecaj socijalnog statusa i informiranosti na stavove radnika prema osobama sa somatopsihičkim oštećenjima. Istraživanja na području defektologije, Fakultet za defektologiju. Zagreb, 1978 (341-349).
14. Licul, F., Sabol, R., Ljubin, Č.: Rehabilitacija bolesnika s malignim tumorima. Anali Bolnice dr Ml. Stojanović, 1970. 9:147-159.
15. Maričić, Ž., Nola, P., Keros, P., Smud, K., Ferber, D.: Kako sebi pomoći. Središnji institut za tumore i slične bolesti u Zagrebu (1973).
16. Momirović, K.; Kovačević, V.: Evaluacija dijagnostičkih metoda, (1970). Vjesnik, Zagreb.
17. Morris, T. Greer, S.H; White, P.: Psychological and Social Adjustment to Mastectomy. Cancer, 40: 2381-2387, 1977.
18. Nola, P., Maričić, Ž.: Rehabilitacija oboljelih od raka dojke u Središnjem institutu za tumore i slične bolesti. Libri oncol., 1974. 3/3: 241-245.
19. Rusk, H.A., Rehabilitation Medicine. The C.V. Mosby Company. New York, 1973.
20. Sabol, R.: Problemi rehabilitacije mastektomiranih žena. Zbornik radova II Kongresa kancerologa Jugoslavije. Vrnjačka Banja. 1967. (150-153).
21. Schilling F.: Spondylitis ankylopoetica, u knjizi Morbus Bechterew, izd. W. Mandrich, Wien. 1975 (21-28).

22. Spencer, W. A.: Changes in methods and relationships necessary within rehabilitation, (1969) Arch. Phys. Med., 50: 556-563.
23. Stančić, V.: Zbirka rasprava i referata iz područja psihologije odgoja, obrazovanja i rehabilitacije osoba sa somatopsihičkim oštećenjima, Fakultet za defektologiju, Zagreb, 1977.
24. Switzer, E. M.: Rehabilitation - An Act of Faith. Rehabilitation of the Cancer Patient. Year Book Medical publishers Inc. Chicago. Proceedings of the Ann. Clinical Conferenes on Cancer At M.D. Anderson Hospital. 1970 (9-19).

SOME ASPECTS OF SPECIAL EDUCATORS' WORK IN REHABILITATION OF PERSONS SUFFERING FROM CANCER

Summary

The author interprets the medical terminology of malign affections and the meaning of the term cancer for the general public. She describes the achievements of treating cancer from the first till the eight decades of the 20 century. Considering the successes in contempoarry and need of rehabilitation, her own category of the treated and the cured patients was presented as well as the psychic burden of patients suffering from cancer.

The term, „Psychic resistance“ against cancer and long survival of such patients was also presented.

In the chapter on the application of the defectological patern of rehabilitation of cancer patients, according to her own division, the author determines the scale of the modality of attitudes which the patients should attain to be able to resist the illness as much as possible.

Further the application of certain pedagogic principles in defectological rehabilitation was described more detailed. These are:

- 1/ The principle of explaining the aim,
- 2/ The principle of individual approach,
- 3/ The principle of experience,
- 4/ The principle of motivity and conscious activity,
- 5/ The principle of adequacy systematism, and
- 6/ The principle of socialization.

In the course of the discussion, the numerous inscriptions in medical and rehabilitational literature were reviewed. Reviewed, also, was the necessity of education during the treatment of chronic patients as well as cancer patients. In order to conceive a complex care for the patient, a necessity arises to know more about the personality of the patient and about his life, and not only of the process of the disease.

Emphasis has been laid on the pedagogic education of the persons taking part in the rehabilitation of the patients.