

REHABILITACIJSKI POSTUPCI U TRANSFORMACIJI PONAŠANJA OSOBA S MALIGNIM NEOPLAZMAMA

Ruža Sabol

Središnji institut za tumore
i slične bolesti, Zagreb

Marija Novosel
Nikola Soldo

Fakultet za defektologiju
Sveučilišta u Zagrebu

Originalni znanstveni članak
UDK: 376.2

SAŽETAK

Maligne neoplazme napadaju sve organe i organske sisteme čovjeka od najranije životne dobi do duboke starosti. Dijagnoza rak izaziva kod oboljelih snažnu psihičku reakciju, a radikalne operacije opsežan mutilitet tijela. U liječenju malignih neoplazmi ne posvećuje se dovoljno pažnje psihoterapeutskom, psihopedagoškim i psihosocijalnim aspektima tog oboljenja. U Zavodu za defektologiju Fakulteta za defektologiju, Zagreb i Središnjem institutu za tumore i slične bolesti, Zagreb započeo je 1982. godine projekt "Evaluacija selektivnih rehabilitacijskih i psihopedagoških pristupa u osposobljavanju oboljelih od malignih bolesti". Zadatak projekta bio je da se istraže utjecaji specijalnih rehabilitacijskih procedura kod bolesnika koji se liječe od raka na poboljšanje psihofizičkih funkcija i unapređenje kvalitete života s ciljem jačanja organizma u borbi protiv maligne bolesti.

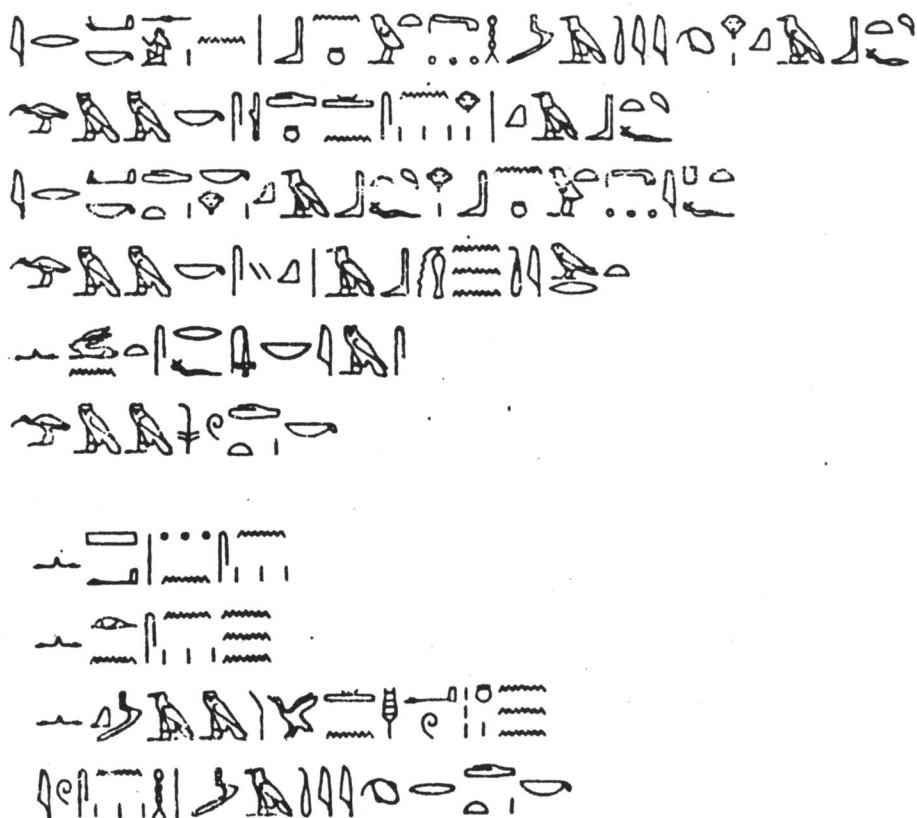
U ovom materijalu prikazuje se opširno metodologija rada na ovom projektu kod bolesnika triju lokalizacija raka: maligne neoplazme dojke, maligni tumori rektuma i ginekološki karcinomi. Taj rad predstavlja uvodni materijal za radove koji su tiskani nakon ovoga u ovom časopisu, a prikazani su na Znanstvenom skupu Fakulteta za defektologiju u Zagrebu: "Istraživanja na području defektologije - III".

1. UVOD

Maligne neoplazme predstavljaju skupinu progresivnih malignih bolesti koje se zajedničkim imenom nazivaju rak. Danas se smatra da postoje oko dvije stotine različitih malignih oboljenja koja se mogu svrstati pod maligne neoplazme.

Karakteristično je za maligne neoplazme da napadaju čovječji organizam u svakoj životnoj dobi od rođenja do duboke starosti, premda je najugroženija životna skupina i u žena i u muškaraca zrelija životna dob.

Posljednjih godina primijećeno je svuda u svijetu sve više oboljelih od raka. Od raka oboli svaka treća žena i svaki četvrti muškarac, a svaki peti stanovnik Zemlje umire od te bolesti (Brody i Holleb, 1977a). Iako se masovnost oboljenja od raka definiše kao pošast industrijskog potrošačkog društva (Boranić, 1981), pisane podatke o raku imamo već iz doba starih civilizacija. Hijeroglifi iz "Smithovog papirusa" opisuju rak dojke, usne šupljine i ginekoloških organa (Ray i Baum, 1985), (slika 1).



Slika 1.

PAPYRUS D'EDWIN SMITH

AKO PREGLEDAVAŠ OSOBU KOJA IMA TUMOR DOJKE I AKO NAĐEŠ DA JE OTI-CANJE ZAHVATILO DOJKU, AKO POLOŽIŠ RUKU NA TAJ TUMOR I AKO USTANOVIŠ DA JE HLADAN, BEZ TEMPERATURE, BEZ GRANULACIJA I LIKVIDNIH FORMACIJA I DA JE POD RUKOM TVRD, TA OSOBA JE OBOLJELA OD TUMORA. NEMA VIŠE LI-JEKA.

IF YOU EXAMINE A PERSON WITH BREAST TUMOR AND FIND THAT THE SWELLING HAS SPREAD THROUGHOUT THE BREAST, IF YOU PLACE YOUR HAND ON THAT TUMOR AND IF YOU FIND IT IS COLD, WITHOUT A RAISED TEMPERATURE, WITHOUT GRANULATION AND LIQUID FORMATIONS AND THAT IT IS HARD TO THE TOUCH, THAT PERSONS HAS S TU-MOR. THERE IS NO MORE HELP.

Statistike iz prvih desetljeća ovog stoljeća pokazivale su da je samo malen broj oboljelih od raka ozdravio, i to zbog rano izvedenog operativnog zahvata ili sponzane remisije raka. Obično je smrt nastupila unutar godine dana. Dijagnoza "rak" prouzrokuje više straha i tjeskobe nego gotovo sve druge bolesti zajedno. Za većinu ljudi rak znači protražiranu patnju i bol (Healey, 1970). Još i danas za needuciranu sredinu rak je sinonim za smrt (Diller i sur., 1980). Intencija suvremene medicine je uklanjanje ukorijenjenog straha prema raku, jer bi se na takav način mogli postići češći dolasci na kontrole zdravstvenog stanja stanovništva, a to bi dovelo do ranijeg otkrivanja raka (Maričić, 1982). Nakon drugog svjetskog rata kod medicinskih stručnjaka interes za rak je izbio na prvo mjesto, a uslijed masovnosti oboljenja i psihosocijalnih implikacija koju bolest inducira, rak dobiva i širu socijalnu dimenziju (Rusk, 1973). Razlog za to su efikasnije mogućnosti liječenja te bolesti i velika smrtnost od malignih neoplazmi.

Među uzrocima smrti maligne bolesti su na drugom mjestu odmah iza kardiovaskularnih oboljenja (Bagović, 1982). Mobilizacijom stanovništva na prevenciji i ranom otkrivanju raka prilazi se ranim i efikasnim operativnim zahvatima (npr. kaniotomija kod raka grlića maternice) pa je i rezultat broj ozdravljenja veći (Bačić i sur., 1972).

Uvođenjem kemoterapeutika prije 15-ak godina medicina je dobila, uz kirurške zahvate i radioterapiju, još jedno efikasno sredstvo za borbu protiv raka (Licul, Sabol i Ljubin, 1970). Danas kombiniranim liječenjem i kod primarnih i kod metastatskih tumora postižu se efikasne i dugotrajne remisije maligniteta, a kod nastupa ponovne invazije malignosti, nastavkom terapije postiže se ponovno remisija. Oko sedmog de-

setljeća ovog stoljeća jedna trećina svih oboljelih od raka ozdravljuje, a postotak preživljavanja 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 što im omogućava život u obiteljskoj i socijalnoj sredini (Padovan, 1974; Špoljar, 1974; Sabol, 1985).

Ako se daje prikaz liječenih bolesnika prema razinama uspjeha liječenja, a s aspekta potreba rehabilitacije, tada se dobivaju ove kategorije (Sabol, 1981):

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 dekursusom, koji ne reagira na iradijaciju terapiju, kemoterapiju ili hormonalnu terapiju.

U tako promijenjenim uvjetima s obzirom na mogućnost izlječenja i većeg preživljavanja, rehabilitacija je zauzela specifično i značajno mjesto u liječenju malignih bolesti, jer pokriva osim fizikalne restauracije i šire psihološko i socijalno područje bolesnikova života (Switzer, 1972; Brody i Holleb, 1977b).

S obzirom na nepoznatu etiologiju malignih bolesti, a u sklopu aktivacije psihanalitičkog pristupa čovječjoj ličnosti koja se ponovno počela razvijati u 20. stoljeću, počinje se kod nastanka malignih bolesti pomišljati na psihosomatske faktore (Cooper, 1984; Krizmanić i sur., 1986). Groddeck, 1920. pokušava tumačiti, rak kao "abreagiranje" ili "acting out" dubokih

frustracija na somatskom planu, a Evans 1926. naglašava važnost gubitka emocionalno važnog objekta i internalizaciju energije koja se time oslobodila. U tzv. drugom zamahu, tj. početkom 70-ih godina očekivalo se od psihosomatskog pristupa da će iznalaženje psihosocijalnih faktora kao mogućih aktivatora postanka malignih bolesti smanjiti odnosno prevenirati rak ili da će se barem doći do ranije dijagnoze odnosno ranijeg otkrivanja raka (prema Boranić, 1979).

Postoji velika skupina autora koji su pobornici psihosomatske teorije postanka malignih bolesti (Engel i Schmale, 1975; Baltrusch i Waltz, 1986). Ta skupina autora naglašava da u genezi pojedinih bolesti, pa tako i kod malignih, ne sudjeluju samo oni činioci koje možemo otkriti i dijagnosticirati raznim biokemijskim, mikrobiološkim i drugim egzaktnim metodama laboratorijske dijagnostike već treba uzeti u obzir i ostale mehanizme ljudskog bića u njegovu psihosocijalnom totalitetu. Utjecaj tih mehanizama liječnik često naslućuje, gdje kad je i uvjeren da ga iskustvo i intuicija ne varaju, ali ne postoje metode kojima bi se ta impresija dala objektivno i egzaktno dokazati (Le Shan, 1966; Boranić, 1985).

Dugogodišnja iskustva u području rehabilitacije oboljelih i povrijeđenih osoba pokazala su da su trajni pozitivni uspjesi bili postignuti jedino u slučajevima kada se uspostavila pozitivna psihološka komunikacija u toku rehabilitacije s osobama koje su bile podvrgnute procesu rehabilitacijskog postupka (Budak, 1959; Healey i Villanueva, 1970; Shontz, 1970).

Jednako tako se uvidjelo da ispravan odnos i liječnika i drugog zdravstvenog osoblja doprinosi općem boljem stanju bolesnika za vrijeme boravka u bolnici i poslije ot-

pusta u kontinuiranom liječenju (Roth, 1981; Rosch, 1984; Rudan, Nola i Sabol, 1983).

Psihološkoj rehabilitaciji bolesnika s rakom pridaje se posljednjih godina sve veće značenje jer se uviđa da u okviru kompleksne brige za bolesnika te mjere imaju pozitivno djelovanje (Blažević, 1974; Sabol, 1967; Holland, 1980).

U toku posljednjih deset godina pokušavaju se bilo sporadički bilo organizirano provoditi psihoterapeutske postupci kao adjuvans bilo optimalnom kirurškom zahvatu, iradijaciji ili kemoterapiji i kod bolesnika s malignim neoplazmama (Vegelj–Pirc, 1982).

Neovisno o pozitivnoj psihološkoj komunikaciji s bolesnikom koji boluje od maligne neoplazme u toku liječenja, uvidjelo se dugotrajnim praćenjem pojedinih bolesnika da se neki s uspjehom liječe, da se uspjevaju odvrati bolesti i ostati živi i produktivni niz godina, iako bi prema medicinskom nalazu trebali završiti egzistencijom, dok drugi s jednakom kliničkom slikom umiru (Cobb, 1970). Ti fenomeni nisu do danas objašnjeni, a nazivaju se "psihološka rezistencija prema raku", "volja za životom" ili "borbeni duh" (Gengerelli i Kirkener, 1954).

Poznato je također da bolesnici koji imaju pozitivan odnos prema liječenju, liječnicima kao i prema zdravstvenom osoblju brže ozdravljaju.

Zbog svih tih faktora liječenje osoba operativnim putem, iradijacijom, kemoterapijom i imunoterapijom treba biti upotrijebljeno brigom za tog čovjeka u psihičkom i somatskom smislu, a za bolju kvalitetu njegova života.

Taj kompleksni posao zajedničkim smenom imenom prozvali rehabilitacija, a uključuje

medicinsku komponentu i psihosocijalnu defektološku komponentu.

U Središnjem institutu za tumore i slične bolesti u Zagrebu 1979. godine osnovana je Služba za rehabilitaciju sa zadatkom da djeluje u više pravaca:

Psihopedagoško—defektološki: sa svrhom da osigura psihološku pomoć pacijentima i njihovim obiteljima da se adaptiraju na život u toku i nakon liječenja od zloćudne bolesti.

Medicinski: a) preventivno — prije operativnih, iradijacijskih ili kemoterapeutskih zahvata da se smanje oštećenja, b) restaurativno — da se ponovno uspostave funkcije oštećenih organa koje su nastale kao posljedica malignog procesa ili liječenja tog procesa, c) suportivno — da odgovarajućim rehabilitacijskim postupcima svede invaliditet na manji obim kod osoba gdje bolest traje, d) palijativno — da se smanje neke komplikacije koje nastupaju kod progredirajućih stanja.

Godine 1981. postavili smo "defektološki model rehabilitacije bolesnika s rakom" koji je rezultirao metodologijom rada na tom području (Sabol, 1981). Zavod za defektologiju Fakulteta za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu u suradnji s Središnjim institutom za tumore i slične bolesti u Zagrebu 1982. godine počeli su rad na projektu "Evaluacija selektivnih rehabilitacijskih i psihopedagoških pristupa u ospobljavanju oboljelih od malignih neoplazmi". Intencija projekta bila je evaluirati te metode u rehabilitaciji oboljelih od malignih tumora kroz prizmu znanja, stavova i neurotizma.

2. PROBLEM

Tokom primarnog liječenja malignih tumora ne posvećuje se dovoljno pažnje psihoterapeutskim pristupima ovim bolesnici-

ma. Zbog toga velik dio bolesnika koji bi se vjerojatno mogli uspješnije rehabilitirati ostaju u stanju psihičke depresije i tjeskobe. Između ostalog problem je u nedostatku:

1. Informiranja o realnom stanju bolesti, njenim posljedicama i mogućnostima rehabilitacije;

2. Omogućavanja takvom pacijentu da prihvati svoje stanje, da se suoči s eventualnim invaliditetom koji bolest prouzrokuje, kao i problemima u porodičnom i profesionalnom životu;

3. Usmjeravanja na bolje aspekte kvaliteta života.

Zbog svega toga postavili smo ove ciljeve:

3. CILJEVI

1. Ispitati stavove o malignim neoplazmama medicinskog osoblja koje tretira bolesnike s rakom;

2. Ispitati stavove o malignim neoplazmama pacijenata koji se liječe od raka;

3. Utvrditi stupanj neurotizma pacijenata koji se liječe od malignih neoplazmi;

4. Ispitati stupanj znanja o malignim neoplazmama pacijenata koji se liječe od raka;

5. Ispitati utjecaj psihopedagoških i rehabilitacijskih postupaka kod pacijenata na:

a) stavove o malignim neoplazmama,

b) neurotizam,

c) znanje o posljedicama bolesti i mogućnostima rehabilitacije.

4. HIPOTEZE

1. Primjena posebnih psihopedagoških i rehabilitacijskih pristupa u radu s pacijentima koji se liječe od maligne neoplazme nema reperkusije na njihove stavove o tim bolestima;

2. Primjena posebnih psihopedagoških i rehabilitacijskih pristupa u radu s pacijentima koji se liječe od maligne neoplazme nema reperkusije na njihovo znanje o tim bolestima;

3. Stupanj neurotizma poslije operacije, provedenog liječenja i rehabilitacijskog programa neće se promijeniti u odnosu na stanje prije operacije.

5. METODE RADA

5.1 Uzorci ispitanika

S obzirom da smo ispitivali dvije populacije, pacijente i medicinsko osoblje u okviru Središnjeg instituta za tumore i slične bolesti u Zagrebu (SIT), uzorci su bili formirani na ovaj način:

5.1.1 Uzorci pacijenata

Ispitivanjem su obuhvaćeni pacijenti sa šireg područja Zagreba primljeni u toku 1982–1985. godine u SIT.

S obzirom na specifičnost ispitivanja nismo mogli vršiti odabir osnovnog uzorka jednostavnim slučajnim izborom već je uzorak bio prigodan. Stratifikacija uzorka bila je izvršena u tri osnovne grupe prema vrsti maligne neoplazme:

- a) pacijentice koje boluju od raka dojke (N=31)
- b) pacijenti koji boluju od malignog tumora rektuma (N=27)
- c) pacijentice koje boluju od gineološkog karcinoma (N=30).

Prvim ispitivanjem bilo je obuhvaćeno 120 pacijenata. Kod izvjesnog broja pacijenata za vrijeme operacije pokazalo se da su tumor negativni, a izvjestan broj se nije odazvao na drugo ispitivanje (retest) te konačni uzorak broji 88 ispitanika.

Budući da starije osobe obolijevaju češće od raka nego mlađa populacija, htjeli

smo saznati razlike u stavovima između mlađih i starijih pacijenata. U tu svrhu formirali smo dva prigodna uzorka pacijenata s različitim vrstama malignih neoplazmi kod kojih smo primijenili samo Upitnik o općim stavovima P₁, a to su:

- 1) pacijenti između 25 i 64 godine starosti (N=29)
- 2) pacijenti između 65 i 82 godine starosti (N=53).

5.1.2 Uzorci medicinskog osoblja

Uzorci medicinskog osoblja sastojali su se od 37 liječnika i 67 medicinskih sestara i tehničara i drugog medicinskog osoblja koji rade s pacijentima u SIT-u.

5.2 Varijable

Na svim uzorcima pacijenata primijenjeno je više skupina varijabli koje intencionalno ispituju ova područja:

1. Opći stavovi o malignim neoplazmama
2. Stavovi o sebi i bolesti
3. Stavovi o izliječenju i životu nakon toga
4. Percepcija stavova porodice i prijatelja
5. Stavovi prema radnoj sposobnosti
6. Stavovi prema medicinskom osoblju
7. Socioekonomski status.

Na osnovnim uzorcima pacijenata (uzorci a, b, c) primijenjene su i varijable koje intencionalno ispituju:

1. Znanje o posljedicama bolesti i mogućnostima rehabilitacije (za svaki uzorak specifične varijable)
2. Neurotizam.

Na uzorcima medicinskog osoblja primijenjene su varijable s intencijom ispitivanja stavova o malignim neoplazmama.

5.3 Mjerni instrumenti

a) Upitnik za ispitivanje stavova medicinskog osoblja prema malignim neoplazmama (P)

b) Upitnik za ispitivanje stavova prema raku i socioekonomskog statusa pacijenata s malignim neoplazmama (P_1)

c) Upitnici za ispitivanje znanja pacijenata o posljedicama bolesti i mogućnostima rehabilitacije (posebno za pacijentice s rakom dojke (P_{1D}), pacijentice s ginekološkim karcinomom (P_{1M}) i pacijente s rakom rektuma (P_{1C}).

d) Upitnik za ispitivanje neurotizma (Cornell index forma N_4) (Weider i sur. 1970).

Upitnici za ispitivanje stavova i znanja konstruirani su tako što su na osnovi prve verzije izvršena pretestiranja na 22 pacijenta. Nakon analize dobivenih podataka i stečenih iskustava sačinjene su druge verzije upitnika. S tim verzijama izvršeno je pilot—ispitivanje s 42 pacijenta koja su zajednički ispitali svi članovi istraživačke ekipe radi edukacije. Ispitanici iz pretesta i pilot—ispitivanja nisu ušli u definitivni uzorak.

5.4 Program rehabilitacijskih i psihopedagoških postupaka

Nakon operativnog zahvata s pacijentima su se provodili programi rehabilitacijskih i psihopedagoških postupaka koji su bili specifični za svaki uzorak, a to su:

a) Rogersova tehnika intervjua. To je psihodijagnostička i psihoterapeutska tehnika koja ima svrhu odražavanja emocija. Tom tehnikom pomaže se pacijentima koji su se sukobili s novonastalom situacijom da se "lakše nose sa svojim egom" koji je zbog raka ugrožen i na taj način svladavaju svoje psihičke teškoće (Rodžers, 1985);

b) Individualni tretman. Provodi se kod pacijenata prije grupnog tretmana s intencijom lakšeg komuniciranja u toku rehabilitacije i liječenja kako s medicinskim osobljem tako i s ostalim pacijentima. U individualni tretman prema potrebi se uključuju bračni drugovi ili bliski članovi obitelji. Kod pacijenata koji u toku postoperativnog perioda ispoljavaju neprihvatljivost sudjelovanja u diskusijama individualni tretman provodi se u kombinaciji s grupnim;

c) Grupni tretman. Provodi se s ciljem promjene stavova i stjecanja znanja o raku uz korištenje specifičnih audiovizualnih sredstava. Grupnim tretmanom ohrabivalo se bolesnike da sudjeluju u diskusijama i na taj se način aktivno uključuju u proces liječenja. Pacijenti se svrstavaju u grupe prema vrsti maligne neoplazme (pacijentice s rakom dojke i pacijentice s ginekološkim rakom), a pacijenti s rakom rektuma svrstavani su u grupe prema spolu. Taj tretman odvijao se putem predavanja, a iniciraju se diskusije o vrsti protetskih i ortodskih pomagala i mogućnostima nabave. Pacijente se informira o pravima iz zdravstvenog osiguranja oboljelih, eventualnoj promjeni radnog mjesta i slično;

d) Tehnika kineziterapijskih vježbi provodi se individualno kod pacijentica s rakom dojke, ginekološkim karcinomom i pacijenata s malignim tumorom rektuma od drugog postoperativnog dana. Osmog postoperativnog dana pacijentice s rakom dojke uključene su u grupni kineziterapeutski tretman u dvorani za fizikalnu terapiju. Kod pacijentica s ginekološkim karcinomom i pacijenata s malignim tumorom rektuma provode s individualne vježbe u bolesničkim sobama. Ovisno o oporavku poslije operacije pacijenti su uključivani u grupni kineziterapeutski program.

5.5 Način provođenja ispitivanja

Nakon primitka na bolnički odjel u istraživanje su bili uključeni pacijenti kod kojih je postavljena indikacija za operativno liječenje. Prema lokalizaciji malignog tumora to su bile pacijentice s rakom dojke, pacijenti s malignim tumorom rektuma, pacijentice s ginekološkim karcinomom. Prije prvog testiranja sa svakim je pacijentom i pacijenticom učinjen intervju. U tom intervjuu pacijenti su bili upoznati sa svrhom našeg istraživanja. Dali su im upute za popunjavanje Upitnika o općim stavovima (P_1), Upitnika o znanju pacijenata o psihofizičkim funkcijama koje su svrsishodne za borbu protiv malignih neoplazmi (P_{1D} , P_{1C} i P_{1M} , tj. specifični upitnici) i Testa za ispitivanje neurotizma. Od pacijenata je traženo da na svaki test upišu ime i prezime, a anketar je upisao matični broj. Također im je objašnjeno da su upitnici dio medicinske dokumentacije, a nakon statističke obrade bit će korišteni za unapređenje liječenja. Dok je opći upitnik i test za neurotizam bio jednak za sve pacijente, specifični upitnici (P_{1D} , P_{1C} , P_{1M}) bili su sastavljeni prema lokalizaciji malignog tumora. Specifični upitnik o znanju pacijentice s rakom dojke bio je sastavljen tako da su pacijentice imale izbor odgovora na više pitanja, a okružile su onaj za koji im se činilo da je točan. Pacijentice s ginekološkim karcinomom i pacijenti s malignim tumorom rektuma mogli su odgovoriti na pitanje s "da", "ne znam" i "ne". Test za ispitivanje neurotizma sadržavao je odgovore na pitanja: "točno" i "netočno". Anketar je cijelo vrijeme ispitivanja bio u blizini pacijenata kako bi mogao pomoći u slučaju nerazumijevanja ili nejasnoće. Pitanje su morali pojasniti tako da ne sugeriraju odgovor. Anketari su bili defektolozi i medicinsko osoblje koji su prethodno bili

educirani za pravilno provođenje testiranja.

Program rehabilitacijskih i psihopedagoških metoda kod pacijentica s rakom dojke najčešće je počinjao drugi postoperativni dan stavljanjem ruke na strani amputirane dojke u korektivni položaj i kineziterapijskim vježbama. Kod pacijentica s ginekološkim karcinomom i pacijenata kod kojih je učinjena amputacija rektuma i formirana kolostoma rehabilitacijski tretman započinjao je vježbama disanja i statičkim kontrakcijama miškulature.

Grupni kineziterapeutski program počinjao je, u prostorijama fizioterapije 7. do 10. postoperativni dan.

Psihološka podrška pacijentima počela je postepeno prema situaciji koju je diktirao oporavak nakon operacije. Taj rad odvijao se individualno. Pružala se pomoć u prihvaćanju realnog stanja nastalog nakon amputacije dojke, maternice i rektuma. To se provodilo defektološkim intervjuima i Rogersovom tehnikom psihoterapije. Projekcijama dijapozitiva objašnjavale su se anatomske strukture organa koji su zahvaćeni malignim procesom i promjene koje je operativni zahvat kod njih prouzročio. Provodile su se praktične demonstracije proteza (umjetnih dojki), odjeće; specijalni gradnjaci sa širim naramenicama s posebnim džepićima za umetanje umjetne dojke u grudnjake, specijalno dizajnirani i prilagođeni kupaći kostimi (Vrcić—Kiseljak i sur. 1984; Srzić i Sabol, 1984). Kod pacijenata kod kojih je formirana kolostoma na prednjoj trbušnoj stijenci demonstrirani su receptakulumi — vrećice za sakupljanje crijevnog sadržaja. Pacijenti su bili educirani o njezi kože oko kolostome, aplikaciji vrećica na kolostomu, o higijeni održavanja kolostome nakon povratka kući. U tu vrstu edukacije bili su u slučaju potrebe uključivani i članovi porodice, najčešće

bračni drug ili odrasla djeca pacijenta (Sabol i Vukšić, 1985). Taj dio rehabilitacijskog programa odvijao se ovisno o obrazovnoj razini pacijenata, života u urbanoj ili ruralnoj sredini, brzini prilagodavanja na stres koji je izazvalo saznanje promjene body images formiranjem kolostome.

Kod pacijenata koji su se teže suočavali sa saznanjem da boluju od teške bolesti i istinom gubitka jednog od značajnih organa čovječjeg tijela bilo je uključeno više seansi (Sabol i sur. 1984; Kartelo i Sabol, 1985). Obično je bilo dovoljno 10–15 seansi psihoterapijske i psihopedagoške pomoći.

Nakon završenog primarnog liječenja i kompletnog rehabilitacijskog programa, pacijenti su bili pozvani na retestiranje. U toku retestiranja ponovno su ispunili upitnike o stavovima i socioekonomskom statusu, specifični upitnik i upitnik za neurotizam. Kontrolni test provodio se 1–2 mjeseca iza primarnog liječenja, a pacijenti su bili pozivani pismeno ili su se prema dogovoru javljali službi za rehabilitaciju tokom kontrole zdravstvenog stanja kod onkologa, u ambulantno–polikliničkoj službi SIT-a.

Zbog poznate negativne psihičke reakcije na riječ "rak" koja se ispoljava kod ljudi taj naziv nijednom nije bio spomenut za vrijeme psihopedagoškog, psihoterapeutskog ili okupacionog terapeutskog tretmana kao i za vrijeme svih intervjua s pacijentima, prije i poslije testiranja. Riječ "rak" bila je zamijenjena najčešće s terminom "vaša bolest", "bolest koju kod vas liječimo", "stanje nakon vaše bolesti zbog koje ste operirani" i slično. Da li će pacijentu biti saopćena dijagnoza "rak" prepušteno je liječniku onkologu koji je pacijenta operirao.

5.6 Metode obrade podataka

Obrada podataka izvršena je u Sveučilišnom računskom centru SRCE u Zagrebu.

Za sve varijable izračunati su osnovni statistički parametri. Verifikacija hipoteza o značajnosti razlika između test i retest situacije izvršena je uz primjenu programa analize varijance i diskriminativne analize (Cooley and Lohnes, 1971).

5.7 Rezultati

Kako su se završavali pojedini zadaci projekta, rezultate smo referirali i objavljivali na znanstvenim skupovima u zemlji i inozemstvu. To su:

1. Novosel, M., Sabol, R. i Vrcić–Kiseljak, Lj. (1983): Utjecaj oboljenja od raka na socijalnu i obiteljsku integraciju, *Defektologija*, 19, 1–2:95–102.

2. Novosel, M., Sabol, R., Maričić, Ž. i Krajšić–Medeši, D. (1986): Mišljenja medicinskog osoblja o odnosu prema bolesnicima oboljelim od malignih neoplazmi. *Libri oncologici*, 15,3:119–113.

3. Sabol, R., Novosel, M. i Tiška–Rudman, Lj. (1985): Comparison of Attitudes Towards Cancer Among Younger and Elderly Persons. (U tisku: *Proceedings of the 6th International Symposium on Biobehavioral Oncology, Update 85*. Zaragoza), 15 strana.

4. Sabol, R., Novosel, M. i Juzbašić, S.: Nevrotičnost oseb s kolostomo po operaciji malignega tumorja rektuma in po rehabilitacijsekm postopku. (U tisku: *Zdravstveni vestnik*), 13 strana.

5. Sabol, R., Novosel, M. i Maričić, Ž.: Neurosis in Women with Breast Cancer before and after Surgery and Rehabilitation. (U tisku: *Collegium Antropologicum* 11, 1, 1987), 13 strana.

6. Sabol, R., Novosel, M., Maričić, Ž. i Tiška–Rudman, Lj.: Comparison of Attitudes Towards some Aspects of Life Between Older Patients Treated for Cancer and the Medical Staff. (U tisku: Collegium Antropologicum 11, 1, 1987)

Navedeni projekat je završen, a dio rezultata prezentirat će se na ovom znanstvenom skupu ovim radovima:

1. Novosel, M., Sabol, R., Krušić, J., Kartelo, G. i Nikolić, B.: Psihopedagoški tretman u funkciji promjene znanja žena koje se liječe od ginekološkog karcinoma.

2. Novosel, M., Sabol, R., Krušić, J. i Nikolić, B.: Neurotizam kod žena s ginekološkim karcinomom prije i poslije operacije.

3. Soldo, N., Sabol, R., Nikolić, B. i Rudan, N.: Evaluacija uspješnosti rehabili-

tacijskog tretmana u stjecanju znanja za poboljšanje kvalitete života žena s mastektomijom.

4. Prstačić, M., Soldo, N. i Sabol, R.: Defektološka rehabilitacija u funkciji promjene nekih stavova žena s rakom dojke.

5. Joković–Turalija, I., Soldo, N., Sabol, R. i Juzbašić, S.: Defektološka rehabilitacija osoba koje se liječe od malignog tumora rektuma u funkciji promjene percepcije stavova obitelji i prijatelja prema tim osobama.

Kako je problematika svim tim radovima zajednička, a zbog racionalizacije prostora, u njima se neće opširno razrađivati uvod, cilj, hipoteze i metodologija rada. U tom smislu ovaj rad ima karakter uvodnog – osnovnog materijala svim navedenim radovima.

LITERATURA

1. BAČIĆ, M.; BOLANČA, M.; JANKOVIĆ, B. i MILIČIĆ, D. (1972): Uloga zdravstvenog prosvjećivanja u ranom otkrivanju raka spolnih organa i dojki žena. *Libri oncologici*, 1015–1027.
2. BAGOVIĆ, P. (1982): Stanje onkologije u SR Hrvatskoj. U: 7. kongres liječnika Hrvatske. JUMENA, Zagreb, 2–10.
3. BALTRUSCH, H.J.F. and WALTZ, M.E. (1986): Cancer from Biobehavioral Perspective. In: 14th Intern. Cancer Congress – Budapest. Karger, Basel and Akademiai Kiado, Budapest, p. 546.
4. BLAŽEVIĆ, D. (1974): Mentalna higijena i rak. *Libri oncologici*, 3, 2:149–154.
5. BORANIĆ, M. (1979): Psihosomatska teorija raka. *Liječ. vjesnik*, 101:153–158.
6. BORANIĆ, M. (1981): Četvrti međunarodni simpozij o psihobiološkim, psihofiziološkim, psihosomatskim, psihosocijalnim i sociosomatskim aspektima neoplastičnih bolesti. *Liječ. vjesnik*, 103:400–403.
7. BORANIĆ, M. (1985): Simpozij o psihosomatskim aspektima raka. *Liječ. vjesnik*, 107:357–361.
8. BRODY, E.J. and HOLLEB, I.A. (1977a): *You Can Fight Cancer and Win*. Mc Graw Hill Book Co. New York, 6–16.
9. BRODY, E.J. and HOLLEB, I.A. (1977b): *You Can Fight Cancer and Win*. Mc Graw Hill Book Co. New York, 153–172.

10. BUDAČ, J. (1959): Rehabilitacija kod kronične reumatske upale zglobova. *Reumatizam*, 6:44–47.
11. COOB, B. (1970): Rak. U: LEVINE, E.S. i GARRET, J.F. (eds): Psihološka praksa s fizičkim invalidima (prijevod). Savezni odbor Saveza gluhih Jugoslavije. Beograd, 173–193.
12. COOLEY, W.W. and LOHNES, P.R. (1971): *Multivariate data analysis*. John Wiley and Sons, New York.
13. COOPER, C.L. (1984): *Psychosocial Stres and Cancer*. John Wiley and Sons, Chichester, 27–37.
14. DILLER, L. et Coll. (1980): *Psychosocial Rehabilitation of Cancer Patients*. *Rehab. Brief. Bringing Research into Effective Focus*, 3, 10:1–4.
15. ENGEL, G.L. and SCHMALE, A.H., Jr. (1975): Psychoanalytic theory of somatic disorder. Conversation, specificity, and disease onset situation. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 15:344–364.
16. GENGERELLI, J. and KIRKNER, F. (eds.) (1954): *The Psychological variables in Human cancer*. University of California Press, Berkley (Cal).
17. HEALEY, J.E., Jr. and VILLANUEVA, R. (1970): Cancer of the Breast. In: *Rehabilitation of the Cancer Patient*. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, 191–201.
18. HEALEY, J.E., Jr. (ed.) (1970): Ecology of the Cancer Patient. In: *Proceedings of Three Interdisciplinary Conferences on Rehabilitation of the Patients with Cancer*. The Interdisciplinary Communication Ass. Inc., Washington. D.C. 1–9.
19. HOLLAND, J. (1980): Understanding the Cancer Patient. *Ca—A Cancer Journal for Clinicians*, 30, 2:103–112.
20. KARTELO, G. i SABOL, R. (1985): Okupacijska terapija kroz rad defektologa kod bolesnika s rakom. U: *Njega i liječenje plućnih i onkoloških bolesnika u kući*. Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući. Zagreb, 53–54.
21. KRIZMANIĆ, M.; VIZEK, V.; KOLESARIĆ, V. i ARAMBAŠIĆ, L. (1986): Ispitivanja frekvencije intenziteta jakih emocionalnih doživljaja u osoba oboljelih od malignih bolesti i zdravih bolesnika. *Liječ. vjesnik* 108:123–126.
22. LE SHAN, L.L. (1966): An Emotional Life—history Patern Associated with Neoplastic Disease. *Ann. Ny Acad. Sci.*, 125:780–793.
23. LICUL, F.; SABOL, R. i LJUBIN, Č. (1970): Rehabilitacija bolesnika s malignim tumorima. *Anali Bolnice "Dr. M. Stojanović"* 9:147–159.
24. MARIČIĆ, Ž. (1982): Kronični onkološki bolesnik u terminalnom stadiju bolesti. U: 7. kongres liječnika Hrvatske, JUMENA, Zagreb, 206–208.
25. PADOVAN, I. (1974): Uvodna riječ predsjednika Izvršnog odbora za borbu protiv raka SRH. *Libri oncologici*, 3, 3:129–130
26. RAY, C. and BAUM, M. (1985): *Psychological Aspects of Early Breast Cancer*. Springer Vrl., New York.
27. RODŽERS, K.R. (1985): Kako postati ličnost (prijevod). *Nolit*, Beograd, 100:138.
28. ROTH, A. (1981): Suportivna terapija u bolesnika s rakom. *Libri oncologici*, 10, 4:371–79.

29. ROSCH, P.J.: (1984): Stress and Cancer. In: Cooper, C.L. (ed.): Psychosocial Stress and Cancer. John Wiley and Sons, New York, 3–21.
30. RUDAN, N.; NOLA, P. i SABOL, R. (1983): Rehabilitacija bolesnica s rakom dojke. Liječnički vjesnik, 105, 1:37–42.
31. RUSK, H.A. (1971): Rehabilitacija. Savez društava defektologa Jugoslavije. Beograd, 471–479.
32. SABOL, R. (1967): Problemi rehabilitacije mastektomiranih žena. U: Zbornik radova 2. kongresa kancerologa Jugoslavije – Vrnjačka Banja, Udruženje kancerologa Jugoslavije, Beograd, 150–153.
33. SABOL, R. (1981): Neki principi rada defektologa u rehabilitaciji osoba oboljelih od raka. Defektologija, 17, 1–2:93–102.
34. SABOL, R. (1985): Problemi kompleksne rehabilitacije bolesnika koji se liječe od raka. U: Zbornik radova 7. fizijatrijskih dana. Kanjiža, Savez lekarskih društava Jugoslavije, Beograd, 373–376.
35. SABOL, R. i VUKŠIĆ, M. (1985): Postoperativna rehabilitacija osoba s kolostomom. U: Njega i liječenje plućnih i onkoloških bolesnika u kući. Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući, Zagreb, 55–57.
36. SABOL, R., KARTELO, G., MAJKIĆ, M. i FABEKOVIĆ, E. (1984): Rehabilitacija oboljelih od raka. U: Sadašnjost i budućnost njege bolesnika u kući. Centar za njegu bolesnika s liječenjem u kući, Zagreb, 27–31.
37. SHONTZ, F.C. (1970): Teške kronične bolesti. U: Levine, E.S. i Garret, J.F. (eds.): Psihološka praksa s fizičkim invalidima (prijevod). Savezni odbor Saveza gluвих Jugoslavije, Beograd, 303–327.
38. SWITZER, M.E. (1972): Rehabilitation – An Act of Faith. In: Rehabilitation of the Cancer Patient. Year Book Medical Publisher Inc., Chicago, 9–16.
39. SRZIĆ, B. i SABOL, R. (1984): Defektološki tretman i emocionalne reakcije žena kojima je amputirana dojka. Defektološka teorija i praksa, 23, 3–4:160–166.
40. ŠPOLJAR, M. (1974): Smjernice osposobljavanja oboljelih od raka. Libri oncologici, 3, 3:131–135.
41. VEGELJ–PIRC, M. (1982): Psihosomatika v onkologiji, Zdravstveni vestnik, 51: 207–211.
42. VRCIĆ–KISELJAK, Lj.; SABOL, R.; KRAJŠIĆ–MEĐEŠI, D. i NOVOSEL, M. (1984): Rehabilitacija mastektomiranih žena. Libri oncologici, 13:49–53.
43. WEIDER, A., BRODINAU, K., MITTELMANN, B., WECHSLER, D. and WOLFF, M.S. (1979): The Cornell Service Index: U: Momirović, K. i Kovačević, V.: Evaluacija dijagnostičkih metoda. Republički zavod za zapošljavanje, Zagreb, 87–186.

REHABILITATION PROCEDURE IN TRANSFORMATION OF BEHAVIOUR OF PATIENTS SUFFERING WITH MALIGNANT DISEASE

Summary

Malignant diseases afflict all organs and from early childhood to old ages. The diagnosis of cancer defies strong mental stress, and radical surgery often produces severe body disfigurement. In the procedure of treatment of patients with malignant disease, the psycho-educational and psychological aspects are considered as seriously as should be. In 1982, Institute of Defectology of Faculty of Defectology, and Central Institute for Tumors and Allied Diseases, Zagreb, started a joined project of Evaluation of Selective Rehabilitation and Psycho-Educational Approaches to Persons Affected by Malignant Disease. The task was to examine the influence of special rehabilitational procedures aimed to improve of psycho-physical functions and life quality of cancer patients.

This paper showed widely the methodology of the mentioned project in patients with breast cancer, colorectal cancer and gynecological cancer. The paper is preliminary to the other papers presented on Scientific Assembly of the Faculty of Defectology in Zagreb "Researches on the Field of Defectology – III".