

REHABILITACJA PSYCHOSPOŁECZNA W ONKOLOGII – MODEL I JEGO WSTĘPNA WERYFIKACJA. DOŚWIADCZENIA ŚLĄSKIE

Teoretyczne założenia

Przystosowanie (adaptacja) do choroby nowotworowej to proces, którego celem jest odzyskiwanie przez pacjenta i jego bliskich sprawnego funkcjonowania biopsychospołecznego, zależnie od przebiegu i fazy choroby onkologicznej, osobowości danej jednostki i jej strategii zaradczych. Pozytywna adaptacja zależy od akceptacji siebie w nowej sytuacji, ponownego samookreślenia się, przebudowy systemu potrzeb, celów życiowych, struktur poznawczych (przewartościowanie, reinterpretacja sensu traumatycznych przeżyć, zmiana obrazu siebie) i nowego działania w świecie otaczającym (Dolińska-Zygmunt 1996, Kornblith 1998, Kubacka-Jasiecka, Łosiak 1999, Taylor, Amor 1996, Walden-Gałuszko 2000).

W poznawczym podejściu do adaptacji do choroby nowotworowej przyjmuje się założenie, iż znaczenie, jakie chorobie nowotworowej przypisuje pacjent oraz jego bliscy, gra rolę centralną. Myśli, wyobrażenia, przekonania związane z obrazem siebie w otaczającym świecie oraz obrazem swej/jego/jej choroby oraz leczenia, zniekształcenia poznawcze danej osoby wpływają na stany emocjonalne, reakcje fizjologiczne, zachowania zaradcze i relacje z innymi ludźmi danej osoby, zmagającej się z rakiem. Twórcy poznawczego modelu przystosowania do raka podkreślają, że kierunek relacji pomiędzy poszczególnymi procesami psychologicznymi i fizjologicznymi nie jest jednostronny. Żaden z procesów nie odgrywa roli pierwszoplanowej, bo rolę wiodącą ma współzależność zachodząca pomiędzy owymi procesami. Oznacza to, że świadoma modyfikacja treści jakiegokolwiek procesu psychologicznego zmienia pozostałe oraz modyfikuje reakcje fizjologiczne. Modyfikacje te nie tworzą prostej sumy zmian jednostkowych w określonym obszarze funkcjonowania psychofizycznego jednostki (Moorey, Gree, 2003, s. 19–20). Umożliwiają jedynie świadome wywieranie wpływu na doświadczaną jakość życia w wielu jego wymiarach – biologicznym, emocjonalnym, poznawczym, społecznym (King, Hinds 2003).

Jak opisują S. Moorey i S. Greer (2003), pacjent koncentrujący się na rozpamiętywaniu swej rozpaczliwej sytuacji pogrąża się w nastroju depresyjnym, który w konsekwencji obniża motywację do działania i powoduje wycofywanie się z jakiegokolwiek aktywności społecznej. Zmniejszona liczba spotkań i rozmów z krewnymi, przyjaciółmi,

znajomymi daje jej więcej czasu na automatyczne negatywne myśli, mniej zaś na aktywność sprawiającą osobistą przyjemność. W konsekwencji poczucie bezradności i beznadziejności zostają potwierdzone, a nastrój pacjenta ponownie się obniża. Pojawia się u niego depresja, której współtowarzyszy apatia, brak apetytu i stałe uczucie zmęczenia. Symptomy fizyczne są najczęściej interpretowane przez pacjenta jako oznaki postępowania choroby nowotworowej, ten zaś rodzaj interpretacji wzmacnia jego poczucie bezsilności, beznadziejności i depresji. Napędzające się koło automatycznych negatywnych uczuć, automatycznych negatywnych myśli, negatywnych objawów somatycznych, zachowań nieadekwatnych do sytuacji, zamyka pacjenta „w negatywności wpisanej w raka”, która, jak pokazują badania, może niekorzystnie wpływać na długość życia pacjenta leczącego się z nowotworu (Temel, Jackson, Billings 2006).

Udzielanie pomocy osobom zmagającym się z rakiem odbywa się między innymi za pośrednictwem rehabilitacji, rozumianej jako

„(...) złożony proces obejmujący oddziaływania lecznicze, społeczne, zawodowe, pedagogiczne, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub z powodu przebytego urazu czy choroby je utracił (...)”. (*Encyklopedyczny...* 1996, s. 263).

Wyróżnione rodzaje oddziaływań pozwalają na wyodrębnienie typów rehabilitacji. Lecznicza ukierunkowana jest na wykorzystanie biologicznych metod oddziaływania na osobę z dysfunkcją organizmu w celu poprawy jej stanu zdrowia i przeciwdziałania degradacji zdrowotnej. Rehabilitacja ruchowa przyczynia się do poprawy ogólnej sprawności człowieka w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym. Rehabilitacja społeczna przywraca osobie możliwości normalnego sposobu życia poprzez stymulowanie jej do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Rehabilitacja zawodowa jest elementem rehabilitacji społecznej, różniącą się specyfiką oddziaływań, np. terapią zajęciową polegającą na wykonywaniu prostych prac o charakterze artystycznym lub rzemieślniczym, a w drugim etapie na nauce nowych umiejętności zawodowych, umożliwiających znalezienie pracy albo na wolnym rynku, albo w zakładzie pracy chronionej. Rehabilitacja pedagogiczna to proces nauczania dostosowanego do możliwości i ograniczeń osób niepełnosprawnych, np. przewlekle chorych (Kowalik 1999, Speck 2005). Wymienione rodzaje rehabilitacji są poszerzane o rehabilitację adaptacyjną, skupiającą się na całej osobie, a nie tylko na negatywnych kosztach biopsychospołecznych poniesionych przez nią w procesie leczenia raka. Wykorzystuje się w niej oddziaływanie na aktywność poznawczą jednostki, na motywowanie jej do aktywnej postawy wobec własnego usprawniania i „naprawiania uczuć”, podkreślanie znaczenia własnej aktywności w odzyskiwaniu niezależności życiowej, poprawianie komunikacji z innymi ludźmi oraz na określaniu innych niż dotychczasowe kierunków własnego rozwoju osobistego.

Szerokie spektrum oddziaływań rehabilitacyjnych posłużyło do opracowania programu rehabilitacji psychospołecznej dla osób dorosłych, zmagających się z chorobą nowotworową. Omawiany poniżej program opiera się z jednej strony na modelu potrzeb człowieka (somatycznych, własnej godności, wartości, uczenia się, zabawy, pracy, twórczości, bycia z ludźmi), a z drugiej na modelu umiejętności jednostki (fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych, społecznych). Celem tego programu jest wyposażenie osób w nim uczestniczących w umiejętnie radzenie sobie z chorobą, samym sobą, mał-

żeństwem, rodziną, pracą zawodową, byciem wśród ludzi mimo zmienionej sytuacji życiowej (Pietrzyk 2006a).

Komponenty proponowanego programu rehabilitacyjnego

Cały program składa się z pięciu modułów spotkaniowych, a ich jakość i dynamika dostosowywane są do fizycznej i psychicznej kondycji pacjentów oraz możliwości czasowych członków ich rodzin. Grupy są niewielkie (20–25 osób), spotykają się przez 6 miesięcy co dwa tygodnie na 1,5–2 godziny. Każdy uczestnik wybiera te moduły, które od początku programu wydają się mu najbardziej potrzebne i kontynuuje w nich cały cykl spotkań. Dwuletnia obserwacja pokazała, iż pacjenci w czasie leczenia przeciwnowotworowego kierowali się swymi możliwościami czasowymi i fizycznymi, stąd na ogół nie zmieniali wyborów dotyczących rodzaju grup spotkaniowych.

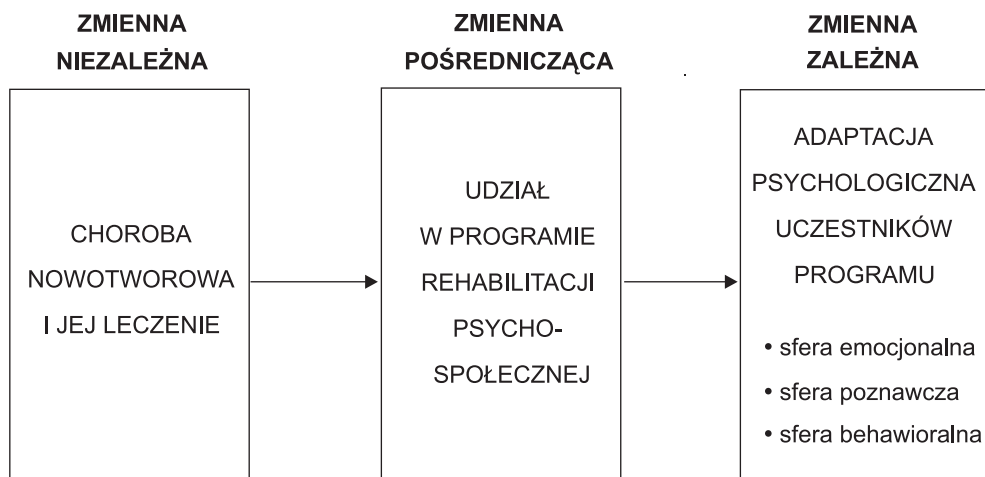
- I. Edukacja: a) *medyczna*, o chorobie nowotworowej i jej leczeniu wraz ze skutkami ubocznymi dla ciała i psychiki oraz wskazówki dotyczące ich pokonywania prowadzona przez lekarza onkologa; b) *dietetyczna*, zawierająca ogólne i szczegółowe wskazówki dla pacjentów onkologicznych, zależnie od typu choroby nowotworowej, prowadzona przez dietetyka; c) *o pomocy społecznej*, która przysługuje przewlekłe choremu i jego rodzinie oraz informacje, gdzie zainteresowani mogą uzyskać dane rodzaje pomocy społecznej, przekazane przez pracownika socjalnego; d) *prawna*, dotycząca prawnej ochrony pacjenta, jego rodziny, zachowania pracy przez leczącego się, zakresu praw pacjenta oraz informacje, gdzie zainteresowani mogą uzyskać bezpłatną pomoc prawną, przekazane przez radcę prawnego.
- II. Fizjoterapia prowadzona przez rehabilitanta: a) grupowe ćwiczenia relaksacyjne; b) grupowe ćwiczenia ogólnousprawniające; c) indywidualny masaż limfatyczny.
- III. Terapia zajęciowa prowadzona przez plastyka: a) kulturoterapia (zajęcia plastyczne, muzykoterapia, biblioterapia); b) ergoterapia (bukieciarstwo, haft, szydełkowanie, małe krawiectwo i dziewiarstwo).
- IV. Interwencje poznawczo-behawioralne prowadzone przez psychologa: a) treningi umiejętności społecznych (komunikacyjny, rozwiązywania problemów, asertywności); b) ujawnianie emocji (pozytywnych i negatywnych); c) rozpoznawanie automatycznych myśli negatywnych, ich testowanie, podważanie (szukanie alternatyw), reatrybucja (nadawanie nowych znaczeń wartościom); d) planowanie przyjemnych działań, przyszłości i ich realizowanie (rejestrowanie czynności i myśli wraz z towarzyszącymi im emocjami).
- V. Psychoedukacja dla partnerów i opiekunów osób z chorobą nowotworową, prowadzona przez psychologa: a) porady dotyczące rozwiązywania konkretnych praktycznych problemów w rodzinnym funkcjonowaniu zdrowych członków rodziny (techniki interwencji kryzysowej); b) ośmielanie do stawiania realistycznych ograniczeń choremu i zdrowym członkom rodziny jako droga odchodzenia od samopoświęcania się i rezygnowania z potrzeb własnych (prawidłowa komunikacja); c) pozytywne reinterpretowanie ujawnianych emocji negatywnych

związanych z zachowaniem chorego, lękiem przed śmiercią, własną złością, poczuciem krzywdy, winy, smutku; d) relaksacja; e) planowanie przyjemnych działań i wprowadzanie ich w życie.

Praca w grupach spotkaniowych ma charakter ustrukturywany, zorientowany na rozwiązywanie problemów, dydaktyczny, a jednocześnie udzielający wsparcia emocjonalnego, duchowego, informacyjnego. Jej rezultaty na ogół pozwalają na poprawę jakości życia wewnątrzrodzinnego przeżywanego zagrożenia przez pacjentów onkologicznych i ich rodziny (Kawula 1997, Pietrzyk 2006b).

Model badawczy do weryfikacji skuteczności programu rehabilitacji psychospołecznej dla pacjentów onkologicznych

Poniżej na rycinie 1 przedstawiono model badawczy do weryfikacji poziomu funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego (obraz siebie, samoocena, obraz choroby, wartości) oraz behawioralnego (zachowania pro- i antyzdrowotne, bierność społeczna) uczestników omawianego programu rehabilitacji psychospołecznej. Osobami badanymi było 100 kobiet leczących się z powodu choroby nowotworowej w warunkach ambulatoryjnych (60% rak piersi, 25% rak jajnika, 15% rak macicy). Badane kobiety wybrały uczestniczenie w fizjoterapii, interwencjach poznawczo-behawioralnych i terapii zajęciowej. Zbieranie danych trwało od czerwca 2005 do czerwca 2007 roku. Grupy liczyły 25 osób, spotykały się co dwa tygodnie na zajęciach 2-godzinnych. W badaniu posłużono się tematyczną metodą autobiograficzną (Pietrzyk 2006b), a każdą kobietę badano nią na początku i na zakończenie programu.



Ryc. 1. Model badawczy do weryfikacji efektywności rehabilitacji psychospołecznej dla pacjentów z chorobą nowotworową

Wyniki badań

Za pomocą tematycznej metody autobiograficznej otrzymano dane zarówno mierzalne, jak i niemierzalne. W przypadku danych ilościowych do testowania hipotez posłużono się statystyką dla prób powiązanych przy $n > 30$, a dla danych jakościowych wykorzystano test istotności proporcji z przy $n > 50$, gdzie $0,2 < p < 0,8$, przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0,05$ (Ferguson, Takane 1997).

Z dokonanych obliczeń statystycznych wynika, że średnia liczba emocji pozytywnych wyrażanych przez kobiety na początku programu rehabilitacyjnego jest istotnie niższa niż pod koniec programu ($z = -7,68$). Z kolei średnia liczba emocji negatywnych wyrażanych przez badane na początku procesu rehabilitacyjnego jest istotnie wyższa niż na końcu programu ($z = 2,44$), a prawidłowości te obrazują dane w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie liczby emocji pozytywnych i negatywnych u kobiet z chorobą nowotworową na początku i po 6 miesiącach uczestnictwa w rehabilitacji psychospołecznej ($n = 100$)

ETAP UCZESTNICTWA	EMOCJE	
	Pozytywne (średnia liczba)	Negatywne (średnia liczba)
początek	1,00	8,10
po 6 miesiącach	5,38	3,78

Średnie natężenia emocji negatywnych u badanych kobiet w początkowej fazie rehabilitacji psychospołecznej są istotnie wyższe niż przy jej zakończeniu: bezbronność ($z = 2,86$), bezradność ($z = 2,24$), cierpienie ($z = 3,71$), gniew ($z = 2,69$), lęk ($z = 8,62$), niepewność ($z = 2,77$), niepokój ($z = 4,33$), przygnębienie ($z = 4,44$), smutek ($z = 2,03$), żal ($z = 2,29$). W przypadku troski i zmęczenia wystąpiła odwrotna prawidłowość, tzn. na koniec programu ich natężenie znacząco wzrosło, co pokazują dane zawarte w tabeli 2.

Tabela 2. Średnie natężenia emocji negatywnych u kobiet z chorobą nowotworową na początku i po 6 miesiącach uczestnictwa w rehabilitacji psychospołecznej ($n = 100$)

EMOCJE NEGATYWNE	NA POCZĄTKU UCZESTNICTWA	PO 6 MIESIĄCACH UCZESTNICTWA
bezbronność	2,42	0,68
bezradność	2,14	0,82
cierpienie	2,96	0,58
gniew	2,02	0,54
lęk	6,42	2,28
niepewność	4,94	2,94
niepokój	5,40	2,28
przygnębienie	5,40	2,24
smutek	3,46	2,04

troska	2,00	4,40
zmęczenie	2,96	4,04
żał	3,48	1,38

Skala natężenia: 0–10

Średnie natężenia emocji pozytywnych u badanych pacjentek na początku ich uczestnictwa w programie rehabilitacji psychospołecznej są istotnie niższe niż na jego końcu: nadzieja ($z = -3,98$), odprężenie ($z = -7,5$), optymizm ($z = -6,08$), radość ($z = -8,3$), spokój ($z = -2,65$), szczęście ($z = -6,3$), wdzięczność ($z = -4,35$), zadowolenie ($z = -4,26$), zaufanie ($z = -3,43$). Dane zawarte w tabeli 3 obrazują omawianą prawidłowość.

Tabela 3. Średnie natężenie emocji pozytywnych u kobiet z chorobą nowotworową na początku i po 6 miesiącach uczestnictwa w rehabilitacji psychospołecznej ($n = 100$)

EMOCJE POZYTYWNE	NA POCZĄTKU UCZESTNICTWA	PO 6 MIESIĄCACH UCZESTNICTWA
nadzieja	3,80	7,10
odprężenie	0,04	2,08
optymizm	0,48	4,74
radość	0,10	5,26
spokój	0,20	1,34
szczęście	0	4,02
wdzięczność	0,30	4,34
zadowolenie	0	2,30
zaufanie	0,50	2,66

Skala natężenia: 0–10

Badając obraz siebie kobiet z chorobą nowotworową, uwzględniono ich ocenę właściwości fizycznych i psychicznych, wyrażoną liczbą określeń pozytywnych i negatywnych zarówno na początku uczestniczenia w programie rehabilitacji psychospołecznej, jak i na jego końcu. Analiza statystyczna pokazała, że liczba pozytywnych określeń na swój temat jest znacząco niższa na początku rehabilitacji niż na zakończeniu ($z = 7,17$), a negatywnych z kolei istotnie wyższa w chwili rozpoczynania udziału w programie niż przy jego kończeniu ($z = 3,79$). W początkowej fazie rehabilitacji różnica między pozytywnym i negatywnym obrazem siebie jest statystycznie nieistotna, ale na zakończenie różnica ta jest znacząca ($z = 7,67$).

Samooceńca rozumiana jako różnica między „ja realne” i „ja idealne” badanych kobiet, opisanych pozytywnymi i negatywnymi właściwościami psychofizycznymi, wykazuje podobny do wyżej opisanego kierunku zmian. Na początku uczestnictwa w rehabilitacji średnia liczba pozytywnych określeń jest znacząco niższa niż negatywnych ($z = -8,18$), zaś na końcu uczestnictwa w tym programie wyższa ($z = -2,1$).

Badając obraz choroby, jakim posługiwały się uczestniczki programu rehabilitacji psychospołecznej, skupiono się na jej definiowaniu, określaniu przyczyn i czynników ryzyka, formach leczenia i jego następstwach. Uzyskane opisy kategoryzowano według określeń potocznych i medycznych, którymi posłużyły się badane kobiety. Analiza statystyczna ujawnia, że średnia liczba potocznych określeń jest istotnie wyższa na początku rehabilitacji niż na jej zakończenie ($z = 2,96$), natomiast określeń medycznych jest znacząco mniej na początku niż na końcu programu ($z = -6,44$). Badanie struktury wartości kobiet leczących się z choroby nowotworowej i uczestniczących w 6-miesięcznym programie rehabilitacji psychospołecznej ujawniło znaczącą różnicę ich treści i miejsca w hierarchii na początku i na zakończenie programu. Zdrowie było naczelną wartością w momencie rozpoczynania rehabilitacji, a na jej zakończenie pierwsze miejsce zajęło życie. Proporcja kobiet uznająca zdrowie za wartość podstawową w fazie początkowej programu jest istotnie wyższa niż proporcja kobiet uznająca zdrowie za naczelną wartość w fazie kończenia programu rehabilitacji ($z = 4,66$). Z kolei proporcja kobiet uznająca życie za pierwszoplanową wartość w chwili rozpoczynania rehabilitacji jest znacząco niższa niż na jej zakończeniu ($z = -5,46$). Drugie miejsce w hierarchii wartości zajęły wartości materialne, przy czym proporcja kobiet wymieniających je na początku rehabilitacji była znacząco niższa niż na jej zakończeniu ($z = -7,17$). Ponadto stwierdzono istotne różnice w braku odpowiedzi odnośnie do trzeciego miejsca w hierarchii wartości badanych pacjentek. Proporcja kobiet niedokonujących wyboru na początku rehabilitacji psychospołecznej była istotnie wyższa niż proporcja kobiet na zakończenie programu ($z = -4,8$).

Zanalizowane tendencje w zakresie poznawczego funkcjonowania kobiet – uczestniczek półrocznego programu rehabilitacji psychospołecznej dla pacjentów z chorobą nowotworową – przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Poznawcze funkcjonowanie kobiet z chorobą nowotworową na początku i po 6 miesiącach uczestnictwa w rehabilitacji psychospołecznej (n = 100)

UCZESTNICTWO W REHABILITACJI	STREFA POZNAWCZA	
		Obraz siebie
	pozytywny	negatywny
początek	3,42	3,90
po 6 miesiącach	8,64	2,12
	Samoocena	
	pozytywna	negatywna
początek	0,48	4,00
po 6 miesiącach	2,02	1,82
	Obraz choroby	
	potoczny	medyczny
początek	4,68	2,74
po 6 miesiącach	3,08	7,10

	Hierarchia wartości				
	1. miejsce		2. miejsce		3. miejsce
	początek	zdrowie	58*	materialne	3*
po 6 miesiącach	życie	55*	materialne	28*	brak odpowiedzi 17*

* liczba dokonanych wyborów

Wypowiedzi badanych pacjentek dotyczące ich działań w stosunku do odzyskania i/lub podtrzymania zdrowia zostały skategoryzowane na zachowania prozdrowotne, antyzdrowotne i bierne. Analiza statystyczna wskazuje, że średnia liczba zachowań prozdrowotnych w początkowej fazie uczestnictwa badanych kobiet w programie rehabilitacyjnym jest statystycznie niższa niż na jego zakończenie ($z = -7,69$). Natomiast średnia liczba zachowań antyzdrowotnych ujawnionych na początku programu jest znacząco wyższa niż po 6 miesiącach uczestniczenia w rehabilitacji ($z = 3,42$). Z kolei proporcja kobiet z chorobą nowotworową prezentujących bierność w stosunku do własnego zdrowia w fazie początkowej rehabilitacji jest istotnie wyższa niż proporcja kobiet biernych na zakończenie rehabilitacji ($z = 3,42$). Dane obrazujące omówione tendencje pokazuje tabela 5.

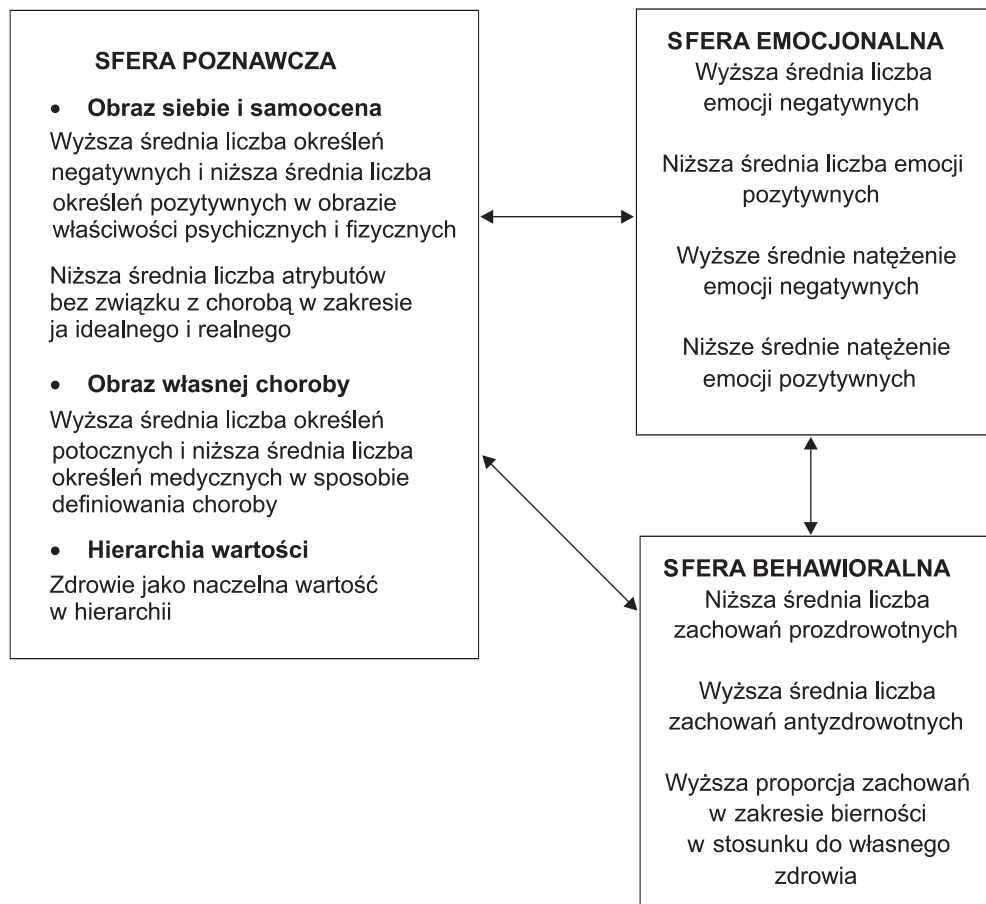
Tabela 5. Behawioralne funkcjonowanie kobiet z chorobą nowotworową na początku i po 6 miesiącach uczestnictwa w rehabilitacji psychospołecznej ($n = 100$)

UCZESTNICTWO W REHABILITACJI	SFERA BEHAWIORALNA		
	zachowanie prozdrowotne	zachowanie antyzdrowotne	bierność
początek	1,06	2,28	2,60
po 6 miesiącach	3,06	0,04	1,08

Podsumowując uzyskane rezultaty, można stwierdzić, iż uczestniczenie leczących się kobiet w wybranych przez siebie grupowych zajęciach rehabilitacji psychospołecznej dodatnio wpłynęło na ich funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i behawioralne. Fizjoterapia, ukierunkowana na ćwiczenia relaksacyjne i ogólnousprawniające, interwencje poznawczo-behawioralne, a przede wszystkim treningi komunikacyjne i rozwiązywania problemów oraz nadawanie nowych znaczeń preferowanych wartości oraz terapia zajęciowa, nakierowana na aktywność przynoszącą przyjemność, pozwoliły pacjentkom:

- zwiększyć liczbę i intensywność przeżywanych emocji pozytywnych, a zmniejszyć negatywne;
- poprawić obraz swoich właściwości fizycznych i psychicznych, podnieść samoocenę;
- urealnić obraz swojej choroby i jej leczenia;
- zmodyfikować hierarchię wartości w kierunku aktywnego uczestniczenia w życiu rodzinnymi zawodowym, a przez to znacząco zmniejszać bierność.

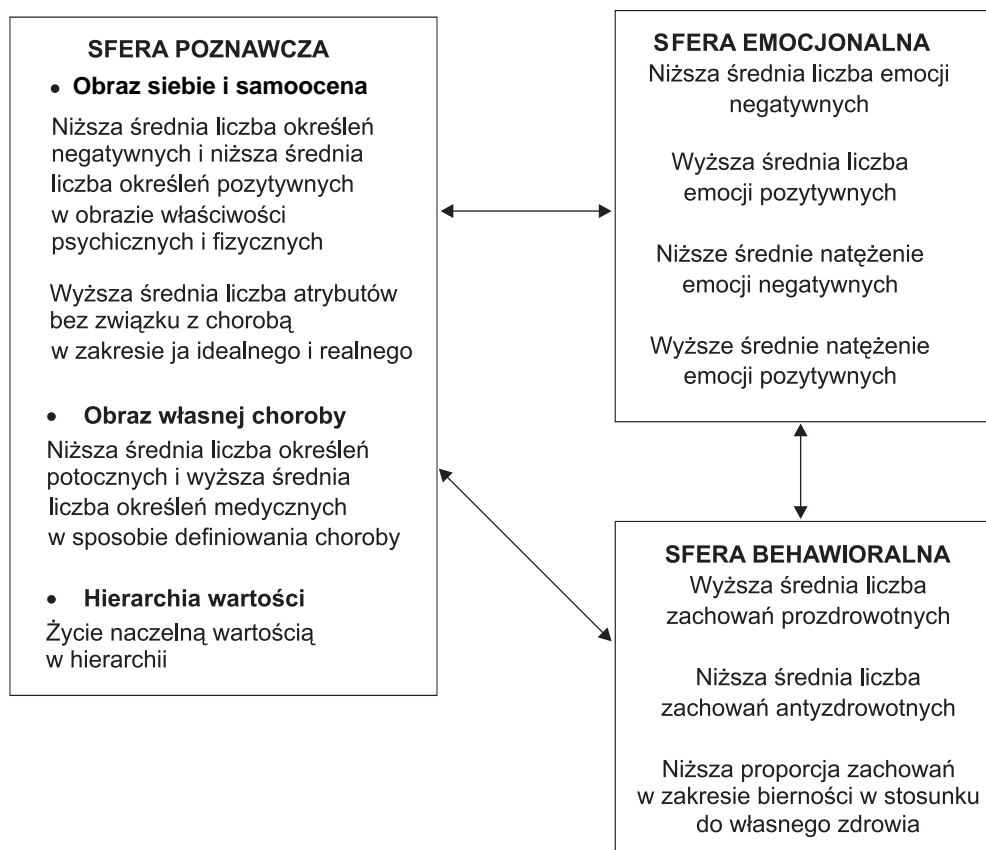
Poniższe ryciny 2 i 3 przedstawiają graficznie obraz adaptacji psychologicznej badanych kobiet z chorobą nowotworową na początku i na końcu programu rehabilitacji psychospołecznej.



Ryc. 2. Obraz adaptacji psychologicznej uczestniczek programu rehabilitacji psychospołecznej na jego początku

Wnioski

Okazało się zatem, iż usprawnianie ciała, stosowanie relaksu, podejmowanie aktywności przynoszącej przyjemność wpłynęły na wzrost liczby intensywności pozytywnych emocji, których doświadczały badane kobiety. Emocje te umożliwiły im pozytywne przeżywanie swej osoby mimo choroby, leczenia i ich ubocznych skutków. Nadawanie nowych znaczeń aktualnym właściwościom psychofizycznym, otwarte komunikowanie uczuć, myśli, potrzeb wraz z nabywaniem umiejętności rozwiązywania bieżących problemów



Ryc. 3. Obraz adaptacji psychologicznej uczestniczek programu rehabilitacji psychospołecznej po 6 miesiącach uczestnictwa

(bytowych, małżeńskich, rodzinnych) podniosły samoocenę, zmieniły wartości, którym podporządkowane zostało aktualne życie pacjentek oraz zmniejszyły bierność uczestniczek programu rehabilitacji psychospołecznej. I choć badane kobiety ujawniły wzrost doświadczanego zmęczenia oraz z troską zmianami rodzinno-mażeńskimi i przyszłością, to wyniki te wydają się nie podważać skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych, w których uczestniczyły. Leczenie przeciwnowotworowe niesie z sobą wzrost poziomu zmęczenia fizycznego i znużenia psychicznego, które w onkologii traktowane są jako uboczny skutek chemio- i/lub radioterapii, któremu przeciwdziała się farmakologicznie i psychoterapeutycznie (Greenberg 1998). Podobnie traktowane są zwiększone skargi pacjentów o niepokojenie się przyszłością, rodziną, zdrowym małżonkiem (Walch, Ahles, Saykin 1998).

Odnosząc uzyskane wyniki do poznawczego podejścia przystosowywania się do choroby nowotworowej (Moorey, Greer 2003), należy w przyszłości z większą odwagą zachęcać pacjentów leczących się z powodu raka do udziału w rehabilitacji pozamedycznej. Ujawnił się bezpośredni wpływ interwencji rehabilitacyjnych na jakość funk-

cjonowania emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego badanych kobiet. Wzajemne relacje między poszczególnymi wymiarami adaptacji psychologicznej leczących się onkologicznie kobiet zostały wyprowadzone z teoretycznych założeń poznawczego przystosowania do raka, co powinno być empirycznie zweryfikowane w przyszłych badaniach. Przyszłe badania powinny również uwzględnić wpływ zmiennych pośredniczących (socjodemograficznych, rodzinnych, małżeńskich) na poziom adaptacji psychospołecznej pacjentów onkologicznych, a ich wyniki powinny stać się podstawą zrozumienia programu pomocy psychologicznej dla zmagających się z rakiem.

Bibliografia

- Dolińska-Zygmunt G. (red.) (1996), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* (1996), Warszawa: PZWL.
- Ferguson G., Takane Y. (1997). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Greenberg D. (1998), Fatigue, w: J. Holland (red.), *Psychooncology*, 485–493, New York: Oxford University Press.
- Kawula S. (1997), *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, „Auxilium Sociale”, 1, 13–21.
- King C., Hinds P. (red.) (2003), *Quality of life. From nursing and patient perspective*, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Kornblith A. (1998), *Psychosocial adaptation of cancer survivors*, w: J. Holland (red.), *Psychooncology*, 223–254, New York: Oxford University Press.
- Kowalik S. (1999), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Śląsk
- Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.) (1999). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Moore S., Greer S. (2003), *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*, New York: Oxford University Press.
- Pietrzyk A. (2006a), *Silesian Cancer League's Psychosocial rehabilitation Programme for Patients and their families*, „Psycho-Oncology”, 15 (supp. 2), 368–370.
- Pietrzyk A. (2006b), „*Ta choroba*” w rodzinie. *Psycholog o raku*, Kraków: Impuls.
- Speck O. (2005), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Gdańsk: GWP.
- Taylor S., Amor D. (1996), *Positive illusions and coping with adversity*. „Journal of Personality”, 64, 873–898.
- Temel J., Jackson V., Billings A. i in. (2006), *The effect of depression in patients with newly diagnosed advanced non-small cell lung cancer*, w: M. Perry (red.), *Educational book of 12 annual meeting of ASCO*, Atlanta: ASCO.
- Walch S., Ahles T., Saykin A. (1998), *Neuropsychological impact of cancer and cancer treatment*, w: J. Holland (red.), *Psychooncology*, 500–508, New York: Oxford University Press.
- Walden-Gałaszko K. (red.) (2000), *Psychooncologia*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.