



EWA WOJTYNA, IWONA NAWARA

Krótką grupowa racjonalna terapia zachowania a jakość życia chorych na nowotwory

Short group rational behavioural therapy and quality of life among cancer patients

Abstract: The aim of the study was to explore the impact of a short group rational behavioural therapy (RBT) on a quality of life among cancer patients.

The study involved 217 people with cancer. 137 people formed the experimental group, which took part in the seven days, group psychotherapeutic classes, based on RBT. The control group consisted of 80 patients waiting for a therapy.

The study was longitudinal and consisted of pre-and posttest (8 weeks after the end of the therapeutic influence). The quality of life was estimated by the Polish version of the SF-36v2.

It was observed, that in the experimental group the quality of life increased in all areas of a health related quality of life, except for a physical functioning. These changes, with the exception of modifications in a role emotional scale, were bound up with RBT. In the control group the quality of life improved in the scales: a social functioning, a mental health and a bodily pain. However, the observed changes were higher in the experimental group. In both groups there was no deterioration in the quality of life in any of the investigated scales.

In summary, the short group RBT can be a valuable complement to standard cancer therapy, particularly for people who seek help and have higher motivation to work.

Key words: brief cognitive-behaviour therapy, rational behaviour therapy, cancer, quality of life.

Wprowadzenie

Charakterystyka sytuacji chorych na nowotwory

Choroba nowotworowa powoduje bardzo istotne zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu człowieka (por. de Walden-Gałaszko, 2011). Podstawowa zmiana wiąże się z koniecznością przyjęcia roli chorego, a więc ze zmianami w hierarchii celów i wartości, koniecznością zmodyfikowania nawyków zdrowotnych i szeroko rozumianego zachowania. Pacjent musi podporządkować się reżimowi terapeutycznemu, związanemu z częstymi badaniami, hospitalizacjami czy wreszcie bardzo obciążającymi metodami leczenia. Zmienia się sytuacja zawodowa chorego (absencja w pracy, nierzadko rezygnacja z pracy na rzecz świadczeń rentowych) czy rodzinna (zmiana w zakresie pełnienia ról — np. z osoby dominującej na osobę wymagającą opieki, zależną od innych). Wreszcie zmiana ulega funkcjonowanie fizyczne człowieka. Pojawiają się ograniczenia mobilności, często niepełnosprawność, okaleczenia. Wszystko to znajduje odzwierciedlenie w zmianie obrazu siebie chorego (por. Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007).

Nie bez znaczenia jest także samo leczenie, a właściwie jego skutki niepożądane. Chorzy mogą odczuwać znaczny dyskomfort fizyczny podczas leczenia (np. nudności, ból, zmęczenie, zaburzenia funkcji układu pokarmowego), mogą również pojawiać się reakcje psychiczne spowodowane stosowanym leczeniem: drażliwość, zaburzenia świadomości czy chwiejność emocjonalna, a nawet nasilone myśli suicydalne (por. Moorey, Greer, 2007). Chemioterapia swoją neurotoksycznością może powodować zaburzenia funkcjonowania poznawczego. Zjawisko to dotyczy znacznego odsetka chorych, np. w przypadku kobiet z rakiem piersi leczonych cytostatykami zaburzenia funkcji poznawczych obserwuje się u blisko 50% pacjentek (por. Ferguson, Cassel, Dawson, 2010; Staat, Segatore, 2005).

Trudna sytuacja chorych sprawia zatem, iż jest to grupa ludzi szczególnie narażona na przeżywanie dystresu (Moorey, Greer, 2007) oraz częstsze występowanie zaburzeń psychicznych. Zaburzenia lękowe odnotowuje się u ok. 30% chorych, a problemy depresyjne u blisko 40% (Rymaszewska, Podolak-Dawidziak, Kiejna, 2007).

Chorzy stają przed koniecznością podjęcia zadań adaptacyjnych, takich jak utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie satysfakcjonujących relacji z bliskimi, budowanie i zachowanie poczucia kontroli i kompetencji, radzenie sobie z niepewnością. Efekty tych aktywności wyznaczają z kolei poziom funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego chorego (de Ridder, Schreurs, 2001).

Jakość życia związana ze zdrowiem

Konstruktem, który uwzględnia przedstawione zjawiska, jest jakość życia. Jakość życia wiąże się z przekonaniami jednostki na temat wykorzystywania własnych możliwości, samorealizowania się, ale także zaspokajania własnych potrzeb — fizycznych i emocjonalnych (de Walden-Gałużsko, Majkowicz, red., 1994). W obszarze tym można wyróżnić jakość życia związaną ze zdrowiem, rozumianą jako wielopoziomową koncepcję reprezentującą rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników istotnych dla stanu zdrowia (Schipper, 1990). Jakość zdrowia związana ze zdrowiem dotyczy spostrzeganego przez pacjenta wpływu choroby i stosowanego leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej (Majkowicz, 2000).

Istnieje wiele danych empirycznych, które potwierdzają możliwość wpływu oddziaływań psychoterapeutycznych na poprawę jakości życia (por. Bottomley, 1997; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007). Również takie czynniki, jak dobra relacja lekarz — pacjent, edukacja czy udział w grupie wsparcia mogą korzystnie wpływać na kształtowanie się jakości życia w sytuacji choroby (Helgeson, Lepore, Eton, 2006; Rehse, Pukrop, 2002; Zabalegui et al., 2005).

Z praktycznego punktu widzenia szczególnie ważne dla kształtowania się jakości życia są te czynniki, na które pacjent może wpływać niezależnie od zaawansowania choroby i konieczności korzystania z pomocy innych osób lub instytucji. Jednym z takich czynników jest subiektywna ocena poznawcza sytuacji, która może odgrywać kluczową rolę w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą nowotworową (por. Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007).

Ocena poznawcza choroby nowotworowej

Zgodnie z założeniami koncepcji stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman, ocena poznawcza jest rozumiana jako „proces kategoryzowania wydarzenia i różnych jego aspektów w odniesieniu do znaczenia, jakie to wydarzenie ma dla dobrostanu jednostki” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 31, tłum. — E.W.). Ocena ta stanowi proces ciągły i obejmuje ocenę pierwotną, na którą składa się uznanie sytuacji za stresową i określenie jej w kategoriach krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania, oraz ocenę wtórną, która dotyczy możliwości podjęcia przez jednostkę działań mających na celu rozwiązanie tej sytuacji.

Dla chorego oceny pierwotna i wtórna są predyktorami jego samopoczucia i wyznaczają możliwości dostosowania się do reżimu tera-

peutycznego. Zgodnie z założeniami nurtu poznawczo-behawioralnego, treści poznawcze determinują stan emocjonalny, ale i zachowanie człowieka (por. Ellis, 1999; Kokoszka, 2009; Maultsby, 2008). Stąd ocenie stresora w kategorii krzywda/strata towarzyszy często smutek i żal z biernością w zachowaniu, zagrożenie wiąże się z lękiem i działaniami ucieczkowymi lub chaotycznymi, a wyzwanie może mieć bardzo szeroki obraz emocjonalny — w tym budzić pozytywne emocje, takie jak nadzieja, którym towarzyszy zaangażowanie i działanie ukierunkowane na osiągnięcie celu.

Ocena wtórna pozwala ocenić własne możliwości działania w konfrontacji ze stresorem, staje się punktem wyjścia procesu radzenia sobie. Radzenie sobie, determinowane subiektywną, a więc dopuszczającą zniekształcenia poznawcze, oceną, może być ukierunkowane na rozwiązanie problemu lub też na samoregulację emocji (Lazarus, Folkman, 1984).

Sposób myślenia o chorobie i możliwościach radzenia sobie z nią wpływa na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Chorzy na nowotwory często głoszą przekonania typu: „Chemioterapia mnie zabija”, „Rak to wyrok”, „Nic mi już nie pomoże”, „Moi bliscy sobie nie poradzą”, „Umrę w cierpieniu”, „To koniec” itd. Taki sposób myślenia prowadzi do nasilenia cierpienia pacjentów (por. Wirga, Wojtyna, 2010).

Terapia poznawczo-behawioralna jako metoda modyfikacji treści poznawczych

W świetle zaprezentowanych rozważań w sytuacji choroby nowotworowej i jej leczenia pomocna wydaje się psychoterapia, a szczególnie terapia poznawczo-behawioralna (TPB), ukierunkowana na zmianę negatywnych treści poznawczych i wykształcenie nowych, sprzyjających pożądanym emocjom i zachowaniom nawyków myślowych (Kokoszka, 2009; Maultsby, 2008). Korzystny wpływ TPB na funkcjonowanie psychiczne chorych na nowotwory wykazano w licznych badaniach (por. Cathcart, 2006; Moorey, Greer, 2007; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007; Wojtyna, Stawiarska, 2010).

Jednocześnie wiele badań wskazuje na pozytywny wpływ TPB na radzenie sobie z przykrymi objawami fizycznymi, takimi jak ból (Dalton et al., 2004; Wojtyna, 2012), duszności (Bredin et al., 1999), nudności (Cathcart, 2006; Morrow, Roscoe, Hickok, 1998). Dzięki TPB można uzyskać także redukcję niepożądanego wpływu chemioterapii na funkcje poznawcze (Ferguson, Cassel, Dawson, 2010; Staat, Segatore, 2005). Wreszcie TPB może korzystnie wpływać na funkcjonowanie układu odpornościowego chorych, zwiększając m.in. liczebność i aktyw-

ność komórek NK (Andersen et al., 2004; Fawzy, Canada, Fawzy, 2003).

Uzasadnione zatem byłoby wprowadzenie TPB jako terapii wspomagającej postępowanie medyczne u chorych na nowotwory.

Tymczasem w polskich warunkach niewiele placówek onkologicznych może zaoferować pacjentom wystarczającą pomoc psychologiczną, a tym bardziej psychoterapeutyczną¹. Z kolei poszukiwanie psychoterapii we własnym zakresie może pociągać za sobą duże wydatki finansowe, co w utrudnionej sytuacji materialnej wielu chorym uniemożliwia skorzystanie z tej formy pomocy.

Obok trudności związanych z dostępnością i brakiem środków finansowych pojawia się jeszcze problem czasu. TPB należy wprowadzić do psychoterapii krótkoterminowych, jednak klasyczny schemat terapii wymaga co najmniej kilku do kilkunastu regularnych sesji terapeutycznych, zwykle odbywających się z częstotliwością raz w tygodniu. Przeprowadzone dotąd w polskich warunkach badania nad skutecznością TPB u osób z chorobą nowotworową obejmowały 8–10 cotygodniowych sesji (Wojtyna, 2012; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007; Wojtyna, Stawiarska, 2010). Rozciągnięcie terapii w czasie wiąże się jednak z częstszą rezygnacją chorych z udziału w TPB, co jest spowodowane pogorszeniem się ich stanu zdrowia, hospitalizacjami, badaniami kontrolnymi czy wreszcie zmianą miejsca pobytu.

Korzystnym rozwiązaniem mogłoby stać się zblokowanie spotkań psychoedukacyjno-terapeutycznych w krótkim okresie czasu, jednak wystarczającym do przyswojenia sobie przez pacjentów technik umożliwiających lepsze radzenie sobie z problemami emocjonalnymi czy behawioralnymi.

Odpowiedzią na potrzeby pacjentów chorych na nowotwory może być racjonalna terapia zachowania (RTZ), której autorem jest Maxie C. Maultsby (2008), należąca do nurtu poznawczo-behawioralnego i wywodząca się z racjonalno-emotywniej terapii zachowania Alberta Ellisa (1999). Maultsby zakłada możliwość uzyskania za pomocą tej metody szybkich efektów, u podstaw których leży między innymi duża łatwość nauczania pacjentów technik terapeutycznych prowadzących do zmiany niezdrowych przekonań. Racjonalna terapia zachowania to metoda aktywno-dyrektywna, skupiająca się na codziennych problemach pacjentów; równocześnie jednak pomaga stopniowo rozwiązywać bardziej

¹ W załączniku do Zarządzenia nr 66/2009 DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii widnieje zapis o zatrudnieniu psychologa klinicznego jako warunku dodatkowo ocenianym, ale nieobowiązkowym.

długotrwałe i głębsze problemy osobowościowe. RTZ nie koncentruje się jednak na złożonych i nierzadko leżących w dalekiej przeszłości źródłach obecnych problemów pacjenta, zakładając, że wiele z tych przyczyn albo jest niemodyfikowalnych, albo ich zmiana wymaga bardzo długiego czasu terapii. Tymczasem koncentracja na podlegających zmianie bieżących dysfunkcyjnych przekonaniach może doprowadzić w krótkim czasie do pożądanych oraz trwałych zmian w zakresie samopoczucia i zachowania pacjentów.

Na podstawie dostępnych danych empirycznych Maultsby zdefiniował racjonalny (zdrowy) sposób myślenia, który sprzyja pożądanym emocjom i zachowaniom. Zdrowe myślenie obejmuje następujące elementy:

- jest oparte na faktach;
- sprzyja utrzymaniu zdrowia i życia;
- pomaga osiągać cele;
- pomaga rozwiązywać niepożądane konflikty z innymi bądź unikać takich konfliktów;
- pomaga czuć się w zgodzie z własnymi potrzebami.

Przekonania, które spełniają większość tych zasad, odpowiadają myśleniu pozwalającemu uzyskać poprawę jakości życia. Praca oparta na zasadach zdrowego myślenia jest kompilacją kilku klasycznych metod wykorzystywanych w TPB (np. debata dowodów za i przeciw negatywnym myślom, ocena konsekwencji myślenia czy korekta zniekształceń poznawczych).

Dla chorych na nowotwory, których problemy najczęściej są reaktywne względem aktualnej sytuacji, RTZ może być narzędziem umożliwiającym skuteczną samopomoc. Jest to o tyle istotne, że dekompensacja stanu psychicznego pacjentów często ma miejsce w sytuacjach, kiedy dostęp do terapeuty jest ograniczony (np. w szpitalu, podczas bezsennej nocy).

Przedstawienie chorym zasad samopomocy opartych na RTZ zajmuje jedną lub dwie sesje terapeutyczne, kolejne spotkania przeznacza się na utrwalanie zdobytej wiedzy i trenowanie umiejętności w toku pracy nad konkretnymi przekonaniami. Terapia grupowa, z racji możliwości wykorzystania potencjału innych ludzi, jeszcze bardziej sprzyja ćwiczeniu nowych umiejętności (Wirga, Wojtyła, 2008). Pojawia się wówczas znacznie więcej możliwości trenowania technik samopomocy. Uczestnicy grupy nie tylko mają okazję przepracować własne treści poznawcze, lecz także aktywnie uczestniczą w rozwiązywaniu problemów innych osób, co sprzyja budowaniu poczucia własnej skuteczności dzięki tzw. doświadczeniu pośredniemu (Juczyński, 1998; Yalom, Leszcz, 2006).

Specyfika choroby nowotworowej i głównie reaktywne podłoże towarzyszących jej problemów emocjonalnych pozwala zakładać możliwość przeprowadzenia zablokowanych, krótkich programów skutecznej pomocy psychoterapeutycznej dla pacjentów chorych onkologicznie.

Celem prezentowanego w niniejszej pracy badania było określenie wpływu krótkiej grupowej racjonalnej terapii zachowania na jakość życia chorych na nowotwory.

Materiał i metody

Osoby badane i przebieg badań

Do udziału w badaniu zaproszono 310 osób chorych na nowotwory. Włączenie do badań następowało po poinformowaniu pacjentów o procedurze badania i rodzaju planowanej interwencji terapeutycznej (grupa RTZ) oraz po wyrażeniu przez pacjentów zgody na badanie. Chorzy otrzymali informację, że udział w terapii jest dobrowolny i bezpłatny. Pozostałe kryteria włączenia chorych do badania to: brak istotnych zaburzeń funkcji poznawczych oraz brak czynnych zaburzeń psychotycznych. Żaden z objętych badaniem pacjentów nie był wcześniej leczony psychiatrycznie i nie korzystał z profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej.

Chorych następnie podzielono na trzy grupy. W grupie eksperymentalnej ($N = 50$) wprowadzono krótkoterminową grupową racjonalną terapię zachowania (RTZ) jako oddziaływanie uzupełniające konwencjonalne postępowanie onkologiczne. Pierwszą grupę porównawczą ($N = 80$) stanowili chorzy oczekujący na możliwość psychoterapii (czas oczekiwania wynosił od 4 do 6 miesięcy). Drugą grupę porównawczą tworzyli pacjenci, którzy odrzucili propozycję psychoterapii ($N = 80$). Powodem takiej ich decyzji najczęściej był brak czasu, deklarowany brak zainteresowania lub potrzeby specjalistycznego wsparcia psychoedukacyjno-terapeutycznego oraz chęć pozostania dłużej we własnym domu.

Badanie miało charakter podłużny, z dwukrotnym pomiarem — początkowym i po 9 tygodniach, czyli dwa miesiące po zakończeniu terapii.

Ze względu na utratę części danych w drugim pomiarze ostatecznie do analizy włączono wyniki 217 chorych, w tym 146 kobiet i 71 mężczyzn, w wieku od 24 do 66 lat ($M = 48,02$; $SD = 6,4$). W grupie eksperymentalnej utrata danych dotyczyła 13 osób (3 osoby zmarły przed terminem posttestu, a 10 osób nie odesłało kwestionariuszy lub dane w kwestionariuszach nie były pełne). W pierwszej grupie kontrolnej wszyscy badani wypełnili i zwrócili kwestionariusze w drugim etapie badania i wyniki te w całości objęto analizą. Zrezygnowano natomiast z analizy drugiej grupy kontrolnej, która nie była zainteresowana terapią. W tej grupie odsetek zwrotów wypełnionych kwestionariuszy

w drugim pomiarze był niski i wynosił 12,5% ($N = 10$). Nie wykazano różnic pomiędzy wszystkimi wyróżnionymi grupami — eksperymentalną i obiema kontrolnymi.

Ewaluację oddziaływania terapeutycznego przeprowadzono ostatecznie w planie dwugrupowym, uwzględniając wyniki grupy eksperymentalnej ($N = 137$) i pierwszej grupy kontrolnej oczekującej na terapię ($N = 80$).

Metoda oddziaływania — opis terapii

W grupie eksperymentalnej wprowadzono tygodniowy program psychoedukacyjno-terapeutyczny oparty na racjonalnej terapii zachowania, obejmujący łącznie 30 godzin zajęć. Spotkania odbywały się dwa razy dziennie. Przez sześć dni pacjenci uczestniczyli w zajęciach dopołudniowych, na które składały się: 2-godzinna psychoedukacja na temat zdrowego myślenia i możliwości zastosowania RTZ we własnym codziennym życiu, a następnie, po przerwie, 3-godzinna grupowa terapia (pacjenci mieli wówczas możliwość przepracowania własnych niezdrowych przekonań). Siódmy dzień programu przeznaczony był na zajęcia rozrywkowe, podsumowanie i omówienie możliwości uzyskania dalszej pomocy w radzeniu sobie z chorobą i codziennymi problemami w przyszłości. Chorzy mogli także skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychoterapeutami i lekarzami — psychiatrą i onkologiem.

Tematy poruszane w części psychoedukacyjnej obejmowały następujące zagadnienia:

- związki pomiędzy myśleniem a emocjami; temat realizowany na podstawie modelu ABC emocji (zdarzenie — interpretacja — emocja) A. Ellisa (1999);
- psychoedukacja w zakresie stosowania zdrowej semantyki jako metody ułatwiającej redukcję dystresu;
- zasady zdrowego myślenia i sposoby pracy nad zmianą własnych niezdrowych przekonań;
- wykorzystanie wyobraźni jako metody wspomagającej utrwalanie nowych adaptacyjnych przekonań oraz metody pracy nad motywacją do zmiany;
- zastosowanie RTZ w radzeniu sobie ze złością, smutkiem, z poczuciem winy, beznadziei i innymi niepożądanymi emocjami;
- zastosowanie RTZ w przeprowadzaniu zmiany niepożądanych zachowań (np. rzucenie palenia, redukcja zachowań impulsywnych czy agresywnych, wprowadzenie aktywności fizycznej, zmiana diety czy zmiana nawyków w komunikacji interpersonalnej).

Zajęcia odbywały się w grupach 10—15-osobowych i obejmowały zarówno osoby chore, jak i wspierających je na co dzień bliskich — partnerów życiowych, dzieci, rodziców czy przyjaciół. Obecność osób wspierających nie była wymogiem i 29 chorych uczestniczyło w zajęciach bez osób bliskich.

Program przeprowadzony został w trzech ośrodkach: 1) w formie stacjonarnej w ośrodku wypoczynkowym, we współpracy z Centrum Psychoonkologii i ze Stowarzyszeniem Wspierania Onkologii Unicorn w Krakowie ($N = 49$); 2) stacjonarnie w ramach hospitalizacji w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej ($N = 48$); i 3) w formie ambulatoryjnej, we współpracy z Rudzkim Stowarzyszeniem Amazonek „Relaks” w Rudzie Śląskiej ($N = 40$).

Narzędzia

W badaniu zastosowano kwestionariusz SF-36v2 (The Short Form — 36 Health Survey Questionnaire) w polskiej adaptacji Doroty Żołnierczyk-Zredy, Kazimierza Wrześniewskiego, Joanny Bugajskiej i Anny Jędryki-Góral (Żołnierczyk-Zreda et al., 2009). Jest to jedno z najpowszechniej stosowanych i najlepiej zbadanych narzędzi do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (Garratt et al., 2002). Narzędzie to zbudowane jest z 36 pozycji kwestionariuszowych, składających się na osiem podskal; cztery podskale związane są ze zdrowiem somatycznym: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem (ograniczenia roli — problemy fizyczne), ból, zdrowie ogólne; a cztery — ze zdrowiem psychicznym: witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (ograniczenia roli — problemy emocjonalne) oraz samopoczucie. Wysokie wyniki uzyskiwane w poszczególnych podskalach wskazują na pożądany poziom funkcjonowania chorych i na wysoką jakość ich życia.

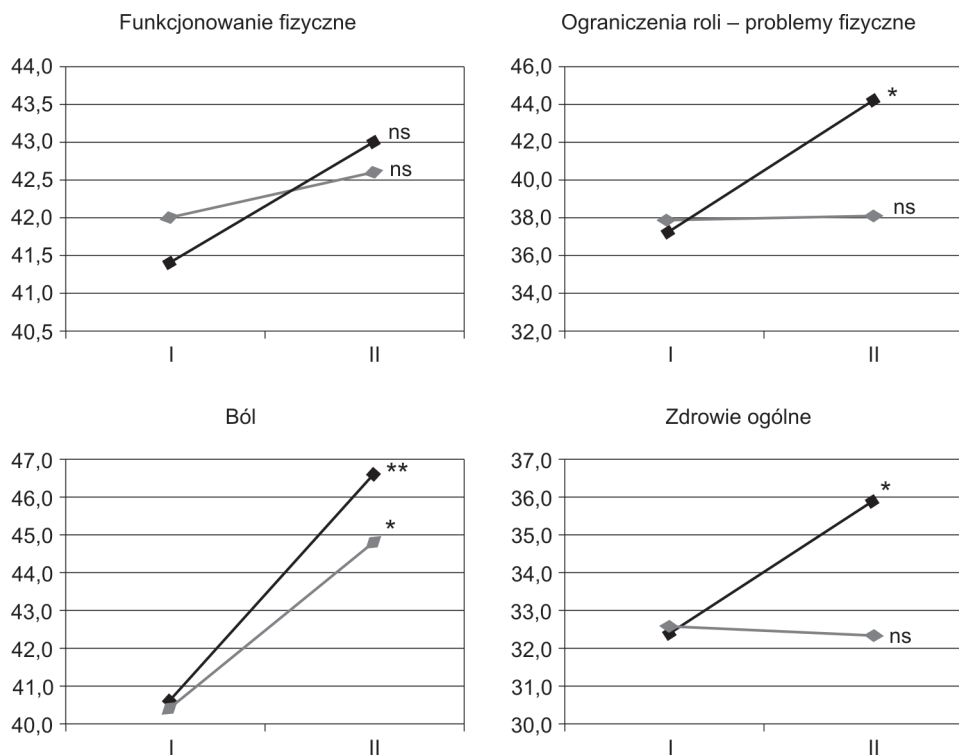
Rzetelność podskal narzędzia (α Cronbacha) zawiera się w przedziale od 0,63 dla podskali zdrowia ogólnego do 0,96 dla podskali ograniczeń roli — problemów fizycznych.

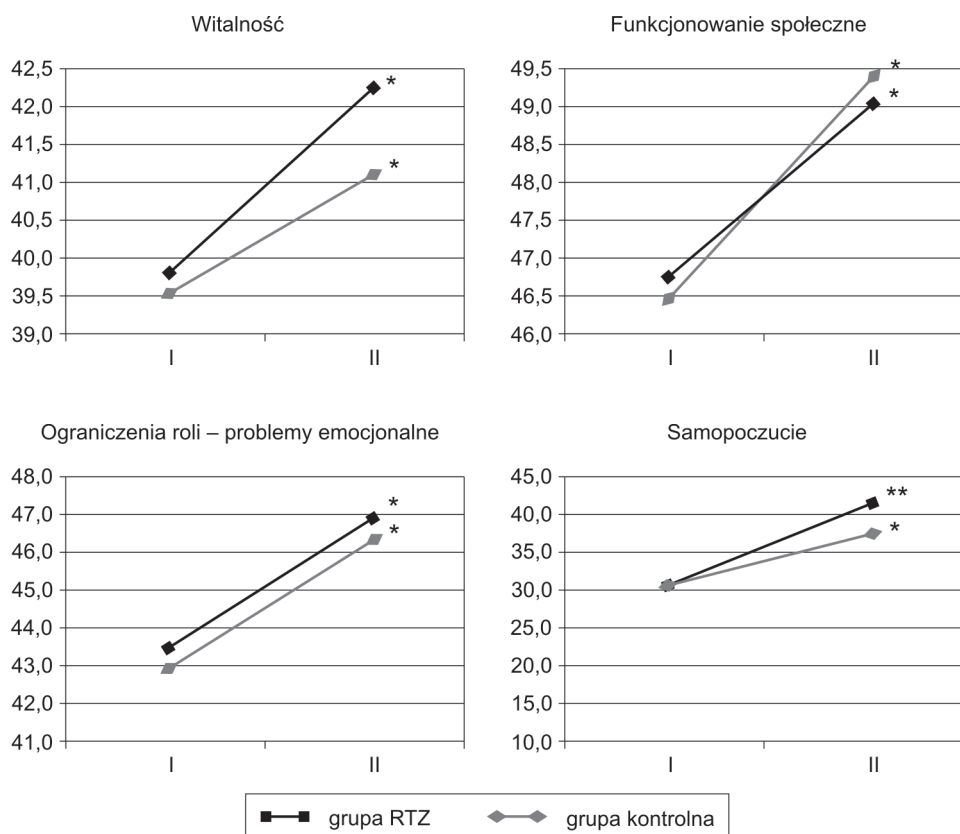
Podczas badań wykorzystano także kwestionariusz, za pomocą którego zebrano dane dotyczące przebiegu i charakterystyki choroby oraz dane socjodemograficzne.

Wyniki

Badane grupy chorych były homogeniczne pod względem stanu cywilnego, wykształcenia oraz wieku. Wśród pacjentów przeważały osoby pozostające w związkach oraz z wykształceniem zawodowym (tabela 1). Ze względu na brak korelacji wieku z jakością życia nie wprowadzano tej zmiennej do dalszych analiz. Nie wykazano także istotnych różnic pomiędzy uczestnikami grup w poszczególnych ośrodkach.

W celu porównania poziomów jakości życia na początku i na końcu badania w obu grupach przeprowadzono test *t*-Studenta dla zmiennych powiązanych. Wyniki tych porównań przedstawiono na rys. 1.





Rys. 1. Zmiany jakości życia w okresie czasu objętym badaniem

Objaśnienia: gwiazdkami oznaczono istotne statystycznie różnice pomiędzy I i II pomiarem (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Jedyną podskalą, w której nie zaobserwowano żadnych istotnych zmian, było funkcjonowanie fizyczne. W pozostałych podskalach w grupie RTZ jakość życia ulegała poprawie, tzn. w wymiarze ograniczeń roli — problemów fizycznych ($t = -3,08$; $df = 136$; $p < 0,05$), bólu ($t = -3,25$; $df = 153$; $p < 0,01$), zdrowia ogólnego ($t = -2,45$; $df = 153$; $p < 0,05$), witalności ($t = -2,24$; $df = 153$; $p < 0,05$), funkcjonowania społecznego ($t = -3,01$; $df = 153$; $p < 0,05$), ograniczeń roli — problemów emocjonalnych ($t = -2,89$; $df = 153$; $p < 0,05$) oraz samopoczucia ($t = -3,50$; $df = 153$; $p < 0,01$).

Poprawę zaobserwowano także w grupie kontrolnej w obszarze funkcjonowania społecznego ($t = -3,19$; $df = 79$; $p < 0,05$), bólu ($t = -2,98$; $df = 79$; $p < 0,05$), ograniczeń roli — problemów emocjonalnych ($t = -2,79$;

$df = 79$; $p < 0,05$) oraz w zakresie samopoczucia ($t = -3,02$; $df = 79$; $p < 0,05$). Nie zaobserwowano natomiast istotnego pogorszenia się jakości życia w żadnej z badanych skal.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych

Cecha		Grupa				Razem (<i>N</i> = 217)	
		RTZ (<i>N</i> = 137)		kontrolna (<i>N</i> = 80)			
		liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
Stan cywilny	wolny	24	17,5	13	16,2	37	17,0
	małżeństwo/konkubinat	96	70,1	58	72,5	154	71,0
	wdowieństwo	6	4,4	4	5,0	10	4,6
	rozwód	11	8,0	5	6,3	16	7,4
Wykształcenie	podstawowe	7	5,1	1	1,3	8	3,8
	zawodowe	87	63,5	52	65,0	139	64,0
	średnie	22	16,0	16	20,0	38	17,5
	wyższe	21	15,4	11	13,7	32	14,7
Wiek	<i>M</i>	48,22		47,48		48,02	
	<i>SD</i>	6,8		5,9		6,4	
	<i>t</i> (<i>df</i> = 215)	ns		ns		—	

Objaśnienie: ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

W celu wykazania różnic pomiędzy grupą kontrolną a chorymi korzystającymi z grupowej RTZ zastosowano analizę wariancji dla powtarzalnych pomiarów opartą na modelu III (efektów mieszanych) ANOVA (tabela 2).

Analiza efektów interakcji udziału w terapii oraz oceny jakości życia wykazała, że zastosowane oddziaływanie było skuteczne w odniesieniu do następujących obszarów jakości życia: ograniczeń roli — problemów fizycznych, bólu, zdrowia ogólnego, witalności, funkcjonowania społecznego i samopoczucia. Oznacza to, że po dziewięciu tygodniach od momentu rozpoczęcia terapii nastąpił istotny statystycznie wzrost jakości życia chorych onkologicznie w tych wymiarach ewaluacji.

Natomiast niezależny od udziału w terapii wzrost jakości życia w obu grupach zaobserwowano w wymiarze ograniczeń roli — problemów emocjonalnych.

Tabela 2

**Jakość życia — analiza wariancji dla powtarzalnych pomiarów
w grupie RTZ ($N = 137$) i grupie kontrolnej ($N = 80$)**

Czynnik	Grupa	Jakość życia						
		pomiar I		pomiar II		źródło zmienności		
		M	SD	M	SD	grupa $F(\eta^2)$	pomiar $F(\eta^2)$	interakcja $F(\eta^2)$
Funkcjonowanie fizyczne	RTZ	41,40	8,62	43,01	8,27	ns	ns	ns
	kontrolna	41,97	8,68	42,64	9,80			
Ograniczenia roli — problemy fizyczne	RTZ	37,03	4,93	44,28	3,91	ns	4,53* (0,04)	5,34* (0,39)
	kontrolna	37,85	4,25	38,11	4,10			
Ból	RTZ	40,69	3,87	46,55	4,85	ns	12,78* (0,09)	64,87*** (0,48)
	kontrolna	40,40	5,37	44,67	8,05			
Zdrowie ogólne	RTZ	32,46	4,96	35,82	5,35	ns	5,01* (0,03)	5,02* (0,27)
	kontrolna	32,63	5,62	32,47	6,07			
Witalność	RTZ	39,75	3,06	42,26	3,87	ns	6,02* (0,10)	6,96* (0,13)
	kontrolna	39,52	4,25	39,53	4,54			
Funkcjonowanie społeczne	RTZ	46,69	3,78	49,10	4,97	ns	7,72* (0,03)	75,01*** (0,36)
	kontrolna	46,41	5,25	49,29	8,61			
Ograniczenia roli — problemy emocjonalne	RTZ	43,37	4,73	46,83	4,06	ns	5,07* (0,11)	ns
	kontrolna	42,86	4,03	46,45	4,31			
Samopoczucie	RTZ	31,55	5,56	41,97	6,31	ns	10,23* (0,06)	25,78** (0,24)
	kontrolna	31,13	7,71	37,33	9,08			

* $p < 0,05$;** $p < 0,01$;*** $p < 0,001$;

Objaśnienie: ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Dyskusja

W badaniu wykazano obecność korzystnych zmian w jakości życia zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i w grupie kontrolnej. Racjonalna terapia zachowania wiązała się jednak z większą i dotyczącą większej liczby sfer życia poprawą jakości życia w porównaniu ze zmianami obserwowanymi w grupie kontrolnej. Warto zaznaczyć, że w okresie objętym

badaniem nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie poprawy zdrowia somatycznego; co więcej, często obserwuje się pogorszenie samopoczucia fizycznego chorych, będące skutkiem stosowanego leczenia czy postępu choroby. Stąd szczególnie interesująca jest poprawa jakości życia w grupie poddanej RTZ związana z oceną zdrowia ogólnego i przełamywaniem ograniczeń ról związanych z problemami fizycznymi, a także obserwowana w obu grupach poprawa w zakresie radzenia sobie z bólem.

Uzyskane wyniki wskazują, iż nawet bardzo krótko stosowana grupowa forma RTZ przynosi pozytywne efekty — wpływa na poprawę jakości życia w dwa miesiące po zakończeniu oddziaływań. Jest to wynik spójny z doniesieniami dotyczącymi bardziej rozciągniętych w czasie terapii poznawczo-behawioralnych stosowanych u chorych na nowotwory (por. Hersch et al., 2009; Hopko et al., 2008; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007). Autorzy wielu prac zwracają uwagę na fakt, że najlepsze efekty uzyskuje się około 3 miesiące po zakończeniu terapii, jednak później korzyści z tych oddziaływań zaczynają słabnąć. Interesujące jest zatem zbadanie bardziej odległych w czasie skutków krótkiej RTZ, a także przygotowanie i ewaluacja programów podtrzymujących dla chorych, którzy uzyskali korzyści z udziału w psychoterapii.

Ciekawe wydają się obserwacje zmian w grupie kontrolnej. Nie wykazano pogorszenia się jakości życia w żadnej podskali, natomiast zaobserwowano poprawę jakości życia w zakresie lepszego radzenia sobie z bólem, lepszego funkcjonowania społecznego, pokonywania ograniczeń ról związanych z problemami emocjonalnymi; wreszcie poprawie uległo ogólne samopoczucie chorych.

Z jednej strony zmiany te można tłumaczyć naturalnie przebiegającymi procesami adaptacji do choroby. Takie zjawiska, jak adaptacja poznawcza do choroby, nadawanie znaczenia, posttraumatyczny wzrost czy odnoszenie korzyści wtórnych z choroby, są dość powszechne w grupie chorych na nowotwory (Cordova et al., 2001; Taylor, 1983; Tomich, Helgeson, 2004). Wśród korzyści wtórnych najczęściej wymienia się pogłębienie i poprawę relacji z bliskimi, zmianę hierarchii wartości, odnalezienie nowego sensu życia, nabycie umiejętności dbania o siebie i wyrażania własnych potrzeb. W badaniach podejmujących tę problematykę wskazuje się na pozytywny wpływ korzyści wtórnych na stan psychiczny — np. Sharon Sears, Annette Stanton i Sharon Danoff-Burg (2003) wykazały, iż 83% badanych kobiet z rakiem piersi potrafiło wskazać przynajmniej jedną korzyść związaną z doświadczeniem choroby i przekładało się to na lepsze funkcjonowanie psychiczne tych chorych. Podobne wyniki uzyskali w badaniach Patricia Tomich i Vickie Helgeson (2002) czy Charles Carver i Michael Antoni (2004). Wyniki zaprezentowane w niniejszym artykule również pokazują zmiany przede wszystkim w za-

kresie jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym. Jedyną zmianą w obszarze jakości życia dotyczącym zdrowia fizycznego dotyczyła lepszego radzenia sobie z bólem, co może wynikać z objęcia chorych leczeniem przeciwbólowym, które jest standardem postępowania medycznego.

Podobne zjawiska mogły zachodzić także w grupie eksperymentalnej, wykazano bowiem, iż udział w terapii poznawczo-behawioralnej wiąże się z większym nasileniem poszukiwania korzyści wtórnych z choroby nowotworowej i lepszą jakością życia, a zmiany te są mediowane przez rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem (Penedo et al., 2006).

Warto jednak zwrócić uwagę na specyfikę grupy porównawczej. Osoby z tej grupy były bardzo zaangażowane i zdeterminowane do uczestnictwa w terapii. Może o tym świadczyć fakt, że jedynie w tej grupie 100% osób wypełniło kwestionariusze w drugim pomiarze badania. Możliwe więc, że osoby te dostrzegały u siebie potrzebę zmian i jednocześnie aktywnie poszukiwały pomocy. Można też przypuszczać, że pomoc tę otrzymywały ze strony najbliższego otoczenia (72,5% badanych z tej grupy pozostawało w stałych związkach). Interesująca byłaby zatem analiza jakości życia w drugiej grupie kontrolnej, w której nie występowało zainteresowanie udziałem w terapii. Nie było to jednak możliwe w niniejszym badaniu. Warto także bliżej przyjrzeć się dynamice zmian u ludzi niekorzystających z pomocy psychologicznej czy psychoterapeutycznej.

Ograniczeniem przedstawianego badania jest brak randomizacji. Badaniem objęte zostały osoby zainteresowane pomocą psychoterapeutyczną, co nie pozwala na uogólnienie wniosków z badania na całą populację chorych na nowotwory.

Wnioski

Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, iż nawet kilkudniowe poznawczo-behawioralne oddziaływania terapeutyczne mogą stać się cennym uzupełnieniem standardowego leczenia onkologicznego przede wszystkim u osób poszukujących pomocy w radzeniu sobie z chorobą. Racjonalna terapia zachowania może zatem stać się narzędziem stosowanym przez placówki zajmujące się leczeniem onkologicznym, które pragną realizować postulat o wspieraniu jakości życia chorych, jednocześnie nie dysponując możliwościami zaoferowania profesjonalnej pomocy psychologa klinicznego (RTZ może być prowadzona przez wyszkolonego lekarza, pielęgniarkę lub psychologa) czy psychoterapii o dłuższym okresie trwania.

Bibliografia

- Andersen B.L. et al., 2004: *Psychological, behavioral and immune changes after psychological intervention: a clinical trial*. "Journal of Clinical Oncology", vol. 22 (17), s. 3570—3580.
- Bottomley A., 1997: *Synthesizing cancer group interventions — a cancer group intervention in need of testing*. "Clinical Psychology and Psychotherapy", vol. 4 (1), s. 51—61.
- Bredin M. et al., 1999: *Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer*. "BMJ", vol. 318, s. 901—904.
- Carver C., Antoni M., 2004: *Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis*. "Health Psychology", vol. 23 (6), s. 595—598.
- Cathcart F., 2006: *Psychological distress in patients with advanced cancer*. "Clinical Medicine", vol. 6, s. 148—150.
- Cordova M. et al., 2001: *Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study*. "Health Psychology", vol. 20, s. 176—185.
- Dalton J.A. et al., 2004: *Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain*. "Pain Management Nursing", vol. 5 (1), s. 3—18.
- Ellis A., 1999: *Terapia krótkoterminowa*. Gdańsk.
- Fawzy F.I., Canada A.L., Fawzy N.W., 2003: *Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up*. "Archives of General Psychiatry", no. 60 (1), s. 100—103.
- Ferguson R.J., Cassel A., Dawson R., 2010: *Cognitive effects of cancer chemotherapy in adult cancer survivors: Cognitive-behavioral management*. "Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy", vol. 28 (1), s. 25—41.
- Garratt A.M. et al., 2002: *Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures*. "British Medical Journal", vol. 324 (7351), s. 1417—1421.
- Helgeson V.S., Lepore S.J., Eton D.T., 2006: *Moderators of the benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer*. "Health Psychology", vol. 25 (3), s. 348—354.
- Hersch J. et al., 2009: *Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review*. "Psycho-Oncology", vol. 18, s. 795—810.
- Hopko D.R. et al., 2008: *Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting*. "Behavior Therapy", vol. 39 (2), s. 126—136.
- Juczyński Z., 1998: *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*. „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5 (14), s. 54—63.
- Kokoszka A., 2009: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behavioralnej*. Kraków.
- Lazarus R., Folkman S., 1984: *Stress, appraisal and coping*. New York.
- Majkowicz M., 2000: *Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne)*. W: *Psychoonkologia*. Red. K. de Walden-Gałuszek. Kraków, s. 141—148.
- Maultsby M.C., 2008: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behavioralnej*. Wyd. 2. pol., popr. i uaktualnione. Przeł., uaktualnił, popr. i rozsz. M. Wirga. Żnin.
- Moorey S., Greer S., 2007: *Terapia poznawczo-behavioralna osób z chorobą nowotworową*. Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia.

- Morrow G., Roscoe J.A., Hickok J.T., 1998: *Nausea and vomiting*. In: *Psycho-oncology*. Red. J.C. Holland, W. Breitbart, P.B. Jacobsen. New York, s. 476—484.
- Penedo F.J. et al., 2006: *A randomized trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding*. "Annals of Behavioral Medicine", vol. 31 (3), s. 261—270.
- Rehse B., Pukrop R., 2002: *Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies*. "Patient Education and Counseling", vol. 50, s. 179—186.
- Ridder D. de, Schreurs K., 2001: *Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept?* "Clinical Psychology Review", vol. 21 (2), s. 205—240.
- Rymaszewska J., Podolak-Dawidziak M., Kiejna A., 2007: *Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*. „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, T. 3 (supl. C, cz. 1), s. 439—444.
- Schipper H., 1990: *Quality of life: Principles of the clinical paradigm*. "Journal of Psychosocial Oncology", vol. 8 (23), s. 171—185.
- Sears S., Stanton A., Danoff-Burg S., 2003: *The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer*. "Health Psychology", vol. 22, s. 487—497.
- Staat K., Segatore M., 2005: *The phenomenon of chemo-brain*. "Clinical Journal of Oncology Nursing", vol. 9 (6), s. 713—721.
- Taylor S.E., 1983: *Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation*. "American Psychologist", vol. 38, s. 1161—1173.
- Tomich P., Helgeson V., 2002: *Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women*. "Psycho-Oncology", vol. 11, s. 154—169.
- Tomich P., Helgeson V., 2004: *Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer*. "Health Psychology", vol. 23, s. 16—23.
- Walden-Gałuszko K. de, 2011: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa.
- Walden-Gałuszko K. de, Majkowicz M., red., 1994: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk.
- Wirga M., Wojtyna E., 2008: *Grupowa racjonalna terapia zachowania*. W: M.C. Maultsby: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Wyd. 2. pol., popr. i uaktualnione. Przeł., uaktualnił, popr. i rozsz. M. Wirga. Żnin, s. 347—370.
- Wirga M., Wojtyna E., 2010: *Udręki zdrowego umysłu. Neuropsychologia cierpienia*. W: *Wielowymiarowość cierpienia*. Red. J. Binnebesel, J. Bleszyński, Z. Domała. Łódź, s. 31—51.
- Wojtyna E., 2012: *Irrational suffering — An impact of cognitive behavioural therapy on the depression level and the perception of pain in cancer patients*. In: *Mental illnesses — evaluation, treatments and implications*. Ed. L. L'Abate. S. 227—244.
- Strona internetowa: InTech. Tryb dostępu: <http://www.intechopen.com/articles/show/title/irrational-suffering-an-impact-of-cognitive-behavioural-therapy-on-the-depression-level-and-the-perc>. Data dostępu: 08.02.2013 r.
- Wojtyna E., Stawiarska P., 2010: *Percepcja wsparcia społecznego a uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej u kobiet z rakiem piersi*. W: *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie psychologicznej*. Red. K. Popiołek, A. Bańka. Poznań, s. 305—316.

- Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P., 2007: *The influence of cognitive-behavior therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. "Reports of Practical Oncology and Radiotherapy", vol. 12 (2), s. 109—117.
- Yalom I., Leszcz M., 2006: *Psychoterapia grupowa*. Kraków.
- Zabalegui A. et al., 2005: *Nursing and cancer support groups*. "Journal of Advanced Nursing", vol. 51 (4), s. 369—381.
- Żołnierczyk-Zreda D. et al., 2009: *Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia*. Warszawa.