

Psychofizyczna rehabilitacja pacjentek w wieku podeszłym leczonych operacyjnie z powodu raka piersi

Psychophysical rehabilitation of elderly female patients after breast cancer surgery

DOMINIKA KOZAK^{1/}, MAGDALENA SMOCZYŃSKA^{2/}

^{1/} Katedra Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

^{2/} Katedra Psychologii Klinicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie i jest jednocześnie najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu. Ponad 40% przypadków zachorowań na raka piersi stwierdza się obecnie u kobiet po 70 roku życia. Rozpoznanie raka piersi i późniejsze leczenie prowadzi do znacznych zmian w psychice i wyglądzie chorych. Często rozległe i okaleczające zabiegi chirurgiczne, toksyczne leczenie systemowe oraz popromienne zmiany po radioterapii mogą spowodować uszkodzenie tkanek i upośledzenie funkcji, ograniczając aktywność i jakość życia pacjentki. W konsekwencji wielokrotnie prowadzi to do niepełnosprawności i izolacji społecznej. Do następstw fizycznych leczenia chorych na raka piersi zalicza się: utratę piersi, zmianę wyglądu piersi, ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej i stawu ramiennego kończyny górnej strony operowanej, ból lub uczucie dyskomfortu w okolicach klatki piersiowej, barku i ramienia strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, aż do niedowładu i porażen kończyny strony operowanej, Axillary Web Syndrome, wady postawy, wtórny obrzęk limfatyczny kończyny strony operowanej. Rehabilitacja onkologiczna to ogół procesów, które przywracają sprawność psychofizyczną pacjentów leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Planując postępowanie u pacjentów w wieku podeszłym należy stawiać im cele realne i możliwe do osiągnięcia.

Nadrzędnym celem rehabilitacji powinno być przywrócenie możliwości wykonywania przez chorego czynności podstawowych (tzw. ADL – Activities of Daily Living). Biorąc pod uwagę wzrost zachorowalności na nowotwory oraz starzejące się społeczeństwo temat kompleksowej rehabilitacji tej właśnie grupy społecznej wydaje się być aktualnym i wartym uwagi obszarem badawczym. W procesie rehabilitacji należy zwrócić uwagę na specjalne potrzeby osób starszych, bo niezaspokojenie tych podstawowych potrzeb, choćby bezpieczeństwa, znacznie pogarsza stan psychiczny pacjenta i może wpłynąć negatywnie na motywację do leczenia.

Słowa kluczowe: rak piersi, rehabilitacja, wiek podeszły

Breast cancer is one of the most common neoplasms among women around the world. Simultaneously, it is the most frequent neoplastic cause of death. Over 40% of breast cancer cases are diagnosed in the group of women over the age of 70 years. Breast cancer identification and further treatment leads to notable changes in psyche and appearance of the patient. Vast and disabling surgery treatment, toxic systemic treatment and radiation effect after radiotherapy can cause damage of tissues and deterioration of function, which limits the activity and life quality of the patient. In consequence, it repeatedly leads to disability and social isolation. The physical aftermaths of breast cancer treatment include: loss of breast, changes in the look of breast, limitation of shoulder and humeral joints mobility, pain and discomfort in the chest and shoulder area of the surgery side, Axillary Web Syndrome, posture defects, arm lymphedema. Oncological rehabilitation is a totality of processes which bring back psychophysical agility of the patients treated for malignant neoplasms. While planning a therapy among elderly patients it is important to focus their attention on targets possible to achieve.

The main aim of rehabilitation should be to give back to the patient the ability of performing simple activities of daily life (ADL- Activities of Daily Living). Taking into account cancer morbidity and aging of the society, the subject of complex rehabilitation of this particular social group seems to be an actual and significant area of study. In the rehabilitation process it is important to consider special needs of elderly people, because without satisfying their basic needs, such as safety, the physical state of the patients could deteriorate and thus negatively affect their motivation for treatment.

Keywords: breast cancer; rehabilitation, elderly

© Hygeia Public Health 2012, 47(2): 139-144

www.h-ph.pl

Nadesłano: 24.03.2012

Zakwalifikowano do druku: 22.05.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Dominika Kozak
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii
ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz
kozak.dominika@gmail.com

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie i jest jednocześnie najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu [1]. Częstość wystę-

powania raka piersi rośnie wraz z wiekiem, dlatego należy on do najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi. Ryzyko rozwoju choroby u kobiet w wieku 70 lat jest co najmniej 6 razy większe niż w wieku 40 lat.

Ponad 40% przypadków zachorowań na raka piersi stwierdza się obecnie u kobiet po 70 roku życia, który według wielu autorów wyznacza granicę wieku podeszłego [2,3,4]. Wielu badaczy zauważyło, że u kobiet starszych wykrywa się nowotwór w bardziej zaawansowanym stadium. Przyczyną może być mała dostępność do badań profilaktycznych w postaci mammografii. U kobiet powyżej 70 roku życia badanie to wykonuje się zdecydowanie rzadziej niż w młodszych grupach wiekowych. W Polsce populacyjny program badań przesiewowych w kierunku raka piersi adresowany jest do kobiet pomiędzy 50 a 69 rokiem życia. Dla kobiet w wieku podeszłym koszt badania, gdy nie może ono być wykonane w ramach bezpłatnych świadczeń, stanowi istotny problem. Nie bez znaczenia jest tu też czynnik psychologiczny – kobiety po 70 roku życia często nie widzą sensu jakichkolwiek działań profilaktycznych [1,3].

Metody leczenia

Nie ma jednoznacznych wytycznych dotyczących leczenia raka piersi u kobiet w wieku podeszłym. Podstawowym założeniem jest bezpieczeństwo i skuteczność terapii oraz indywidualne podejście do pacjentki. U osób starszych często stwierdza się występowanie różnych schorzeń przewlekłych, które mają istotny wpływ na planowane leczenie. Przy wyborze metody leczenia należy brać pod uwagę aspekty takie, jak: prawdopodobieństwo wydłużenia życia lub wyleczenia pacjentki, stopień zaawansowania i złośliwości nowotworu, a także złożony i rozciągnięty w czasie proces starzenia się organizmu. W populacji pacjentek geriatrycznych najważniejszy jest wybór terapii, która nie wpłynie negatywnie na jakość ich życia [3,4].

Leczenie raka piersi jest procesem złożonym, wymagającym często skojarzenia kilku metod terapii: leczenia chirurgicznego, leczenia uzupełniającego i leczenia systemowego. Leczenie chirurgiczne jest w dzisiejszych czasach najpowszechniejszą i jedną z bardziej skutecznych metod leczenia [5,6]. Do wykonywanych zabiegów operacyjnych zaliczamy tumorektomię, kwadrantektomię, limfadenektomię – formy oszczędzające leczenie chirurgicznego oraz formy leczenia radykalnego takie jak: amputacja prosta, zmodyfikowana radykalna mastektomia metodą Patey'a oraz radykalna amputacja metodą Halsteda. Interwencje w dole pachowym w postaci limfadenektomii niosą za sobą różne następstwa i powikłania w postaci obrzęku chłonnego kończyny górnej, ograniczenia ruchomości stawu ramiennego, bądź też zaburzeń czucia w obrębie obręczy barkowej.

Dzięki nowej metodzie diagnostycznej, jaką jest biopsja węzła chłonnego wartowniczego, można wiarygodnie ocenić stan węzłów chłonnych pachowych

przed zabiegiem i wskazać u których pacjentów z rakiem piersi można odstąpić od limfadenektomii pachowej, pozwalając tym samym na bardziej oszczędzające leczenie. Ma to znaczący wpływ na późniejszą jakość życia pacjentki [2,4].

Pacjentki poddane leczeniu operacyjnemu – zarówno w formie oszczędzającej jak i radykalnej – często wymagają dodatkowego leczenia uzupełniającego w postaci chemioterapii, radioterapii i hormonoterapii.

Ze względu na obniżone rezerwy czynnościowe organizmu i występowanie chorób współistniejących, a także większe ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, chemioterapia u pacjentek w wieku podeszłym jest stosowana jedynie w przypadku wyczerpania możliwości leczenia hormonalnego, bądź też u kobiet chorujących na raka hormononiezależnego.

Wartościową metodą leczenia raka piersi u pacjentek geriatrycznych jest hormonoterapia, ze względu na częste występowanie raka hormonozależnego w tej grupie wiekowej.

Radioterapia jest integralną częścią leczenia skojarzonego raka piersi. Stosuje się ją jako element leczenia oszczędzającego w przypadku raka inwazyjnego i przedinwazyjnego, a także w przypadku ryzyka wznowy lub leczenia przerzutów odległych [2,4,5].

Psychiczne i fizyczne następstwa choroby i leczenia

Rozpoznanie raka piersi i późniejsze leczenie prowadzi do znacznych zmian w psychice i wyglądzie chorych. Często rozległe i okaleczające zabiegi chirurgiczne, toksyczne leczenie systemowe oraz popromienne zmiany po radioterapii, mogą spowodować uszkodzenie tkanek i upośledzenie funkcji, ograniczając aktywność i jakość życia pacjentki. W konsekwencji wielokrotnie prowadzi to do niepełnosprawności i izolacji społecznej [6,7].

Do następstw fizycznych leczenia chorych na raka piersi zalicza się:

- utratę piersi w następstwie amputacji,
- zmianę wyglądu piersi w następstwie leczenia oszczędzającego,
- ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej i stawu ramiennego kończyny górnej strony operowanej,
- ból lub uczucie dyskomfortu w okolicach klatki piersiowej, barku i ramienia strony operowanej,
- zmniejszenie siły mięśniowej, aż do niedowładu i porażenia kończyny strony operowanej,
- Axillary Web Syndrome (AWS),
- wady postawy (odstawanie łopatki, uniesienie barku, skrzywienie kręgosłupa, przygarbienie sylwetki),

- zaburzenia statyki ciała,
- wtórny obrzęk limfatyczny kończyny strony operowanej,
- dolegliwości fantomowe (ból oraz czucie operowanej piersi) [1,6].

Choroba nowotworowa piersi stanowi poważne źródło stresu u każdej kobiety, a jej wpływ na życie pociąga konsekwencje w sferze poznawczej, behawioralnej i emocjonalnej. Reakcja na chorobę jest sprawą indywidualną, zależną między innymi od zasobów osobistych, jakimi jednostka dysponuje, wcześniejszych doświadczeń oraz strategii radzenia sobie w kryzysie. Sytuacja związana z leczeniem operacyjnym raka piersi wydaje się być szczególnie trudna dla pacjentek w wieku podeszłym. Funkcjonowanie ludzi starszych jest oparte na pewnego rodzaju rytuałach, a pobyt w szpitalu zaburza ich dotychczasowy sposób życia. Nie mogą oni wykonywać ulubionych codziennych czynności, pójść w chętnie odwiedzane miejsca, czy porozmawiać z osobami z ich otoczenia. Proces leczenia związany jest również z podejmowaniem decyzji oraz przetwarzaniem wielu informacji, które do tego często przekazywane są trudnym do zrozumienia, lekarskim żargonem. Biorąc pod uwagę fakt, iż sprawność funkcji poznawczych w wieku podeszłym ulega obniżeniu, może stanowić to spore wyzwanie dla pacjentek. Problemem stają się również interakcje z personelem medycznym. Prawdą jest, iż osobom starszym trudniej jest nawiązywać relacje społeczne oraz je utrzymywać. Brak satysfakcjonującej komunikacji w relacji pacjent – pracownik służby zdrowia może przyczynić się do poczucia osamotnienia oraz być barierą w adaptacji do środowiska szpitalnego. Kontakty z ludźmi, w fazie wieku podeszłego, stanowią bowiem główne źródło wsparcia i doświadczania dobrostanu [8, 9].

W analizie sfery emocjonalnej pacjentek leczonych operacyjnie z powodu raka piersi wielu badaczy wskazuje na występowanie podwyższonego poziomu lęku [10, 11, 12]. Obawa związana jest z samą chorobą, jej leczeniem, objawami ubocznymi terapii, bólem, ale przede wszystkim z utratą życia. Przedłużające się stany lękowe mogą prowadzić do depresji. Często obniżenie nastroju pacjentki traktowane jest jako normalna reakcja na sytuację. Brak diagnozy zaburzeń depresyjnych, a w konsekwencji brak ich leczenia, może wpływać negatywnie na motywację do radzenia sobie z chorobą nowotworową. Do tego po zabiegu chirurgicznym następują zmiany w wyglądzie ciała kobiety, co może być przyczyną obniżenia samooceny oraz odczuwania wstydu. Zdarza się, że brak akceptacji zmian w wyglądzie zewnętrznym prowadzi do wycofania się z interakcji społecznych, co w konsekwencji może nasilać skargi na osamotnienie [10, 11].

Rehabilitacja onkologiczna

Rehabilitacja onkologiczna – to ogół procesów, które przywracają sprawność psychofizyczną pacjentów leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Powinny cechować ją:

- powszechność – objęcie opieką wszystkich pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej,
- wczesność – zapoczątkowanie rehabilitacji jeszcze przed rozpoczęciem leczenia nowotworu,
- ciągłość – realizacja programu usprawniania na poziomie szpitalnym, sanatoryjnym oraz ambulatoryjnym,
- kompleksowość – uwzględnienie potrzeb zdrowotnych, psychospołecznych i fizycznych pacjenta.

Biorąc pod uwagę cel, okres rozpoczęcia oraz potrzeby chorego, rehabilitację onkologiczną można podzielić na:

- profilaktyczną – ma na celu zapobieganie skutkom leczenia onkologicznego zmniejszając ryzyko zaburzeń psychicznych i fizycznych oraz powikłań, które mogą prowadzić do niepełnosprawności;
- leczniczą – ma na celu przywrócenie prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz unormowanie reakcji psychofizycznych i poprawę jakości życia pacjenta;
- paliatywną – głównym celem jest poprawa jakości życia oraz zwiększenie niezależności i samodzielności pacjenta w terminalnej fazie choroby [6].

Nadrzędnym celem kompleksowej rehabilitacji onkologicznej jest przywrócenie pacjentowi stanu funkcjonalnego z okresu przed chorobą i leczeniem, a także poprawienie jego jakości życia.

Planując postępowanie u pacjentów w wieku podeszłym należy stawiać im cele realne i możliwe do osiągnięcia. Nadrzędnym celem rehabilitacji powinno być przywrócenie możliwości wykonywania przez chorego czynności podstawowych (tzw. ADL – *Activities of Daily Living*) takich, jak: samodzielne mycie się, ubieranie, spożywanie posiłków, poruszanie się (w tym także obracanie w łóżku), poprzez poprawę siły mięśniowej oraz zwiększenie zakresu ruchomości. W kolejnych etapach rehabilitacji pracuje się nad osiągnięciem samodzielności w wykonywaniu czynności z zakresu IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), które umożliwiają uczestnictwo w czynnościach dnia codziennego, życiu społecznym oraz hobby.

Aby osiągnąć postępowanie w leczeniu usprawniającym pacjenci w wieku podeszłym potrzebują odpowiedniej motywacji i wsparcia psychicznego.

Rehabilitacja pacjentek z rakiem piersi powinna być prowadzona na wszystkich etapach leczenia onkologicznego uwzględniając możliwości i potrzeby indywidualne pacjentki [13,14].

Rehabilitacja szpitalna

Rehabilitacja przedoperacyjna, obejmująca okres 1-2 dni przed zabiegiem, polega na nauce podstawowych ćwiczeń wykonywanych przez pacjentkę po zabiegu, właściwego układania kończyny górnej strony operowanej na specjalnym klinie, naukę oddychania torem żebrzym i przeponowym oraz automasażu kończyny po stronie planowanej limfadenektomii pachowej w celu zapobiegania zastojowi chłonki w kończynie i okolicy interwencji chirurgicznej.

Istotnym elementem jest także poinformowanie pacjentki o czynnościach, których nie powinna wykonywać, czyli opuszczaniu kończyny górnej strony operowanej poza łóżko oraz zakładaniu na nią biżuterii i zegarka. Należy także uprzedzić pacjentkę o mogących wystąpić problemach w zakresie samoobsługi, obracania się na boki, kłopotach z używaniem kończyny górnej strony operowanej, a także o mogącym wystąpić bólu w okolicy rany pooperacyjnej, łopatki i kończyny górnej po stronie zabiegu [5,6,13].

Właściwa rehabilitacja szpitalna pacjentek rozpoczyna się już w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym i trwa około 5-7 dni. Rehabilitacja we wczesnym okresie pooperacyjnym ma na celu:

- zapobieganie zastojowi chłonki w kończynie strony operowanej i okolicy zabiegowej
- zwiększenie zakresu ruchomości stawu ramiennego kończyny strony operowanej
- utrzymanie prawidłowej lub zwiększenie obniżonej siły mięśniowej kończyny górnej strony operowanej
- zapobieganie powikłaniom krążeniowym
- zapobieganie zaburzeniom oddechowym
- korekcję zmian w zaburzonej statyce i postawie ciała
- edukację i psychoterapię pacjentek.

Z powodu bolesnego napięcia okolicy operowanej ręki barku bezpośrednio po operacji są bardzo ograniczone. W efekcie pacjentka przybiera postawę obronną polegającą na uniesieniu w górę i wysunięciu do przodu barku po stronie operowanej z jednoczesnym przywiedzeniem ramienia do tułowia. Postawa ta upośledza ruchy oddechowe klatki piersiowej, zmniejszając wyraźnie pojemność oddechową a także zaburza postawę ciała. Stale napięte mięśnie mogą powodować współtowarzyszące bóle ramion, szyi i głowy.

Rehabilitacja szpitalna pacjentki obejmuje następujące etapy:

- Pionizacja – w pierwszej lub drugiej dobie po zabiegu. Adaptacja do pozycji siedzącej i późniejsza adaptacja do pozycji stojącej z pomocą terapeuty, później samodzielnie. Próba wykonania pierwszych kroków.
- Ćwiczenia palców, ręki, przedramienia, obręczy barkowej kończyny górnej po stronie operowanej

– zginanie i prostowanie palców, rozstawianie i przeciwstawianie palców, ruchy palców imitujące pisanie na maszynie, ruchy nadgarstka (zginanie dłoniowe i grzbietowe, prostowanie, ruchy okrężne), zaciskanie palców w pięść i rozluźnianie, ćwiczenia barku przy pomocy drugiej kończyny, łaski bądź szarfy.

- Ćwiczenia oddechowe – torem przeponowym, z pogłębionym wydechem, ćwiczenia oddechowe z oporem (butelka z wodą), ćwiczenia efektywnego kaszlu.
- Profilaktyka przeciwobrzękowa – manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie kończyny, automasaż, wysokie układanie kończyny po stronie operowanej na specjalnym klinie [5,6,7,13].

Rehabilitacja ambulatoryjna

Po zakończeniu leczenia szpitalnego pacjentki powinny kontynuować rehabilitację w zakładach rehabilitacji lub przychodniach rehabilitacyjnych. Ośrodki te powinny realizować program usprawniania dla kobiet po amputacji piersi.

Etap rehabilitacji poszpitalnej ma na celu:

- Zwiększenie zakresu ruchomości stawów obręczy barkowej po stronie operowanej (szczególnie wyprost, odwiedzenia i rotacji zewnętrznej), poprzez ćwiczenia w odciążeniu w systemie bloczkowo-ciężarkowym. Ćwiczenia powinny być wykonywane w krótkich seriach z niewielką liczbą powtórzeń. Ważne jest zachowanie odpowiedniego zakresu wykonywanego ruchu oraz rozluźnianie kończyny po każdej serii.
- Zwiększenie siły mięśniowej kończyny górnej strony operowanej poprzez wykonywanie ćwiczeń wolnych lub wolnych z niewielkim obciążeniem (do 0,5 kg).

Ćwiczenia charakteryzujące się dużą dynamiką pracy mięśni oddziałują korzystnie na układ naczyń limfatycznych i krwionośnych, jednocześnie zapewniając przyrost masy mięśniowej.

- Korygowanie zmian w postawie i statyce ciała poprzez ćwiczenia ukierunkowane na dane zaburzenie. Pacjentki z objawem odstawiania łopatki powinny wykonywać ćwiczenia wzmacniające i pobudzające do pracy mięśni grzbietu leżące na łopatkę wspomagając tym samym jej prawidłowe ułożenie. Duży nacisk kładzie się także na ćwiczenia oddechowe, które wzmacniając mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne mają istotny wpływ na kształtowanie się klatki piersiowej i usprawnianie czynności układu oddechowego pozwalając na lepszą wentylację płuc.
- Zapobieganie i redukcję obrzęku limfatycznego poprzez stosowanie odpowiedniego ułożenia kończyny po stronie operowanej, dbałość o stan skóry,

manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie kończyny obrzękniętej, masaż pneumatyczny, a także ćwiczenia przeciwobrzękowe z kończyną górną zabandażowaną. Docelowo pacjentka powinna stosować w życiu codziennym indywidualnie dobrany rękaw uciskowy.

W leczeniu obrzęku limfatycznego można też zastosować technikę limfatyczną metody Kinesiology Taping.

- Utrzymywanie dobrej wydolności fizycznej poprzez szeroko pojętą aktywność fizyczną (Nordic walking, jazda na rowerze, pływanie, gimnastyka w wodzie).

Pacjentki w wieku podeszłym powinny być stopniowo adaptowane do wysiłku fizycznego poprzez stosowanie na przemian ćwiczeń rozluźniających z ćwiczeniami o większej intensywności, nie zapominając o prawidłowo wykonywanych ćwiczeniach oddechowych. Należy unikać ćwiczeń o dużej intensywności prowadzących do szybkiego zmęczenia organizmu. Powoli i ostrożnie należy wprowadzać ćwiczenia wymagające złożonej koordynacji ruchowej a także unikać statycznej pracy mięśni. Ćwiczenia powinny być dostosowane do możliwości indywidualnych pacjentki, ze stopniowym zwiększaniem ich zakresu, zwłaszcza u pacjentek poddanych doszczętnemu zabiegowi [5,6,7,13].

Rehabilitacja psychologiczna

Pomoc psychologiczna chorującym na nowotwór koncentruje się na obniżeniu poziomu stresu oraz na poprawie jakości życia. Terapia ma na celu złagodzenie lęków, objawów depresji, obniżenie bólu, redukcję trudnych emocji oraz wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z szeroko pojętymi negatywnymi konsekwencjami leczenia. Rodzajów interwencji stosowanych przez psychoonkologów jest bardzo wiele. Najczęściej stosowane są metody relaksacyjne. Opierają się na założeniu, że istnieje związek pomiędzy napięciem psychicznym, czynnościowym stanem wegetatywnego układu nerwowego oraz napięciem mięśni. Do metod redukcji napięcia emocjonalnego poprzez kontakt z własnym ciałem należy trening autogenny Schultza, relaksacja neuromięśniowa Jacobsona, joga i biofeedback. Często podczas spotkań z pacjentem, do pogłębienia stanu odprężenia, stosowane są metody wyobrażeniowe, tzw. wizualizacje. Pacjent wyobraża sobie sytuacje, miejsca, które wywołują u niego pozytywne emocje i wrażenia. Jest to metoda pracy bardzo skuteczna przy zmniejszaniu bólu i przykrych dolegliwości somatycznych. Samodzielne stosowanie wizualizacji przez pacjenta stanowi jego aktywny wkład w proces leczenia, co pozwala mu na odzyska-

nie kontroli w sytuacji choroby. Ważnym elementem w obniżaniu stresu są również ćwiczenia oddechowe. Koncentracja na własnym oddechu pozwala na odwrócenie uwagi od odczuwanych objawów somatycznych, redukuje nieprzyjemne napięcie i przywraca kontakt z własnym ciałem. Pozwala na redukcję napięcia oraz przywraca kontakt z własnym ciałem.

W pracy terapeutycznej z pacjentem wykorzystuje się również elementy muzykoterapii, połączone niekiedy z choreoterapią. Pozwala to na odreagowanie negatywnych emocji, normalizację napięcia mięśniowego, poprawia samopoczucie. Powyższe metody stosowane są również w pracy nad zmniejszeniem bólu. Ważny element stanowi również przewartościanie znaczenia odczuwanego bólu przez pacjenta. Coraz bardziej popularna w terapii psychologicznej nowotworów w Polsce staje się metoda zaproponowana przez Carla Simontona. Jest to holistyczny program niesienia pomocy chorym na nowotwór oraz ich rodzinom. Carl Simonton traktuje chorobę nowotworową jako problem całego człowieka, obejmujący oprócz ciała także umysł i emocje. Według tego onkologa nowotwór jest przejawem nagromadzonych problemów psychicznych, co powoduje upośledzenie działania układu immunologicznego i utratę zdolności obronnych organizmu. Zaletą tej metody jest umiejscowienie pacjenta w centrum procesu terapeutycznego, bierze on w nim aktywny udział. Sprzyja to wytworzeniu pozytywnej postawy wobec choroby oraz procesu leczenia i przywraca poczucie kontroli nad własnym ciałem. Ważny element pracy z pacjentem stanowi również psychoedukacja. Zwiększanie wiedzy sprzyja obniżaniu lęku, wytworzeniu prawidłowego obrazu choroby oraz daje możliwość świadomego, aktywnego udziału w procesie leczenia [15, 16, 17, 18].

Podsumowanie

Obecnie dostępnych jest niewiele publikacji dotyczących specjalistycznej opieki pacjentów onkologicznych w wieku podeszłym. Biorąc pod uwagę wzrost zachorowalności na nowotwory oraz starzejące się społeczeństwo temat kompleksowej rehabilitacji tej właśnie grupy społecznej wydaje się być aktualnym i wartym uwagi obszarem badawczym. W procesie rehabilitacji należy zwrócić uwagę na specjalne potrzeby osób starszych, bo niezaspokojenie tych podstawowych potrzeb, choćby bezpieczeństwa, znacznie pogarsza stan psychiczny pacjenta i może wpłynąć negatywnie na motywację do leczenia. Zdrowie, jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), to nie tylko brak choroby, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.

Piśmiennictwo / References

1. Jassem J, Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2009.
2. Łacko A, Matkowski R. Leczenie chorych na raka piersi w podeszłym wieku. *Onkol Prakt Klin* 2007, 3(1): 16-22.
3. Litwiniuk M, Łojko-Dankowska A. Rak piersi u kobiet w podeszłym wieku. *Onkol Pol* 2000, 3(3): 157-161.
4. Sypniewska-Odrowąż G, Kędziora-Kornatowska K, Porzych K, Porzych M. Wybrane zagadnienia onkologiczne wieku podeszłego. T. 1. UMK, Toruń 2006: 41-57.
5. Mikołajewska E. Fizjoterapia po mastektomii. PZWL, Warszawa 2010.
6. Woźniwski M, Kornafel J. Rehabilitacja w onkologii. Urban & Partner, Wrocław 2010.
7. Pawlicki M. Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. α -medica, Warszawa 2011.
8. De Walden-Gałuszko K (red). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
9. Brzezińska IA (red). Psychologiczne portrety człowieka. GWP, Gdańsk 2005: 591-664.
10. Barraclough J. Rak i emocje. Sanmedica, Warszawa 1997.
11. Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Ossolineum, Wrocław 1994.
12. Sheridan CL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. IPZ, Warszawa 1998.
13. Samusik K. Wybrane problemy w rehabilitacji pacjentek z rakiem piersi. *Rehabil Prakt* 2010, 2: 26-27.
14. Wieczorkowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz A. Fizjoterapia w geriatrici. PZWL, Warszawa 2011.
15. Zimbardo PG. Psychologia i życie. PWN, Warszawa 2002.
16. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. Psychologia w praktyce medycznej. PWZL, Warszawa 2007.
17. Sybilski Z. Dezaktywizacja i aktywizacja emocji w psychoterapii. Druk-Intro, Inowrocław 2007.
18. Simonton OC. Triumf życia. Feeria, Łódź 2005.