

Strategie radzenia sobie z chorobą i poczucie własnej skuteczności u pacjentów chorych onkologicznie

Coping strategies and sense of control in patients with oncological disease

Marta Kulpa¹, Mariola Kosowicz², Magdalena Flaga-Łuczkiwicz³, Beata Jadwiga Stypuła-Ciuba⁴

¹Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

³Centrum Terapii Dialog w Warszawie

⁴Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Streszczenie

Celem badania było poznanie zależności i różnic międzygrupowych dotyczących strategii przyjmowanych wobec choroby nowotworowej, poczucia własnej skuteczności oraz zmiennych demograficznych i medycznych u pacjentów onkologicznych. Celem praktycznym dla psychoterapii pacjentów było opracowanie programów zajęć psychoedukacyjnych i poradników z zakresu problemów psychologicznych w chorobie nowotworowej, adresowanych do określonych grup chorych. W badaniu zastosowano metryczkę demograficzną, skalę Mini-MAC (*Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej*) oraz skalę GSES (*Skala uogólnionej własnej skuteczności*). Przebadano 572 pacjentów w wieku 18–75 lat z rozpoznaną chorobą nowotworową, leczonych w klinikach onkologicznych (hospitalizacje). Badanie polegało na pomiarze ankietowym, jednokrotnym, dobrowolnym i anonimowym. Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie, że czynniki związane z psychologicznym aspektem funkcjonowania pacjenta z chorobą nowotworową przekładają się na proces leczenia i rehabilitacji onkologicznej. Istnieje zależność pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczuciem własnej skuteczności oraz czynnikami demograficznymi i medycznymi u chorych onkologicznie. Stwierdzono różnice w nasileniu postaw i strategii radzenia sobie z chorobą oraz poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do czynników demograficznych i medycznych u pacjentów onkologicznych. Uzyskane wyniki stanowią przesłankę do zwiększenia liczby oddziaływań komplementarnych w terapii chorych onkologicznie (wsparcia psychologicznego, socjalnego, społecznego, rehabilitacji, arteterapii) w celu wypracowania u pacjenta konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą i wyższego poczucia własnej skuteczności, ponieważ przekłada się to na większe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i rehabilitacji.

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie, poczucie kontroli, choroba nowotworowa.

Abstract

The aim of the study was to diagnose dependence and intergroup differences in terms of strategies adopted against cancer, self-efficacy, and demographic and medical variables in oncological patients. The practical goal for patient psychotherapy was to develop psychoeducational training programs and guides in the field of psychological problems in cancer, addressed to specific groups of patients. The study used: demographic index, Mini-MAC scale (Scale of Psychic Adaptation to Cancer Disease), and GSES (General Self-Efficacy Scale). We examined 572 patients, aged 18-75 years, with diagnosed cancer treated during hospitalisation in oncology clinics. The survey consisted of a survey measurement, one-time, voluntary, and anonymous. The obtained results clearly indicate that factors related to the psychological aspect of the patient's functioning with cancer are translated into the process of oncological treatment and rehabilitation. There is a relationship between strategies for coping with cancer and self-efficacy as well as demographic and medical factors in oncologically ill patients. There are differences in the intensity of attitudes and strategies for coping with the disease and self-efficacy in relation to demographic and medical factors in oncological patients. The results are a prerequisite for increasing the number of complementary interventions in the treatment of oncologic patients (psychological support, social, rehabilitation, art therapy), in order to develop a constructive strategy for the patient to deal with the disease and develop a higher sense of self-efficacy, because it translates into greater involvement of the patient in the treatment and rehabilitation process.

Key words: coping strategies, sense of control, cancer.

Adres do korespondencji

Beata Jadwiga Stypuła-Ciuba, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie,
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, e-mail: bciuba@coi.waw.pl

WSTĘP

Choroba nowotworowa jest często wydarzeniem kryzysogennym dla pacjenta i jego rodziny. Obecnie w medycynie dużą wagę przywiązuje się do holistycznej i zindywidualizowanej opieki nad pacjentem. Oprócz leczenia onkologicznego włączane jest wsparcie psychologiczne, socjalne, rehabilitacja i wiele innych. W zakresie psychoonkologii uwzględnia się psychologiczne wyznaczniki funkcjonowania osób z chorobą nowotworową: strategie radzenia sobie z chorobą, czynniki psychospołeczne wspomagające proces leczenia, ułatwiające tworzenie dobrej relacji terapeutycznej oraz wzmacniające poczucie własnej skuteczności [1].

Teoria przystosowania się do choroby nowotworowej opiera się na koncepcji stresu w nurcie poznawczo-transakcyjnym według Lazarusa i Folkmana (1984). Zakłada, że stres towarzyszący chorobie nowotworowej nie jest wyłącznie wynikiem jej fizycznych następstw, ale także poznawczej oceny sytuacji, która obejmuje osobiste znaczenie choroby dla osoby chorej oraz jej zasoby i możliwości zaradcze. Adaptacja do choroby to „stałe zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne mające na celu opanowanie specyficznych wymagań zewnętrznych i wewnętrznych ocenianych w kategoriach stresu, obciążających i przekraczających dotychczasowe zasoby zaradcze i możliwości adaptacyjne danej osoby”. Pacjent dostosowuje się do choroby, stosując strategie konstruktywne lub destruktywne. Opisany model radzenia sobie ze stresem choroby obejmuje cztery główne postawy: stoicką akceptację i pozytywne przewartościowanie, ducha walki, zaprzeczanie i zaabsorbowanie lękowe, bezradność/rozpacz/beznadziejność [2]. Wyniki badań Greer i Watson wskazują, że postawa ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania koreluje z wysokim wewnętrznym umiejscowieniem kontroli i wysokim wsparciem społecznym, natomiast postawa bezradności/beznadziejności oraz lękowego zaabsorbowania z niskim wewnętrznym umiejscowieniem kontroli i niskim wsparciem społecznym [3–6]. Również Juczyński potwierdził, że rodzaj przyjmowanej strategii radzenia sobie z chorobą zależy w głównej mierze od stopnia akceptacji choroby, poczucia wewnętrznego lub zewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz poczucia kontroli bólu. Nie odnotował natomiast zależności przyjmowanej strategii od płci [7]. Badania porównawcze wskazały, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie

radzenia sobie z chorobą nowotworową cechowali się wyższą jakością życia oraz lepszym rokowaniem co do długości przeżycia, jak również okresów remisji [6, 7]. Według Chojnackiej-Szawłowskiej strategie aktywne, konfrontacyjne i ucieczkowe pozytywniej wpływają na podwyższenie jakości życia niż strategie z przewagą bierności i rezygnacji, np. pacjentki z nowotworem piersi przyjmujące postawę bezradności/beznadziejności lub wykazujące wysokie nasilenie depresji mają niższą jakość życia oraz znacząco mniejsze szanse na 5-letnie przeżycie [6, 8, 9].

Poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) to pojęcie stworzone przez Bandurę jako część teorii społecznego uczenia się (*social cognitive theory* – SCT). Rozumiane jest jako poczucie osobistego sprawstwa, które modyfikuje zachowania, m.in. zdrowotne. Przejawia się przekonaniem jednostki, że ma potencjał działania w celu realizacji obranego celu niezależnie od przeszkód i ograniczeń, traktowane jest jako forma kompetencji jednostki, powstaje w wyniku społecznego uczenia i wiąże się z systemem motywacyjnym, emocjonalnym oraz poznawczym [10]. Poczucie własnej skuteczności kształtuje się na drodze społeczno-poznawczego uczenia się lub poprzez bezpośrednie doświadczenia jednostki w zmaganiu się z wyzwaniami i trudnościami, obserwacje zachowań innych ludzi, własne doświadczenia oraz na drodze perswazji [11, 12]. Wysoki poziom własnej skuteczności wiąże się z silną motywacją do działania, podejmowaniem wysiłku zadaniowego, trafną oceną wyzwania i realizacją planu działania, wytrwałością w działaniu, wyższą odpornością na stres i konstruktywnymi strategiami zaradczymi [13, 14]. Wysokie poczucie własnej skuteczności kształtuje przekonanie o kontroli nad zachowaniem, wpływa na wyższą zaradność i motywację do podejmowania zachowań prozdrowotnych, sprzyja właściwemu podejmowaniu decyzji i osiągnięciu założonych celów [15, 16]. Wiąże się także z uruchamianiem emocji pozytywnych i poczucia optymizmu oraz nadziei, a także wyższym progiem bólu i wyższą tolerancją bólu przewlekłego. Z kolei niskie przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z niską motywacją zadaniową, trudnością w formułowaniu odległych celów, poczuciem niepewności i braku kontroli nad swoim zdrowiem oraz pesymizmem, smutkiem, lękiem i depresją, uruchamianiem wzmożonego napięcia emocjonalnego oraz zwiększoną koncentracją na porażkach i ograniczeniach jednostki [17–19].

CEL PRACY I PYTANIE BADAWCZE

Celem badania była ocena zależności między strategiami i postawami przyjmowanymi wobec choroby nowotworowej a poczuciem własnej skuteczności u pacjentów onkologicznych w trakcie hospitalizacji z powodu choroby nowotworowej.

Celem praktycznym było opracowanie celowanych programów zajęć psychoedukacyjnych i poradników z zakresu problemów psychologicznych w chorobie nowotworowej, adresowanych do określonych grup chorych.

Opierając się na teorii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej [4, 5, 10], teorii przekonania o własnej skuteczności Bandury, a także wynikach badań cytowanych we wstępie, postawiono następujące pytania badawcze:

- Jakie nasilenie poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą występuje w badanej grupie?
- Jaki poziom poczucia własnej skuteczności występuje w badanej grupie?
- Czy istnieje zależność między strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczuciem własnej skuteczności w badanej grupie?

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w grupie 700 pacjentów w wieku 18–75 lat z rozpoznaną chorobą nowotworową, leczonych w 13 klinikach Centrum Onkologii. Badanie polegało na pomiarze ankietowym, jednokrotnym, dobrowolnym i anonimowym.

Zastosowano następujące narzędzia:

- metryczkę demograficzną zawierającą pytania o: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację zawodową, sytuację rodzinną, rodzaj choroby nowotworowej, etap choroby, rodzaj leczenia,
- skalę Mini-MAC (*Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Watson, Greer, Juczyński) [20],
- skalę GSES (*Skala uogólnionej własnej skuteczności* – Schwarzer, Jerusalem, Juczyński) [20, 21].

Postawy przyjmowane wobec choroby mierzono za pomocą skali Mini-MAC. Kwestionariusz określa nasilenie czterech postaw przyjmowanych wobec choroby nowotworowej: zaabsorbowanie lękowe, walka, bezradność/beznadziejność, pozytywne przewartościowanie.

Na podstawie wyników w podskalach poszczególnych postaw określa się nasilenie konstruktywnych i destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Własna skuteczność mierzona była za pomocą skali GSES, która określa siłę przekonania badanego co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami [20, 21].

Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 572 kompletnie wypełnione ankiety. Badaną populację podzielono na podgrupy według kryteriów różnicujących na podstawie dominującej strategii przystosowania do choroby oraz nasilenia poszczególnych postaw wobec choroby nowotworowej, a także poczucia własnej skuteczności. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z analizą korelacji. We wszystkich obliczeniach przyjęto poziom istotności 5%. Do analizy statystycznej wyników użyto pakietu SPSS PASW Statistics.

WYNIKI

Przebadano 348 kobiet i 224 mężczyzn z rozpoznaniem nowotworem złośliwym w wieku 19–91 lat (średnia wieku: 54 lata, dla kobiet: 55 lat, dla mężczyzn: 52 lata). Rozpoznanie podsumowano w tabeli 1. Wykształcenie podstawowe miało 6,6% badanych osób, 20,6% zawodowe, 39% średnie, a 33,7% wyższe. Rozpoznanie nowotworu tkanek miękkich, czerniaka i układu nerwowego miało 40 pacjentów, nowotworu narządu rodowego – 113 pacjentów, nowotworu układu moczowego – 56 pacjentów, nowotworu płuc i klatki piersiowej – 67 pacjentów, nowotworu piersi – 103 pacjentów, nowotworu układu chłonnego – 39 pacjentów, nowotworu układu pokarmowego – 69 pacjentów, nowotworu głowy i szyi – 85 pacjentów. W trakcie pierwszego leczenia było 337 pacjentów, a 235 w trakcie leczenia wznowy.

W badanej grupie wykazano występowanie istotnych statystycznie korelacji dodatnich pomiędzy strategiami konstruktywnymi a wysokim poczuciem własnej skuteczności oraz strategiami destrukcyjnymi a niskim poczuciem własnej skuteczności. Zaobserwowano, że postawy zaabsorbowania lękowego i bezradności ujemnie korelują z poczuciem własnej skuteczności, a postawy walki i pozytywnego przewartościowania dodatnio korelują z poczuciem własnej skuteczności.

Przeanalizowano zależności między poszczególnymi strategiami radzenia sobie ze stresem a poczuciem własnej skuteczności:

- im wyższe jest zaabsorbowanie lękowe, tym niższe poczucie własnej skuteczności,
- im silniejsza postawa walki, tym wyższe poczucie własnej skuteczności,
- im wyższe nasilenie postawy bezradności/beznadziejności, tym niższe poczucie własnej skuteczności,
- im wyższa akceptacja i pozytywne przewartościowanie, tym wyższe poczucie własnej skuteczności.

Analizując zależności pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby a zmiennymi demograficznymi i medycznymi, stwierdzono, że:

- postawa bezradności dodatnio koreluje z wiekiem,

Tabela 1. Korelacje między postawami wobec choroby (Mini-MAC) a poczuciem własnej skuteczności (GSES), $p < 0,05$

		Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	Walka (Mini-MAC)	Bezradność (Mini-MAC)	Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	Skuteczność (GSES)
Wiek	współczynnik korelacji	0,044	0,025	0,118	0,122	-0,004
	istotność	0,132	0,391	0,000	0,000	0,890
Czas rozpoczęcia terapii	współczynnik korelacji	-0,105	-0,032	-0,026	0,057	0,050
	istotność	0,000	0,281	0,378	0,055	0,093
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	współczynnik korelacji	1,000	-0,109	0,486	-0,018	-0,259
	istotność		0,000	0,000	0,541	0,000
Walka (Mini-MAC)	współczynnik korelacji	-0,109	1,000	-0,229	0,357	0,225
	istotność	0,000		0,000	0,000	0,000
Bezradność (Mini-MAC)	współczynnik korelacji	0,486	-0,229	1,000	-0,096	-0,297
	istotność	0,000	0,000		0,002	0,000
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	współczynnik korelacji	-0,018	0,357	-0,096	1,000	0,130
	istotność	0,541	0,000	0,002		0,000
Skuteczność (GSES)	współczynnik korelacji	-0,259	0,225	-0,297	0,130	1,000
	istotność	0,000	0,000	0,000	0,000	

- postawa pozytywnego przewartościowania dodatnio koreluje z wiekiem i ujemnie z wykształceniem,
- najniższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego zaobserwowano u chorych z nowotworem układu chłonnego, a najwyższe u pacjentek z nowotworem piersi,
- najniższe nasilenie postawy walki zaobserwowano u chorych z nowotworem układu chłonnego i nowotworem płuc, a najwyższe u chorych z nowotworem układu pokarmowego,
- najwyższe nasilenie postawy bezradności/beznadziejności stwierdzono u chorych z nowotworem narządu rodowego, piersi i płuc, z czego średni wynik u chorych z nowotworem piersi był istotnie wyższy niż średnia analizowanej grupy, natomiast najniższe nasilenie postawy bezradności/beznadziejności stwierdzono u chorych z nowotworem układu chłonnego i pokarmowego, przy czym średni wynik u chorych z nowotworem układu chłonnego był istotnie niższy niż średnia w badanej grupie,
- najwyższe nasilenie postawy pozytywnego przewartościowania stwierdzono u chorych z nowotworem układu pokarmowego, a najniższe odnotowano u chorych z nowotworem układu chłonnego,
- najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego przejawiali pacjenci z wykształceniem podstawowym, a najniższe chorzy z wykształceniem średnim, ale wyniki te nie odbiegały istotnie od średniej w badanej grupie,
- najwyższe nasilenie postawy walki stwierdzono u pacjentów z wykształceniem wyższym, a najniższe z wykształceniem podstawowym,
- najwyższe nasilenie postawy pozytywnego przewartościowania przejawiali pacjenci z wykształceniem wyższym, a najniższe chorzy z wykształceniem podstawowym,
- najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz postawy bezradności/beznadziejności odnotowano u pacjentów mieszkających na wsi, a najniższe u chorych z małych miast,
- najwyższe nasilenie postawy walki przejawiali pacjenci z małych miast, a najniższe chorzy mieszkający na wsi,
- najwyższe nasilenie postawy pozytywnego przewartościowania stwierdzono u pacjentów mieszkających w mieście, a najniższe u chorych mieszkających na wsi,
- najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz bezradności/beznadziejności przejawiali pacjenci na emeryturze i rencie, a najniższe chorzy aktywni zawodowo,
- najwyższe nasilenie postawy walki zaobserwowano u pacjentów aktywnych zawodowo, a najniższe u osób nieaktywnych zawodowo – emerytów i rencistów, jednak wyniki te nie odbiegały istotnie od średniej w badanej grupie,
- najwyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego oraz bezradności/beznadziejności stwierdzono

no u pacjentów leczonych operacyjnie, a najniższe u chorych poddanych radioterapii,

- najwyższe nasilenie postawy walki przejawiali pacjenci poddani radioterapii, a najniższe chorzy, u których stosowano chemioterapię,
- chorzy pozostający w stałych związkach charakteryzują się niższym nasileniem postawy bezradności,
- chorzy leczeni po raz pierwszy cechują się istotnie wyższym nasileniem postawy zaabsorbowania lekowego niż pacjenci leczeni po raz kolejny.

Analizie poddano również zależność poczucia własnej skuteczności od danych demograficznych i medycznych pacjentów. Stwierdzono, że:

- najwyższe poczucie własnej skuteczności mieli pacjenci z nowotworem układu moczowego i pokarmowego, a najniższe pacjenci z nowotworem płuc oraz chore na nowotwór narządu rodowego,
- najwyższym poczuciem własnej skuteczności charakteryzowali się chorzy z wykształceniem wyższym, a najniższym – pacjenci z wykształceniem podstawowym,
- najwyższe poczucie własnej skuteczności przejawiali chorzy z dużych miast, a najniższe chorzy mieszkający na wsi,
- najwyższe poczucie własnej skuteczności przejawiali chorzy aktywni zawodowo, a najniższe przebywający na zwolnieniu lekarskim i rencie,
- najwyższe poczucie własnej skuteczności cechowało chorych poddanych chemioterapii w połączeniu z radioterapią, a najniższe chorych leczonych operacyjnie z połączeniu z chemioterapią.

DYSKUSJA

Przyjmowane postawy wobec choroby przekładają się na sposób radzenia sobie pacjenta z jej negatywnymi skutkami: bólem, złym samopoczuciem, zmianami w życiu [22]. Osoby z chorobą nowotworową na każdym jej etapie odczuwają różnorodne emocje, które zależą od wpływu wielu czynników somatycznych i psychicznych.

Uzyskane wyniki pozwalają na pozytywną weryfikację pytania badawczego dotyczącego zależności pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczuciem własnej skuteczności u chorych onkologicznie. Ponadto stwierdzono różnice w nasileniu postaw i strategii radzenia sobie z chorobą oraz poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do czynników demograficznych i medycznych u pacjentów onkologicznych.

Utrzymane wyniki wskazują jednoznacznie, że czynniki związane z psychologicznym aspektem funkcjonowania osoby z chorobą nowotworową wpływają na leczenie i rehabilitację onkologiczną. Wysokie poczucie własnej skuteczności i konstruktywne strategie radzenia sobie przekładają się na lepsze radzenie sobie ze stresem wynikającym z choroby, wyższą jakość życia oraz większą wiarę pacjentów w powodzenie leczenia. Wyniki są spójne z rezultatami, które uzyskali w swoich badaniach Juczyński oraz Dunn [15, 21].

U pacjentów z niskim poczuciem własnej skuteczności często współistnieją zaburzenia lękowe

Tabela 2. Postawy przyjmowane wobec choroby (Mini-MAC) w zależności od płci – analiza różnic

Mini-MAC	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	istotność	t	df	istotność	różnica średnich
Zaabsorbowanie lekowe	19,536	0,000	7,157	544,969	0,000	2,801
Walka	5,639	0,018	2,015	537,939	0,044	0,543
Bezradność	13,232	0,000	4,177	538,948	0,000	1,425
Pozytywne przewartościowanie	0,481	0,488	2,420	570	0,016	0,733

Tabela 3. Postawy przyjmowane wobec choroby (Mini-MAC) w zależności od etapu choroby – analiza różnic

Mini-MAC	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	istotność	t	df	Istotność	różnica średnich
Zaabsorbowanie lekowe	0,137	0,712	2,550	570	0,011	1,075
Walka	0,105	0,746	0,966	570	0,334	0,270
Bezradność	0,348	0,556	-0,030	570	0,976	-0,011
Pozytywne przewartościowanie	1,193	0,275	-0,453	570	0,651	-0,137

i depresyjne. Niskie poczucie własnej skuteczności i strategie lękowe wiążą się z większą wrażliwością na ból i częstszymi epizodami bólu przebijającego. Podobne wnioski przedstawili Garnefski i wsp. [16]. Wysokie poczucie własnej skuteczności jest związane z poczuciem sprawstwa i wyższą decyzyjnością, co ma duże znaczenie, ponieważ w trakcie leczenia pacjenci często muszą podejmować decyzję określaną jako „świadoma zgoda” na procedury medyczne i lecznicze. Pacjenci z wysokim poczuciem własnej skuteczności szybciej podejmują decyzje i są w nich konsekwentni. Przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli i motywacją wewnętrzną, co przekłada się na wyższe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i pozytywny do niego stosunek, a także z mniejszym odsetkiem przerw w leczeniu lub rezygnacji z terapii wynikających z decyzji pacjenta. Im wyższe jest poczucie własnej skuteczności, tym większe jest zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, większa aktywność w życiu osobistym i zawodowym oraz wyższe zaangażowanie w realizację postawionych sobie celów życiowych, nawet w obliczu przeszkód w ich realizacji. Do podobnych wniosków doszli van Laarhoven i wsp. [18]. Jednocześnie na drodze sprzężenia zwrotnego osiągnęte cele i zrealizowane zadania życiowe jeszcze bardziej zwiększają poczucie sprawstwa i własnej skuteczności w okresie radzenia sobie z chorobą i innymi wydarzeniami stresogennymi [8, 17].

Dobra relacja pacjenta z lekarzem oraz wsparcie psychologiczne i socjalne przyczyniają się do utrzymania wysokiego poczucia własnej skuteczności pacjenta oraz lepszego radzenia sobie ze stresem wynikającym z choroby. Ważnym celem opieki nad chorym onkologicznie jest objęcie go holistycznym wsparciem. Jeśli tylko jest to możliwe, pacjent oprócz leczenia onkologicznego powinien móc skorzystać z opieki psychologicznej, socjalnej, rehabilitacji, arteterapii i wielu innych form wsparcia komplementarnego w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia. Wyższe poczucie kontroli i przekonanie o własnej skuteczności jest osiągnięte przez pacjentów udzielających się w stowarzyszeniach, takich jak Amazonki czy Gladiator. Bycie w grupie i poczucie przynależności dają ogromne wsparcie psychologiczne przekładające się na wyższą sprawczość pacjentów.

WNIOSKI

Pacjenci z wysokim poczuciem własnej skuteczności charakteryzowali się wysokim nasileniem strategii pozytywnego przewartościowania i postawy walki, a pacjenci z niskim poczuciem własnej skuteczności wykazywali wyższe nasilenie postawy lękowej i bezradności.

Uzyskane wyniki stanowią przesłankę do zwiększenia liczby oddziaływań komplementarnych w terapii osób chorych onkologicznie (wsparcia psychologicznego, socjalnego, społecznego, rehabilitacji, arteterapii) w celu wypracowania u pacjenta konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą i wyższego poczucia własnej skuteczności, co przekłada się na większe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i rehabilitację.

Wyniki badań własnych dają wskazówki do tworzenia warsztatów psychoedukacyjnych oraz poradników dla pacjentów chorych onkologicznie, które są obecnie w opracowaniu.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Casual and control beliefs. NFER-Nelson, UK 2005.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer, New York 1984.
3. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer, effect on outcome. Lancet 1979; 2: 785-787.
4. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer, themental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. J Psychosom Res 1989; 33: 373-377.
5. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. Lancet 1990; 335: 49-50.
6. Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J. Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. Sch Inq Nurs Pract 2000; 14: 275-290.
7. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Galuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
8. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1998; 14.
9. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przewycięzania W: K. Walden-Galuszko (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
10. Bandura A. Self-efficacy: mechanism in human agency. Am Psychol 1982; 37: 122-147.
11. Watson M, Law MG, Santos MD i wsp. The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. J Psychosoc Oncol 1994; 12: 33-46.
12. Watson M, Haviland JS, Greer S i wsp. Influence of psychological response on survival in breast cancer, a population-based cohort study. Lancet 1999; 354: 1331-1336.
13. Luszczynska A, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. J Psychol 2005; 139: 439-457.
14. Stanton AL, Danoff Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. Psychooncology 2002; 11: 93-102.
15. Dunn S. Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities. Psychooncology 2005; 14: 913-914.
16. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences 2001; 30: 1311-1327.

17. Thompson R. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychol Rev* 1991; 3: 269-307.
18. van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G i wsp. Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nurs* 2011; 34: 302-314.
19. de Walden-Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
20. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. PTP, Warszawa 2001.
21. Juczyński Z. *Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
22. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1999; 5: 3-9.