

Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi

Health care and a feeling of one's self-efficacy and control of emotions in patients with cancer

MARTYNA SKIBA^{1/}, SYLWIA DUDA^{1/}, DAMIAN NOWAK^{2/}, ALEKSANDRA KULIK^{1/}, MARTYNA WALICZEK^{1/}, MICHAŁ BAŁASZ^{3/}, PRZEMYSŁAW NOWAK^{4/}

^{1/} Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

^{2/} Katedra i Zakład Fizjologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

^{3/} Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Oddział w Krakowie

^{4/} Zakład Farmakologii, Instytut Medycyny Collegium Medicum, Uniwersytet Opolski

Wprowadzenie. Indywidualne cechy osobowości każdego człowieka warunkują odmienną reakcję na wiadomość o chorobie nowotworowej, wpływają na wyniki jej leczenia, dalsze rokowanie, a także jakość życia chorego. W tym kontekście istotną rolę odgrywają zdolności kontroli emocji oraz poczucie własnej skuteczności, które jest siłą przekonania, że poprzez realizację określonych działań można osiągnąć wyznaczone cele.

Cel. Ocena związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji a zachowaniami zdrowotnymi u pacjentów cierpiących z powodu choroby nowotworowej.

Materiały i metody. Badaniem objęto 148 chorych leczonych onkologicznie, którzy odpowiedzieli na pytania zawarte w metryczce oraz wypełnili Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Skalę Kontroli Emocji (CECS), a ponadto Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Wyniki. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że wysokie poczucie własnej skuteczności charakteryzowało aż 72,3% pacjentów, 19,6% przeciętne, a jedynie 8,1% niskie. Ankietowani wykazali się również wysokim wskaźnikiem tłumienia emocji, który był znamienne wyższy w porównaniu do normy populacyjnej. Ogólny wskaźnik zachowań sprzyjających zdrowiu oceniany kwestionariuszem IZZ był również znamienne wyższy w porównaniu do wartości normatywnych. Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi.

Wnioski. Zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn w badanej grupie były znamienne wyższe w porównaniu do norm. Pacjenci onkologiczni mieli większą świadomość konsekwencji negatywnych zachowań zdrowotnych. Wysokie wartości wskaźnika kontroli emocji świadczyły o istotnym wpływie choroby onkologicznej na stan zdrowia psychicznego. Poczucie własnej skuteczności korelowało dodatnio z zachowaniami zdrowotnymi.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, poczucie własnej skuteczności, tłumienie emocji, nowotwory

Introduction. Individual personality traits determine patients' different reactions to cancer diagnosis, may affect the outcome of their treatment and further prognosis, as well as their quality of life. In this context, an important role is played by patients' ability to control their emotions, and also their perceived self-efficacy; the latter being defined as the strength of conviction that specific goals can be achieved through the implementation of specific activities.

Aim. To assess the relationship between the sense of self-efficacy, control of emotions and health-related behaviour in cancer patients.

Materials & methods. The study included 148 patients undergoing cancer treatment, who were asked to respond to a score sheet of demographic questions and fill out a General Self Efficacy Scale (GSES), a Courtauld Emotional Control Scale (CECS) and a Health Behaviour Inventory (HBI).

Results. The analysis found that 72.3% of patients demonstrated a high sense of self-efficacy, with 19.6% having an average, and only 8.1% having a low sense of self-efficacy. The respondents also showed an increased tendency to suppress negative emotions, their CECS scores being significantly higher than the standard among the general population. The general indicator of pro-health related behaviour assessed by means of the IZZ questionnaire was also significantly higher than the norm. Notably, a positive correlation was found between respondents' sense of self-efficacy and their pro-health related behaviour.

Conclusions. The health-related behaviour of both men and women in the group of patients studied was significantly better than the standard among the general population. Cancer patients were more aware of the consequences of negative health-related behaviour. Their high CECS emotion control index scores were indicative of the impact of cancer on mental health. The sense of self-efficacy correlated positively with health-related behaviour.

Key words: health-related behaviour, sense of self-efficacy, suppression of emotions, cancers

© Hygeia Public Health 2018, 53(4): 363-370

www.h-ph.pl

Nadano: 08.08.2018

Zakwalifikowano do druku: 20.10.2018

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Sylwia Duda
Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
tel. 32 275 59 95, e-mail: sduda@sum.edu.pl

Wprowadzenie

Bardzo duży wpływ na zdrowie człowieka ma prezentowany przez niego styl życia, na który składają się różne zachowania, w tym zachowania zdrowotne rozumiane jako wszelkie przejawiane przez ludzi formy zachowań, związanych ze sferą zdrowia, czyli zachowań, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone skutki zdrowotne (pozytywne lub negatywne) [1, 2]. Prowadząc zdrowotny styl życia można bezpośrednio wpływać na prawidłowy stan zdrowia jednostki bądź przyczynić się do jego poprawy. Odpowiedni styl życia wpływa na wydłużenie średniego czasu życia, zmniejsza ryzyko zachorowań i śmiertelności z powodu różnych chorób, w tym nowotworowych [3].

Warto zauważyć, że w leczeniu choroby nowotworowej niezwykle istotną rolę pełni psychoonkologia. Skupia się ona głównie na analizowaniu czynników psychologicznych, które wspomagają proces leczenia, pomaga w tworzeniu dobrej relacji terapeutów oraz personelu medycznego z pacjentami, a także opóźnia proces chorobowy i ułatwia przystosowanie się do trudnej sytuacji związanej z tą chorobą. Do czynników które mogą przyczynić się do łatwiejszego przystosowania do choroby nowotworowej można zaliczyć poczucie własnej skuteczności (*perceived self-efficacy*). Termin wprowadził Albert Bandura w 1977 r. – twórca teorii społeczno-poznawczej uczenia się nowych, prawidłowych zachowań i ich podtrzymywania [4]. Zgodnie z tą teorią poczucie własnej skuteczności pozwala określić, czy dany sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach zostanie podjęty przez osobę, czy włoży ona odpowiednią ilość wysiłku w realizację celu, a także jak długo utrzyma daną postawę pomimo istniejących trudności [5]. Zaangażowanie człowieka w zachowania zależy od jego przekonania, że dana zmiana przyniesie odpowiednie skutki (jest wartościowa) i że pozwoli na osiągnięcie wyznaczonego celu, a także od indywidualnych predyspozycji do wykonania zadania [3]. Pojęcie to odnosi się do poziomu szacunku do samego siebie i własnych kompetencji [4].

Jednostka może nabyć przekonanie o tym, że poradzi sobie z daną sytuacją nie tylko na podstawie własnych doświadczeń, ale także na podstawie zachowań innych osób. Bardzo ważne jest, aby były to obserwacje zachowań w różnych sytuacjach życiowych. Na podstawie nabytych doświadczeń jednostka nabiera przekonania, że jest wystarczająco kompetentna do podtrzymania danej aktywności. Można więc twierdzić, że teoria Bandury ma charakter poznawczy, uczy zachowań i motywacji do działania na podstawie obserwacji. Stwierdzono, że wysoka świadomość o własnej skuteczności sprzyja wdrażaniu zmian zachowań zdrowotnych, np. pomaga trwale zwalczyć nałóg [6, 7], pomaga w radzeniu sobie ze stresem, lękiem,

wpływa na zwiększenie odporności immunologicznej organizmu, a także na lepszą kontrolę bólu. U pacjentów z chorobą wieńcową, u których wiara we własne możliwości i to, że są w stanie poradzić sobie z chorobą jest wysoka, zaburzone funkcje układu krążenia stabilizują się szybciej [8, 9]. Pacjenci po przebytym udarze mózgu, którzy mają wysokie poczucie własnej skuteczności, oceniają lepiej swoją jakość życia [10]. Również u osób z chorobą nowotworową, u których występuje wysoka samoskuteczność można zauważyć większą chęć do aktywnej walki z chorobą [11, 12]. U pacjentów onkologicznych można wyróżnić dwie postawy: 1. aktywną (podejmującą walkę o własne zdrowie i życie oraz mobilizującą do działań) oraz 2. pasywną (przejawiającą się lękiem i rezygnacją) [13]. Aktywne działania przynoszą korzystniejsze rokowanie, tzn. dłuższe przeżycie, lepszą jego jakość, zmniejszenie częstości nawrotów choroby [14].

Cel

Ocena związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i kontroli emocji a zachowaniami zdrowotnymi u pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe.

Materiały i metody

Badaniami objęto pacjentów leczonych w Poradni Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Bytomiu (na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę dyrekcji szpitala). Ankietę przeprowadzano w okresie od lutego do maja 2018 r. wśród 148 pacjentów. Udział w badaniu był dobrowolny i świadomy. Pacjenci wyrażali ustną zgodę na przeprowadzenie ankiety, którą wypełniali samodzielnie lub przy pomocy przeprowadzającego badanie (w przypadku problemów ze wzrokiem lub pisanie). Do badania zakwalifikowano osoby, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, niezależnie od typu nowotworu, a także wieku i płci. Badanie ankietowe zawierało: metryczkę, w której ankietowani odpowiadali na pytania dotyczące wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego oraz choroby nowotworowej, a także standaryzowane kwestionariusze dotyczące: poczucia własnej skuteczności – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*General Self Efficacy Scale* – GSES), zachowań zdrowotnych – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz umiejętności kontroli negatywnych emocji – Skala Kontroli Emocji (*Courtauld Emotional Control Scale* – CECS).

Skala GSES Schwarzera i Jerusalema w adaptacji Juczyńskiego [14], to narzędzie zawierające 10 pytań, które mierzą przekonanie osoby, na ile może być ona skuteczna w zetknięciu się z różnymi trudnymi przeszkodami i sytuacjami. Jest przeznaczona do badania ludzi dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Respondent w każdym pytaniu miał do wyboru cztery odpowiedzi, odpowiednią dla siebie zaznaczał kółkiem.

Odpowiedzi były punktowane według skali: 'nie' – 1 punkt, 'raczej nie' – 2 punkty, 'raczej tak' – 3 punkty oraz 'tak' – 4 punkty. Sumując wszystkie punkty otrzymano ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w granicach 10-40 punktów. Im więcej punktów, tym wyższe poczucie własnej skuteczności. Następnie uzyskany wynik należało zinterpretować w oparciu o standaryzowaną skalę stenową. Wyniki w przedziale 1-4 stena należy interpretować jako wyniki niskie, 5-6 stena jako przeciętne, 7-10 stena jako wysokie.

Drugim zastosowanym narzędziem badawczym był IZZ opracowany przez Juczyńskiego [14], który służy do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Zawierał on 24 stwierdzenia, które opisują różnego rodzaju zachowania dotyczące zdrowia. Podzielono je na cztery kategorie: 1. prawidłowych nawyków żywieniowych, która uwzględnia rodzaj spożywanej żywności (warzywa, owoce, pieczywo pełnoziarniste); 2. zachowania profilaktyczne, takie jak przestrzeganie zaleceń lekarskich czy uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby; 3. pozytywne nastawienie psychiczne, odnosi się do takich zachowań, jak unikanie przygnębiających sytuacji, zbyt silnych emocji, stresów, napięć i 4. praktyki zdrowotne, do których zalicza się odpowiednią ilość snu, odpoczynku, aktywności fizycznej, a także ograniczenie palenia tytoniu. Pacjent oceniał jak często w ciągu ostatniego roku wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem według pięciostopniowej skali: 1 – prawie nigdy; 2 – rzadko; 3 – od czasu do czasu; 4 – często i 5 – prawie zawsze. Następnie zebrane odpowiedzi sumuje się, aby uzyskać ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych, który mieści się w granicach 24-120 punktów. Im wyższa wartość, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań prozdrowotnych. Po przekształceniu ogólnego wskaźnika na jednostki standaryzowane, poddaje się go interpretacji w skali stenowej. Wyniki w przedziale 1-4 stena traktuje się jako wyniki niskie, 5-6 stena jako przeciętne, 7-10 stena jako wysokie. Dodatkowo należy obliczyć nasilenie w czterech podkategoriach zachowań zdrowotnych.

Ostatnim narzędziem, które zostało użyte w badaniu była skala CECS autorstwa Watson i Greera w adaptacji polskiej Juczyńskiego [14]. Jest to narzędzie samoopisu, które składa się z 21 pozycji, podzielonych na 3 podskale. Każda z nich zawiera 7 stwierdzeń, które dotyczą sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku. Skala jest przeznaczona do badania ludzi dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych i służy do mierzenia subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w trudnych sytuacjach życiowych. Respondent zaznaczając właściwą dla siebie odpowiedź, określał częstotliwość występowania podanego sposobu wyrażania emocji na skali 4. stopniowej, od 'prawie nigdy' – 1 punkt

do 'prawie zawsze' – 4 punkty. Dla każdej z podskal oblicza się oddzielne wyniki. Przed sumowaniem punktów w każdej z nich należy dokonać zamiany punktów tych stwierdzeń, które nie wyrażają formy tłumienia emocji. Punktację należy odwrócić na 4-3-2-1 dla wybranych stwierdzeń. W skali gniewu należy zmienić punktację w stwierdzeniu 2 i 4, w skali depresji dla stwierdzenia 1 i 5, natomiast w skali lęku dla 1, 4 i 5. Suma wyników każdej z podskal mieści się w granicach 7-28 punktów. Następnie, sumując wyniki wszystkich trzech podskal uzyskuje się ogólny wskaźnik kontroli emocji, który określa przekonanie badanego o jego umiejętnościach kontrolowania własnych reakcji w sytuacjach doświadczania negatywnych emocji. Wskaźnik ten mieści się w granicach 21-84 punktów. Im wyższa wartość wskaźnika, tym tłumienie negatywnych emocji jest większe.

Wyniki analizowano statystycznie z wykorzystaniem programu Statistica 12. Uzyskane zmienne ilościowe prezentowano w postaci średniej arytmetycznej z odchyleniem standardowym ($M \pm SD$) lub w procentach (%). Zmienne jakościowe przedstawiano w postaci mediany (Me) lub w procentach (%). W analizie statystycznej posłużono się testem t-Studenta dla pojedynczej próby, testem Kruskala-Wallisa oraz testem χ^2 . W ocenie korelacji wykorzystano test Spearmana, za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 148 pacjentów leczonych onkologicznie z powodu choroby nowotworowej: 93 kobiety (62,8%) i 55 mężczyzn (37,2%).

W badaniu dominowały osoby w wieku 61-70 lat (37,8%; K 36,6%; M 40,0%), 51-60 lat (23,6%; K 25,8%; M 20,0%) oraz powyżej 70 r.ż. (20,9%; K 21,4%; M 20,0%). Rzadziej były to osoby w wieku 41-50 lat (14,2%; K 14,0%; M 14,5%), 31-40 lat (2,0%; K 2,2%; M 1,8%) najmłodszy byli w wieku 18-30 lat (1,5%; tylko M 3,7%).

Zdecydowana większość mieszkała w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (34,2%; K 34,0%; M 34,6%) oraz 50-100 tys. mieszkańców (29,5%; K 27,7%; M 32,7%). Nieliczni mieszkali w miastach 10-50 tys. mieszkańców (18,1%; K 21,3%; M 12,7%) lub mniejszych (8,1%; K 9,6%; M 5,4%); mieszkańcem wsi był co 10. ankietowany (10,1%; K 7,4%; M 14,6%). Ankietowani pacjenci to głównie emeryci lub renciści (69,8%; K 70,2%; M 69,1%), znacznie mniejszy odsetek (24,8%) stanowiły osoby czynne zawodowo (K 22,3%; M 29,1%). Nieliczne osoby były bezrobotne (5,4%; K 7,5%; M 1,8%). Osoby włączone do badania legitymowały się najczęściej wykształceniem średnim (35,8%; K 44,1%;

M 21,8%), zasadniczym zawodowym (28,4%; K 20,4%; M 41,8%) lub wyższym (23,6%; K 22,6%; M 25,5%), rzadziej podstawowym (11,5%; K 12,9%; M 9,1%) czy gimnazjalnym (0,7%; tylko M 1,8%). Najczęściej były to osoby pozostające w związku małżeńskim (76,5%; K 72,3%; M 83,6%), rzadziej osoby owdowiałe (17,4%; K 23,4%; M 7,3%) lub stanu wolnego (5,4%; K 3,2%; M 9,1%). Nie wykazano znamiennej różnicy dla żadnej z analizowanych zmiennych demograficznych, gdy zmienną różnicującą była płeć badanych.

Pacjenci leczeni byli najczęściej z powodu raka jelita grubego (26,2%; K 19,2%; M 38,2%) oraz raka piersi (26,2%; K 40,4%; M 1,8%), rzadziej z powodu raka płuca (10,7%; K 9,6%; M 12,7%), wątroby (8,7%; K 5,3%; M 14,6%), trzustki (8,7%; K 7,4%; M 10,2%) oraz jajnika (5,4%; K 8,5%) i prostaty (2,7%; M 7,3%) czy żołądka (4,0%; K 4,3%; M 3,6%). Zachorowania na inne nowotwory (pęcherzyka żółciowego, przełyku, nerki, jądra, pęcherza moczowego, grasicy i międzybłoniaka opłucnej) dotyczyły pojedynczych pacjentów.

Czas trwania choroby i leczenia większości pacjentów wynosił do 3 lat (80,4%; K 79,6%; M 81,8%) lub 4-10 lat (15,5%; K 15,0%; M 16,4%), znacznie rzadziej powyżej 11 lat (4,1%; K 7,5%; M 1,8%). Ankietowani najczęściej przebywali w szpitalu w ciągu ostatniego roku wynosiła 1-2 razy (45,6%; K 46,8%; M 43,7%), 3-4 razy (21,5%; K 20,2%; M 23,6%) lub 5 i więcej razy (32,9%; K 33,0%; M 32,7%). Pacjenci zadeklarowali, iż najczęściej mieli bardzo duże wsparcie ze strony rodziny (61,5%; K 62,4%; M 60,0%), duże (27,0%; K 28,0%; M 25,5%), znacznie rzadziej przeciętne (6,1%; K 4,3%; M 9,1%), słabe (2,7%; K 2,1%; M 3,6%) lub nie mieli takiego wsparcia w ogóle (2,7%; K 3,2%; M 1,8%).

Stwierdzono, że ogólny wskaźnik zachowań sprzyjających zdrowiu dla kobiet wyniósł $96,24 \pm 12,46$

i był znamiennej wyższy ($p < 0,001$) w porównaniu do norm ($84,03 \pm 14,16$). Podobne zależności obserwowano w odniesieniu do mężczyzn, gdzie ogólny wskaźnik wyniósł $88,92 \pm 13,18$ i również był znamiennej wyższy ($p < 0,001$) w porównaniu do wartości normatywnych ($78,50 \pm 14,02$). We wszystkich ocenianych podkategoriach zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) stwierdzono, iż kobiety z badanej grupy chorych, wykazywały lepsze (znamiennej statystycznie) zachowania zdrowotne w porównaniu do ustalonej normy populacyjnej (kobiety dorosłe, zdrowe). Podobne wyniki (również we wszystkich podkategoriach zdrowotnych) uzyskano w grupie u mężczyzn (tab. I). Wykazano, że kobiety w badanej grupie chorych leczonych onkologicznie wykazywały znamiennej wyższe niż mężczyźni zachowania zdrowotne oceniane wskaźnikiem ogólnym ($t = -3,373$; $p < 0,001$) oraz w trzech podkategoriach, tj. prawidłowe nawyki żywieniowe ($t = -3,384$; $p < 0,001$), zachowania profilaktyczne ($t = -2,474$; $p < 0,05$) i pozytywne nastawienie psychiczne ($t = -2,493$; $p < 0,05$). Nie stwierdzono różnic w podkategorii praktyki zdrowotne ($t = -1,228$; $p = 0,221$).

Następnie wyniki surowe kwestionariusza IZZ przekształcono na jednostki standaryzowane, tj. steny. Wykazano, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni, cechowali się wysokimi zachowaniami zdrowotnymi (poziom 7 stena). W wyniku dalszej analizy wykazano, że nie ma zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi (skala stenowa) a wiekiem (R Spearman = 0,0228; $p = 0,783$), wykształceniem (χ^2 Pearsona = 2,729; $p = 0,950$), miejscem zamieszkania (χ^2 Pearsona = 8,102; $p = 0,423$), stanem cywilnym (χ^2 Pearsona = 2,209; $p = 0,899$), sytuacją zawodową (χ^2 Pearsona = 5,401; $p = 0,248$), czasem trwania choroby (χ^2 Pearsona = 3,176; $p = 0,528$), liczbą

Tabela I. Analiza wskaźników zachowań zdrowotnych badanych w odniesieniu do normy populacyjnej (M \pm SD)

Table I. Analysis of indicators of health behavior in the patients studied compared to the standard among the general population (M \pm SD)

Wskaźnik zachowań zdrowotnych /Health behavior indicator	Kobiety /Women n=93				Mężczyźni /Men n=55			
	wartości wg norm /values according to the norm	wartości w badanej grupie /values in the group studies	t	p*	wartości wg norm /values according to the norm	wartości w badanej grupie /values in the group studies	t	p*
ogólny wskaźnik zachowań /general behavioural indicator	84,03 \pm 14,16	96,24 \pm 12,46	9,503	<0,001	78,50 \pm 14,02	88,92 \pm 13,18	5,864	<0,001
prawidłowe nawyki żywieniowe /proper nutritional habits	3,60 \pm 0,75	3,82 \pm 0,75	2,929	<0,005	2,85 \pm 0,79	3,39 \pm 0,75	5,279	<0,001
zachowania profilaktyczne /preventive behaviour	3,48 \pm 0,78	4,07 \pm 0,61	9,365	<0,001	3,30 \pm 0,77	3,79 \pm 0,71	5,176	<0,001
pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	3,74 \pm 0,79	4,16 \pm 0,61	6,614	<0,001	3,24 \pm 0,66	3,88 \pm 0,70	6,808	<0,001
praktyki zdrowotne /health practices	3,53 \pm 0,78	4,35 \pm 0,73	10,903	<0,001	3,08 \pm 0,95	4,18 \pm 0,92	8,871	<0,001

*test t-Studenta dla pojedynczej próby /Student's t-test for a single sample

pobytów w szpitalu związanych z leczeniem onkologicznym (Chi^2 Pearsona=3,270; $p=0,513$) oraz wsparciem ze strony rodziny (Chi^2 Pearsona=4,305; $p=0,828$).

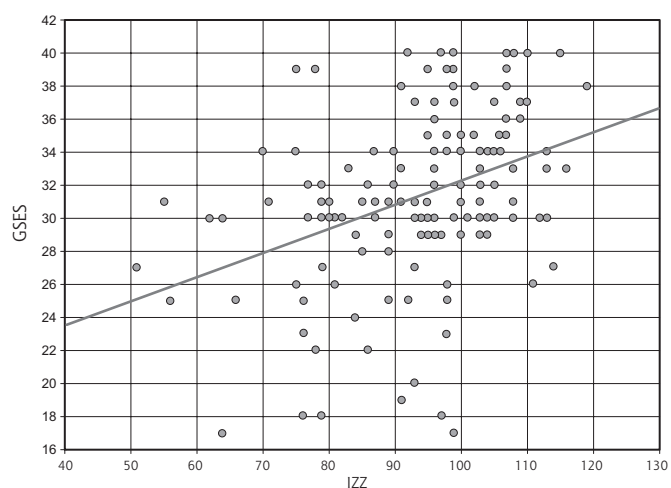
W badaniu posłużono się również kwestionariuszem GSES stwierdzając, że mediana poczucia własnej skuteczności u kobiet i mężczyzn była podobna i osiągnięta poziom 7 stena (min 2 – max 10 sten). Po kategoryzacji wyników stenowych stwierdzono, że wysokie poczucie własnej skuteczności wykazuje aż 72,3% pacjentów (K 74,2%; M 69,1%), co piąty przeciętne (19,6%; K 16,1%; M 25,4%), a jedynie 8,1% niskie (K 9,7%; M 5,5%). Nie stwierdzono znamienych różnic w poczuciu własnej skuteczności pomiędzy kobietami i mężczyznami (Chi^2 Pearsona=2,418; $p=0,298$).

W wyniku dalszej analizy wykazano, że nie ma zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności (skala stenowa) a wiekiem (R Spearman=0,085; $p=0,304$), wykształceniem (Chi^2 Pearsona=18,816; $p=0,968$), miejscem zamieszkania (Chi^2 Pearsona=32,068; $p=0,463$), stanem cywilnym (Chi^2 Pearsona=23,235; $p=0,505$), sytuacją zawodową (Chi^2 Pearsona=9,733; $p=0,881$), czasem trwania choroby (Chi^2 Pearsona=12,679; $p=0,696$), liczbą pobytów w szpitalu związanych z leczeniem onkologicznym (Chi^2 Pearsona=18,679; $p=0,282$) oraz wsparciem ze strony rodziny (Chi^2 Pearsona=43,954; $p=0,077$).

Porównując średnie wartości wskaźników kontroli emocji w grupie badanych kobiet w stosunku do normy populacyjnej wykazano istotnie statystycznie wyższe wartości wskaźnika ogólnego ($58,98 \pm 11,85$ vs. $49,97 \pm 10,23$; $t=7,375$; $p<0,001$), kontroli gniewu ($20,08 \pm 5,17$ vs. $16,01 \pm 4,79$; $t=7,631$; $p<0,001$), kontroli depresji ($19,24 \pm 4,01$ vs. $16,88 \pm 4,48$; $t=5,709$; $p<0,001$) i kontroli lęku ($19,65 \pm 4,87$ vs. $17,08 \pm 4,62$; $t=5,131$; $p<0,001$). Podobne zależności wykazano także w grupie mężczyzn: dla wskaźnika ogólnego ($57,14 \pm 10,67$ vs. $51,42 \pm 11,06$; $t=3,979$; $p<0,001$), kontroli gniewu ($18,63 \pm 4,93$ vs. $16,19 \pm 4,71$; $t=3,679$; $p<0,001$) i kontroli depresji ($19,36 \pm 3,76$ vs. $16,85 \pm 4,71$; $t=4,953$; $p<0,001$); nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic dla wskaźnika kontroli lęku ($19,14 \pm 4,63$ vs. $18,38 \pm 4,58$; $t=1,225$; $p=0,225$). Porównując wskaźniki kontroli emocji pomiędzy grupami badanych kobiet i mężczyzn nie wykazano istotnych statystycznie różnic dla wskaźnika ogólnego ($t=-0,949$; $p=0,343$), kontroli gniewu ($t=-1,677$; $p=0,095$), kontroli depresji ($t=0,178$; $p=0,858$) oraz kontroli lęku ($t=-0,632$; $p=0,527$).

W wyniku dalszej analizy wykazano, że nie ma zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym kontroli emocji a wiekiem (R Spearman=0,121; $p=0,142$), wykształceniem ($H=4,355$; $p=0,360$), miejscem za-

mieszkania ($H=4,194$; $p=0,380$), stanem cywilnym ($H=3,995$; $p=0,262$), sytuacją zawodową ($H=2,018$; $p=0,364$), czasem trwania choroby ($H=5,516$; $p=0,063$), liczbą pobytów w szpitalu związanych z leczeniem onkologicznym ($H=1,844$; $p=0,397$) oraz wsparciem ze strony rodziny (Chi^2 Pearsona=7,279; $p=0,121$). Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi, tzn. czym większe poczucie własnej skuteczności, tym lepsze zachowania zdrowotne (R Spearman = 0,3748; $p<0,0001$) (ryc. 1).



Ryc. 1. Zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem własnej skuteczności

Fig. 1. The relationship between health behavior and sense of self-efficacy

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że wskaźniki ogólne zachowań sprzyjających zdrowiu zarówno u kobiet ($96,24$ vs. $84,03$; $p<0,001$), jak i u mężczyzn ($88,92$ vs. $78,5$; $p<0,001$) oraz zachowania zdrowotne w poszczególnych podkategorjach (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) były znamienne wyższe w porównaniu do norm. Wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych u kobiet z rakiem piersi potwierdzili także inni autorzy [15-17]. W badaniu własnym stwierdzono ponadto, że kobiety wykazują znamienne wyższe zachowania zdrowotne oceniane wskaźnikiem ogólnym oraz w trzech podkategorjach (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne) niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy u pacjentów z cukrzycą typu II [18]. Zaobserwowane różnice mogą świadczyć o większej świadomości kobiet na temat konsekwencji, jakie niosą negatywne zachowania zdrowotne. Wynikać to może z roli, jaką kobiety pełnią w rodzinie – osoby dbającej i opieku-

jącej się swoimi bliskimi. Ponadto kobiety są bardziej zainteresowane zdrowym stylem życia i bardziej konsekwentnie go realizują.

W badanej grupie wykazano brak zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, a zmiennymi demograficznymi, czasem trwania choroby, liczbą pobyków w szpitalu oraz wsparciem ze strony rodziny. Odmienne spostrzeżenia odnotowano w badaniach dotyczących pacjentów z cukrzycą typu II, gdzie istotny okazał się wiek badanych. Najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych stwierdzono w grupie wiekowej +60 lat. Ponadto zaobserwowano, że mieszkańcy miast częściej podejmują zachowania związane ze zdrowiem niż mieszkańcy wsi, co może wynikać z większej dostępności do opieki zdrowotnej oraz informacji medycznych. Badanie to wykazało również, że osoby chorujące ponad 10 lat miały najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych w trzech podkategoriach oprócz prawidłowych nawyków żywieniowych [18].

W badaniach własnych stwierdzono, że mediana poczucia własnej skuteczności u kobiet i mężczyzn była podobna i osiągnęła poziom 7 stena. Po kategoryzacji wyników stenowych stwierdzono, że wysokie poczucie własnej skuteczności wykazuje aż 72,3% pacjentów, 19,6% przeciętne, a jedynie 8,1% niskie. W badaniu przeprowadzonym przez Kulę i wsp. [19] wśród pacjentów onkologicznych niezależnie od typu nowotworu na jaki chorowali, również przeważały wyniki średnie lub wysokie, co wskazywało na występowanie silnego przekonania o własnej skuteczności. Takie wyniki mogą sugerować, że osoby z chorobą nowotworową postrzegają ją jako wyzwanie, są bardziej wytrwałe w radzeniu sobie z nią i dążeniu do polepszenia jakości swojego życia [20]. Podobne dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym z powodu nowotworu złośliwego; wykazano, że przekonanie o własnej skuteczności ma związek z lepszym przystosowaniem się do choroby [21]. W badaniach własnych w toku dalszej analizy nie stwierdzono znamienych różnic w poczuciu własnej skuteczności pomiędzy kobietami i mężczyznami. Z kolei badanie Pietrzyk i Lizińczyk [9] ujawniło różnice w postrzeganiu własnej skuteczności wśród kobiet i mężczyzn. Mężczyźni z nawrotem choroby nowotworowej cechowali się wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności niż kobiety. Byli bardziej przekonani o tym, że poradzą sobie z chorobą, a przekonanie o efektywnych rezultatach kuracji motywowało ich jeszcze bardziej do działania. Kobiety natomiast były mniej przekonane, że są w stanie poradzić sobie z przeciwnościami losu i nie do końca wierzyły w sens kolejnej kuracji. W omawianej pracy, podobnie jak w badaniach własnych, nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem oraz miejscem zamieszkania pacjentów a poczuciem własnej skuteczności.

Warto zauważyć, że poczucie własnej skuteczności oraz zachowania zdrowotne mogą być wyznacznikiem utrzymującym odpowiedni stan zdrowia. W badaniu własnym wykazano dodatnią korelację pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi. Im wyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności, tym zachowania zdrowotne były lepsze. Na tej podstawie nasuwa się spostrzeżenie, że osoby przewlekle chore z wysokim poczuciem własnej skuteczności częściej podejmują zachowania prozdrowotne i są bardziej zdeterminowane, aby je utrzymać. W badaniach Schwarzera i wsp. [22] wykazano, że poczucie własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu takich zachowań zdrowotnych, jak: aktywność fizyczna, kontrolowanie masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu czy zapobieganie niebezpiecznym zachowaniom seksualnym. Dodatnią korelację pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a występowaniem pożądanych zachowań zdrowotnych zaobserwował także Juczyński [14] oraz Baumgart i wsp. [6] w badaniach u osób zdrowych. Podobnie obserwacje poczynił Seydel [23], Mariańczyk i wsp. [24], którzy wykazali, że wyższe poczucie własnej skuteczności wpływało korzystnie na podjęcie profilaktyki nowotworowej u kobiet. Badania przeprowadzone w Domu Pomocy Społecznej w Gdańsku przez Żuralską i wsp. [25] wykazały, że niski poziom poczucia własnej skuteczności powodował, że pensjonariusze mniej chętnie podejmowali działania w zakresie profilaktyki, praktyk zdrowotnych czy polepszenia nawyków żywieniowych. Dlatego istotne jest, aby stwarzać osobom starszym warunki, które poprawią ich samoskuteczność, np. przez zaangażowanie personelu medycznego w ich edukację i tworzenie motywującej atmosfery.

Analiza średnich wartości wskaźników kontroli emocji wykazała w grupie badanych kobiet wyższe wartości wskaźnika ogólnego, kontroli gniewu, kontroli depresji i kontroli lęku w porównaniu do norm. Podobne zależności wykazano także w grupie mężczyzn; stwierdzono istotnie statystyczne różnice dla wskaźnika ogólnego, kontroli gniewu i kontroli depresji. Wysokie wartości tych wskaźników mogą sugerować, że dzieje się tak dlatego, iż choroba nowotworowa, proces leczenia i związane z nim skutki uboczne istotnie wpływają na psychikę każdego chorego [26]. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa można stwierdzić, że zaburzenia psychiczne występują u ok. 30-50% pacjentów cierpiących na nowotwory [27]. Występowanie negatywnych emocji, takich jak gniew, lęk i depresja, cechuje przede wszystkim kobiety dotknięte nowotworem piersi, co potwierdzają obserwacje Zdończyk [28], który u kobiet po zabiegu operacyjnym raka piersi stwierdził, że wskaźnik ogólny kontroli emocji był znamienne wyższy w odniesieniu do norm.

W wyniku dalszej analizy badań własnych wykazano, że nie ma zależności pomiędzy wskaźnikiem ogólnym kontroli emocji a danymi demograficznymi oraz czasem trwania choroby, liczbą pobytów w szpitalu związanych z leczeniem onkologicznym, a także wsparciem ze strony rodziny. Inny autor stwierdził, że wskaźnik kontroli emocji wśród kobiet po mastektomii wzrastał wraz z wiekiem, statusem materialnym oraz liczbą dzieci, a malał w przypadku wyższego wykształcenia [28]. Natomiast Nowicki i wsp. [29] wykazali, że wyższe wykształcenie sprzyjało pojawianiu się wyższego poziomu lęku i depresji, a posiadanie małych dzieci, niższym wartościom wskaźnika kontroli emocji. Również status materialny miał w tym przypadku znaczenie. Osoby w lepszej sytuacji cechowały się niższym natężeniem gniewu, lęku i depresji. Może mieć to związek z przekonaniem, że lepsza sytuacja materialna sprzyja dostępowi do nier refundowanej opieki medycznej, co w przekonaniu wielu pacjentów wiąże się z lepszym leczeniem i zwiększa szanse na wyzdrowienie. Jak wynika z wielu badań jednym z czynników mających wpływ na powstawanie i pogłębianie się różnych stanów chorobowych oraz zaburzeń emocjonalnych jest sposób wyrażania i kontrolowania emocji, a tłumienie ich może być wskaźnikiem nie

radzenia sobie z nową sytuacją, co w znaczny sposób obniża komfort życia [30].

Podsumowując, stwierdzić należy, że poczucie własnej skuteczności jest bardzo ważnym czynnikiem sprzyjającym zachowaniom zdrowotnym. Osoby, które są przekonane, że mają wpływ na przebieg zdarzeń znacznie chętniej podejmują bardziej aktywne i zdrowe tryby życia.

Wnioski

Zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn w badanej grupie były znamienne wyższe w porównaniu do norm. Pacjenci onkologiczni mieli większą świadomość konsekwencji negatywnych zachowań zdrowotnych. Wysokie wartości wskaźnika kontroli emocji świadczyły o istotnym wpływie choroby onkologicznej na stan zdrowia psychicznego. Poczucie własnej skuteczności korelowało dodatnio z zachowaniami zdrowotnymi.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Kosińska M. Styl życia dla zdrowia. Beskidzka Szkoła Umiejętności, Żywiec 2006.
2. Gniazdowski A. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. IMP, Łódź 1990.
3. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999.
4. Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977, 84(2): 191-215.
5. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Worth Publishers, New York 1997.
6. Baumgart M, Szpinda M, Radziwińska A i wsp. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. J Educ Health Sport 2015, 5(8): 226-235.
7. Laudet AB, Stanick V. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat 2010, 38(4): 317-327.
8. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość: stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2010.
9. Pietrzyk A, Lizińczyk S. Nadzieja podstawowa pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej oraz ich własna skuteczność kontroli bólu i radzenia sobie z nim. Psychoonkologia 2015, 1: 1-11.
10. Weber-Rajek M, Ciechanowska K, Mieszkowski J i wsp. Wpływ zasobów psychicznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwinnym mózgu. J Health Sci 2014, 4(9): 51-60.
11. Rogala D, Mazur A, Maślińska M i wsp. Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodno. Curr Gynecol Oncol 2015, 13(3): 154-164.
12. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Krawczak M. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. Piel Pol 2016, 2(60): 170-174.
13. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i wsp. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. Współcz Onkol 2009, 13(1): 41-46.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2012.
15. Bojakowska UJ, Kalinowski P, Kowalska ME. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przed i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badania wstępne. J Educ Health Sport 2016, 6(5): 29-37.
16. Kurowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. Curr Gynecol Oncol 2014, 12(4): 278-289.
17. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. Ann Acad Med Siles 2005, 59: 298-301.
18. Kurowska K, Toś M. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne w grupie osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Pol Prz Nauk Zdr 2017, 1(50): 31-37.
19. Kulpa M, Kosowicz M, Ziętałowicz U i wsp. Poczucie własnej skuteczności u pacjentów z chorobami onkologicznymi. Porównanie z danymi populacyjnymi. Med Paliat 2016, 8(2): 75-79.

20. Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. [in:] *Self-efficacy: Thought control of action*. Schwarzer R (ed). Hemisphere Publishing Corp, Washington 1992: 195-213.
21. Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A, et al. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Pers Indiv Differ* 2005, 39: 807-818.
22. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. [in:] *Predicting health behavior*. Conner M, Norman P (eds). Open University Press, Buckingham-Philadelphia 1996: 163-196.
23. Seydel E, Taal E, Wiegman O. Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behavior related to cancer. *Psychol Health* 1990, 4(2): 99-109.
24. Mariańczyk K, Steuden S. Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonywanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia. *Psychoonkologia* 2011, 2: 55-64.
25. Żuralska R, Mziray M, Muczyn A i wsp. Ocena związku między zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Gdańsku. *Probl Pielęg* 2012, 20(2): 247-251.
26. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, et al. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003, 21(22): 4184-4193.
27. Stępień RB. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Probl Pielęg* 2007, 15(1): 20-25.
28. Zdończyk SA. Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pom J Life Sci* 2015, 61(2): 199-206.
29. Nowicki A, Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz Onkol* 2005, 9(9): 396-403.
30. Tyka J. *Pojęcie i definicje psychosomatyki*. UKSW, Warszawa 2000.