

Dorota Rogala¹, Aleksandra Mazur^{1,2}, Mariola Maślińska^{1,2},
Krzysztof Koper¹, Joanna Wysocka³

Received: 09.07.2015
Accepted: 12.10.2015
Published: 30.11.2015

Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodowego

Self-efficacy and strategies of adaptation to disease in patients with cancer of reproductive organs

Чувство самоэффективности и стратегии адаптации к болезни у пациенток с раком репродуктивных органов

¹ Katedra Onkologii, Radioterapii i Ginekologii Onkologicznej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Polska.
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Łukasz Wicherek

² Klinika Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Polska. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Łukasz Wicherek

³ Studentka, licencjat położnictwa, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Polska

Adres do korespondencji: Dorota Rogala, Klinika Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka, ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, e-mail: drogala@cm.umk.pl

¹ Department of Oncology, Radiotherapy and Gynecologic Oncology, Nicolaus Copernicus University in Toruń – Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland.
Head: Professor Łukasz Wicherek, MD, PhD

² Department of Gynecologic Oncology, Professor Łukaszczyk Oncology Centre in Bydgoszcz, Poland. Head of the Department: Professor Łukasz Wicherek, MD, PhD

³ Student, Bachelor's Degree in Obstetrics, Nicolaus Copernicus University in Toruń – Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland

Correspondence: Dorota Rogala, Department of Gynecologic Oncology, Professor Łukaszczyk Oncology Centre in Bydgoszcz, Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, Poland, e-mail: drogala@cm.umk.pl

Streszczenie

Cel pracy: Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą Bandury wysoka ocena własnej skuteczności pozytywnie wpływa na motywację do działania i osiągnięcia jednostki. Wyróżnia się dwie postawy przyjmowane przez pacjentów po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej. Postawa aktywna polega na podjęciu walki o zdrowie i życie oraz ogólnej mobilizacji, pasywna zaś przejawia się lękiem i ogólną rezygnacją. Celem pracy była ocena związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a poziomem poczucia własnej skuteczności u kobiet po zabiegu histerektomii przeprowadzonym z powodów onkologicznych. **Materiał i metody:** Badaniem objęto 37 pacjentek z nowotworem narządu rodowego po zabiegu histerektomii. Wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES i Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC. Analizowano zależność między wyborem strategii walki z chorobą a poziomem własnej skuteczności w zależności od zmiennych socjodemograficznych. W obliczeniach statystycznych wykorzystano porównania zaplanowane (analiza kontrastów), test ANOVA rang Kruskala–Wallisa, współczynnik korelacji r Pearsona i tau Kendalla. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$. **Wyniki:** 1) Kobiety po histerektomii wybierają konstruktywne strategie walki z chorobą. Są to strategie „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. 2) Kobiety żyjące w związku częściej niż samotne wybierają strategię destrukcyjną „beznadzieść – beznadziejność”, a te o lepszym statusie materialnym – strategię konstruktywną „pozytywne przewartościowanie”. 3) Pacjentki cechujące się wyższym poziomem własnej skuteczności częściej stosują strategie „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. 4) Poziom własnej skuteczności u kobiet żyjących w związku jest wyższy niż u samotnych. **Wnioski:** 1) Poziom własnej skuteczności pacjentek po histerektomii jest wyższy od przeciętnej w polskiej populacji i najwyższy spośród dotychczas badanych grup klinicznych. 2) Wyższy poziom własnej skuteczności sprzyja wyborowi konstruktywnych strategii.

Słowa kluczowe: Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC, nowotwory, histerektomia

Abstract

Aim: According to Bandura's social cognitive theory, high self-efficacy has a positive impact on one's motivation and achievements. There are two different attitudes which patients diagnosed with cancer adopt. The active attitude consists in putting up a fight for one's health and life and in general mobilization, whereas the passive one manifests itself in fear and general surrender. The aim of the study was to analyze the relationship between mental adaptation to cancer and self-efficacy in women after hysterectomy performed for oncological reasons. **Material and methods:** The research involved 37 patients with reproductive organ cancer, after hysterectomy. The authors used their own survey, the General Self-Efficacy Scale (GSES) and the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale – Mini-MAC. The authors analyzed the relationship between the coping strategies adopted by patients and the level of self-efficacy based on sociodemographic variables. In statistical computations, planned comparison (contrast analysis), Kruskal–Wallis analysis of variance (ANOVA), Pearson's r correlation coefficient and Kendall's tau coefficient were used. The significance level was assumed at $p \leq 0.05$. **Results:** 1) Women after hysterectomy adopt constructive strategies of coping with the disease. These strategies are: "fighting spirit" and "positive reinterpretation." 2) Women in a relationship adopt a destructive strategy called "helplessness/hopelessness" more often than single women, whilst women with a better economic status tend to adopt the constructive strategy known as "positive reinterpretation." 3) Patients with higher self-efficacy more frequently adopt the "fighting spirit" and "positive reinterpretation" strategies. 4) The level of self-efficacy is higher in women in a relationship than in single women. **Conclusions:** 1) The level of self-efficacy in patients after hysterectomy is higher than its average level in the Polish population and the highest among the clinical populations studied so far. 2) Higher level of self-efficacy increases the tendency to adopt constructive strategies.

Key words: General Self-Efficacy Scale – GSES, Mini-Mental Adjustment to Cancer scale – Mini-MAC, cancer, hysterectomy

Содержание

Цель работы: В соответствии с социально-когнитивной теорией Бандуры высокая оценка самооэффективности положительно влияет на мотивацию человека действовать и достигать. Существуют два подхода, применяемые пациентами с диагнозом рак. Активный подход заключается в борьбе за здоровье и жизнь и общей мобилизации, в свою очередь пассивный заключается в страхе и общем отказе. Цель данного исследования заключается в оценке связи между психической адаптацией к раку и уровнем чувства самооэффективности у женщин после гистерэктомии, проведенной в связи с раком. **Материал и методы:** В исследование включили 37 пациентов с раком репродуктивных органов после гистерэктомии. Использовалась специально разработанная анкета, Шкала общей самооэффективности – GSES и Шкала психической адаптации к опухолевой болезни – Mini-MAC. Проанализирована взаимосвязь между выбором стратегии борьбы с болезнью и уровнем самооэффективности, в зависимости от социально-демографических переменных. В статистических расчетах использованы сравнения запланированные (анализ контрастов), ANOVA Крускала–Уоллиса, коэффициент корреляции r Пирсона и тау Кендалла. В качестве уровня значимости принято $p \leq 0,05$. **Результаты:** 1) Женщины после гистерэктомии выбирают конструктивные стратегии борьбы с заболеванием. Это стратегии «боевой дух» и «положительная переоценка». 2) Женщины, живущие в отношениях чаще, чем одинокие, выбирают деструктивную стратегию «беспомощность – безнадежность», а те, у которых лучшей материальный статус – конструктивную стратегию «положительная переоценка». 3) Пациентки характеризуются более высоким уровнем самооэффективности, чаще применяют стратегию «боевой дух» и «положительная переоценка». 4) Уровень самодостаточности у женщин, живущих в отношениях выше, чем у одиноких. **Выводы:** 1) Уровень самооэффективности пациенток после гистерэктомии выше среднего для польской популяции и самый высокий среди исследуемых, до этого времени, клинических групп. 2) Более высокий уровень самооэффективности способствует выбору конструктивных стратегий.

Ключевые слова: Шкала общей самооэффективности – GSES, Шкала психической адаптации к опухолевой болезни – Mini-MAC, опухоли, гистерэктомия

WSTĘP

Współczesnej literaturze przedmiotu często podkreśla się fakt, że choroba nowotworowa i silne przeżycia emocjonalne z nią związane powodują zmiany i zaburzenia zachowania wymagające pomocy i opieki psychologicznej. Samo rozpoznanie choroby niesie ze sobą stres, a długotrwałe i wyczerpujące leczenie może prowadzić do zmian w psychice pacjenta. Każdy człowiek, w zależności od indywidualnych cech osobowościowych, w odmienny sposób reaguje na wiadomość o chorobie. Reakcje te ulegają zmianom w czasie – wpływają

INTRODUCTION

In the contemporary literature, it is often emphasized that cancer and strong emotions arising in relation to it result in behavioral changes and disorders which require psychological care and support. The very diagnosis of cancer is already the source of stress whereas long and exhausting treatment may lead to changes in the patient's mind. Every human being, depending on his or her individual personality traits, reacts differently to the information about the disease. These reactions change over time,

na to etap leczenia, dalsze rokowanie czy uciążliwość dolegliwości. Przystosowanie do choroby nowotworowej polega na radzeniu sobie z samym schorzeniem i jego konsekwencjami, a w dłuższej perspektywie – na koniecznej adaptacji do szeroko pojętych zmian w jakości życia. Wyróżnia się dwie postawy przyjmowane przez pacjentów po diagnozie. Postawa aktywna charakteryzuje się podjęciem walki o własne zdrowie i życie oraz ogólną mobilizacją. Z kolei postawa pasywna przejawia się lękiem i rezygnacją⁽¹⁾. Postawa wobec choroby najbardziej wpływa na jakość życia chorego, a co najważniejsze – może decydować o długoterminowych efektach leczenia.

Jak dowodzą wyniki badań, korzystniejsze rokowanie (długość przeżycia, brak nawrotów choroby i lepsza jakość życia) wiąże się z wyborem strategii aktywnych⁽²⁾. Ocena preferowanych strategii jest więc przydatna na każdym etapie leczenia i rehabilitacji. Juczyński, który badał grupę 85 pacjentów onkologicznych, wskazywał, że strategie radzenia sobie z chorobą mają związek raczej z różnymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego, nie zaś konkretnie ze stopniem zaawansowania choroby i jej objawami. Między strategiami destruktywnymi a różnymi wymiarami jakości życia występowały silniejsze korelacje niż w przypadku strategii konstruktywnych. Silny okazał się też związek między poziomem poczucia własnej skuteczności a wybranymi strategiami – im ten poziom był wyższy, tym częściej wybierano strategię aktywnej walki z chorobą⁽³⁾.

Poczucie skuteczności jest silnie powiązane z kontrolą własnych działań. Może się odnosić do określonych obszarów aktywności oraz wyraża ogólne przekonanie co do roli pacjenta w sytuacji nowej czy stresowej. Można powiedzieć, że poczucie własnej skuteczności to miernik zamiarów i działań w zakresie różnych zachowań zdrowotnych. Powiązane w pozytywny sposób z przekonaniem na temat własnej skuteczności są zarówno aktualne zachowania, jak i zamiary zaangażowania się w określone działania zdrowotne. Badania potwierdzają, że im bardziej człowiek wierzy we własną skuteczność, tym ambitniejsze cele sobie stawia i silniej angażuje się w zachowania zdrowotne, nawet jeśli ponosi porażki⁽²⁾.

Pojęcie poczucia własnej skuteczności wprowadził w 1977 roku Albert Bandura, który opracował teorię modyfikacji zachowań ludzkich. Wskazał, iż samoskuteczność wpływa na motywację do działania i poprawia osiągnięcia jednostki⁽⁴⁾. Poczucie własnej skuteczności pozwala człowiekowi na odrzucenie lub zaakceptowanie danej sytuacji zależnie od jej przewidywanych skutków. W związku z samoskutecznością rodzi się poczucie kompetencji, które kształtuje procesy poznawcze i osiągnięcia intelektualne oraz skłania do wytrwałości i wyboru ambitniejszych zadań. Wpływ motywacji na procesy poznawcze pozwala jednostce na właściwe wykorzystanie zasobów i przygotowanie planu. Plan ten przekształca się w działanie – to ostatni etap wyznaczany przez poczucie własnej skuteczności. Wówczas dochodzi już do zmiany zamiaru w konkretne aktywności, które wymagają odpowiedniej siły i determinacji⁽⁵⁾.

depending on the stage of treatment, prognosis or degree of discomfort. Adaptation to cancer consists in coping with the condition and its consequences, and in a long run in the necessary adaptation to various changes in the quality of patient's life. There are two different attitudes which patients adopt after diagnosis. In the case of an active attitude, patients put up a fight for their health and life and become generally mobilized. The passive attitude, on the other hand, manifests itself with fear and surrender⁽¹⁾. Patient's attitude towards the disease influences, first of all, the quality of his or her life and, what is most important, may determine long-term results of treatment.

Research results prove that adoption of active strategies is associated with better prognosis (length of survival, lack of relapse and better quality of life)⁽²⁾. Assessment of preferred strategies is therefore useful on every stage of treatment and rehabilitation. Juczyński who studied a group of 85 cancer patients indicated that strategies of coping with the disease are associated more with various aspects of psychosocial functioning than with the progression or symptoms of the disease. Correlations between adopted strategies and different dimensions of life quality were stronger in the case of destructive strategies than in the case of constructive ones. The relation between self-efficacy and adopted coping styles also turned out to be strong – the higher the self-efficacy was, the more frequently active coping styles were adopted⁽³⁾.

Self-efficacy is strongly associated with the ability to control one's actions. It may apply to specific areas of activity and reflects a general conviction about the role of the patient in a new or stressful situation. It can be said that self-efficacy is the measure of intentions and actions taken in the area of various health-oriented behaviors. Both the actions and intentions to engage in specific health-oriented tasks are positively associated with the patient's self-efficacy. Studies confirm that the more a person believes in his or her efficacy, the more ambitious goals he or she decides to pursue and more strongly engages in health-oriented actions, even if they end in failures⁽²⁾.

The concept of self-efficacy was introduced in 1977 by Albert Bandura who developed a theory of behavior modification. He claimed that self-efficacy has an impact on motivation to act and improves one's achievements⁽⁴⁾. Self-efficacy allows a person to reject or accept a given situation depending on its anticipated consequences. Self-efficacy allows the development of the feeling of competence which influences cognitive processes and intellectual achievements and encourages the person to be persistent and choose more ambitious tasks. The impact of motivation on cognitive processes allows one to efficiently use available resources and prepare a plan. The plan transforms into action – it is the last stage determined by one's self-efficacy. At this time intention turns into specific activities which require appropriate power and determination⁽⁵⁾.

CEL PRACY

Celem badań było wykazanie korelacji między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a poziomem poczucia własnej skuteczności u kobiet po zabiegu histerektomii przeprowadzonym z powodów onkologicznych.

MATERIAŁ I METODY

Pacjenci

Do badań zakwalifikowano 57 kobiet z nowotworem narządu rodowego po zabiegu histerektomii hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka w Bydgoszczy. Ponieważ już autorzy Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (*Mini-Mental Adjustment to Cancer scale*, Mini-MAC) wskazywali, że wybierane strategie walki z chorobą bardziej zależą od czynników psychospołecznych niż od zaawansowania choroby, zdecydowano o włączeniu do badania pacjentek z różnymi typami nowotworu, wobec których zastosowano leczenie operacyjne o zróżnicowanym zakresie. Z badań wyłączono kobiety młode (20–39 lat) i starsze (ponad 70 lat). Ostatecznie badaniami objęto 37 pacjentek. W 7 przypadkach (19%) zdiagnozowano nowotwór szyjki macicy, w 7 (19%) – nowotwór trzonu macicy, w 17 (46%) – nowotwór jajnika, w 6 (16%) – niezłośliwy nowotwór jajnika/torbiel jajnika. W procesie leczenia zastosowano zróżnicowane procedury: proste wycięcie macicy z przydatkami – 6 chorych (2%), radykalne wycięcie macicy z przydatkami – 24 (9%); w 7 przypadkach (19%) wykonano zabieg wytrzewienia tylnego (u 4 pacjentek była to wielonarządowa pierwotna resekcja, u 3 – wielonarządowa wtórna resekcja); 25 (68%) kobiet przeszło limfadenektomię miedniczną i/lub okołoaortalną, 9 (24%) – wycięcie tkanki otrzewnej. W 5 przypadkach (14%) zastosowano procedurę HIPEC (*hyperthermic intraperitoneal chemotherapy*). Wszystkim chorym zalecono zgłoszenie się po wypisie ze szpitala na komisję interdyscyplinarną w celu ustalenia sposobów dalszego leczenia.

Wiek badanych mieścił się w przedziale 40–70 lat (średnia: 53,5 roku). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 50–59 lat (46%), 31% to pacjentki w wieku 60–70 lat, a 23% – te w wieku 40–49 lat. Najwięcej ankietowanych (12 osób, 32%) miało wykształcenie wyższe, następnie – średnie (11 osób, 30%), zawodowe (6 osób, 16%), podstawowe (5 osób, 14%), niepełne wyższe (3 osoby, 8%). W dużych miastach mieszkało 17 pacjentek (46%), a w małych miastach i na wsiach – po 10 (27%). Najliczniejszą grupę (24 uczestniczki, 65%) stanowiły mężatki, kolejno – kobiety samotne (10 uczestniczek, 27%) i będące w związku partnerskim (3 uczestniczki, 8%). Swoje warunki materialne jako dobre oceniło 20 kobiet (54%), jako bardzo dobre – 11 (30%), a jako przeciętne – 6 (16%).

AIM OF THE STUDY

The aim of the study was to prove that there is a correlation between mental adaptation to cancer and self-efficacy in women after hysterectomy performed for oncological reasons.

MATERIAL AND METHODS

Patients

For the purpose of the study, 57 women with cancer of reproductive organs were recruited. They underwent hysterectomy and were hospitalized in the Clinical Department of Gynecologic Oncology of Professor Łukaszczyk Oncology Centre in Bydgoszcz, Poland. Due to the fact that authors of the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale (Mini-MAC) suggested that the coping strategies adopted by patients depend more on psychosocial factors than on the progression of the disease, it was decided to enroll patients with various types of cancer who underwent different surgical treatments. Young (20–39 years) and older women (over 70) were excluded from the study. Finally, the study involved 37 patients. Seven women (19%) were diagnosed with cervical cancer, 7 (19%) with endometrial cancer, 17 (46%) with ovarian cancer and 6 (16%) with benign ovarian tumor/ovarian cyst. In the process of treatment, diverse procedures were applied: 6 patients (2%) had simple hysterectomy with appendectomy, 24 patients (9%) underwent radical hysterectomy with appendectomy; in 7 cases (19%) posterior exenteration was performed (in 4 patients it was a multiple organ primary resection and in 3 – multiple organ secondary resection); 25 (68%) women were subject to pelvic and/or paraaortic lymphadenectomy, and 9 (24%) women had peritonectomy. In 5 cases (14%) the HIPEC (*hyperthermic intraperitoneal chemotherapy*) procedure was applied. All patients were recommended to report, after being discharged from hospital, to an interdisciplinary committee in order for it to determine the methods of further treatment.

The persons involved in the study were between 40 and 70 years old (mean: 53.5). The largest group (46%) were women aged 50–59, 31% were patients aged 60–70 and 23% – women aged 40–49. The largest group of respondents, that is 32% (12 people), had higher education, 30% – secondary education (11 people), 16% – vocational education (6 people), 14% – elementary education (5 people), and 8% – incomplete higher education (3 people). Seventeen patients lived in cities (46%), 10 in towns (27%) and 10 in villages (27%). The largest group of women (24 participants, 65%) were married, 10 women (27%) were single and 3 women (8%) were in a non-marital relationship. Twenty women (54%) believed their economic situation was good, 11 – very good (30%) and 6 – average (16%).

Metody

W badaniu wykorzystano: ankietę własnej konstrukcji (opisującą grupę badaną pod względem socjodemograficznym), standaryzowaną Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera i Jerusalema z 1992 roku (*General Self-Efficacy Scale*, GSES; polska adaptacja: Juczyński, 1998; współczynnik α Cronbacha: 0,85) oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Watsona i wsp. z 1988 roku (polska adaptacja: Juczyński, 1997; współczynnik α Cronbacha dla poszczególnych strategii: 0,87–0,92).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności składa się z 10 pytań, na które osoba badana udziela odpowiedzi punktowanych od 1 do 4. Suma wszystkich punktów mieści się w przedziale od 10 do 40 pkt. Im wyższy wskaźnik, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, co przekłada się na większą wiarę w siebie i lepsze umiejętności radzenia sobie w trudnej sytuacji. Po przekształceniu na jednostki standaryzowane ogólny wskaźnik podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1.–4. stena (10–24 pkt) przyjmuje się jako niskie, te w granicach 7.–10. stena (30–40 pkt) – jako wysokie, a te w granicach 5. i 6. stena (25–29 pkt) – jako przeciętne⁽²⁾.

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej składa się z 29 stwierdzeń i obejmuje cztery strategie radzenia sobie z chorobą: dwie konstruktywne („duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”) oraz dwie destruktywne („zaabsorbowanie lękowe” i „beznadzieść – beznadziejność”). „Duch walki” skłania pacjenta do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających nowotwór. „Pozytywne przewartościowanie” to takie przeorganizowanie własnej choroby, aby przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat. „Zaabsorbowanie lękowe” wyraża niepokój spowodowany chorobą, postrzeganą głównie jako zagrożenie. „Beznadzieść – beznadziejność” świadczy o poczuciu bezsilności i zagubienia, biernym poddaniu się chorobie. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z czterech strategii. Jednej strategii dotyczy 7 stwierdzeń, punktacja odpowiedzi mieści się w przedziale 1–4, więc możliwe wyniki to od 7 do 28 pkt. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą nowotworową⁽²⁾.

W obliczeniach statystycznych wykorzystano porównania zaplanowane (analiza kontrastów), test ANOVA rang Kruskala–Wallisa, współczynnik korelacji r Personna i tau Kendalla. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

WYNIKI

W pierwszym etapie badań analizowano, jakie strategie walki z chorobą wybierają kobiety po zabiegu histerektomii. W badanej grupie przeważały strategie konstruktywne: „pozytywne przewartościowanie” ($M = 22,97$, $SD = 2,77$)

Methods

The following methods were applied in the study: a survey developed by the authors of the study (a survey describing the sociodemographic status of the group involved in the study), the General Self-Efficacy Scale (GSES; Polish adaptation: Juczyński, 1998; Cronbach's α coefficient: 0.85) and the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale by Watson *et al.* of 1988 (Polish adaptation: Juczyński, 1997; Cronbach's α coefficient for individual strategies: 0.87–0.92).

The General Self-Efficacy Scale consists of 10 questions to which the person participating in the study gives answers scored from 1 to 4. The total score a person can get is between 10 and 40 points. The higher the score, the higher self-efficacy, which translates into greater self-confidence and better ability to cope with a difficult situation. After its conversion into standardized units, the general score is interpreted in accordance with the assumptions of a sten score system. Sten scores 1 to 4 (10–24 points) were regarded as low, 7 to 10 (30–40 points) as high and 5 and 6 (25–29 points) as average⁽²⁾.

The Mini-Mental Adjustment to Cancer scale consists of 29 statements and covers four strategies of coping with the disease: two constructive (“fighting spirit” and “positive reinterpretation”) and two destructive ones (“anxious preoccupation” and “helplessness/hopelessness”). “Fighting spirit” encourages the patient to treat his or her disease as a personal challenge and take actions oriented at combating cancer. The purpose of “positive reinterpretation” is to reorganize one's disease in such a way so as to find hope and feel satisfied about the life the person has had so far while being fully aware of the seriousness of one's condition. “Anxious preoccupation” is the anxiety caused by the disease perceived mainly as a threat. “Helplessness/hopelessness” is a manifestation of the feeling of helplessness, loss and passive surrender to the disease. Results are calculated for every strategy separately. To every strategy, 7 statements apply, and for every answer the patient can score 1–4 points and thus – 7 to 28 points in total. The higher the score, the greater the intensification of behaviors characteristic of a given coping response to cancer⁽²⁾.

In statistical computations, planned comparison (contrast analysis), Kruskal–Wallis analysis of variance (ANOVA), Pearson's r correlation coefficient and Kendall's tau coefficient were used. The significance level was assumed at $p \leq 0.05$.

RESULTS

In the first stage of the study, the authors analyzed which coping strategies are adopted by women after hysterectomy. The strategies which dominated in the study group were the constructive ones: “positive reinterpretation” ($M = 22.97$, $SD = 2.77$) and “fighting spirit” ($M = 22.95$, $SD = 3.25$). In order to verify whether the observed differences in using

i „duch walki” ($M = 22,95$, $SD = 3,25$). Aby sprawdzić, czy zaobserwowane różnice w korzystaniu z poszczególnych strategii są istotne statystycznie, wykonano analizę kontrastów. W tym celu utworzono kontrast porównujący średni wynik uzyskiwany na skalach „ducha walki” i „pozytywne przewartościowanie” ze średnim wynikiem ze skal „beznadziei – beznadziejności” i „zaabsorbowania lękowego”. Różnica między kontrastami okazała się wysoce istotna statystycznie, $F(1, 36) = 190,52$; $p < 0,0001$. Kobiety po zabiegu histerektomii w większym stopniu korzystają ze strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie” niż ze strategii „zaabsorbowanie lękowe” i „beznadziei – beznadziejność”.

Żeby ocenić, czy istnieje związek między wiekiem a wyborem strategii, stworzono macierz korelacji współczynników r Pearsona (tab. 1).

Żaden z wyliczonych współczynników korelacji r Pearsona nie osiągnął poziomu istotności statystycznej – wiek nie ma zatem związku z poszczególnymi strategiami przystosowania do choroby.

Poniżej przedstawiono wyniki analiz zależności między pozostałymi zmiennymi – wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym i warunkami materialnymi – a strategiami przystosowania do choroby nowotworowej (test ANOVA rang Kruskala–Wallisa) (tab. 2–5).

Powyższe analizy wskazują, że istotne statystycznie różnice wystąpiły w przypadku kobiet żyjących w związku małżeńskim lub partnerskim, które częściej wybierały strategię „beznadziei – beznadziejność” ($p = 0,05$). Pacjentki lepiej oceniające swoje warunki materialne częściej preferowały strategię „pozytywne przewartościowanie” ($p = 0,02$).

Drugi etap badań obejmował ocenę poziomu własnej skuteczności u kobiet po histerektomii. Średni wynik w skali GSES wyniósł w badanej próbie 32,46 ($SD = 4,96$), co w przeliczeniu na jednostki stenowe odpowiada wartości 7. stena, uznawanej za wysoką. Świadczy to o wysokiej ocenie własnej skuteczności u badanych pacjentek.

W celu ustalenia zależności między wiekiem a poczuciem własnej skuteczności wyliczono współczynnik korelacji r Pearsona. Jego wartość była bliska zeru ($r = 0,03$), więc jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

Poniżej przedstawiono wyniki analiz związku między pozostałymi zmiennymi – wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym i warunkami materialnymi – a poziomem własnej skuteczności (test ANOVA rang Kruskala–Wallisa) (tab. 6–9).

Kobiety żyjące w związku cechują się wyższym poziomem skuteczności niż kobiety samotne ($p = 0,02$). Pozostałe zmienne demograficzne nie miały wpływu na wybór określonej strategii.

Ostatni etap badań miał na celu sprawdzenie, czy na wybór poszczególnych strategii przystosowania do choroby wpływa poziom poczucia własnej skuteczności (współczynniki korelacji r Pearsona) (tab. 10).

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują na istnienie dodatnich – przeciętnie silnych – korelacji między strategiami

individual strategies are statistically significant, a contrast analysis was performed. For that purpose, a contrast was established comparing the mean obtained on the “fighting spirit” and “positive reinterpretation” scales with the mean result obtained on the “helplessness/hopelessness” and “anxious preoccupation” scales. The difference between these contrasts turned out to be statistically significant $F(1, 36) = 190,52$; $p < 0,0001$. The women after hysterectomy adopt the “fighting spirit” and “positive reinterpretation” strategies more often than “anxious preoccupation” and “helplessness/hopelessness.”

In order to establish whether there is a relation between the score and the choice of strategy, a matrix of Pearson’s r correlation coefficients was created (Tab. 1).

None of the calculated Pearson’s r correlation coefficients reached the level of statistical significance, which shows that there is no relationship between age and individual strategies of coping with the disease.

Below you can find the results of analyses of relationships between other variables (education, place of living, marital status and economic situation) and strategies of adaptation to cancer (Kruskal–Wallis ANOVA test) (Tabs. 2–5).

The foregoing analyses indicate that statistically significant differences occurred in the case of married women and women in a non-marital relationship who more frequently adopted the “helplessness/hopelessness” strategy ($p = 0,05$). Patients who considered their economic situation as quite good more often preferred the strategy of “positive reinterpretation” ($p = 0,02$).

In the second stage of the study, the degree of self-efficacy of women after hysterectomy was assessed. In the studied sample, the mean result on the GSES scale amounted to 32.46 ($SD = 4.96$) which, after conversion into sten scores, corresponds to the 7th sten, viewed as a high score. This shows that patients believe their self-efficacy is high.

In order to establish the dependence between age and self-efficacy, the Pearson’s r correlation coefficient was calculated. Its value was close to zero ($r = 0,03$) and therefore not statistically significant ($p > 0,05$).

Below you can find the results of analyses of the relation between other variables (education, place of living, marital status and economic situation) and self-efficacy (Kruskal–Wallis ANOVA test) (Tabs. 6–9).

Rodzaj strategii Type of strategy	Wiek Age
„Zaabsorbowanie lękowe” „Anxious preoccupation”	0,06
„Duch walki” „Fighting spirit”	0,13
„Beznadziei – beznadziejność” „Helplessness/hopelessness”	–0,08
„Pozytywne przewartościowanie” „Positive reinterpretation”	0,23

Tab. 1. Wiek a strategie przystosowania do choroby
Tab. 1. Age and coping strategies

	<i>Df</i>	<i>N</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Wykształcenie <i>Education</i>	3	37	2,42	0,49
Miejsce zamieszkania <i>Place of living</i>	2	37	0,47	0,79
Stan cywilny <i>Marital status</i>	1	37	0,02	0,88
Warunki materialne <i>Economic situation</i>	2	37	2,50	0,29

Tab. 2. Strategia „zaabsorbowanie lękowe” a zmienne demograficzne

Tab. 2. “Anxious preoccupation” strategy and demographic variables

	<i>Df</i>	<i>N</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Wykształcenie <i>Education</i>	3	37	3,02	0,39
Miejsce zamieszkania <i>Place of living</i>	2	37	3,90	0,14
Stan cywilny <i>Marital status</i>	1	37	3,85	0,05*
Warunki materialne <i>Economic situation</i>	2	37	2,67	0,26

Tab. 4. Strategia „bezradność – beznadziejność” a zmienne demograficzne

Tab. 4. “Helplessness/hopelessness” and demographic variables

Wykształcenie <i>Education</i>	<i>N = 37</i> (100%)	Suma rang <i>Total of ranks</i>	Średnia ranga <i>Mean rank</i>
Podstawowe <i>Elementary education</i>	5 (13,51%)	135,5	27,1
Zawodowe <i>Vocational education</i>	6 (16,22%)	117,0	19,5
Średnie <i>Secondary education</i>	11 (29,73%)	199,0	18,1
Wyższe lub niepełne wyższe <i>Higher or incomplete higher education</i>	15 (40,54%)	251,5	16,8

$H(3, N = 37) = 3,56; p = 0,31.$

Tab. 6. Wykształcenie a poczucie własnej skuteczności

Tab. 6. Education and self-efficacy

Stan cywilny <i>Marital status</i>	<i>N = 37</i> (100%)	Suma rang <i>Total of ranks</i>	Średnia ranga <i>Mean rank</i>
Małżeństwo/związek partnerski <i>Marital/non-marital relationship</i>	27 (72,97%)	581,5	21,5
Samotna <i>Single</i>	10 (27,03%)	121,5	12,2

$H(1, N = 37) = 5,34; p = 0,02*.$

Tab. 8. Stan cywilny a poczucie własnej skuteczności

Tab. 8. Marital status and self-efficacy

	<i>Df</i>	<i>N</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Wykształcenie <i>Education</i>	3	37	6,68	0,08
Miejsce zamieszkania <i>Place of living</i>	2	37	3,17	0,20
Stan cywilny <i>Marital status</i>	1	37	1,14	0,29
Warunki materialne <i>Economic situation</i>	2	37	1,49	0,47

Tab. 3. Strategia „duch walki” a zmienne demograficzne

Tab. 3. “Fighting spirit” strategy and demographic variables

	<i>Df</i>	<i>N</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Wykształcenie <i>Education</i>	3	37	4,39	0,22
Miejsce zamieszkania <i>Place of living</i>	2	37	2,31	0,31
Stan cywilny <i>Marital status</i>	1	37	0,16	0,69
Warunki materialne <i>Economic situation</i>	2	37	8,04	0,02*

Tab. 5. Strategia „pozytywne przewartościowanie” a zmienne demograficzne

Tab. 5. “Positive reinterpretation” strategy and demographic variables

Miejsce zamieszkania <i>Place of living</i>	<i>N = 37</i> (100%)	Suma rang <i>Total of ranks</i>	Średnia ranga <i>Mean rank</i>
Wieś <i>Village</i>	10 (27,03%)	181,5	18,2
Małe miasto <i>Town</i>	10 (27,03%)	226,0	22,6
Duże miasto <i>City</i>	17 (45,94%)	295,5	17,4

$H(2, N = 37) = 1,56; p = 0,46.$

Tab. 7. Miejsce zamieszkania a poczucie własnej skuteczności

Tab. 7. Place of living and self-efficacy

Status materialny <i>Economic situation</i>	<i>N = 37</i> (100%)	Suma rang <i>Total of ranks</i>	Średnia ranga <i>Mean rank</i>
Przeciętny <i>Average</i>	6 (16,22%)	60,0	10,0
Dobry <i>Good</i>	20 (54,05%)	432,5	21,6
Bardzo dobry <i>Very good</i>	11 (29,73%)	210,5	19,1

$H(2, N = 37) = 5,37; p = 0,07.$

Tab. 9. Status materialny a poczucie własnej skuteczności

Tab. 9. Economic situation and self-efficacy

Rodzaj strategii <i>Type of strategy</i>	Poczucie własnej skuteczności <i>Self-efficacy</i>
„Zaabsorbowanie lękowe” <i>“Anxious preoccupation”</i>	-0,15
„Duch walki” <i>“Fighting spirit”</i>	0,49*
„Bezradność – beznadziejność” <i>“Helplessness/hopelessness”</i>	0,05
„Pozytywne przewartościowanie” <i>“Positive reinterpretation”</i>	0,34*
* $p < 0,05$.	

Tab. 10. Strategie przystosowania do choroby a poczucie własnej skuteczności

Tab. 10. Strategies of adaptation to disease and self-efficacy

„duch walki” i „pozytywne przewartościowanie” a poczuciem własnej skuteczności.

OMÓWIENIE

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań kobiety po histerektomii częściej wybierają konstruktywne strategie walki z chorobą („duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”) niż strategie destruktywne („zaabsorbowanie lękowe” i „bezradność – beznadziejność”). Wiek nie wykazywał korelacji z poszczególnymi strategiami. Pacjentki żyjące w związku częściej niż samotne wybierały strategię „bezradność – beznadziejność”, a te o lepszym statusie materialnym – strategię „pozytywne przewartościowanie”. Średni wynik w skali GSES wyniósł 32,46, co w przeliczeniu na jednostki stenowe odpowiada wartości 7. stena, uznawanej za wysoką. Świadczy to o wysokiej ocenie własnej skuteczności wśród badanych chorych. Kobiety z wyższym poziomem własnej skuteczności częściej wybierały strategię „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. U pacjentek żyjących w związku poziom własnej skuteczności był wyższy niż u samotnych.

MINI-MAC

W próbie normalizacyjnej kwestionariusza Mini-MAC badano 266 pacjentów z nowotworami sutka, narządu rodneg, prostaty, żołądka, jelit, trzustki i krtani. Mężczyźni przejawiali nieco większe niż kobiety nasilenie strategii destrukcyjnych, szczególnie „bezradności – beznadziejności”. Strategie „zaabsorbowanie lękowe” i „bezradność – beznadziejność” przeważały w nowotworach trzustki i żołądka, a „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie” – w nowotworach narządu rodneg i prostaty. W nowotworach hormonozależnych ogólnie dominowały strategie konstruktywne, w dietozależnych – destruktywne⁽²⁾.

W badaniach własnych wykazano, że pacjentki w większym stopniu korzystają ze strategii „pozytywne przewartościowanie” i „duch walki” niż „bezradność – beznadziejność”

Women in a relationship are characterized by higher self-efficacy than single women ($p = 0.02$). Other demographic variables had no impact on the adaptation of a specific strategy.

The purpose of the last stage of research was to verify whether the level of self-efficacy (Pearson's r correlation coefficients) has any impact on strategy adoption (Tab. 10).

The results of performed analyses indicate the existence of positive – somewhat strong – correlations between the “fighting spirit” and “positive reinterpretation” strategies and self-efficacy.

DISCUSSION

According to the results of the study, women after hysterectomy adopt constructive strategies of coping with the disease (“fighting spirit” and “positive reinterpretation”) more often than the destructive ones (“anxious preoccupation” and “helplessness/hopelessness”). No correlation between age and individual strategies was demonstrated. Women in a relationship adopted the “helplessness/hopelessness” strategy more often than single women, whilst women with better economic status showed a tendency towards the strategy of “positive reinterpretation.” The mean result on the GSES scale amounted to 32.46 which, after conversion into sten scores, corresponds to the 7th sten, viewed as a high score. This demonstrates high self-efficacy in the investigated patients. Women with higher self-efficacy more frequently adopted the “fighting spirit” and “positive reinterpretation” strategies. The degree of self-efficacy was higher in women in a relationship than in single women.

MINI-MAC

In the Mini-MAC questionnaire standardization sample, 266 patients with breast cancer, reproductive organ cancer, prostate cancer, gastric cancer, intestinal cancer, pancreatic cancer or laryngeal cancer were included. In male patients, the intensification of destructive strategies, especially “helplessness/hopelessness”, was slightly higher than in women. The coping attitudes of “anxious preoccupation” and “helplessness/hopelessness” were dominant in the case of pancreatic and gastric cancers whereas “fighting spirit” and “positive reinterpretation” prevailed in patients with cancer of reproductive organs and the prostate gland. In the case of hormone-dependent cancers, constructive strategies were predominant whilst destructive strategies dominated in the case of diet-dependent ones⁽²⁾.

The author's own studies demonstrated that patients more often apply the coping strategy of “positive reinterpretation” and “fighting spirit” than “helplessness/hopelessness” and “anxious preoccupation.” Szczepańska-Gieracha *et al.* obtained similar results: women with cancer of reproductive organs more often adopted constructive strategies⁽⁶⁾. It was also confirmed by Michałowska-Wieczorek whose studies revealed that patients with women's cancer (cancer of

i „zaabsorbowanie lękowe”. Podobne wyniki uzyskali Szczepańska-Gieracha i wsp.: kobiety z rakiem dróg rodnych częściej wybierały strategię konstruktywne⁽⁶⁾. Potwierdza to również Michałowska-Wieczorek – jej badania wykazały, iż pacjentki z nowotworami kobiecymi (narządów rodnych i piersi) częściej wybierają strategię „duch walki” (22,83%) i traktują chorobę jak osobiste wyzwanie⁽⁷⁾.

Malicka i wsp., którzy porównywali kobiety z nowotworem piersi i narządu rodowego, wskazali na znacznie częstsze korzystanie ze strategii konstruktywnych przez chore na raka piersi w stosunku do pacjentek z rakiem narządu rodowego. Współczynnik dla aktywnych strategii u kobiet z nowotworem narządu rodowego – inaczej niż w badaniach przedstawionych wyżej – okazał się bardzo niski (0,006), a współczynnik dla strategii biernych (0,141) znacznie go przewyższał⁽¹⁾.

Z kolei Kozak badała pięć grup pacjentów: z rakiem żołądka, narządu rodowego, trzustki, jelita grubego i prostaty. Strategię „pozytywne przewartościowanie” i „duch walki” były najczęściej wybierane przez badane z chorobą onkologiczną narządów kobiecych. Ponadto im bardziej pacjentki akceptowały swoją chorobę, tym większe było nasilenie strategii „duch walki”, a mniejsze – strategii destruktywnych. Największe nasilenie „zaabsorbowania lękowego” i „beznadziei – beznadziejności” przejawili mężczyźni z rakiem prostaty⁽⁸⁾.

W badaniach własnych ankietowane były zróżnicowane pod względem zmiennych socjodemograficznych. Wykazano, że uwzględnione zmienne socjodemograficzne w większości nie korelują z wyborem konkretnej strategii. Istotnie statystycznie różnice dotyczyły jedynie kobiet żyjących w związku, które wybierały strategię „beznadziei – beznadziejności” częściej niż samotne, a pacjentki lepiej oceniające swój status materialny wybierały strategię „pozytywne przewartościowanie” częściej niż te o gorszym statusie ($p < 0,05$). W strategii „duch walki” widać zależność od wykształcenia, choć nie jest ona istotna statystycznie ($p = 0,08$) – wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spada ocena na skali mierzącej poziom „ducha walki”. Wykazano brak związku między wiekiem a poszczególnymi strategiami – w przeciwieństwie do badań Kozak, w których u kobiet z nowotworem narządów rodnych starszy wiek korelował z „pozytywnym przewartościowaniem”⁽⁸⁾.

Jak piszą Kofta i Szustrowa, pacjenci podchodzący do choroby w sposób aktywny lepiej sobie z nią radzą, realistycznie odnoszą się do zaistniałej sytuacji, chcą jak najwięcej wiedzieć na temat choroby, mówią o swoich uczuciach i poszukują osób, które potrafią dostarczyć wsparcia bez wzbudzania negatywnych emocji. Taki pacjent ma zaufanie do lekarzy, jest świadom niepożądanych skutków swojego schorzenia, nie rezygnuje z dotychczasowych aktywności i ról społecznych oraz wierzy w możliwość przezwyciężenia choroby⁽⁹⁾.

GSES

Juczyński podaje, że średni wynik GSES w całej polskiej populacji wynosi 27,32, a wśród zdrowych kobiet – 27,13.

breast and reproductive organs) more frequently chose the “fighting spirit” strategy (22.83%) and treated the disease as a personal challenge⁽⁷⁾.

Malicka *et al.*, who compared women with cancer of the breast and reproductive organs, demonstrated that women with breast cancer showed greater tendency towards constructive coping styles than women with cancer of a reproductive organ. The rate of active strategies among women with cancer of a reproductive organ (unlike in the studies presented above) turned out to be very low (0.006) and was considerably exceeded by the rate of passive strategies (0.141)⁽¹⁾.

Kozak, on the other hand, studied five groups of patients: with gastric cancer, reproductive organ cancer, pancreatic cancer, colon cancer and prostate cancer. “Positive reinterpretation” and “fighting spirit” coping styles were the most prevalent among female patients diagnosed with reproductive organ cancer. Furthermore, the more the patients accepted their disease, the more frequently they adopted the “fighting spirit” coping style and the less frequently destructive strategies were used. The greatest intensification of “anxious preoccupation” and “helplessness/hopelessness” was observed in male patients with prostate cancer⁽⁸⁾.

In the author’s own research, the respondents were diversified with respect to sociodemographic variables. It was demonstrated that the majority of the sociodemographic variables taken into consideration in the research do not correlate with adaptation of specific coping styles. Statistically significant differences were observed only in the case of women in a relationship who chose the “helplessness/hopelessness” style more often than single women, whilst in women who believed their economic situation to be better, “positive reinterpretation” was observed more often than in those in a worse economic situation ($p < 0.05$). The relationship between the “fighting spirit” coping style and the level of education can be observed, although it is not statistically significant ($p = 0.08$) – the higher the education the lower score on the “fighting spirit” scale. It has been demonstrated that there is no association between age and individual strategies, unlike in Kozak’s research results where older age of women with reproductive organ cancer correlated with “positive reinterpretation”⁽⁸⁾.

According to Kofta and Szustrowa, patients showing the active attitude towards the disease cope with it better. They perceive the situation realistically, want to know as much as possible about the disease, talk about their feelings and look for the people who can offer them support without arousing negative emotions. Such patients trust doctors, are aware of undesirable effects of their condition, do not stop pursuing normal activities or playing social roles and believe that the disease can be defeated⁽⁹⁾.

GSES

According to Juczyński, the mean GSES score in the total Polish population is 27.32, whilst in healthy

Dostępne są badania nad grupami klinicznymi obejmującymi pacjentów ze stomią jelitową, chorobą niedokrwieną serca, schizofrenią, stwardnieniem rozsianym i nowotworami narządów wewnętrznych, jak również pacjentów dializowanych, diabetyków i osoby po zawale mięśnia sercowego. Wśród kobiet najwyższy wskaźnik miały chore po mastektomii (30,07) i z rozpoznaniem migreny (28,57), najniższy zaś – leczone z powodu menopauzy (26,12). W badaniach własnych średni wynik w grupie kobiet po histerektomii wyniósł 32,46. Jest to najwyższy wskaźnik spośród badanych grup klinicznych, wyższy od średniej populacyjnej o 5,14 pkt⁽²⁾.

Badania własne nie wykazały zależności poziomu poczucia własnej skuteczności od wieku pacjentki. Mariańczyk i Steuden wskazują natomiast, że kobiety po 45. roku życia wykonujące badanie cytologiczne mają większe poczucie własnej skuteczności niż kobiety młodsze, co przekłada się na częstsze wykonywanie badań profilaktycznych⁽¹⁰⁾.

Spśród innych zmiennych w analizowanym badaniu istotna statystycznie zależność wystąpiła jedynie w przypadku stanu cywilnego: pacjentki żyjące w związku uzyskiwały w skali GSES wyższe wyniki niż pacjentki samotne ($p = 0,02$). Zaobserwowano również, że chore lepiej oceniające swoją sytuację materialną osiągały wyższe wyniki, choć różnica nie była istotna statystycznie ($p = 0,07$).

Majda i Józefowska, badając pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, wykazały szereg zależności. Poczucie własnej skuteczności malało wraz z wiekiem, najwyższy wskaźnik uzyskiwały osoby z wykształceniem średnim, a najniższy – z podstawowym. Wyższe wyniki charakteryzowały mieszkańców większych miast⁽¹¹⁾. Z kolei brak związku między wykształceniem a poczuciem własnej skuteczności wykazała Gapińska w badaniach z udziałem pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej⁽¹²⁾.

GSES A MINI-MAC

W badaniach własnych sprawdzano zależność między poszczególnymi strategiami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej a poczuciem własnej skuteczności. Analiza wyników przedstawia związek między wyborem strategii konstruktywnych a poziomem samoskuteczności. Wykazano, że wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności rośnie tendencja do korzystania ze strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. Podobne wyniki uzyskała Paul-Kańska⁽¹³⁾.

Ocena tego, jaką strategię radzenia sobie z chorobą nowotworową stosują pacjenci, jest istotna w wyborze leczenia i rehabilitacji. Pacjenci onkologiczni, którzy deklarują większą wolę walki, cechują się wyższym poziomem funkcjonowania fizycznego, poznawczego, społecznego i emocjonalnego. Duże znaczenie ma też samoskuteczność – wyznacznik przekonania jednostki o radzeniu sobie w trudnych sytuacjach. Jednak dopiero w korelacji z pozytywnymi strategiami przystosowania psychicznego do choroby samoskuteczność sprzyja osiągnięciu sukcesów⁽²⁾.

women – 27.13. There are studies involving clinical populations that include patients with ileostomy, ischemic heart disease, schizophrenia, multiple sclerosis and internal organ cancers as well as dialysis patients, diabetics and patients after cardiac infarction. Among women, the highest score was observed in patients after mastectomy (30.07) and those diagnosed with migraine (28.57); the lowest score, on the other hand, was noted in women treated for menopause symptoms (26.12). In the author's own research, the mean score in women after hysterectomy was 32.46. It is the highest score among the studied clinical populations, higher than the population mean by 5.14⁽²⁾.

The author's own research did not demonstrate any relationships between patients' self-efficacy and age. Mariańczyk and Steuden prove, however, that self-efficacy of women over 45 who get Pap tests is higher than that of younger women, which translates into having preventive examinations performed more frequently⁽¹⁰⁾.

As regards other variables in the analyzed study, a statistically significant relationship was observed only with respect to marital status: patients in a relationship had higher scores on the GSES scale than single patients ($p = 0.02$). It was also observed that patients with better economic situation got higher scores, although the difference was not statistically significant ($p = 0.07$).

Majda and Józefowska, who conducted studies involving patients with chronic obstructive pulmonary disease, showed a series of correlations. Self-efficacy decreased with age and people with secondary education obtained the highest score whilst those with elementary education – the lowest one. Higher scores were observed in patients living in cities⁽¹¹⁾. Gapińska, on the other hand, in her research study of patients after ileostomy proved that there is no relation between education and self-efficacy⁽¹²⁾.

GSES VERSUS MINI-MAC

In the authors' own research, a relationship between self-efficacy and particular strategies of mental adjustment to cancer was analyzed. The analysis of the results shows a relationship between constructive strategies and the degree of self-efficacy. It was demonstrated that the higher the self-efficacy, the greater the tendency towards adapting the “fighting spirit” and “positive reinterpretation” strategies. Paul-Kańska obtained similar results⁽¹³⁾.

Establishing which strategy of coping with cancer is adopted is important for making decisions about treatment and rehabilitation. Cancer patients who declare greater willingness to fight the disease perform better on a physical, cognitive, social and emotional levels. Self-efficacy – the extent of one's belief in one's ability to deal with difficult situations – is also of great importance. However, self-efficacy facilitates success only if in combination with positive strategies of mental adjustment to disease⁽²⁾.

Payne i Haines podają, że pacjenci wybierający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą są bardziej aktywni i można w ich przypadku zakładać lepsze rokowanie niż u osób stosujących strategie uważane za nieadaptacyjne. W przebiegu choroby i leczenia należy mieć na uwadze to, że ocena jakości życia dokonywana przez pacjenta często nie jest współmierna do rzeczywistego stanu, a w miarę trwania choroby strategie mogą ulegać adaptacyjnym zmianom⁽¹⁴⁾. Część badań wskazuje na możliwość wzmocnienia poczucia własnej skuteczności dzięki odpowiednim technikom poznawczo-behavioralnym. W przypadku zdiagnozowania choroby nowotworowej u osoby z niskim poczuciem własnej skuteczności powinno się z tych technik korzystać, aby dać pacjentowi siłę do zmierzenia się z chorobą i wiarę w możliwość jej pokonania^(15,16).

WNIOSKI

1. Poczucie własnej skuteczności u kobiet po histerektomii jest większe od przeciętnego w polskiej populacji. Pacjentki te uzyskały najwyższe wyniki spośród dotychczas badanych grup klinicznych.
2. Wysokie poczucie własnej skuteczności sprzyja wyborowi konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

1. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K *et al.*: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol* 2009; 13: 41–46.
2. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
3. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B: Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1999; 5: 3–10.
4. Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215.
5. Juczyński Z: Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Folia Psychologica* 2000; 4: 11–24.
6. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J *et al.*: Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol* 2010; 14: 403–410.
7. Michałowska-Wieczorek I: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51–56.
8. Kozak G: Zróznicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anest Ratow* 2012; 6: 162–170.

Payne and Haines claim that patients who adopt constructive strategies of coping with the disease are more active and that better prognosis can be anticipated in their case than in people who adopt maladaptive coping strategies. What should be taken into account in the course of the disease and treatment is that patient's evaluation of the quality of his or her life is frequently incommensurate to the actual condition of the patient and that certain adaptation strategies may change with the progression of the disease⁽¹⁴⁾.

Some research indicates the possibility of reinforcing self-efficacy by means of appropriate cognitive-behavioral techniques. If cancer is diagnosed in a person with low self-efficacy, such techniques should be used in order to give the patient the power to face the disease and the confidence that the disease can be defeated^(15,16).

CONCLUSIONS

1. Self-efficacy in women after hysterectomy is greater than the average self-efficacy in the Polish population. These patients achieved the highest scores among the clinical populations studied so far.
2. High self-efficacy facilitates adoption of constructive strategies of coping with cancer.

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal links with other persons or organizations, which might affect negatively the content of this publication or claim authorship rights to this publication.

9. Kofta M, Szustrowa T: Złudzenia, które pozwalają żyć. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
10. Mariańczyk K, Steuden S: Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia. *Psychoonkologia* 2011; 2: 55–64.
11. Majda A, Józefowska H: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Pielęg* 2009; 17: 283–293.
12. Gapińska B: Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonięcia stomii jelitowej. *Współcz Onkol* 2008; 12: 84–89.
13. Paul-Kańska J: Choroba nowotworowa – w obliczu zagrożenia życia. *Folia Psychologica* 2007; 11: 37–45.
14. Payne S, Haines R: The contribution of psychologists to specialist palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 401–406.
15. Parent N, Fortin F: A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart Lung* 2000; 29: 389–400.
16. Guzińska K, Kupc A, Borys B: Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria* 2007; 4: 144–152.