



Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane

*Health locus of control, self-efficacy and optimism in patients
with multiple sclerosis*

MAGDALENA AGNIESZKA WRZESIŃSKA¹, KATARZYNA OPUCHLIK², JÓZEF KOCUR^{1,3}

- Z: 1. Zakładu Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi
2. Kliniki Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej USK nr 5 w Łodzi
3. Zakładu Psychopatologii i Psychologii Klinicznej UŁ

STRESZCZENIE

Cel. Celem badań była ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane.

Metoda. W badaniach uczestniczyło 42 chorych (27 kobiet oraz 15 mężczyzn) w wieku 20–56 lat (śr. 39,43) z postawionym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego. Do oceny badanych parametrów i cech wykorzystano „Wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia”, „Skalę uogólnionej własnej skuteczności” oraz „Test orientacji życiowej”.

Wyniki. Chorzy na stwardnienie rozsiane w większości uważali, że ich stan zdrowia uzależniony jest od wpływu innych osób, głównie personelu medycznego. Blisko 60% badanych charakteryzowało się wysokim nasileniem poczucia własnej skuteczności, natomiast wysoki poziom optymizmu stwierdzono u 42,8% chorych.

Wnioski. U chorych na stwardnienie rozsiane dominuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Poczucie własnej skuteczności kształtuje się u większości badanych na wysokim poziomie. Większość chorych wykazuje wysokie nasilenie optymizmu.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to evaluate health locus of control as well as self-efficacy and optimism levels in patients with multiple sclerosis.

Methods. Participants in the study were 42 patients (15 M, 27 F) aged 20–56 (mean age 39.43 years), diagnosed with multiple sclerosis (MS). The parameters and traits under study were assessed using the Multidimensional Health Locus of Control Scale, Generalized Self-Efficacy Scale, and Life Orientation Test.

Results. A majority of the MS patients shared belief that their health depends on other people, especially on medical staff. Almost 60% of the examined patients had a strong sense of self-efficacy, while 42.8% – a high optimism level.

Conclusions. External health locus of control was found to predominate among MS patients. In most cases their sense of self-efficacy was strong, and a majority manifested a high level of optimism.

Słowa kluczowe: umiejscowienie kontroli zdrowia / poczucie własnej skuteczności / optymizm / stwardnienie rozsiane

Key words: health locus of control / sense of self-efficacy / optimism / multiple sclerosis

Stwardnienie rozsiane (SM, *sclerosis multiplex*) jest postępującą chorobą demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego [1, 2, 3]. Częstość jej występowania w Europie i Stanach Zjednoczonych wynosi 40–150 przypadków na 100 000 ludności. Choroba ujawnia się zwykle w wieku 20–40 lat i dwukrotnie częściej występuje u kobiet niż mężczyzn [3, 4, 5]. Objawy stwardnienia rozsianego są zróżnicowane. Do najczęstszych symptomów należą: niedowłady piramidowe, zaburzenia czucia, zapalenia pozagałkowe nerwu wzrokowego, zaburzenia czynności zwieraczy, zawroty głowy, zespoły bólowe, zaburzenia seksualne. W tej grupie pacjentów zauważa się również problemy społeczno-psychologiczne [3, 6, 7]. Osoby te mogą wykazywać zwiększony poziom psychologicznego distresu i lęku, niską samoocenę, zaburzenia koncentracji [8, 9, 10]. U 43–72%

chorych występują deficyty funkcji poznawczych, a najbardziej upośledzone są pamięć epizodyczna, uwaga, szybkość przetwarzania informacji i fluencja słowna. Wraz z postępem choroby zaburzenia poznawcze ulegają pogłębieniu oraz wzrasta odsetek osób, które ich doświadczają [3, 7, 10].

Objawy depresyjne obserwuje się u 42–54% chorych i większość z nich wymaga leczenia farmakologicznego środkami przeciwdepresyjnymi. Badania potwierdzają, że zaburzenia depresyjne w początkowych fazach choroby mają zwykle charakter łagodny. Wykazano również, że osoby w okresie remisji doświadczają niższego poziomu zaburzeń depresyjnych niż pacjenci w okresie nawrotu. Przyjmuje się, że doświadczanie zaburzeń depresyjnych jest istotnie powiązane z wydarzeniem życiowym, jakim jest sam proces chorobowy, w tym głównie z konsekwencjami

niepełnosprawności. Niektóre doniesienia wskazują, że w przypadku chorych na stwardnienie rozsiane udział w patogenezie zaburzeń depresyjnych mogą także mieć zmiany organiczne. Stwierdzono, że depresja występuje częściej u chorych z zajęciem głównie mózgu niż u chorych z pierwotnym zajęciem rdzenia kręgowego i mózdzku [7, 11]. Ryzyko samobójstwa w tej grupie pacjentów jest 7,5-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej [3, 7].

Choroba jest zjawiskiem nienormalnym i określona jest jako wydarzenie stresowe. Ograniczenia związane z chorobą mogą być źródłem obciążeń psychicznych oraz zaburzeń w pełnieniu określonych funkcji życiowych. Stan chorobowy może powodować zmniejszenie aktywności zawodowej, rezygnację z planów życiowych, pogorszenie sytuacji materialnej, a nawet doprowadzić do rozpadu więzi rodzinnych [12]. Proces radzenia sobie z chorobą uzależniony jest kilku czynników. Należy wymienić uwarunkowania natury psychologicznej, tj. poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli czy optymizm. Poziom wymienionych cech może, obok zaburzeń depresyjnych i poznawczych, w istotny sposób wpływać na jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym, która u większości osób z tym rozpoznaniem kształtuje się na niskim poziomie [4, 9, 13]. W procesie zmagania z chorobą istotne znaczenie odgrywa również pierwotna i wtórna ocena sytuacji stresowych. Ocena pierwotna pozwala na odbiór procesu chorobowego w trzech kategoriach, tj. jako zagrożenie utraty wartościowych zasobów, zaistniała strata lub wyzwanie. Uznanie reakcji za stresową powoduje inicjację oceny wtórnej, która dotyczy możliwości podjęcia działań usuwających źródło stresu lub łagodzenie jego skutków [12].

Przekonania i oczekiwania mają wpływ na powodzenie i realizację przez jednostkę działań, a także istotnie rzutują na zdrowie psychiczne i fizyczne. Liczne badania przeprowadzone przez specjalistów różnych dziedzin dowodzą, że utrata kontroli nad otoczeniem, poczucia własnej skuteczności czy nadziei może prowadzić do depresji, osłabienia układu immunologicznego, a nawet śmierci [14, 15]. Umiejscowienie kontroli zdrowia to przekonanie jednostki na temat tego, co wpływa na stan jej zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wyraża przekonanie o dominującym wpływie czynników zewnętrznych na poziom zdrowia. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają tendencję do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania zachowań mających korzystny wpływ na proces leczenia oraz rehabilitacji [16].

O wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia mówimy wtedy, gdy u chorego dominuje przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od niego samego [17]. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli ma związek ze skuteczną adaptacją w obliczu choroby, lepszą współpracą z lekarzami czy większymi postępami w leczeniu. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia charakteryzują się większą odpowiedzialnością za proces zdrowienia i rehabilitacji, skuteczniej korzystają ze wsparcia społecznego i są bardziej skłonne do poszukiwania informacji dotyczących swoich problemów i ich rozwiązywania [15, 18, 19]. Należy również zaznaczyć, że umiejscowienie kontroli zdrowia determinuje poziom zaangażowania się w działalność prozdrowotną oraz proces leczenia i rehabilitacji [15]. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli uważają, że ich

doświadczenia są wynikiem osobistych działań oraz wykazują kontrolę nad pożądanymi i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami. Dla porównania, osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają poczucie braku wpływu na otoczenie, a własne przeżycia odbierają jako skutek działania czynników od nich niezależnych [15, 18].

Kolejną cechą decydującą o podejmowaniu działań prozdrowotnych jest poczucie własnej skuteczności [15, 17]. Definiowane jest ono jako przekonanie jednostki o możliwości osiągnięcia założonego celu w danej sytuacji [15]. Pełni ono ważną rolę w podejmowaniu działań na rzecz poprawy i umacniania zdrowia [15, 17, 20]. Osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności stawiają sobie ambitniejsze cele, silniej angażują się w zamierzone zachowanie. Osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności trudniej radzą sobie z określonymi wymaganiami otoczenia, wykazują tendencję do przeżywania silnych emocji, koncentrują się na własnych brakach. Należy również zaznaczyć, że niska samoskuteczność predysponuje do zaburzeń depresyjnych, lęku i bezzadności [21, 22, 23].

Ważnym moderatorem stresu oraz jednym z najważniejszych zasobów osobistych jednostki w dążeniu do budowania i zachowania dobrostanu psychicznego i fizycznego jest optymizm [13]. Określany jest on jako cecha dyspozycyjna, wyrażająca zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń [24]. Jak wynika z różnych badań, chorzy o optymistycznym nastawieniu w porównaniu z pesymistycznym ukierunkowaniem znacznie lepiej radzą sobie z sytuacją choroby, np. doświadczają mniej powikłań, korzystniej przebiega u nich proces terapii i rekonwalescencji [15, 17, 18]. Optymistyczne oczekiwania wobec wyników własnych działań są pozytywnym predyktorem radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą, a także czynnikiem sprzyjającym rozwiązywaniu problemów zdrowotnych oraz lepszemu przystosowaniu się do procesu chorobowego [16, 17]. Badania wykazały, że optymizm koreluje pozytywnie z poczuciem kontroli wewnętrznej, samoakceptacją, a negatywnie z depresją, poczuciem bezzadności, lękiem społecznym oraz wyobcowaniem [14]. Pozytywne oczekiwania mają również związek z lepszą jakością życia, ponieważ optymiści częściej przestrzegają zasad zdrowego stylu życia, zasiągają porad lekarskich i szybciej stosują się do zaleceń terapeutycznych [16].

CEL BADAŃ

Celem niniejszych badań była ocena zmiennych psychologicznych, takich jak umiejscowienie kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności oraz optymizm, których poziom może wpływać na proces diagnozy, leczenia oraz rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane.

BADANI PACJENCI

W badaniach uczestniczyło 42 chorych w wieku 20–56 lat (średnia: 39,43) z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym 27 kobiet (64%), leczonych w Klinice Neurologii Szpitala Klinicznego UM w Łodzi. Pacjenci chorowali na stwardnienie rozsiane najkrócej 1 rok, a najdłu-

żej 23 lata. Średni czas trwania choroby wynosił 8,95 lat (u kobiet – 9,46, a u mężczyzn – 8,03 lat). Większość badanych osób (65%) badanych pozostawała w związku małżeńskim, natomiast co czwarta osoba była stanu wolnego. Znaczna większość badanych (86%) mieszkała z rodziną, a tylko 6 osób – samotnie. Aktywnych zawodowo było zaledwie 14 osób (33,3%).

METODY

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia badawcze.

Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia (WSUKZ), służy do badania przekonań jednostki w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj. wewnętrznym (wyrażający przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od siebie samego), zewnętrznym (przekonanie, że stan własnego zdrowia jest skutkiem oddziaływania innych, głównie personelu medycznego) oraz przypadkowym (stan zdrowia uzależniony jest od przypadku lub innych czynników zewnętrznych). Polska wersja WSUKZ składa się z 18 stwierdzeń, a w każdej ze skal badany może otrzymać od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [19].

Skala uogólnionej własnej skuteczności służy do oceny stopnia przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Narzędzie składa się z 10 stwierdzeń. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności i może mieścić się w przedziale 10–40 punktów [20].

Test orientacji życiowej, służący do pomiaru optymizmu zawiera 10 stwierdzeń, a ogólny możliwy do uzyskania wynik mieści się w granicach 0–24 punktów [24].

Wykorzystane w pracy narzędzia występują w polskich wersjach językowych i służą do badania zarówno zdro-

wych, jak i chorych osób dorosłych. Zostały one poddane normalizacji, a w przypadku dwóch ostatnich testów wyniki można interpretować wg skali stenowej. W celu wykazania istotności różnic wykorzystano w pracy test t-Studenta dla prób niezależnych. Zmienne niezależne, które zostały uwzględnione w analizie statystycznej: to płeć, wiek i czas trwania choroby. Kryterium podziału na podgrupy ze względu na wiek i czas trwania choroby stanowiła mediana tych zmiennych.

WYNIKI

Analiza statystyczna wyników dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia wykazała, że chorzy na stwardnienie rozsiane najsilniej ujawniali przekonanie, że ich stan zdrowia uzależniony jest od wpływu innych ludzi, głównie personelu medycznego. Czas trwania choroby różnicuje chorych pod względem średnich wyników w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (t-Studenta = -2,78; p < 0,01). Silniejsze przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od innych osób deklarowali pacjenci chorujący krócej niż 8 lat. Nie wykazano istotnego zróżnicowania wyników ze względu na płeć i wiek badanych (tabl. 1).

Blisko 60% badanych charakteryzowało się wysokim nasileniem poczucia własnej skuteczności. Wysoki poziom tej cechy stwierdzono u blisko ¾ mężczyzn oraz ponad połowy kobiet. Wiek badanych oraz czas trwania choroby nie różnicowały badanych pod względem tej cechy (tabl. 2).

Chorzy na stwardnienie rozsiane wykazywali najczęściej (42,9%) wysoki poziom optymizmu. Nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie tej cechy – ponad połowa mężczyzn oraz blisko 40% kobiet charakteryzowało się wysokim nasileniem optymizmu. Nie stwierdzono zróżnicowania wyników ze względu na wiek oraz czas trwania choroby (tabl. 3).

Tablica 1. Zróżnicowanie średnich wyników w poszczególnych wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia z uwzględnieniem płci, wieku i czasu trwania choroby

Table 1. Mean scores on various dimensions of health locus of control by MS patients' gender, age and illness duration

Umiejscowienie kontroli zdrowia <i>Health locus of control</i>	Badane parametry <i>Parameters</i>	Ogółem <i>Total</i>	Płeć <i>Gender</i>		Wiek (lata) <i>Age (years)</i>		Lata trwania choroby <i>Illness duration (years)</i>	
			kobiety <i>females</i>	mężczyźni <i>males</i>	<40,5 r.ż.	≥40,5 r.ż.	<8 lat	≥8 lat
Ogółem <i>Total</i>	N	42	27	15	20	22	21	21
	M	23,93	23,74	24,27	25,65	22,36	23,00	24,85
	SD	7,56	7,83	7,30	5,50	8,87	7,28	7,88
Wewnętrzne <i>Internal</i>	t	–	0,21		–1,42		0,792	
	p	–	>0,05		>0,05		>0,05	
	M	24,43	23,41	26,27	25,45	23,50	25,71	23,14
Zewnętrzne, wpływ innych <i>External-influence of others</i>	SD	5,53	5,56	5,13	5,06	5,87	4,68	6,10
	t	–	1,64		–1,15		–2,78	
	p	–	>0,05		>0,05		<0,01	
	M	23,38	23,37	23,40	23,85	22,95	24,14	22,61
Zewnętrzne, przypadek <i>External-accident</i>	SD	7,31	6,05	9,40	7,52	7,25	7,53	7,17
	t	–	0,12		–0,39		–0,67	
	p	–	>0,05		>0,05		>0,05	

N – liczba badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – statystyka t-Studenta, p – poziom istotności

Tablica 2. Poczucie własnej skuteczności u chorych na stwardnienie rozsiane z uwzględnieniem płci oraz wieku i czasu trwania choroby
 Table 2. Sense of self-efficacy among MS patients by gender, age and illness duration

Zmienna niezależna Independent variable	N	Poziom własnej skuteczności Self-efficacy level				Test Studenta Student's t-test		
		M	SD	% wyników % of scores		t	p	
				niskich – low (1–4 sten)	wysokich – high (7–10 sten)			
Ogółem Total	42	29,50	4,29	11,90	59,53	–	–	
Płeć Gender	kobiety – women	29,33	4,25	14,82	51,85	37,04	0,33	>0,05
	mężczyźni – men	29,80	4,49	6,67	73,33	53,34		
Wiek (lata) Age (years)	<40,5	29,70	4,99	15,00	70,00	55,00	–0,28	>0,05
	≥40,5	29,31	3,64	9,09	50,01	31,81		
Lata trwania choroby Illness duration (years)	<8,00	29,57	4,50	9,52	66,67	38,09	–0,10	>0,05
	≥8,00	29,42	4,17	14,28	52,38	47,62		

N – liczba badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – statystyka t-Studenta, p – poziom istotności

Tablica 3. Poziom optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane z uwzględnieniem płci, wieku i czasu trwania choroby
 Table 3. Optimism level among MS patients by gender, age and illness duration

Zmienna niezależna Independent variable	N	Poziom własnej skuteczności Self-efficacy level				Test Studenta Student's t-test		
		M	SD	% wyników % of scores		t	p	
				niskich – low (1–4 sten)	wysokich – high (7–10 sten)			
Ogółem	42	15,40	3,08	23,81	42,86	–	–	
Płeć Gender	kobiety – women	27	15,22	2,83	25,92	37,04	0,51	>0,05
	mężczyźni – men	15	15,73	3,56	20,00	53,34		
Wiek (lata) Age (years)	<40,5	20	16,20	3,12	20,00	55,00	–1,62	>0,05
	≥40,5	22	14,68	2,91	27,27	31,81		
Lata trwania choroby Illness duration (years)	<8,00	21	14,80	2,93	28,57	38,09	1,26	>0,05
	≥8,00	21	16,00	3,17	19,05	47,62		

N – liczba badanych, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – statystyka t-Studenta, p – poziom istotności

OMÓWIENIE

W pracy dokonano analizy wybranych cech psychologicznych u chorych na stwardnienie rozsiane, które mogą mieć związek z procesem radzenia sobie z chorobą, tj. umiejscowienie kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności oraz optymizm [15, 16].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Juczyńskiego wykazały, że u zdrowych osób dorosłych przeważa wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, najmniejsze znaczenie przypisuje się natomiast czynnikom zewnętrznym tj. przypadkowi. Omawiane badania wykazały również, że wraz z wiekiem maleje poczucie znaczenia kontroli wewnętrznej, a wzrasta znaczenie wpływu na własne zdrowie innych osób (personel medyczny) oraz przypadku [19].

Badania przeprowadzone przez nasz zespół wykazały, że chorzy na stwardnienie rozsiane wyrażali najczęściej przekonanie, że ich stan zdrowia uzależniony jest od wpływu innych osób, w tym głównie personelu medycznego. W zakresie tej cechy nie stwierdzono istotnego zróżnicowania wyników ze względu na płeć i wiek badanych. Czas trwania choroby miał istotny wpływ w zakresie przekonania

o wpływie innych osób na stan zdrowia badanych. Badani o dłuższym czasie trwania choroby wykazywali tendencje do wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, natomiast osoby chorujące krócej – do przekonania o zewnętrznym wpływie innych na stan ich zdrowia. Na tej podstawie można przypuszczać, że pacjenci z dłuższym czasem choroby na stwardnienie rozsiane echują się lepszymi zdolnościami adaptacyjnymi. Wyniki te mogą również wskazywać na fakt, że w miarę trwania choroby osoby te chętniej podejmują działania ukierunkowane na poprawę ich stanu zdrowia oraz aktywnie angażują się w proces diagnozy, leczenia oraz rehabilitacji.

Wyniki ujawniły, że poczucie własnej skuteczności u większości chorych na stwardnienie rozsiane kształtowało się na wysokim poziomie. Skłania to do przypuszczenia, że badane osoby chętnie angażują się w proces radzenia sobie z chorobą, co może sprzyjać procesowi leczenia oraz rehabilitacji.

Kontrowersyjne wyniki uzyskano w odniesieniu do poziomu poczucia własnej skuteczności w zależności od płci. Wyniki badań własnych nie wykazały istotnych różnic w tym zakresie, pomimo że większy odsetek mężczyzn niż

kobiet wykazywał wysoki poziom tej cechy. W odróżnieniu od naszych wyników, Fraser i Polito wykazali istotne statystycznie różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie poczucia własnej skuteczności. Stwierdzono również, że kobiety w porównaniu z mężczyznami uzyskały statystycznie wyższy wynik niż mężczyźni. Zaistniałe kontrowersje mogą wynikać z różnic kulturowych lub znacznie wyższego odsetka uczestników badań, do których odniesiono wyniki badań własnych [25].

Chorzy na stwardnienie rozsiane, którzy wzięli udział w naszych badaniach charakteryzowali się najczęściej wysokim nasileniem optymizmu. Wyniki te mogą sugerować posiadaniu przez nich zasobów umożliwiających walkę z chorobą, czego dowodem jest wykazanie u większości wysokiego poziomu poczucia własnej skuteczności. Hipoteza ta wymaga jednak dalszych badań i weryfikacji.

Istnieją również dowody na to, że optymizm związany jest głównie z instrumentalnych radzeniem sobie ze stresem lub bardziej adaptacyjną reakcją skoncentrowaną na emocjach, np. akceptacja, humor [24]. Literatura przedmiotu wskazuje, że najczęściej spotykanymi dyspozycjami osobowości u chorych na stwardnienie rozsiane jest styl skoncentrowany na emocjach oraz zadaniu. Cechą charakterystyczną dla stylu skoncentrowanego na emocjach jest koncentrowanie uwagi na emocjach, opanowaniu reakcji towarzyszących stresowi oraz przejawianie tendencji do bierności. Emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem wykorzystują częściej pacjenci w początkowych fazach choroby, w przypadku nasilenia objawów, a także te osoby które charakteryzują się wysokim poziomem stresu [8, 9, 11]. Instrumentalny sposób radzenia sobie ze stresem polega na poszukiwaniu, gromadzeniu, przetwarzaniu i korzystaniu z informacji związanej ze stresującymi wydarzeniami. Omawiany styl dominuje u chorych na stwardnienie rozsiane w sytuacji remisji choroby oraz w przypadku długotrwałego doświadczania skutków choroby [8].

Podsumowując, rehabilitacja osób z SM powinna być kompleksowa i obejmować, obok aspektu medycznego, problemy psychiczne i społeczne chorych. Ogromne znaczenie przypisuje się w tym przypadku psychoterapii, która znajduje zastosowanie na każdym etapie procesu chorobowego. Umiejętne oddziaływanie psychoterapeutyczne pomaga w opanowywaniu reakcji stresowej wywołanej diagnozą, uczy pokonywać trudności w okresie zaostrzeń choroby i związanej z nią niepełnosprawności [10].

Wyniki przeprowadzonych przez nas badań mogą być przydatne przy tworzeniu programów oddziaływań psychologicznych dla chorych na stwardnienie rozsiane. Powinny one być ukierunkowywane na kształtowanie wyższego nasilenia wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia oraz zwiększenie poczucia własnej skuteczności oraz optymizmu. Wzmacnianie wymienionych czynników może w sposób korzystny wpływać na przystosowanie się do choroby oraz skutecznie zwiększać poczucie satysfakcji z życia.

WNIOSKI

1. U badanych chorych na stwardnienie rozsiane domino wało zewnętrzne umiejscowienie kontroli.

2. Poczucie własnej skuteczności u większości badanych chorych kształtowało się na wysokim poziomie.
3. Większość badanych wykazywała wysokie nasilenie optymizmu.

PIŚMIENNICTWO

1. McDonald W, Compson A, Edan G. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from international panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 2001; 50: 121–127.
2. Miller JR. Stwardnienie rozsiane. W: Kwieciński H, Kamiński A. red. *Neurologia Meritta*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner; 2004. s 775–794.
3. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Polski Przegląd Neurologiczny.* 2005; 3: 99–105.
4. Stasiołek M, Mycko M, Selmaj K. Patogeneza stwardnienia rozsianego. *Polski Przegląd Neurologiczny.* 2005; 3: 92–98.
5. Pinkston JB, Kablinger A, Alekseeva N. Multiple sclerosis and behavior. *Int Rev Neurobiol.* 2007; 79: 323–329.
6. Boissy AR, Cohen JA. Multiple sclerosis symptom management. *Expert Rev Neurother.* 2007; 7 (9): 1213–1222.
7. Berkowicz T, Selmaj K. Leczenie objawowe stwardnienia rozsianego. *Polski Przegląd Neurologiczny.* 2005, 3: 124–129.
8. Lode K, Larsen JP, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H. Patient information and coping style in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis.* 2007; 13: 792–799.
9. Baetty WW, Hames KA, Blanco CR, Williamson SJ, Wilbanks S, Olson K. Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis.* 1998; 4: 440–443.
10. Woszczak M. Postępowanie rehabilitacyjne w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny.* 2005; (1) 3: 130–133.
11. Brown RF, Tennant CG, Dunn SM, Pollard JD. A review of stress-relapse interactions in multiple sclerosis: important features and stress-mediating and -moderating variables. *Multiple Sclerosis.* 2005; 11: 477–484.
12. Strelau J. Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: WUŚ; 2000. s 88–132.
13. Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, Kristoferitsch W, Zeitlhofer J. Factor influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurol Scand.* 2004; 110 (1): 6–13.
14. Mądrycki T. Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Gdańsk: GWP; 1996.
15. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wyd. Astrum; 2000.
16. Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wyd. UE; 2003. s 49–61.
17. Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. *Zeszyty Naukowe WSHE.* 2000; 8 (13): 93–103.
18. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. UW; 1996. s 101–136.
19. Juczyński Z. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC. W: Juczyński Z. red. *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. s 79–84.

20. Schwarzer R, Jerusalem M, Juczyński Z. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. W: Juczyński Z. red. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. s 93–97.
21. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: Haszen-Niejodek I, Sęk H. red. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 1997. s 175–205.
22. Juczyński Z. Poczucie skuteczności – teoria i pomiar. Acta Universitatis Lodzensis. 2000; 4: 11–24.
23. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna. 1998; 14: 54–63.
24. Scheier MF, Carver CHS, Bridges MW. Test Orientacji Życiowej – LOT-R. W: Juczyński Z. red. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. s 60–66.
25. Fraser C, Polito SA. Comparatice study of self-efficacy in men and women with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs. 2007; 39: 102–106.

Wpłynęło: 20.03.2008. Zrecenzowano: 26.06.2008. Przyjęto: 11.08.2008.

Adres: Dr Magdalena Wrzesińska, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM, Pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel. 042-639-33-24, e-mail: magdalena.wrzesinska@poczta.onet.pl