

Karol Mausch

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Nauk o Zdrowiu
<https://orcid.org/0000-0003-3550-4703>

Ewa Ryś

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny
<https://orcid.org/0000-0002-8732-5507>

CHARAKTERYSTYKA PROFILI OSÓB CHORYCH ONKOLOGICZNIE – ANALIZA SKUPIEŃ¹

Streszczenie

Cel badań: scharakteryzowanie profili badanych osób chorych onkologicznie w zakresie wybranych cech.

Narzędzia badawcze: GHQ-28 Goldberga, PIL.

Metoda statystyczna: analiza skupień.

Badani: 159 chorych onkologicznie.

Wyniki: wyodrębniono cztery grupy chorych onkologicznie: 1. z bardzo złym subiektywnym stanem zdrowia i bardzo niskim sensem życia (12%); 2. ze złym subiektywnym stanem zdrowia i niskim sensem życia, ale z istotnie statystycznie wyższą świadomością celu i poczuciem wolności niż w grupie 1. (25%); 3. z dobrym subiektywnym zdrowiem i wysokim sensem życia oraz z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci (35%); 4. z bardzo dobrym subiektywnym stanem zdrowia i bardzo wysokim poczuciem sensu życia (28%).

¹ Artykuł opracowano na podstawie monografii K. Mausch, E. Ryś (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski, w szczególności rozdz. 3 i 4; część opracowania stanowi przedruk fragmentów ze wspomnianej książki – za zgodą Wydawnictwa Naukowego AJP.

Wnioski: natężenie poczucia sensu życia jest predyktorem oceny zaburzeń zdrowia psychicznego.

Słowa kluczowe: chory onkologicznie, zdrowie psychiczne, sens życia, analiza skupień

Characteristics of profiles of people with cancer – cluster analysis

Abstract

The aim of the research: to identify groups of oncological patients in the field of mental health conditioned by the sense of meaning of life.

Research tools: Goldberg's GHQ-28, PIL.

Statistical method: cluster analysis.

Subjects: 156 oncological patients.

Results: four groups of oncological patients were distinguished from: 1. very bad subjective condition health and low sense of life (12%); 2. bad subjective health and sense of life, but with statistically significantly higher awareness of purpose and sense of freedom than in group 1 (25%); 3. good subjective health and high meaning of life, with very high self-acceptance and a positive attitude to death (35%); 4. very good subjective state of health and very high sense of meaning in life (28%).

Conclusions: The intensity of the sense of meaning in life is a predictor of the assessment of mental health disorders.

Key words: oncological patient, mental health, meaning of life, cluster analysis

Wprowadzenie

W psychoonkologii zwraca się uwagę na potrzebę włączania problematyki duchowości do analiz i badań dotyczących jakości życia chorych na raka oraz uwzględnianie modelu biopsychospołeczno-duchowego jako istotnego dla zrozumienia sytuacji osób chorych (Holland i in. 1998; Brady i in. 1999; Whitford, Olver, Peterson 2008; Vallurupalli i in. 2012; Camargos i in. 2015; Piskozub 2010) [Mausch, Ryś 2020, s. 71–72]².

Zagadnienia egzystencjalne znajdują się w centrum zainteresowań naukowych przedstawicieli psychologii egzystencjalnej – jednym z nich był twórca logoteorii i logoterapii Viktor E. Frankl. Głównie obejmują one zagadnienia sensu życia, cierpienia, wolności, śmierci, kompetencji duchowych, zarówno w kontekście

² W nawiasach kwadratowych podano strony dotyczące przedruku.

zdrowia, jak też choroby (Frankl 1998, 2012, 2017). Frankl reprezentował następujące stanowisko. Wola sensu jest najważniejszą siłą motywacyjną, także w ciężkiej chorobie, sens cierpienia wiąże się z realizacją wartości godnego cierpienia, jest najgłębszy ze wszystkich sensów, urzeczywistnia się w postawie wobec nieuniknionego cierpienia i pogodzenia się z tą sytuacją. W sposobie znoszenia cierpienia osoba chora, afirmując cierpienie, nie tylko nadaje sens bolesnym doświadczeniom, ale też odkrywa sens własnej egzystencji w tej ekstremalnej sytuacji. Współczesne stanowisko wielu specjalistów jednoznacznie wskazuje, że wymiar duchowy ochrony zdrowia stanowi sedno psychologicznego i religijnego funkcjonowania człowieka [Mausch, Ryś 2020, s. 72].

Bez wątplenia utrata zdrowia w wyniku choroby onkologicznej oznacza radykalną zmianę sytuacji życiowej chorego we wszystkich wymiarach egzystencji, tzn. w sferach: somatycznej (ból i cierpienie fizyczne), psychologicznej (doświadczenie stresu i konieczność readaptacji), społecznej (zmiana relacji z innymi ludźmi), duchowej (konfrontacja z własną śmiercią i troskami egzystencjalnymi – wolnością, izolacją, sensem życia) oraz w doświadczaniu czasu. Warto w tym miejscu przypomnieć refleksję Elisabeth Kübler-Ross i Davida Kesslera (2014, s. 238), ekspertów w zakresie problematyki śmierci i umierania, mówiącą o tym, że „życie nie kończy się wraz z diagnozą jakiejś bardzo poważnej choroby, ale tak naprawdę się zaczyna. Zaczyna się właśnie w tym momencie, bo kiedy dociera do nas to, że możemy umrzeć, zaczynamy w pełni rozumieć, że żyjemy” [Mausch, Ryś 2020, s. 75]. Osoba chora siły do walki z chorobą odnajduje przede wszystkim we własnej sferze duchowej, czyli w tych zasobach, które poszukują „innego rozumienia życia, jego sensu, szczególnie w sytuacji cierpienia” (Carlin, Cole, Strobel 2014, s. 446 [tłum. – K.M.]), a ich jakość przekłada się m.in. na obraz własnego zdrowia psychicznego (zob. Kubacka-Jasiecka 1999; Weis i in. 2007; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska 2004; Yalom 2008; Heszen, Sęk 2007; Wilczek-Rużyczka, Zajkowska, Wojtas 2008; Ogińska-Bulik 2015; Juczyński 2016; Krok 2017; Mausch, Ryś 2019; Motyka, Jedynak 2019).

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że pomimo wzrastającej liczby badań dotyczących omawianej problematyki, nadal zbyt

mało doniesień naukowych jest opartych na wynikach badań empirycznych, które ukazują zależności między poczuciem sensu życia (uwzględniających także poszczególne komponenty tego zjawiska) a zdrowiem psychicznym u osób chorych onkologicznie.

Metodologia badań

Celem prezentowanych badań jest scharakteryzowanie profili badanych osób chorych onkologicznie w zakresie wybranych cech, do których należą³:

- subiektywny stan zdrowia i jego komponenty (symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji);
- oraz poczucie sensu życia (wynik ogólny) i jego komponenty (afirmacja życia; akceptacja siebie; świadomość celu; poczucie wolności; ocena przyszłości; postawa do śmierci).

Problem badawczy zawarto w pytaniu: jakie profile chorych onkologicznie występują przy uwzględnieniu cech: subiektywny stan zdrowia i poczucie sensu życia?

W prezentowanych badaniach zastosowano testy psychologiczne:

1. Skalę Poczucia Sensu Życia Jamesa C. Crumbaugh'a i Leonard'a T. Maholicka (*Purpose in Life Test*, PIL), która oparta jest na założeniach logoteorii Frankla i pozwala na mierzenie stopnia, w jakim człowiek ma świadomość, że jego życie posiada sens i cel. W badaniach zastosowano część A testu, która obejmuje 20 twierdzeń osadzonych na 7-punktowej skali szacunkowej. Skala PIL cechuje się wysoką rzetelnością (r -Pearsona = 0,81, r -Spearmana-Browna = 0,90) i trafnością. W części A wyodrębnia się sześć podskal, które określają komponenty sensu życia: afirmację życia (7 itemów), akceptację siebie (3 itemy), świadomość celu (3 itemy), poczucie wolności (2 itemy), ocenę przyszłości (2 itemy), postawę do śmierci (2 itemy).
2. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28, który pozwala na ustalenie dobrostanu psychicznego badanych osób i obejmuje 4 podskale (po 7 pytań): symptomy

³ Metodologię badań przedstawiono na podstawie rozdziału 3 (Mausch, Ryś 2020, s. 89–94, 96).

somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji. Narzędzie charakteryzuje się rzetelnym poziomem pomiaru i wysoką trafnością.

3. Ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby, trybu leczenia.

Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie leczonych w trybie szpitalnym (69%) i ambulatoryjnym (31%). Wśród badanych 70% stanowiły kobiety, 30% mężczyźni. Respondenci to osoby w wieku 21–79 lat, z czego 61% stanowią osoby w wieku 46–65 lat, 20% chorzy w wieku powyżej 65 lat, 15% badani w wieku 31–45 lat i 4% osoby poniżej 31 lat. Najwięcej badanych – 85%, to osoby zamężne/żonaci, 6% zazaczyło odpowiedź „panna/kawaler”, 5% „wdowa/wdowiec” i 4% „rozwódka/rozwodnik”. Wśród badanych dominują osoby ze średnim wykształceniem – 45%, następnie z wykształceniem wyższym – 27%, zasadniczym zawodowym 20% i podstawowym – 8%. Respondenci to osoby, które chorują od 4 do 6 miesięcy – 26%, do 3 miesięcy – 25%, dłużej niż 5 lat – 24%, od roku do 5 lat – 10%.

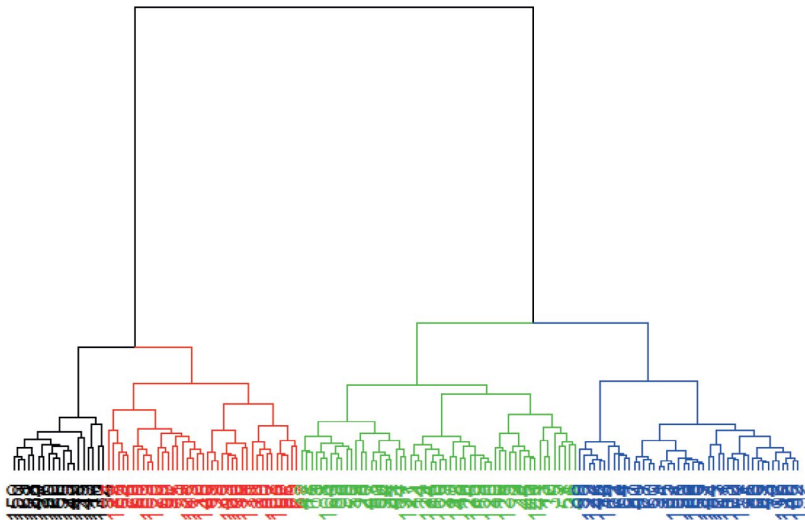
Do obliczeń statystycznych zastosowano metodę analizy skupień, wykonaną metodą hierarchiczną (*agglomerative hierarchical clustering*, AHC) jako najbardziej uniwersalną, odporną na tzw. obserwacje odstające oraz niewymagającą *a priori* ustalenia liczby poszukiwanych skupień. Inne powszechnie stosowane metody, jak metoda k-średnich czy metoda grupowania wokół medoidów (*Partitioning Around Medoids*, PAM) nie mają tych pożądanych cech. Zastosowano standardowe parametry tej metody, tj. odległość euklidesową i połączenie Warda. Przed analizą wystandaryzowano brane pod uwagę zmienne, tak aby każda z nich miała taką samą wagę w procesie wyszukiwania skupień. Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Porównanie grup wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wykrycia istotnych statystycznie różnic wykonywano analizę *post-hoc* testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. W analizie przyjęto poziom istotności na poziomie 0,05, tzn. że wszystkie wartości *p* poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.5.0 (2022).

W omawianych badaniach subiektywny stan zdrowia rozumiany jest za Goldbergiem, jako ocena stanu zdrowia psychicznego, która uwzględnia nasilenie dolegliwości w czterech wymiarach obejmujących (Williams, Goldberg, Makowska 2001):

- symptomy somatyczne;
- niepokój, bezsenność;
- zaburzenia funkcjonowania;
- symptomy depresji.

Przyjęto, że sens życia to sposób przeżywania egzystencji związany z całożyciowym poszukiwaniem i realizacją życiowego powołania (misji), celu i zadania (sensu). Wyodrębniono sześć komponentów poczucia sensu życia:

- afirmację życia;
- akceptację siebie;
- świadomość celu;
- poczucie wolności;
- ocenę przyszłości;
- postawę do śmierci.



Rysunek 1. Skupienia osób chorych onkologicznie ze względu na wyniki analizowanych zmiennych

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 141).

Wyniki⁴

Analiza skupień sugeruje podział badanych na 4 klastry – skupienia (rysunek 1):

- klaster 1 (na rysunku zaznaczony jako czarny);
- klaster 2 (na rysunku zaznaczony jako czerwony);
- klaster 3 (na rysunku zaznaczony jako zielony);
- klaster 4 (na rysunku zaznaczony jako niebieski).

Zastosowanie testów *post-hoc* wyłoniło ogólny obraz:

- grupa 1 – osoby o najniższym potencjale zdrowia psychicznego (najwyższe wyniki GHQ-28) i o najniższym poziomie poczucia sensu życia (najniższe wyniki PIL);
- grupa 2 – osoby o nieco wyższym potencjale zdrowia psychicznego (mniej dolegliwości niż w grupie 1) i o nieco wyższym poziomie poczucia sensu życia (niskie wyniki w PIL);
- grupa 3 – osoby o dobrym potencjale zdrowia psychicznego i wysokim poziomie poczucia sensu życia (wysokie wyniki w PIL);
- grupa 4 – osoby o bardzo wysokim potencjale zdrowia psychicznego (najniższe wyniki w GHQ 28) i o bardzo wysokim poziomie sensu życia (bardzo wysokie wyniki w PIL).

Charakterystyki osób wchodzących do wyodrębnionych skupień:

Skupienie 1

Osoby chore onkologicznie o bardzo niskim potencjale subiektywnego stanu zdrowia (bardzo wysoki wskaźnik dolegliwości we wszystkich badanych wymiarach) i skrajnie niskim poczuciu sensu życia

Osoby wchodzące w skład skupienia 1 (12%) charakteryzują się subiektywnymi ocenami zdrowia psychicznego sugerującymi znaczące nasilenie:

- 1) różnorodnych dolegliwości somatycznych (oceny własnego samopoczucia jako znacznie gorszego niż zwykle; przekonanie o potrzebie podreperowania swojego zdrowia oraz poczuciu silnego wyczerpania i osłabienia; silne poczucie bycia chorym, odczuwanie: bólów głowy, ucisku w głowie, naprzemiennie zimna i gorąca);

⁴ Prezentowane wyniki zostały opracowane na podstawie danych przedstawionych w monografii (Mausch, Ryś 2020, s. 140–143).

- 2) zaburzeń związanych z niepokojem i bezsennością (zamartwianie się; po przebudzeniu trudności z ponownym zaśnięciem; stałe poczucie przemęczenia, rozdrażnienia i złości; wpadanie w popłoch i panikę bez wyraźnego powodu; poczucie przytłoczenia nadmiarem spraw; permanentne zdenerwowanie i napięcie);
- 3) zaburzeń funkcjonowania (gorsze radzenie sobie ze wszystkimi zajęciami; wolniejsze niż zwykle wykonywanie różnych czynności; przekonanie, że na ogół podejmowane czynności wykonywane są znacznie gorzej niż zwykle; znacząca utrata zadowolenia ze sposobu wykonywania swoich zadań; przekonanie, że podejmowane działania są znacznie mniej pożyteczne niż zwykle; znaczny spadek zdolności do podejmowania decyzji; znaczny spadek cieszenia się swoimi zwykłymi zajęciami);
- 4) zaburzeń depresyjnych (poczucie bezwartościowości; przekonanie o beznadziejności życia stanowisko, że nie warto żyć; myślenie o możliwości odebrania sobie życia, myśli samobójcze; przekonanie o braku umiejętności robienia czegokolwiek z powodu złego stanu nerwów; pragnienie śmierci i bycia z dala od wszystkiego; ciągle myśli o odebraniu sobie życia);
- 5) zaburzeń ogólnego zdrowia psychicznego;
oraz skrajnie niskim poziomem poczucia sensu życia:
 - o bardzo niskiej świadomości celu (najniższe wyniki);
 - o bardzo niskim poczuciu wolności (najniższe wyniki).

Skupienie 2

Osoby chore onkologicznie o niskim potencjale subiektywnego stanu zdrowia (wysoki wskaźnik dolegliwości) i niskim poczuciu sensu życia, ale ze świadomością celu i poczuciem wolności wyższym niż u osób w skupieniu 1

Osoby wchodzące w skład skupienia 2 (25%) charakteryzują się odczuwaniem zaburzeń zdrowia psychicznego oraz dolegliwości w każdym jego wymiarze (charakterystyka jak wyżej), w sposób zbliżony do chorych ze skupienia 1 (nie stwierdzono występowania istotnych różnic statystycznych w stosunku do osób ze skupienia 1), jednak dolegliwości tych jest mniej, a także charakteryzują się niskim poziomem poczucia sensu życia:

- o zbliżonym odczuwaniu afirmacji życia, akceptacji siebie, ocenie przyszłości i stosunku do śmierci, jak osoby ze skupienia 1;
- o istotnie statystycznie wyższej świadomości celu oraz poczuciu wolności niż u osób ze skupienia 1.

Skupienie 3

Osoby chore onkologicznie o dobrym potencjale subiektywnego stanu zdrowia i wysokim poczuciu sensu życia z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci

Osoby wchodzące w skład skupienia 3 (35%) to najstarsi badani, istotnie statystycznie starsi niż osoby z grupy 1 i 4, które charakteryzują się:

- średnią liczbą dolegliwości zdrowia psychicznego (różnią się w sposób istotny statystycznie od pozostałych trzech grup); osoby w skupieniu 3 mają:
 - a) mniej dolegliwości we wszystkich wymiarach zdrowia w porównaniu z osobami ze skupienia 1 i 2;
 - b) więcej dolegliwości, w porównaniu z badanymi ze skupienia 4, w trzech wymiarach zdrowia psychicznego, dotyczących zaburzeń somatycznych, niepokoju i bezsenności oraz zaburzeń funkcjonowania, natomiast odczuwają stosunkowo niski poziom zaburzeń depresyjnych (nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w tym zakresie w porównaniu z osobami ze skupienia 4);
- wysokim poziomem poczuciu sensu życia; osoby te różnią się w sposób istotny statystycznie od pozostałych trzech grup; ponadto charakteryzują się bardzo wysokim poziomem akceptacji siebie i pozytywną postawą do śmierci – te cechy są podobne jak u badanych ze skupienia 4 (brak istotnych statystycznie różnic).

Skupienie 4

Osoby chore onkologicznie o bardzo wysokim potencjale subiektywnego zdrowia i bardzo niskim nasileniu dolegliwości psychosomatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania i depresji oraz o bardzo wysokim poziomie poczucia sensu życia

Osoby wchodzące w skład skupienia 4 (28%) charakteryzują się:

- zdecydowanie niską liczbą dolegliwości w zakresie zdrowia psychicznego; występuje u nich śladowy wskaźnik dolegliwości

- depresyjnych, niepokoju i bezsenności oraz funkcjonowania, nieznacznie więcej zaburzeń somatycznych (wszystkie wyniki na poziomie bardzo niskim);
- bardzo wysokim poziomem poczucia sensu życia; osoby w skupieniu 4, w porównaniu z osobami ze skupienia 3, mają istotnie statystycznie wyższe natężenie: afirmacji życia, świadomości celu, pozytywnej oceny przyszłości i poczucia wolności.

Analiza skupień ukazała, że:

- 1) grupy o najniższych zasobach zdrowia psychicznego (1 i 2) są do siebie podobne, różnią się w sposób istotny statystycznie od grup o dobrych i bardzo dobrych zasobach subiektywnym stanu zdrowia (3 i 4) w zakresie: symptomów somatycznych, niepokoju, bezsenności, zaburzeń funkcjonowania, dolegliwości depresyjnych oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego;
- 2) grupy o wyższych zasobach zdrowia psychicznego (3 i 4) różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie w zakresie nasilenia dolegliwości somatycznych, niepokoju, bezsenności i zaburzeń funkcjonowania (w grupie 3 występuje ich więcej) oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego, natomiast są podobne w zakresie odczuwania dolegliwości depresji (brak istotnych różnic statystycznych), a ponadto grupa o średnich zasobach zdrowia psychicznego (3) ma wysokie, jednak istotnie statystycznie niższe poczucie sensu życia niż grupa o bardzo wysokich zasobach zdrowia psychicznego, afirmację życia, świadomość celu, ocenę przyszłości i poczucie wolności; w zakresie akceptacji siebie i postawy do śmierci badani z tych grupą (3 i 4) są do siebie podobni (brak różnic istotnych statystycznie);
- 3) wszystkie grupy badanych różnią się w sposób istotny statystycznie między sobą w zakresie świadomości celu i poczucia wolności ($4 > 3 > 2 > 1$).

Omówienie wyników

Rezultaty badań uzyskane w wyniku zastosowania metody analizy skupień potwierdzają empirycznie duże zróżnicowanie profili zdrowia psychicznego osób chorych onkologicznie. Analiza wyników

pokazuje, że osoby o dobrym i bardzo dobrym potencjale zdrowia mają wysokie i bardzo wysokie poczucie sensu życia, natomiast osoby o niskich zasobach zdrowia psychicznego charakteryzują się niskim natężeniem sensu życia. Anja Mahnert, Katharina Braack i Sigrun Vehling (2011) podają, że u 44% pacjentów z poważnymi chorobami ujawniają się egzystencjalne i duchowe obciążenia.

Adaptacja do choroby nowotworowej wymaga skonfrontowania się z samym sobą, ze swoimi emocjami, potrzebami, celami i planami życiowymi, wprowadzenia zmian w zachowaniach. Poradzenie sobie z odpowiedzią na pytanie dotyczące własnej tożsamości w chorobie oraz sensu i celu życia wymaga refleksji nad doświadczanymi emocjami, które w pierwszych etapach zmagania się z chorobą na ogół mają nieadaptacyjny charakter (strach, lęk, żal, poczucie krzywdy, winy, wstydu, bezradności, bezsilności). Lęk i cierpienie często prowadzą do obniżenia samooceny, dezintegracji tożsamości, załamania sfery dążeniowej (utrata celów i wartości), dlatego dla pozytywnej adaptacji niezbędna jest akceptacja siebie w tej nowej sytuacji. Z punktu widzenia logoteorii i psychologii egzystencjalnej akceptacja siebie jest jednym z podstawowych aspektów związanych z odkrywaniem sensu życia oraz pozytywną subiektywną oceną stanu zdrowia [Mausch, Ryś 2020, s. 76]. Utracie akceptacji siebie towarzyszy poczucie utraty kontroli nad własną egzystencją. Uzyskane wyniki potwierdzają empirycznie to stanowisko (osoby o wysokim natężeniu akceptacji siebie w grupach 3 i 4; co więcej osoby z tych grup mają bardzo wysokie i wysokie poczucie wolności). Ponadto wyniki te są zbieżne z ustaleniami Anny Kaczmarskiej i Heleny Wrony-Polańskiej (2016) ukazującymi silne związki poczucia koherencji z wysokim subiektywnym stanem zdrowia. Jak podaje Irvin D. Yalom (2008, s. 213), wyniki badań wskazują, że „lęk przed śmiercią jest odwrotnie proporcjonalny do satysfakcji z życia”, tzn. im bardziej negatywna postawa do śmierci, tym większe cierpienie, zbyt wysoki lęk przed śmiercią może ograniczać afirmację siebie i akceptację własnej sytuacji.

Diagnoza raka wiąże się ze zmianą odczuwania czasu przez chorego: „Odczucia dotyczące czasu stają się bardzo intensywne”, chorzy „zaczynają się nagle bać, że mają go za mało”, odkrywają, że ich czas jest ograniczony (Kübler-Ross, Kessler 2014, s. 133) [Mausch, Ryś 2020, s. 76].

Perspektywa postrzegania czasu w psychologii rozumiana jest jako proces służący do porządkowania osobistego doświadczenia z uwzględnieniem czasowych kategorii (Zimbardo, Boyd 2012). Psychologiczny czas w głęboki sposób oddziałuje na życie człowieka. Według Phila Zimbardo i Johna Boyd'a umiarkowane (zrównoważone) nastawienie do przeszłości, terażniejszości i przyszłości jest oznaką zdrowia psychicznego. Zdaniem przywołanych autorów pytania dotyczące czasu są w rzeczywistości pytaniami o sens życia. Przywołane przez nich wyniki badań wskazują, że lęk, depresja i złość korespondują z negatywnym postrzeganiem przeszłości i terażniejszym fatalizmem. Pacjenci pracujący nad własnym negatywnym postrzeganiem przeszłości i terażniejszości oraz przyjmujący szerszą perspektywę przyszłości lepiej radzą sobie z sytuacją zdrowotną (Zimbardo, Boyd 2012, s. 249; por. Gulla, Tucholska 2019) [Mausch, Ryś 2020, s. 76–77].

Badacze zajmujący się sensem życia kładą nacisk na znaczenie perspektywy przyszłości dla zdrowia psychicznego (Frankl 2017; Yalom 2008; Längle 2004). Perspektywa ta silnie wiąże się ze sferą motywacji egzystencjalnej i akcentuje kwestie wartości, ideałów, celów, dążeń, planów, pragnień, które uruchamiają wewnętrzną motywację osoby, pozwalają zachować poczucie autonomii i kierowania swoim życiem jako mającym indywidualne znaczenie. Wyniki badań empirycznych wskazują na związek między perspektywą czasową a przystosowaniem do choroby nowotworowej. Ustalono, że fatalistyczne postrzeganie terażniejszości silnie zwiększa występowanie nieadaptacyjnych zachowań (Zawadzka, Byrczek, Zawadzka 2014). Inne wyniki wskazują, że osoby reprezentujące pozytywne postrzeganie przeszłości i hedonistyczne postrzeganie terażniejszości w sposób istotny statystycznie częściej stosują strategię ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Natomiast chorzy reprezentujący negatywną perspektywę przeszłości i fatalistyczne interpretowanie terażniejszości, w sposób istotny statystycznie częściej reprezentują strategię zaabsorbowania lękowego, beznadziei, beznadziei i pozytywnego przewartościowania (Furmańska i in. 2019). Z kolei pacjenci o pozytywnej przyszłościowej perspektywie temporalnej w sposób istotny statystycznie rzadziej korzystają ze strategii beznadziei-beznadziei. W tym kontekście

warto zwrócić uwagę na obserwację Stephanie Simonton i in., mówiącą o tym, że w swoich ocenach jakości życia osoby chore na raka mają tendencję do oceniania siebie poprzez porównywanie swojej aktualnej sytuacji do wyidealizowanej przez siebie sytuacji sprzed choroby, podczas gdy osoby zdrowe porównują się do pożądanej sytuacji w przyszłości (Kalembrik, Juczyński 2001, s. 74). Sytuacja taka może powodować kształtowanie orientacji temporalnej, która zawęży myślenie o przyszłości, co w konsekwencji może prowadzić do utraty poczucia wpływu, kontroli sprawstwa i nadziei [Mausch, Ryś 2020, s. 77]. Można przyjąć, że wyniki badań własnych prezentowanych w tym tekście potwierdzają powyższe ustalenia. Biorąc pod uwagę ograniczenia związane z zastosowanym narzędziem, zalecane byłoby prowadzenie kolejnych projektów badawczych w tym zakresie, aby uchwycić oceny przyszłości chorych onkologicznie, uwzględniające aktualne założenia logoteorii.

Z perspektywą przyszłości związana jest świadomość celu (celów) życia. Analizy przedstawione przez Michaela J. MacKanziego i Roya F. Baumeistera (2014) wskazują, że niskie poczucie sensu życia (pustka egzystencjalna) wiąże się m.in. z brakiem celu życiowego (brak powiązania teraźniejszości z projektowaniem przyszłości) czy z utratą poczucia kontroli nad swoim życiem. Wyniki badań Dariusza Kroka (2017) sugerują, że sens życia, w kontekście celów i wartości, jest istotnym predyktorem dobrostanu eudajmonistycznego u osób chorych onkologicznie. David Kissane podaje, że demoralizacja, jako stan dysforyczny występujący m.in. u osób z chorobami nowotworowymi, wynika z utraty sensu i celu życia (Mehnert, Braack, Vehling 2011, s. 394). W tym kontekście wyniki badań potwierdzają sugerowaną tendencję związków między celem życia a subiektywnym stanem zdrowia osób chorych onkologicznie.

Podsumowanie

1. Profile zdrowia psychicznego osób chorych onkologicznie w kontekście sensu życia są bardzo zróżnicowane, choć można wskazać cztery odrębne, różniące się między sobą grupy; najczęściej występująca grupa to badani o dobrym potencjale subiektywnego

- stanu zdrowia i wysokim poczuciu sensu życia, z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci (35%).
2. Wzrostowi poczucia sensu życia towarzyszy spadek zaburzeń zdrowia psychicznego.
 3. Wszystkie wyodrębnione skupienia różnią się w sposób istotnie statystycznie w zakresie świadomości celu i poczucia wolności.
 4. Wskazane jest uwzględnianie w procesie leczenia czynników związanych z sytuacją egzystencjalną pacjentów oraz wzmacnianie duchowych sił, jako chroniących subiektywne dobre oceny zdrowia.

Bibliografia

- Brady M.J., Peterman A.H., Fitchett G., Mo M., Cella D. (1999), *A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology*, „Psychooncology”, vol. 8, issue 5, s. 417–428.
- Camargos M.G. de, Paiva C.E., Barroso E.M., Carneseca E.C., Paiva B.S. (2015), *Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity: A Cross-Sectional Study*, „Medicine”, vol. 94, issue 47, e2145.
- Carlin N., Cole T., Strobel H. (2014), *Guidance from the humanities for professional formation*, [w:] *Oxford textbook of Spirituality in Healthcare*, eds. M.R. Cobb, Ch.M. Puchalski, B. Rumbold, Oxford, s. 443–449.
- Frankl V.E. (1998), *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, Z.J. Jaroszewski, wyd. 4, Warszawa.
- Frankl V.E. (2012), *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, przedm. C. Hammond, posł. A. Batthyány, tłum. A. Wolnicka, Warszawa.
- Frankl V.E. (2017), *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, tłum. R. Skrzypczak, wyd. rozszerzone o *Dziesięć tez na temat osoby*, Warszawa.
- Furmańska J., Ligocka M., Milik A., Kołodziejska A., Rzepa T. (2019), *Postrzeganie czasu i jego znaczenie w procesie adaptacji do choroby nowotworowej*, „Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal”, t. 25, nr 1, s. 95–99.
- Gulla B., Tucholska K. (2019), *Psychologia czasu w kontekście zdrowia i choroby*, Kraków.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

- Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E. (2004), *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 47, nr 1, s. 15–31.
- Holland J.C., Kash K.M., Passik S., Gronert M.K., Sison A., Lederberg M., Russak S.M., Baider L., Fox B. (1998), *A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness*, „Psychooncology”, vol. 7, issue 6, s. 460–469.
- Juczyński Z. (2016), *Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia*, „Sztuka Leczenia”, nr 1, s. 19–29.
- Kaczmarek A., Wrona-Polańska H. (2016), *Zasoby podmiotowe jako wyznaczniki zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę*, „Psychiatria”, t. 13, nr 2, s. 55–62.
- Kalembrik A., Juczyński Z. (2001), *Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica”, nr 5, s. 71–82.
- Krok D. (2017), *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Opole.
- Kubacka-Jasiecka D. (1999), *Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 42, nr 4, s. 57–68.
- Kübler-Ross E., Kessler D. (2014), *Lekcje życia. Specjaliści od śmierci i umierania zdradzają tajemnice życia*, Poznań.
- Längle A. (2004), *Cierpienie – wyzwanie egzystencjalne. Rozumienie, postępowanie i radzenie sobie z cierpieniem w perspektywie analizy egzystencjalnej*, tłum. A. Jankowiak, [w:] *Wobec cierpienia. Konferencja Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich „Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia”*, Konstancin 21–23 marca 2003 roku, red. R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon, Płock, s. 219–236.
- MacKanzie M.J., Baumeister R.F. (2014), *Meaning in Life: Nature, Needs, and Myths*, [w:] *Meaning in Possitiv and Existential Psychology*, eds. A. Batthyany, P. Russo-Netzer, New York, s. 25–37.
- Mehnert A., Braack K., Vehling S. (2011), *Sinnorientierte Interventionen in der Psychoonkologie*, „Psychotherapeut”, vol. 56, issue 5, s. 394–399.
- Mausch K., Ryś E. (2019), *Duchowość a zdrowie*, Gorzów Wielkopolski.
- Mausch K., Ryś E. (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski.
- Motyka M., Jedynek W. (2019), *Egzystencjalna rola choroby*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, t. 62, nr 3, s. 55–74.

- Ogińska-Bulik N. (2015), *Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi*, „Psychoonkologia”, nr 3, s. 88–96.
- Piskozub M. (2010), *Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym*, „Psychoonkologia”, nr 1, s. 1–13.
- R Core Team (2022), *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, <https://www.R-project.org> [dostęp: 15.07. 2018].
- Vallurupalli M., Lauderdale K., Balboni M.J., Phelps A.C., Block S.D., Ng A.K., Kachnic L.A., VanderWeele T.J., Balboni T.A. (2012), *The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy*, „Journal of Supportive Oncology”, vol. 10, issue 2, s. 81–87.
- Weis J., Schumacher A., Blettner G., Determann M., Reinert E., Ruffer J.U., Werner A., Weyland P. (2007), *Psychoonkologie: Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin*, „Der Onkologe”, vol. 13, issue 2, s. 185–194.
- Whitford H.S., Olver I.N., Peterson M.J. (2008), *Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology*, „Psychoonkology”, vol. 17, issue 11, s. 1121–1128.
- Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K. (2008), *Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, „Psychoterapia”, nr 1(144), s. 79–89.
- Williams P., Goldberg D., Makowska Z. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie kwestionariusza Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, tłum. D. Merez, Łódź.
- Yalom I.D. (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Warszawa.
- Zawadzka B., Byrczek M., Zawadzka S. (2014), *Perspektywa temporalna i inne czynniki psychologiczne utrudniające adaptację do wymogów leczenia u chorych przewlekle dializowanych*, „Psychiatria Polska”, t. 48, nr 5, s. 961–974.
- Zimbardo P., Boyd J. (2012), *Paradoks czasu*, tłum. A. Cybulko, M. Zieliński, red. nauk. M. Materska, wyd. 2 zm., Warszawa.