

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>

SENS ŻYCIA A ZDROWIE PSYCHICZNE OSÓB CHORYCH ONKOLOGICZNIE – WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH¹

Streszczenie

W wielu modelach zdrowia przyjmuje się występowanie związków między szeroko rozumianą sferą duchową a faktycznym i subiektywnym stanem zdrowia. Potwierdzają to liczne badania naukowe, gdzie wskazuje się m.in. na silne znaczenie poczucia sensu życia w doświadczaniu zdrowia. W prezentowanej pracy przyjęto statyczne rozumienie sensu życia, jako stanu wyrażającego się poziomami natężenia tej cechy. Na podstawie analizy literatury uznano, że poziom sensu życia współwarunkuje subiektywne oceny zdrowia także w chorobie onkologicznej. Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie. W procedurze zastosowano następujące testy psychologiczne: Skalę Poczucia Sensu Życia Crumbaugha i Maholicka (PIL), Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28

¹ Opracowanie stanowi przedruk fragmentów z książki: 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 – za zgodą Wydawnictwa Naukowego AJP.

oraz ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby i trybu leczenia. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły w całości lub częściowo wszystkie hipotezy. Model regresji liniowej pokazuje, że niezależnymi predyktorami ogólnego subiektywnego stanu zdrowia są akceptacja siebie i ocena przyszłości.

Słowa kluczowe: choroby onkologiczne, poczucie sensu życia, zdrowie

Meaning of life and mental health in oncological patients – results of empirical research

Abstract

Many models of health assume the existence of relationships between the broadly understood spiritual sphere and the actual and subjective state of health. This is confirmed by numerous scientific research results, which indicate, among others, to the strong importance of the sense of meaning in life in people's experience of health. In the presented work, a static understanding was adopted meaning of life, as a state expressed by levels of intensity of this feature. Based on the analysis of the literature, it was recognized that the level of the meaning of life co-determines the subjective assessment of health also in oncological disease. Empirical research was conducted among 159 oncological patients. The following psychological tests were used in the procedure: Crumbaugh and Maholick Purpose in Life Test (PIL), General Health Questionnaire David Goldberg GHQ-28 and a questionnaire containing questions on sociodemographic characteristics, duration of the disease, treatment mode. The obtained results of own research fully or partially confirmed all the hypotheses. The linear regression model shows that independent predictors of overall subjective health are: self-acceptance and assessment of the future.

Key words: oncological diseases, meaning of life, health

Wprowadzenie

Teoretyczne podstawy prezentowanych badań oparte są na egzystencjalnym paradygmacie rozumienia zdrowia nawiązującym do logoteorii Viktora E. Frankla (2010, 2017), analizy egzystencjalnej Alfreda Längle (2016; Längle, Bürgi 2016; Längle, Orgler, Kundl 2003), psychoterapii egzystencjalnej Irvina Yalom (2008, 2010, 2018) oraz noopsychosomatycznego modelu zdrowia Kazimierza Popielskiego (1999). Zdrowie, w tym ujęciu rozumiane jako subiektywny stan, jest indywidualną oceną występowania dolegliwości

psychosomatycznych dających obrazy doświadczania dystresu psychicznego w normie albo w zakresie podwyższonym [Mausch, Ryś 2020, s. 87]².

W wielu modelach zdrowia przyjmuje się występowanie związków szeroko rozumianej sfery duchowej z faktycznym i subiektywnym stanem zdrowia. Potwierdzają to liczne rezultaty badań naukowych, gdzie wskazuje się m.in. na silne znaczenie poczucia sensu życia w doświadczaniu zdrowia przez ludzi. W prezentowanej pracy przyjęto statyczne rozumienie sensu życia, jako stanu wyrażającego się poziomami natężenia tej cechy. Uznano, w oparciu o analizę literatury przedmiotu (...), że poziom sensu życia współwarunkuje subiektywne oceny zdrowia także w chorobie onkologicznej. Za Franklem uznano, że egzystujący człowiek, również w chorobie i cierpieniu, dąży do odkrycia sensu i celu własnego życia. Tym, co najważniejsze dla osoby poważnie chorej, jest życie z sensem. Pozytywny obraz zdrowia psychicznego związany jest z obecnością poczucia sensu życia, natomiast spadkowi poczucia sensu życia towarzyszy wzrost dolegliwości we wszystkich aspektach zdrowia psychicznego. Przyjęto stanowisko, że siła ludzkiego ducha, wyrażająca się w natężeniu poczucia sensu życia, u osób z chorobą nowotworową ujawnia się w pozytywnym doświadczaniu jakości własnego zdrowia [Mausch, Ryś 2020, s. 87].

Metodologia badań własnych

Przedmiotem badań w prezentowanej pracy uczyniono relacje zachodzące między poczuciem sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci) a subiektywnym stanem zdrowia (dolegliwości somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji). W modelu badawczym przyjęto, że subiektywne poczucie zdrowia w istotny statystycznie sposób współwarunkowane jest przez poczucie sensu życia (...), cechy socjodemograficzne oraz czynniki związane z chorobą onkologiczną: 1) czas trwania choroby i 2) tryb leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 87–88].

² W nawiasach kwadratowych podano strony dotyczące przedruku.

Zmienną zależną uczyniono subiektywny stan zdrowia, rozumiany jako stan zdrowia psychicznego (dolegliwości somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji), natomiast zmiennymi niezależnymi: a) poczucie sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci), b) cechy socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiarę) oraz czynniki związane z chorobą nowotworową (czas choroby, tryb leczenia) [Mausch, Ryś 2020, s. 88].

Cele, problemy i hipotezy badawcze

Za główny cel badań wyznaczono weryfikację założonego modelu badawczego w oparciu o empiryczną analizę relacji zachodzących między: 1) poczuciem sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci) a zdrowiem, 2) cechami socjodemograficznymi (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiarę) a zdrowiem, c) czasem choroby a zdrowiem, d) trybem leczenia a zdrowiem, oraz określenie siły związków występujących między zmiennymi.

W pracy postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jakie poziomy poczucia sensu życia reprezentują badani?
2. Jaka jest struktura poczucia sensu życia u badanych?
3. Jakie relacje występują między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarę) a poczuciem sensu życia badanych?
4. Jakie relacje występują między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarę) a strukturą sensu życia badanych?
5. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a poczuciem sensu życia badanych?
6. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a strukturą sensu życia badanych?
7. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a poczuciem sensu życia badanych?
8. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a strukturą sensu życia badanych?

9. Jakie poziomy dystresu reprezentują badani?
10. Jaka jest struktura subiektywnego stanu zdrowia u badanych?
11. Jakie relacje zachodzą między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
12. Jakie relacje zachodzą między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
13. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
14. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
15. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
16. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
17. Jakie relacje zachodzą między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
18. Które czynniki są predyktorami subiektywnego stanu zdrowia?
19. Czy istnieją istotne statystycznie różnice między cechami osób reprezentujących odmienne stany zdrowia w kontekście czynników: poczucie sensu życia, cechy socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiara), czas choroby, tryb leczenia?

oraz sformułowano hipotezy badawcze:

H1: Cechy socjodemograficzne różnicują poczucie sensu życia.

H2: Cechy socjodemograficzne różnicują strukturę poczucia sensu życia.

H3: Czas trwania choroby różnicuje poczucie sensu życia.

H4: Czas trwania choroby różnicuje strukturę sensu życia.

H5: Tryb leczenia różnicuje poczucie sensu życia.

H6: Tryb leczenia różnicuje strukturę sensu życia.

H7: Cechy socjodemograficzne różnicują poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H8: Cechy socjodemograficzne różnicują strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H9: Czas trwania choroby różnicuje poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H10: Czas trwania choroby różnicuje strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H11: Tryb leczenia różnicuje poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H12: Tryb leczenia różnicuje strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Zakłada się, że istnieje istotny statystycznie związek między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia, tzn. im wyższy poziom poczucia sensu życia, tym mniej dolegliwości zdrowotnych.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: poczucie sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci), czas trwania choroby, tryb leczenia.

H15: Osoby o odmiennych poziomach subiektywnego stanu zdrowia, w kontekście czynników: poczucie sensu życia, cechy socjodemograficzne, czas trwania choroby, tryb leczenia, różnią się w sposób istotny statystycznie [Mausch, Ryś 2020, s. 89–90].

Opis zastosowanych narzędzi badawczych

Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie. W procedurze zastosowano następujące testy psychologiczne: Skalę Poczucia Sensu Życia Crumbaugha i Maholiczka, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28 oraz ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby, trybu leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 91].

Skala Poczucia Sensu Życia Crumbaugh i Maholiczka (PIL)

Skala Poczucia Sensu Życia skonstruowana została przez James'a C. Crumbaugh i Leonarda T. Macholiczka pod nazwą *Purpose in Life Test – PIL* (Test Celu Życia) i opublikowana w 1963 r. (Siek 1993). Skala oparta jest na założeniach logoteorii Frankla i służy do badania natężenia zaspokojenia potrzeby sensu życia. Skala pozwala

na mierzenie stopnia, w jakim człowiek ma świadomość, że jego życie posiada sens i cel [Mausch, Ryś 2020, s. 91]. Skala Crumbaugh i Maholicka (1964) znajduje się wśród najszerzej wykorzystywanych narzędzi we współczesnych badaniach poczucia sensu życia. W prezentowanych badaniach skala znalazła właściwe zastosowanie.

W prezentowanych badaniach zastosowano część A skali PIL, wyniki zinterpretowano ilościowo, sugerując się przyjętymi normami punktowymi traktowanymi jako wskaźniki poziomu sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 93]. Dla aktualnie używanej listy twierdzeń w skali PIL za pomocą współczynnika korelacji r Persona wskaźnik rzetelności wyniósł 0,81, a po korekcie Spearmana-Browna – 0,90 (Mausch, Ryś 2020, s. 91).

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28

David Goldberg jest autorem kwestionariuszy do oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych GHQ-12 i GHQ-28. Przy pomocy kwestionariuszy można wyodrębnić z populacji ogólnej ludzi tych, u których stan zdrowia psychicznego – czasowo lub długookresowo – uległ załamaniu wskutek trudności. Goldberg uważa, że kwestionariusze umożliwiają wyodrębnienie z ogólnej populacji osób, u których „występuje istotne ryzyko rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego” (Williams, Goldberg, Makowska 2001). Dzięki kwestionariuszom GHQ można zatem w sposób nieskomplikowany i szybko ocenić stan zdrowia psychicznego badanych osób, bez stawiania wnikliwej diagnozy, stwierdzając jedynie, że osoba cierpi na zaburzenia zdrowia psychicznego lub też istnieje określone prawdopodobieństwo rozwoju takich zaburzeń. Kwestionariusze GHQ znajdują szerokie zastosowanie do ogólnej oceny stanu zdrowia psychicznego osób w badaniach naukowych [Mausch, Ryś 2020, s. 93]. Pozwalają na oszacowanie nasilenia niepsychotycznych zaburzeń funkcji psychicznych i wyłonienie osób, u których istnieje istotne prawdopodobieństwo ich wystąpień. Na ogólny wynik kwestionariusza wpływa osobnicza wrażliwość, sposób przeżywania i poczucie choroby, dlatego też uważa się, że za pomocą GHQ można również zbadać poczucie zaburzenia psychicznego – i subiektywną ocenę jego następstw – nazywane niespecyficznym cierpieniem psychicznym. W prezentowanych badaniach zastosowano kwestionariusz GHQ-28

w odniesieniu do osób chorych onkologicznie, u których w następstwie poważnej choroby somatycznej mogą ujawnić się zaburzenia funkcji psychicznych najczęściej o charakterze niepsychotycznym.

Ankieta

W kwestionariuszu ankiety zamieszczono pytania dotyczące cech socjodemograficznych obejmujących: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, wiarę oraz pytania dotyczące czasu trwania choroby i trybu leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 94].

Charakterystyka badanych osób

W badaniach wzięło udział 159 osób chorych onkologicznie. Wśród badanych 70% stanowiły kobiety, 30% mężczyźni. W kategorii wieku do 33 roku życia było 5% respondentów, między 34 a 40 rokiem życia – 8%, między 41 a 65 lat – 67% i powyżej 65 lat – 20%. Najmłodsza badana osoba miała 21 lat, a najstarsza 79 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 55 lat. Biorąc pod uwagę stan cywilny, wśród respondentów 85% to osoby w związku małżeńskim i 15% osoby poza związkiem małżeńskim. Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim – 45%, następnie z wykształceniem wyższym – 27%, zasadniczym zawodowym – 20% i podstawowym – 8% (...). Wśród respondentów 95% zadeklarowało się jako osoby wierzące, 2% jako niewierzące i 3% nie udzieliło odpowiedzi. Najwięcej badanych osób chorowało od 3 do 6 miesięcy – 26%, do 3 miesięcy – 25%, powyżej 5 lat – 24%, 7 do 12 miesięcy – 15%, i od 1 do 5 lat – 10% respondentów. Najwięcej badanych osób leczonych było w trybie szpitalnym – 69%, natomiast w trybie ambulatoryjnym 31% [Mausch, Ryś 2020, s. 94].

Badania przeprowadzono w ośrodkach szpitalnych i poradniach onkologicznych w województwie zachodniopomorskim. Miały one charakter anonimowy, respondenci wyrazili zgodę na uczestnictwo, kwestionariusze wypełniali w szpitalu lub w domu. Badacz wyjaśniał respondentom cel badań oraz sposób realizacji projektu [Mausch, Ryś 2020, s. 96].

Omówienie wyników badań własnych

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że wśród respondentów dominuje niski poziom poczucia sensu życia – 40,25%, poziom bardzo wysoki obejmuje 36,46% badanych, oraz kolejno poziom wysoki – 13,84% i poziom zaniżony – 9,43%. Biorąc pod uwagę sumę wyników poziomu bardzo wysokiego i wysokiego można przyjąć, że wśród badanych osób chorych onkologicznie 50,30% miało pozytywne poczucie sensu życia. Uzyskane wyniki są porównywalne do rezultatów, jakie prezentowane są w innych badaniach, np. poczucie sensu nauczycieli (330 respondentów stanowiących próbę reprezentatywną dla nauczycieli z województwa zachodniopomorskiego) rozkłada się w następujący sposób: poziom bardzo wysoki – 27%, poziom wysoki – 30%, poziom zaniżony – 21% i poziom niski – 22%, co oznacza, że pozytywny poziom sensu życia reprezentuje ok. 57% badanych (Ryś 2007). Ustalenia empiryczne Teresy Borowskiej (1998) uzyskane wśród studentów z Polski wskazują na występowanie poziomów: bardzo wysokiego 13% i wysokiego 36%, zaniżonego 28%, niskiego 23%, co daje ok. 51% pozytywnego wyniku w zakresie poczucia sensu życia. W badaniach Borowskiej osoby chore onkologicznie uzyskały 33% wyników na poziomie niskim, 57% na poziomie zaniżonym i 10% na poziomie wysokim. W innych badaniach przeprowadzonych wśród studentów (683 respondentów) ustalono występowanie sensu życia na poziomach: bardzo wysokim – 34%, wysokim – 31%, zaniżonym – 21% i niskim – 24% (Ryś 2009). Badania wśród młodzieży (223 osoby) ujawniły występowanie poziomów: bardzo wysokiego – 20%, wysokiego – 19%, zaniżonego – 16% i niskiego – 44% (Ryś, Pawłowska, Wszółkowski 2015). Z kolei wśród badanych mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych ustalono występowanie poziomów: bardzo wysokiego – 19%, wysokiego – 17%, zaniżonego – 10% i niskiego – 54% (Ryś, Mausch 2013). Natomiast wyniki badań wśród osób z chorobą niedokrwinną serca i osób zdrowych nie wykazały różnic w poziomie ogólnego poczucia sensu życia (Wysocka-Pleczyk, Słowik 2012) [Mausch, Ryś 2020, s. 145–146].

W analizie procentowego udziału komponentów poczucia sensu życia stwierdzono następujące prawidłowości: w zakresie afirmacji

wśród badanych osób chorych onkologicznie wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 7% respondentów, a 13% prezentowało bardzo wysokie poczucie sensu życia. W zakresie akceptacji siebie wśród badanych wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 6% respondentów, a po 14% prezentowało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie świadomości celu wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 11% respondentów, a po 13% prezentowało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie oceny przyszłości wynik na poziomie niskiego i zaniżonego poczucia sensu życia miało po 5% respondentów, a po 8% prezentowało bardzo wysokie i wysokie poczucie sensu życia. W zakresie poczucia wolności wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 1% respondentów, a po 18% miało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie postawy do śmierci po 6% respondentów było o niskim i bardzo wysokim poczuciu sensu życia, a po 19% o bardzo wysokim, wysokim i zaniżonym poczuciu sensu życia, 7% o bardzo wysokim, wysokim i o zaniżonym poczuciu sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 146].

W badaniach własnych ocena związków między płcią a poczuciem sensu życia wskazuje, że wyniki każdej z podskal PIL zależą od płci. Badane kobiety uzyskały wyniki istotnie statystycznie wyższe niż badani mężczyźni. Stwierdzono, że wyniki w skali PIL nie zależą w sposób istotny statystycznie od wieku badanych ani od ich stanu cywilnego. Ze względu na niewielką liczbę osób deklarujących się jako niewierzące nie przeprowadzono analiz w zakresie związków między wiarą a sensem życia. Porównując uzyskane wyniki badań własnych z rezultatami empirycznymi prezentowanymi w literaturze naukowej warto przywołać ustalenia z badań amerykańskich pokazujące wyższe wyniki w skali PIL u kobiet w porównaniu do mężczyzn, jednak różnice te nie były istotne statystycznie (Zaborowski 1994). W badaniach Magdaleny Felcyn i Niny Ogińskiej-Bulik (2009), przeprowadzonych wśród osób w żałobie, nie stwierdzono zależności statystycznej między płcią a poczuciem sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 146–147].

W badaniach własnych stwierdzono, że wyniki uzyskane w skalach afirmacji życia, akceptacji siebie, poczucia wolności i wyniku

łączonego poczucia sensu życia w skali PIL zależały w sposób istotny statystycznie od wykształcenia. Analiza pokazała, że u badanych z wykształceniem średnim były one wyższe niż u respondentów z wykształceniem wyższym. Najwyższe wyniki we wszystkich podskalach PIL uzyskali respondenci ze średnim wykształceniem. Należy zauważyć, że grupa badanych reprezentujących wykształcenie średnie jest zdecydowanie liczniejsza, co mogło spowodować ujawnione różnice w uzyskanych rezultatach. Przywołane wcześniej wyniki badań przedstawione przez Magdalenę Felcyn i Ninę Ogińską-Bulik (2009) nie wykazały różnic istotnych statystycznie między wykształceniem a poczuciem sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 147].

Rozpatrując w badaniach własnych związki między czasem trwania choroby a poczuciem sensu życia wykazano, że wyniki każdej z podskal PIL i wynik ogólny zależały od czasu trwania choroby. Analiza ujawniła, że: 1) poziom afirmacji życia, poczucia wolności i poziom poczucia sensu życia (wynik łączny PIL) są wyższe u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad 5 lat są wyższe niż u chorujących 3–6 miesięcy; 2) poziom akceptacji siebie jest wyższy u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy; 3) poziom świadomości celu jest wyższy u chorujących ponad 5 lat niż u chorujących do 6 miesięcy; 4) ocena przyszłości jest lepsza u chorujących ponad rok niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad 5 lat jest lepsza niż u chorujących 3–6 miesięcy; 5) postawa do śmierci jest bardziej pozytywna u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad rok jest bardziej pozytywny niż u chorujących 3–6 miesięcy. Najniższe wyniki w podskalach i całej skali PIL uzyskują osoby o najkrótszym czasie choroby (do 3 miesięcy). Dla porównania w badaniach Edyty Kędry i Waldemara Wiśniewskiego (2018) także stwierdzono związki między długością trwania choroby a spadkiem jakości życia chorych na raka jelita grubego. W innych badaniach stwierdzono, że czas trwania choroby negatywnie korelował z poczuciem sensu życia, tzn. z dłuższym czasem choroby nowotworowej współwystępował niższy poziom poczucia sensu życia (Wnuk i in. 2010). W badaniach Anity Gałuszki (2013) ustalono występowanie u osób leczonych ambulatoryjnie dodatniej korelacji czasu chorowania z emocjami

pozytywnymi i ujemną korelację czasu chorowania z emocjami negatywnymi i odczuwanym dystresem [Mausch, Ryś 2020, s. 147–148].

W zakresie związków między trybem leczenia a poczuciem sensu życia stwierdzono, że wyniki każdej z podskal PIL i w całej skali zależą w sposób istotny statystycznie od trybu leczenia, tzn. badani leczeni ambulatoryjnie uzyskują wyniki istotnie statystycznie wyższe niż badani leczeni szpitalnie. W literaturze przedmiotu prezentowane są wyniki badań wskazujące na to, że pacjenci mają większe zadowolenie ze stosowanego leczenia ambulatoryjnego (Kamińska-Rosner, Zdun-Ryżewska 2013). Należy pamiętać, że wybór postępowania związanego z trybem leczenia jest zależny od wielu czynników, np. zaawansowania choroby, intencji leczenia (radikalnej/paliatywnej), rokowania, obecności objawów choroby, ogólnego stanu chorego. Źródłem stresu onkologicznego może być pobyt w szpitalu i rodzaj leczenia, sposób przetwarzania informacji o chorobie, oderwanie od środowiska rodzinnego, jakość komunikacji z personelem medycznym i innymi chorymi (Piskozub 2010) [Mausch, Ryś 2020, s. 148].

Wykazano, że w badaniach własnych wiek i stan cywilny nie współwarunkują w sposób istotny statystycznie poczucia sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 148].

Badając subiektywny stan zdrowia chorych onkologicznie i jego strukturę, posłużono się kwestionariuszem GHQ-28. Uzyskane wyniki sugerują, że u badanych występuje najwięcej symptomów dolegliwości somatycznych, następnie niepokoju i bezsenności, depresji i zaburzeń funkcjonowania (...). Niski wynik, tj. lepszy subiektywny stan zdrowia (poniżej 16 punktów) stwierdzono u 16% badanych, natomiast gorszy stan (powyżej 51 punktów) stwierdzono u 11% respondentów. Jeśli chodzi o symptomy somatyczne, wśród badanych wynik niższy – mniej symptomów somatycznych – ma 9% respondentów i 9% ma więcej symptomów. Niepokój i bezsenność wśród badanych na poziomie niskim ma 12% respondentów, a 6% ma na poziomie wysokim. Zaburzenia funkcjonowania na poziomie niskim ma 21% respondentów, a 11% na poziomie wysokim. Symptomy depresji wśród badanych na poziomie wyższym ma 11% respondentów [Mausch, Ryś 2020, s. 148–149].

Dla porównania, wyniki badań przedstawione przez Annę Kiesz-kowską-Grudny, Monikę Rucińską, Sylwię Biedrzycką, Sergiusza

Nawrockiego (2012) wskazują, że kobiety po leczeniu z powodu raka szyjki macicy oceniły swój ogólny stan zdrowia niżej niż kobiety niechorujące na raka, ale nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenach ogólnej jakości życia u kobiet chorych i zdrowych, wyniki były zbliżone [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

W badaniach własnych zbadano związki między płcią a subiektywnym stanem zdrowia. Stwierdzono, że wyniki każdej z podskal GHQ-28 zależały od płci. U badanych kobiet wyniki ogólne i w poszczególnych podskalach zdrowia były istotnie statystycznie niższe niż u badanych mężczyzn, co oznacza, że u respondentek występuje lepszy ogólny stan zdrowia, jak też mniej symptomów somatycznych, niepokoju i bezsilności, zaburzeń funkcjonowania i depresji. Należy jednak zauważyć, że badane kobiety stanowią zdecydowanie licniejszą subpopulację (67%) niż badani mężczyźni (33%), co może rzutować na uzyskane rezultaty [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

W badaniach własnych wykazano, że ani ogólny subiektywny stan zdrowia, ani występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsilności, zaburzeń funkcjonowania, depresji, nie zależy w sposób istotny statystycznie od wieku badanych i od stanu cywilnego [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

Badania wykazały, że ogólny stan zdrowia, jak też występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń zachowania, depresji, zależały w sposób istotny statystycznie od trybu leczenia. U badanych leczonych ambulatoryjnie uzyskane wyniki są istotnie statystycznie niższe niż u badanych leczonych szpitalnie, co oznacza, że badane osoby leczone ambulatoryjnie reprezentują wyższe oceny subiektywnego stanu zdrowia niż respondenci leczeni szpitalnie [Mausch, Ryś 2020, s. 150].

Rozpatrując związki między czasem trwania choroby a subiektywnym stanem zdrowia stwierdzono, że ogólny subiektywny stan zdrowia oraz występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz depresji, zależą od czasu trwania choroby. Ponadto stwierdzono, że: 1) nasilenie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności jest wyższe u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad rok, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad 5 lat; 2) nasilenie zaburzeń funkcjonowania jest wyższe u chorujących do

3 miesięcy niż u chorujących ponad pół roku, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad rok; 3) nasilenie symptomów depresji jest wyższe u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad 3 miesiące, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad 5 lat; 4) wynik łączny GHQ-28 jest wyższy u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad pół roku, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższy niż u chorujących ponad 5 lat. Najwyższe wskaźniki dolegliwości chorobowych, w wymiarze ogólnym i w każdym komponencie, występują u osób w pierwszej fazie choroby (do 3 miesięcy) [Mausch, Ryś 2020, s. 150].

Zbadano zależności między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia. Wszystkie zależności między zmiennymi są istotne statystycznie. Analiza wyników pokazuje, że zależności te są ujemne, tzn. im wyższy poziom poczucia sensu życia, tym lepszy subiektywny stan zdrowia psychicznego, czyli niższe wyniki w GHQ-28 (i vice versa). Najsilniejsze korelacje występują między subiektywnym stanem zdrowia a afirmacją życia i ogólnym poziomem poczucia sensu życia. Uzyskane rezultaty empiryczne potwierdzają stanowisko Frankla i in. mówiące o pozytywnych związkach poczucia sensu życia ze zdrowiem psychicznym [Mausch, Ryś 2020, s. 151].

Model regresji liniowej pokazuje, że niezależnymi predyktorami ogólnego subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości. Oznacza to, że subiektywny ogólny stan zdrowia badanych osób chorych onkologicznie jest lepszy (mniej dolegliwości) wraz ze wzrostem akceptacji siebie i pozytywną oceną przyszłości [Mausch, Ryś 2020, s. 151] (por. tabela 1).

Tabela 1. Zmienne istotne dla stanu zdrowia w modelu analizy regresji

Subiektywny stan zdrowia	Zmienne wyznaczające stan zdrowia
Ogólny stan zdrowia	Akceptacja siebie, ocena przyszłości
Symptomy somatyczne	Akceptacja siebie, ocena przyszłości, tryb leczenia
Niepokój i bezsenność	Afirmacja życia, ocena przyszłości
Depresja	Ocena przyszłości, stosunek do śmierci, czas trwania choroby
Zaburzenia funkcjonowania	Akceptacja siebie

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 151).

Na rysunku 1 przedstawiono predyktory zdrowia jako weryfikacje przyjętego modelu badawczego. Model wskazuje, że:

H12: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości, natomiast: predyktorami

- symptomów somatycznych – akceptacja siebie, ocena przyszłości i tryb leczenia;
- niepokoju i bezsenności: afirmacja życia i ocena przyszłości;
- zaburzeń funkcjonowania: akceptacja siebie;
- symptomów depresji: ocena przyszłości, postawa do śmierci i czas trwania choroby.

Predyktorami subiektywnego stanu zdrowia nie są zakładane czynniki; poziom poczucia sensu życia, poczucie wolności i świadomość celu.

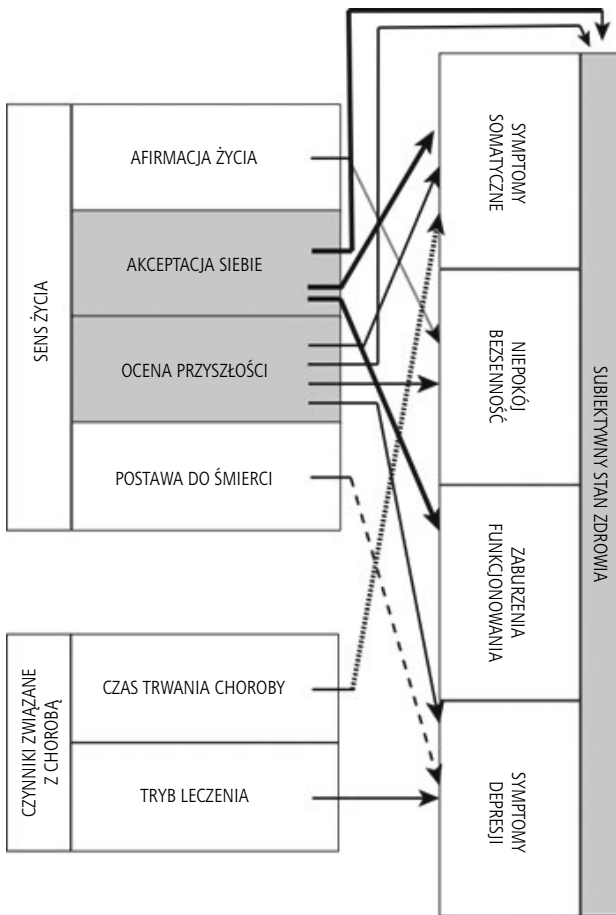
H15: Grupy osób o odmiennych poziomach subiektywnego stanu zdrowia różnią się w sposób istotny statystycznie [Mausch, Ryś 2020, s. 161].

Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły w całości lub częściowo wszystkie hipotezy.

H1: Płeć i wykształcenie różnicują w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wiekiem, stanem cywilnym (nie analizowano zmiennej – wiara) a poczuciem sensu życia.

H2: Płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia, natomiast wykształcenie: afirmację życia, akceptację siebie, poczucie wolności. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między: wykształceniem a świadomością celu, oceną przyszłości i postawą do śmierci oraz między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a komponentami sensu życia.

H3: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia.



Rysunek 1. Predyktory zdrowia (weryfikacja modelu badawczego)

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 152).

H4: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia.

H5: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia.

H6: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia.

H7: Płeć i wykształcenie różnicują w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a subiektywnym stanem zdrowia.

H8: Płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia, natomiast wykształcenie różnicuje: niepokój i bezsenność oraz symptomy depresji. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wykształceniem a symptomami somatycznymi i zaburzeniami funkcjonowania oraz między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a wszystkimi komponentami subiektywnego stanu zdrowia.

H9: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia/zdrowie psychiczne.

H10: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H11: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia/zdrowie psychiczne.

H12: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości (...) [Mausch, Ryś 2020, s. 160–161].

Wnioski z przeprowadzonych badań:

1. Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.
2. Istnieje potrzeba włączenia problematyki sensu życia do kształcenia pracowników medycznych, szczególnie w zakresie psychoonkologii.

Podsumowanie

W niniejszej pracy przedstawiono analizę związków zachodzących między subiektywnym zdrowiem psychicznym a sensem życia (reprezentującym duchowy wymiar człowieka) osób chorych onkologicznie. Teoretyczne, poznawcze i praktyczne aspekty badanego

zjawiska stanowią podstawę do postulowania konieczności konceptualizacji logoodukacji, czyli edukacji zorientowanej na sens, szczególnie w kontekście psychoonkologii. Stanowisko to wpisuje się w nurt myślenia reprezentowany już w literaturze naukowej przez badaczy zajmujących się złożonymi aspektami związanymi z procesem szeroko rozumianej terapii chorych z nowotworami oraz włączenia do procesu diagnozy i leczenia zjawisk dotyczących sfery duchowej człowieka. Chodzi o to, aby uwzględnić holistycznie sytuację chorego i odnajdować, a następnie uruchamiać te siły duchowe, które pozwolą choremu włączyć się i zaangażować w proces leczenia, zaakceptować chorobę i siebie w aktualnej sytuacji oraz przepracować obciążające, negatywne emocje związane z tym ekstremalnym położeniem uruchamiającym myślenie o własnej śmierci i rozchwianie tożsamości [Mausch, Ryś 2020, s. 181].

Mamy nadzieję, że wyniki badań własnych przedstawione w tej pracy przyczynią się do szerszego zainteresowania oraz stosowania wiedzy z zakresu motywacyjnej siły sensu życia do terapii, rehabilitacji i wsparcia osób chorych onkologicznie. Zakładamy, że zaprezentowane (...) zagadnienia dostarczą argumentów do włączenia w szeroko rozumiany proces leczenia także interwencji psychoterapeutycznych zorientowanych na wspomaganie poczucia sensu życia u pacjentów z chorobami onkologicznymi [Mausch, Ryś 2020, s. 183].

Bibliografia

- Borowska T. (1998), *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, Warszawa.
- Crumbaugh J.C., Maholick L.T. (1964), *An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis*, „Journal of Clinical Psychology”, vol. 20, issue 2, s. 200–207.
- Felcyn M., Ogińska-Bulik N. (2009), *Poczucie sensu życia osób w żałobie*, „Polskie Forum Psychologiczne”, t. 14, nr 1, s. 63–77.
- Frankl V.E. (2010), *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, 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.

- Gałuszka A. (2013), *Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie*, „Chowanna”, t. 1, s. 159–177.
- Kamińska-Rosner J., Zdun-Ryżewska A. (2013), *Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania*, „Medycyna Rodzinna”, nr 3, s. 83–86.
- Kędra E.M., Wiśniewski W. (2018), *Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, t. 8, nr 1, s. 33–38.
- Kieszkowska-Grudny A., Rucińska M., Biedrzycka S., Nawrocki S. (2012), *Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka – doniesienie wstępne*, „Nowotwory”, t. 62, nr 3, s. 168–174.
- Längle A. (2016), *Gdy rodzi się pytanie o sens. Praktyczne zastosowanie logoterapii*, tłum. A. Grzegorzczak, A. Szymczak, Warszawa.
- Längle A., Bürgi D. (2016), *Wenn das Leben pflügt. Krise und Leid als existentielle Herausforderung*, Mit einem Vorwort von M. Köhlmeier, Göttingen.
- Längle A., Orgler Ch., Kundi M. (2003), *The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfilment*, „European Psychotherapy”, vol. 4, no. 1, s. 135–151.
- Mausch K., Ryś E. (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski.
- Piskozub M. (2010), *Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym*, „Psychoonkologia”, nr 1, s. 1–13.
- Popielski K. (1999), *Noopsycho-somatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 42, nr 4, s. 17–41.
- Ryś E. (2007), *Zaburzenia poczucia sensu życia w sytuacji zmiany społecznej. Studium empiryczne na przykładzie nauczycieli województwa zachodniopomorskiego*, [w:] K. Mausch, E. Ryś, *Patologia społeczna. Wybrane zagadnienia*, Szczecin, s. 55–77.
- Ryś E. (2009), *The sense of life as a subjective spiritual human experience*, „Journal of the Society for Existential Analysis”, vol. 20.1, s. 50–68.
- Ryś E., Mausch K. (2013), *Poczucie sensu życia u mieszkańców domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych. Raport*

- z badań empirycznych*, [w:] *Troska o człowieka psychicznie chorego. Wsparcie, terapia, ochrona*, red. A. Dymer, Szczecin, s. 347–362.
- Ryś E., Pawłowska M., Wszółkowski E. (2015), *Poczucie sensu życia u młodzieży – komunikat z badań*, „Edukacja w Dyskursie”, nr 3, s. 205–227.
- Siek S. (1993), *Wybrane metody badania osobowości*, wyd. 2 popr. i rozsz., Warszawa.
- Williams P., Goldberg D., Makowska Z. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, tłum. D. Merecz, Łódź.
- Wnuk M., Marcinkowski J.T., Hędzielek M., Świstak-Sawa S. (2010), *Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych*, „Psychoonkologia”, t. 1, s. 14–20.
- Wysocka-Pleczyk M., Słowik P. (2012), *Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 93, nr 4, s. 771–778.
- Yalom I.D. (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Warszawa.
- Yalom. I.D. (2010), *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, wyd. 2, Warszawa.
- Yalom I.D. (2018), *Stając się sobą. Pamiętnik psychiatry*, tłum. P. Luboński, Warszawa.
- Zaborowski Z. (1994), *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa.