

Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym

Noetic-spiritual dimension of personality in the process of coping with cancer related stress

Mirostaw Piskozub

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Psychoonkologia 2010, 1: 1–13

Adres do korespondencji:

Mirostaw Piskozub
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała
Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie
ul. Dewajtis 5
01-815 Warszawa
e-mail: leon945@op.pl

Streszczenie

Wstęp: Psychologiczne konsekwencje choroby nowotworowej dotyczą wszystkich wymiarów życia jednostki. Poszukiwania empiryczne zaprezentowane w tym artykule skupiają się na funkcjonowaniu pacjenta onkologicznego w trzech obszarach: radzenia sobie ze stresem, religijności i poczucia sensu życia. Dotychczasowe badania wskazują, że wpływ strategii zaradczych na kształt zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym osób chorych na nowotwór jest zasadniczy. Natomiast rezultaty badań zawarte w „Psycho-Oncology” wskazują na istotną rolę sfery noetyczno-duchowej w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. Te fakty naukowe skłaniają do dalszej eksploracji w tym obszarze.

Cel pracy: Sprawdzenie, w jaki sposób stres onkologiczny wpływa na funkcjonowanie jednostki w zakresie trzech zmiennych: radzenia sobie ze stresem, religijności i poczucia sensu życia. Ponadto próbowano określić, jaki jest związek między sferą religijności i poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem w sytuacji choroby nowotworowej.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 32 pacjentów Centrum Onkologii w Warszawie (grupa badawcza) oraz 32 osoby, którym dotąd nie postawiono diagnozy onkologicznej (grupa kontrolna). Zastosowano następujące narzędzia: kwestionariusz CISS do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem Endlera i Parkera, skalę religijności personalnej Jaworskiego oraz skalę sensu życia Crumbaugh i Maholicka.

Wyniki: Uzyskane rezultaty wskazują na istotne różnice między grupą osób z chorobą nowotworową a grupą osób zdrowych jedynie w kwestii radzenia sobie ze stresem. Ponadto wykazują istnienie istotnego związku między preferencją określonego typu zachowań zaradczych a religijnością personalną i poczuciem sensu życia.

Wnioski: Specyfika stresu wywołanego chorobą zagrażającą życiu modyfikuje zachowania związane z radzeniem sobie ze stresem. W tych działaniach zaradczych ważną rolę odgrywa sfera noetyczno-duchowa, za której wskaźniki przyjęto religijność personalną oraz poczucie sensu życia. Pomoc dotycząca psychologicznych następstw choroby nowotworowej powinna uwzględniać sferę aktywności duchowej człowieka.

Abstract

Background: The psychological consequences of cancer touch all aspects of human life. This article presents empirical explorations, which focus on the functioning of the oncology patient in three areas: coping with stress, religiosity and the sense of meaning of life. The researches conducted so far have shown the strong influence of coping strategies on the shape of changes in psychosocial functioning of ill people. The results of research in “Psycho-Oncology” have indicated an important role of the noetic-spiritual dimension in the process of coping

with cancer related stress. These scientific facts indicate the need for further exploration in this area.

Aim of the study: To present research was to examine how the oncological stress changes the functioning of a patient in the scope of three variables: coping with stress, religiosity and the sense of meaning of life. Moreover it was aimed at pointing to how religiosity and the sense of meaning of life correlate with the styles of coping with stress.

Material and methods: 32 patients from the Oncology Center of Warsaw (study group) and 32 persons who have never so far been diagnosed with cancer (control group) took part in this project. The following techniques: Endler and Parker's CISS inventory for measuring styles of coping with stress, Jaworski's Personal Religiosity Scale, Crumbaugh and Maholick's Purpose of Life Test have been administrated to the participants.

Results: The results indicate significant differences between the group of patients with cancer and the control group only in the range of coping with stress. Apart from that, personal religiosity and the sense of meaning of life correlate with preferences of coping strategies.

Conclusions: The specific features of stress related with a life-threatening illness modify behaviors in related to coping with stress. Spirituality plays an important role in this area. This study assume that spirituality express by personal religiosity and the sense of meaning of life. The treatment of psychological consequences of cancer illness should take into consideration the spiritual activity of patients.

Słowa kluczowe: stres onkologiczny, styl radzenia sobie ze stresem, religijność personalna, poczucie sensu życia, sfera noetyczno-duchowa.

Key words: style of coping with stress, oncological stress, personal religiosity, sense of meaning of life, noetic-spiritual dimension.

Wstęp

„Nieszczęście nie ma sensu i upokarza człowieka – upokarza wbrew rozumowi, ponieważ jego godność, bo ta godność, chociaż duchowa, jest przecież zasadzona w ciele. Temu ciału nieszczęście odbiera niezależność i samorządność... Nieszczęście nie ma w sobie sensu; nie warto w nim sensu szukać. Trzeba ten sens nadać, wypełnić nim przestrzeń, pustkę, jaką nieszczęście stwarza. Jeśli się to uda – w akcie nadania sensu odzyskam autonomię. W takim akcie jestem sobą, żyję z godnością...” [1, s. 421]. Ta refleksja doskonale ujmuje znaczenie współzależności między sferą duchową i psychosomatyczną w procesie radzenia sobie z sytuacją trudną, jaką niewątpliwie wywołuje „nieszczęście” choroby nowotworowej.

Odwołując się do teorii austriackiego psychiatry V.E. Frankla [2], artykuł podnosi problem znaczenia wymiaru noetyczno-duchowego w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. W związku z tym celem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie poszukiwań empirycznych dotyczących funkcjonowania psychicznego chorych onkologicznie w zakresie poczucia sensu życia, religijności i radzenia sobie ze stresem. Te aspekty osobowości są istotne dla psychologii stosowanej, która stara się pomagać osobom

chorym w procesie adaptacji oraz budowania lepszej jakości życia, gdyż wymaga to holistycznego i podmiotowego traktowania pacjenta, a więc uwzględniania jego potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych, bez pomijania sfery duchowej.

Z punktu widzenia logoteorii Frankla, poczucie sensu życia to efekt aktywności noetyczno-duchowej człowieka, która umożliwia przekraczanie własnych ograniczeń psychicznych i fizycznych. „Ja” osobowe konstytuuje się w obszarze noetyczno-duchowym poprzez partycypację w świecie wartości oraz życiu społeczno-kulturowym. Postawy wartościujące odgrywają ważną rolę w definiowaniu sensu ludzkiej egzystencji, dlatego mierzalnym wskaźnikiem aktywności sfery noetycznej jest poczucie sensu życia [3].

Jednym z zasadniczych czynników, który umożliwia ekspresję duchowego wymiaru osobowości człowieka, jest natomiast religijność, rozumiana jako subiektywne ustosunkowanie się do przedmiotu religijnego. W badaniach własnych odwołano się do koncepcji religijności personalnej autorstwa Jaworskiego, która wskazuje na związek religijności z dojrzałością psychospołeczną oraz przystosowaniem [4].

Wśród determinantów dobrej jakości życia w chorobie nowotworowej badacze dostrzegają m.in. takie czynniki, jak poczucie sensu życia oraz religijność [5].

Psychologia zdrowia coraz bardziej wskazuje na rolę duchowości w sytuacjach granicznych, również w radzeniu sobie z chorobą somatyczną: „Stres onkologiczny działa w różnych fazach ludzkiego życia. Jednym z najważniejszych zadań jest jego zamiana w motywację do zdrowia, a jeżeli to nie jest możliwe, do utrzymania godności w sytuacjach, w których dokonuje się radykalna zmiana tożsamości. Przez wysiłek duchowy, jaki wtedy ma miejsce, każdy człowiek potwierdza unikalność, godność i sens własnego istnienia” [6, s. 68].

W tym kontekście uzasadnione wydaje się założenie o związku poczucia sensu życia oraz religijności z procesami adaptacyjnymi w chorobie nowotworowej, której skutki obejmują wszystkie wymiary osobowości człowieka.

Radzenie sobie ze stresem onkologicznym

W potocznym rozumieniu stres oznacza stan napięcia, poczucia zagrożenia bądź lęku. W ujęciu psychologicznym dotyczy określonej interakcji między czynnikami zewnętrznymi a procesami wewnętrznymi człowieka. Ta relacja między jednostką a otoczeniem polega na zagrożeniu bądź zakłóceniu równowagi pomiędzy możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia. Istotnym czynnikiem pośredniczącym jest podmiotowa percepcja sytuacji stresowej, czyli jej poznawcza reprezentacja i ocena [7].

Badania wskazują, że spośród chorób somatycznych choroba nowotworowa najbardziej oddziałuje na struktury osobowościowe człowieka. Konsekwencją jej ingerencji w sferę psychiczną jest przede wszystkim obniżona samoocena, dezintegracja obrazu własnej osoby, zanik poczucia sensu życia, brak nadziei na wyleczenie, lęk, depresja i agresja. Ponadto chory stara się uzyskać kontrolę nad własnymi stanami emocjonalnymi poprzez głębsze niż w innych chorobach mechanizmy obronne [8].

Istnieje szereg zmiennych, które oddziałują na jakość stresu będącego następstwem choroby onkologicznej. Należą do nich indywidualne właściwości osobowościowe, jak również aktualna sytuacja życia pacjenta, np. przeżywane kryzysy bądź konflikty w sferze małżeńskiej lub innej. Kolejnym czynnikiem jest specyfika choroby, jej przebieg, czas trwania, stopień zaawansowania i skuteczność terapii. Choroba nowotworowa może nawet bezpośrednio wpływać na funkcjonowanie psychiczne, gdy lokalizacja zmian chorobowych dotyczy obwodowego układu nerwowego. Przykre doznania wiscero-receptywne, przede wszystkim ból, także mają duże znaczenie dla funkcjonowania psychicznego.

Kolejne źródło stresu onkologicznego stanowi pobyt w szpitalu i zastosowany rodzaj leczenia. Stres związany z koniecznością hospitalizacji pociąga za

sobą problemy z przetwarzaniem informacji o chorobie. Jakość komunikacji z personelem medycznym i innymi chorymi nie pozostaje bez wpływu na proces adaptacji. Oderwanie od naturalnego środowiska i codziennych ról potęguje potrzebę wsparcia społecznego [9].

W procesie leczenia medycznego istotna jest także technika podawania leków, np. zastosowanie igły lub cewnika dożylnego znacznie podnosi napięcie emocjonalne. Mogą pojawić się ból, niewygodność, lęk, zniecierpliwienie i złość. Niektóre chemioterapeutyki wywołują obronne reakcje polekowe w formie nudności i wymiotów, a także osłabienie mięśni, słuchu, zmiany skórne czy wypadanie włosów. Skutkiem ubocznym terapii mogą być różnorodne zaburzenia. Należą do nich: ból i lęk przed bólem, lęk przed nawrotem choroby (karcinofobia), duszność, wyniszczenie organizmu i spadek jego odporności, zaburzenia metaboliczne, rany i ubytki fizyczne (po amputacji), zaburzenia funkcjonalne serca i nerek, zaburzenia seksualne oraz zaburzenia psychiczne (zaburzenia snu, depresja) [6]. Te czynniki stanowią o specyfice stresu onkologicznego i jednocześnie decydują o indywidualnym charakterze doświadczania sytuacji trudnej wywołanej chorobą nowotworową.

Badania psychologiczne wskazują, że nie tyle sam stres ma wpływ na rozwój i przebieg choroby nowotworowej, ile stosowane przez jednostkę sposoby jego przezwyciężania. W radzeniu sobie z psychologicznymi następstwami choroby nowotworowej należy zwrócić uwagę na psychologiczne potencjały odpornościowe organizmu, takie jak: optymistyczne nastawienie do życia oraz wiara w siebie i swoje możliwości.

W zagadnieniu radzenia sobie ze stresem rozróżniamy: styl, strategię i proces. Styl oznacza trwałą dyspozycję człowieka, strategia to działania podejmowane przez podmiot w konkretnej obciążającej sytuacji, a proces tworzony jest przez ciąg strategii zmieniających się w czasie. Innymi słowy, styl radzenia sobie oznacza zbiór strategii charakterystyczny dla danego podmiotu, czyli repertuar różnych form zachowania stosowany przez określonego człowieka w warunkach stresowych [10]. Badania własne koncentrują się na stylach radzenia sobie ze stresem, jednakże należy mieć na uwadze trzy rodzaje czynników, które tę stałość stylów czynią względną i jednocześnie znacząco wpływają na charakterystykę radzenia sobie ze specyficznym stresem onkologicznym.

Po pierwsze, proces radzenia sobie ze stresem uwarunkowany jest przez czynniki sytuacyjne, do których należą: bliskość niebezpieczeństwa, stopień zagrożenia, niejasność sytuacji, chroniczność bolesnego doświadczenia, a także rodzaj szkody i zasoby środowiskowe, np. system wsparcia społecznego [11]. Wszystkie te elementy niezwykle ściśle korespondują z sytuacją stresu onkologicznego.

Po drugie, także osobiste zasoby jednostki determinują przebieg procesów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Do najważniejszych indywidualnych moderatorów stresu należy zaliczyć: poczucie koherencji (implikuje wiarę w to, że życie jest sensowne mimo trudności), dobrą samoocenę, wiarę we własne możliwości, humor (ułatwia przyjęcie dystansu psychologicznego), optymizm, umiejętność nawiązywania i utrzymywania bliskich związków (wsparcie społeczne), jawny sposób ekspresji przeżywanych emocji oraz świadomość własnego ciała [12]. Ponadto cechy temperamentalne wpływają na proces radzenia sobie z trudną sytuacją wynikającą z choroby nowotworowej [13].

Po trzecie, duże znaczenie ma podmiotowa percepcja sytuacji stresowej, na co wskazuje empiria: „Także w obrębie tej samej sytuacji radzenie sobie zmienia się w miarę jej trwania i ma odmienną charakterystykę w różnych jej fazach. Radzenie sobie zależy od oceny, czy można coś zrobić, aby zmienić sytuację. Jeżeli przyczyny stresu oceniane są przez osobę jako niepodatne na zmiany, przeważa radzenie sobie zorientowane na emocje; jeśli natomiast uważa ona, że te przyczyny można kontrolować poprzez odpowiednie działanie, przeważa radzenie sobie zorientowane na problem” [7, s. 480]. Należy dodać, że dość powszechne nadawanie nowotworowi znaczenia choroby nieuleczalnej i predestynującej do rychłej śmierci wpływa na pogłębienie stresu.

Proces adaptacji do sytuacji wywołanej chorobą nowotworową dokonuje się poprzez radzenie sobie z samą chorobą oraz zmianami życiowymi, jakie ona wywołuje. Tenże proces obejmuje sferę poznawczą, emocjonalną oraz behawioralną i wykorzystuje następujące mechanizmy psychologiczne:

1. Zachowania świadome:

- poszukiwanie przyczyn choroby – umiejscowienie choroby w znanym świecie związków przyczynowo-skutkowych daje poczucie bezpieczeństwa,
- próby kierowania swoim życiem poprzez zmianę dotychczasowego trybu życia i określanie nowych celów do realizacji,
- próby przetworzenia informacji o sobie, innych i o świecie, które prowadzą do zmiany systemu wartości i umocnienia się w poczuciu własnej wartości.

2. Zachowania podświadome:

- mechanizmy obronne represywne:
 - zaprzeczanie (najczęściej obserwowane u chorych onkologicznie),
 - tłumienie,
 - wypieranie,
 - projekcja,
 - racjonalizacja;

- mechanizmy obronne sensorywne (skoncentrowanie się na chorobie):
 - selektywne przetwarzanie informacji poprzez wyszukiwanie pomyślnych i pomijanie niepomyślnych,
 - zachowania magiczne, np. stosowanie cudownych metod pozamedycznych,
 - rozszczepienie obrazu choroby – przekonanie, że własna choroba jest łagodniejsza, niż jest to ogólnie przyjęte,
 - ucieczka w marzenia,
 - postawa samowystarczalności i wiary we własne siły [14].

Psychoonkologia wskazuje na jeszcze inne mechanizmy psychologiczne sprzyjające procesom adaptacji i – co za tym idzie – wspomagające procesy zdrowienia lub opóźnienia rozwoju choroby. Należą do nich:

- aktywność poznawcza prowadząca do odnalezienia pozytywnych stron przeżyć i swojej aktualnej sytuacji (wzmacnianie poczucia własnej wartości, wiara w możliwość kontrolowania objawów choroby),
- procesy przewartościowania, reinterpretacji, resymbolizacji, w kierunku nadania sensu traumatycznym przeżyciom,
- sprzeciw i opór wobec choroby, walka o lepszą jakość życia, pozytywne nastawienie do leczenia,
- procesy konfrontacyjne (przeciwieństwo represji), otwarte wyrażanie negatywnych przeżyć,
- poczucie koherencji, optymizm, kontrola, wsparcie społeczne, a także elastyczność, czyli umiejętność „dopasowywania” zachowań zaradczych do zmieniającego się kontekstu sytuacyjnego,
- wizualizacja – technika psychologiczna wprowadzona do psychoonkologii przez Simontonów [15] – polega na procesach wyobraźniowych, które mają na celu zwiększenie samoświadomości pacjentów w obszarze powiązań między ich funkcjonowaniem jako całości (w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym) i przekonaniami odnośnie do choroby a jej etiologią i możliwościami jej zwalczania [8].

Inną formą przystosowania do choroby jest postawa aleksytymiczna, którą spotyka się zwłaszcza w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Charakteryzuje ją pozorna obojętność uczuciowa, unikanie rozmów o problemach psychologicznych, koncentracja na konkretach codzienności i dolegliwościach somatycznych [14].

Najbardziej uniwersalnym mechanizmem obronnym wśród chorych onkologicznie jest zaprzeczanie. Polega na nieświadomym wyparciu stresujących aspektów rzeczywistości. Do przejawów zaprzeczania należą brak pytań na temat choroby, snucie nierealnych planów na przyszłość i brak ekspresji emocjo-

nalnej. Badania psychologiczne wskazują, że przejściowy okres zaprzeczania połączony z postawą stoickiego fatalizmu oraz z wiarą religijną wiąże się z najlepszą jakością życia pacjentów. Gorzej, jeśli ten mechanizm się utrwali [9].

W sytuacjach ogromnego obciążenia emocjonalnego stosuje się najczęściej mechanizmy racjonalizacji i tłumienia uczuć. Chory traktuje ujawnianie lęków, smutku i wściekłości jako obciążenie mogące zakłócić proces leczenia. Na podstawie badań Wirsching stwierdził, że wielu chorych w sposób świadomy blokuje uzewnętrznianie uczuć, stosując zwłaszcza formowanie reakcji przeciwnych, czyli przekształcanie groźnego impulsu w tak samo silny przeciwiimpuls. Wówczas chory będący w sytuacji silnego lęku okazuje niezwykłą odwagę, a w obliczu bezradności demonstruje zdolność do czynu, dodaje sobie otuchy i broni własnej autonomii. Z czasem wielu pacjentów zaczyna akceptować rolę chorego. Kryzys spowodowany chorobą uruchamia skłonność unikania konfliktów i agresywnych konfrontacji – Wirsching określa to jako harmonizację. Chory stara się omijać dodatkowe konflikty, które mogłyby skomplikować trudną sytuację. Zwiększa się nasilenie postaw altruistycznych, wzmożona zostaje troska o innych, ale wraz z upływem czasu wielu chorych przybiera postawy roszczeniowe i domaga się coraz większej opieki nad sobą. Często jest to wynikiem niezaspokojenia własnych potrzeb bezpieczeństwa i opieki. W tej perspektywie należy uświadamiać pacjenta, że utrzymywanie stabilności, unikanie konfliktów i negacja uczuć uniemożliwiają przezwyciężenie kryzysu wywołanego chorobą [16].

Na dominację emocjonalnych strategii radzenia sobie w chorobie nowotworowej wskazują także badania Basińskiej [17], prowadzone z udziałem trzech grup kobiet: z rozpoznaniem nowotworu narządów rodnych, z podejrzeniem nowotworu oraz zdrowych. Wnioski z badań mówią, że kobiety chore częściej niż zdrowe podejmowały strategie emocjonalne i rzadziej strategie instrumentalne. Chore kobiety preferowały radzenie sobie emocjonalne, uzupełniane strategiami instrumentalnymi i unikaniem. Natomiast zagrożone i zdrowe preferowały pozytywne przewartościowanie, czyli zmianę znaczenia stresora. Badania wskazują, iż osoby chore częściej niż zdrowe i zagrożone chorobą stosowały strategie zmiany znaczenia stresora poprzez dewaluację zagrożenia i zaprzeczanie. Kobiety zagrożone chorobą różniły się od zdrowych i chorych pod względem każdego z czynników poczucia koherencji, w tym poczuciem sensowności. Natomiast nie ma w tym zakresie istotnych różnic między zdrowymi i chorymi osobami. Poczucie sensowności należy do czynników motywujących do walki o zdrowie i dobrą jakość życia. Zdarzenie nowe i poważne, jakim jest rozpoznanie choroby nowo-

tworowej, powoduje, że emocje dominują w kształtowaniu wysiłków zaradczych.

Radzenie sobie ze stresem onkologicznym a poczucie sensu życia

Sytuacja wywołana chorobą nowotworową wprowadza ograniczenia w zaspokajaniu ważnych potrzeb biologicznych i psychologicznych. Takie kluczowe potrzeby, jak potrzeba miłości, bezpieczeństwa, uznania i aktywności, zostają zagrożone frustracją. Zakłócony jest układ celów z czasu przedchorobowego oraz możliwość ich realizacji. U pacjentów, którzy wykazują silne dążenie do pozytywnej adaptacji w chorobie, następują zmiany dotychczasowego systemu potrzeb i celów życiowych, a więc przebudowa części osobowości. Te zmiany obejmują także struktury poznawcze, dzięki czemu pojawia się nowe spojrzenie na świat przez pryzmat własnej sytuacji. Pacjent dokonuje na nowo samookreślenia się poprzez odpowiedź na pytania o swoją tożsamość i sens życia. Warunkiem adaptacji do choroby jest zaakceptowanie siebie w tej trudnej sytuacji [8]. Jeśli osoby, które pozbawione zostają możliwości realizacji swoich wartości i celów, rezygnują z nich, decydując się na inne, zachowują poczucie sensu życia. Z kolei osoby, które nie znajdują innych wartości mogących nadać sens ich życiu, wchodzą w stan frustracji egzystencjalnej [18].

Badania de Walden-Gatuszko i wsp. [19] dotyczące jakości życia pacjentów onkologicznych wskazują na związek poczucia sensu życia z przystosowaniem się do sytuacji określonej przez chorobę nowotworową. Ta zmienna korelowała w sposób istotny z lepszą oceną jakości życia w obszarze zarówno dolegliwości fizycznych, jak i psychicznych. U osób z wyższym poczuciem sensu życia stwierdzono istotnie niższy poziom uczuć negatywnych: lęku, depresji i agresji. W grupie badanych wystąpiło zróżnicowanie postaw ze względu na płeć. Korelacja pomiędzy obiema zmiennymi była istotnie wyższa u kobiet. Natomiast u mężczyzn stwierdzono istotną korelację między większą skłonnością do gniewu i rozdrażnienia a niższym poczuciem sensu życia. Ogólne poczucie sensu życia w grupie badawczej było niższe niż w grupie kontrolnej, czyli u osób zdrowych. Płeć nie odgrywała istotnej roli w zróżnicowaniu wyników u badanych. Różnice międzygrupowe mogą wskazywać na różnice w radzeniu sobie ze stresem onkologicznym między mężczyznami i kobietami.

Psychologia wskazuje na duże znaczenie wiary religijnej w realizacji potrzeby sensu życia. Dużym zagrożeniem dla poczucia sensu życia są kryzysy wywołane sytuacjami trudnymi, budzącymi silny lęk i dotyczącymi wartości dla człowieka najistotniejszych, w których podmiot nie ma oparcia w innych ludziach, grupach społecznych czy wierze religijnej. Badania

wskazują, że istnieje istotny związek między natężeniem poczucia sensu życia a takimi czynnikami, jak: posiadanie przyjaciół, stosunek do religii, strategia działania w sytuacji trudnej, ocena wykorzystania własnych zdolności i zadowolenie z życia [18].

Radzenie sobie ze stresem onkologicznym a religijność

Wiele badań psychologicznych wskazuje na istotną rolę religijności w procesie radzenia sobie z chorobą bezpośrednio zagrażającą życiu. Religijność spełnia wiele różnych funkcji w osobowości człowieka. Odpowiada na ludzką potrzebę poczucia sensu życia i świata, pozwalając odnajdywać wartość wszystkich sytuacji granicznych, czyli tych doświadczeń egzystencjalnych, które trzeba samemu przejść i nie można ich złożyć na barki kogoś innego (choroba, cierpienie, śmierć). Odpowiada także na potrzebę bezpieczeństwa, otwierając perspektywę transcendentną, obok biologicznej i społeczno-kulturowej, w patrzeniu na różne zdarzenia w życiu, zwłaszcza te tragiczne. To uwalnia, a przynajmniej równoważy poczucie zagrożenia, jakie pojawia się, gdy dostrzegamy, że nieodłącznym elementem życia jest przemijanie, niepewność i umieranie*. Religijność daje nadzieję na bliską i dalszą przyszłość, co pozwala na zachowanie równowagi psychicznej. Transcendentne odniesienie dla całego życia umożliwia człowiekowi dostrzeżenie swojej religijnej tożsamości. Oznacza to, że jednostka doświadcza bezwzględnej, stałej i nieodwołalnej akceptacji ze strony osobowego Boga. Oczywiście poczucie akceptacji nie wyklucza pojawienia się trudności, ułatwia jednak przeżywanie wszelkich kryzysów. Psychologowie podkreślają autopsychoterapeutyczne oddziaływanie religijności człowieka. Pozwalając ustalić hierarchię ważności różnych kwestii oraz granice odpowiedzialności indywidualnej, religijność staje się pośrednio czynnikiem redukującym neurotyczne napięcia. Dzięki religijności system wartości moralnych uznawany przez jednostkę zyskuje trwałą, stabilną podstawę i uzasadnienie. Przywołane wyżej funkcje religijności dotyczą osób o zdrowej osobowości i dojrzałej postawie religijnej [21].

Zdaniem Allporta, zajmującego się m.in. związkiem religii i osobowości, to właśnie religia reprezentuje jedno z najważniejszych źródeł jednoczącej filozofii życiowej, której zadaniem jest nadawanie celowości i sensowności działaniu ludzkiemu [22]. Dlatego w badaniach własnych uwzględniono religijność jako aspekt osobowości istotnie wiążący się z poczuciem sensu życia.

Ponadto w ostatnim czasie pojawia się coraz więcej badań dotyczących zagadnienia roli duchowości i religijności w podnoszeniu jakości życia osób z chorobą nowotworową oraz w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym.

Religijność jako element osobowości leży bardziej w polu zainteresowań psychologii religii, dlatego psychoonkologia skłania się bardziej ku szukaniu odpowiedzi dotyczącej roli szeroko pojętej sfery duchowej w radzeniu sobie z chorobą nowotworową. Zagadnienie „ludzkiego ducha” jest jednakże wyraźnie zredukowane do problematyki *well-being* (dobrostan), co stanowi przejaw pragmatycznego rozumienia duchowości. Wyniki badań wskazują przede wszystkim na ogromne znaczenie tej sfery w radzeniu sobie (*coping*) z trudnymi, nieuchronnymi sytuacjami, takimi jak choroba, śmierć bliskiej osoby lub własne umieranie [23].

Podejmując zagadnienia duchowości i religijności, badania psychologiczne często utożsamiają je, ale czasem traktują rozłącznie. Dlatego dla uściślenia pojęć należy przywołać różnice, jakie istnieją między religijnością i duchowością na gruncie psychologii. Duchowość jest szerszym pojęciem i wiąże się z dostrzeganiem w życiu ostatecznego sensu oraz wartości, które pozwalają osiągać stan harmonii i spokoju. Religijność natomiast to pojęcie węższe, oznaczające udział w określonych wierzeniach, obrzędach i aktywność w tradycyjnych religiach. Religijność może stanowić źródło oraz kanał ekspresji dla duchowości człowieka [24].

Na ważność religijnego wymiaru osobowości w radzeniu sobie ze stresem onkologicznym wskazują badania oraz poszukiwania psychometryczne prezentowane w mediach naukowych. Należy w tym miejscu przywołać „Psycho-Oncology”, szczególnie wydanie specjalne zatytułowane „Spirituality and coping with cancer” (5/1999). Autorzy prezentujący narzędzie *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) w sferze duchowej umiejscawiają takie komponenty, jak: poczucie sensu życia, harmonia, spokój oraz poczucie siły i otucha płynące z wiary [3]. Natomiast przedstawiony program terapeutyczny *Re-Creating Your Life: During and After Cancer* próbuje integrować oddziaływania psychologiczne i duchowe. Duchowy wymiar tej terapii kładzie nacisk na takie oto elementy: umiejscowienie poczucia kontroli w Bogu, doświadczenie Boga afirmującego osobę, osobiste relacje z Bogiem, duchowy sens doświadczeń chorobowych, kwestia przebaczenia i poczucia winy [25].

Holland i wsp. wykazują w swoich badaniach, że wierzenia religijne pomagają zrozumieć sens choroby

* Makselon podkreśla, że lęk tanatyczny jest reakcją niezależną od osobistej wiary religijnej, bez względu na jej głębię: „wierzący, będący w sytuacji *wobec śmierci*, nie jest w stanie przekroczyć biologii swego człowieczeństwa. Biologię człowieka charakteryzuje przemijalność i związany z tym lęk, który jest jednym z najbardziej pierwotnych przeżyć w świecie ożywionym. Fizjologiczny i psychologiczny poziom lęku wobec śmierci nie jest więc winą ani kwestią wiary” [20, s. 147].

i pomagają w radzeniu sobie z nią. Badacze testowali na osobach zdrowych oraz cierpiących na czerniaka złośliwego własne narzędzie *Systems of Belief Inventory* (SBI-15R), którego podstawą są dwa założenia. Pierwsze mówi o znaczeniu duchowych i religijnych wierzeń jako zmiennej pośredniczącej w radzeniu sobie z chorobą zagrażającą życiu, natomiast drugie o wpływie religijnych przekonań i praktyk na jakość życia [26].

Wyniki badań prowadzonych wśród kobiet chorych na raka piersi przez Sherman i wsp. przy użyciu narzędzia *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSORF) podobnie wykazały, że siła wiary religijnej u pacjentów onkologicznych wiąże się z optymizmem, ale nie koreluje z otwartą komunikacją w rodzinie i wsparciem społecznym. A zatem dla wielu chorych religia stanowi źródło optymizmu i ochronę przed beznadziejnościami losu. Wiara w tej grupie słabo wiąże się z jakością relacji, natomiast dużo bardziej jawi się jako wewnętrzny osobisty środek zaradczy [27].

W badaniach prowadzonych przez Stanton i wsp. wśród kobiet chorych na raka piersi znajduje się m.in. zmienna nazwana religijnym radzeniem sobie. Badaczka interesowała kwestia wpływu strategii radzenia sobie oraz nadziei na przystosowanie psychologiczne. Wśród strategii radzenia sobie autorzy badań umieścili akceptację, powrót do religijnego radzenia sobie, aktywne skupienie na problemie, szukanie wsparcia społecznego, pozytywną reinterpretację oraz unikanie. Przystosowanie psychologiczne mierzono, oceniając emocje na osi: przygnębienie (strapienie) – wigor (krzepkość) oraz lęk przed nawrotem choroby. Z badań wynika, że radzenie sobie poprzez duchowość jest efektywne, ale jedynie dla kobiet o małej nadziei, natomiast słaby powrót do religijności jest bardziej przydatny dla kobiet o dużej nadziei. Badacze tłumaczą to tym, że narzędzie, które zastosowano, ukierunkowane jest na pocieszającą funkcję religii oraz uwypukla w religijności element określany jako poleganie na większej mocy (przykładowe itemy: *I try to find comfort in my religion, I put my trust in God, I seek God's help*). Prawdopodobnie kobiety z małą nadzieją odnajdują w swojej religii pocieszenie w obliczu pozornie niekontrolowanego stresora, natomiast kobiety z dużą nadzieją postrzegają siebie jako osoby zdolne do tworzenia wielorakich dróg do osiągnięcia celów i pokonania przeszkód [28].

Dolińska-Zygmunt włącza nasilenie uczuć religijnych do grupy mechanizmów obronnych, ponieważ pomagają one radzić sobie z niepokojem i poczuciem zagrożenia [8]. Pozytywne uczucia w odniesieniu do Boga budzą nadzieję potrzebną człowiekowi, która potrafi scalać zdeorganizowaną przez przewlekłą chorobę osobowość człowieka [14].

Problematyka badań

W badaniach własnych za zmienną niezależną przyjęto stan choroby nowotworowej bez szczegółowego uwzględniania rodzaju nowotworu, jego lokalizacji, etapu choroby, zaawansowania procesu chorobowego i skuteczności leczenia. Dla celu badań istotna jest bowiem szczególna sytuacja jednostki zdefiniowana przez specyfikę stresu onkologicznego. Zmienne zależne to: style radzenia sobie ze stresem, religijność personalna oraz poczucie sensu życia.

Na podstawie wyżej przytoczonych teorii oraz wyników badań z tego obszaru postawiono następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Stres wywołany chroniczną chorobą bezpośrednio zagrażającą życiu znacząco wpływa na kształt zmian w funkcjonowaniu psychicznym jednostki, co implikuje różnice między grupą osób chorych na nowotwór a grupą osób zdrowych:

- A. Osoby chore onkologicznie preferują style radzenia sobie różne od stylu skoncentrowanego na strategiach konfrontacyjnych.
- B. W chorobie onkologicznej następuje wzrost ufności oraz wzrost pozytywnych uczuć względem Boga, a zatem w grupie osób chorych należy spodziewać się nasilenia religijności.
- C. Sytuacja choroby nowotworowej wpływa na obniżenie poczucia sensu życia.

Hipoteza 2. Występują związki pomiędzy poziomem poczucia sensu życia a stopniem preferencji poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem w obu badanych grupach.

Hipoteza 3. Występują związki pomiędzy nasileniem religijności a stopniem preferencji poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem zarówno w grupie osób chorych onkologicznie, jak i w grupie osób zdrowych.

Material i metody

Grupę badawczą stanowiły osoby z chorobą nowotworową, które były pacjentami dziennego oddziału chemioterapii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Przebadano 32 pacjentów, w tym 12 mężczyzn (37,5%) i 20 kobiet (62,5%). Średnia wieku osób w grupie eksperymentalnej wyniosła 52,9 roku. Czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy, u znacznej większości osób nie przekraczał roku. Badania trwały od września do grudnia 2005 r.

Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe pod względem onkologicznym. Przebadano 32 osoby, w tym 12 mężczyzn (37,5%) i 20 kobiet (62,5%). Średnia wieku badanych osób wyniosła 44,8 roku.

Mając na uwadze jak najmniejsze obciążenie osób z grupy eksperymentalnej, wybrano narzędzia badaw-

cze, których procedury diagnostyczne nie wywołują nadmiernych trudności. Jednocześnie są to metody o dobrych własnościach psychometrycznych. Należą do nich:

- inwentarz radzenia sobie w sytuacjach stresowych Endlera i Parkera, w polskiej wersji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego,
- skala religijności personalnej Jaworskiego,
- skala sensu życia Crumbaugh'a i Maholicka, w polskim przekładzie Płużek.

Inwentarz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (*The Coping Inventory for Stressful Situations – CISS*) został opracowany przez Endlera i Parkera. Wysokie wyniki w skali „Styl skoncentrowany na zadaniu” wskazują, że nacisk położony jest na podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez zmianę sytuacji lub próby poznawczego przekształcenia. Skala „Styl skoncentrowany na emocjach” określa podejmowanie aktywności, która ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego poprzez koncentrację na własnych przeżyciach (np. złość, poczucie winy, napięcie) oraz poprzez myślenie życzeniowe i fantazjowanie. W skali „Styl skoncentrowany na unikaniu” wysokie wyniki wskazują na tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej poprzez angażowanie się w czynności zastępcze albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Rzetelność inwentarza w poszczególnych skalach waha się od 0,72 do 0,92 [10].

Skala religijności personalnej (SRP), autorstwa Jaworskiego, w swoich teoretycznych podstawach nawiązuje do rozumienia religii jako osobowego kontaktu człowieka z Bogiem oraz do personalistycznej koncepcji człowieka. Wyodrębniono dwie kategorie religijności: personalną i apersonalną. Psychologiczna operacjonalizacja pojęcia „religijność personalna” umożliwia ocenę poziomu obecności wymiaru personalnego w przeżyciach religijnych. Bóg jest traktowany osobowo i jest centralną wartością dla człowieka. Podmiot w swoich aktach religijnych czuje się wolny, aktywny i twórczy. Religijność jest źródłem poczucia własnej wartości. W religijności apersonalnej Bóg to wartość peryferyjna, traktowana instrumentalnie. W przeżywaniu kontaktu z Bogiem człowiek o religijności apersonalnej jest pasywny i obojętny. W teście wyodrębnia się cztery podskale: wiara, moralność, praktyki religijne oraz *self* religijny (autoidentyfikacja). Rzetelność skali dla poszczególnych pytań wynosi od 0,69 do 0,85 [4].

Skala sensu życia to metoda opracowana przez Crumbaugh'a i Maholicka. Test PLT (*Purpose in life test*) znany jest w Polsce w wersji opracowanej przez Płużek jako test sensu życia. Podstawą teoretyczną tej metody jest teoria frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej Frankla (logoteoria), która zakłada ścisły związek między zaburzeniami osobowości a brakiem

poczucia sensu. Normy stosowane w Polsce wynoszą 100 punktów niezależnie od płci. Skala składa się z trzech części oznaczonych literami A, B i C. W niniejszej pracy badawczej wykorzystano jedynie część A, z uwagi na to, że dwie pozostałe skale interpretuje się jakościowo, a nie ilościowo. Suma wszystkich punktów surowych (minimum 20, maksimum 140) określa natężenie poczucia sensu życia. Rzetelność testu wynosi 0,90 [29].

W analizie statystycznej wykorzystano następujące metody statystyczne:

1. Dla porównań międzygrupowych: test *t*-Studenta (gdy rozkład porównywanych zmiennych nie odbiegał od rozkładu normalnego) i test *U*-Manna-Whitneya (kiedy nie potwierdzono normalności rozkładu zmiennej w porównywanych grupach).
2. Dla oceny współzależności: współczynnik korelacji liniowej Pearsona dla oceny związków liniowych oraz współczynnik korelacji rang Spearmana dla oceny związków innych niż liniowe.

Wyniki

Porównanie stopnia preferencji poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem wskazało na istotne różnice w poziomie stylu skoncentrowanego na emocjach i w poziomie stylu skoncentrowanego na unikaniu, szczególnie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich (tab. 1.). Osoby z grupy eksperymentalnej w istotnie mniejszym stopniu niż osoby z grupy kontrolnej wybierały strategie ukierunkowane na emocje w radzeniu sobie, a w większym stopniu preferowały uciekanie od sytuacji trudnej poprzez poszukiwanie kontaktów z innymi ludźmi. Potwierdza to hipotezę 1A, jeśli chodzi o preferencję przez pacjentów onkologicznych stylu radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu.

Osoby z chorobą nowotworową stosują szczególnie silne mechanizmy represywne, czyli zaprzeczanie, tłumienie uczuć i racjonalizację. A zatem wystrzegają się myślenia i mówienia o chorobie, i w związku z tym hamują ekspresję emocjonalną. Takie zachowanie odpowiada unikowym strategiom radzenia sobie ze stresem, które polegają na blokowaniu myśli i przeżyć związanych z sytuacją trudną.

Wyniki badań wskazują na tendencję osób chorych do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej, zwłaszcza poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. U podłoża tego zachowania może leżeć potrzeba wsparcia społecznego, która nasila się w sytuacjach trudnych.

Dane empiryczne wskazujące na istotnie większą koncentrację na emocjach w grupie osób zdrowych przeczą wynikom badań Basińskiej, które obejmowały kobiety z nowotworem. Wskazują one na większą preferencję stylu skoncentrowanego na emocjach

u kobiet chorych niż u kobiet zdrowych [17]. Z kolei Courbasson na podstawie badań stwierdził, że osoby zdrowe częściej niż chore stosują strategie emocjonalne i zadaniowe [9]. W tym miejscu rezultaty uzyskane w niniejszej pracy badawczej są zbieżne z wynikami badań tegoż autora.

Nieuzasadnione jest dokonywanie wartościowania na mniej i bardziej dojrzałe formy radzenia sobie, ponieważ konfrontacje stresowe wymagają złożonego i zmieniającego się procesu uwalniania się od sprawiających ból emocji [9]. Badania wskazują, że zarówno preferencja określonego stylu radzenia sobie ze stresem, jak i efektywność strategii wynikających z przyjętego stylu jest zależna przede wszystkim od charakteru stresora oraz od właściwości temperamentalnych, osobowościowych i charakterologicznych jednostki. Nie należy mówić o właściwych i niewła-

ściwych stylach radzenia sobie ze stresem, ponieważ zależnie od charakteru sytuacji oraz percepcji tej sytuacji, inna może być skuteczność poszczególnych stylów. Jeśli stresor oceniany jest jako niedający się kontrolować, a tak dzieje się często w przypadku choroby nowotworowej, wówczas jednostka skłania się ku stylowi skoncentrowanemu na emocjonalnych strategiach radzenia sobie ze stresem [7].

Porównanie grup eksperymentalnej i kontrolnej pod względem nasilenia religijności w żadnym z jej wskaźników nie wykazało istotnych statystycznie różnic (tab. 2.). Podobnie rzecz ma się z poczuciem sensu życia u osób badanych (tab. 3.).

Podstawę do postawienia hipotezy 1B o nasileniu religijności w sytuacji choroby nowotworowej stanowią wnioski z innych poszukiwań naukowych. Zajmujący się psychotanatologią Makselon stwierdza, że

Tabela 1. Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem w obu grupach

Table 1. Coping with stress strategies in both groups

Styl radzenia sobie ze stresem	Osoby chore		Osoby zdrowe		t	p
	M	SD	M	SD		
Styl skoncentrowany na zadaniu	58,59	7,52	58,81	6,83	-0,12	ns
Styl skoncentrowany na emocjach	41,37	9,99	47,75	10,80	-2,45	0,05*
Styl skoncentrowany na unikaniu	44,75	7,92	39,40	8,38	2,61	0,05*
Angażowanie się w czynności zastępcze	18,78	5,05	16,75	5,09	1,60	ns
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	17,65	3,25	15,5	3,87	2,40	0,05*

* $p \leq 0,05$

ns – nieistotne statystycznie

t – test t-Studenta

Tabela 2. Porównanie nasilenia religijności personalnej w obu grupach

Table 2. Personal religiosity in both group

Skala religijności personalnej	Osoby chore		Osoby zdrowe		t/U	p
	M	SD	M	SD		
Wiara religijna	39,43	7,90	42,18	5,66	U = 618,0	ns
Moralność	34,18	7,86	36,93	6,09	U = 614,5	ns
Praktyki religijne	40,78	11,00	45,5	7,60	U = 624,5	ns
Self religijny	31,09	6,82	31,93	5,27	t = -0,55	ns
Wynik ogólny	145,5	30,29	156,56	21,44	U = 618,5	ns

ns – nieistotne statystycznie

t – test t-Studenta

U – test U Manna-Whitneya

Tabela 3. Porównanie poczucia sensu życia w obu grupach

Table 3. Sense of meaning of life in both group

Skala sensu życia	Osoby chore		Osoby zdrowe		t	p
	M	SD	M	SD		
Poczucie sensu życia	113,53	13,03	108,87	13,76	1,38	ns

ns – nieistotne statystycznie

t – test t-Studenta

przeżycia związane z chorobą nowotworową mogą być źródłem takich zmian w religijności, które będą pomocne w pokonaniu lęku i tworzeniu nadziei [30]. Heszen-Niejodek, zajmująca się psychologią zdrowia, twierdzi, że doświadczenia związane z poważną chorobą somatyczną, zagrażającą życiu, sprzyjają wzrostowi duchowości [5]. Holland stwierdza, że wiara religijna pomaga odszukać sens w chorobie i cierpieniu [26], a wyniki badań Wandrasza donoszą, że religijność o wysokim stopniu intensywności staje się w doświadczeniu choroby onkologicznej źródłem nowych wartości, na których buduje się poczucie sensu życia [21].

Dane empiryczne uzyskane z materiału badawczego w niniejszej pracy nie muszą kwestionować ani zasadności przytoczonych wyżej badań, ani zasadności postawionej hipotezy, ponieważ zarówno grupa eksperymentalna, jak i grupa kontrolna uzyskały wysokie wyniki średnich arytmetycznych na poziomie zmiennej „religijność” i we wszystkich czterech jej wskaźnikach. Grupa osób zdrowych wykazała nawet wyższe średnie wyników, chociaż w analizie porównawczej nie sięgnęły one poziomu istotności statystycznej.

Hipoteza 1C, mówiąca o obniżeniu poziomu poczucia sensu życia w grupie pacjentów onkologicznych, została sformułowana na podstawie badań z zakresu psychologii zdrowia, które wskazują, że choroba onkologiczna bardzo głęboko ingeruje w sferę psychologiczną człowieka. Konsekwencją tego są przede wszystkim bolesne stany emocjonalne, w których dominują lęk, przygnębienie, złość, pesymizm, a także zanik poczucia sensu życia [8]. Moadel na podstawie danych z własnych badań stwierdza, że 40% badanych pacjentów onkologicznych wyrażało potrzebę pomocy w znalezieniu sensu życia [31]. W badaniach de Walden-Gałuszko okazało się, że w grupie osób chorych onkologicznie ogólne poczucie sensu życia było słabsze niż w grupie kontrolnej, złożonej z osób zdrowych [19]. Istnieją jednak także badania, których wyniki wskazują na względnie szybki powrót do równowagi psychicznej po rozpoznaniu raka. Z badań Taylor płynie optymistyczne przesłanie: „Większość osób już

po upływie kilku, kilkunastu miesięcy od diagnozy powraca do równowagi psychicznej, uzyskuje uprzednie zadowolenie z życia, związane z innymi już wartościami” [32, s. 288]. W badaniach polskich Leźnickiej również okazało się, że w grupie kobiet z nowotworem po upływie roku od diagnozy poczucie szczęścia powróciło do poziomu charakterystycznego dla kontrolnej grupy nauczycielek [32].

Uzyskane wyniki nie pozwalają potwierdzić hipotezy 1C. Wynika to zapewne z faktu, że jest wiele innych czynników, które warunkują wysoki stopień poczucia sensu życia, nawet pomimo aktualnego kryzysu zdrowotnego. Należą do nich: posiadanie wsparcia społecznego, pozytywny stosunek do religii, efektywne strategie działania w sytuacjach trudnych, dobra ocena wykorzystania własnych zdolności i zadowolenie z życia [18]. Wyniki uzyskane w grupie badawczej wykazują chociażby ów pozytywny stosunek do religii.

W celu określenia szczegółowych różnic pomiędzy grupą eksperymentalną i grupą kontrolną dokonano oceny związków nasilenia wybranych zmiennych wewnątrz badanych grup. W grupie osób chorych nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie korelacji między religijnością ogólnie pojmowaną (wynik ogólny) a poszczególnymi stylami radzenia sobie ze stresem (tab. 4.). W grupie kontrolnej natomiast okazało się, że religijność w sposób istotny pozytywnie koreluje z zadaniowym stylem radzenia sobie (tab. 4.). Analiza statystyczna wskazała także na istotne związki ze stylami radzenia sobie jednego ze wskaźników religijności personalnej, jakim jest wiara religijna. Dodatni współczynnik korelacji wskazuje na istotne statystycznie zależności między nasileniem wiary religijnej i stopniem preferencji emocjonalnego radzenia sobie ze stresem w grupie eksperymentalnej (tab. 5.). W grupie kontrolnej dodatni znak korelacji mówi o istnieniu istotnego statystycznie związku między wiarą religijną a wyborem zadaniowego stylu radzenia sobie z sytuacją trudną (tab. 5.).

Według koncepcji Jaworskiego [33], na której opiera się użyte w tych badaniach narzędzie, wiara religijna suponuje przede wszystkim postawę ufności wzglę-

Tabela 4. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem religijności (wynik ogólny w skali religijności personalnej)
Table 4. Correlation between styles of coping with stress and personal religiosity (general result in Personal Religiosity Scale)

Style radzenia sobie ze stresem	Osoby chore		Osoby zdrowe	
	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,12	-0,11	0,47*	0,39**
Styl skoncentrowany na emocjach	0,24	0,21	-0,01	0,04
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,04	-0,02	0,07	0,08
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,14	-0,26	0,01	0,008
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,01	0,05	0,15	0,18

* $p \leq 0,01$

** $p \leq 0,05$

dem Boga. A zatem analiza danych statystycznych wskazuje, że osoby wykazujące duży stopień zaufania do Boga w sytuacji stresu wywołanego chorobą onkologiczną preferują styl radzenia sobie skoncentrowany na przeżyciach emocjonalnych, podczas gdy osoby zdrowe o dużej ufności pokładanej w Bogu radzą sobie ze stresem przede wszystkim poprzez zachowania aktywne, zmierzające do rozwiązania problemu.

Związek religijności z radzeniem sobie ukierunkowanym na emocje w grupie pacjentów onkologicznych koresponduje z przywołanymi już wynikami badań, które wskazują na terapeutyczną funkcję wiary religijnej. Dla osób chorych na nowotwór religijność jest źródłem optymizmu i lekarstwem przeciw rozpacz [27], jest szczególnie potrzebna, kiedy brakuje nadziei [28, 30], stanowi swoisty mechanizm obronny [8]. Transcendentne odniesienie dla całego życia, jakie niesie ze sobą głęboka religijność, równoważy poczucie zagrożenia wywołane doświadczeniem przemijania i umierania. Jednocześnie poczucie absolutnej akceptacji ze strony osobowego Boga, które występuje w religijności personalnej, umożliwia kształtowanie postawy ufności, pełnej pozytywnych uczuć względem Boga [21, 25].

Ponadto radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach u osób religijnych potwierdza intuicję, że praktyki religijne (np. modlitwa) sprzyjają myśleniu życzeniowemu i skupieniu uwagi na osobistych przeżyciach. To wyjaśniałoby tendencję osób religijnych do emocjonalnego radzenia sobie ze stresem w chorobie zagrażającej życiu. Z kolei u osób zdrowych wiara religijna motywuje bardziej do konfrontacji z trudną sytuacją i do aktywnego poszukiwania właściwych dróg rozwiązywania swoich problemów.

Pomiędzy poczuciem sensu życia a preferencją stylu radzenia sobie ze stresem zachodzą korelacje istotne statystycznie zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i w grupie kontrolnej. Im wyższy poziom poczucia sensu życia u pacjentów onkologicznych, tym większy stopień preferencji zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem, a jednocześnie im słabsze poczucie sensu życia, tym większe skupienie na emocjonalnym radzeniu sobie ze stresem (tab. 6.).

W grupie osób zdrowych stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy poczuciem sensu życia a stylem skoncentrowanym na zadaniu, a także korelację ujemną pomiędzy poczuciem sensu życia a stylem unikowym i podskala: „Angażowanie się w czynności zastępcze”

Tabela 5. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem wiary religijnej (skala religijności personalnej)
Table 5. Correlation between styles of coping with stress and religion faith (Personal Religiosity Scale)

Styl radzenia sobie ze stresem	Osoby chore		Osoby zdrowe	
	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana
Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,18	-0,15	0,53*	0,51*
Styl skoncentrowany na emocjach	0,27	0,35**	-0,02	0,04
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,23	-0,17	-0,08	-0,03
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,30	-0,27	-0,16	-0,13
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,19	-0,11	0,09	0,09

* $p \leq 0,01$

** $p \leq 0,05$

Tabela 6. Korelacja między stylami radzenia sobie ze stresem a poczuciem sensu życia
Table 6. Correlation between styles of coping with stress and sense of meaning of life

Styl radzenia sobie ze stresem	Osoby chore		Osoby zdrowe	
	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana	Korelacja Pearsona	Korelacja Spearmana
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,38*	0,34	0,42*	0,46*
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,41*	-0,40*	-0,32	-0,34
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,12	0,03	-0,52**	-0,47**
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,28	-0,20	-0,61***	-0,58**
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,14	0,17	-0,14	-0,10

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

cze” (tab. 6.). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu poczucia sensu życia wzrasta zadaniowe radzenie sobie ze stresem, maleje stopień preferencji stylu skoncentrowanego na unikaniu, a zwłaszcza maleje poziom angażowania się w czynności zastępcze. Tym samym, im mniejsze poczucie sensu życia, tym większe tendencje do unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, przede wszystkim poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Wraz z osłabieniem poczucia sensu życia maleje stopień preferencji stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu.

W wyjaśnianiu związków zachodzących między poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie ze stresem mogą pomóc wyniki innych badań zaprezentowanych powyżej. W badaniach de Walden-Gatuszko u pacjentów terminalnych z wyższym poczuciem sensu życia stwierdzono istotnie niższy poziom uczuć negatywnych: lęku, depresji i agresji. Wysoki poziom poczucia sensu życia u osób z chorobą nowotworową sprzyja większej woli życia i motywacji do walki o powrót do zdrowia. Ten optymizm i nadzieja mogą przeważać nad emocjami lęku, przygnębienia, złości i apatii [19].

Osoby zdrowe natomiast wraz ze wzrostem poziomu poczucia sensu życia zyskują pozytywną motywację do koncentrowania się na zadaniu w sytuacjach stresowych oraz mocno zmniejsza się ich stopień preferencji unikania problemu, przede wszystkim poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Optymizm i radość życia nakazują podejmować aktywności właściwe do realizacji wartości, które stanowią źródło poczucia sensu życia.

Wnioski

W grupie osób chorych istnieje dodatnia korelacja między ufnością religijną a preferencją stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach. Emocjonalne konsekwencje doświadczenia choroby onkologicznej ukierunkowują człowieka na odkrywanie duchowych zasobów, które mogą pomóc w przezwyciężaniu sytuacji kryzysowych. Ufna wiara religijna, w jej aspekcie psychologicznym, pełni funkcję terapeutyczną, a zatem wspomaga mechanizmy równowagi psychicznej i pomaga w konstruktywnym doświadczeniu choroby. Ciężka choroba z jednej strony łączy się z bólem i ograniczeniem funkcji cielesnych, a z drugiej przypomina o kruchości i przemijalności życia. Wówczas człowiek może poszukiwać pomocy nie tylko w przestrzeni medycznej, lecz odwoływać się także do sfery religijnej i do zasobów duchowych.

Grupę pacjentów onkologicznych charakteryzuje także dodatnia korelacja między stopniem nasilenia poczucia sensu życia a preferencją stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu oraz ujemna korelacja między stopniem nasilenia poczucia sensu życia a pre-

ferencją stylu skoncentrowanego na emocjach. Zgodnie z logoteorią Frankla poczucie sensu życia wiąże się z aktywnością w realizowaniu życiowych celów i wartości. Pacjenci onkologiczni im bardziej angażują swoje siły w rozwiązanie problemów wynikających z choroby, tym bardziej wzmacniają poczucie sensu swojego życia. Skupienie na emocjach w radzeniu sobie ze stresem onkologicznym zaciemnia perspektywę celów i wartości ważnych w życiu jednostki, które to stanowią źródło poczucia sensu życia.

Rezultaty badań zaprezentowanych w tym artykule potwierdzają tezę o wpływie sytuacji wywołanej przez chorobę onkologiczną na repertuar strategii radzenia sobie ze stresem. Ponadto wykazują istnienie istotnego związku między preferencją określonego typu zachowań zaradczych a religijnością personalną i poczuciem sensu życia. To wskazuje, że radzenie sobie ze stresem onkologicznym oraz pomoc dotycząca psychologicznych następstw choroby zagrażającej życiu powinna uwzględniać sferę noetyczno-duchową osobowości.

Wnioski płynące z badań psychologicznych mają służyć rozwojowi coraz skuteczniejszych form pomocy osobom doświadczającym cierpienia psychicznego. Wejście w czyjś świat wewnętrzny musi koniecz- nie wiązać się z akceptacją nieuchronności cierpienia. To pozwoli realnie patrzeć na kwestię pomocy osobom chorym. Nieodzowna jest także akceptacja własnych ograniczeń oraz uznanie cierpienia, żalu, lęku i innych emocji za głęboko ludzkie, naturalne doświadczenia, które mają do odegrania właściwą sobie rolę w życiu człowieka. Dlatego tym, którzy zgłębiają sekrety świata ludzkich uczuć, potrzebna jest przede wszystkim pokora wobec tajemnicy cierpienia.

Piśmiennictwo

1. Bortnowska H. Trzecia rano. W: Bortnowska H. (red.). Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Znak, Warszawa 1984: 420-429.
2. Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia. RW KUL, Lublin 1994.
3. Stawiarska P. Duchowość i jej związek ze zdrowiem w ujęciu logoteorii. Przegląd Psychologiczny 2004; 1: 47-60.
4. Jaworski R. Psychologiczne badania religijności personalnej. Zeszyty Naukowe KUL 1998; 3-4: 77-88.
5. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. Przegląd Psychologiczny 2004; 1: 15-31.
6. Kilar E, Koberzycki T. Stres onkologiczny. Wskazówki medyczne i psychologiczne. Onkologia, Świdnica 2004.
7. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom III. GWP, Gdańsk 2002; 465-492.
8. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 209-225.
9. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psycho-onkologia. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000; 23-43.

10. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 1: 187-210.
11. Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 71-102.
12. Kuczyńska A, Janda-Dębek B. Psychologiczne aspekty ciała a style radzenia sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 157-168.
13. Jachnis A. Cechy temperamentalne a style radzenia sobie ze stresem. *Studia Psychologica* 2000; 1: 53-68.
14. de Walden-Gatuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
15. Simonton C, Matthews-Simonton S, Creighton JL. *Triumf życia, możesz mieć przewagę nad rakiem*. Wydawnictwo Ravi, Łódź 2005.
16. Wirsching M. *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. GWP, Gdańsk 1994.
17. Basińska A. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 1: 109-119.
18. Szymanowska A. Psychospołeczne uwarunkowania poczucia sensu życia. *Studia z Psychologii* 1992; 4: 63-132.
19. de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M, Szawłowska-Chojnacka G i wsp. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 1994; 89-164.
20. Makselon J. *Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii*. RW KUL, Lublin 1983.
21. Wandrasz M. *Religijność a postawa wobec choroby. Badania pacjentów z chorobami nowotworowymi*. RW KUL, Lublin 1998.
22. Hall CS, Lindzey G. *Teorie osobowości*. PWN, Warszawa 2002.
23. Socha P. *Psychologia rozwoju duchowego – zarys zagadnienia*. W: Socha P (red.). *Duchowy rozwój człowieka*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000; 15-44.
24. Brady MJ, Peterman A, Fitchett G i wsp. A case for including spirituality in Quality of Life Measurement in oncology. *Psycho-Oncology* 1999; 5: 417-428.
25. Cole B, Pargament KI. Re-Creating Your Life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 5: 395-407.
26. Holland JC, Kash KM, Passik S i wsp. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 460-469.
27. Sherman AC, Simonton S, Adams DC i wsp. Measuring religious faith in cancer patients: reliability and construct validity of The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 436-443.
28. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 2002; 11: 93-102.
29. Grochowska A. Wybrane metody badania poczucia winy, poczucia kontroli, poczucia sensu życia, sympatii, empatii. W: Siek S. (red.). *Wybrane metody badania osobowości*. Wydawnictwo ATK, Warszawa 1993; 423-467.
30. Makselon J. Optymalny model poradnictwa psychologiczno-religijnego? W: Makselon J (red.). *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*. WN PAT, Kraków 2001; 59-69.
31. Moadel A, Morgan C, Fatone A i wsp. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 378-385.
32. Czapiński J. Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: Kofta M, Szutrowa T (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*. PWN, Warszawa 2001; 266-306.
33. Jaworski R. *Psychologiczne korelaty religijności personalnej*. RW KUL, Lublin 1989.