

Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych

Religious-spiritual correlates of strength of hope and meaning of life among oncology patients

Marcin Wnuk¹, Jerzy Tadeusz Marcinkowski¹, Mateusz Hędzerek¹, Sylwia Świstak-Sawa²

¹Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Koło Naukowe Diagnozy i Leczenia Uzależnień, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Psychoonkologia 2010, 1: 14–20

Adres do korespondencji:

mgr psych. Marcin Wnuk
Zakład Higieny
Uniwersytet Medyczny
ul. Rokietnicka 5 C
60-806 Poznań
e-mail: marwnuk@wp.pl

Streszczenie

Celem projektu badawczego było zbadanie, czy wśród pacjentów onkologicznych religijno-duchowe aspekty funkcjonowania są związane z poczuciem sensu życia oraz siłą nadziei. Dodatkowo sprawdzano, czy inne zmienne związane z powrotem do zdrowia pacjentów onkologicznych oraz preferowanymi przez nich wartościami są pozytywnymi lub negatywnymi korelatami poczucia sensu życia i siły nadziei.

Materiał i metody: Badaniem objęto 50 pacjentów onkologicznych trzech warszawskich klinik. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: skalę siły wiary religijnej, skalę codziennych doświadczeń duchowych, jednopytaniowe skale dotyczące częstotliwości modlitwy oraz udziału we mszy świętej, skalę poczucia sensu życia, indeks nadziei Herth oraz inne jednopytaniowe skale odnoszące się do preferowanych wartości, długości leczenia, długości choroby, liczby przyjaciół, poczucia bycia kochanym oraz poczucia bycia samotnym.

Wyniki i dyskusja: Stwierdzono pozytywne związki pomiędzy siłą nadziei i poczuciem sensu życia, częstotliwością przeżyć duchowych i siłą nadziei, częstotliwością przeżyć duchowych i wiekiem, poczuciem bycia kochanym i siłą nadziei, podobnie jak negatywne korelacje pomiędzy długością choroby i poczuciem sensu życia oraz liczbą przyjaciół. Zaobserwowano istnienie silnych pozytywnych zależności pomiędzy wszystkimi zastosowanymi miarami mającymi religijno-duchowy charakter.

Wnioski: Przeżycia duchowe odgrywają istotną rolę w przypadku nadziei pacjentów onkologicznych oraz przekonania o byciu kochanym. Długość choroby jest negatywnie związana z odnajdywaniem sensu życia oraz liczbą przyjaciół. Ponadto motywacyjne oraz behawioralne aspekty religijne są ze sobą ściśle związane, a najważniejsze wartości w życiu pacjentów onkologicznych nie są skorelowane z ich siłą nadziei oraz poczuciem sensu życia.

Abstract

The aim of the study was to verify if among oncology patients there is the relationships between religious-spiritual variables and meaning of life as well as strength of hope. Additional aim was to identify other meaning of life and strength of hope positive and negative correlates connected with recovering process and preferable values.

Material and methods: The sample consisted of 50 oncology patients recovering in three Warsaw Medical Center. The following tools were used: Santa Clara Strength of Religious Faith (SCSORF), Daily Spiritual Experiences Scale (DSES), one-item scales regarding frequency of prayer and frequency of church attendance, Purpose Inventory of Life (PIL), Herth Hope Index (HHI), other one-item scales regarding preferable values, attending to psychology, length of being treatment, length of being ill, quantity of friends, feeling of being loved and feeling of being lonely.

Results: Noticed positive relationship between strength of hope and meaning of life, frequency of spiritual experiences and strength of hope, frequency of spiritual experiences and age, feeling of being loved and strength of hope as well as negative correlations between length of being ill and meaning of life and quantity of friends. There were strong positive relationship between every used measures of religiosity.

Conclusions: Among oncology patients spiritual experiences play an important role for strength of hope the same as feeling of being loved. Duration of illness has an negative impact on meaning of life and quantity of friends. Among oncology patients motivational and behavioral aspect of religiosity are precisely connected. None of preferable patients values was not the source of hope and meaning of life.

Słowa kluczowe: duchowość, religijność, poczucie sensu życia, nadzieja.

Key words: spirituality, religiosity, meaning of life, hope.

Wstęp

Chory somatycznie jest człowiekiem cierpiącym, znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji, która zagraża ważnym personalnie wartościom, poczuciu bezpieczeństwa, a czasem nawet jego życiu [1]. Najczęstszą reakcją na sytuację chorobową jest lęk – przed śmiercią, przed przyszłością, przed nowymi myślami itp., przy czym chory ma również te wszystkie potrzeby, jakie ma zdrowy człowiek, o czym nie zawsze pamiętają lekarz czy rodzina. Choroba wywołuje potrzebę refleksji nad jej znaczeniem dla własnego życia [2].

Obok fizycznego, społecznego i psychologicznego wymiaru choroba obejmuje swym zasięgiem duchową sferę funkcjonowania pacjentów. Stan ducha jest związany z sensem, jaki chory onkologicznie nadaje doświadczanej przez siebie chorobie, rozmiarem i nasileniem cierpienia, próbą wyjaśnienia sytuacji w kategoriach religijnych [3]. Zgodnie z logoteorią Frankla odkrywanie sensu życia jest elementarną potrzebą każdego człowieka, ukierunkowując działania i aktywność jednostki na wartości, które są nosicielami sensu [4]. Przedłużająca się frustracja potrzeby sensu życia prowadzi do zjawiska pustki egzystencjalnej charakteryzującej się poczuciem apatii, monotonii, bezsensu, beznadziei i anhedonii [5]. Potrzeba odkrywania sensu życia nabiera szczególnego znaczenia w zmaganiach z chorobą nowotworową [6]. Poczucie sensu życia jest pozytywnie związane z jakością życia pacjentów onkologicznych [7]. Zgodnie z dotychczasowymi badaniami istotny korelat poczucia sensu życia stanowi religijność [8–11]. W jednym z projektów badawczych 64% kobiet z nowotworem piersi twierdziło, że wiara religijna pomaga im w odnalezieniu sensu doświadczanej choroby [12]. Wśród pacjentek ze zdiagnozowanym nowotworem piersi stwierdzono obecność pozytywnych zależności pomiędzy religijnymi

sposobami radzenia sobie ze stresem i poczuciem sensu życia [13].

Obok poczucia sensu życia, religijno-duchowe aspekty funkcjonowania odgrywają istotną rolę w przypadku nadziei osób chorych onkologicznie. U chorych ze zdiagnozowanym nowotworem zanotowano pozytywne zależności pomiędzy religijnością wewnętrzną oraz duchowym dobrostanem i nadzieją [14]. Wśród tej samej grupy badanych stwierdzono istnienie pozytywnego związku między siłą wiary religijnej oraz religijnością wewnętrzną i nadzieją [15, 16]. W badaniach Zorn nadzieja okazała się być korelatem religijnego dobrostanu [17]. W badaniach Wnuka przeprowadzonych w grupie osób należących do Anonimowych Alkoholików potwierdzono pośredniczącą rolę religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem w relacji pomiędzy siłą wiary religijnej a nadzieją oraz bezpośredni charakter związku pomiędzy częstotliwością modlitwy i siłą nadziei [18]. W psychologii nadzieja jest ujmowana jako cnota, cecha charakteru, emocja lub stan i definiowana jako wielowymiarowa, dynamiczna siła życia charakteryzowana jako pewność osiągnięcia dobra, które jest możliwe do osiągnięcia i osobście znaczące dla osoby mającej nadzieję [19]. Przyjęto założenie, że religijno-duchowe aspekty funkcjonowania pacjentów onkologicznych są związane z siłą nadziei oraz poczuciem sensu życia. Postanowiono sprawdzić, czy inne preferowane przez chorych onkologicznie wartości, takie jak dzieci, udane małżeństwo, przyjaciele, Bóg lub opatrzność, pogoda ducha i optymizm oraz zdrowie, są pozytywnymi korelatami poczucia sensu życia oraz nadziei.

Radzenie sobie z przeżyciami związanymi z chorobą nowotworową, zwłaszcza emocjami negatywnymi, z punktu widzenia leczenia i własnej walki z chorobą wydaje się koniecznym wysiłkiem w celu pokonania choroby. Z tego powodu rola psychologa na oddziale

onkologicznym może mieć znaczący wpływ na jakość życia pacjentów oraz przebieg leczenia [20]. Również wsparcie ze strony bliskich wyrażające się w doświadczeniu braku poczucia osamotnienia oraz w poczuciu bycia kochanym wydają się być czynnikami ułatwiającymi zmaganie się z chorobą nowotworową poprzez odkrywanie sensu zaistniałych sytuacji oraz wzmacnianie nadziei. Założono, że wcześniejsze lub aktualne korzystanie z porad psychologa, podobnie jak poczucie bycia kochanym oraz poczucie braku osamotnienia, mogą być pozytywnie związane z poczuciem sensu życia oraz siłą nadziei. Spodziewano się również, że dłuższemu leczeniu i dłuższemu trwaniu choroby będzie towarzyszyła mniejsza siła nadziei oraz mniejsze poczucie sensu życia.

Postanowiono również sprawdzić, czy motywacyjne aspekty religijności mają odzwierciedlenie w behawioralnej sferze funkcjonowania pacjentów onkologicznych. Założono, że silniejsza wiara religijna oraz częstsze doświadczanie przeżyć duchowych będzie pozytywnie związane z częstotliwością modlitwy oraz częstotliwością pobytu na mszy świętej.

Material i metody

Badaniem objęto 50 pacjentów onkologicznych z różnymi typami nowotworów. Badania były przeprowadzane przez psychoonkologa w warszawskim Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ulicy Banacha, warszawskim Klubie Amazonki działającym przy Centrum Onkologii oraz warszawskim Instytucie Onkologii przy ulicy Wawelskiej. Spośród badanych kobiety stanowiły 91,5%, a mężczyźni 8,5%. Wykształcenie podstawowe miało 16% badanych, 8% wykształcenie zawodowe, 44% wykształcenie średnie, 32% wykształcenie wyższe. Średnia wieku badanych wynosiła 55,16 roku (SD = 12,69). Średnia długość choroby wyniosła 2,12 roku (SD = 2,46), a średnia leczenia 2,47 roku (SD = 2,71). W czasie prowadzenia badania do psychologa uczęszczało 23,3% badanych, podczas gdy wcześniej niewiele więcej pacjentów, bo 29,5%. Wśród pacjentów onkologicznych 92% miało poczucie bycia kochanym, natomiast 22,9% czuło się osamotnione. Dla 6,1% z nich jedną z 3 najważniejszych wartości w życiu były pieniądze, dla 49% dzieci, dla 49% udane małżeństwo, dla 8,2% praca, dla 16% przyjaciele, dla 30,3% Bóg lub opatrzność, dla 12,2% pogoda ducha i optymizm, dla 6,1% uczciwość, dla 14,3% życzliwość i szacunek otoczenia, dla 2% wolność i swoboda, dla 75,3% zdrowie, dla 2% wykształcenie oraz silny charakter.

Użyto następujących narzędzi badawczych: skali codziennych doświadczeń duchowych (*Daily Spiritual Experiences Scale*), skali siły wiary religijnej (SCSORF), skali do mierzenia częstotliwości modlitwy oraz czę-

stotliwości pobytu na mszy świętej i skali sensu życia (*Purpose Inventory of Life – PIL*).

Skala sensu życia składa się z 20 pozycji dotyczących potrzeby sensu życia. Na każde z pytań respondent odpowiada, mając za zadanie zakreślenie pola mieszczącego się na kontinuum pomiędzy 1 a 7, gdzie 7 oznacza maksymalne, a 1 najmniejsze nasilenie odczucia związanego z sensem życia. Wyniki oblicza się poprzez zsumowanie odpowiedzi na wszystkie pytania. Im wyższy wynik, tym silniejsze zaspokojenie potrzeby sensu życia, im niższy, tym większa frustracja egzystencjalna. Zakres możliwych do uzyskania wyników mieści się w zbiorze pomiędzy 20 a 140 punktami [21]. Rzetelność tego narzędzia mierzona współczynnikiem korelacji *r*-Pearsona wyniosła 0,82, z poprawką Spearmana-Browna 0,90 [22]. Dla polskiej wersji skali, przy użyciu metody test-retest w odstępie pół roku, uzyskano rzetelność od 0,64 do 0,70, w zależności od badanej populacji [23].

Skala siły wiary religijnej składa się z 10 pytań dotyczących wiary religijnej, które są niezależne od prezentowanego przez badanych wyznania religijnego. Analiza czynnikowa potwierdziła, że użyte w nim pytania wchodzi w skład jednego wymiaru, który można określić jako siła wiary religijnej [24]. Rzetelność skali wynosi $\alpha = 0,94-0,96$ [25, 26]. W przeprowadzonym projekcie rzetelność skali wyniosła α -Cronbacha = 0,97.

Skala codziennych doświadczeń duchowych składa się z 16 pytań. Osoba badana udziela odpowiedzi z użyciem 6-stopniowej skali: od 1 – nigdy lub prawie nigdy, do 6 – wiele razy w ciągu dnia. Narzędzie to prezentuje zadowalające właściwości psychometryczne. Jego rzetelność, w zależności od populacji, plasuje się w granicach $\alpha = 0,86-0,95$ [27]. Analiza czynnikowa potwierdziła dwuczynnikowy charakter skali codziennych doświadczeń duchowych dla wszystkich 5 dotychczas badanych populacji [28, 29]. W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła α -Cronbacha = 0,97.

Na skali częstotliwości pobytu na mszy świętej badani zaznaczali, jak często uczestniczą we mszy świętej, mając do wyboru 5 możliwości: nigdy, z wyjątkiem chrztów, ślubów i pogrzebów; kilka razy w roku, raz w ciągu miesiąca lub dwóch, 2–3 razy w miesiącu, raz w tygodniu lub częściej.

Skala częstotliwości modlitwy zawierała następujące odpowiedzi: nigdy, czasami, raz w miesiącu, raz w tygodniu, codziennie.

Indeks nadziei Herth (HHI) jest skalą wykorzystywaną do pomiaru nadziei. Osoby badane udzielają odpowiedzi na 12 pytań, wyrażonych w czterostopniowej skali Likerta – od zdecydowanie się zgadzam (4) do zdecydowanie się nie zgadzam (1) [30]. Skala ta ma zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność skali w odniesieniu do populacji osób cho-

rych wyniosła $\alpha = 0,97$ [30]. Rzetelność badana metodą test-retest wyniosła 0,91 [30]. W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła α -Cronbacha = 0,91.

Wyniki i dyskusja

Do weryfikacji postawionych hipotez użyto pakietu statystycznego SPSS wersja 12. Wartości współczynników korelacji zaprezentowano w tab. 1. i 2.

Wśród pacjentów onkologicznych zanotowano istnienie związku o dużej sile pomiędzy poczuciem sensu życia a siłą nadziei. Nadzieja była związana tylko z jedną zmienną spośród zmiennych o charakterze religijno-duchowym w postaci częstotliwości przeżyć duchowych, a siła tego związku umiarkowana. Czas

trwania choroby, czas leczenia onkologicznego, liczba przyjaciół, podobnie jak wiek i wykształcenie, nie były związane z siłą nadziei. Również poczucie bycia osamotnionym, wcześniejsze i aktualne korzystanie z porad psychologa oraz preferowane w życiu wartości nie były skorelowane z siłą nadziei.

Wskaźnikiem, który różnicował grupę pacjentów onkologicznych pod względem siły nadziei, było poczucie bycia kochanym. Osoby mające przeświadczenie o byciu kochanym cechowała większa nadzieja niż jednostki, które nie miały takiego przeświadczenia.

Czas trwania choroby korelował z poczuciem sensu życia. Dłuższemu doświadczeniu choroby nowotworowej towarzyszył niższy poziom poczucia sensu życia. Czas trwania choroby był negatywnie związany z liczbą przyjaciół, co oznaczało, że w trakcie trwania

Tabela 1. Macierz korelacji ($n = 50$)

Table 1. Correlation matrix ($n = 50$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Siła nadziei										
2. Poczucie sensu życia	0,62*									
3. Siła wiary religijnej	0,18	0,05								
4. Częstotliwość przeżyć duchowych	0,38*	0,17	0,87*							
5. Częstotliwość pobytu na mszy świętej	0,17	0,10	0,79*	0,78*						
6. Częstotliwość modlitwy	0,14	0,03	0,87*	0,84*	0,84*					
7. Czas trwania choroby nowotworowej	-0,25	-0,40*	-0,18	0,14	0,13	-0,22				
8. Czas leczenia onkologicznego	-0,03	-0,18	-0,19	0,14	0,12	-0,27	0,80*			
9. Liczba przyjaciół	0,28	0,27	0,21	0,27	0,19	0,21	-0,31**	-0,29		
10. Wykształcenie	0,16	0,18	-0,27	-0,24	-0,10	-0,19	-0,15	-0,01	-0,13	
11. Wiek	-0,08	-0,25	-0,24	0,35**	0,23	0,26	0,25	0,05	0,19	-0,24

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Tabela 2. Nadzieja a inne wyróżnione zmienne ($n = 50$): wyniki testów χ^2

Table 2. Hope and another variables ($n = 50$): χ^2 results

	χ^2	df	p
Pomoc psychologa – obecnie	24,37	16	0,82
Pomoc psychologa – kiedyś	12,95	16	0,67
Poczucie bycia kochanym	38,35	16	0,01*
Poczucie bycia osamotnionym	20,50	16	0,25
Zdrowie jako wartość	13,86	16	0,61
Małżeństwo jako wartość	18,97	16	0,25
Dzieci jako wartość	17,14	16	0,37
Bóg i opatrność jako wartość	15,66	16	0,47
Przyjaciele jako wartość	17,77	16	0,34
Optymizm i pogoda ducha jako wartość	14,96	16	0,53

* $p \leq 0,01$

choroby zmniejsza się liczba przyjaciół pacjentów onkologicznych. Zanotowano pozytywną umiarkowaną zależność pomiędzy wiekiem i częstotliwością przeżyć duchowych. Stwierdzono istnienie silnych pozytywnych związków pomiędzy zmiennymi o charakterze religijno-duchowym.

Hipoteza stwierdzająca istnienie pozytywnych związków pomiędzy motywacyjnymi oraz behawioralnymi aspektami religijności a poczuciem sensu życia i siłą nadziei zyskała w świetle otrzymanych wyników tylko częściowe potwierdzenie. Żaden z zastosowanych behawioralnych wskaźników zaangażowania religijnego nie był związany z poczuciem sensu życia i siłą nadziei. Oznacza to, że są to formy aktywności religijnej, które nie są źródłem nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych. Również motywacyjne aspekty religijno-duchowej sfery życia badanych pacjentów w przeważającej mierze okazały się nie być czynnikami sprzyjającymi odkrywaniu nadziei oraz sensu życia. Dowiedziono jedynie, że przeżycia duchowe są elementem sprzyjającym sile nadziei, stanowiąc swoistego rodzaju zasób w radzeniu sobie z chorobą. Uzyskane wyniki są w znacznej mierze różniące w porównaniu z dotychczasowymi rezultatami badań zarówno w odniesieniu do pacjentów onkologicznych [12–16], jak i do innych grup badanych [19, 20, 31–33]. Wydaje się, że czynnikami różnicującymi projekty badawcze na te, w których otrzymano zależności pomiędzy religijnością a nadzieją, i te, w których takich związków nie stwierdzono, są przede wszystkim odmienne sposoby operacjonalizacji oraz różnice w zastosowanych narzędziach do mierzenia sfery religijno-duchowej. Religijność to pojęcie wieloaspektowe. Dodatkowo termin ten nie jest w literaturze przedmiotu precyzyjnie zdefiniowany, wywodzony z różnych podejść oraz oparty na różnych

teoriach w obrębie wielu nauk, takich jak psychologia, socjologia, medycyna czy teologia [34].

Również hipoteza mówiąca o tym, że preferowane przez pacjentów wartości wiążą się pozytywnie z siłą nadziei i poczuciem sensu życia nie zyskała potwierdzenia. Okazało się, że dzieci, udane małżeństwo, przyjaciele, Bóg lub opatrzność, pogoda ducha i optymizm, życzliwość i szacunek otoczenia oraz zdrowie nie są wartościami związanymi z poczuciem sensu oraz siłą nadziei pacjentów onkologicznych. Warty zanotowania jest fakt, że wśród 3 najważniejszych wartości aż 75,3% badanych zaznaczyło zdrowie. Zdrowie wydaje się być jedną z kluczowych wartości dla każdego człowieka. Tak znacząca liczba wskazań wśród pacjentów onkologicznych może świadczyć o tym, że choroba – będąc zagrożeniem dla zdrowia – zwiększa subiektywne znaczenie zdrowia w indywidualnej hierarchii wartości.

Przeprowadzone badania dowiodły, że potencjalne źródła wsparcia w radzeniu sobie z chorobą nowotworową, takie jak korzystanie z porad psychologa czy liczba przyjaciół, nie mają związku z odnajdywaniem sensu życia i wzmacnianiem nadziei. Pomimo tego rola psychologa w radzeniu sobie z chorobą nowotworową wydaje się bezdyskusyjna. Brak związków pomiędzy wsparciem ze strony psychologa a poczuciem sensu życia i siłą nadziei świadczy o tym, że pacjenci onkologiczni w zmaganiach z chorobą nowotworową korzystają z innych źródeł poczucia sensu i nadziei. Poza tym poprzez identyfikację i uaktywnienie potencjalnych zasobów w konfrontacji z chorobą nowotworową psychologowie mogą pośrednio przyczyniać się do poprawy jakości życia swoich pacjentów.

Pozytywnym korelatem siły nadziei okazało się poczucie bycia kochanym. Tego typu przekonanie chorego może wpływać pozytywnie na jego poczucie

Tabela 3. Poczucie sensu życia a inne wyróżnione zmienne ($n = 50$): wyniki testów χ^2

Table 3. Meaning of life and another variables ($n = 50$): χ^2 results

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Pomoc psychologa – obecnie	30,86	35	0,67
Pomoc psychologa – kiedyś	36,79	35	0,39
Poczucie bycia kochanym	50,00	38	0,09
Poczucie bycia osamotnionym	41,40	37	0,28
Zdrowie jako wartość	35,31	37	0,54
Małżeństwo jako wartość	33,66	37	0,63
Dzieci jako wartość	33,66	37	0,63
Bóg i opatrzność jako wartość	35,66	37	0,53
Przyjaciele jako wartość	28,26	37	0,85
Optymizm i pogoda ducha jako wartość	38,16	37	0,42

bezpieczeństwa, redukcję lęku, pewność, że w trudnej sytuacji można liczyć na wsparcie osoby kochanej, zaangażowanie w dalsze zmagania się z chorobą oraz ich sens.

Przeprowadzone badania dowiodły, że w perspektywie trwania choroby nowotworowej zgodnie z oceną chorego zmniejsza się liczba osób, które określa mianem swoich przyjaciół, oraz pojawiają się trudności w odkrywaniu sensu życia. Sens życia nie jest czymś danym raz na zawsze. Jego odkrywanie to swoistego rodzaju zadanie w kontekście każdej sytuacji życiowej. Choroba nowotworowa może być elementem utrudniającym zdolność do odkrywania sensu życia poprzez spadek nastroju, niemożność realizowania zadań i ról życiowych, lęk przed śmiercią czy inne negatywne konsekwencje, do których prowadzi. Subiektywne odczucie spadku liczby przyjaciół towarzyszące chorobie nowotworowej może być skutkiem ograniczeń w zakresie aktywności życiowej, zaangażowania w leczenie, które zmniejsza możliwość podtrzymywania bliskich relacji z innymi ludźmi, zmiany hierarchii wartości i redefinicji celów życiowych czy wycofania się z niektórych związków z innymi ludźmi.

Otrzymane wyniki potwierdziły tezę o spójności postawy religijnej pacjentów onkologicznych. Analogicznie jak u studentów, siła wiary religijnej u chorych na nowotwór ma odzwierciedlenie w częstotliwości modlitwy, częstotliwości pobytu na mszy świętej oraz częstotliwości przeżyć duchowych. Duża siła wzajemnych związków pomiędzy tymi zmiennymi świadczy o tym, że tak samo jak wśród studentów w przypadku pacjentów onkologicznych możemy mówić o integralnej sferze religijno-duchowej, a nie odrębnych aspektach religijnych i duchowych ich funkcjonowania [35]. W literaturze przedmiotu religijność jest traktowana albo jako tożsama z duchowością, albo jako pojęcie w pewnej mierze zbieżne, a w innej odmienne od duchowości [35]. Ze względu na wieloaspektowy charakter obu terminów rozstrzygnięcie tej kwestii jest zadaniem szczególnie trudnym i zawiłym. Z jednej strony u osób dojrzałych religijnie przeżycia duchowe są konsekwencją ich religijności przejawiającej się we wszystkich aspektach ich funkcjonowania, z drugiej zaś aktywność sfery duchowej może być skutkiem realizacji innych wartości życiowych, które mają pozasakralny charakter, takich jak tożsamość, przynależność, zdrowie czy dobrostan [36].

Okazało się, że starsi pacjenci onkologiczni doświadczać częściej przeżyć duchowych niż ich młodsi odpowiednicy. Nie stwierdzono natomiast istnienia korelacji pomiędzy praktykami religijnymi, takimi jak modlitwa oraz pobyt na mszy świętej, a siłą nadziei.

Przeprowadzone badania niosą ze sobą liczne implikacje natury praktycznej. Identyfikacja pozytywnych korelatów nadziei i poczucia sensu życia jest ważnym elementem dla procesu radzenia sobie z choro-

bą nowotworową. Nadzieja to główny czynnik leczący podczas terapii [37], a umiejętność odkrywania sensu życia prowadzi do poczucia szczęścia [38]. Obie te zmienne można potraktować jako kluczowe elementy jakości życia i dobrostanu pacjentów onkologicznych. Dalsza weryfikacja zmiennych ułatwiających kształtowanie nadziei oraz poczucia sensu życia u jednostek doświadczających choroby nowotworowej może przyczynić się do poprawy jakości oraz skuteczności pracy psychoonkologów. Osoby zajmujące się terapią mogą wykorzystać wiedzę na temat czynników sprzyjających odnajdywaniu sensu życia oraz kształtowania nadziei w celu optymalizacji procesu leczenia i adaptacji do choroby.

Wnioski

1. Dużej sile nadziei pacjentów onkologicznych towarzyszy wysoki poziom poczucia sensu życia.
2. Przeżycia duchowe odgrywają istotną rolę w przyпадku siły nadziei pacjentów onkologicznych oraz przekonania o byciu kochanym.
3. Długość choroby jest ujemnie skorelowana z odnajdywaniem sensu życia oraz liczbą przyjaciół pacjentów onkologicznych.
4. Motywacyjne oraz behawioralne aspekty religijne pacjentów onkologicznych są ze sobą silnie związane, stanowiąc o spójności ich postawy religijnej.
5. Najważniejsze wartości w życiu pacjentów onkologicznych nie są związane z ich siłą nadziei oraz poczuciem sensu życia.

Piśmiennictwo

1. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 1: 77-99.
2. Kowalik S. Jakość życia pacjentów w procesie leczenia. W: Waligóra B. (red.). *Elementy psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1995; 27-45.
3. Stelcer B. Psychologiczny wymiar pojęcia jakości życia. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia* 1997; 11: 156-160.
4. Frankl V. *Homo Patiens*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998.
5. Frankl V. Egzystencjalna pustka. *Życie i myśl* 1973; 5: 46-51.
6. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
7. Majkovicz M, de Walden-Gatuszko K, Trojanowski L. Rola oceny funkcjonowania społecznego, psychicznego i doświadczenia duchowego w globalnej ocenie jakości życia (w świetle badań kwestionariusza QLQ-C30 i PIL – propozycje modyfikacji kwestionariusza). *Psychoonkologia* 1997; 1: 78-85.
8. Fletcher SK. Religion and life meaning: differentiating between religious beliefs and religious community in constructing life meaning. *Journal of Aging Studies* 2004; 18: 171-185.
9. Prager E. Exploring personal meaning in an age-differentiated australian sample: another look at the Sources of Meaning Profile (SOMP). *Journal of Aging Studies* 1996; 10: 117-136.
10. Prężyna W. *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. Rada Wydawnictw KUL, Lublin 1981.

11. Stuckey JC. Faith, aging and dementia. Experiences of Christian, Jewish, and non-religious spousal caregivers and older adults. *Dementia* 2003; 2: 337-352.
12. Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 408-416.
13. Jim HS, Richardson SA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Strategies used in coping with cancer diagnosis predict meaning of life for survivors. *Health Psychology* 2006; 25: 753-761.
14. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24: 663-671.
15. Mickley J, Soeken K. Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1993; 20: 1171-1177 (abstract).
16. Herth K. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1989; 16: 67-72 (abstract).
17. Zorn CR. Religious well-being in noninstitutionalized elderly women. *Health Care for Women International* 1997; 18: 209-219.
18. Wnuk M. Rola religijności dla nadziei Anonimowych Alkoholików. *Polskie Forum Psychologiczne* 2008; 13: 33-49.
19. Wnuk M. Porównanie poziomu nadziei oraz psychologicznego dobrostanu Anonimowych Alkoholików i studentów. *Psychiatria* 2008; 5: 134-143.
20. de Walden Gatuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Meyza J (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 77-82.
21. Cekiera Cz. Toksykomania: narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm. Państwowe Wydawnictwa Naukowe, Warszawa 1985.
22. Crumbaugh JC, Maholic LT. An experimental study an existentialism, the psychometric approach to Frank's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol* 1964; 20: 200-207.
23. Siek S. Wybrane metody badania osobowości. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1993.
24. Lewis ChA, Shevlin M, McGuckin C, Navratil M. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: confirmatory factor analysis. *Pastoral Psychology* 2001; 49: 379-384.
25. Plante TG, Boccaccini MT. Reliability and Validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology* 1997; 45: 429-437.
26. Plante TG, Boccaccini MT. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology* 1997; 45: 375-387.
27. Loustalot F, Wyatt SB, Boss B, May W, McDyess T. Psychometric Examination of the Daily Spiritual Experiences Scale. *J Cult Divers* 2006; 13: 162-167.
28. Kalkstein R, Tower RB. The Daily Spiritual Experiences Scale and well-being: Demographic comparisons and scale validation with older Jewish adults and a diverse internet sample. *J Relig Health* 2008; 48: 402-417.
29. Underwood LG, Teresi JA. The Daily Spiritual Experiences Scale: development, theoretical, description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Annals of Behavioral Medicine* 2002; 24: 22-33.
30. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992; 17: 1251-1259.
31. Francis LJ. The relationship between bible reading and purpose in life among 13-15 year olds. *Mental Health, Religion and Culture* 2000; 1: 27-36.
32. Francis LJ, Burton L. The influence of personal prayer on purpose in life among catholic adolescents. *Journal of Beliefs and Values* 1994; 15: 6-9.
33. Francis LJ, Evans TE. The relationship between personal prayer and purpose in life among churchgoing and non-churchgoing twelve-to-fifteen-year-olds in the UK. *Religious Education* 1996; 99: 9-21.
34. Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: Review and critique. *J Relig Health* 2008; 47: 134-163.
35. Wnuk M. Porównanie egzystencjalnych oraz religijno-duchowych aspektów funkcjonowania studentów oraz osób uzależnionych od alkoholu. *Roczniki Psychologiczne* 2008; 11: 175-189.
36. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A meta-analysis of the relationships between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research* 2005; 72: 153-188.
37. Wnuk M. Nadzieja a poczucie jakości życia Anonimowych Alkoholików. W: Gawor A, Głębocka A (red.). *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008; 75-90.
38. Frankl V. Paradoxy szczęścia. *Życie i myśl* 1977; 1: 33-45.