

System wartości osobistych w życiu młodzieży chorej onkologicznie

The system of personal values in the life of oncologically ill youths

Aleksandra Tobota

Klinika Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Psychoonkologia 2013; 3: 98–104

Adres do korespondencji:

Aleksandra Tobota
Klinika Chirurgii Onkologicznej
Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka
ul. Kasprzaka 17 A
01-211 Warszawa
tel. 693 367 321
e-mail: aleksandra.tobota@imid.med.pl

Streszczenie

Wartości osobiste osób z chorobą nowotworową to przedmiot dociekań wielu psychologów. Na podstawie badań przedstawionych w artykule ukazano różnice w wybieranych wartościach osobistych młodzieży chorej onkologicznie (50 osób) i młodzieży zdrowej (40 osób) w wieku 18–20 lat. Wykorzystano Listę Wartości Osobistych Juczyńskiego. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzono, że symbol wartości zdrowia i wartość dobrego zdrowia stanowią najbardziej istotną różnicę w grupach osób chorych i zdrowych. Dla osób zdrowych jest to większa i częściej wybierana wartość osobista niż dla chorych. Ten wynik jest zaprzeczeniem dotychczasowych założeń. Może to wynikać z etapu leczenia choroby, z małego zróżnicowania chorób nowotworowych w grupie lub z innych przyczyn. W przyszłości w celu weryfikacji i porównania wyników warto rozszerzyć grupę badawczą i zwrócić uwagę na powyższe czynniki.

Abstract

Personal values in a neoplastic disease have been the subject of numerous psychological studies. The study presented here shows differences in personal values selected by oncologically ill youths (50 people) and healthy youths (40 people), aged 18-20. The study made use of Juczyński's List of Personal Values. Results reveal that the value of good health and symbols while for the healthy constitutes the most essential difference between the ill/healthy groups. For the ill, it is the performance of favourite work, profession and successful family life that are the most significant symbols while for the healthy it is first and foremost good health and for the healthy it is a greater and more frequently chosen personal value than for the ill in this age group. This result stands in stark contradiction to earlier presumptions and research. It might have resulted from the selection of people for the study or from other, unknown factors. It would be worthwhile in future research to extend the study group in order to verify and compare the findings.

Słowa kluczowe: wartości życiowe, młodzież, pacjenci onkologiczni, nowotwór/rak.

Key words: personal values, youths, oncological patients, neoplasm/cancer.

Wprowadzenie

Choroby przewlekłe diagnozuje się u ludzi w różnym wieku. Jedne przebiegają łagodnie, inne burzliwie. Niektóre trwają od urodzenia, inne poja-

wiają się bardziej gwałtownie w różnych okresach życia. Choroba zaburza porządek duchowy i psychiczny, ponieważ chory nie może realizować swoich potrzeb, aspiracji, marzeń, planów w takim wymiarze, jakby tego pragnął. Odczuwa lęk, nie-

pokój, przygnębienie, rozdrażnienie, pustkę i inne stany emocjonalne.

Polskojęzyczna literatura medyczna definiuje choroby długoterminowe jako trwałe, nieodwracalne, postępujące zmiany uszkadzające ustrój, obniżające permanentnie jego wydolność i sprawność, głównie w stanach ostrych, a także przewlekłych, jako jeden i ten sam ustawicznie trwający proces wyniszczania [1]. Proces radzenia sobie w nowej sytuacji nazywa się adaptacją. Nie oznacza ona biernego dopasowania się do zaistniałych wymagań poprzez zmiany zachowania (np. bierne podporządkowanie się zaleceniom lekarza), lecz twórczą reakcję na występujące utrudnienia i zagrożenia, która w efekcie doprowadzi do korzystnego bilansu zysków i strat, powodując przewartościowanie dotychczasowego życia i poszukiwanie jego nowego sensu [2].

Niniejszą pracę poświęcono grupie młodzieży 18–20-letniej z rozpoznaniem choroby nowotworowej (nowotwory kości). Badania zostały przeprowadzone w 2006 r. w Klinice Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

Pojęcie wartości osobistych ma charakter interdyscyplinarny, dlatego w części teoretycznej poruszano się w obszarze psychologii zdrowia i choroby, psychologii religii i filozofii, które to nauki pozwoliły na szersze scharakteryzowanie pojęcia wartości osobistych. Badania miały na celu pokazanie różnic w wybieranych wartościach osobistych młodzieży chorej onkologicznie i zdrowej.

Wartości osobiste osób z chorobą długoterminową

Zdrowie i chorobę można rozpatrywać jako wartości. Zdrowie to wartość pozytywna, a zdecydowanym przeciwieństwem zdrowia, czyli wartością negatywną, jest choroba. Według WHO zdrowie oznacza pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak problemów medycznych [3].

Zdrowie i sprawność są wartościami wpajanyimi człowiekowi od najmłodszych lat życia. Większość ludzi umieszcza je najwyżej w swojej hierarchii wartości. Utrata zdrowia, zwłaszcza długotrwała, stanowi dla człowieka ogromne źródło stresu i frustracji. Zdrowie i sprawność są także wartościami, których rodzice pragną dla swoich dzieci. Naturalnym zjawiskiem jest dążenie każdego kochającego rodzica do jak najlepszego zabezpieczenia zdrowia i sprawności swojego dziecka [4].

Człowiek chory do wartości może podchodzić inaczej niż zdrowy. Samo pojęcie „choroba” (choroba długoterminowa, cierpienie) – czyli sytuacja kryzysu – ma wyraźną negatywną konotację. Potocznie

uważa się, że człowiek cierpiący nie może optymalnie funkcjonować, traci zdolność trafnego oceniania otaczającego świata, swoją uwagę skupia na negatywnych emocjach i co za tym idzie – ogranicza kontakty społeczne lub z nich rezygnuje. Nasuwa się spostrzeżenie, że w rzeczywistości kryzys jest naturalnie wpisany w okoliczności życia, a według *Leksykonu psychiatrii* sytuacje kryzysowe stanowią czynniki pobudzające rozwój jednostki [5]. Jednym z najpoważniejszych kryzysów jest oczywiście śmierć bliskiej osoby, śmierć dziecka czy ciężka choroba.

Termin „kryzys” pochodzi od greckiego słowa *krisis* oznaczającego moment rozstrzygający, punkt zwrotny, okres przełomu, a także doświadczenie lub próbę. Kryzys cechuje się wysokim poziomem napięcia emocjonalnego. W znaczeniu medycznym jest to moment zwrotny w procesie choroby, gwałtowna zmiana. Kryzys w aspekcie psychologicznym oznacza zawsze stan nierównowagi, mający znaczenie przełomowe w tym sensie, że wymaga natychmiastowych rozstrzygnięć i rozwiązań. Rozstrzyga się tu stan zdrowia człowieka, jakość relacji społecznych, kierunek i sens jego dalszego życia. Stany kryzysu charakteryzuje dynamika i etapowość przebiegu. Kryzys zawsze rozpoczyna się napięciem, kończy ostrą fazą napięcia, jeśli nie zostanie rozwiązany. W przeciwnym wypadku kończy się powodzeniem – osiągnięciem dojrzałości duchowej. Stąd można wnioskować, że sytuacje kryzysowe pobudzają rozwój osobowości. Mimo zaburzenia równowagi wewnętrznej, kryzys stwarza też warunki do zwiększenia dojrzałości psychicznej i duchowej [6]. Zasadne jest zatem wskazanie na pozytywne aspekty choroby – przenosi ona uwagę człowieka z rzeczy przyziemnych na te ostatecznie ważne.

Człowiek chory nieraz staje w obliczu dramatycznej konieczności zrewidowania systemu wartości, na którym się dotąd opierał. W przypadku choroby ostrej największym pragnieniem staje się odzyskanie zdrowia, natomiast w chorobie długoterminowej dokonuje się przewartościowanie celów, nierzadko następuje ich ograniczenie i rezygnacja z celów niemożliwych do osiągnięcia. Skutkiem zmiany celów jest ponowne zagłębienie się w siebie i w swoje obecne możliwości oraz ustalenie nowych dążeń, często natury egzystencjalnej, które są możliwe do osiągnięcia mimo ograniczeń fizycznych. Choroba bywa próbą, która może człowieka złamać lub wydzwignąć z rozpacz i odkryć nowe perspektywy, przyspieszyć jego dojrzewanie i rozwój. Właśnie tak dzieje się u młodzieży. Jest to ogromny cios, nagle zmiana życia, planów. Trzeba szybko dorosnąć i nagle odnaleźć się w innym życiu. Podstawą jest dostrzeżenie głębszego sensu w zmaganiach z życiem, cierpieniem. Czysto ludzkie cele i wartości, zwykle wystarczające, by nadać życiu sens w nor-

malnych warunkach, okazują się niedostateczne, by zlikwidować tak bardzo dotkliwe w ciężkiej chorobie uczucie niesprawiedliwości, samotności, krzywdy i lęku. W takich momentach wielu osobom spokoju i głębokiej nadziei dodaje wiara płynąca z przekonań duchowych [7].

W sytuacji choroby nowotworowej szczególnie istotne stają się pytania o sens życia, choroby, o wolność, nieśmiertelność. Dużą pomocą okazują się w tych wypadkach metody znanego psychiatry Viktora Frankla [8], który wprowadził do psychoterapii tzw. logoterapię – leczenie dezadaptacji poprzez poszukiwanie sensu życia i jego realizacja w sytuacji m.in. choroby, zagrożenia, śmierci.

Nawiązując do powyższych rozważań, można stwierdzić, że ból i cierpienie zawsze pozostawiają po sobie ślad. Wymiar cierpienia wykracza poza nasze ludzkie doświadczenia i wyobrażenia. Jeżeli chory i osoby opiekujące się nim biorą to pod uwagę, chory może wypracować swój indywidualny plan przekształcenia cierpienia w wartości twórcze. Może przemienić cierpienie w miłość i poczuć zdumiewającą wewnętrzną wolność.

Metodyka i cel badania

Przedmiotem badania były poglądy i opinie na temat wyznawanych wartości życiowych dwóch środowisk: młodzieży chorej onkologicznie (nowotwory złośliwe kości) oraz zdrowej w wieku 18–20 lat. Głównym celem było zbadanie różnic w systemie wartości życiowych młodzieży chorej onkologicznie i młodzieży zdrowej.

Postawiono następujące pytanie badawcze: Jakie są różnice w najważniejszych wartościach osobistych wybieranych przez młodzież chorą onkologicznie i młodzież zdrową? W celu weryfikacji pytania badawczego postawiono następującą hipotezę główną: Wartości życiowe wybierane przez młodzież chorą onkologicznie będą się różniły od wartości młodzieży zdrowej. Postawiono także dwie hipotezy szczegółowe: 1) Osoby chore i zdrowe różnią się w zakresie ważności symboli określających wartości życiowe; 2) Osoby chore i zdrowe różnią się w zakresie ważności wartości życiowych.

Tabela 1. Charakterystyka grup. Proporcja kobiet i mężczyzn w zależności od badanej grupy

Table 1. Characteristics of groups. Men-women ratio according to group

Grupa	Płeć		Razem
	mężczyzna	kobieta	
chorzy	22	28	50
zdrowi	12	28	40
razem	34	56	90

Zmienną niezależną jest zdrowie i choroba nowotworowa, a zmienna zależna to wybór wartości życiowych. Badania pomogą ustalić różnice w wybieranych wartościach osobistych młodzieży chorej onkologicznie i młodzieży zdrowej.

Ze względu na wrażliwy temat przeprowadzone badania mają charakter częściowo eksploracyjny, głównie w części dotyczącej młodzieży chorej przewlekłe. Przyjęto metodę sondażu diagnostycznego na większej próbie, która jest używana do wyjątkowych charakterystyk, opracowań wybranych fragmentów rzeczywistości. W pedagogice społecznej, psychologii i nie tylko jest on jedną z głównych metod badawczych i może być przeprowadzany za pomocą wielu technik, np. obserwacji, ankiety, wywiadu. Sondaż diagnostyczny umożliwia uzyskanie odpowiedzi na zadane wcześniej pytania badawcze. Metoda ta pozwala także uszanować prywatność chorych oraz ich rodzin.

Osoby badane to dwie grupy młodzieży liczące razem 90 osób w wieku 18–20 lat, średnia wieku w próbie wyniosła 18,66 roku (SD = 0,76). W grupie I znalazło się 50 osób, byli to pacjenci Oddziału Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. O selekcji zdecyduje jeden główny czynnik: rozpoznanie medyczne choroby nowotworowej – nowotworu złośliwego kości. Do grupy II włączono 40 osób, młodzież z ostatniej klasy szkół średnich i pierwszego roku studiów (w zależności od wieku badanych w grupie I, ponieważ chodziło o to, aby rozkład wieku i płci był zgodny z grupą badawczą). Charakterystykę grup badanych oraz proporcje kobiet i mężczyzn wśród osób zdrowych i chorych przedstawia tabela 1.

Badanie było częściowo grupowe, a częściowo indywidualne. Młodzież chora onkologicznie została zbadana indywidualnie w salach szpitalnych. Młodzież zdrową badano grupowo, najczęściej w salach szkolnych, ale również indywidualnie.

W celu zweryfikowania hipotezy badawczej podczas badania posłużono się narzędziem badawczym: Lista Wartości Osobistych Juczyńskiego [9], składającym się z dwóch części. Pierwsza część zawiera 9 symboli szczęścia. Druga część składa się z 10 kategorii wartości osobistych, wśród których jest dobre zdrowie rozumiane w kategoriach psychicznych oraz fizycznych. Badanie może być przeprowadzone grupowo lub indywidualnie.

Celem badania była ocena znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiągnięcie ważnych dla siebie wartości jest utożsamiane z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia. Lista Wartości Osobistych to narzędzie skonstruowane do badania dzieci i młodzieży, a także dorosłych. Stosuje się ją zarówno

u osób chorych, jak i zdrowych. Badanie pozwala na śledzenie zmian w wartościowaniu zdrowia m.in. w przebiegu procesu terapii i rehabilitacji. Objasniając sposób obliczania wyników, należy zastosować następującą procedurę: wybranym pięciu symbolom szczęścia oraz wartościom osobistym przypisuje się punkty, po ich zliczeniu można porównać wynik z wynikami reprezentacyjnymi próbki dzieci i młodzieży (przedstawionymi w podręczniku w tabelach) lub samodzielnie, poprzez staranne obliczenia statystyczne, wyłonić najważniejszy symbol wartości i najważniejszą wartość, dokonać rozróżnienia, czy są to wartości materialne czy niematerialne, a także porównać umiejscowienie wartości zdrowia między grupami [9].

Do weryfikacji hipotezy posłużono się serią testów *t* dla prób niezależnych oraz testami *U* Manna-Whitneya, jeśli nie było spełnione założenie o normalności rozkładu dla zmiennych zależnych. Opracowując statystycznie wyniki i wyciągając wnioski, posłużono się analizą ilościową i jakościową, które dopełniły się wzajemnie.

Wyniki

Analizy danych dokonano przy wykorzystaniu pakietu IBM SPSS Statistics 12.0 for Windows.

Poniższy tekst empiryczny jest dość szczegółową odpowiedzią na postawione wcześniej hipotezy i pytanie badawcze. Przedstawiono w nim opis analizowanych zmiennych oraz zweryfikowano hipotezy główne i szczegółowe. Sprawdzone, czy dość mała próba zdrowych mężczyzn (12) wpływa na zaburzenie proporcji w próbach, ale nie zanotowano istotnych różnic $\chi^2(1) = 1,85; p = 0,17$. Można było zatem założyć proporcjonalne rozłożenie płci w zależności od bycia chorym lub zdrowym.

Najważniejsze wartości życiowe zbadano za pomocą Listy Wartości Osobistych Juczyńskiego [9]. Zdaniem tego autora najważniejsze wartości to te, które podczas wypełniania kwestionariusza znalazły się na pierwszych miejscach (1 – najważniejsza, 5 – najmniej ważna).

W tabeli 2. zestawiono wybrane oraz najczęściej wybierane i uznawane za najważniejsze symbole wartości osobistych bez względu na grupy. Najczęściej typowanym symbolem wartości była pierwsza odpowiedź z kwestionariusza, czyli duży krąg przyjaciół (90). Najrzadziej wybierany był symbol sławy i popularności (13). Natomiast w sytuacji oceny ważności symbolu wartości jako najważniejszy wytypowano właśnie sławę i popularność (4,38), a najmniej ważny – symbol dobre zdrowie (2,14).

Tabela 3. zawiera zestawienie wartości najczęściej wybieranych oraz uznanych za najważniejsze (od 1 do 5) bez podziału na grupy. Zauważono, że najczęściej typowaną wartością była miłość i przyjaźń (89) oraz dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna (85), natomiast najrzadziej wybieraną wartością osobistą z listy była inteligencja i bystrość umysłu (13). W sytuacji oceny ważności, jako najważniejszą typowano wartość łagodny wygląd zewnętrzny, prezencja (4,5), a najmniej ważną okazała się wartość najczęściej wybierana, czyli miłość i przyjaźń (2,30).

Wyniki służące weryfikacji hipotez nie były analizowane ze względu na wiek, gdyż uważano, że bardziej istotna jest analiza ze względu na wyodrębnione grupy młodzieży.

W celu weryfikacji hipotezy głównej: Wartości życiowe wybierane przez młodzież chorą onkologicznie będą się różniły od wartości młodzieży zdrowej, zbadano wybór najważniejszych wartości i symboli wartości w grupach młodzieży chorej i zdrowej,

Tabela 2. Wybierane symbole wartości oraz ważność owych symboli niezależnie od grupy
Table 2. Selected symbols of values and the importance of the symbols irrespective of the group

Cecha – szczęście	Przypadki wystąpień	Odsetek udzielonych odpowiedzi	Odsetek osób odpowiadających	Ważność	
				średnia	odchylenie standardowe
duży krąg przyjaciół	90	19,9	100,0	2,42	1,09
udane życie rodzinne	73	16,2	81,1	3,27	1,23
wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	54	11,9	60,0	3,22	1,29
sukcesy w nauce, pracy	28	6,2	31,0	2,77	1,55
dobre zdrowie	81	17,9	90,0	2,14	1,33
bycie potrzebnym dla innych ludzi	38	8,4	42,2	3,55	1,13
dobre warunki materialne	23	5,1	25,6	3,82	1,34
życie pełne przygód, podróży	52	11,5	57,8	3,65	1,51
sława, popularność	13	2,9	14,4	4,38	0,96
razem	452	100,0	502,2		

Tabela 3. Wybierane wartości życiowe oraz ważność tych wartości niezależnie od grupy
Table 3. Selected personal values and the importance of these values irrespective of the group

Cecha – wartości	Przypadki wystąpień	Odsetek udzielonych odpowiedzi	Odsetek osób odpowiadających	Ważność	
				średnia	odchylenie standardowe
miłość, przyjaźń	89	19,6	98,9	2,30	1,09
dobrze zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	85	18,7	94,4	2,56	1,36
poczucie humoru, dowcip	48	10,5	53,3	2,95	1,42
inteligencja, bystrość umysłu	13	2,9	14,4	3,30	1,31
wiedza, mądrość	25	5,5	27,8	3,68	1,37
radość, zadowolenie	58	12,7	64,4	3,31	1,53
odwaga, stanowczość	45	9,9	50,0	3,06	1,22
dobroć, delikatność	44	9,7	48,9	3,23	1,40
łagodny wygląd zewnętrzny, prezencja	22	4,8	24,4	4,05	0,82
bogactwo, majątek	26	5,7	28,9	4,03	1,45
razem	455	100,0	505,6		

Tabela 4. Różnice w zakresie ważności symboli wartości życiowych między osobami zdrowymi i chorymi
Table 4. Differences in the significance of personal value symbols between the healthy and the ill

Cecha	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość testu	df	p
udane życie rodzinne	chorzy	3,53	1,18	U = 172,00		< 0,01
	zdrowi	2,93	1,23			
wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	chorzy	3,70	1,02	U = 139,50		< 0,01
	zdrowi	2,62	1,37			
dobrze zdrowie	chorzy	1,45	0,65	t = 6,33	41	< 0,001
	zdrowi	3,15	1,43			

Tabela 5. Różnice w zakresie ważności wartości życiowych wśród osób zdrowych i chorych
Table 5. Differences in the significance of personal values between the healthy and the ill

Cecha	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość testu	df	p
miłość, przyjaźń	chorzy	2,10	0,93	t = 1,95	68	< 0,055
	zdrowi	2,56	1,23			
dobrze zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	chorzy	2,00	1,00	t = 4,57	63	< 0,001
	zdrowi	3,26	1,44			
poczucie humoru, dowcip	chorzy	3,55	0,93	U = 139,50		< 0,01
	zdrowi	2,19	1,60			
radość, zadowolenie	chorzy	4,13	1,28	U = 172,00		< 0,01
	zdrowi	2,71	1,44			

a następnie sprawdzano, czy są to wartości materialne czy niematerialne, i porównano umiejscowienie wartości zdrowia w owych grupach. Aby potwierdzić hipotezę główną, dokonano weryfikacji dwóch hipotez szczegółowych, które stanowią rozróżnienie symboli wartości osobistych i wartości osobistych.

Pierwsza hipoteza szczegółowa: Osoby chore i zdrowe różnią się w zakresie ważności symboli wartości życiowych. Do weryfikacji tej hipotezy posłużono się serią testów *t* dla prób niezależnych oraz testami *U* Manna-Whitneya, gdzie nie było spełnione założenie o normalności rozkładu dla

zmiennych zależnych. Zestawienie istotnych statystycznie różnic przedstawia tabela 4. Analizując dane zaprezentowane w tej tabeli, zauważono, że istnieje istotna różnica symbolu wartości życiowej – udane życie rodzinne. Dla młodzieży chorej jest on symbolem o większej wartości niż dla zdrowej. Symbol wartości wykonywania ulubionej pracy, zawodu jest bardziej ważny dla młodzieży chorej niż zdrowej, a dobre zdrowie to symbol bardziej istotny dla osób zdrowych. Dla chorych zdecydowanie najważniejsze symbole wartości to wykonywanie ulubionej pracy, zawodu (3,70), a także udane życie rodzinne (3,53). W przypadku osób zdrowych zdecydowanie najważniejszy symbol wartości to przede wszystkim dobre zdrowie (3,15). Symbol tej wartości stanowi najbardziej istotną różnicę pomiędzy grupami, $p < 0,001$.

Druga hipoteza szczegółowa: Osoby chore i zdrowe różnią się w zakresie ważności wartości życiowych. Weryfikując tę hipotezę, podobnie jak wcześniej, posłużono się serią testów t dla prób niezależnych oraz testami U Manna-Whitneya, gdzie nie było spełnione założenie o normalności rozkładu dla zmiennych zależnych. W tabeli 5. zaprezentowano zestawienie różnic istotnych statystycznie. Analiza danych przedstawionych w tabeli wskazuje, że istnieje istotna różnica wartości życiowej – miłość i przyjaźń. Dla chorych jest to mniejsza wartość niż dla zdrowych. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna to wartość ważniejsza dla osób zdrowych niż chorych, a poczucie humoru to wartość bardziej istotna dla chorych niż dla zdrowych. Podobnie radość i zadowolenie. Ponadto dla osób chorych zdecydowanie najważniejsze wartości to radość i zadowolenie (4,13), a także poczucie humoru, dowcip (3,55). W przypadku osób zdrowych zdecydowanie najważniejsze wartości osobiste to przede wszystkim dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna (3,26), a także miłość i przyjaźń (2,56). Wartość dobrego zdrowia stanowi najbardziej istotną różnicę pomiędzy grupami, $p < 0,001$.

Hipotezy szczegółowe zostały potwierdzone w pewnych obszarach, więc hipoteza główna również zyskała potwierdzenie w pewnych obszarach, tzn. że istnieją istotne różnice w wybieranych najważniejszych wartościach i symbolach wartości pomiędzy grupami młodzieży chorej i zdrowej, lecz nie ma różnicy w wartościach materialnych i niematerialnych, jak wynika z tabel 4. i 5., ponieważ obie grupy wybierały częściej wartości niematerialne. Pod tym względem nie zanotowano istotnych różnic między grupami. W odwołaniu do umiejscowienia wartości zdrowia wśród innych wartości stwierdzono, że dla tej grupy osób zdrowych jest to większa i częściej wybierana wartość osobista niż dla grupy chorych, co może być pewnego rodzaju

paradoksem w związku z przekonaniem, że zdrowie docenia się w chorobie.

Dyskusja i wnioski

Problem badawczy dotyczył kwestii wartości życiowych. Przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki badań empirycznych miały na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie badawcze: Czy wartości osobiste wybierane przez młodzież chorą onkologicznie będą się różniły od wartości życiowych młodzieży zdrowej? Na podstawie analiz przeprowadzonych badań stwierdzono, że dla osób chorych zdecydowanie najważniejsze symbole wartości to wykonywanie ulubionej pracy, zawodu i udane życie rodzinne. Natomiast u osób zdrowych zdecydowanie najważniejsze symbole wartości to głównie dobre zdrowie. Symbol tej wartości stanowi najbardziej istotną różnicę między grupami osób chorych i zdrowych. Jeśli chodzi o wartości osobiste, a nie symbole wartości, dla młodzieży chorej zdecydowanie najważniejsze są radość i zadowolenie, a także poczucie humoru, dowcip. Może to wynikać z wieku osób badanych, w którym akceptowalne jest zachowanie polegające na deprecjowaniu istotności wydarzeń poprzez traktowanie ich jako żart. Może to być mechanizm obronny, szczególnie w początkowej fazie choroby, który może pomóc w trudnych chwilach. W przypadku osób zdrowych zdecydowanie najważniejsze wartości osobiste to dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna, a także miłość i przyjaźń. Podczas badań w latach 1997 i 2003 uzyskano podobne wyniki, wówczas m.in. miłość i przyjaźń były najważniejszymi wartościami [10]. Wartość dobrego zdrowia stanowi najbardziej istotną różnicę między badanymi grupami.

Podsumowując – hipoteza główna zyskała potwierdzenie w pewnych obszarach: istnieją różnice w wybieranych najważniejszych wartościach i symbolach wartości osobistych pomiędzy grupami młodzieży chorej i zdrowej. Jest to zgodne z obserwacjami z literatury psychologicznej i z teorią Motyki [7], według której człowiek chory w obliczu cierpienia staje w konieczności zrewidowania dotychczasowego systemu wartości. Potwierdzają to również tacy autorzy, jak Sęk [5]. Nie zanotowano istotnej różnicy w wartościach materialnych i niematerialnych – obie grupy wybierały częściej wartości niematerialne.

Zwracając uwagę na umiejscowienie zdrowia wśród innych wartości, stwierdzono, że dla osób zdrowych jest to większa i częściej wybierana wartość osobista niż dla chorych. Ten wynik w badanej grupie wiekowej jest zaskoczeniem. Może to wynikać z pewnych trudności, między innymi z tego, że

łatwo tu o sytuację, w której większość badanych, wypełniając kwestionariusz, zaznacza odpowiedzi jako krańcowo silne. Chodzi o sytuację, kiedy osoba rozwiązuje test pod wpływem pewnych emocji, które w danej chwili jej towarzyszą. Mogą to być wszelkiego rodzaju okoliczności życiowe bądź ból, jakiego doświadcza w chorobie. Ponadto kobiety mają większą niż mężczyźni skłonność do opisywania własnych reakcji emocjonalnych jako silnych czy nawet krańcowo silnych [11]. Na powyższe wyniki mogą wpływać: dobór osób badanych, ich wiek, etap leczenia, specyficzna choroba nowotworowa, jaką jest nowotwór kości, zbyt mała grupa badawcza i inne.

W przyszłości w celu weryfikacji i porównania wyników warto pomyśleć o powtórzeniu badań, a w nich: zwiększyć liczebność grupy badawczej, wprowadzić inne typy nowotworów oraz zwrócić uwagę na wiek, emocje i etap leczenia badanych pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Zięcina M. Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami układu krążenia, reumatycznymi, z padaczką, z cukrzycą i innymi schorzeniami przewlekłymi. W: Hulek A (red.). Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi. Instytut Badań Pedagogicznych MoW, Warszawa 1978; 156.
2. Pilecka W. Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 16-17.
3. Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1997; 27.
4. Maciarz A. Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2001; 37-49.
5. Sęk H. Leksykon Psychiatrii. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1993.
6. Szewczuk W. Encyklopedia psychologii. Fundacja Innowacja, Warszawa 1998.
7. Motyka M. Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999; 10-20.
8. Frankl VE. Homo Patiens. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984.
9. Juczyński Z. Lista Wartości Osobistych – LWO. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2001.
10. Surzykiewicz J. Agresja i przemoc w szkole. Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2000; 78.
11. Fujita F, Diener E, Sandvik E. Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 427-34.