

Poczucie sensu własnego życia pacjentów przewlekle chorych

The purpose in life of chronically ill people

Wiesław Skrzyński,¹ Piotr Rzepecki,¹ Tomasz Chojnacki,¹ Dorota Lazar-Sito,¹ Ewa Jędrzejczak²

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii CSK MON WIM w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Piotr Rzepecki

²Wydział Nauki i Działalności Badawczo-Wydawniczej WIM w Warszawie; kierownik: mgr Ewelina Kowal

Streszczenie. Wymiar duchowy stanowi czwarty wymiar ludzkiego istnienia, uzupełniając trzy pozostałe: fizyczny, psychiczny i społeczny. Może on zarówno sprzyjać zdrowiu – poprzez nadawanie czy raczej nieustanne odkrywanie sensu życia, cierpienia i umierania, jak i wpływać negatywnie – bierne oddanie się Istocie Najwyższej, wiążące się z beczynnym oczekiwaniem na interwencję, czy religijne interpretowanie przyczyn choroby prowadzące do przeżywania jej w poczuciu winy, niesprawiedliwości, krzywdy. Poczucie sensowności wyraża się motywacją jednostki do działania, jest to równocześnie stopień, w jakim człowiek przeżywa swoje istnienie zarówno w wymiarze poznawczym, jak i emocjonalnym, dochodząc do ostatecznej konkluzji, że jego życie ma sens. Prezentowane badanie ma na celu sprawdzenie, czy i w jakim stopniu osoby zdrowe różnią się w nasileniu poczucia sensu własnego życia od osób przewlekle chorych oraz czy poszczególne grupy osób przewlekle chorych różnią się oczekiwaniami wobec przyszłości i pod względem oceny swoich relacji z bliskimi.

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, poczucie sensu życia, ocena własnego istnienia, relacje z bliskimi

Abstract. The spiritual dimension constitutes the fourth dimension of human existence, supplementing the other three: physical, psychological and social ones. It can both be conducive to health – by giving or rather continuous discovering of the purpose in life, suffering or dying, and it can have a negative impact – by idle devotion to the Supreme Being, involving passive waiting for an intervention or religious interpretation of causes of illness leading to experiencing it in sense of guilt, injustice or harm. The feeling of meaningfulness is expressed by an individual's motivation to act, at the same time it is a degree to which a person experiences their existence both in the cognitive and emotional dimensions, reaching the final conclusion that their life makes sense. The presented research aims at checking whether and to what extent healthy people feel different from chronically ill persons in the intensity of the feeling of purpose in their own life, and whether individual groups of chronically ill persons differ in expectations about the future and assessment of their relations with relatives.

Key words: chronic diseases, evaluation of own existence, purpose in life, relations with relatives

Przyjęto do druku: 9.04.2018

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2018; 96 (2): 138–142

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

dr Wiesław Skrzyński

Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii CSK MON WIM

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

tel. +48 261 818 399

e-mail: wskrzyński@wim.mil.pl

Wstęp

Wymiar duchowy to względnie nowy rodzaj zasobów osobistych, będący przedmiotem szczególnych zainteresowań nauk humanistycznych dopiero w ostatnich kilkunastu latach. Nie jest to natomiast wymiar całkowicie nowy, gdyż od wieków stanowił przedmiot zainteresowań filozofii i teologii. Do tego wymiaru w sposób szczególny nawiązywała koncepcja logoterapii Frankla [1,2], który jako pierwszy starał się przekonać przedstawicieli medycyny i psychologii do rozszerzenia

widzenia człowieka w pełnym wymiarze jako jedności psychofizyczno-duchowej.*

Heszen-Niejodek [3] za istotę duchowości uznaje transcendencję, czyli wykraczanie poza aktualnie doświadczane „ja”. „Kierunek transcendencji wyznaczony jest przez wartości osoby dotyczące sfery niematerialnej. Transcendencja może odbywać się zarówno

* Heszen-Niejodek uważa, iż wymiar duchowy człowieka jest pokrewny nie tylko z pojęciem „noogeny” Frankla, ale także z pojęciem samoaktualizacji Masłowa, koherencji Antonovsky’ego czy transgresji Kozielskiego. Ponadto omawia związek duchowości z religijnością, przyjmując jednak stanowisko umiarkowane: obok wspólnego zakresu treści obu pojęć istnieją także obszary odrębne (poz. pism.: 3., s. 35–36).

w obrębie osoby (samorealizacja, samodoskonalenie, rozwój osobisty), jak i poza osobą (w kierunku wyższej istoty, energii).

Transcendencja może też być ukierunkowana na dobro innej osoby, które stawia się wtedy wyżej niż dobro własne. Podobnie jak w innych cechach i wymiarach, istnieje indywidualne zróżnicowanie duchowości ze względu na jej intensywność, jakość i treść. Duchowość jest zmienną latentną, a więc może i nie musi się ujawniać, jest dyspozycją, potencjałem [3].

Sytuacje życiowe, zwłaszcza trudne doświadczenia związane z chorobami groźnymi, przewlekłymi, mogą sprzyjać ujawnianiu się lub rozwojowi duchowości.

Wymiar duchowy stanowi czwarty wymiar zdrowia, uzupełnia trzy pozostałe – fizyczny, psychiczny i społeczny [4,3]. O ile wymiar duchowy ma wspólne zakresy treściowe z wymiarem psychicznym (pozytywne emocje towarzyszące transcendencji) i społecznym (dobro drugiej osoby jako wartość nadrzędna), to nie ma wspólnego związku treściowego obszaru fizycznego i duchowego. Takie stanowisko może jednak budzić pewne wątpliwości. Nasuwa się pytanie: czy ta dychotomia nie jest podobna do niedawno jeszcze zakładanej odrębności „psyche” i „soma” w wąskim rozumieniu psychosomatyki? Czy stan ducha i stan ciała nie mają faktycznie żadnych wspólnych zakresów treściowych? Przecież „duchowości” przypisuje się pozytywny, korzystny wpływ na zdrowie somatyczne. Wpływ ten może się odbywać poprzez: moderowanie radzenia sobie ze stresem i zapobieganie jego negatywnym skutkom zdrowotnym, związek duchowości z określonymi przeżyciami emocjonalnymi i zachowaniem, kształtowanie określonych relacji z otoczeniem” [5,4].

Wymiar duchowy może sprzyjać zdrowiu (nadaje sens cierpieniu, a nawet śmierci, dostarcza specyficznych strategii radzenia sobie, sprzyja optymizmowi i nadziei, sprzyja zachowaniom prozdrowotnym), może jednak mieć także wpływ negatywny – negatywne strategie radzenia sobie (bierne oddanie się Bogu, oczekiwanie na jego bezpośrednią interwencję) lub negatywne emocje wywołane religijną interpretacją przyczyn choroby (żał, poczucie winy, poczucie krzywdy i niesprawiedliwości).

Poczucie sensowności wyraża motywację jednostki do działania. Jest to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku oraz poświęcenia i zaangażowania. Osoba odznaczająca się wysokim poczuciem sensowności spostrzega problemy jako wyzwania, które warto podejmować [6-8].

Pytania badawcze

1. Czy i w jakim stopniu osoby zdrowe różnią się od osób przewlekłe chorych w nasileniu poczucia sensu własnego życia?
2. Czy poszczególne grupy osób przewlekłe chorych mają odmienne oczekiwania wobec przyszłości i odmiennie oceniają swoje relacje z bliskimi?

Materiał i narzędzia

Badaniami objęto dwie grupy: osoby zdrowe i osoby przewlekłe chore. Grupę pierwszą stanowiło 80 osób, które czują się zdrowe, nie przyjmują stale żadnych leków, nie leczą się z żadnych trwałych dolegliwości, nie są inwalidami i nie wymagają postępowania rehabilitacyjnego ani nie potrzebują opieki. Natomiast grupę osób przewlekłe chorych stanowiły 182 osoby zdiagnozowane jako: chorzy z chorobą niedokrwienną, po przebytym pierwszym zawale serca (N = 41), chorzy leczący się stale z powodu pierwotnego nadciśnienia tętniczego (N = 35), chorzy leczący się z powodu nowotworu złośliwego (N = 36), chorzy na cukrzycę (N = 33) oraz chorzy na astmę oskrzelową (N = 37).

Czas trwania choroby badanych osób wahał się od roku do kilkunastu lat (M = 10,37; SD = 8,08). Do grupy chorującej 1–5 lat należały 62 osoby, 6–10 lat – 52 osoby, a 11 i więcej lat 68 osób. Wszyscy badani chorzy byli pod stałą opieką medyczną z powodu skutków swoich zaburzeń.

Wiek osób zdrowych (M = 48,02, SD = 6,86) był nieznacznie niższy niż osób przewlekłe chorych (M = 53,03, a SD = 7,97). Udział mężczyzn i kobiet w obydwu grupach był podobny: w grupie osób zdrowych w badaniach udział wzięło 41 kobiet i 39 mężczyzn, natomiast w grupie chorych 95 kobiet i 87 mężczyzn.

Badania przeprowadzone zostały w latach 2011–2015, indywidualnie w domu chorego lub na oddziale szpitalnym. Wiele badanych osób wyrażało potrzebę kontaktu poza samym badaniem, dlatego spotkania były często dzielone na dwie lub trzy sesje. Czas potrzebny na wypełnienie kwestionariuszy nie przekraczał zwykle kilkunastu minut.

Pomiaru poczucia sensu życia dokonano za pomocą Skali Sensu Życia, która składa się z czynnika „oczekiwania” (ocena sensu aktualnej sytuacji i przyszłości), czynnika „relacje” (ocena sensu relacji interpersonalnych) i ogólnego wskaźnika sensu, który tworzą dwa powyższe czynniki.

Skala opiera się na koncepcji egzystencjalno-humanistycznej. Istotne wydaje się podjęcie próby oceny poczucia sensu własnego życia w chorobie, czy może lepiej mimo choroby. Wydaje się, że ten aspekt wykracza poza wymiar psychospołeczny i dotyka dymensji duchowej,

transcendującej wobec ograniczeń i przeżywanymi trudnościami [2,4,9,10].

Metodą bardzo podobną do zaprezentowanej, zarówno jeśli chodzi o założenia teoretyczne (oparte również na koncepcji analizy egzystencjalnej Frankla), jak i sposób konstrukcji, jest PIL (*purpose in life test*) Crumbaugha i Maholicka [11-13]. Ponieważ jednak w przypadku prezentowanych badań chodziło o powiązanie (1) problemu poczucia sensu z oceną subiektywnej satysfakcji z własnego życia z (2) pomiarem ewentualnych zmian oczekiwań wobec przyszłości oraz ich powiązania z oceną stanu własnego zdrowia, jak również z (3) badaniem poczucia zapotrzebowania na korzystanie ze wsparcia otoczenia społecznego, uzasadnione wydaje się opracowanie nowego narzędzia badawczego.

W badaniach wstępnych wykorzystano kwestionariusz składający się z 17 twierdzeń bipolarnych umieszczonych na siedmiostopniowej skali ocen i poddanych wstępnej weryfikacji empirycznej. Po wykonaniu analizy czynnikowej pozostało dziesięć najlepiej różnicujących badane osoby twierdzeń.

1. *Wiem doskonale, po co żyję – Nie bardzo rozumiem, po co w ogóle żyję*
2. *Mogę liczyć na pomoc innych – Nie wiem, czy jest ktoś, na kogo mogę bezgranicznie liczyć*
3. *Jestem bardzo potrzebny innym – Nie jestem nikomu potrzebny*
4. *Mam dla kogo żyć – Nie mam dla kogo żyć*
5. *Jestem osobą lubianą – Nie jestem osobą lubianą*
6. *Żyję tak jak chcę – Nie potrafię żyć tak, jakbym chciał*
7. *Jestem przekonany, że będę żył długo – Raczej nie pożyję długo*
8. *Myszę, że w najbliższych latach zachowam zdrowie – Obawiam się, że najbliższe lata przeżyję w słabym zdrowiu*
9. *Moje życie jest udane – Moje życie nie jest udane*
10. *Przyszłość będzie spokojna – Przyszłość będzie pełna napięcia*

Czynnik „oczekiwania wobec przyszłości” obejmuje twierdzenia dotyczące oceny własnego życia w chwili obecnej i wyraża oczekiwania wobec przyszłości, zwłaszcza odnośnie do przekonań o rokowaniach w zakresie zdrowia oraz długości i jakości życia.

Czynnik „relacje z innymi” obejmuje ocenę świadomości celu i własnych relacji z innymi w aspekcie zarówno możliwości uzyskiwania od nich wsparcia, jak i czucia się potrzebnym.

Wyniki odpowiednich operacji statystycznych zaprezentowano w tabelach 1. i 2.

Alfa Cronbacha ma satysfakcjonującą wartość 0,88. Ładunki czynnikowe dla poszczególnych twierdzeń mieszczą się w granicach 0,67–0,85.

Wszystkie korelacje wewnętrzne między itemami Skali Sensu Życia są statystycznie istotne (wszystkie osiągają poziom 0,001).

Tabela 1. Korelacje poszczególnych twierdzeń z wyodrębnionymi czynnikami (N = 262)
Table 1. Correlations of individual statements with separate factors (N = 262)

twierdzenia	oczekiwania	relacje	wskaźnik ogólny
świadomość celu własnego życia	0,49	0,83	0,72
możliwość pomocy od innych	0,30	0,69	0,54
świadomość bycia potrzebnym	0,43	0,84	0,69
poczucie bliskości	0,43	0,86	0,70
poczucie bycia akceptowanym	0,46	0,75	0,67
akceptacja sposobu życia	0,76	0,36	0,67
przekonanie o długości życia	0,74	0,44	0,70
oczekiwanie poprawy zdrowia	0,80	0,38	0,70
przekonanie o udanym życiu	0,74	0,43	0,69
wiara w spokojną przyszłość	0,80	0,44	0,74

wszystkie $p < 0,000$

Tabela 2. Ładunki czynników (Varimax znormaliz.)
Table 2. Charge of factors (Varimax standardized)

twierdzenia	oczekiwania	relacje
świadomość celu własnego życia	0,28	0,76
możliwość pomocy od innych	0,14	0,67
świadomość bycia potrzebnym	0,21	0,82
poczucie bliskości	0,15	0,85
poczucie bycia akceptowanym	0,33	0,69
akceptacja sposobu życia	0,75	0,27
przekonanie o długości życia	0,68	0,15
oczekiwanie poprawy zdrowia	0,77	0,11
przekonanie o udanym życiu	0,68	0,33
wiara w spokojną przyszłość	0,76	0,25

Uzyskane wyniki są całkowicie satysfakcjonujące i spełniają wymogi stawiane narzędziom badawczym w zakresie nauk humanistycznych. Wynik ogólnego poczucia sensu życia mieści się w granicach 7–70 punktów. W czynniku „oczekiwania” wyniki mieszczą się w granicach: 5–35, tak samo jak w czynniku „relacje”. Im wyższe wyniki, tym większe nasilenie poczucia sensu własnego życia.

Tabela 3. Skala Sensu Życia: wyniki średnie i ich porównanie
Table 3. Scale of the Meaning of Life: average results and their comparison

Skala Sensu Życia	sens oczekiwań		sens relacji z innymi		wskaźnik ogólny	
	M	SD	M	SD	M	SD
zdrowie	26,77	4,44	30,92	3,82	57,70	7,20
choroba wieńcowa	22,41	6,33	28,78	6,92	51,20	11,99
nadciśnienie	21,27	6,93	29,45	3,88	50,73	9,79
choroba nowotworowa	20,32	7,82	29,29	5,45	49,61	11,82
cukrzyca	23,57	6,22	29,67	4,25	53,24	9,22
astma	21,90	4,88	29,81	4,68	51,72	9,54

Wyniki badań i ich omówienie

Wyniki średnie i ich porównanie dla wszystkich badanych grup przedstawiono w tabeli 1. Im wyższy wynik uzyskują badani w każdym z czynników, tym większe nasilenie poczucia sensu własnego życia. Maksymalny wynik w ocenie oczekiwań wobec przyszłości oraz relacji z ludźmi wynosi 35, a w czynniku „sens ogólny” – 70.

Jednoznacznie duże różnice poczucia sensu życia, przede wszystkim w czynniku oczekiwania wobec przyszłości oraz ogólnym poczuciu sensu, występują między osobami zdrowymi i grupami chorych, poza chorymi na cukrzycę (tab. 3.). Analizę wyników w poszczególnych itemach Skali Sensu Życia przedstawiono w tabeli 4. W oczekiwaniach wobec przyszłości największe różnice występują między wynikami osób zdrowych oraz chorych na nowotwór ($p < 0,000$) i nadciśnienie tętnicze ($p < 0,000$) oraz astmę ($p = 0,003$) i chorych z chorobą niedokrwinną ($p = 0,004$). Natomiast między poszczególnymi grupami chorych różnice nie są statystycznie istotne. Chorzy nie oczekują znaczącej poprawy stanu swojego zdrowia, nie bardzo wierzą w swoją udaną przyszłość ani w możliwość długiego i spokojnego życia. Ostatecznie uważają swoje życie za mało udane. Nie jest ono w związku z tym takie, jakim chcieliby je widzieć i jakiego oczekiwali.

W czynniku oceny sensu kontaktów z ludźmi różnicuje badanych zdrowych i chorych świadomość bycia potrzebnym innym oraz ogólna świadomość celu własnego życia. Nie są to wprawdzie wyniki negatywne, ale różniące istotnie statystycznie osoby chore od zdrowych.

Na podstawie obserwacji klinicznych oraz bezpośrednich relacji z badanymi pacjentami warto zwrócić uwagę na pogłębianie się w miarę upływu czasu poczucia samotności. O ile w fazie początkowej hospitalizacji pacjenci chętnie rozmawiają na temat swoich relacji

Tabela 4. Twierdzenia Skali Sensu Życia: wyniki średnie i ich porównanie
Table 4. Statements of the Meaning of Life Scale: average results and their comparison

twierdzenia	zdrowi (N = 80)		chorzy (N = 182)		T
	M	SD	M	SD	
świadomość celu własnego życia	6,18	1,06	5,78	1,47	2,14
możliwość pomocy od innych	5,89	1,28	5,91	1,30	0,10
świadomość bycia potrzebnym	6,40	0,96	5,81	1,33	3,58
poczucie bliskości	6,56	0,88	6,34	1,24	1,47
poczucie bycia akceptowanym	5,90	0,99	5,54	1,20	2,33
akceptacja sposobu życia	5,15	1,51	4,94	1,72	0,96
przekonanie o długości życia	4,89	1,51	4,19	1,72	3,12
oczekiwanie poprawy zdrowia	5,98	0,86	3,78	1,74	10,68
przekonanie o udanym życiu	5,70	1,13	4,74	1,81	4,34
wiara w spokojną przyszłość	5,06	1,41	4,30	1,87	3,24

z osobami bliskimi i zaprzyjaźnionymi, to po upływie zaledwie kilku tygodni ich poczucie wsparcia od osób dla nich ważnych staje się coraz bardziej niewystarczające.

Świadomość osłabienia wsparcia ze strony tych osób przyczynia się często do pogorszenia poczucia sensu własnego życia zarówno w wymiarze przeszłości, jak i oczekiwań na najbliższe lata.

Wnioski końcowe

- W ogólnym wskaźniku poczucia sensu własnego życia niektóre grupy przewlekle chorych różnią się bardzo istotnie od grupy osób zdrowych. Największe różnice dotyczą chorych na nowotwór ($p < 0,01$). Poziom istotności różnic dla chorych na nadciśnienie tętnicze ($p < 0,05$) i chorobę wieńcową ($p < 0,05$) osiąga również wartość istotną statystycznie.
- Między poszczególnymi grupami badanych przewlekle chorych nie stwierdza się znaczących różnic w nasileniu poczucia sensu własnego życia zarówno w ocenie oczekiwań, jak i w ocenie satysfakcji z relacji interpersonalnych.
- Czas trwania choroby – mimo upływu nawet kilkunastu lat – nie powoduje zmian w poziomie ogólnego poczucia sensu własnego życia ($F = 0,03$; $p = 0,97$).

Również wiek ($F = 0,83$; $p = 0,80$) badanych osób przewlekle chorych nie jest czynnikiem różnicującym nasilenie poczucia sensu własnego życia.

Piśmiennictwo

1. Frankl VE. *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Huber, Bern 1975
2. Frankl VE. *Homo patiens*. Pax, Warszawa 1976
3. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. In: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, eds. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003
4. May R. *Odwaga tworzenia*. Rebis, Poznań 1994
5. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003
6. Poprawa R. *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. In: Dolińska-Zygmunt G, eds. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
7. Antonovsky A. The sense of coherence: an historical and future perspective. *Israel J Med Sciences*, 1996; 32: 170–178
8. Hobfoll S. Social and psychological resources and adaptation. *Rev General Psychol*, 2002; 6: 307–324
9. May R. *Miłość i wola*. Pax, Warszawa 1978
10. Seligman MP. *Prawdziwe szczęście*. Media Rodzina, Poznań 2005
11. Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental studies in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. In: Frankl VE. *Psychotherapy and existentialism*. New York 1967
12. Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental studies in existentialism. *Newsletter Res Psychol*, 1966; 14
13. Crumbaugh JC, Maholick LT. Cross-validation of purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *J Individ Psychol*, 1968; 24: 74