

Nina Ogińska-Bulik

ROLA DUCHOWOŚCI W ROZWOJU PO TRAUMIE U OSÓB ZMAGAJĄCYCH SIĘ
Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI SOMATYCZNYMI
THE ROLE OF SPIRITUALITY IN PEOPLE STRUGGLING
WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

dyrektor: dr hab. Eleonora Bielawska-Batorowicz, prof. nadzw. UŁ

Streszczenie

Cel. Celem podjętych badań było ustalenie roli duchowości w rozwoju potraumatycznym u osób, które zmagają się z przewlekłymi chorobami somatycznymi.

Metoda. Analizie podano wyniki 90 osób chorych onkologicznie, kardiologicznie oraz z przewlekłą niewydolnością nerek. Mężczyźni stanowili 55,5% badanych, kobiety – 44,5%. Wiek badanych mieścił się w zakresie 26-90 lat (M=55,6; SD=15,4). W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju do oceny pozytywnych zmian po doświadczonej traumie oraz Kwestionariusz Samoopisu do pomiaru duchowości.

Wyniki. Ponad 40% badanych ujawniło wysoki poziom potraumatycznego rozwoju. Duchowość wiąże się dodatnio z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych, przede wszystkim w percepcji siebie, w relacjach z innymi i w sferze duchowej.

Wnioski. Wśród wymiarów duchowości wartości etyczne i harmonia odgrywają większą rolę w rozwoju po traumie niż religijność.

Summary

Purpose. The aim of the study was to determine the role of spirituality in posttraumatic growth in people who are struggling with chronic somatic diseases.

Method. Data from 90 people suffering from cancer, cardiovascular and chronic renal failure were analyzed. 55,5% were men and 44,5% female. The age of respondents was 26-90 years (M=55,6, SD=15,4). Posttraumatic Growth Inventory for assessing the positive effects of experienced trauma and Self-description Questionnaire to measure spirituality were used in the study.

Results. Over 40% of respondents displayed high level of posttraumatic growth. Spirituality is positively associated with the presence of posttraumatic changes, especially in self-perception, relations with others and spiritual sphere.

Conclusions. Amongst different aspects of spirituality ethical sensitivity and harmony play major role in posttraumatic growth than religiousness

Słowa kluczowe: rozwój po traumie, duchowość, choroby somatyczne

Key words: posttraumatic growth, spirituality, somatic diseases

Wstęp

Przewlekła choroba somatyczna jako źródło stresu i rozwoju człowieka

Przewlekłe choroby somatyczne występują dość powszechnie, niezależnie od płci i wieku.

Choroba przewlekła to stan chorobowy o przedłużającym się przebiegu, którego objawy trwają co najmniej trzy miesiące lub dłużej, obejmują jeden lub więcej układów i mogą prowadzić do zaburzeń stanu zdrowia lub funkcjonowania psychicznego [1]. Według Komisji ds. Chorób Przewlekłych Światowej Organizacji Zdrowia choroby przewlekłe to: „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego lub będą wymagać długiego okresu leczenia” [1].

Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie przewlekłej choroby somatycznej pociąga za sobą wiele niekorzystnych następstw, które przejawiają się w różnych sferach funkcjonowania człowieka. Doświadczenie choroby wywołuje poczucie zagrożenia, stany lękowe, depresyjne, poczucie bezradności, niepewność, obawy co do przyszłości, czasami poczucie winy, czy zmiany w obrazie własnej osoby. Wiąże się także z ograniczeniami w zakresie własnej aktywności, niemożnością czy trudnościami realizowania celów życiowych, rodzinnych, zawodowych [2].

Doświadczenie przewlekłej choroby somatycznej jest silnym stresem dla samej jednostki, a także jej rodziny. Dla wielu ludzi tego typu zdarzenie jest traktowane jako trauma, która może pociągać charakterystyczne dla niej skutki, w postaci zespołu stresu pourazowego. Może ona dotyczyć samego procesu diagnozy, powagi choroby i stopnia zagrożenia dla życia, poczucia osamotnienia związanego chociażby z pobytem w szpitalu, czasu trwania choroby, powtarzających się zabiegów czy procedur medycznych, a także niekorzystnych rokowań. Szczególnie silny stres wiąże się z procesem leczenia, co może wynikać np. z konieczności poddania się operacji chirurgicznej czy w przypadku chorych onkologicznie – chemioterapii [2].

Na występowanie objawów stresu pourazowego u osób zmagających się z chorobą nowotworową wskazują m. in. badania Butler i wsp. [3]. Wykazały one, że kobiety chore onkologicznie wykazują silniejsze objawy intruzji i unikania w porównaniu z osobami doświadczającymi innych negatywnych wydarzeń życiowych. Z kolei, polskie badania dostarczyły danych wskazujących, że kobiety z rakiem piersi ujawniały podobne nasilenie

trzech głównych czynników, świadczących o występowaniu PTSD: intruzji, unikania i pobudzenia (mierzone Skalą Wpływu Zdarzeń), co osoby doświadczające takich zdarzeń, jak gwałt czy uwięzienie [4].

Prowadzone na przestrzeni ostatnich lat badania wskazują, że doświadczenie zdarzenia o charakterze traumatycznym, w tym zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną może pociągać za sobą występowanie pozytywnych zmian, wchodzących w zakres potraumatycznego wzrostu/rozwoju¹. Pojęcie potraumatycznego wzrostu/rozwoju (*posttraumatic growth – PTG*), które nawiązuje do poglądów Frankla, Caplana czy Dąbrowskiego² odnosi się do opisu pozytywnych zmian, które pojawiają się w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń [5-8]. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. W wyniku przeżycia doświadczenia traumatycznego niektórzy ludzie dostrzegają nowe możliwości w życiu, stawiają sobie nowe cele, nabierają przekonania o osobistej sile, wyższym poczuciu własnej wartości, skuteczności, większym zaufaniu do siebie i własnych możliwości, także w odniesieniu do przyszłych wydarzeń. Zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach. Wiele osób, które przeżyły traumę, odkrywa w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, przekonuje się na kogo mogą liczyć w sytuacji kryzysu. Osoby doświadczające potraumatycznego wzrostu w wyniku przeżytych sytuacji traumatycznych w większym stopniu przywiązują wagę do drobnych codziennych wydarzeń, a zdają się pomniejszać znaczenie spraw życiowych, które były ważne wcześniej. W wyniku doświadczania krytycznych wydarzeń w większym stopniu doceniają życie i przeżywają je bardziej świadomie, a ich filozofia życiowa staje się bardziej dojrzała³.

Potraumatyczny wzrost jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytego zdarzenia przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Pojawienie się zmian nie oznacza jednak, że przeżycie traumy jest czymś pozytywnym, czy koniecznym dla przewartościowania swojego życia. Nie należy także oczekiwać, że każda osoba, która przeżyła traumę doświadczy wzrostu lub że jest to niezbędny warunek pełnego powrotu do zdrowia po przeżyciu traumy.

¹ Pojęcie wzrostu i rozwoju traktowane jest zamiennie

² Poglądy te zostały przedstawione w książce N. Ogińskiej-Bulik *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*

³ Pozytywne zmiany składające się na wzrost po traumie zostały w sposób bardziej szczegółowy opisane w wymienionej monografii

Tedeschi i Calhoun [6] używają terminu *posttraumatic growth* w szerokim tego słowa znaczeniu, nie ograniczając się do rzeczywistych sytuacji traumatycznych, które definiowane są jako zagrażające zdrowiu i życiu człowieka. Rozwój po traumie może być wynikiem zdarzeń niewiążących się z wyraźnymi przeżyciami traumatycznymi ale wymagającymi przystosowania się. Może to być dla przykładu przewlekła choroba somatyczna własna lub bliskiego członka rodziny, rozwód, utrata pracy czy poważne trudności finansowe. Zamiennie też stosują takie pojęcia jak trauma, kryzys, wydarzenie wysoce stresujące.

Prowadzone badania wskazują, że doświadczenie przewlekłej choroby somatycznej może wiązać się z czerpaniem korzyści (zysków) z choroby. Większość tych badań odnosi się do chorób nowotworowych. Szacuje się, że pozytywne zmiany w wyniku diagnozy nowotworu występują u 30-90% pacjentów [8-10]. Dane te podkreślają jednocześnie, że wzrost potraumatyczny jest charakterystyczny przede wszystkim dla wczesnych etapów procesu diagnozowania i leczenia raka, a największe zmiany występują po postawieniu diagnozy. Z polskich badań obejmujących grupę kobiet po mastektomii [11] wynika, że połowa badanych (50%) uzyskała wysokie nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. Większe zmiany dotyczyły relacji z innymi i doceniania życia, mniejsze zaś percepcji siebie i sfery duchowej.

Dostępne są także wyniki badań wskazujące na czerpanie korzyści z choroby kardiologicznej [12]. Potwierdzają to polskie badania [13] prowadzone na pacjentach, którzy przeszli operację kardiochirurgiczną. Ponad połowa badanych (52%) ujawniła symptomy stresu pourazowego w postaci intruzji, unikania i pobudzenia. Zarazem jednak wszyscy badani zauważyli u siebie pozytywne zmiany w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego. Największe – dotyczyły doceniania życia i relacji z innymi, najmniejsze – sfery duchowej. Zanotowano także występowanie pozytywnych zmian, w postaci wzrostu osobistego u osób chorujących na stwardnienie rozsiane [14].

Wśród podmiotowych czynników, które mogą sprzyjać występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych wymienia się dyspozycyjny optymizm, nadzieję, wysoki poziom poczucia koherencji czy satysfakcji z dotychczasowego życia [15-17]. Jedną z istotnych właściwości jednostki, która zdaje się być powiązana ze zjawiskiem wzrostu po traumie jest duchowość.

Rola duchowości w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych

Duchowość nie jest pojęciem jednoznacznym. Wskazuje się na dwa główne nurty rozumienia duchowości [18-19]. Pierwszy wiąże to pojęcie z religią. Drugi zakłada, że duchowość i religijność są raczej konstruktami rozłącznymi, choć ze sobą powiązanymi. Duchowość odnosi się do indywidualnego i osobistego doświadczenia, co pozwala traktować ją jako osobisty zasób jednostki, religia zaś jest traktowana jako fenomen społeczny i zinstytucjonalizowany. Dla duchowości centralnym pojęciem jest transcendencja, która jest rozumiana relacyjnie jako związek lub dążenie do związku z czymś przerastającym własne *ja*, ale niekoniecznie z Bogiem [18]⁴.

Prezentowane w literaturze badania wskazują, że duchowość/religijność pomaga jednostce, która doświadczyła traumy w uporaniu się z jej negatywnymi konsekwencjami. Duchowość/religijność jest też traktowana jako zasób sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych. Może to wynikać ze skłonności osób religijnych do nadawania znaczenia i sensu doświadczanym zdarzeniom, a także ich większej świadomości egzystencjalnej [20].

Znaczenie duchowości dla wzrostu po traumie potwierdzają prowadzone w tym obszarze badania [21-22]. Ich szerszy przegląd w odniesieniu do różnych zdarzeń życiowych przedstawiają Shaw i wsp. [23]. Duchowość jest również istotnym czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się pozytywnych zmian u osób zmagających się z chorobami somatycznymi. Duchowość okazała się predyktorem rozwoju po traumie u kobiet z rakiem piersi [24]. Z kolei religijne radzenie sobie było czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych u osób po zabiegach kardiochirurgicznych [25].

Pośrednim dowodem na istnienie zależności między duchowością a występowaniem pozytywnych zmian po traumie są wyniki badań przeprowadzone na grupie osób, które doświadczyły straty kogoś bliskiego, wskazujące na dodatni związek wzrostu po traumie z noodynamiką, czyli dynamiką duchową i poczuciem koherencji, zwłaszcza wymiarem sensowności [26] czy z poczuciem sensu życia [17]. Brak jest polskich badań potwierdzających znaczenie duchowości w rozwoju potraumatycznym u osób, które doświadczyły przewlekłej choroby somatycznej. Dlatego też za cel badań przyjęto ustalenie roli jaką pełni duchowość w rozwoju po traumie u osób, które zmagają się z przewlekłymi chorobami somatycznymi.

⁴ Szerzej na temat rozumienia duchowości pisze Irena Heszen w artykule Duchowość z perspektywy psychologicznej – główne ujęcia

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy, i jakiego rodzaju pozytywne zmiany po traumie dostrzegają u siebie osoby zmagające się z przewlekłymi chorobami somatycznymi?
- Czy płeć, wiek badanych oraz rodzaj choroby mają wpływ na poziom pozytywnych zmian potraumatycznych?
- Czy duchowość wiąże się z poziomem potraumatycznego rozwoju?
- Które składniki duchowości pozwalają na przewidywanie pozytywnych zmian po traumie?

Materiał i metody

Badaniami objęto 95 osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi, tj. nowotworowymi (rak piersi, jajowodu, płuc, kości, skóry), kardiologicznymi (niewydolność krążenia, przewlekła niedokrwienność choroby serca, zawał serca) oraz z przewlekłą niewydolnością nerek. Badani pochodzili z rejonu województwa łódzkiego⁵. Badania przeprowadzono na terenie dwóch klinik (osoby badane były pacjentami tych placówek) oraz w klubie Amazonek, po wyrażeniu zgody przez badanych. Badanym wyjaśniono cel badań oraz poinformowano o ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki. Do analizy włączono wyniki 90 osób, po 30 z każdej grupy chorób: onkologicznej, kardiologicznej i nefrologicznej⁶. Mężczyźni stanowili 55,5% badanych, kobiety – 44,5%. Wiek badanych mieścił się w zakresie 26-90 lat (M=55,6; SD=15,4). W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Kwestionariusz Samoopisu.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun [5], został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [27]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego negatywnego wydarzenia życiowego/traumatycznego⁷ (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt) do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). Im wyższa punktacja tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian. W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na rozwój po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe.

⁵ Badania przeprowadziła uczestniczka seminarium magisterskiego Katarzyna Mikołajczyk

⁶ Wyniki 5 osób odrzucono ze względu na niekompletność danych

⁷ W przypadku badanych negatywnym wydarzeniem życiowym była diagnoza przewlekłej choroby somatycznej

Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej. Stabilność bezwzględna, mierzona za pomocą testu-retestu (po 2 miesiącach), wynosi 0,74 i jest zadowalająca.

Do pomiaru duchowości wykorzystano Kwestionariusz Samoopisu, autorstwa Heszen-Niejodek, Gruszczyńskiej i Metlak [28]. Jest to 20-pytaniowy kwestionariusz z 5-cio punktową skalą odpowiedzi (od 1 – zdecydowanie nie, do 5 – zdecydowanie tak). Kwestionariusz mierzy trzy aspekty duchowości, tj. 1. Religijność (7 pozycji), czyli poziom wykorzystywania praktyk religijnych w codziennym życiu, 2. Wrażliwość etyczną (7 pozycji), odnoszącą się do poziomu postawy etycznej oraz 3. Harmonię (6 pozycji), wyrażającą poczucie przynależności do świata, postrzeganie go jako przyjaznego, poczucie wewnętrznego spokoju i radości. Im wyższy wynik tym wyższy poziom duchowości odczuwanej przez badanych. Kwestionariusz posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność narzędzia, oceniana metodą test-retest wynosi 0,88 dla wskaźnika ogólnego (dla religijności 0,94, drażliwości etycznej 0,77 i harmonii 0,80).

Po sprawdzeniu normalności rozkładów analizowanych zmiennych (testem Kołmogorowa-Smirnova, dla duchowości $d=0,05$ $p>0,20$, dla potraumatycznego rozwoju $d=0,11$ $p>0,20$) obliczono ich średnie wartości wraz z odchyleniami standardowymi. W analizie wyników uwzględniono także wiek, płeć badanych oraz rodzaj choroby. Do ustalenia różnic między średnimi wykorzystano test t-Studenta oraz test F jednoczynnikowej analizy wariancji. W kolejnym kroku ustalono zależności między zmiennymi, wykorzystując w tym celu współczynniki korelacji Pearsona oraz sprawdzono, które z czynników duchowości (zmienne objaśniające) pełnią predykcyjną rolę dla potraumatycznego rozwoju, traktowanego jako zmienna objaśniana. W celu ustalenia predyktorów rozwoju po traumie wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet STATISTICA. W tabeli 1 zamieszczono średnie uzyskanych zmiennych.

Wyniki badań

Tabela 1. Średnie wartości analizowanych zmiennych

	M	SD	Min	Max
Potraumatyczny rozwój – ogółem	65,30	16,77	15	91
- zmiany w percepcji siebie	25,47	7,91	3	38
- zmiany w relacjach z innymi	24,65	6,24	8	33
- docenianie życia	10,79	3,04	0	15
- zmiany duchowe	4,39	2,81	0	10
Duchowość – ogółem	69,37	11,43	39	100
- religijność	22,66	7,42	7	43
- wrażliwość etyczna	27,36	3,38	19	35
- harmonia	19,33	3,73	10	29

Oznaczenia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna.

Uzyskana średnia potraumatycznego rozwoju odpowiada wartości 6 stena; jest to więc wynik mieszczący się w wartościach przeciętnych. Zgodnie z normami opracowanymi dla IPR [27] 21 osób (23,3%) ujawnia niski, 30 (33,4%) – przeciętny i 39 (43,3%) wysoki poziom potraumatycznego wzrostu. Sprawdzone również, w którym obszarze występują największe zmiany. W tym celu uzyskane średnie poszczególnych czynników IPR podzielono przez ilość przypadających na nie stwierżeń. Istotnie większe zmiany ($p < 0,001$) osoby badane uzyskały w czynniku 3 – docenianie życia ($M=3,60$, $SD=1,01$) i 2 – zmiany w relacjach z innymi ($M=3,52$, $SD=0,89$) niż w czynniku 1 – zmiany w percepcji siebie ($M=2,83$, $SD=0,87$) i 4 – zmiany w sferze duchowej ($M=2,19$, $SD=1,40$). Ponadto nasilenie zmian w czynniku 1 okazało się wyższe niż w czynniku 4 ($p < 0,01$). Uzyskane średnie w zakresie duchowości i jej wymiarów są zbliżone do średnich uzyskanych w grupie pracowników służb ratowniczych [17].

Sprawdzono również czy płeć, wiek i rodzaj choroby wiążą się z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Wiek nie różnicuje nasilenia potraumatycznego wzrostu: młodsi (poniżej 57 lat)⁸: $M=68,48$ ($SD=16,85$), starsi (57 lat i więcej): $M=62,63$ ($SD=16,04$, $t=1,66$) ani żadnego z jego czynników. Płeć okazała się powiązana – choć słabo z poziomem rozwoju po traumie. Nieco wyższy poziom pozytywnych zmian zanotowano w grupie kobiet, jednakże różnice istotne statystycznie dotyczą tylko dwóch czynników potraumatycznego rozwoju, tj. zmian w relacjach z innymi (kobiety: $M=26,20$, $SD=6,08$),

⁸ Podziału na młodszych i starszych dokonano w oparciu o średnią arytmetyczną wieku badanych

mężczyźni: $M=23,42$, $SD=6,15$, $t=2,14$, $p<0,05$) oraz zmian w sferze duchowej (kobiety: $M=5,15$, $SD=2,85$; mężczyźni: $M=3,78$, $SD=2,66$, $t=2,35$, $p<0,05$).

Rodzaj choroby nie wpływa na poziom pozytywnych zmian potraumatycznych, zarówno w odniesieniu do wyniku ogólnego Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju (chorzy onkologicznie: $M=69,40$, $SD=14,08$; chorzy z przewlekłą chorobą nerek: $M=61,56$, $SD=19,06$, chorzy kardiologicznie: $M=64,93$, $SD=16,43$, $F=1,67$), jak i jego czynników.

Ze względu na brak istotnych różnic w nasileniu zmian potraumatycznych u osób z różnymi chorobami, a także ze względu na brak znaczących powiązań poziomu tych zmian z wiekiem i płcią badanych, analizy dotyczące związku między duchowością a wzrostem po traumie przeprowadzono na całej grupie badanych. Uzyskane współczynniki korelacji zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między duchowością a potraumatycznym wzrostem

	IPR	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Duchowość – ogółem	0,45***	0,39***	0,36***	0,18	0,61***
- religijność	0,28**	0,22*	0,18	0,06	0,62***
- wrażliwość etyczna	0,48***	0,45***	0,44***	0,21*	0,36***
- harmonia	0,38***	0,34***	0,33**	0,24*	0,34***

Oznaczenia: *** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

IPR – wynik ogólny Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju, Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie, Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi, Cz. 3. Docenianie życia, Cz. 4. Zmiany duchowe

Duchowość jest dodatnio powiązana z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Dotyczy to zarówno poszczególnych składników duchowości, jak i prawie wszystkich wymiarów wzrostu po traumie. Najsilniejsze związki między duchowością (wskaźnik ogólny) a wzrostem po traumie dotyczą zmian w sferze duchowej, co wydaje się zrozumiałe. Duchowość – ogółem nie wiąże się jedynie z docenianiem życia. Jednakże jej dwa składniki, tj. wrażliwość etyczna i harmonia wykazują istotne, choć słabe powiązania z tym wymiarem potraumatycznego rozwoju. Wśród składników duchowości silniejsze związki z wymiarami wzrostu po traumie dotyczą wrażliwości etycznej i harmonii, nieco słabsze zaś religijności.

Następnie sprawdzono, które składniki duchowości pozwalają na przewidywanie wzrostu po traumie w badanej grupie osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Wyniki analizy regresji (zestawienie końcowe) zawiera tabela 3.

Tabela 3. Predyktory potraumatycznego rozwoju (dla całej grupy)

	<i>Beta</i>	Błąd <i>Beta</i>	B	Błąd B	t	p
Wrażliwość etyczna	0,40	0,09	1,98	0,46	4,24	0,001
Harmonia	0,27	0,09	1,19	0,42	2,81	0,01
Wartość stała			-11,96	13,07	-0,95	ni

R=0,54; skorygowany $R^2=0,28$

Oznaczenia: *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji, B – niestandardowy współczynnik regresji, błąd B – błąd standardowy oszacowania, R – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej, R^2 – współczynnik korelacji wielokrotnej, t – wartość testu t, p – poziom istotności statystycznej

Predyktorami potraumatycznego rozwoju u osób zmagających się z chorobami przewlekłymi okazały się dwa czynniki duchowości, tj. wrażliwość etyczna i harmonia. Łącznie wyjaśniają one 29% wariacji zmiennej zależnej. Większy udział wnoszą wartości etyczne, które wyjaśniają 23% zmienności wyników w zakresie potraumatycznego wzrostu (harmonia – 6%). Wskaźniki *Beta* mają wartość dodatnią, co oznacza, że im wyższy poziom obydwu wymiarów duchowości tym większe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych.

Poszukiwano również predyktorów dla poszczególnych wymiarów wzrostu po traumie. Wyniki analizy regresji wskazują, że predyktorami cz. 1, tj. zmian w zakresie percepcji siebie są wrażliwość etyczna i harmonia, które razem wyjaśniają 25% wariacji zmiennej zależnej ($R=0,50$, skor. $R^2=0,25$). Zdecydowanie większy udział w przewidywaniu zmian w percepcji siebie mają wartości etyczne – wyjaśniając 20% zmienności wyników zmiennej zależnej. Podobnie, pozytywne zmiany w relacjach z innymi mogą być przewidywane przez te dwa wymiary, tj. wartości etyczne ($Beta=0,38$) i harmonię ($Beta=0,22$), które łącznie wyjaśniają 24% zmienności wyników ($R=0,49$, $R^2=0,24$), przy czym większy udział wnoszą wartości etyczne – 19%. Religijność okazała się predyktorem zmian w sferze duchowej ($Beta=0,55$) wyjaśniając 38% wariacji ($R=0,63$, skor. $R^2=0,38$). Żaden ze składników wchodzących w zakres duchowości nie pozwala na przewidywanie zmian w zakresie doceniania życia.

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki badań wskazują, że osoby zmagające się z przewlekłymi chorobami somatycznymi doświadczają pozytywnych zmian, składających się na wzrost po traumie, choć w różnym stopniu. Dotyczą one przede wszystkim doceniania życia i zmian w relacjach z innymi. O zdolności do czerpania korzyści z doświadczonej traumy przez osoby, które zmagają się z przewlekłymi chorobami somatycznymi świadczy wynik wskazujący, że 43,3% spośród badanych ujawniło wysoki poziom wzrostu. Wśród badanych nie było osoby, która nie zauważyłaby u siebie żadnej pozytywnej zmiany. Płeć badanych nie wpływa w sposób

znaczący na poziom wzrostu po traumie, choć kobiety uzyskały wyższe wyniki w zakresie zmian dotyczących relacji z innymi i zmian duchowych. Wiek badanych oraz rodzaj choroby nie wiążą się w sposób istotny statystycznie z poziomem potraumatycznego rozwoju.

Duchowość okazała się być dodatkowo powiązana z nasileniem wzrostu po traumie w zakresie prawie wszystkich wymiarów (poza docenianiem życia). Wśród wymiarów duchowości większe znaczenie w pojawianiu się tych zmian należy przypisać wrażliwości etycznej i harmonii, mniejsze zaś religijności. Sugeruje to, że u osób zmagających się z chorobami somatycznymi większą rolę w rozwoju po traumie odgrywają wewnętrzne aspekty życia duchowego jednostki, do których można zaliczyć wartości etyczne i harmonię niż zewnętrzne, w postaci podejmowania praktyk religijnych.

Rola poszczególnych wymiarów duchowości jest jednak różna dla poszczególnych czynników wchodzących w skład potraumatycznego rozwoju. Większa wrażliwość etyczna, związana z przejawianiem postaw etycznych oraz większa harmonia, wyrażająca poczucie wewnętrznego spokoju i radości, przynależności do świata i postrzeganie go jako przyjaznego, jest dodatkowo powiązana z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych, szczególnie w percepcji siebie i relacjach z innymi. Należy jednak podkreślić, że udział harmonii, jako czynnika, który zdaje się sprzyjać rozwojowi po traumie jest jednak mniejszy. Z kolei religijność, przejawiająca się wykorzystywaniem praktyk religijnych w codziennym życiu jest powiązana przede wszystkim ze zmianami w sferze duchowej. Znaczenie duchowości jako zasobu sprzyjającego pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych, a szczególnie wymiaru harmonii, wykazano również w grupie pracowników służb ratowniczych, którzy doświadczyli zdarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą [29].

Warto nadmienić, że pozytywny związek duchowości z potraumatycznym rozwojem może wynikać również z faktu, iż duchowość sprzyja podejmowaniu strategii radzenia sobie związanych z funkcją skoncentrowaną na znaczeniu. Ten sposób radzenia sobie poprzez nadawanie sensu cierpieniu, w sytuacji zmagania się z przewlekłą chorobą, zwłaszcza przy niepomyślnych rokowaniach, może być jedyną dostępną jednostce formą radzenia sobie.

Wyniki badań potwierdzają pozytywny związek duchowości z adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie i ujemny – choć słabszy – ze strategiami o charakterze nieprzystosowawczym [30], a także jej rolę w zmniejszaniu nasilenia lęku i depresji [21]. Ponadto duchowość/religijność wydaje się być powiązana z innymi zasobami osobistymi człowieka, które są uruchamiane w sytuacji doświadczania kryzysu, przede wszystkim z nadzieją i optymizmem, co może dodatkowo sprzyjać zmianom wzrostowym.

Na zakończenie należy wskazać na ograniczenia badań własnych. Nie dokonywano oceny negatywnych skutków zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną, w postaci objawów stresu pourazowego. Przyjęto jedynie – ale zgodnie z deklaracjami osób badanych, że jest to zdarzenie o charakterze traumatycznym. W badaniach nie uwzględniono znaczenia innych doświadczeń traumatycznych, a mogły one wystąpić u niektórych osób i wpływać na poziom przejawianych zmian. Nie analizowano również czasu, w jakim wystąpiła choroba. Oceny pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych dokonywano za pomocą samoopisu. Nie można więc wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, tj. przejawianej przez badanych chęci prezentowania się w lepszym świetle, wyrażającej się w przypisywaniu sobie pozytywnych zmian, nawet jeśli one nie wystąpiły.

Ponadto, przeprowadzone badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na orzekanie o występowaniu związków przyczynowo-skutkowych. Przyjęto jednak, że to duchowość, traktowana jako względnie trwałe zasób człowieka, sprzyja pozytywnym zmianom potraumatycznym. Możliwa jest jednak sytuacja, że wystąpienie pozytywnych zmian potraumatycznych przyczyni się do wzrostu duchowości. Sprawdzenie kierunku zależności wymagałoby przeprowadzenia badań o charakterze długofalowym. Należy także zwrócić uwagę na możliwość występowania wspólnego źródła wariacji duchowości i potraumatycznego wzrostu (jednym z wymiarów wzrostu po traumie są pozytywne zmiany w zakresie duchowości).

Pomimo wymienionych ograniczeń należy podkreślić znaczenie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników. Wpisują się one w stosunkowo nowy nurt, jakim jest psychologia pozytywna, koncentrująca się na „mocnych” stronach człowieka. Wnoszą one nowe treści w obszar zagadnień dotyczących skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych, a także mogą być wykorzystane w praktyce. Sugerują, że kształtowanie postaw etycznych, poczucia wewnętrznego spokoju, zadowolenia, przynależności do świata i postrzeganie go jako przyjaznego u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi, może przyczynić się do pojawiania się u nich pozytywnych zmian, szczególnie w sferze duchowej i relacjach z innymi. Wyniki badań mogą być przydatne psychoterapeutom udzielającym pomocy psychologicznej osobom zmagającym się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

Wnioski

1. U osób, które zmagają się z przewlekłymi chorobami somatycznymi występują pozytywne zmiany potraumatyczne – większe w zakresie doceniania życia i relacjach z innymi, nieco mniejsze w percepcji siebie i sferze duchowej.
2. Płeć, wiek badanych oraz rodzaj choroby nie wiążą się w sposób znaczący z nasileniem rozwoju po traumie.
3. Duchowość jest dodatnio powiązana z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych.
4. W rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi ważniejszą rolę pełni wrażliwość etyczna i harmonia, niż religijność.

Piśmiennictwo

1. Oleś M. Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie. Wyd. KUL; 2010: Lublin.
2. Devine K, Reed-Knight B, Loiselle K, Fenton N, Blount R. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Set.* 2010; 17: 340-348.
3. Butler LD, Koopman C, Classen C, Spiegel D. Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychol.* 1999; 18: 555-560.
4. Widera A, Juczyński Z, Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia.* 2003; 7(2): 31-36.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress.* 1996; 9(3): 455-471.
6. Tedeschi R.G, Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq.* 2004; 15: 1-8.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley PA, Joseph S. red. *Psychologia pozytywna w praktyce.* PWN; 2007: Warszawa, s. 230-248.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: future directions. W: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. red. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998: NJ, s. 215-238.
9. Teo CK, Teo IE, Beng Im-Teo C. Posttraumatic growth in cancer: perspectives of Indo-Malaysian patients. *The Internet J Fam Pract.* 2007; 5:1.
10. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Brit J Health Psych.* 2008; 13: 633-646.
11. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Pol Forum Psychologiczne.* 2010;15(2): 125-139.
12. Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. Casual benefits, and morbidity following a heart attack. *J Consult Clin Psych.* 1987; 55: 29-35.
13. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria.* 2012; 9(1): 1-10.
14. Kossakowska M, Zemła-Sieradzka L. Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol.* 2011; 20(4): 259-267.
15. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress.* 2004; 17(1), 11-21.
16. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychol Health.* 2005; 20: 175-192.
17. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łyzy zamieniają się w perły. Wyd. Difin; 2013: Warszawa.
18. Heszen I. Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem. W: Suchocka L, Sztembis R. red. *Człowiek i dzieło.* Wyd. KUL; 2010: Lublin, s. 215-223.
19. Heszen N. *Psychologia stresu.* Wyd. PWN; 2013: Warszawa.

20. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology trauma.: Free Press; 1992: New York.
21. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillam J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *J. Traum. Stress.* 2000; 13(3): 521-527.
22. Schultz JM, Tallman B, Altmeier M. Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychol Rel Spirit.* 2010; 2(2): 104-114.
23. Shaw A, Joseph S, Linley PA. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Ment. Health Relig. Cult.* 2005; 8(1): 1-11.
24. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnievsky T, Triplett K, Ip EH, Avis N.E. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology.* 2013; 22(12):2676-2683.
25. Ai A, Hall D, Pargament K, Tice TN. Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *J. Behav Med.* 2013; 36(2): 186-198.
26. Felcyn-Koczevska M, Ogińska-Bulik N. Psychologiczne czynniki sprzyjające wystąpieniu potraumatycznego wzrostu u osób w żałobie. W: Ogińska-Bulik N, Miniszewska J. red. *Zdrowie w cyklu życia człowieka.* Wyd. UŁ; 2012: Łódź, s. 59-72.
27. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria,* 2010; 7(4): 129-142.
28. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny,* 2004; 47(1): 15-31.
29. Ogińska-Bulik N. Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers – the role of personal and social resources. *Med Prac,* 2013, 64(4), 463-472.
30. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki,* Wydawnictwo UŁ; 2003: Łódź, s. 33-47.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik, Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii UŁ, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź;
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

Badanie nie było sponsorowane