

NOETYCZNY WYMIAR JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PRZEWLEKLE I TERMINALNIE CHORYCH*

THE NOETIC DIMENSION OF QUALITY OF LIFE IN CHRONIC AND TERMINALLY ILL PATIENTS

Małgorzata Kaleta-Witusiak

Instytut Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. UJK dr hab. Irena Pufal-Struzik

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia wyniki badań nad jakością życia pacjentów przewlekle i terminalnie chorych, odnoszących się do noetycznego wymiaru ich funkcjonowania w aspekcie logoteorii V. E. Frankla i K. Popielskiego. Indywidualne przeżywanie choroby, podmiotowy sposób uczestniczenia w refleksji nad sensem życia, cierpienia i śmierci koncentrują człowieka na wartościach dla niego ważnych oraz na próbie zdefiniowania sensu życia, który jest głęboko osobistym doświadczeniem egzystencji i podlega stałemu odkrywaniu i kreowaniu. Wymiar noetyczny odnosi się do uaktywniania potrzeb, postaw wobec takich jakości egzystencjalnych jak: wolność, godność, sens, wartość, odpowiedzialność w procesie dążenia „ku...”. Dążenie do doświadczenia sensu („idea wiodąca”) integruje struktury i czynności psychiczne człowieka, służy samoaktualizacji. Badaniami indywidualnymi objęto przewlekle i terminalnie chorych – po 50 osób z każdej grupy, kobiet i mężczyzn w wieku 45–65 lat. Badania przeprowadzono w 2007 i 2008 roku. Wyniki wskazują, że przewlekle chorzy mają wyższe poczucie wolności, własnej wartości, podmiotowości, angażują się w twórcze kształtowanie umiejętności życia z chorobą. Osoby terminalnie chore posiadają wyższe poczucie godności, odpowiedzialności, otwartości osobowej i odniesienia „ku...”, potrafią znaleźć uzasadnienie dla swojego życia, ale paradoksalnie, nie afirmują go. Na podstawie wyników badań stwierdzono, że sens życia i jakość życia konstytuują: afirmacja życia, cechy noetycznej osobowości, potrzeba nadawania i definiowania sensu życia.

Słowa kluczowe: sens życia, wymiar noetyczny, jakość życia.

SUMMARY

The results of examinations according to quality of life and noetic dimension in chronic and terminally ill patients are given in the article. The logotherapy of V. E. Frankl and K. Popielski is the base of examinations. Every person is concerned on individually experienced of disease, life reflection, sense of life, suffering and death in aspect of values and own meaning of life, deeply and personally discovered and created. Noetic dimension is concerned with personal needs, attitudes towards qualities of existence: freedom, dignity, meaning of life, value, responsibility, aspiration “towards...”. The structures and psychical activities are integrated by tendency to sense experience (“leading idea”). There were examined 50 chronic and 50 terminally ill adult patients, male and female in 45–65 age. The research was carried out in 2007–2008. The results showed: chronic-ill patients had higher level of dignity, responsibility own-values, subjectivity, creativity with life with disease. Terminally-ill patients had higher level of dignity, responsibility, personal-openness, aspiration “towards...”, they could find own life-substantiate, but had not accepted it. Results showed that meaning of life and quality of life are created by: life-affirmation, noetic personality and life-meaning needs.

Key words: meaning of life, noetic dimension, quality of life.

WSTĘP

Narastanie zachorowalności na choroby przewlekle, takie jak astma, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby reumatyczne i układu krążenia oraz na choroby nowotworowe, a także pojawiający się jednocześnie problem funkcjonowania człowieka dorosłego w sytuacji choroby, sprzyja podejmowaniu

różnorodnych badań w tym zakresie. Dramatyczna sytuacja osoby dorosłej, dotychczas aktywnej zawodowo, która zaczyna chorować przewlekle lub nowotworowo, wymaga szczególnej uwagi skierowanej na ocenę jakości i poczucie sensu życia. Subiektywne, jednostkowe podejście do tych kwestii dotyczy najczęściej: możliwości dalszego funkcjonowania (życia z chorobą), kontroli własnego życia (wewnątrz- i ze-

* w artykule wykorzystano fragmenty badań własnych pochodzące z niepublikowanej pracy doktorskiej pt. „Aksjologiczne i psychospołeczne uwarunkowania jakości i poczucia sensu życia osób przewlekle i terminalnie chorych. Studium psychopedagogiczne” – Wrocław DSW 2008, pod kierunkiem prof. dr. hab. AA. Zycha.

wnątrzsterowność), niezależności od innych, umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego i przystosowania się do zmienionej rzeczywistości oraz możliwości pełnienia dotychczasowych ról społecznych lub wytworzenia atrakcyjnych form kompensacyjnych.

W sytuacji zagrożenia życia (a takim zagrożeniem może być choroba przewlekła, szczególnie w nawracającej, ostrej postaci lub wznowa choroby nowotworowej) człowiek jest w stanie przeformułować pytania o sens cierpienia na pytania o sens życia w ogóle i dokonać nowej oceny jakości życia, to znaczy uporządkować system wartości, wyeliminować niepotrzebne elementy i zwrócić się ku wartościom transcendentnym [1]. Wiele badań wskazuje, że religia stwarza człowiekowi szansę na nadanie sensu i zorientowanie życia na Boga i/lub ku Bogu. Rzadko dzisiaj słyszy się słowo „dusza”. Zostało ono zastąpione takimi określeniami jak: „ja”, „ja świadome”, „ja aksjologiczne” [2]. Niemniej jednak, jeśli przyjąć, że doświadczenia świadomości pochodzą z obecnych i przeszłych zdarzeń, to oryginalność każdego ludzkiego istnienia polega na indywidualnej drodze prowadzącej do odkrycia sensu życia, a w końcu do odkrycia znaczenia miłości, dobroci okazywanej drugiemu człowiekowi, szczególnie temu, który cierpi. Wówczas może nastąpić ukierunkowanie się na wartości duchowe i zrozumienie znaczenia bólu, dolegliwości chorobowych, odniesienie ich ku Absolutowi [3, 4]. Problematyka sensu życia jest szeroko opracowywana i przedstawiana na gruncie współczesnych nauk humanistycznych, m.in. przez Adlera, Allporta, Frankla, Fromma, a w Polsce przez Obuchowskiego, Popielskiego, Płużek.

Określając jakość życia dorosłego, który choruje przewlekłe lub terminalnie, zwraca się uwagę na to kim jest człowiek, kim pragnie być, jakim chce się stawać w przyszłości po zakończonym leczeniu (w przypadku chorób przewlekłych) lub po zabiegach spowalniających przebieg choroby (w przypadku chorób terminalnych). Stąd zagadnienie jakości życia narzuca również pytania o sens życia i o wrażliwość człowieka na wartości pozamaterialne [5, 6].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa „jakość życia” jako „sposób postrzegania przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, które przyjmuje, w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami” [7]. Według Zycha „jakość życia” to „zaspokojenie potrzeb typu egzystencjalnego (»mieć«), bezpieczeństwa (»być«) i kontaktu społecznego (»kochać«)” [8]. W tym kontekście pojawia się pytanie o posiadanie sensu życia i zdefiniowanie go.

Biorąc pod uwagę fakt, że człowiek jako istota twórcza, poszukuje i dąży do odkrywania sensu życia określenie „poczucie sensu życia” wydaje się być

bardziej adekwatne niż określenie „sens życia”. Jest to – według Popielskiego [4] – związane z „pewnymi ogólnymi przeświadczeniami jednostki, które podtrzymują jej motywację, »siłę do życia«, dążenia i odniesienia. [...] Związane są one z takimi treściami życia ludzi, jak: refleksja, nadzieja, zaufanie, perspektywa życiowa, miłość, dobro, życzliwość, wolność, Absolut, zaangażowanie, »sens«” [4]. Zatem termin ten oznacza: „stan psychiczno-noetyczny podmiotu, doświadczany w związku z realizacją jego osobowego sposobu bycia i spełniania swojej egzystencji. Inaczej mówiąc, jest to swoisty stan egzystencjalny, doświadczany przez jednostkę z tytułu jej spełniania się jako osoby i stawania się osobowością i jej orientacji egzystencjalnej” [4]. Można więc przyjąć następującą konkluzję, że „jakość życia” (zaspokajanie potrzeb typu egzystencjalnego „mieć”, bezpieczeństwa „być” i kontaktu społecznego „kochać”) decyduje o „poczuciu sensu życia” (sądach, poglądach i przeświadczeniach jednostki, które podtrzymują jej motywację, „siłę do życia”), poczucie sensu życia zaś wynika z określenia jakości życia przez człowieka. Wynikanie sensu życia z jakości życia jest procesem dynamicznym. Z kolei Frankl podkreśla, że nie ma takich sytuacji życiowych, które byłyby pozbawione szansy realizowania sensu. Jest to możliwe nawet w chwilach cierpienia. Określając je jako „cierpienie konieczne”, wynikające np. z choroby przewlekłej, terminalnej, Frankl nadaje mu sens: „cierpienie sensowne wskazuje zawsze poza siebie [...] jest przede wszystkim ofiarą” [3]. Zresztą – jak stwierdza Frankl – wartości, jakie rodzą się ze znoszenia i przeżywania cierpienia sprzyjają jego usensowieniu. Są to: „spełnianie siebie” – samorealizacja oraz autotranscendencja („w tym jak ktoś przyjmuje zesłane na niego cierpienie, w tym jak cierpi, leży odpowiedź na pytanie, po co cierpi. Wszystko zależy od postawy, od nastawienia wobec cierpienia”) [3]. Zatem sens cierpienia i choroby pozwala na samopowiadanie, określenie hierarchii wartości z wartością absolutną i przyjęcie twórczej postawy wobec życia – „stawanie się” – a co za tym idzie „[...] to, co choroba uniemożliwia, staje się możliwe dzięki leczeniu” (Frankl 1984, s. 205) [3]. Te wartości (zwłaszcza duchowe) umożliwiają odnajdywanie sensu życia, zachowanie wewnętrznej osobistej wolności i godności, nawet w sytuacjach nadzwyczajnego cierpienia czy w obliczu śmierci [9].

CEL PRACY

Przedmiotem podjętych badań była charakterystyka wybranych uwarunkowań jakości życia i poczucia sensu życia osób przewlekłe i terminalnie cho-

rych, korzystających z opieki medycznej w placówkach ochrony zdrowia na terenie Kielc. Przyjęto m.in następującą hipotezę badawczą [1] w strukturze wartości występujących u osób dorosłych chorujących przewlekle i terminalnie, szczególne miejsce zajmują wartości witalne i duchowe sprzyjające określeniu sensu życia [10, 11].

Takie wartości, jak zdrowie, życie, redukcja bólu i cierpienia, możliwość powrotu do dobrej kondycji psychofizycznej, zakończenie leczenia oraz wartości religijne mogą mieć najwyższą pozycję w hierarchii wartości dorosłych osób przewlekle i terminalnie chorujących. Wartości te tworzą jakość noetyczną (badaną testem Noo-Dynamiki). Człowiek posiadający bogate życie wewnętrzne ma prawdopodobnie największe optymalne możliwości odnalezienia sensu własnego życia, co dokonuje się nie tylko przez realizowanie wartości egzystencji. Szczególne miejsce mają także wartości duchowe, religijne, ponieważ posiadają one siłę wyzwalającą, uwalniającą i przeobrażającą życie [12].

MATERIAŁ I METODA

Zbadano osoby przewlekle i terminalnie chorujące: po 50 osób z każdej grupy (ogółem 100 pacjentów) w okresie średniej dorosłości tj. 45–65 lat. Do badań zakwalifikowano pacjentów z rozpoznaniem lekarskim na podstawie badań biochemicznych i obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), spełniających dodatkowo kryteria WHO dotyczące określenia choroby przewlekłej i terminalnej. U przewlekle chorych występowały najczęściej następujące rozpoznania: anemia, astma, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, niewydolność nerek, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, a u osób terminalnie chorych – nowotwór krtani, płuc, piersi, żołądka, jajników i macicy, wątroby, trzustki oraz jelita grubego.

Średnia wieku badanych wynosiła 53,5 lata, przy medianie wieku wynoszącej 54 lata i dominancie 52 lata. Odchylenie standardowe wieku wynosiło 4,03. W grupie przewlekle chorych średnia wieku wynosiła 52,8 lat, w grupie terminalnie chorych – 54,2 lat. Najmłodsza badana osoba miała 45 lat, a najstarsza – 60 lat. W omawianych badaniach przeważały kobiety. Stanowiły one 63,0% ogółu badanych chorych. Grupę osób chorujących przewlekle stanowiło 32 kobiety (64,0%) i 18 mężczyzn (36,0%). W grupie chorych terminalnie obserwowano również przewagę kobiet nad mężczyznami (31 kobiet – 62,0%, oraz 19 mężczyzn – 38,0%). Badane osoby w większości pochodziły z miasta (56,0%), w środowiskach wiejskich

zamieszkiwało 44,0% respondentów. Pacjenci posiadali w większości wykształcenie średnie ogólne.

Badania dokonano testem Noo-Dynamiki K. Papielskiego, który mierzy poczucie sensu życia oraz pozwala ustalić wskaźniki jakości noetycznych, temporalności noetycznej, aktywności noetycznej i postaw noetycznych. **Jakości noetyczne** są tymi potencjalnościami (możliwościami/zdolnościami) osobowymi, dzięki którym człowiek jest w stanie realizować swój osobowy stan bycia i może osiągnąć optymalny rozwój osobowościowy. Skale 1–14 testu zostały objęte pod wspólną nazwą – jakości noetyczne – i zawierają następujące wymiary: wolność, odpowiedzialność, godność, wartość, znaczenie/sens, dążenie/wola, odniesienie „ku..”, życzliwość/miłość, cierpienie, nadzieja/zaufanie, otwartość osobowa, cele/ukierunkowania, akceptacja bycia, podmiotowość. **Temporalność noetyczna** dotyczy realizowania się człowieka w wymiarze czasowym i przeżywania całej swojej egzystencji w jednym z wyróżnionych okresów czasowych. Skale 15–17 zawierają następujące wymiary temporalnego bycia: przeszłość/przedtem, terażniejszość/teraz, przyszłość/potem. **Aktywność noetyczna** odnosi się do takich cech istnienia człowieka, które są realizowane w procesie jednostkowego rozwoju, służą spełnianiu się egzystencji, kształtowaniu jej, potwierdzając autentyczność podmiotu. Wspólna nazwa „aktywność noetyczna” obejmuje skale 18–30. Są to: samopowiadanie, autotranscendencja, autodystans, życie jako zadanie, satysfakcja z osiągnięć, kierowanie się sumieniem, zaufanie do życia, kreatywność, nastawienie dialogalne (chęć podjęcia relacji „ja – ty”, gotowość do wyrzeczeń, akceptacja drugich, życzliwość wobec innych, własna ocena poczucia i znaczenia sensu życia. **Postawy noetyczne** (zawarte w skalach 31–36) wskazują na istnienie zachowań bezpośrednio związanych z niektórymi sposobami aktywności noetycznej człowieka. Postawy noetyczne wyodrębnione przez autora testu to: postawa wobec sukcesu, śmierci, zaangażowania oraz postawa intelektualna, emocjonalna, egzystencjalna.

WYNIKI

Interpretacji wyników dokonano w sposób ilościowy i jakościowy. Na podstawie otrzymanych wyników badań można stwierdzić, że:

w skalach „jakości noetycznych”:

- badani przewlekle chorzy mają wyższe poczucie takich jakości noetycznych, jak wolność, poczucie wartości, znaczenia, życzliwości, nadziei, podmiotowości, mają również bardziej sprecyzowane

cele, dążenia oraz większe poczucie cierpienia. Różnice są istotne statystycznie w dziewięciu skalach;

- osoby chore terminalnie mają wyższe poczucie odpowiedzialności, godności, otwartości osobowej i odniesienia „ku...” (Bogu, człowiekowi). Różnice są istotne statystycznie w czterech skalach.

W skalach „temporalności noetycznej”:

- przewlekle i terminalnie chorzy w podobny sposób przeżywają temporalność noetyczną, związaną z poczuciem i przeżywaniem terażniejszości, oraz doświadczaniem swojego bycia i uczestnictwa w życiu;
- badani różnią się intensywnością i stopniem natężenia przeżywania terażniejszości;
- osoby przewlekle chore skupiają się na aktualnej sytuacji życiowej. Ich temporalna motywacja do działania skierowana jest ku przyszłości. Jednocześnie nie odsuwają się oni od doświadczeń i wspomnień z przeszłości, zwłaszcza tych, które miały wpływ na ich życie;
- chorzy terminalnie myślą o terażniejszości i koncentrują się na niej nieco intensywniej i w większym stopniu niż chorzy przewlekle.

W skalach „aktywności noetycznej”:

- aktywność noetyczna przewlekle chorych koncentruje się na twórczym rozwiązywaniu problemów życiowych przez samych badanych, którzy traktują życie jako zadanie i nastawienie na relacje dialogalną, mają do życia zaufanie. Cechy tej aktywności związane są z akceptacją terażniejszości i jednocześnie ze skierowaniem się ku przyszłości;
- aktywność noetyczna terminalnie chorych związana jest z autotranscendencją, skierowaniem „ku...”, gotowością do ponoszenia ofiar i wyrzeczeń, aby odzyskać zdrowie. Takie ustosunkowanie się do życia niesie ze sobą silne przeżywanie terażniejszości, zaś motywacja ku przyszłości nie jest dominująca.

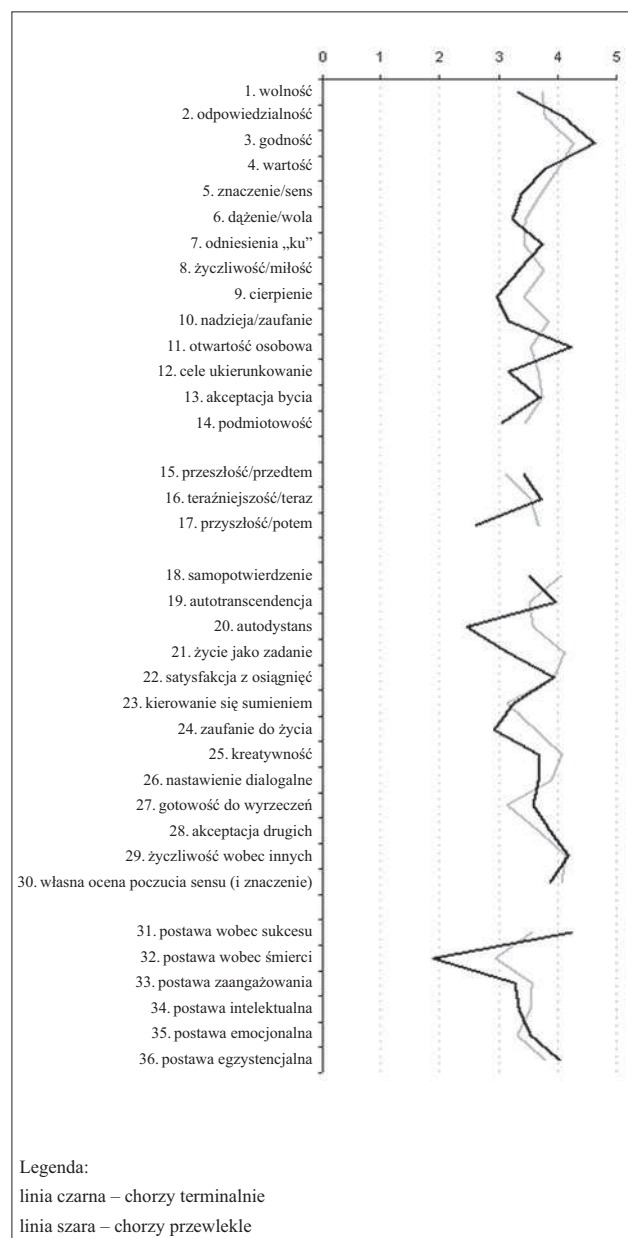
W skalach „postaw noetycznych”:

- przewlekle chorzy przyjmują czasami realistyczną postawę wobec śmierci, nastawieni są jednak na twórcze zaangażowanie się w życie;
- terminalnie chorzy deklarują, że odsuwają od siebie sprawy ostateczne i myślenie o śmierci. Jednocześnie natężenie postawy zaangażowania w życie jest mniejsze, niż u osób przewlekle chorych. Są natomiast zdeterminowani do ponoszenia wielu wyrzeczeń i/lub ofiar, aby osiągnąć sukces, czyli powrót do zdrowia i dobrej kondycji.

Ogólny wskaźnik poczucia sensu życia

Poczucie sensu życia jest sposobem, w jaki człowiek doświadcza i przeżywa własne życie pod-

miotowe [4]. Jest ono również określane jako stan psychiczno-noetyczny koherentnego podmiotu, doświadczany przez jednostkę, dzięki spełnianiu się jej jako osoby. Porównując wskaźniki poczucia sensu życia w obu grupach badanych, należy stwierdzić, że u osób przewlekle chorych występuje wyższy wskaźnik poczucia sensu życia mierzonego testem Noo-Dynamiki (131,9) niż u chorych terminalnie (125,9). Oznacza to, że badane przewlekle chore osoby dysponują prawdopodobnie wyższą świadomością posiadania poczucia sensu życia lub dążenia do niego, przez traktowanie życia jako zadania „do przeżycia”, z nastawieniem na przyszłość. Zbiorcze zróżnicowanie poczucia sensu życia między badanymi terminalnie chorymi a przewlekle chorymi prezentuje poniższy wykres:



Rys. 1. Profile poczucia sensu życia w grupach chorych w świetle kwestionariusza Noo-Dynamiki

OMÓWIENIE

Rozważania i badania nad jakością życia dorosłych przewlekle lub terminalnie chorych dokonywały się w ścisłym powiązaniu z oceną stanu zdrowia, poziomu funkcjonowania, ogólnego samopoczucia, najczęściej w kontekście konkretnej jednostki chorobowej (według klasyfikacji ICD-10), dysfunkcji lub ograniczeń związanych z przebiegiem dolegliwości i algorytmem terapii. Stąd też w literaturze przedmiotu ukonstytuowało się pojęcie jakości życia uwarunkowanej właśnie stanem zdrowia. Można je krótko określić jako subiektywną ocenę własnego położenia życiowego, dokonanego przez człowieka w wybranym przedziale czasowym i okolicznościach zdrowotnych.

Refleksja nad istnieniem, dokonana w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, wymaga uwzględnienia oceny poczucia sensu życia i weryfikacji dotychczasowego systemu wartości, na podstawie odpowiedzi na pytania egzystencjalne: po co żyję?, co dla mnie jest najważniejsze w życiu?, jaki sens ma (miało) moje życie? Dodatkowe informacje do rozważań nad jakością życia wnoszą kontekst choroby. W licznych badaniach stwierdzono, że dominującymi chorobami przewlekłymi są: nadciśnienie tętnicze, choroby kręgosłupa i narządu ruchu, choroby reumatyczne, choroba wieńcowa, migreny, nerwice i/lub depresje [13–17]. Literatura zwraca uwagę, że wśród chorób nowotworowych, najwięcej zachorowań na raka dotyczy nowotworu piersi u kobiet i płuc u mężczyzn. W dalszej kolejności występują nowotwory szyjki macicy, jelita grubego, krtani [18–20]. Analiza jakości życia musi być więc dokonana w relacji do rozpoznania diagnostycznego i jego specyfiki, a także na podstawie aktualnej, szerokiej oceny swojego życia przez samego pacjenta. Nie można pomijać takiego czynnika, jak poczucie sensu życia, który jest niezbędnym warunkiem prawidłowego rozwoju (głównie noetycznego) człowieka [3, 4].

Człowiek przewlekle lub terminalnie chory jest niemal zobligowany do stałego kontaktu z medycyną i jej przedstawicielami. Jego jakość życia w chorobie będzie nie tylko uzależniona od skuteczności działań czysto medycznych, ale i stopnia, w jakim instytucje służby zdrowia będą przez niego postrzegane jako przyjazne. Brak gotowości do wysłuchania, rozumienia i współodczuwania, pośpiech i instrumentalne traktowanie jego potrzeb może sugerować choremu, że jest raczej tylko kolejnym statystycznym przypadkiem, a nie człowiekiem – jedynym i niepowtarzalnym w swoich doznaniach, niepokojach i odczuciach. Sam proces leczenia, niezależnie od objawów choroby, stanowi często również źródło traumatycznych przeżyć [21]. Warto podkreślić znaczenie lo-

goterii w odkrywaniu sensu życia. Zakładając, że człowiek jest istotą wielowymiarową, posiada zdolności do transcendowania własnego bytu fizycznego i psychicznego, jest podmiotem realizującym się w wymiarze duchowym, logoterapeuta poszukuje z pacjentem konkretnego celu egzystencji. Dąży przy tym do osiągnięcia przez pacjenta poczucia zadowolenia z życia, dokonań, osiągnięć (afirmacja życia), a następnie koncentruje się na aktywności (z wykorzystaniem noetycznych cech osobowości), związanej z realizacją celów i wartości ponadosobistych (definiowanie sensu życia). Jeśli zwrócimy uwagę na wnioski z badań własnych, dotyczące czynników konstytuujących sens i jakość życia osób chorych, to dotyczą one właśnie tych osób, które wymagają logoterapii. Zdaniem Frankla [3], w przypadkach ciężkich, terminalnych chorób o zróżnicowanym przebiegu, logoterapia służy do odkrywania sensu cierpienia przez nawiązanie do wartości absolutnych oraz do godności osoby, wolności, życia religijnego. U przewlekle chorych logoterapia pomaga w nadawaniu sensu życiu. Co więcej, logoterapia ma zastosowanie także w procesie uświadamiania sobie duchowości przez osoby chore, w adaptacji do choroby.

WNIOSKI

1. Chorzy przewlekle, doświadczając wyższego natężenia jakości noetycznych takich, jak: wolność, godność, poczucie własnej wartości, znaczenie, sensowność, życzliwość/miłość, podmiotowość, podejmują się twórczego rozwiązywania problemów życiowych i tych, które wiążą się z radzeniem sobie z chorobą. Afirmują życie jako wartość, odsuwają przy tym myśli o autodestrukcji i śmierci. Koncentracja na teraźniejszości ze skierowaniem swoich dążeń i zamierzeń ku przyszłości, sprzyja poczuciu większej podmiotowości. Skupiają więc swoją uwagę na wartościach duchowych (posiadanie lub osiągnięcie szczęścia, miłości, dobroci okazywanej przez ludzi, autentycznej wiary w Boga) oraz na konkretnych dążeniach związanych z zapewnieniem dobrobytu rodzinie, realizacją celów zawodowych i/lub osobistych.
2. Chorzy terminalnie cenią wyższą odpowiedzialność, poczucie godności, ale też odniesienie się „ku...” (Bogu, człowiekowi). Mimo tej deklaracji, badani chorzy żyją teraźniejszością, porównując ją do przeszłości, nastawiają się na osiąganie sukcesów rozumianych jako dojście do zdrowia. Gotowość do wyrzeczeń za cenę odzyskania zdrowia stanowi ważny element ich postawy noetycznej.

W tej postawie zawierają się następujące pragnienia: osiągnięcie szczęścia, pogody ducha, miłości i nadziei na godne dalsze życie.

Składam serdeczne podziękowanie ks. profesorowi Kazimierzowi Popielskiemu za wyrażenie zgody i udostępnienie Testu Noo-Dynamiki dla przeprowadzenia badań, zaś dr Barbarze Walasek-Jarosz za niezwykle twórcze inspiracje w opracowywaniu wyników badań.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Kaleta-Witusiak M. Jakość i sens życia w chorobach przewlekłych osób dorosłych W: By człowiek nie musiał cierpieć. Księga jubileuszowa dedykowana Pani Profesor Aleksandrze Maciarz. Red. AA Zych, A Nowicka, Wydawnictwo Naukowe DSW, Wrocław 2007; 85–97.
- [2] Szczeklik A. Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2007.
- [3] Frankl VE. Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia. IW PAX, Warszawa 1984.
- [4] Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia. Wydawnictwo KUL, Lublin 1994.
- [5] Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine, Soc Sci Med 1989; 29 (3): 463–468.
- [6] Cieślak A, Słowiecka A. Jakość życia z historycznej perspektywy. Studia medyczne 2010; 17: 47–49.
- [7] WHO QOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO QOL): Position paper from the World Health Organization, Soc Sci Med 1995; 41(10): 1405–1409.
- [8] Zych AA. Słownik gerontologii społecznej. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- [9] Uchnast Z. Koncepcja człowieka jako osoby w psychologii humanistyczno-egzystencjalnej. W: Człowiek – pytanie otwarte. Red. K Popielski, Wydawnictwo KUL, Lublin 1987; 77–100.
- [10] Walden-Gałuszko de K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
- [11] Steuden S, Okła W. Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby W: Jakość życia w chorobie. Red. S Steuden, W Okła. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006; 195–208.
- [12] Popielski K. Sens i wartość życia jako kategorie antropologiczno-psychologiczne. W: Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii. Red. K Popielski. Wydawnictwo KUL, Lublin 1987; 107–140.
- [13] Tylka J. Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej. Postępy Rehabilitacji 1996; 10, 4: 43–48.
- [14] Fidor A, Stelmasiak Z. Przewlekłe zespoły korzeniowe łądźwiowo-krzyżowe. Psychiatria-Neurologia: Przewlekłe zespoły korzeniowe – spastyczność – depresje (suplement). 1999; 7: 9–16.
- [15] Milewska D, Gryglewicz D. Epidemiologia bólów kręgosłupa. W: Neurologiczne powikłania niedomogi kręgosłupa. Red. R Mazur, RB Książkiewicz, Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2003; 31–37.
- [16] Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.
- [17] Migas A. Badania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. Niepełnosprawność i Rehabilitacja 2007; 2: 50–70.
- [18] Walden-Gałuszko de K. O chorobie nowotworowej inaczej. Punkt zwrotny 1994, www.punktzwrotny.pl data dostępu 10.06.2008.
- [19] Psychoonkologia. Red. K de Walden-Gałuszko. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000.
- [20] Europejski kodeks walki z rakiem, wersja trzecia (2003). Red. W Zatoński, tłum. M Chechlińska. Centrum Onkologii – Instytut. Warszawa 2007.
- [21] Kukołowicz T, Nowak M. Pedagogika ogólna. Problemy aksjologiczne. RW KUL. Lublin 1997.

Adres do korespondencji:

dr Małgorzata Kaleta-Witusiak
25-566 Kielce, ul. Struga 8/85
e-mail: m.kaleta@wp.pl
tel. 602625368