



**Edyta Charzyńska**

Uniwersytet Śląski w Katowicach  
E-mail: edyta.charzynska@us.edu.pl

# Aspekty wybaczenia a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia wśród pacjentów z nowotworem / *Relationships between aspects of forgiveness and health-related quality of life in cancer patients*

## Abstract

Despite the fact that salutary effects of forgiveness are well-established, there is a scarcity of research examining the role of different aspects of forgiveness for the quality of life in stressful situations such as illness. The current research has two major goals: 1) to compare aspects of forgiveness between cancer patients and healthy controls and 2) to examine aspects of forgiveness as potential predictors of health-related quality of life in cancer patients. 59 cancer patients and 59 healthy controls took part in the study. Forgiveness Scale and SF-36v2 were used to measure the variables of interest. The results showed that cancer patients have a lower level of self-forgiveness than controls. Furthermore, in cancer patients self-forgiveness and feeling forgiven by God proved to be significant predictors of the mental component of health-related quality of life. In the discussion section, the need for inclusion forgiveness topics into cancer care was highlighted, and some specific proposals and suggestions concerning methods to enhance self-forgiveness in cancer patients were made.

**Keywords:** forgiveness; self-forgiveness; forgiveness of others; feeling forgiven by God; health-related quality of life; cancer.

## 1. WPROWADZENIE

W opiece nad chorymi przez wiele lat dominowało podejście, w którym koncentrowano się na pomiarze obiektywnych wskaźników zdrowia i efektów leczenia, takich jak chorobowość, zapadalność, czas przeżycia czy wskaźniki kliniczne i funkcjonalne (Trojanowska 2011: 101). Liczne odkrycia nauk medycznych i coraz większa efektywność leczenia umożliwiły spadek umieralności i wydłużenie czasu ludzkiego życia. Wiązało się to ze wzrostem liczby osób starszych oraz przewlekle chorych, w przypadku których powrót do

zdrowia często jest celem niemożliwym do osiągnięcia (Miniszewska, Chodkiewicz i Zalewska-Janowska 2012: 257–258).

W obliczu ograniczeń medycyny naprawczej zaczęto coraz częściej zastanawiać się nad tym, jak poprawić subiektywną ocenę jakości życia pacjentów. Na początku lat 90-tych XX w. Schipper (1990: 171–185) wprowadził do medycyny pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*heath-related quality of life*, HRQoL), podkreślając tym samym rolę zdrowia jako jednego z kluczowych czynników warunkujących dobrą jakość życia. HRQoL definiowana jest jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” (Schipper, Clinch i Powell 1990: 16). Jej ocena obejmuje zazwyczaj kilka elementów: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (de Walden-Gałuszko 1994: 17).

Pomiar jakości życia subiektywnie postrzeganej przez pacjenta pomaga upodmiotowić relację między chorym a lekarzem, dzięki czemu ten pierwszy przestaje być traktowany jako bierny odbiorca usług medycznych (Trojanowska 2011: 102). Oprócz tego umożliwia ocenę korzyści i ograniczeń związanych z przyjmowaniem danego leku czy z zastosowaniem konkretnej metody leczenia (Miniszewska et al. 2012: 257–258).

Onkologia była jedną z tych dyscyplin medycyny, które jako pierwsze zainteresowały się tematem jakości życia (Kalembrik i Juczyński 2001: 71–72). Obecnie ocena jakości życia pacjentów onkologicznych należy do standardów postępowania placówek opieki medycznej i paliatywnej. Dzieje się tak, ponieważ fizyczne, psychologiczne i społeczne ograniczenia związane z chorobą i jej leczeniem silnie wpływają na jakość życia pacjentów nowotworowych, ograniczając możliwość zaspokajania przez nich swoich potrzeb (Okła, Steuden i Puzon 2007: 33–48; Kulpa i Stypuła-Ciuba 2013: 171–179).

Biorąc pod uwagę, że:

- a) choroba nowotworowa zwykle obniża jakość życia (de Walden-Gałuszko 1994: 22–37; Puchalska et al. 2011: 341–347),
- b) jakość życia zależy zarówno od czynników sytuacyjnych, jak i podmiotowych (Jabłońska, Drabik 2009: 144–151; Okła, Steuden, Puzon 2007: 33–48, Tobiasz-Adamczyk 2012: 67–71),
- c) jakość życia może się zmieniać w czasie (Felce i Perry 1995: 51–74) oraz
- d) wyższe poczucie jakości życia ułatwia radzenie sobie z chorobą, m.in. poprzez wzmacnianie procesów równoważenia zagrożeń z zasobami (Golecka 2013: 35–40),

istotne staje się poszukiwanie zmiennych psychologicznych sprzyjających poczuciu wysokiej jakości życia w tej grupie. Jedną z takich charakterystyk może być wybaczenie.

Wybaczenie stanowi fundament wielu religii światowych i formacji duchowych (Toussaint et al., 2001: 249). Mimo tych konotacji powszechnie uznaje się, że wybaczenie dotyczy każdego człowieka, niezależnie od jego wierzeń, kultury i czasów, w których żyje (Webb, 2003: 18). W literaturze psychologicznej zazwyczaj traktowane jest ono jako konstrukt złożony i wielowymiarowy – rozpatrywane bywa zarówno jako dyspozycja, jak i stan, może być nakierowane na różne obiekty (np. *self*, innych, sytuację, Boga) oraz przyjmować różne formy (dawanie, otrzymywanie, poszukiwanie; Toussaint et al. 2001: 249–257). W badaniach opartych na wielowymiarowych definicjach wybaczenia często bierze się pod uwagę trzy aspekty wybaczenia: wybaczenie innym, wybaczenie sobie oraz poczucie wybaczenia przez Boga (Fetzer Institute i National Institute on Aging Working Group 1999: 35–37; Svalina i Webb 2012: 383–392).

Wybaczenie innym to proces wolicjonalny podejmowany przez osobę skrzywdzoną, który przejawia się w zmniejszeniu negatywnych myśli, uczuć i zachowań wobec sprawcy, niezależnie od tego, czy wyraził on skruchę i poszukiwał wybaczenia (McCullough, Worthington i Rachal 1997: 321–336). W procesie wybaczenia mogą również pojawić się u osoby skrzywdzonej uczucia współczucia i wielkoduszności oraz inne pozytywne reakcje wobec sprawcy (Enright 1996: 108). Wybaczenie sobie, analogicznie do wybaczenia innym, polega na uwolnieniu się od negatywnych emocji, samoobwiniania się i surowego krytycyzmu oraz zastąpieniu ich konstruktywną postawą wobec siebie (Hall i Fincham 2008: 175). Trzeci aspekt wybaczenia – poczucie wybaczenia przez Boga – przejawia się w poczuciu, że własne myśli, uczucia i zachowania oceniane jako moralnie złe zostały odpuszczone przez Boga (Toussaint et al. 2001: 250). Uwzględnianie tego aspektu wybaczenia w badaniach wydaje się niezbędne w tych kulturach i społecznościach, w których istotną rolę odgrywa relacja z Bogiem, dostarczająca modeli, metod i źródeł wybaczenia (Wuthnow 2000: 125–139).

Znaczące sytuacje stresowe, do jakich należy choroba nowotworowa, często prowadzą do pojawienia się wątpliwości egzystencjalnych, co może się wiązać z intensywną swojego dotychczasowego życia i chęcią jego przewartościowania (Frankl 1978). Pacjenci zaczynają między innymi poddawać swoje dotychczasowe relacje z innymi. Niekiedy te oceny prowadzą do pojawienia się lub nasilenia napięcia i emocji negatywnych spowodowanych rozbieżnością między odczuwaną złością czy żalem do innych a chęcią osiągnięcia aktualnie cenionych wartości (Mickley i Cowles 2001: 31–37). W celu zmniejszenia tej rozbieżności pacjenci mogą przyjmować postawę wybaczącą wobec innych. U wielu pacjentów pojawiają się również pytania dotyczące przyczyn choroby, a istotnym problemem staje się w tym kontekście umiejętność wybaczenia sobie nieprawidłowych zachowań (Taylor, Lichtman i Wood 1984: 489–502; Romero 2006: 29–36). Oprócz tego podczas doświadczania choroby dla wielu osób cenne staje się odczuwanie Bożego wybaczenia, będącego źródłem spokoju i ulgi (Hatamipour et al. 2015: 29–36).

Jak zauważają Mickley i Cowles (2001: 35), kwestie związane z wybaczeniem mogą pojawić się w każdym okresie rozwoju choroby nowotworowej, oddziałując na

subiektywną jakość życia pacjentów. W obliczu poczynionych rozważań zaskakuje fakt, iż mimo coraz częściej formułowanych zaleceń dotyczących potrzeby uwzględniania wieloaspektowości wybaczenia podczas badania jego związków ze zdrowiem i jakością życia (Krause i Ellison 2003: 77–79), niewiele badań tego typu zostało przeprowadzonych wśród pacjentów z chorobą nowotworową. Dodatkowo, zgodnie z wiedzą autorki, żadne z nich nie uwzględniało roli poczucia wybaczenia przez Boga jako potencjalnego predyktora jakości życia w tej grupie.

## 2. CEL BADANIA

Przeprowadzone badanie miało dwa główne cele. Pierwszym celem było porównanie poziomu poszczególnych aspektów wybaczenia wśród osób z chorobą nowotworową oraz osób zdrowych. Drugim celem było sprawdzenie relacji między aspektami wybaczenia a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia w grupie pacjentów onkologicznych.

## 3. HIPOTEZY

Sformułowano dwie hipotezy badawcze:

**Hipoteza 1.** Osoby z chorobą nowotworową będą cechowały się niższym poziomem wybaczenia sobie w porównaniu z osobami zdrowymi.

Uzasadnienie: Część osób chorych może przypisywać sobie odpowiedzialność za pojawienie się choroby nowotworowej, np. na skutek zaniedbań zdrowotnych, co prowadzić może do kumulacji negatywnych uczuć skierowanych do *self* i poważnych trudności z wybaczeniem sobie (Bennett et al. 2005: 313–323; Friedman et al., 2007: 351–357).

**Hipoteza 2.** Aspekty wybaczenia będą predyktorem subiektywnej oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w wymiarach zdrowia fizycznego i psychicznego.

Uzasadnienie: Liczne badania – zarówno korelacyjne, jak i eksperymentalne – potwierdzają prozdrowotne właściwości wybaczenia (Toussaint et al. 2001: 249–257; Witvliet, Ludwig i Vander Laan 2001: 117–123; Krause i Ellison 2003: 77–94; Harris i Thoresen 2005: 321–333). Można więc sądzić, iż 1) gotowość wybaczenia innym doznanych od nich krzywd i zranień, 2) umiejętność wybaczenia sobie własnych przewinień oraz 3) poczucie, że niewłaściwe czyny zostały wybaczone przez Boga, będą sprzyjały poczuciu wysokiej jakości życia wśród chorych z nowotworem.

## 4. METODA

### 4.1 OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział 59 osób, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową oraz 59 osób zdrowych. Obie grupy składały się z 33 kobiet i 26 mężczyzn. Przeciętny wiek w grupie osób chorych na nowotwór wyniósł 41,92 ( $SD = 15,85$ ), podczas gdy w grupie osób zdrowych równy był 41,03 ( $SD = 15,79$ ). W obu grupach 1 osoba miała wykształcenie podstawowe, 8 osób – zasadnicze zawodowe, 26 osób – średnie i 24 osoby – wyższe. Prawie 90% osób ( $n = 53$ ) w obu grupach określiło się jako katolicy. Wśród osób z nowotworem dwie osoby zadeklarowały wyznanie grekokatolickie, podczas gdy wśród osób zdrowych była to jedna osoba. Cztery osoby w grupie osób z nowotworem i pięć osób w grupie chorych nie podało swojego wyznania religijnego. W obu grupach przeważały osoby będące w związku formalnym lub nieformalnym (56% osób z nowotworem, 66% osób zdrowych), posiadające dziecko lub dzieci (58% osób z nowotworem i 61% osób zdrowych). Nie odnotowano istotnych różnic między osobami chorymi i zdrowymi w zakresie uwzględnionych w badaniu zmiennych socjodemograficznych.

Przeciętny czas choroby wśród osób z nowotworem wyniósł 5,67 lat ( $SD = 5,4$ ). Najczęściej nowotwór zlokalizowany był w piersi ( $n = 21$ ), płucach ( $n = 15$ ), jądrach ( $n = 10$ ) i tarczycy ( $n = 5$ ). W przypadku 49,2% ( $n = 29$ ) chorych nowotwór był złośliwy, u pozostałych osób zdiagnozowano nowotwór łagodny.

## 4.2 NARZĘDZIA

Oprócz metryczki wszystkie osoby badane wypełniły Skalę Wybaczenia. Dodatkowo, pacjenci onkologiczni uzupełnili kwestionariusz SF-36v2. Poniżej zamieszczono opis kwestionariuszy użytych w badaniu.

### 4.2.1 Wybaczenie

Skala Wybaczenia jest polską adaptacją (Charzyńska i Heszen 2013: 423–446) wskaźników wybaczenia opracowanych przez Toussainta i współpracowników (2001: 249–257). Polska wersja narzędzia złożona jest z dziewięciu pozycji wchodzących w skład trzech podskali: „wybaczenie sobie” (dwie pozycje), „wybaczenie innym” (pięć pozycji) oraz „poczucie wybaczenia przez Boga” (dwie pozycje). Poszczególne pozycje narzędzia ocenia się za pomocą 5-stopniowej skali Likerta. Stosowane są dwa formaty kategorii odpowiedzi w zależności od pozycji: „zdecydowanie zgadzam się”, „raczej zgadzam się”, „trudno powiedzieć”, „raczej nie zgadzam się”, „zdecydowanie nie zgadzam się” lub „nigdy”, „prawie nigdy”, „niezbyt często”, „dość często”, „bardzo często”. W przypadku pytań dotyczących poczucia wybaczenia przez Boga dostępna jest również opcja odpowiedzi „nie dotyczy”.

Badania walidacyjne potwierdziły trafność czynnikową, teoretyczną i kryterialną Skali Wybaczenia (Charzyńska i Heszen, 2013: 423-446). Zgodność wewnętrzną narzędzia okazała się satysfakcjonująca ( $\alpha$ -Cronbacha między 0,65 a 0,91).

W niniejszym badaniu rzetelność mierzona za pomocą współczynnika  $\alpha$ -Cronbacha wyniosła 0,70 dla podskali „wybaczenie sobie”, dla podskali „wybaczenie

innym” – 0,86, dla podskali „poczucie wybaczenia przez Boga” – 0,89 oraz 0,83 dla ogólnego poziomu wybaczenia.

#### 4.2.2 Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia dokonano przy użyciu kwestionariusza SF-36v2 (the *Short Form – 36v2 Health Survey Questionnaire*; Ware, Kosinski i Dewey 2000) w polskiej adaptacji Żołnierczyk-Zredy i współpracowników (2009). SF-36v2 ma charakter ogólny (uniwersalny), stosowany jest zarówno wśród osób chorych, jak i zdrowych. W badaniu wykorzystano standardową wersję kwestionariusza, w której osoba badana ocenia jakość swojego życia w ciągu ostatnich 4 tygodni (Ware et al. 2000).

SF36v2 pozwala na pomiar subiektywnej jakości życia w dwóch skalach: „Zdrowie fizyczne” i „Zdrowie psychiczne” (Żołnierczyk-Zreda et al., 2009). W skład skali „Zdrowie fizyczne” wchodzi następujące podskale: 1) „Funkcjonowanie fizyczne” (*F*), 2) „Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym” (*R*), 3) „Ból” (*P*) oraz 4) „Zdrowie ogólne” (*H*). Skalę „Zdrowie psychiczne” tworzą podskale: 1) „Witalność” (*V*), 2) „Funkcjonowanie społeczne” (*S*), 3) „Ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych” (*E*) oraz 4) „Samopoczucie” (*W*).

Kwestionariusz SF-36v2 składa się z 36 pozycji. Liczba i treść kategorii odpowiedzi różnią się w zależności od podskali. Dla większości pozycji wykorzystywana jest 5-stopniowa skala Likerta, dla pozostałych zaś skala 3-stopniowa.

Trafność polskiej adaptacji sprawdzono przy użyciu konfirmacyjnej i eksploracyjnej analizy czynnikowej oraz w oparciu o współczynniki korelacji z inną popularną skalą do mierzenia jakości życia związanej ze zdrowiem (Żołnierczyk-Zreda et al. 2009). Współczynniki  $\alpha$ -Cronbacha dla polskiej adaptacji mieściły się między 0,63 (podskala *H*) a 0,96 (podskala *R*).

W przeprowadzonym badaniu zgodność wewnętrzna podskal kwestionariusza wahała się między 0,61 (podskala *H*) a 0,93 (podskala *E*), podczas gdy zgodność wewnętrzna dla skali „Zdrowie fizyczne” wyniosła 0,85, a dla skali „Zdrowie psychiczne” – 0,91.

### 4.3 PROCEDURA

Badanie z udziałem osób z chorobą nowotworową zostało przeprowadzane w trzech szpitalach specjalistycznych w województwach małopolskim i śląskim. Uzyskano zgodę dyrektorów placówek na wykonanie pomiaru. W badaniu wzięli udział pacjenci przebywający na oddziale onkologicznym lub korzystający z poradni onkologicznej. Badanie prowadzone było indywidualnie, w pomieszczeniu nieprzeznaczonym, bez obecności osób trzecich.

Badania mające na celu utworzenia grupy porównawczej zostały wykonane przez kilkanaścioro studentów. Rozdali oni ankiety wśród członków rodziny i znajomych, prosząc o ich rozpowszechnienie (metoda kuli śniegowej). Ankieta skła-

dała się z części dotyczącej zmiennych socjodemograficznych i stanu zdrowia, w tym przeszłych i aktualnych chorób, oraz Skali Wybaczenia. Łącznie przebadano 313 osób, w tym 264 osób zdrowych. Po zebraniu danych osoby zdrowe zostały dobrane do osób z nowotworem z uwzględnieniem kryteriów płci, wieku, wykształcenia oraz wyznania religijnego.

Wszystkich uczestników poinformowano o dobrowolności udziału w badaniu oraz anonimowości odpowiedzi. Przed przystąpieniem do pomiaru pacjenci wyrażali pisemną zgodę na udział w badaniu.

## 5. WYNIKI

### 5.1 ANALIZY WSTĘPNE

#### 5.1.1 Braki danych

Braki danych wyniosły 4,3%. Jako że test Little'a (1988: 1198–1202) wykazał, że miały one charakter losowy (*missing completely at random*;  $\chi^2(33) = 30,74$ ;  $p > 0,05$ ), dla zmiennych ilościowych wyimputowano dane za pomocą metody Expectation-Maximization (EM; Konarski 2009: 114–117). Obliczenia wykonano w programie SPSS 23.0.

#### 5.1.2 Struktura wybaczenia oraz korelacje między aspektami wybaczenia (chorzy onkologicznie i zdrowi)

Zarówno wśród osób z nowotworem, jak i osób zdrowych poziom wybaczenia sobie okazał się istotnie niższy w porównaniu z poziomem wybaczenia innym (pacjenci:  $p < 0,001$ ; zdrowi:  $p < 0,001$ ) oraz poczuciem wybaczenia przez Boga (pacjenci:  $p < 0,001$ ; zdrowi:  $p = 0,029$ ). W obu grupach poczucie wybaczenia przez Boga korelowało pozytywnie z wybaczeniem innym (pacjenci:  $r = 0,55$ ;  $p < 0,001$ ; zdrowi:  $r = 0,35$ ;  $p = 0,007$ ). Oprócz tego w grupie chorych z nowotworem wybaczenie sobie wiązało się pozytywnie z poczuciem wybaczenia przez Boga ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,042$ ).

#### 5.1.3 Porównanie skal jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia oraz korelacje między nimi (chorzy onkologicznie)

W celu porównania poziomu jakości życia w skalach „Zdrowie fizyczne” i „Zdrowie psychiczne” wśród pacjentów z nowotworem wyniki surowe kwestionariusza SF-36v2 przekształcono na wyniki wyrażone na skali od 0 do 100. Średni poziom jakości życia w skali „Zdrowie fizyczne” wyniósł 61 (min. = 26, max. 95;  $SD = 17$ ). Przeciętny poziom jakości życia w skali „Zdrowie psychiczne” był równy 57 (min. = 14, max. = 93;  $SD = 20$ ). Test t-Studenta dla dwóch prób zależnych wykazał, że skale główne SF-36v2 różnią się między sobą, ale tylko na poziomie tendencji statystycznej ( $t(58) = 1,825$ ;  $p = 0,073$ ). Współczynnik korelacji dla obu skal wyniósł 0,71 ( $p < 0,001$ ).

### 5.1.4 Korelacje między wybaczeniem a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia (chorzy onkologicznie)

W kolejnym kroku analiz poszukiwano korelatów jakości życia spośród aspektów wybaczenia. Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi przedstawiono w tabeli 1. Ogólny poziom wybaczenia wiązał się istotnie z poziomem jakości życia w skalach „Zdrowie fizyczne” ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,040$ ) i „Zdrowie psychiczne” ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,001$ ), jak również w trzech podskalach kwestionariusza SF-36v2. Dwa aspekty wybaczenia, tj. wybaczenie sobie i poczucie wybaczenia przez Boga wiązały się dodatnio z jakością życia w skalach „Zdrowie fizyczne” ( $\text{wyb}_{\text{SOB}}: r = 0,26$ ,  $p = 0,043$ ;  $\text{wyb}_{\text{BOG}}: r = 0,26$ ;  $p = 0,048$ ) i „Zdrowie psychiczne” ( $\text{wyb}_{\text{SOB}}: r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ;  $\text{wyb}_{\text{BOG}}: r = 0,38$ ;  $p = 0,003$ ). Wszystkie aspekty wybaczenia korelowały istotnie z podskalami „Witalność” i „Samopoczucie”.

**Tabela 1.** Współczynniki korelacji między aspektami wybaczenia

	Wybaczenie sobie	Wybaczenie innym	Poczucie wybaczenia przez Boga	WYBACZANIE OGÓLNE
ZDROWIE FIZYCZNE	0,26*	0,11	0,26*	0,27*
Funkcjonowanie fizyczne	0,19	0,10	0,24 <sup>t</sup>	0,23 <sup>t</sup>
Ograniczenie ról – zdrowie fizyczne	0,12	0,08	0,17	0,14
Ból	0,18	0,21	0,14	0,20
Zdrowie ogólne	0,36**	0,11	0,13	0,28*
ZDROWIE PSYCHICZNE	0,41**	0,18	0,38**	0,43**
Witalność	0,33*	0,30*	0,39**	0,43**
Funkcjonowanie społeczne	0,17	0,14	0,23 <sup>t</sup>	0,25 <sup>t</sup>
Ograniczenie ról – problemy emocjonalne	0,22 <sup>t</sup>	0,02	0,22 <sup>t</sup>	0,19
Samopoczucie	0,26*	0,26*	0,31**	0,34**

Uwagi: <sup>t</sup> $p \in <0,05; 0,1$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$

## 5.2 WERYFIKACJA HIPOTEZ

### 5.2.1 Porównanie chorych z nowotworem z osobami zdrowymi pod względem wybaczenia

W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe dla wybaczenia w podziale na grupy oraz rezultaty porównań poziomu tej zmiennej pomiędzy osobami chorymi na nowotwór oraz osobami zdrowymi. Jak wynika z obliczeń, osoby z chorobą nowotworową mają istotnie niższy poziom wybaczenia sobie w porównaniu z osobami zdrowymi ( $t(116) = -2,46$ ;  $p < 0,05$ ).



**Tabela 2.** Statystyki opisowe oraz rezultaty testu t-Studenta dla dwóch prób niezależnych (porównanie osób z chorobą nowotworową z osobami zdrowymi)

Zmienna	Skala	Osoby chore		Osoby zdrowe		t	p
		M	SD	M	SD		
Wybaczenie sobie	1-5	2,45	0,88	2,91	1,11	-2,46	0,015
Wybaczenie innym	1-5	3,57	0,80	3,70	0,65	-1,00	ns.
Poczucie wybaczenia przez Boga	1-5	3,76	1,02	3,55	1,35	0,94	ns.
Ogólny poziom wybaczenia	1-5	3,26	0,70	3,39	0,62	-1,05	ns.

Uwagi: M = średnia arytmetyczna, SD = odchylenie standardowe

### 5.2.2 Aspekty wybaczenia jako predyktory jakości życia (chorzy onkologicznie)

W następnym kroku analiz sprawdzano, czy poszczególne aspekty wybaczenia są istotnymi predyktorami ogólnego poziomu jakości życia w skalach „Zdrowie fizyczne” i „Zdrowie psychiczne” wśród osób z chorobą nowotworową. Do obliczeń wykorzystano regresję wielomianową. Przed przystąpieniem do analiz sprawdzono założenia dotyczące tej metody analizy danych (Tabachnick i Fidell 2013: 122–128).

Przeprowadzenie analizy regresji poprzedziło badanie korelacji między zmiennymi socjodemograficznymi a jakością życia. Odnotowano jedną istotną relację – bycie mężczyzną wiązało się z wyższym poziomem jakości życia w skali „Zdrowie psychiczne” ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,010$ ). Biorąc pod uwagę powyższy rezultat, w celu predykcji jakości życia w zakresie zdrowia psychicznego zastosowano hierarchiczną analizę regresji: w pierwszym kroku do modelu wprowadzono więc płeć, w drugim zaś poszczególne aspekty wybaczenia.

W przypadku jakości życia w skali „Zdrowie fizyczne” model z wprowadzonymi trzema aspektami wybaczenia jako predyktorami okazał się nieistotny ( $F(3, 55) = 2,23$ ;  $p = 0,095$ ). Dla jakości życia w skali „Zdrowie psychiczne” oba testowane modele okazały się natomiast istotne (tabela 3). Model 2, uwzględniający oprócz płci aspekty wybaczenia, wyjaśniał istotnie więcej wariacji badanej zmiennej w porównaniu z modelem 1 ( $\Delta F(3, 54) = 7,09$ ;  $p < 0,001$ ). Istotnymi predyktorami jakości życia w skali „Zdrowie psychiczne” okazały się oprócz płci dwa aspekty wybaczenia: wybaczenie sobie ( $\beta = 0,24$ ;  $p = 0,043$ ) oraz poczucie wybaczenia przez Boga ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,009$ ). Badany model wyjaśniał 31,5% wariacji jakości życia w wymiarze zdrowia psychicznego.

**Tabela 3.** Rezultaty hierarchicznej analizy regresji dla jakości życia w wymiarze zdrowia psychicznego

	B	Błąd stand.	$\beta$	t	p
Model 1					
Stała	24,05	6,36		3,78	< 0,001
Płeć	11,28	4,22	0,33	2,67	0,010

	B	Błąd stand.	$\beta$	t	p
Model 2					
Stała	-15,68	12,02		-1,30	0,198
Płeć	12,34	3,95	0,37	3,13	0,003
Wybaczenie sobie	4,97	2,39	0,24	2,07	0,043
Wybaczenie innym	1,11	2,79	0,05	0,40	0,693
Poczucie wybaczenia przez Boga	6,12	2,28	0,35	2,69	0,009

Uwagi: płeć: 0 – kobieta, 1 – mężczyzna

B – współczynnik niestandardyzowany,  $\beta$  – współczynnik standaryzowany

Model 1:  $F(1, 57) = 7,13; p = 0,010$ ; skorygowany  $R^2 = 0,096$

Model 2:  $F(4, 54) = 7,68; p < 0,001$ ; skorygowany  $R^2 = 0,315$

## 6. DYSKUSJA

Uzyskane rezultaty potwierdzają hipotezę 1, zgodnie z którą osoby z chorobą nowotworową przejawiają większe trudności z wybaczeniem sobie w porównaniu z osobami zdrowymi. Obniżony poziom wybaczenia sobie wśród osób z chorobą nowotworową może mieć różne przyczyny. Część chorych może w swoich zachowaniach i nawykach (np. palenie papierosów, uboga dieta, niewielka aktywność fizyczna, brak lub rzadkie badania kontrolne itd.) upatrywać przyczyn pojawienia się nowotworu (Constanzo et al. 2005: 972–980). Niezależnie od stopnia prawdziwości tego typu samoatrybucji, ich pojawieniu się towarzyszą negatywne uczucia skierowane wobec „ja” – poczucie winy, samoobwinianie się, żal do siebie za zaniedbania (Bennett et al., 2005: 313–323; Else-Quest et al. 2009: 949–964), blokujące proces wybaczenia sobie.

Kolejną przyczyną obniżonego poziomu wybaczenia sobie w grupie osób onkologicznych może być wynikiem obciążeń, jakie w wyniku choroby stają się udziałem nie tylko pacjenta, lecz również jego bliskich. Osoby chore mogą przeżywać poczucie winy wobec swoich bliskich z powodu ograniczonych możliwości wypełniania codziennych obowiązków, konieczności ponoszenia wydatków finansowych na leczenie itd. (Block i Kissane 2000: 112–116). Stres związany z chorobą, wpływający na naruszenie systemu rodzinnego, może też sprzyjać konfliktom między członkami rodziny, co zwrótnie może jeszcze potęgować u osoby chorej poczucie winy i niechęci do siebie.

Problem obniżonego poziomu wybaczenia sobie wśród pacjentów nowotworowych jest tym ważniejszy, iż, jak wykazała weryfikacja hipotezy 2, zmienna ta jest istotnym predyktorem jakości życia w wymiarze zdrowia psychicznego. Dotychczas przeprowadzono niewiele badań nad związkami wybaczenia sobie z jakością życia wśród osób z chorobą nowotworową (Romero 2006: 29–36). Te, które są dostępne, potwierdzają prozdrowotne właściwości wybaczenia sobie w tej grupie. Przykładowo, badanie przeprowadzone przez Friedman i współpracowników (2007: 351–357) w grupie 123 kobiet z nowotworem piersi wykazało, że te pacjentki, które cechowały się wyższym ogólnym poziomem wybaczenia

sobie, w mniejszym stopniu obwiniały siebie o pojawienie się choroby, co zwrótnie sprzyjało poczuciu wyższej jakości życia oraz zmniejszało poziom zaburzeń nastroju.

Jak wspomiano we wprowadzeniu, sytuacja choroby często wiąże się z pojawianiem się pytań natury egzystencjalnej – o sens i cel życia, swoje miejsce w świecie itd. Osoby z chorobą nowotworową mogą zwracać się do Boga jako źródła sensu, wsparcia i pociechy w chorobie, poszukując ukojenia w modlitwie i innych praktykach religijnych (Hatamipour et al. 2015: 61–67). Wpływa to na ich percepcję trudnego doświadczenia życiowego, jakim jest choroba oraz na ich przekonania i sposoby radzenia sobie z chorobą (Mickley i Cowles 2001: 31–37). Rezultaty przeprowadzonego badania, wskazujące na dodatnią zależność między odczuwaniem Bożego wybaczenia a pozytywną oceną własnego zdrowia psychicznego, są zatem spójne z wynikami przytoczonych badań. Poczucie Bożego wybaczenia może przynosić pacjentom ukojenie i spokój, co sprzyja ich lepszemu samopoczuciu i witalności.

Uzyskane w tym badaniu rezultaty niosą za sobą ważne implikacje praktyczne. Potrzebne jest zaplanowanie oddziaływań mających na celu zmniejszenie negatywnych emocji wobec *self* wśród pacjentów onkologicznych i zastąpienie ich korzystnymi przekonaniami, emocjami i zachowaniami wobec siebie. Oddziaływania tego typu mogą mieć różny charakter. Przydatne będą programy przygotowane dla osób o wysokim poczuciu winy i samokrytycyzmu. Jako przykład można podać program „Restore: The Journey Toward Self-Forgiveness” (Toussaint et al. 2014: 54–74), opracowany z myślą o pacjentach onkologicznych, odwołujący się do dwóch kluczowych czynników pobudzających prawdziwe (*authentic*) wybaczenie: samoakceptacji i samodoskonalenia. Można również skorzystać z bardziej ogólnych programów nakierowanych na proces wybaczenia sobie, np. opartego o psychoedukację modelu REACH autorstwa Worthingtona (2006) lub programów dotyczących duchowości pacjentów, w których wybaczenie traktowane jest jako jedna ze składowych wewnętrznej przemiany (*por.* Cunningham 2005: 178–186). Za pseudonauką trzeba natomiast uznać koncepcję „radykalnego wybaczenia” Tippinga (2003), w której autor zakłada, że trudności z wybaczeniem są jedną z głównych przyczyn problemów zdrowotnych, w tym choroby nowotworowej oraz utrzymuje, że opanowanie sztuki „radykalnego wybaczenia” jest potrzebne do odzyskania zdrowia.

Nim wprowadzi się do opieki nad pacjentem interwencje nakierowane *explicite* na problem wybaczenia sobie, warto, by onkolog zainicjował rozmowę z pacjentem na temat złożonej etiologii choroby nowotworowej. Atrybucje dotyczące choroby tworzone przez pacjentów mają bowiem nie tylko znaczenie psychologiczne, ale są również ściśle związane z wiedzą na temat choroby oraz ze społecznymi i kulturowymi sposobami wyjaśniania choroby (Taylor, Lichtman i Wood 1984: 489–502). Jak sugerują Friedman i współpracownicy (2007: 356–357), lekarz może próbować zmniejszyć ruminacje pacjenta na temat przyczyn choroby oraz jego poczucie winy dzięki wspólnej refleksji nad sposobami poprawy zdrowia i jakości życia chorego. Trzeba przy tym zaznaczyć, że rozmowa na ten temat

powinna być prowadzona w taki sposób, by uniknąć lekceważenia czy usprawiedliwiania antyzdrowotnych zachowań pacjenta.

Biorąc pod uwagę względnie wysoki poziom poczucia wybaczenia przez Boga u osób z chorobą nowotworową odnotowany w niniejszym badaniu oraz rezultaty badań i rozważań teoretycznych sugerujących, że jeden rodzaj wybaczenia może stanowić wstępny warunek osiągnięcia innych (*por.* Krause i Ellison 2003: 77–94), warto zastanowić się nad możliwościami oddziaływania na wybaczenie sobie poprzez wskazywanie wierzącym pacjentom jego powiązań z Bożym wybaczeniem (McConnell i Dixon 2012: 31–39). Zadanie to należałoby powierzyć przede wszystkim duchownym pracującym z pacjentami lub/oraz terapeutom uwzględniającym wątki związane z religijnością w procesie terapii. Tego typu oddziaływania wydają się konieczne w obliczu dysproporcji przejawiających się w podkreślaniu przez święte księgi i społeczności religijne Bożego wybaczenia oraz wybaczenia bliźnim przy równoczesnym rzadkim wspomnianiu o przykazie wybaczenia sobie (*por.* Barry 2011). Ważna w tym kontekście może okazać się również praca nad obrazem Boga – m.in. nad tym, czy chory – przykładowo chrześcijanin – postrzega Go jako pamiętliwego, skorego do urazy Boga Starego Testamentu czy miłosiernego, wybaczącego Jezusa (McConnell i Dixon 2012: 31–39).

Na zakończenie dyskusji warto zauważyć, że trzeci aspekt wybaczenia – wybaczenie innym – nie odgrywał istotnej roli w ocenie jakości życia w żadnym z wymiarów. Rezultat ten sugeruje, że dla chorych onkologicznie kluczowe dla poczucia wysokiej jakości życia może być uzyskanie wybaczenia dla swojego *self* (od samego siebie, od Boga), a nie jego dawanie innym. Hipoteza ta wymaga jednak dalszych badań, z uwzględnieniem grup pacjentów zróżnicowanych ze względu na wiek, status cywilny, przebieg relacji interpersonalnych, czas diagnozy choroby nowotworowej, typ nowotworu itd.

## 7. ZALETY I WADY BADANIA ORAZ PROPONOWANE KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Największą zaletą badania jest równoczesne uwzględnienie wielu aspektów wybaczenia. Umożliwiło to stwierdzenie deficytu w zakresie wybaczenia sobie wśród pacjentów onkologicznych, a także zidentyfikowanie tych aspektów wybaczenia, które są kluczowe dla jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w tej grupie.

Prezentowane badanie ma również kilka ograniczeń. Badanie miało charakter poprzeczny, co sprawia, że przyjęty kierunek relacji między analizowanymi zmiennymi jest oparty wyłącznie na przesłankach teoretycznych. Kolejnym ograniczeniem badania jest niewielka liczebność próby. Oprócz tego pacjenci biorący udział w badaniu stanowili grupę silnie heterogeniczną ze względu na zmienne związane z chorobą. W przyszłych badaniach warto bliżej przyjrzeć się grupom chorych onkologicznie szczególnie narażonym na problemy z wybaczeniem sobie, m.in. pacjentom z nowotworem płuc, przypisujących sobie winę za zachorowanie częściej niż pacjenci z rakiem piersi czy prostaty (Else-Quest et al.

2009: 949–964). Dodatkowo, biorąc pod uwagę homogeniczność zbadanej grupy pod względem religijności, wskazana jest również replikacja badań wśród wyznawców innych religii oraz w społeczeństwach zsekularyzowanych.

Ograniczenia badania wiążą się również z użytymi narzędziami. Podskale „wybaczenie sobie” i „poczucie wybaczenia przez Boga” składają się tylko z dwóch pozycji. Z jednej strony mała liczba pozycji umożliwia szybszy i mniej uciążliwy pomiar w porównaniu z rozbudowanymi narzędziami, z drugiej jednak ogranicza zróżnicowanie wyników oraz bywa problematyczna z punktu widzenia rzetelności. Podkreślić w tym miejscu należy jednak, że rzetelność podskal wybaczenia użytych w niniejszym badaniu była zadowalająca.

Zastosowany w badaniu kwestionariusz SF-36v2 jest narzędziem ogólnym o szerokim zakresie, nieuwzględniającym aspektów charakterystycznych dla konkretnej choroby. W kolejnych badaniach obok ogólnych miar jakości życia należy uwzględnić narzędzia specyficzne, opracowane z myślą o pacjentach onkologicznych.

W prezentowanym badaniu sprawdzano jedynie związki między aspektami wybaczenia a odczuwaną jakością życia. W przyszłych badaniach warto podjąć próbę zidentyfikowania mechanizmów zachodzących między tymi zmiennymi, czyli poszukać mediatorów relacji. Warto również przypomnieć, że w niniejszym badaniu model regresji uwzględniający aspekty wybaczenia jako predyktory jakości życia w wymiarze fizycznym okazał się nieistotny. Może to oznaczać, że w grupie chorych przejęcie postawy wybaczącej jest kluczowe przede wszystkim dla oceny swojego zdrowia psychicznego, a nie dla oceny zdrowia fizycznego. Z drugiej strony brak istotności testowanego modelu dla jakości życia w wymiarze zdrowia fizycznego może być rezultatem oddziaływania potencjalnych moderatorów (np. siły wiary religijnej/duchowości, obrazu Boga, natężenia ruminaacji), które nie zostały uwzględnione w niniejszym badaniu. Problem ten wymaga dalszych studiów.

## LITERATURA

1. Barry M. *The Forgiveness Project: The startling discovery of how to overcome cancer, find health, and achieve peace*, Grand Rapids 2011.
2. Bennett K. K., Compas B. E., Beckjord E. i Glinder J. G., Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer, „J Behav Med” nr 28, 2005, s. 313–323.
3. Bloch S. i Kissane D., Psychotherapies in psycho-oncology. An exciting new challenge, „Br J Psychiatry” nr 177, 2000, s. 112–116.
4. Charzyńska E. i Heszen I., Zdolność do wybaczenia i jej pomiar przy pomocy polskiej adaptacji Skali Wybaczenia L. L. Toussainta, D. R. Williamsa, M. A. Musicka i S. A. Everson, „Przegląd Psychologiczny” nr 56, 2013, s. 423–446.
5. Costanzo E. S., Lutgendorf S. K., Bradley S. L., Rose S. L. i Anderson B. Cancer attributions, distress, and health practices among gynecologic cancer survivors, „Psychosom Med” nr 7, 2005, s. 972–980.
6. Cunningham A. J., Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients, „Integr Cancer Ther” nr 4, 2005, s. 178–186.
7. de Walden-Gałaszko K., Jakość życia – rozważania ogólne, w: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. K. de Walden Gałaszko, M. Majkowicz M., Gdańsk 1994.

8. Else-Quest N. M., LoConte N. K., Schiller J. H. i Hyde J. S., Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients, „Psychol Health” nr 24, 2009, s. 949–964.
9. Enright R. D., Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness, „Couns Values” nr 40, 1996, s. 107–126.
10. Felce D. i Perry J. Quality of life: its definition and measurement, „Res Dev Disabil” nr 16, 1995, s. 51–74.
11. Fetzer Institute i National Institute on Aging Working Group, *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo 1999.
12. Frankl V. E., *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. New York 1978.
13. Friedman L. C., Romero C., Elledge R., Chang J., Kalidas M., Dulay M. F., ... i Osborne C. K., Attribution of blame, self-forgiving attitude and psychological adjustment in women with breast cancer, „J Behav Med” nr 30, 2007, s. 351–357.
14. Golecka B., Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii, „Med Rodz” nr 2, 2013, s. 35–40.
15. Hall J. H. i Fincham F. D., The temporal course of self-forgiveness, „J Soc Clin Psychol” nr 27, 2008, s. 171–198.
16. Harris A. H. S. i Thoresen C. E., Forgiveness, unforgiveness, health, and disease, w: *Handbook of forgiveness*, red. E. L. Worthington, New York 2005.
17. Hatampour K., Rassouli M., Yaghmaie F., Zendedel K. i Majd H. A., Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study, „Indian J Palliat Care” nr 21, 2015, s. 61–67.
18. Jabłońska I. i Drabik U., Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy, „Probl Pielęg” nr 17, 2009, s. 144–151.
19. Kalembrik A. i Juczyński Z., *Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologica” nr 5, 2001, s. 71–82.
20. Konarski R. *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa 2009.
21. Krause N. i Ellison Ch. G., Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life, „J Sci Study Relig” nr 42, 2003, s. 77–94.
22. Kulpa M. i Stypuła-Ciuba B., Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi, „Med Paliat” nr 5, 2013, s. 171–179.
23. Little R. J., A test of missing completely at random for multivariate data with missing values, „J Am Stat Assoc” nr 83, 1988, s. 1198–1202.
24. McConnell J. M. i Dixon D. N., Perceived forgiveness from God and self-forgiveness. „J Psychol Christ” nr 31, 2012, s. 31–39.
25. McCullough M. E., Worthington E. L. Jr. i Rachal K. C., Interpersonal forgiving in close relationships, „J Pers Soc Psychol” nr 73, 1997, s. 321–336.
26. Mickley J. R. i Cowles K., Ameliorating the tension: use of forgiveness for healing, „Oncol Nurs Forum” nr 28, 2001, s. 31–37.
27. Miniszewska J., Chodkiewicz J. i Zalewska-Janowska A., Jakość życia w zdrowiu i chorobie – czym jest, jak i po co ją oceniać, „Prz Lek” nr 69, 2012, s. 253–259.
28. Okła W., Steuden S. i Puzon P., Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii, w: *Jakość życia w chorobie*, red. S. Steuden, W. Okła, Lublin 2007.
29. Puchalska M., Sierko E., Sokół M. i Wojtukiewicz M. Z., Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych, „Probl Pielęg” nr 19, 2011, s. 341–347.
30. Romero C., Friedman L. C., Kalidas M., Elledge R., Chang J. i Liscum K. R., Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer, „J Behav Med” nr 29, 2006, s. 29–36.
31. Schipper H., *Quality of life. Principles of the clinical paradigm*, „J Psych Oncol” nr 8, 1990, s. 171–185.
32. Schipper H., Clinch J. i Powell V., Definition and conceptual problems, w: *Quality of life assessments in clinical trials*, red. B. Spilker, New York 1990.

33. Svalina S. S. i Webb J. R., Forgiveness and health among people in outpatient physical therapy, „Disab and Rehabil” nr 34, 2012, s. 383–392.
34. Tabachnick B. G. i Fidell L. S. *Using multivariate statistics*. Boston 2013.
35. Taylor S. E., Lichtman R. R. i Wood J. V. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer, „J Pers Soc Psychol” nr 46, 1984, 489–502.
36. Tipping C. C. *Radykalne wybaczenie*, tł. I. Stąpor, Konstancin-Jeziorna 2003.
37. Tobiasz-Adamczyk B., Health-related quality of life in women after cancer treatment, „Przeegl Lek” nr 69, 2012, s. 67–71.
38. Toussaint L., Barry M., Bornfriend L. i Markman M., Restore: the journey toward self-forgiveness: a randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers, „J Health Care Chaplain” nr 20, 2014, s. 54–74.
39. Toussaint L. L., Williams D. R., Musick M. A. i Everson S. A., Forgiveness and health: Age differences in a U.S. probability sample, „J Adult Dev” nr 8, 2001, s. 249–257.
40. Trojanowska A., Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie, „Zdr Publ” nr 121, 2011, s. 99–103.
41. Ware J. E., Kosinski M. i Dewey J. E., *How to score version two of the SF-36® Health Survey*, Lincoln 2000.
42. Webb J. R., Spiritual factors and adjustment in medical rehabilitation: Understanding forgiveness as a means of coping, „J App Rehab Counseling” nr 34, 2003, s. 16–24.
43. Witvliet C. V., Ludwig T. E. i Vander Laan K. L., Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health, „Psychol Sci” nr 12, 2001, s. 117–123.
44. Worthington E. L. Jr., *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*, New York 2006.
45. Wuthnow R., How religious groups promote forgiving: A national study, „J Sci Study Relig” nr 39, 2000, s. 125–139.
46. Żołnierczyk-Zreda D., Wrześniewski K., Bugajska J. i Jędryka-Góral A. *Polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. Podręcznik do kwestionariusza*, Warszawa 2009.