

Związek siły wiary religijnej i duchowości ze stopniem akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. Część 3. Duchowość i jej uwarunkowania oraz wpływ na akceptację choroby

The relationship between the strength of religious faith and spirituality and the level of acceptance of illness in a group of patients under home palliative care. Part 3. Spirituality and its conditioning, as well as the impact on the acceptance of illness

Grzegorz Józef Nowicki¹, Renata Ziótek², Alina Deluga¹, Agnieszka Barbara Bartoszek¹, Zdzisława Cecylia Szadowska-Szlachetka³, Barbara Janina Ślusarska¹

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

³Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Cel pracy: Poznanie duchowości i jej wymiarów u pacjentów objętych domową opieką hospicyjną oraz określenie związku duchowości z poziomem akceptacji choroby.

Materiał i metody: Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego wśród 106 pacjentów objętych domową opieką hospicyjną przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radomiu. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch narzędzi standaryzowanych: Postawy Duchowe i Zaangażowanie (*Spiritual Attitudes and Commitment – SAIL*) oraz Skali Akceptacji Choroby (*Scale for Acceptance of Disease – AIS*), a także metryczki.

Wyniki: W badanej populacji najwyższy średni wynik duchowości otrzymano w podskali *Więź z naturą* ($M = 5,12$; $SD = 0,6$), natomiast najniższym wymiarem duchowości były *Doznania transcendentne* ($M = 3,72$; $SD = 1,03$). Poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną należy określić jako średni ($M = 25,42$; $SD = 6,43$). Analiza korelacji poszczególnych podskal postaw duchowych i zaangażowania wykazała istotną dodatnią korelację wszystkich sześciu podskal z poziomem akceptacji choroby ($p \leq 0,001$).

Wnioski: W badanej grupie pacjentów najwyższym wymiarem duchowości była *Więź z naturą*, następnie *Zaufanie i Aktywność duchowa*. Nieco niższą ocenę uzyskały wymiary: *Znaczenie/wartość życia*, *Zaradność* oraz *Doznania transcendentne*. Badanymi zmiennymi, które istotnie różniły ocenę w poszczególnych wymiarach duchowości, były wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób mieszkających z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz stosunek do wiary. Zaobserwowano, że w badanej grupie wraz ze wzrostem oceny każdego z sześciu wymiarów duchowości rośnie poziom akceptacji choroby.

Słowa kluczowe: duchowość, akceptacja choroby, opieka paliatywna.

Abstract

Aim: Understanding spirituality and its dimensions in patients having in-home hospice care, and determining the relationship between spirituality and the level of acceptance of a disease.

Material and methods: The research material was collected using a diagnostic survey method among 106 patients covered by home hospice care by the Private Health Care Centre in Radom. The survey questionnaire consisted of two standardised tools: *Spiritual Attitudes and Commitment – SAIL* and *Scale for Acceptance of Disease – AIS*, and metrics.

Results: In the studied population, the highest average spirituality score was obtained in the Connectedness with nature subscale ($M = 5.12$; $SD = 0.6$), while the lowest-rated dimension of spirituality was Transcendent experiences ($M = 3.72$; $SD = 1.03$). The level of disease acceptance in the studied group of patients under home hospice care should be defined as an average ($M = 25.42$; $SD = 6.43$). Analysis concerning the correlation of individual subscales of spiritual attitudes and involvement showed significant positive correlation of all six subscales with the level of disease acceptance ($p \leq 0.001$).

Conclusions: In the studied group of patients, the highest-rated dimension of spirituality was Connectedness with nature, then Trust and Spiritual activity. The following dimensions were slightly lower: Significance/value of life, Resourcefulness, and Transcendental experiences. The examined variables that significantly differentiated the assessment in individual dimensions of spirituality were age, place of residence, education, marital status, the number of people living with the patient in a shared household, the time of taking home hospice care, and attitude towards faith. In conclusion, when the assessment of each of the six dimensions of spirituality increases, the level of acceptance of the disease also rises amongst the researched patients under home hospice care.

Key words: spirituality, acceptance of illness, palliative care.

Adres do korespondencji:

dr n. o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa Grzegorz Józef Nowicki, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, tel.: 48 81 448 6810, e-mail: grzesiek_nowicki@interia.pl

WSTĘP I CEL PRACY

Podjmując się próby opisanie zagadnień duchowości i religijności, autorzy pojęcia te czasami utożsamiają, a czasami traktują rozłącznie. Do duchowości jednak należy odnosić się jak do zagadnienia, które wiąże się z dostrzeganiem w życiu ostatecznego sensu oraz wartości pozwalających osiągnąć stan harmonii i spokoju [1]. W rozumieniu tradycyjnym za istotę duchowości uznaje się zdolność do transcendencji, czyli przekraczania „ja realnego”, i należy traktować ją jako coś, co stanowi o rozwoju człowieka [2]. Duchowość jest uniwersalnym ludzkim doświadczeniem i może być zdefiniowana jako osobiste poszukiwanie odpowiedzi na pytania ostateczne o sens życia oraz relację między życiem i śmiercią [3]. Na potrzeby naszych badań przyjęliśmy definicję duchowości zaproponowaną przez Mezzenbroeka i wsp. [4], która wyjaśnia, że duchowość odnosi się do dążenia człowieka do doświadczenia połączenia tego, co stanowi istotę życia, na którą składają się trzy wymiary: świadomość połączenia z własnym ja, świadomość połączenia z innymi i naturą oraz świadomość połączenia z transcendentem. Myślą przewodnią w definiowaniu duchowości jest „świadomość połączenia (fakt bycia połączonym)” [5, 6]. Opierając się na konceptualnej, empirycznej i klinicznej literaturze pielęgniarstwa, Reed [7] zdefiniował duchowość jako skłonność do tworzenia znaczenia poprzez poczucie relacyjności z wymiarami, które wykraczają poza własne ja w taki sposób, aby wzmocnić i nie deprecjonować jednostki. Według autora taka relacyjność może być doświadczona w osobie/wewnątrz jej (jako relacyjność w obrębie

siebie/własnego ja), interpersonalnie (w kontekście innych i naturalnego środowiska) oraz transosobowo (odnosząc się do poczucia relacji z tym, co niewidzialne, z Bogiem lub z siłą potężniejszą niż własne ja). Na podstawie przyjętych przez nas definicji duchowość i religijność uważa się za niezależne, ale nakładające się konstrukty. Praktyki religijne mogą być wyrazem duchowości, jednak niekoniecznie na przykład w przypadku ateistów. Zgodnie z tą definicją duchowość odnosi się do związku z siłą wyższą (Bogiem, wyższą mocą lub prawdą ostateczną).

Duchowość jest doświadczeniem indywidualnym, podczas gdy religijność wymaga dzielenia się przekonaniami i rytuałami z innymi. Religijność jest równoznaczna ze zrozumieniem i zaangażowaniem się w system wierzeń i praktyk, podczas gdy duchowość jest poszukiwaniem sensu życia i świętości i niekoniecznie prowadzi do religijności [8]. Duchowość jest ważna dla pacjentów onkologicznych i w terminalnym stadium choroby [9, 10]. Praktyki duchowe, takie jak modlitwa, medytacja, czytanie Pisma Świętego lub uczestnictwo w praktykach religijnych, mogą pomóc pacjentom w poradzeniu sobie z objawami fizycznymi, takimi jak nudności, zmęczenie czy ból [11, 12]. Ponadto duchowość pacjenta, jego przekonania, postawy i doświadczenia mogą pomóc w odpowiedzi na pytania egzystencjalne lub w tworzeniu nowych znaczeń ciężkiej sytuacji związanej z chorobą [13]. W przeglądzie systematycznym Visser i wsp. [14] wykazali, że wysoki poziom duchowości wpływa na znaczną poprawę jakości życia pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej. Sloan i wsp. [15] uważają, że religia i modlitwa mogą prowadzić do szybszego powrotu

do zdrowia w różnych chorobach, z kolei wyniki badań Koeniga i wsp. [8] wskazują, że duchowość i religijność w przypadku ryzyka sercowo-naczyniowego czy złego funkcjonowania układu odpornościowego mogą wpływać pozytywnie poprzez obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, poprawę wyników lipidogramu i odporności. Jafaria i wsp. [16] stwierdzili, że dobrostan duchowy i nadzieja odgrywają ważną rolę w zadowoleniu z życia i przystosowaniu psychicznym pacjentów chorych na raka. Heszen-Niejodek [17] wykazała, że duchowość sprzyja lepszej adaptacji do przewlekłej choroby somatycznej oraz postawie korzystnej dla leczenia. Uduchowieni pacjenci chorzy na raka oceniali swoje aktualne samopoczucie jako lepsze, przypisywali sobie większy wpływ na przebieg choroby, częściej też deklarowali optymizm. W przeprowadzonych badaniach jakościowych [18–20] pacjenci chorzy na nowotwór podawali, że ich religijność i duchowość pomagają im zrozumieć sytuację, w jakiej się znaleźli, i oderwać się od zmartwień związanych z ich stanem zdrowia.

Omówione wyżej badania sugerują, że u pacjentów leczonych z przyczyn onkologicznych duchowość jest istotna i ma potencjalny wpływ na ich dobrostan. U pacjentów objętych długoterminową opieką domową można spodziewać się pozytywnego związku pomiędzy duchowością a akceptacją choroby.

Celem podjętych badań było poznanie duchowości i jej wymiarów u pacjentów objętych domową opieką hospicyjną oraz określenie związku duchowości z poziomem akceptacji choroby. Wyodrębniliśmy następujące problemy szczegółowe:

- jakie wymiary duchowości mają największy wpływ na duchowość pacjentów objętych domową opieką hospicyjną,
- jakie zmienne wpływają na duchowość w badanej grupie,
- czy poszczególne wymiary duchowości wpływają na poziom akceptacji choroby.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy zebrano wśród 106 pacjentów objętych domową opieką hospicyjną przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radomiu. Obszar badań obejmował następujące miejscowości: Radom, Białobrzegi, Zwoleń, Lipsk oraz Krzyżanowice. Dane zbierano od grudnia 2019 r. do stycznia 2020 r. Kryteria włączenia do badań obejmowały: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, stan umysłowy pozwalający na uczestnictwo w badaniu oraz fakt objęcia pacjenta domową opieką hospicyjną. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każdy pacjent został poinformowany o celu badań oraz mógł odstąpić od uczestnictwa w bada-

niu na każdym etapie bez podawania przyczyny. Procedura badawcza była zgodna z zasadami Deklaracji Helsińskiej i została zatwierdzona przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Nr KE-0254/128/2018).

Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch narzędzi standaryzowanych oraz metryczki oceniającej dane socjodemograficzne, zmienne związane z chorobą oraz środowiskiem zamieszkania badanych.

Kwestionariusz ankiety obejmował:

- Postawy duchowe i zaangażowanie (SAIL), autorstwa Meezenbroek, Garssena, van den Berg, Tuytela, van Dierendonck, Schaufeli, w polskiej adaptacji Delugi, Dobrowolskiej, Jurka, Ślusarskiej, Nowickiego i Palese [21]. Skala SAIL jest narzędziem samoopisu zawierającym 26 twierdzeń, które w oryginalnej wersji wchodzi w skład siedmiu podskal. Eksploracyjna analiza czynnikowa na gruncie polskiej adaptacji SAIL nie pozwoliła jednak na odtworzenie struktury siedmioczynnikowej – w toku analizy uzyskano sześć czynników (czyli o jeden mniej niż w wersji oryginalnej), które wyjaśniają 67,96% wariancji. Procent wariancji jest porównywalny z wersją oryginalną SAIL (68%). Przypuszcza się, że na osiągnięty wynik mogła mieć wpływ kwestia uwarunkowań kulturowych i religijnych naszego społeczeństwa. Mimo że szeroko rozumiana religijność (religia) i duchowość są zjawiskami uniwersalnymi, to jednak przynależą do sfery kultury, która wpływa i kształtuje w nieco inny sposób te same idee, nadając im odmienne formy. Ostatecznie w polskiej wersji skali SAIL wyodrębniono następujące podskale:

- *Doznania transcendentne* – przekraczanie rzeczywistości, przejście na inny poziom ludzkich doświadczeń i zmysłów, doświadczanie Absolutu (Boga/Siły Wyższej),
- *Aktywności duchowe* – wysiłek i zaangażowanie w świat wartości, łączność z Absolutem (Bogiem/Siłą Wyższą),
- *Więź z naturą* – łączność ze światem natury, zachwyty wszechświatem,
- *Wartość życia* – poczucie sensu i wartości życia, widzenie wartości życia w poświęcaniu się dla innych,
- *Zaradność* – umiejętność radzenia sobie, akceptacja trudnych sytuacji życiowych,
- *Zaufanie* – wiara w opatrność, poczucie braku wpływu na wszystkie sprawy życiowe.

Przy każdym stwierdzeniu ankietowany był proszony o zaznaczenie, w jakiej mierze zawarte w narzędziu tezy odnoszą się do niego. Spośród odpowiedzi w twierdzeniach od 1 do 18 mógł wybrać: 1 – wcale, 2 – prawie wcale, 3 – trochę, 4 – w pewnym sensie, 5 – w dużym stopniu, oraz 6 – w bardzo dużym stopniu. W stwierdzeniach od 19. do 26. spośród odpowiedzi respondent był proszony

o zaznaczenie: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – regularnie, 5 – często, 6 – bardzo często. Im wyższy wynik uzyskany w poszczególnej podskali, tym wyższy poziom duchowości i zaangażowania w poszczególnej podskali [4]. W polskiej adaptacji rzetelność poszczególnych podskal wahała się od 0,627 do 0,812.

- Skalę Akceptacji Choroby (AIS), autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczynskiego, zawierającą osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia, które prowadzą do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżenia poczucia własnej wartości. Zadaniem respondenta było ustosunkowanie się do każdego twierdzenia zawartego w skali, czyli określenie aktualnego stanu w pięciostopniowej skali: od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie się nie zgadzam. Każdej odpowiedzi przypisywana jest liczba punktów. Suma punktów uzyskanych przez respondenta była ogólną miarą stopnia akceptacji choroby, a jej zakres mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Niskie wyniki oznaczają brak akceptacji i przystosowania się do choroby, natomiast wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego. Wskaźnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha w badaniach normalizacyjnych dla warunków polskich wynosił 0,85 [22].
- metryczkę, w której oceniano dane socjodemograficzne badanych oraz zmienne związane z chorobą i środowiskiem zamieszkania pacjenta. Pytania dotyczyły: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, liczby osób mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyznania i stosunku do wiary oraz czasu objęcia domową opieką hospicyjną.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, dolnego i górnego kwartyła oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą liczności i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano z użyciem testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadań różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Ocenę różnic pomiędzy trzema grupami wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (wraz z testem *post-hoc* RIR Tukeya), a w przypadku niespełnienia warunków do jej zastosowania – testu Kruskala-Wallisa. Do sprawdzenia zależności pomiędzy podskalami SAIL a poziomem AIS wykorzystano korelacje rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono, wykorzystując oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 106 osób, z czego większość stanowiły kobiety ($n = 56$; 52,83%) oraz osoby mieszkające na obszarach wiejskich ($n = 69$; 65,09%). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 73,1 roku (SD = 5,5). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 76 lat i więcej ($n = 41$; 38,68%), następnie 71–75 lat ($n = 37$; 34,91%) oraz respondenci mający 70 lat i mniej ($n = 28$; 26,41%). Najmłodszy badany miał 56 lat, a najstarszy 83 lata. Największą liczbę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim ($n = 40$; 37,74%), nieco mniejsza grupa miała wykształcenie zawodowe ($n = 39$; 36,79%), następnie podstawowe ($n = 17$; 16,04%) i wyższe ($n = 10$; 9,43%). Badaną grupę w większości stanowiły osoby będące w związku małżeńskim ($n = 54$; 50,94%) oraz wdowy i wdowcy ($n = 45$; 42,45%). Pięć osób było stanu wolnego, a dwie osoby były rozwiedzione. Wśród ankietowanych najwięcej mieszkało z 2–3 osobami ($n = 59$; 55,66%), z jedną osobą ($n = 32$; 30,19) i z 4–5 osobami ($n = 15$; 14,15%). Średnia długość pozostawiania pacjentów pod opieką hospicyjną domową wynosiła 6,4 miesiąca (SD = 2,4), minimalny okres wynosił jeden miesiąc, a maksymalny – jedenaście miesięcy. Aż 62,27% ($n = 66$) określiło siebie jako osobę wierzącą, a 28,3% ($n = 30$) jako głęboko wierzącą. Jedna osoba zadeklarowała się jako niewierząca, a dziewięć jako obojętna religijnie. Wszyscy badani, którzy określili się jako osoby wierzące, były wyznania rzymsko-katolickiego.

Duchowość i zaangażowanie w badanej grupie

Analizie poddano sześć podskal zawartych w skali SAIL. W badanej populacji pacjentów objętych domową opieką hospicyjną najwyższy średni wynik uzyskano w podskali *Więź z naturą* (M = 5,12; SD = 0,6), na drugim miejscu znalazła się podskala *Zaufanie* (M = 4,65; SD = 0,72), następnie *Aktywności duchowe* (M = 4,42; SD = 0,84). Nieco niższe oceny uzyskały domeny *Znaczenie/wartość życia* (M = 4,41; SD = 0,6) oraz *Zaradność* (M = 4,21; SD = 0,68). Najniżej ocenianą domeną były *Doznania transcendentne* (M = 3,72; SD = 1,03). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Analiza wpływu wybranych zmiennych na poziom poszczególnych podskal w narzędziu SAIL wykazała, że tylko płeć nie wpływała istotnie na jakąkolwiek z podskal ($p > 0,05$). Szczegółowe analizy przedstawiają tabele 2–7.

Wyniki analiz wpływu wybranych zmiennych na poziom oceny w podskali *Doznania transcendentne* wskazują, że wiek, stan cywilny, liczba osób pozosta-

Tabela 1. Średni wynik oceny postaw duchowych i zaangażowania w badanej grupie według skali SALL

Podskala	M	Me	Q1	Q3	SD
Doznania transcendentne	3,72	3,67	3,17	4,67	1,03
Aktywności duchowe	4,42	4,60	4,20	5,00	0,84
Więź z naturą	5,12	5,00	5,00	5,50	0,60
Znaczenie/wartość życia	4,41	4,40	4,00	4,80	0,60
Zaradność	4,21	4,25	3,75	4,75	0,68
Zaufanie	4,65	4,67	4,33	5,00	0,72

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe.

Tabela 2. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali Doznania transcendentne w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne	M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy	
Płeć	kobiety	3,73	3,58	3,08	4,75	1,01	Z = -0,003 p = 0,997
	mężczyźni	3,70	3,67	3,17	4,50	1,07	
Wiek	do 70 lat	3,10	3,17	2,67	3,42	0,86	F = 7,818 p = 0,001 1 < 2, 1 < 3
	71–75 lat	3,87	3,67	3,33	4,67	0,98	
	76 lat i więcej	4,00	4,00	3,33	4,83	1,03	
Miejsce zamieszkania	miasto	3,72	3,67	3,33	4,17	0,99	Z = 0,438 p = 0,661
	wieś	3,71	3,50	3,00	4,67	1,06	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	3,66	3,42	3,00	4,42	1,08	Z = -0,720 p = 0,472
	średnie/wyższe	3,78	3,75	3,17	4,67	0,99	
Stan cywilny	zamężna/zonaty	4,07	4,00	3,50	4,83	0,86	Z = 3,821 p < 0,001
	niebędąca w związku małżeńskim	3,35	3,33	2,75	4,08	1,07	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	3,24	3,17	2,33	4,08	1,26	H = 9,639 p = 0,008 RM: 1 < 2
	2–3 osoby	3,91	3,83	3,33	4,67	0,87	
	4 osoby i więcej	3,97	3,83	3,50	4,83	0,77	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	3,06	3,00	2,33	3,83	0,94	H = 13,274 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	6–7 miesięcy	3,76	3,50	3,33	4,17	0,71	
	8 miesięcy i więcej	4,22	4,67	3,67	5,00	1,10	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	2,28	2,00	1,50	2,83	1,13	H = 25,312 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	3,65	3,50	3,17	4,00	0,87	
	głęboko wierzący	4,33	4,67	3,83	4,83	0,80	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallis, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

jących w gospodarstwie domowym z pacjentem, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz stosunek do wiary istotnie różnicują badaną grupę w zakresie tej podskali. Najniższy poziom oceny uzyskały osoby mające 70 lat i mniej, niebędące w związku małżeńskim, mieszkające z jedną osobą, objęte domową opieką hospicyjną przez 5 miesięcy lub mniej, określające się jako niewierzące w porównaniu z osobami deklarującymi się jako wierzące i głęboko wierzące (tab. 2).

W podskali *Aktywność duchowa* zmiennymi istotnie różnicującymi badaną grupę były wiek, stan cywilny, liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz stosunek do wiary. Istotnie

wyższy poziom oceny w tej podskali uzyskali respondenci w wieku 76 lat i więcej, będący w związku małżeńskim, mieszkający z więcej niż dwoma osobami, objęci domową opieką hospicyjną przez 6 miesięcy i więcej, określający się jako głęboko wierzący i wierzący w porównaniu z osobami podającymi się za niewierzące (tab. 3).

Na poziom oceny w podskali *Więź z naturą* wpływały dwie zmienne: stan cywilny oraz stosunek do wiary. Istotnie wyższy poziom oceny w tej podskali uzyskały osoby pozostające w związku małżeńskim oraz ankietowani określający siebie jako głęboko wierzący w porównaniu z osobami opisującymi siebie jako wierzące i niewierzące (tab. 4).

Tabela 3. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali Aktywności duchowe w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobiety	4,45	4,60	4,10	4,80	0,76	Z = -0,019 p = 0,985
	mężczyźni	4,40	4,50	4,20	5,00	0,92	
Wiek	do 70 lat	3,94	4,20	3,70	4,50	0,88	F = 7,865 p = 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	71–75 lat	4,50	4,80	4,00	4,80	0,72	
	76 lat i więcej	4,69	4,80	4,40	5,20	0,78	
Miejsce zamieszkania	miasto	4,45	4,40	4,20	4,80	0,80	Z = -0,050 p = 0,960
	wieś	4,41	4,60	4,00	5,00	0,86	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	4,36	4,40	4,00	4,80	0,78	Z = -1,556 p = 0,120
	średnie/wyższe	4,50	4,70	4,20	5,00	0,90	
Stan cywilny	zamężna/zonały	4,64	4,80	4,40	5,00	0,58	Z = 2,644 p = 0,008
	niebędąca w związku małżeńskim	4,20	4,30	3,80	4,80	0,99	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	4,04	4,20	3,60	4,80	1,12	H = 6,150 p = 0,046 RM: ~ 1 < 2
	2–3 osoby	4,58	4,60	4,20	4,80	0,58	
	4 osoby i więcej	4,64	4,40	4,20	5,20	0,76	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	3,89	4,00	3,60	4,40	0,94	H = 11,046 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	6–7 miesięcy	4,73	4,80	4,40	5,00	0,56	
	8 miesięcy i więcej	4,56	4,80	4,40	4,80	0,78	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	2,64	2,30	1,80	3,20	1,06	H = 40,184 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	4,42	4,40	4,00	4,80	0,48	
	głęboko wierzący	5,02	5,00	4,60	5,40	0,45	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallis, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

Tabela 4. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali Więź z naturą w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobiety	5,16	5,00	5,00	5,50	0,56	Z = 0,637 p = 0,524
	mężczyźni	5,08	5,00	4,50	5,50	0,66	
Wiek	do 70 lat	5,04	5,00	5,00	5,50	0,49	F = 0,422 p = 0,657
	71–75 lat	5,14	5,00	5,00	5,50	0,57	
	76 lat i więcej	5,17	5,00	5,00	6,00	0,70	
Miejsce zamieszkania	miasto	5,24	5,00	5,00	6,00	0,57	Z = 1,325 p = 0,185
	wieś	5,06	5,00	4,50	5,50	0,62	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	5,09	5,00	5,00	5,50	0,62	Z = -0,534 p = 0,593
	średnie/wyższe	5,16	5,00	5,00	5,50	0,59	
Stan cywilny	zamężna/zonały	5,27	5,00	5,00	6,00	0,57	Z = 2,613 p = 0,009
	niebędąca w związku małżeńskim	4,97	5,00	4,50	5,00	0,61	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	4,97	5,00	4,50	5,00	0,65	H = 3,916 p = 0,141
	2–3 osoby	5,21	5,00	5,00	5,50	0,60	
	4 osoby i więcej	5,10	5,00	5,00	5,50	0,51	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	4,98	5,00	4,50	5,00	0,52	F = 1,569 p = 0,213
	6–7 miesięcy	5,12	5,00	4,50	6,00	0,71	
	8 miesięcy i więcej	5,24	5,00	5,00	5,50	0,54	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	4,70	4,50	4,00	5,00	0,82	H = 15,954 p < 0,001 RM: 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	5,03	5,00	5,00	5,50	0,52	
	głęboko wierzący	5,47	5,50	5,00	6,00	0,56	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallis, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

Tabela 5. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali Znaczenie/wartość życia w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobiety	4,48	4,40	4,20	4,80	0,50	Z = 0,535 p = 0,593
	mężczyźni	4,34	4,40	4,00	4,80	0,69	
Wiek	do 70 lat	4,02	4,10	3,70	4,50	0,63	F = 9,724 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	71–75 lat	4,51	4,60	4,20	4,80	0,52	
	76 lat i więcej	4,60	4,60	4,20	5,00	0,53	
Miejsce zamieszkania	miasto	4,47	4,60	4,00	5,00	0,69	Z = 0,717 p = 0,473
	wieś	4,38	4,40	4,20	4,80	0,55	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	4,30	4,20	4,00	4,80	0,64	Z = -2,325 p = 0,020
	średnie/wyższe	4,54	4,60	4,40	4,80	0,53	
Stan cywilny	zamężna/żonaty	4,70	4,80	4,40	5,00	0,42	Z = 5,008 p < 0,001
	niebędąca w związku małżeńskim	4,12	4,20	3,70	4,60	0,62	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	4,06	4,20	3,60	4,40	0,66	H = 16,640 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	2–3 osoby	4,56	4,60	4,20	4,80	0,48	
	4 osoby i więcej	4,60	4,80	4,60	5,00	0,62	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	3,94	4,00	3,60	4,20	0,62	F = 18,782 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	6–7 miesięcy	4,64	4,60	4,40	5,00	0,43	
	8 miesięcy i więcej	4,58	4,60	4,40	5,00	0,51	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	3,86	4,00	2,80	4,20	1,13	H = 11,697 p = 0,003 RM: 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	4,37	4,40	4,00	4,80	0,49	
	głęboko wierzący	4,69	4,80	4,40	5,00	0,42	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallisza, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

Tabela 6. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali Zaradność w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobiety	4,33	4,25	4,00	4,75	0,55	Z = 1,371 p = 0,170
	mężczyźni	4,07	4,00	3,75	4,50	0,79	
Wiek	do 70 lat	3,81	4,00	3,75	4,00	0,68	F = 8,471 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	71–75 lat	4,22	4,25	4,00	4,75	0,56	
	76 lat i więcej	4,46	4,50	4,00	5,00	0,68	
Miejsce zamieszkania	miasto	4,32	4,25	4,00	5,00	0,63	Z = 0,994 p = 0,320
	wieś	4,14	4,00	3,75	4,50	0,71	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	4,12	4,00	3,75	4,50	0,67	Z = -1,665 p = 0,096
	średnie/wyższe	4,30	4,38	4,00	4,75	0,69	
Stan cywilny	zamężna/żonaty	4,45	4,50	4,00	5,00	0,52	Z = 3,746 p < 0,001
	niebędąca w związku małżeńskim	3,95	4,00	3,75	4,25	0,75	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	3,92	4,00	3,75	4,38	0,79	H = 7,920 p = 0,019 RM: 1 < 2
	2–3 osoby	4,32	4,25	4,00	4,75	0,56	
	4 osoby i więcej	4,37	4,50	4,00	4,75	0,73	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	3,80	4,00	3,50	4,00	0,65	F = 8,930 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	6–7 miesięcy	4,38	4,25	4,00	4,75	0,59	
	8 miesięcy i więcej	4,36	4,50	4,00	5,00	0,67	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	3,65	3,88	2,75	4,75	1,26	H = 15,340 p < 0,001 RM: 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	4,11	4,00	3,75	4,50	0,54	
	głęboko wierzący	4,60	4,63	4,25	5,00	0,51	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallisza, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

Tabela 7. Analiza uwarunkowań poziomu postaw duchowych i zaangażowania w podskali *Zaufanie* w badanej grupie w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą

Czynniki socjodemograficzne		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobiety	4,71	4,67	4,33	5,17	0,60	Z = -0,048 p = 0,961
	mężczyźni	4,58	5,00	4,00	5,00	0,84	
Wiek	do 70 lat	4,17	4,33	3,67	4,67	0,82	F = 10,049 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	71–75 lat	4,77	5,00	4,67	5,33	0,66	
	76 lat i więcej	4,86	5,00	4,67	5,00	0,55	
Miejsce zamieszkania	miasto	4,68	5,00	4,33	5,00	0,74	Z = 0,523 p = 0,601
	wieś	4,63	4,67	4,33	5,00	0,72	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	4,55	4,67	4,00	5,00	0,78	Z = -1,480 p = 0,139
	średnie/wyższe	4,76	5,00	4,67	5,00	0,64	
Stan cywilny	zamężna/zonaty	4,94	5,00	4,67	5,33	0,39	Z = 4,047 p < 0,001
	niebędąca w związku małżeńskim	4,34	4,67	3,67	5,00	0,85	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	4,27	4,33	3,67	4,83	0,87	H = 10,942 p = 0,004 RM: 1 < 2, 1 < 3
	2–3 osoby	4,81	4,67	4,67	5,33	0,53	
	4 osoby i więcej	4,80	5,00	4,67	5,33	0,79	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	do 5 miesięcy	4,09	4,00	3,33	4,67	0,83	F = 17,386 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3
	6–7 miesięcy	4,89	5,00	4,67	5,33	0,48	
	8 miesięcy i więcej	4,86	5,00	4,67	5,33	0,57	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	3,97	3,83	3,00	5,33	1,22	H = 10,949 p = 0,004 RM: 1 < 3, 2 < 3
	wierzący	4,59	4,67	4,33	5,00	0,66	
	głęboko wierzący	5,00	5,00	4,67	5,33	0,41	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallisza, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe.

W podskali *Znaczenie/wartość życia* istotnie wyższy poziom oceny uzyskały osoby mające 76 lat i więcej, legitymujące się wykształceniem średnim i wyższym, pozostające w związku małżeńskim, mieszkające z więcej niż dwoma osobami, pozostające pod opieką domowego hospicjum 6 miesięcy i więcej, określające siebie jako głęboko wierzące w porównaniu z osobami opisującymi siebie jako wierzące i niewierzące (tab. 5).

Przeprowadzone analizy wykazały, że istotnie wyższy poziom oceny w podskali *Zaradność* uzyskały osoby w wieku 71–75 lat oraz 76 lat i więcej, pozostające w związku małżeńskim, mieszkające z 2–3 osobami, będące pod opieką hospicjum domowego przez 6 miesięcy i więcej oraz określające siebie jako głęboko wierzące w porównaniu z osobami podającymi się za wierzące oraz niewierzące (tab. 6).

Wyniki przeprowadzonych analiz wpływu wybranych zmiennych na poziom oceny w podskali *Zaufanie* wykazały, że istotnie niższy poziom oceny w tej podskali uzyskali respondenci mający 70 lat i mniej, niebędący w związku małżeńskim, mieszkający z jedną osobą, pozostający pod opieką domowego hospicjum 5 miesięcy i mniej, opisujący siebie jako osoby niewierzące w porównaniu z wierzącymi oraz osoby opisujące siebie jako wierzące w porównaniu z głęboko wierzącymi (tab. 7).

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie należy określić jako średni. W badanej populacji średnia punktów w teście AIS wynosiła 25,42 pkt (SD = 6,43), natomiast wartość środkowa (mediana) – 26,5 pkt. Ponadto wąski przedział kwartyłowy – między 23 a 29 – wskazuje, że połowa ankietowanych osiągnęła wynik między 23 a 29 pkt.

Wpływ duchowości i zaangażowania na poziom akceptacji choroby

Analiza korelacji poszczególnych podskal postaw duchowych i zaangażowania wykazała istotną dodatnią korelację wszystkich sześciu podskal z poziomem akceptacji choroby. Wraz ze wzrostem oceny w każdej z podskal określających postawy duchowe i zaangażowanie rośnie poziom akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8 i na rycinie 1.

DYSKUSJA

Uważa się, że religijność i duchowość osób chorych służy trzem celom. Po pierwsze, jest podstawą

Tabela 8. Analiza korelacji poziomu duchowości i zaangażowania a poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

Podskale Duchowość i Zaangażowanie	Poziom akceptacji choroby	
	r	p
<i>Doznania transcendentne</i>	0,581	< 0,001
<i>Aktywności duchowe</i>	0,533	< 0,001
<i>Więź z naturą</i>	0,317	0,001
<i>Znaczenie/wartość życia</i>	0,733	< 0,001
<i>Zaradność</i>	0,699	< 0,001
<i>Zaufanie</i>	0,700	< 0,001

r – współczynnik korelacji, p – istotność statystyczna.

do odkrycia znaczenia choroby, po drugie, zapewnia wsparcie i pozwala na poszukiwanie środków do radzenia sobie z chorobą, po trzecie, daje nadzieję. To umożliwia lepsze radzenie sobie z chorobą i pozwala unikać zachowań destrukcyjnych. Ponadto wiara i praktyki religijne pozwalają na obniżenie poziomu lęku, częstości występowania depresji, poziomu stresu, a nawet liczby samobójstw [23–25]. W powyższej pracy oceniliśmy duchowość pacjentów objętych domową opieką hospicyjną w sześciu wymiarach, następnie sprawdziliśmy, które ze zmiennych istotnie różnicują poziom każdego z tych wymiarów w badanej grupie, oraz oceniliśmy związek pomiędzy sześcioma wymiarami duchowości a poziomem akceptacji choroby. Wyniki naszego badania wykazały, że wiele zmiennych wpływa na ocenę każdego z sześciu wymiarów duchowości oraz każdy z sześciu wymiarów duchowości istotnie dodatnio koreluje z poziomem akceptacji choroby. Wyniki badań własnych wpisują się w dyskusję prowadzoną w czasopiśmie naukowych na temat wpływu duchowości na dobrostan pacjentów onkologicznych i chorych terminalnie [14, 26].

W badaniach własnych w ocenie wymiarów duchowości, które miały wpływ na duchowość pacjentów objętych długoterminową opieką domową, najwyższą średnią ocenę uzyskano w wymiarze *Więź z naturą*, na drugim miejscu znalazł się wymiar *Zaufanie*, a następnie *Aktywności duchowe*. Nieco niższe oceny uzyskały wymiary: *Znaczenie/wartość życia* oraz *Zaradność*. Najniżej ocenianą domeną były *Doznania transcendentne*.

Badania Vissera i wsp. [27] przeprowadzone w grupie pacjentów onkologicznych w Holandii wyznania katolickiego wykazały, że podobnie jak w badaniach własnych najwyższym ocenianym wymiarem duchowości była *Więź z naturą*. Nieco inaczej niż w prezentowanych badaniach, na kolejnym miejscach znalazły się: *Znaczenie/wartość życia*, *Zaufanie*, *Zaradność*, *Aktywności duchowe* i na ostatnim miejscu, podobnie jak w badaniach własnych, *Doznania transcendentne*. Z kolei badania Ginting i wsp. [28]

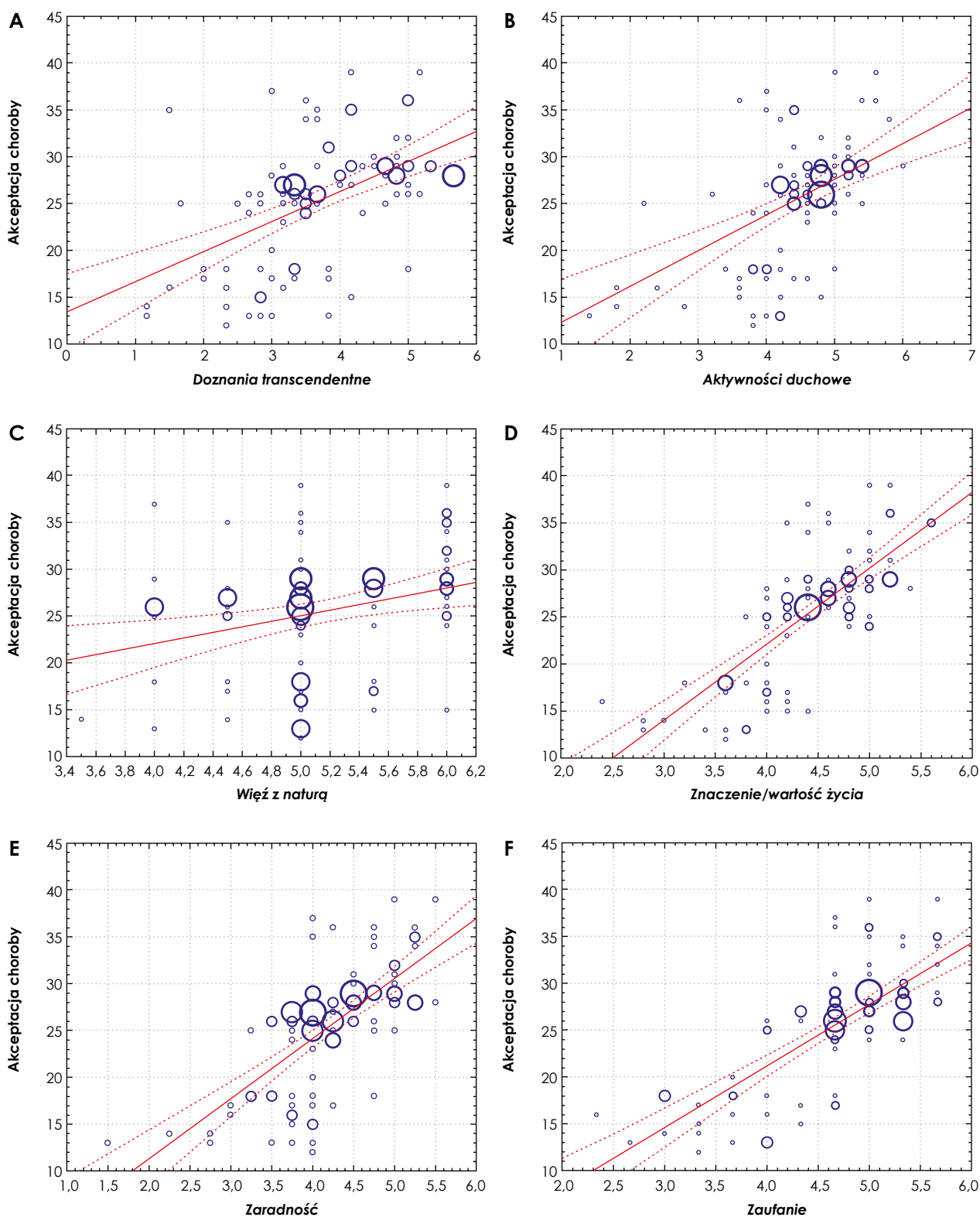
przeprowadzone w grupie 293 osób z chorobą niedokrwienną serca, którą w większości stanowili muzułmanie, wykazały, że kolejność oceny wymiarów duchowości była następująca: *Więź z naturą*, *Znaczenie/wartość życia*, *Zaradność*, *Zaufanie*, *Aktywności duchowe* oraz *Doznania transcendentne*.

Badani respondenci charakteryzowali się średnim poziomem akceptacji choroby. Podobny ogólny średni wynik akceptacji choroby w grupie 112 pacjentek leczonych z powodu nowotworu gruczołu piersiowego uzyskali w swoich badaniach Koziel i wsp. [29]. Podobne średnie wyniki poziomu akceptacji choroby w swoich badaniach zaobserwowali Kaźmierczak i wsp. [30], którzy materiał badawczy zebrali w grupie 50 pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu. W badaniach Łuczyk i wsp. [31] poziom akceptacji choroby w grupie 71 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi wynosił 25,82 i podobnie jak w badaniach własnych mieścił się w zakresie średniego poziomu akceptacji choroby.

Poziom akceptacji choroby ma wiele uwarunkowań. Kurpas i wsp. [32] wykazali w grupie 150 pacjentów cierpiących z powodu przewlekłej choroby somatycznej, że rodzaj choroby ma wpływ na poziom jej akceptacji. Badane osoby leczone z powodu cukrzycy uzyskały średni wynik akceptacji choroby wynoszący 25,76, z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego – 27,78, a z powodu chorób układu nerwowego – 27,02. Dryhnicz i wsp. [33] oceniali poziom akceptacji choroby w grupie 100 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Jak wynika z ich badań, pacjentki hospitalizowane z powodu chorób onkologicznych miały istotnie niższy średni poziom akceptacji choroby niż pacjentki leczone z przyczyn nieonkologicznych.

Praktyki religijne mogą wpływać na przebieg i wynik leczenia [34]. Uczestnictwo w nich może poprawić samopoczucie poprzez interakcje społeczne z osobami o podobnych wartościach, tworzenie sieci wsparcia społecznego, których członkowie mogą stanowić źródło wsparcia dla chorego [35, 36]. Duchowość natomiast, obok religijności, może znacząco przyczynić się do psychospołecznego przystosowania się do źle rokującej choroby, zarówno przez pacjenta, jak i jego opiekunów [37].

W badaniach własnych wykazano, że wszystkie wymiary duchowości istotnie dodatnio korelowały z poziomem akceptacji choroby. Duchowość ma kluczowe znaczenie w życiu wielu ludzi, jednak pracownicy ochrony zdrowia w świadczeniu opieki nad pacjentami, zwłaszcza terminalnie chorymi, nie zawsze w pełni doceniają to zagadnienie [38]. Rozpoznanie choroby terminalnej może wpływać na



Rycina 1. Analiza korelacji wpływu poszczególnych podskal postaw duchowych i zaangażowania na poziom akceptacji choroby: **A)** Doznania transcendentne, **B)** Aktywność duchowa, **C)** Więź z naturą, **D)** Znaczenie/wartość życia, **E)** Zaradność, **F)** Zaufanie

brak wiary w życie i negatywne postrzeganie świata, dlatego w świadczeniu opieki nad pacjentem opieka duchowa jest niezbędna, a w jej sprawowaniu dużą rolę przypisuje się pielęgniarkom [39, 40]. Jak wska-

zują badania, pacjenci, którzy doświadczali wsparcia duchowego od pracowników ochrony zdrowia, mieli łagodniejsze objawy depresji i lepszą jakość życia [41, 42].

WNIOSKI

1. W badanej grupie pacjentów najwyższym ocenianym wymiarem duchowości była *Więź z naturą*, następnie *Zaufanie* i *Aktywność duchowa*. Nieco niższą ocenę uzyskały wymiary *Znaczenie/wartość życia*, *Zaradność* oraz *Doznania transcendentne*.
2. Badanymi zmiennymi, które istotnie różnicowały ocenę w poszczególnych wymiarach duchowości, były wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób mieszkających z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz stosunek do wiary. Jedynie płeć ankietowanych nie wpływała istotnie na ocenę któregośkolwiek z sześciu wymiarów duchowości.
3. Zaobserwowano, że w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną wraz ze wzrostem oceny każdego z sześciu wymiarów duchowości rośnie poziom akceptacji choroby.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Piskozub M. Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychooncology* 2010; 1: 1-13.
2. Walczak T, Walczak E, Kowalewski W. Duchowość a jakość życia osób dotkniętych chorobą nowotworową. *Pomeranian J Life Sci* 2018; 3: 177-184.
3. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, New York 2012.
4. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M i wsp. Measuring spirituality as a universal human experience: development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). *J Psychosoc Oncol* 2012; 2: 141-167.
5. Chiu L, Emblen JD, van Hofwegen L i wsp. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res* 2004; 4: 405-428.
6. Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. *J Adv Nurs* 1997; 6: 1183-1188.
7. Reed P. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health* 1992; 5: 349-357.
8. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry* 2009; 5: 283-291.
9. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology* 2009; 6: 571-579.
10. Ebenau A, Groot M, Visser A i wsp. Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences. *Scand J Caring Sci* 2020; 1: 96-107.
11. Garssen B, Uwland-Sikkema NE, Visser A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *J Relig Health* 2015; 4: 1249-1265.
12. James A, Wells A. Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 359-376.
13. Yang W, Staps T, Hijmans E. Going through a dark night. Existential crisis in cancer captients-effective coping as a psycho-spiritual process embedded in the vulnerability of the body. *Studies in Spirituality* 2012; 22: 311-339.
14. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology* 2010; 6: 565-572.
15. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999; 353: 664-667.
16. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F i wsp. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5: 1362-1366.
17. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003; 33-47.
18. Garssen B, Uwland-Sikkema NE, Visser A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *J Relig Health* 2015; 4: 1249-1265.
19. Molzahn A, Sheilds L, Bruce A i wsp. People living with serious illness: stories of spirituality. *J Clin Nurs* 2012; 15-16: 2347-2356.
20. Logan J, Hackbush-Pinto R, De Grasse CE. Women undergoing breast diagnostics: the lived experience of spirituality. *Oncol Nurs Forum* 2006; 1: 121-126.
21. Deluga A, Dobrowolska B, Jurek K i wsp. Nurses' spiritual attitudes and involvement - validation of the Polish version of the Spiritual Attitude and Involvement List. *PLoS One* 2020; 15: e0239068.
22. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012; 162-166.
23. Boelens PA, Reeves RR, Replogle WH i wsp. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med* 2009; 4: 377-392.
24. Weaver AJ, Koenig HG. Religion, spirituality, and their relevance to medicine: an update. *Am Fam Physician* 2006; 8: 1336-1337.
25. Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ i wsp. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med* 2009; 2: 327-339.
26. Garssen B, Visser A. The association between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer* 2016; 15: 2440.
27. Visser A, de Jager Meezenbroek EC, Garssen B. Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings. *Soc Sci Med* 2018; 214: 57-66.
28. Ginting H, Näring G, Kwakkenbos L i wsp. Spirituality and negative emotions in individuals with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 2015; 6: 537-545.
29. Koziół P, Lomper K, Uchmanowicz B i wsp. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Med Pal Prakt* 2016; 1: 28-36.
30. Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G i wsp. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *MONZ* 2015; 2: 181-186.
31. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R i wsp. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. *J Educ Health Sport* 2015; 9: 569-576.
32. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T i wsp. Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Fam Med Primary Care Rev* 2012; 3: 396-398.
33. Dryhnicz M, Rzepa T. Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. *Ann UMCS Sec J* 2018; 1: 7-21.
34. Harris ST, Wong D, Musick D. Spirituality and well-being among persons with diabetes and other chronic disabling conditions: a comprehensive review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine* 2010; 1: 17-32.
35. Bartlett SJ, Piedmont R, Bilderback A i wsp. Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 6: 778-783.

36. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med* 2004; 5: 499-503.
37. Holt CL, Caplan L, Schulz E i wsp. Role of religion in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Psychosoc Oncol* 2009; 2: 248-273.
38. Stewart M. Spiritual assessment: a patient-centered approach to oncology social work practice. *Soc Work Health Care* 2014; 1: 59-73.
39. Mesquita AC, Chaves ÉDCL, Barros GAMD. Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. *Curr Opin Support Palliat Care* 2017; 4: 334-340.
40. Hartog I, Scherer-Rath M, Kruizinga R i wsp. Narrative meaning making and integration: toward a better understanding of the way falling ill influences quality of life. *J Health Psychol* 2020; 25: 738-754.
41. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF i wsp. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* 2016; 3: 591-601.
42. Kalish N. Evidence-based spiritual care: a literature review. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 2: 242-246.