

Duchowość i jej związek ze zdrowiem w ujęciu logoteorii

Patrycja Stawiarska¹

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski

SPIRITUALITY AND ITS CONNECTION WITH HEALTH WITHIN THE FRAMEWORK OF LOGOTHEORY

Abstract. The subject of the research is the connection between the meaning of life and health. The question is: whether voluntary service is a base of the volunteer's meaning of life and if it is connected with his or her health? Two groups have been examined: 51 volunteers, who have been working in hospice and 53 nonvolunteers as a control group. The groups were comparable as far as demographics such as age, sex, education are concerned. The research consisted of two phases. It has been proved that there are differences in the perception of the meaning of life between the groups. Volunteers evaluate their meaning of life as higher than nonvolunteers. It has been discovered that there is a positive correlation between the meaning of life and health resources. On the other hand, negative correlations between the meaning of life and anxiety, and the meaning of life and physical symptoms have been found.

WPROWADZENIE

Od lat siedemdziesiątych wzrasta w literaturze psychologicznej zainteresowanie problematyką duchowości i jej znaczeniem dla funkcjonowania i zdrowia człowieka. Niewątpliwie na gruncie polskim należy podkreślić zasługi Popielskiego i jego koncepcję noetycznego wymiaru osobowości, która nawiązuje do logoteorii Frankla (1984) i stanowi jej rozwinięcie. W *Przeglądzie Psychologicznym* został opublikowany artykuł tego autora², w którym przedstawione są podstawowe założenia logoteorii oraz rozwiniętej na jej gruncie nooteorii.

Logoteoria i wynikające z niej implikacje stanowią podstawę sformułowanego w niniejszym artykule problemu badawczego. Przedmiotem zainteresowania jest człowiek – jako jednostka biopsychoduchowa – oraz związek duchowości ze zdrowiem. Zaprezentowane badania pozwolą zbliżyć się do odpowiedzi na pytania: czy konstrukt duchowości i wynikające z jego przyjęcia implikacje powinny znaleźć swoje miejsce w obszarze zainteresowań psychologii zdrowia? Czy zgodnie z ideą salutogenezy zaproponowaną przez Antonovsky'ego (1984) i postawionym przez niego pytaniem o czynniki warunkujące zdrowie niezaburzony wymiar duchowy może być uznany za taki czynnik? W jaki sposób duchowość może się realizować?

W artykule kolejno zaprezentowano: koncepcję człowieka w ujęciu logoteorii Frankla i Popielskiego, próbę konceptualizacji wolontariatu z perspektywy logoteorii, związek duchowości ze zdrowiem oraz doniesienie z własnych badań empirycznych i wnioski.

Trójwymiarowy model funkcjonowania człowieka, wprowadzony na teren psychologii przez Popielskiego, wywodzi się z nurtu egzystencjalno-humanistycznego i logoteorii Frankla (1984). Wyróżnione zostały trzy podstawowe wymiary egzystencji (Popielski, 1996). Pierwszy, biologiczno-fizjologiczny, obejmuje i wyraża całość strukturalną i funkcjonalną organizmu. Kolejny, psychologiczno-społeczny, związany jest z psychicznym i społecznym kontekstem ludzkiej egzystencji. Ostatni z wymiarów, noetyczno-duchowy, ujmuje specyficzną właściwość człowieka i nadaje mu status osoby. Jest to obszar konstytuowania się „ja” podmiotowo-osobowego, przede wszystkim za pośrednictwem aktywności, odniesień i postaw. Angażowanie się podmiotu w świat wartości pozwala na świadome tworzenie własnej biografii oraz twórcze uczestniczenie w życiu społecznym i kulturowym. Patrycypacja w świecie wartości i ich realizowanie kierują człowieka ku usensownieniu własnej egzystencji. Skutkiem staje się poczucie sensu życia, czyli stan psychiczno-noetyczny podmiotu, doświadczany w związku z realizacją osobowego sposobu życia i spełnianiem własnej egzystencji (Popielski, 1994).

Poczucie sensu życia traktowane jest w niniejszej konceptualizacji jako mierzalny wskaźnik aktywności noetyczno-duchowej osoby. Jest ono tożsame z wkładem, wysiłkiem, poszukiwaniem, dążeniem, refleksją i zaangażowaniem w świat wartości. Stanowi także odpowiedź na funkcjonującą u zdrowego człowieka potrzebę sensu życia (Frankl, 1984; Obuchowski, 1983). Potrzeba ta odnosi się do własnego „ja” człowieka, a nie do popędowości, motywują ją wartości, a nie instynkt. Dzięki duchowości człowiek potrafi przeciwstawić się temu,

¹ Adres do korespondencji: Katedra Psychologii Zdrowia i Rozwoju Człowieka, Instytut Psychologii UŚ, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice; e-mail: pfojt@us.edu.pl

² Popielski K. (1999). Noopsychosomatyka, propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 17-41.

co psychiczne i fizyczne, a więc własnym ograniczeniom i słabościom. Wolny i odpowiedzialny sam decyduje, jaką obiera drogę do odkrycia sensu i realizowania własnej duchowości.

Jednym z ważniejszych obszarów sensotwórczych dla człowieka są relacje interpersonalne (Prężyńska, 1996). W wyraźny sposób kształtują one poczucie sensu życia i mogą stanowić jego podstawę. Wówczas poczucie sensu życia jest tożsame z zaangażowaniem w sprawy społeczne, odpowiedzialnością za siebie, ale także za innych i chęcią wnoszenia wkładu na rzecz innych (Kondziela, 1987). Kontekst społeczny wydobywa specyficzne rozumienie i znaczenie sensu życia. Fakt podmiotowo-osobowych odniesień pozwala na samorealizację i rozwój własnej egzystencji osobowej. Naturalne ukierunkowanie człowieka na poszukiwanie wartości w obszarze relacji międzyludzkich powoduje, że stają się one istotnym źródłem poczucia sensu życia. W takim rozumieniu kontakt z drugim człowiekiem staje się doświadczeniem egzystencjalnie znaczącym, a więc indywidualnie, głęboko doznany i przeżyty, zinteryoryzowanym i stanowiącym trwałą strukturę motywacyjną (Popielski, 1994). Niewątpliwie przykładem sensotwórczej relacji międzyludzkiej może być wolontariat społeczny. Definiowany jest jako bezpłatne, świadome i dobrowolne działanie na rzecz innych osób, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie, w każdej dziedzinie życia społecznego, gdzie pomoc taka jest potrzebna. Wymienia się tutaj następujące sektory pomocy: osoby chore na AIDS, nosiciele wirusa HIV, osoby starsze, alkoholicy, narkomani, młodzież trudna, osoby niepełnosprawne fizycznie i umysłowo, osoby nieuleczalnie chore i umierające, bezdomni (Gawroński, 1999). W relacji osób związanych z wolontariatem sposób traktowania drugiego człowieka związany jest z postrzeganiem go w kategoriach wartości autonomicznej, z tego wynika działanie na rzecz jego dobra i zwracanie uwagi na jego potrzeby, a także sposób, w jaki można uczestniczyć w ich zaspokojeniu. Postawa taka może chronić przed egocentryzmem, rywalizacją i utratą poczucia sensu życia. Wolontariusz ma szansę odkryć sens konstytuowany we wzajemnej relacji międzyludzkiej, w odniesieniu do drugiej osoby.

Logoteoria w swoim holistycznym podejściu do człowieka interesuje się także problematyką zdrowia i choroby. Opiera się na teorii zaburzeń psychosomatycznych i somatopsychicznych oraz uwzględnia podłoże noetyczno-duchowe w konceptualizacji zdrowia i choroby. Efektem takiego kierunku poszukiwań jest propozycja noopsychosomatyki (Popielski, 1994; 1999). Punktem wyjścia staje się zupełnie nowa definicja zdrowia, zgodnie z którą „zdrowie łączy się z faktem właściwego funkcjonowania somatycznego, psychicznego i noetycznego jednostki, które pozwala jej na pełny rozwój, dojrzewanie bycia i stawania się” (Popielski, 1994, s. 216). Zdrowie zatem rozpatrywane jest w powiązaniu ze statusem ontycznym człowieka, psychiczną sprawnością i fizycznym funkcjonowaniem. Z zaburzeniem noopsychosomatycznym mamy do czynienia wówczas, gdy niewydolność noetycznego wymiaru i funkcji psychicznego wymiaru skutkuje efektem noopsychosomatycznym. Zespół objawów tworzą: obniżona aktywność noetyczna, dysfunkcje psychiczne, zaburzone reagowanie somatyczne (Popielski, 1999). Odwracając relację, można stwierdzić, iż nie zaburzony wymiar noetyczno-duchowy i związane z tym doświadczenie poczucia sensu życia stanowią podstawę zdrowia człowieka. Samo poczucie sensu życia można uznać za czynnik sprzyjający zdrowiu i tym samym warunkujący je. To właśnie kryzys w doświadczaniu poczucia sensu jest bezpośrednio związany z kryzysem aktywności noetycznej, a co za tym idzie, z brakiem zdrowia.

Powyższe rozważania wyraźnie wskazują na potrzebę podejmowania badań nad znaczeniem duchowości dla zdrowia człowieka, zwłaszcza iż w psychologii zdrowia brakuje jednoznacznego zdefiniowania czynnika egzystencjalno-duchowego w konceptualizacji zdrowia. Warto w tym miejscu wskazać na pracę Hesen-Niejodek (2003), przedstawiającą oryginalną konceptualizację duchowości. Wydaje się, iż dzięki takim poszukiwaniom możliwe będzie uzyskanie odpowiedzi na pytanie o związek duchowości ze zdrowiem, a także o mechanizmy ewentualnego wpływu wymiaru duchowego człowieka na jego zdrowie psychiczne i fizyczne. Autorka tego artykułu ma nadzieję, że zaprezentowane poniżej badania empiryczne chociaż częściowo przyczynią się do uzyskania odpowiedzi na te pytania.

METODA

Opis i problematyka badań

Celem podstawowym badań było określenie związku wolontariatu z poczuciem sensu życia oraz wpływu obu tych zmiennych na zdrowie. Przeprowadzono zatem badania w dwóch grupach: wolontariuszy hospicyjnych oraz grupie kontrolnej. Badania miały charakter podłużny, z dwukrotnie powtórzonym pomiarem zmiennej niezależnej i zmiennych zależnych, przy czym odstęp czasowy pomiędzy pomiarami wyniósł sześć miesięcy. Ogólny problem badawczy brzmi następująco: czy wolontariat stanowi źródło poczucia sensu życia wolontariusza i czy w takim rozumieniu ma związek z jego zdrowiem? Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Wolontariusze mają istotnie wyższe poczucie sensu życia w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej w obu pomiarach.

DUCHOWOŚĆ I JEJ ZWIĄZEK ZE ZDROWIEM W UJĘCIU LOGOTEORII

2. Poczucie sensu życia pozytywnie wpływa na subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia w obu pomiarach.

Osoby badane

Badaniami objęto dwie grupy osób: właściwą grupę badawczą, którą stanowili wolontariusze pracujący w hospicjach przynajmniej jeden rok (51 osób), oraz grupę kontrolną osób, które nie są i nigdy nie były wolontariuszami (53 osoby). W badaniach przyjęto stały zakres wieku badanych. Każda z osób znajdowała się w przedziale wiekowym od 20. do 30. roku życia. Przyjęcie takich granic wiekowych wynikało przede wszystkim z konieczności dokonania pomiaru poczucia sensu życia wśród osób, które zakończyły okres dojrzewania, ich emocje osiągnęły poziom równowagi, ustabilizowało się poczucie własnej tożsamości, a z prezentowanych postaw wynika przyjęty przez nie światopogląd (Harwas-Napierała, Trempała, 2000). Górną granicą wieku osób badanych była wczesna dorosłość (według psychologii rozwojowej), co związane jest z dążeniem autorki do zminimalizowania w próbie badawczej liczby osób cierpiących na zaburzenia zdrowia, których prawdopodobieństwo wzrasta z wiekiem (np. choroby układu krążenia). W obu badanych grupach kontrolowana była dodatkowa zmienna, mianowicie występowanie istotnych zdiagnozowanych zaburzeń zdrowia. Osoby cierpiące na tego typu problemy zdrowotne zostały wykluczone z badań. Zrezygnowano także z uwzględniania w badaniach osób bezrobotnych, gdyż można sądzić, iż w ich wypadku właśnie bezrobocie mogłoby być przyczyną podjęcia decyzji o zaangażowaniu się w wolontariat. Grupa wolontariuszy i grupa kontrolna miały podobną strukturę pod względem zmiennych demograficznych: płci i wykształcenia.

Badane zmienne

Poniżej zaprezentowano badane zmienne niezależne oraz zmienne zależne, a także odpowiadające im oznaczenia, wykorzystywane dalej w analizie statystycznej.

Zmienne niezależne: wolontariat, zmienna dychotomiczna pozwalająca na wyodrębnienie wolontariuszy (WOL) oraz grupy kontrolnej (KON); poczucie sensu życia (PSŻ) stanowiące mierzalny wskaźnik aktywności noetyczno-duchowej osób badanych.

Zmienne zależne: wyodrębnione zmienne zależne odzwierciedlają subiektywną ocenę stanu zdrowia osób badanych w czterech wybranych aspektach: lęk jako stan (LĘK), nadzieja (NAD), dolegliwości somatyczne (FIZ), zasoby zdrowotne (ZAS).

Operacjonalizacja zmiennych – narzędzia badawcze

Test Sensu Życia – pomiar poczucia sensu życia. W celu określenia poziomu poczucia sensu życia wykorzystano Test Sensu Życia (*Purpose in Life Test*, PIL) J. C. Crumbaugh i L. T. Maholicka, przetłumaczony na język polski przez Z. Płużek. Jest to test z grupy testów egzystencjalnych. Autorzy ustalili, iż ujmuje on stopień, w jakim sens i cel życia znaleziono i osiągnięto (Popielski, 1987). Kwestionariusz składa się z trzech części: A, B oraz C. Na potrzeby niniejszych badań wykorzystano jedynie część A. Zawiera ona 20 twierdzeń, z których każde umieszczone jest na 7-punktowej skali ocen odzwierciedlających natężenie aprobaty bądź dezaprobaty dla prezentowanych treści. Część A testu jako jedyna jest interpretowana ilościowo, suma uzyskanych punktów surowych jest wskaźnikiem natężenia doświadczanego poczucia sensu życia. Uzyskany wskaźnik rzetelności Spermmana-Browna części A badanego narzędzia wyniósł 0,90 (Popielski, 1987).

Inwentarz STAI – pomiar lęku jako stanu. Do zbadania poziomu lęku wykorzystano polską wersję inwentarza STAI do pomiaru stanu i cechy lęku autorstwa Spielbergera, Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego. Inwentarz składa się z dwóch odrębnych skal: X-1, służącej do pomiaru lęku jako stanu, i X-2, przeznaczonej do pomiaru lęku jako cechy. W prezentowanych badaniach wykorzystana została jedynie skala X-1 i tylko ta skala będzie dalej omawiana. Stan lęku według Spielbergera charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” (Spielberger, 1966, s. 16-17) i tak też będzie rozumiany w pracy. Rzetelność skali mierzona za pomocą współczynnika α Cronbacha wyniosła 0,90.

Drabina Cantrila – pomiar nadziei. Do pomiaru zmiennej wykorzystana została metoda Drabina Cantrila (Cantril, 1965). Jest to jednoitemowe narzędzie zaczerpnięte z badań J. Czapińskiego. Zdaniem Czapińskiego (1993), badania przeprowadzone za pomocą tego narzędzia w Polsce można traktować jako próbę jego adaptacji i normalizacji. Osoba badana jest proszona o zakreślenie na skali od 0 do 10 poziomu zadowolenia z własnego życia (0 oznacza skrajne niezadowolenie, natomiast 10 – maksymalne zadowolenie). Wskaźnik nadziei jest różnicą pomiędzy oceną własnego życia za pięć lat, a teraźniejszą oceną własnego życia. Wskaźnik ujemny świadczy o braku nadziei i negatywnej ocenie przyszłości w stosunku do teraźniejszości, wskaźnik zerowy oznacza brak przyrostu nadziei, przy czym ocena przyszłości odpowiada ocenie teraźniejszości, natomiast wynik dodatni różnicy interpretować można jako przyrost nadziei i korzystniejszą ocenę przyszłości w stosunku do teraźniejszości. Uzyskany wynik można uznać za niekliniczny wskaźnik zdrowia psychicznego, służący opisowi badanej próby w zakresie wymiaru jakości życia wyznaczającego dobrostan psychiczny (Czapiński, 2000).

PATRYCJA STAWIARSKA

Kwestionariusz Samopoczucia Fizycznego – pomiar doświadczanych dolegliwości somatycznych. Do tego pomiaru wykorzystano Kwestionariusz Samopoczucia Fizycznego będący listą trzynastu zdań opisujących powszechnie występujące dolegliwości somatyczne (Heszen-Niejodek, Januszek, Gruszczyńska, 2001). Osoba badana ocenia nasilenie u siebie każdej dolegliwości na skali 4-punktowej. Za pomocą Kwestionariusza Samopoczucia Fizycznego otrzymuje się jeden wskaźnik przez zsumowanie liczby punktów. Wysoki wynik oznacza doświadczanie wysokiego nasilenia objawów. Rzetelność narzędzia obliczona metodą α Cronbacha wynosi 0,85.

Profil Subiektywnego Zdrowia – ocena posiadanych zasobów zdrowotnych. Do oceny posiadanych zasobów wykorzystana została metoda Profil Subiektywnego Zdrowia, której autorami są Sęk i Pasikowski (2001). Narzędzie składa się z 24 itemów, które osoba badana ocenia według skali 4-punktowej. Dzięki tej metodzie uzyskujemy ocenę subiektywną zasobów na wymiarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym, a także wskaźnik globalny. Z uwagi na niską wartość wskaźnika rzetelności α w skalach społecznej oraz biologicznej wykorzystano jedynie wskaźnik globalny posiadanych zasobów (α Cronbacha = 0,82).

WYNIKI

Procedurę statystyczną w prezentowanych badaniach stanowią: Ogólny Model Liniowy: Powtarzane Pomiaru, zawarty w pakiecie SPSS 10.0 dla Windows, oraz Analiza Ścieżek, zawarta w pakiecie Amos 4.0.

Wolontariat a poczucie sensu życia

Analizę istotności różnic w doświadczaniu poczucia sensu życia pomiędzy wolontariuszami i grupą kontrolną prezentuje tabela.

DUCHOWOŚĆ I JEJ ZWIĄZEK ZE ZDROWIEM W UJĘCIU LOGOTEORII

Udział w wolontariacie, czas i interakcja pomiędzy tymi zmiennymi a poczucie sensu życia

Podgrupa (n)		Pomiar 1		Pomiar 2	
		X_1	SD_1	X_2	SD_2
WOL (51)	119,69	10,84	120,55	9,36	
KON (53)	106,36	13,60	108,06	13,88	
podgrupa czas		$F = 34,75; df = 1; p < 0,001; \eta^2 = 0,258$ $F = 0,25; df = 1; p = 0,613; \eta^2 = 0,003$			
podgrupa*czas		$F = 0,38; df = 1; p = 0,534; \eta^2 = 0,004$			

Przeprowadzona analiza wariancji wskazuje, iż zachodzi efekt główny wolontariatu dla poczucia sensu życia. W grupie wolontariuszy poczucie sensu życia jest istotnie wyższe w obu pomiarach: w pierwszym pomiarze – $F(104,1) = 30,37, p < 0,001$; w drugim – $F(104,1) = 28,72, p < 0,001$. Wynik ten oznacza potwierdzenie pierwszej ze sformułowanych hipotez. Wartość współczynnika η wskazuje, że zmienna wolontariatu tłumaczy 25,8% wariancji poczucia sensu życia (Brzeziński, 1996).

Nie stwierdzono natomiast efektu głównego czasu. Oznacza to, że nie zaszły żadne istotne statystycznie zmiany w czasie w doświadczaniu poczucia sensu życia w całej grupie badanej. Nie wystąpił także efekt interakcji zmiennych: wolontariatu i czasu, co oznacza, iż udział w wolontariacie nie wpływa na zmianę doświadczania poczucia sensu życia, nie powoduje jego wzrostu w czasie. Taki wynik w połączeniu ze stwierdzonym efektem głównym wolontariatu dla poczucia sensu życia (co jednak nie przesądza o kierunku zależności), nasuwa pytanie o możliwy odwrotny kierunek, to jest wpływ poczucia sensu życia na podejmowanie aktywności wolontaryjnej. Autorka ustosunkuje się do tej kwestii w dalszej części artykułu.

Związek pomiędzy wolontariatem, poczuciem sensu życia a zdrowiem

Rysunek 1 przedstawia wyjściowy model testowany za pomocą analizy ścieżek. Kierunek zależności odpowiada tu przyjętym założeniom teoretycznym. Oczekuje się, iż wolontariat w sposób bezpośredni będzie wpływać na doświadczanie poczucia sensu życia (wpływ dodatni) oraz pośrednio, poprzez poczucie sensu życia, na subiektywną ocenę stanu zdrowia: lęk (wpływ ujemny), nadzieję (wpływ dodatni), dolegliwości somatyczne (wpływ ujemny) i zasoby zdrowotne (wpływ dodatni). Wzięty został także pod uwagę ewentualny bezpośredni wpływ wolontariatu na subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż uzyskane wskaźniki dobroci dopasowania przyjętego modelu odbiegały od wymaganych, przystąpiono do dalszej jego eksploracji i dokonano trzymowania modelu, czyli usunięto ścieżki nieistotne (Gaul, Machowski, 1987) oraz wprowadzono ścieżki nowe. Ostatecznie najlepszym od-

zwierciedleniem zależności w obrębie zgromadzonych danych empirycznych dla pierwszego etapu badań okazał się model przedstawiony na rysunku 2.

Usunięto wszystkie nieistotne statystycznie ścieżki wolontariat-subiektywna ocena zdrowia (lęk, nadzieja, dolegliwości somatyczne, zasoby zdrowotne), a także ścieżkę: poczucie sensu życia-nadzieja. Wprowadzono natomiast dwie nowe ścieżki: dolegliwości somatyczne-lęk oraz dolegliwości somatyczne-zasoby. Ujawnił się bezpośredni, pozytywny wpływ wolontariatu na poczucie sensu życia (wartość ścieżki wynosi 0,48). Poczucie sensu życia natomiast wpływa na lęk (-0,47), dolegliwości somatyczne (-0,33) oraz zasoby (0,59). Zatem zgodnie z postawioną wcześniej hipotezą, wolontariat ma istotny wpływ na ocenę własnego stanu zdrowia, jednak głównie poprzez poczucie sensu życia i jako jego podstawa. Wpływ ten ma charakter pośredni, wartości ścieżek wynoszą kolejno: dla lęku $-0,48 \times (-0,47) = -0,22$; dla dolegliwości somatycznych $-0,48 \times (-0,33) = -0,16$; natomiast dla zasobów $-0,48 \times 0,59 = 0,28$. Poczucie sensu życia jest istotnym ogniwem pośredniczącym w oddziaływaniu wolontariatu na zdrowie. Warto także zauważyć, iż ujawnił się pozytywny wpływ dolegliwości somatycznych na lęk oraz negatywny wpływ dolegliwości somatycznych na zasoby zdrowotne.

Zależności dla danych empirycznych z drugiego etapu badań prezentuje kolejny model, przedstawiony na rysunku 3. Ponownie nieistotne okazały się ścieżki: wolontariat-subiektywna ocena zdrowia (lęk, nadzieja, dolegliwości somatyczne) oraz ścieżka poczucie sensu życia-nadzieja. W stosunku do pierwszego etapu badań nowością jest bezpośrednia zależność pomiędzy wolontariatem a oceną własnych zasobów zdrowotnych, co ciekawe, o charakterze ujemnym (współczynnik tej ścieżki jest jednak niewielki i istotny tylko na poziomie $p < 0,05$). Natomiast wprowadzono cztery nowe ścieżki: dolegliwości somatyczne-lęk, dolegliwości somatyczne-zasoby (podobnie jak w pierwszej fazie badań) oraz nadzieja-zasoby i lęk-zasoby. Potwierdził się ponownie bezpośredni, pozytywny wpływ wolontariatu na poczucie sensu życia, prawie identyczna wartość ścieżki w stosunku do pierwszego pomiaru (0,47). Ponownie stwierdzono wpływ poczucia sensu życia na: lęk, dolegliwości somatyczne (także związek negatywny i nieco wyższe wartości ścieżek w drugim pomiarze, kolejno: -0,53; -0,45) oraz zasoby (także związek pozytywny i nieco niższa wartość ścieżki w drugim pomiarze: 0,45). Zatem jeszcze raz okazało się, iż wpływ aktywności wolontaryjnej na zdrowie może dokonywać się głównie za pośrednictwem poczucia sensu życia; wpływ ten zachowuje charakter pośredni, wartości ścieżek wynoszą kolejno: dla lęku $-0,47 \times (-0,53) = -0,25$; dla dolegliwości somatycznych $-0,47 \times (-0,45) = -0,21$; natomiast dla zasobów $-0,47 \times 0,45 = 0,21$. Co więcej, wartości są zbliżone pomiędzy pomiarami. Potwierdziło się ponownie znaczenie poczucia sensu życia jako istotnej zmiennej pośredniczącej w oddziaływaniu wolontariatu na zdrowie. Jeśli chodzi o relacje między zmiennymi: wolontariat-poczucie sensu życia-zdrowie, w obu pomiarach, bez względu na upływ czasu, obserwujemy znaczne podobieństwo i stałość. Warto także zauważyć, iż drugi etap badań ujawnił pozytywny wpływ dolegliwości somatycznych na lęk oraz negatywny na zasoby zdrowotne. Stwierdzono także negatywny wpływ lęku oraz pozytywny wpływ nadziei na zasoby zdrowotne. Druga hipoteza została zatem częściowo potwierdzona. Okazało się, że poczucie sensu życia ma korzystny wpływ na stan lęku (im wyższe poczucie sensu życia, tym mniejszy lęk), dolegliwości somatycznych (im wyższe poczucie sensu życia, tym mniej dolegliwości somatycznych) oraz zasobów zdrowotnych (im wyższe poczucie sensu życia, tym korzystniejsza ocena posiadanych zasobów zdrowotnych). Nie stwierdzono natomiast wpływu poczucia sensu życia na odczuwaną nadzieję.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Podstawowym celem badań było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy wolontariat wpływa na doświadczenie poczucia sensu życia i czy w takim rozumieniu ma związek ze zdrowiem człowieka. Postawiono zatem dwie hipotezy badawcze. Pierwsza dotyczyła różnic w doświadczeniu poczucia sensu życia pomiędzy wolontariuszami a osobami z grupy kontrolnej, natomiast druga związku pomiędzy doświadczeniem poczucia sensu życia a zdrowiem. Należy także pamiętać, iż za przejaw i mierzalny wskaźnik aktywności noetyczno-duchowej, zgodnie z przyjętą konceptualizacją duchowości, uznaje się doświadczenie poczucia sensu życia. Uzyskano potwierdzenie pierwszej hipotezy badawczej. Jak ujawniła analiza wariancji, wolontariusze mają istotnie wyższe poczucie sensu życia w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Dotychczasowe wyniki badań także potwierdzają taki związek (por. Pargament, 1997; Powell, Shahabi, Thoresen, 2003). Nie stwierdzono natomiast efektu interakcji wolontariatu z czasem, polegającego na przyroście poczucia sensu życia w miarę kontynuowania aktywności wolontaryjnej. Nasunęło to wątpliwości co do kierunku zależności wolontariat-

DUCHOWOŚĆ I JEJ ZWIĄZEK ZE ZDROWIEM W UJĘCIU LOGOTEORII

poczucie sensu życia, który mógł być przeciwny do zakładanego w niniejszych badaniach i wówczas polegałby na wpływie poczucia sensu życia na podejmowanie działalności wolontaryjnej.

Wyniki przeprowadzonej analizy ścieżek pozwalają na rozstrzygnięcie tych wątpliwości na korzyść kierunku zależności: wolontariat → poczucie sensu życia, a nie odwrotnie. Obraz wzajemnych relacji między zmiennymi, uzyskany dzięki analizie ścieżek, w obu pomiarach ujawnił, iż to właśnie wolontariat stanowi podstawę i silne źródło poczucia sensu życia u wolontariuszy. Wynik ten stanowi potwierdzenie przyjętych założeń teoretycznych o społecznych uwarunkowaniach doświadczania poczucia sensu życia (Frankl, 1978; Mariański, 1990; Prężyna, 1996; Śliwak, Król, 1989-90; Barcińska, 1991). W takim rozumieniu wolontariat stanowi swoistą drogę do odkrycia sensu konstytuowanego we wzajemnej relacji międzyludzkiej i w odniesieniu do drugiego człowieka. Wówczas właśnie człowiek odkrywa swoje bycie wobec kogoś, dla kogoś i w związku z kimś (Popielski, 1994). Natomiast ustosunkowanie się do drugiej hipotezy jest już nieco bardziej złożone. Warto zwrócić uwagę i ustosunkować się do trzech kwestii. Po pierwsze – stwierdzono pośredni związek wolontariatu ze zdrowiem, gdzie ogniwem pośredniczącym jest poczucie sensu życia, po drugie – nie ujawniono jakichkolwiek związków poczucia sensu życia z nadzieją i po trzecie – wystąpiła zmiana w układzie relacji zmiennych między pomiarami (zmiana ta nie jest głównym przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule, jednak warto się do niej odnieść).

Dotychczasowe badania sugerują pozytywny związek wolontariatu ze zdrowiem (por. Rosenthal, Rosnow, 1975; Midlarsky, Kahana, 1994; Ganguli i in., 1998; Young, Glasgow, 1998). Najczęściej badania te koncentrowały się na analizie istotności różnic pomiędzy wolontariuszami a grupą kontrolną, uzyskując potwierdzenie faktu korzystniejszego stanu zdrowia u wolontariuszy. Koncentrowano się jednak raczej na istnieniu różnic niż na ich uwarunkowaniach i ewentualnych mechanizmach wpływu duchowości na zdrowie człowieka (istotne zmienne pośredniczące).

W niniejszych badaniach stwierdzono, iż wolontariat wpływa na zdrowie pośrednio, poprzez doświadczanie poczucia sensu życia. Wpływ ten jest istotny w odniesieniu do różnych przejawów zdrowia. U wolontariuszy poczucie sensu życia implikuje mniejszy lęk, mniej dolegliwości somatycznych oraz korzystniejszą ocenę własnych zasobów zdrowotnych.

Pośrednie, pozytywne oddziaływanie wolontariatu na ocenę zasobów osoby wydaje się szczególnie godne uwagi. Może to bowiem sugerować, iż wolontariat zdecydowanie nabiera cech kategorii salutogenetycznej, głównie za pośrednictwem poczucia sensu życia, które traktować można jako wyraźny zasób duchowy człowieka (Sęk, 2003; Ostrowski, 2003). Wolontariat staje się więc wyraźnym czynnikiem sprzyjającym nie tylko zachowaniu zdrowia, lecz także podnoszeniu jego jakości. Może stanowić jeden z elementów w odpowiedzi na stawiane przez wielu badaczy pytanie: „co powoduje, że w obliczu istniejących zagrożeń zachowujemy zdrowie?”

Nie bez znaczenia pozostaje także negatywny, pośredni (poprzez poczucie sensu życia) związek wolontariatu z lękiem i dolegliwościami somatycznymi, i to z dwóch powodów. Po pierwsze – dlatego, że wolontariat, jako źródło doświadczania poczucia sensu życia, oprócz tego, iż wzmacnia zasoby człowieka, może też stanowić swoisty bufor przed złym samopoczuciem i chorobami. Po drugie – wydaje się, iż działalność wolontaryjna mogłaby znaleźć swoje miejsce nie tylko w prewencji zaburzeń, lecz także w promocji zdrowia. W pierwszym znaczeniu – jako pewien styl życia proponowany osobom z grup ryzyka bądź osobom już chorującym, służący opanowaniu negatywnych emocji, wzbudzeniu emocji pozytywnych oraz wpływający korzystnie na samopoczucie fizyczne, stając się podstawą doświadczenia poczucia sensu. W drugim znaczeniu – jako aktywność wpływająca na poprawę jakości życia i własnego samopoczucia w sposób wielowymiarowy, podejmowana przez osoby zdrowe. Należy pamiętać, iż to właśnie doświadczanie poczucia sensu życia, którego źródłem może być wolontariat, stanowi główny czynnik wyjaśniający owe zależności.

Niezwykle interesujący wobec powyższych rozważań wydawać się może brak związku poczucia sensu życia z nadzieją. Jednak przyczyną takiego stanu rzeczy jest – zdaniem autorki – przede wszystkim niedoskonałość narzędzia pomiaru. Pomimo wykorzystywania narzędzia w dotychczasowych badaniach i dobrych ocen, jakie uzyskało (Czapiński, 1993), okazało się, że w prezentowanych badaniach ta metoda w niewielkim stopniu różnicuje uzyskane wyniki, które są wysokie w obu grupach – $F(1,104) = 1,53$; $p = 0,219$, podobnie jak wynik maksymalny, wynoszący 10 w obu grupach i w obu pomiarach. Pozostaje to w pewnej sprzeczności z istotnym zróżnicowaniem lęku w obu grupach – $F(1,104) = 16,81$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,144$. Trudno wyobrazić sobie sytuację, iż osoba cechująca się wysokim poziomem lęku odczuwa taką samą nadzieję, jak osoba z istotnie niższym lękiem, z definicji bowiem stany te są przeciwne i należałoby oczekiwać innej relacji. Niedoskonałość narzędzia wydaje się głównym powodem braku związku poczucia sensu życia z odczuwaną nadzieją.

Pozostało zatem odniesienie się do ostatniej z wyszczególnionych kwestii, mianowicie do różnicy w układzie zmiennych pomiędzy pomiarami. W najbardziej interesującym, z punktu widzenia postawionych hipotez, obszarze w zasadzie takich różnic nie stwierdzono. W obu pomiarach wolontariat bezpośrednio wpływa na poczucie sensu życia. Siła wpływu jest prawie identyczna (0,48; 0,47). Bezpośredni związek poczucia sensu życia ze zdrowiem w zasadzie także pozostaje bez zmian między pomiarami. W każdym wypadku zachowany jest znak

PATRYCJA STAWIARSKA

zależności, w niewielkim stopniu zmienia się siła oddziaływania. Pośredni efekt wpływu wolontariatu (poprzez poczucie sensu życia) na zdrowie także pozostaje zbliżony w obu pomiarach; por. kolejne wartości ścieżek: WOL-ŁĘK $-0,48 \times (-0,47) = -0,22$; $0,47 \times (-0,53) = -0,25$; WOL-FIZ $-0,48 \times (-0,33) = -0,16$; $0,47 \times (-0,45) = -0,21$; WOL-ZAS $-0,48 \times 0,59 = 0,28$; $0,47 \times 0,45 = 0,21$.

Natomiast najciekawsze zmiany zachodzą we wzajemnych relacjach pomiędzy zmiennymi zdrowia. I tak, w obu pomiarach ujawnił się negatywny związek dolegliwości somatycznych z zasobami (-0,22; -0,18), pozytywny z lękiem (0,36; 0,27); w drugim pomiarze dodatkowo lęk wpływa negatywnie (-0,22) oraz nadzieja – pozytywnie (0,17) na ocenę zasobów zdrowotnych. Tak uzyskane relacje zmiennych i ich znaki wydają się dość oczywiste.

W dodatniej wzajemnej zależności pozostają zmienne zdrowia pozytywnego (zasoby i nadzieja), a także zmienne zdrowia negatywnego (lęk i dolegliwości somatyczne). Natomiast w zależności ujemnej – zmienne z przeciwnych biegunów zdrowia (lęk i zasoby oraz dolegliwości somatyczne i zasoby).

Zatem podsumowując: jeżeli istnieje silna pozytywna relacja pomiędzy wolontariatem a poczuciem sensu życia oraz poczucie sensu życia koreluje dodatnio ze wskaźnikami zdrowia pozytywnego i ujemnie ze wskaźnikami zdrowia negatywnego, można wyciągnąć wniosek, iż wolontariat, jako źródło poczucia sensu życia, może mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia. Należy jednak mieć świadomość konieczności dalszej weryfikacji empirycznej znaczenia duchowości człowieka dla jego zdrowia, zwłaszcza w kontekście poznawania i analizowania funkcjonowania konkretnego człowieka, realizującego sens we właściwy sobie i niepowtarzalny sposób.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as determinant of health. [W:] J. D. Matarazzo (red.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (s. 114-129). New York: Wiley.
- Barcińska, I. (1991). *Poziom poczucia sensu życia a typ relacji interpersonalnych*. Lublin: Archiwum KUL.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Czapiński, J. (1993). *Polski generalny sondaż dobrostanu psychicznego: badanie panelowe 1991-1992*. Warszawa: Pracownia Wydawnicza PTP.
- Czapiński, J. (2000). Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka. [W:] J. Czapiński (red.), *Zdrowie Psychiczne* (s. 231-327). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Frankl, V. E. (1978). *Nieuświadomiony Bóg*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V. E. (1984). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Ganguli, M., Lytle, M. E., Reynolds, M. D., Dodge, H. H. (1998). Random versus volunteer selection for a community-based study. *Journal of Gerontology*, 53A, 39-46.
- Gaul, M., Machowski, A. (1987). Elementy analizy ścieżek. [W:] J. Brzeziński (red.), *Wielozmiennowe modele statystyczne w badaniach psychologicznych* (s. 82-112). Warszawa-Poznań: PWN.
- Gawroński, S. (1999). *Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie*. Warszawa: Więzi.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (2000). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2003). Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. [W:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 33-49). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Heszen-Niejodek, I., Januszek, M., Gruszczyńska, E. (2001). *Styl radzenia sobie ze stresem, rodzaj sytuacji stresowej a przebieg i efektywność radzenia sobie (Badania w modelu interakcyjnym)*. (Raport KBN 1 H01 F01414). Katowice: Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii.
- Kondziela, J. (1987). Społeczny wymiar sensu życia. W: Popielski K. (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* (s. 181-185). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Mariański, J. (1990). *W poszukiwaniu sensu życia. Szkice socjologiczno-pastoralne*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Midlarsky, E., Kahana, E. (1994). Predictors of helping and well-being in older adults: Across-sectional survey research project. *Altruism in Later Life*, 196, 126-188.
- Obuchowski, K. (1983). *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN.
- Ostrowski, T. M. (2003). Poczucie sensu życia oraz postawa wobec siebie jako kategorie salutogenetyczne. Badania mężczyzn po zawale serca. [W:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 107-119). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Popielski, K. (1987). Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. [W:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* (s. 237-263). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Popielski, K. (1996). Człowiek: egzystencja podmiotowo-osobowa. [W:] K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens* (s. 25-49). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Popielski, K. (1999). Noopsycho-somatyka, propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 17-41.
- Powell, L. H., Shahabi, L., Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.
- Prężyna, W. (1996). Społeczno-religijne odniesienia dla poczucia sensu życia i psychoterapii. [W:] K. Popielski (red.), *Człowiek*

DUCHOWOŚĆ I JEJ ZWIĄZEK ZE ZDROWIEM W UJĘCIU LOGOTEORII

– *wartości – sens* (s. 371-381). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

Rosenthal, R., Rosnow, R. L. (1975). *The volunteer subject*. New York: John Wiley and Sons.

Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. [W]: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17-33). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. [W]: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 101-125). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. [W]: C. D. Spielberger (red.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.

Śliwak, J., Król, A. (1989-90). Poziom altruizmu a poczucie sensu życia. *Roczniki Filozoficzne*, 37-38, 4, 189-211.

Young, F. W., Glasgow, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20, 339-362.