

**KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI**

**JANA PAWŁA II**

**Wydział Nauk Społecznych**

**Instytut Psychologii**

**Ks. Radosław Jan Rybarski**

**Nr Albumu 126349**

**Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia  
osób z rozpoznaną chorobą nowotworową**

Praca doktorska napisana na  
seminarium z psychologii społecznej i psychologii religii  
pod kierunkiem  
dr hab. Jacka Śliwaka, prof. KUL

**Lublin 2018**

## Streszczenie

Tematem niniejszej pracy jest funkcja religijności i lęku przed śmiercią w obszarze jakości życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową.

Każda choroba przewlekła, a zwłaszcza choroba nowotworowa negatywnie oddziałuje na subiektywne poczucie jakości życia, ponieważ generuje stres i negatywne emocje. Dodatkowo, wymaga od osoby dużej siły i determinacji do pokonania ograniczeń i trudności związanych z przeżywaniem choroby, m.in. z koniecznością hospitalizacji, przerwaniem aktywności zawodowej, ograniczeniem zaangażowania się w dotychczasowe pełnione role. Prognozy epidemiologiczne sugerują, że w przeciągu kilku nadchodzących dekad, nowotwór stanie się chorobą generującą najwyższy współczynnik umieralności. Niepewność pacjenta onkologicznego związana z troską o powrót do pełnego zdrowia powoduje intensyfikację myślenia o śmierci i lęku przed śmiercią. W tak złożonej i trudnej sytuacji, osoba zaczyna poszukiwać wsparcia. Religijność jest częstym sposobem radzenia sobie z trudną sytuacją, zwłaszcza z chorobą. Religijność może poprawiać jakość życia w chorobie. Jednakże, choroba może wyzwać również konflikty i napięcia w obszarze wiary i relacji z Bogiem, np. wątpliwości w wierze, negatywne emocje względem Boga, poczucie bycia ukaranym przez Boga, co z kolei pogarsza jakość życia chorych.

W niniejszej pracy badano związki religijności i lęku przed śmiercią z jakością życia osób z chorobą nowotworową. Podłożem teoretycznym niniejszego projektu badawczego była Teoria Opanowania Trwogi Greenberga, Solomona i Pyszczynskiego. Hipotezy testowano na podstawie badań, w których wzięło udział 130 osób w wieku od 20 do 85 lat, hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. W badaniach wykorzystano pięć kwestionariuszy. Religijność zbadano za pomocą Skali Centralności Religijności C-15 Hubera oraz Skali Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RCSS) Exline, Yali i Sanderson. Lęk przed śmiercią mierzono za pomocą Skali Lęku przed Śmiercią i Umieraniem (DADDS) Krausego. Do pomiaru jakości życia zastosowano skalę Jakość Życia w Chorobie Zagrożającej Życiu autorstwa McGill. Do oceny natężenia bólu zastosowano Skalę Numeryczną (NRS).

Przeprowadzone analizy ujawniły szereg istotnych zależności między centralnością religii, wsparciem religijnym, zmaganiem religijnymi, lękiem przed śmiercią i jakością życia osób chorych na choroby nowotworowe. Potwierdzono, że centralność religii wzmacnia jakość życia osób chorych, ponieważ obniża ich lęk przed śmiercią. Dotyczy to zwłaszcza takich wymiarów centralności, jak: zainteresowanie i kult. Zainteresowanie i praktyki religijne warunkują jakość życia osób chorych na nowotwór, ponieważ obniżają ich lęk przed śmiercią. Badania pokazały również, że wsparcie czerpane z religii jest silniejszym predyktorem jakości życia osób chorych na nowotwory niż centralność religii, a więc ilościowa miara zaangażowania religijnego. Ujawniono także szereg krzywoliniowych zależności między centralnością religii (i jej pięcioma wymiarami: przekonania, zainteresowanie religią, modlitwa, kult i doświadczenie) a lękiem przed śmiercią, a także między centralnością religii i jakością życia. Po uwzględnieniu zależności krzywoliniowych uchwycone zostały niektóre mechanizmy warunkowania jakości życia osób chorych na nowotwór przez zmienne religijne. Na przykład, pacjenci onkologiczni o niskiej centralności religii odczuwają silny lęk przed śmiercią, ponieważ sprawy związane z religią generują w nich konflikty wewnętrzne o charakterze poczucia winy i negatywne emocje względem Boga. Z kolei lęk przed śmiercią obniża ich poczucie jakości życia zarówno w wymiarze psychologicznym, egzystencjalnym, a nawet somatycznym. Wysoka centralność religii ułatwia natomiast rozwiązywanie konfliktów religijnych, a w konsekwencji obniża lęk przed śmiercią i wzmacnia poczucie jakości życia.

Uzyskane rezultaty badań stały się podstawą do sformułowania wniosków praktycznych, które mogą być pomocne w określaniu kierunków pracy z pacjentami onkologicznymi. Szczególną uwagę należy zwrócić na ryzyko, jakie wnosi przeżywanie przez osobę chorą na nowotwór napięć religijnych oraz lęku przed śmiercią, ponieważ istotnie obniżają one poczucie jakości życia.

## Summary

This thesis focuses on the function of religiosity and fear of death within the sense of quality of life in people with cancer.

Each chronic illness, in particular cancer, has a negative effect on the subjective quality of life in people, because it generates stress and negative emotions. In addition, it requires a lot of strength and determination to fight with illness-related limitations and difficulties, e.g. the need for hospitalization, ceasing professional activity, limitation of involvement in roles that one has participated in so far. Epidemiological prognoses suggest that cancer will be the most significant mortality factor in decades to come. Oncology patients feel unsure about their full recovery and this is why they think more about death and experience greater fear of death. In this complex and difficult setting, they seek support. Religiosity is often a way of coping with a difficult situation, in particular with illness. It may improve the sense of quality of life during illness. However, illness may also trigger conflicts and strains in the domain of faith and relation to God, e.g. raising concern about faith, negative emotions toward God, the sense of being punished by God, which, in turn, deteriorates the patients' sense of quality of life.

Within this work, I analyzed the relationships of religiosity and fear of death with the sense of quality of life in people with cancer. The theoretical framework for the research was the Terror Management Theory by Greenberg, Solomon, and Pyszczynski. The hypotheses were tested on the sample of 130 respondents, aged 20 to 85, who were hospitalized because of cancer. Five questionnaires were applied. I examined religiosity by means of the Centrality of Religiosity Scale (C-15) by Huber and Religious Comfort and Strain Scale (RCSS) by Exline, Yali, and Sanderson. Fear of death was measured by means of the Death and Dying Distress Scale (DADDS) by Krause. The sense of quality of life was assessed by means of the Quality of Life of People with Life-threatening Illness by McGill. The Numeric Rating Scale (NRS) served as a tool for the measurement of the intensity of pain.

The analyses conducted revealed a series of significant dependencies between centrality of religion, religious support, religious struggle, fear of death, and the sense of quality of life in people with cancer. I also confirmed that centrality of religion improves the sense of quality of life in ill people, because it reduces their fear of death. This refers in particular to centrality dimensions, such as Intellect and Public Prayer. Interest in religious matters and religious practices condition the sense of quality of life in people with cancer, because they reduce their fear of death. The research provided also evidence for the assumption that religious support is a stronger predictor of the sense of quality of life in people with cancer than centrality of religion – a quantitative measure of religious involvement. I also revealed a series of curvilinear dependencies between centrality of religion (and its five measures: Ideology, Intellect, Private Prayer, Public Prayer, and Religious Experience) and fear of death, and also between centrality of religion and the sense of quality of life. Upon consideration of curvilinear dependencies, it was possible to capture certain mechanisms of conditioning the sense of quality of life in people with cancer by religious variables. For example, on the one hand, oncology patients with low centrality of religion feel a strong fear of death, because religion-related issues induce internal conflicts in them, with the sense of guilt and negative emotions toward God at the forefront. Next, fear of death reduces their sense of quality of life in various domains: psychological, existential, and even somatic. On the other hand, high centrality of religion facilitates dealing with religious conflicts, and, as a consequence, reduces fear of death and improves the sense of quality of life.

The results obtained were the foundation for formulating practical conclusions which may be helpful in determining the way oncology patients should be treated. Particular

attention should be given to risk brought by experiencing religious strains and fear of death, because these factors decrease the sense of quality of life considerably.

## Spis treści

Wstęp.....	10
<b>CZEŚĆ I PODSTAWY TEORETYCZNE.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Koncepcje religijności.....</b>	<b>16</b>
1.1. Religijność jako system nadawania znaczeń.....	16
1.2. Psychologiczna koncepcja zmagania religijnych.....	22
<b>2. Religijność a lęk .....</b>	<b>28</b>
2.1. Religijność a lęk – perspektywa klasyczna .....	28
2.2. Religijność a lęk – perspektywa współczesna .....	30
2.3. Przegląd badań nad związkiem religijności z lękiem .....	33
<b>3. Lęk przed śmiercią.....</b>	<b>39</b>
3.1. Psychologiczna problematyka lęku przed śmiercią .....	39
3.2. Religijność a lęk przed śmiercią .....	46
3.3. Teoria Opanowywania Trwogi .....	50
<b>4. Problematyka jakości życia.....</b>	<b>58</b>
4.1. Koncepcje jakości życia w psychologii .....	58
4.2. Koncepcje jakości życia w medycynie .....	62
4.3. Predyktory jakości życia w chorobie nowotworowej .....	66
4.4. Religijność a jakość życia w chorobie .....	72
<b>5. Problematyka choroby nowotworowej.....</b>	<b>81</b>
5.1. Aspekty medyczne choroby nowotworowej .....	81
5.2. Psychospołeczne reakcje na somatyczne objawy choroby nowotworowej .....	88
<b>CZEŚĆ II METODA BADAŃ WŁASNYCH .....</b>	<b>93</b>
<b>6. Problematyka badań własnych.....</b>	<b>94</b>
6.1. Problem badawczy .....	94
6.2. Model badawczy .....	95
6.3. Hipotezy .....	96
<b>7. Charakterystyka zastosowanych metod .....</b>	<b>99</b>
7.1. Skala Centralności (C-15).....	99

7.2.	Skala Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RCSS).....	100
7.3.	Skala McGill Jakość życia w chorobie zagrażającej życiu – wersja zrewidowana.....	101
7.4.	Skala Lęku przed śmiercią i umieraniem The Death and Dying Distress Scale (DADDS) .....	103
7.5.	Skala numeryczna (NRS).....	104
7.6.	Arkusz osobowy i arkusz choroby .....	104
<b>8.</b>	<b>Strategia badań oraz osoby badane .....</b>	<b>105</b>
8.1.	Strategia badań .....	105
8.2.	Charakterystyka badanej próby.....	106
<b>CZĘŚĆ III WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....</b>		<b>111</b>
<b>9.</b>	<b>Korelaty i predyktory jakości życia .....</b>	<b>112</b>
9.1.	Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory – analiza korelacji .....	112
9.2.	Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory – analiza regresji .....	114
9.2.1.	Określenie charakteru zależności między centralnością religijności, pocieszeniem religijnym, zmaganiem religijnymi i lękiem przed śmiercią a jakością życia .....	115
9.2.2.	Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory..	122
9.2.3.	Religijność i lęk przed śmiercią a fizyczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory.....	123
9.2.4.	Religijność i lęk przed śmiercią a psychologiczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory .....	125
9.2.5.	Religijność i lęk przed śmiercią a egzystencjalny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory .....	126
9.2.6.	Religijność i lęk przed śmiercią a społeczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory .....	128
9.3.	Centralność religijności a jakość życia osób chorych na nowotwory: ocena mediacyjnej funkcji lęku przed śmiercią.....	129
9.4.	Mediacyjna funkcja lęku przed śmiercią w związku centralności religijności z jakością życia osób chorych na nowotwory: analiza moderacyjnej funkcji wsparcia i zmagania religijnych.....	131

9.5. Centralność, pocieszenie i zmagania religijne, lęk przed śmiercią a jakość życia: w poszukiwaniu nowego modelu .....	132
9.5.1. Centralność a wymiary jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią .....	136
9.5.1.1. Wymiary centralności religijności a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	136
9.5.1.2. Centralność a fizyczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	147
9.5.1.3. Centralność a psychologiczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	152
9.5.1.4. Centralność a egzystencjalny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	156
9.5.1.5. Centralność a społeczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	161
9.5.2. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez pocieszenie i zmagania religijne .....	162
9.5.2.1. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez pocieszenie religijne ...	163
9.5.2.2. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez zmagania religijne .....	163
9.5.2.3. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez lęk-winę .....	167
9.5.2.4. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez negatywne emocje względem Boga.....	170
9.5.2.5. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez negatywne interakcje społeczne związane z religią.....	173
9.5.3. Pocieszenie religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią .....	175
9.5.4. Zmagania religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	179
9.5.4.1. Zmagania religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią .....	179
9.5.4.2. Lęk-wina a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią .....	184
9.5.4.3. Negatywne emocje względem Boga a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią.....	188
9.5.4.4. Negatywne interakcje społeczne związane z religią a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią .....	192
<b>10. Dyskusja wyników .....</b>	<b>196</b>
10.1. Lęk przed śmiercią jako mediator związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na nowotwór.....	197



10.2. Pocieszenie i zmagania religijne jako moderatory w związku centralności z jakością życia przez lęk przed śmiercią .....	202
10.3. Pocieszenie i zmagania religijne jako mediatory w związku centralności religii z lękiem przed śmiercią .....	205
10.4. Lęk przed śmiercią jako mediator w związku pocieszenia religijnego z jakością życia .....	207
10.5. Lęk przed śmiercią jako mediator w związku zmagania religijnych z jakością życia .....	209
10.6. Uwagi końcowe.....	211
10.7. Ograniczenia badań .....	211
10.8. Przyszłe badania.....	213
10.9. Aplikacje praktyczne.....	213
<b>Podsumowanie.....</b>	<b>215</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>216</b>
<b>Spis tabel.....</b>	<b>235</b>
<b>Spis rysunków .....</b>	<b>241</b>
<b>Aneksy.....</b>	<b>244</b>

## Wstęp

Religia jest ważnym elementem życia indywidualnego i społecznego. Tej ważności religii człowiek często nie uświadamia sobie w biegu codziennego życia. Dopiero kryzysowa sytuacja, choroba, wiadomość o zamachu terrorystycznym, w którym zginęły niewinne i nie spodziewające się śmierci osoby sprawia, że człowiek zwraca się do religii. Gdy weźmiemy pod uwagę rolę jaką pełni religia w życiu tak wielu indywidualnych osób oraz jej niebagatelną funkcję w życiu społecznym i kulturowym, wysiłek badawczy, pozwalający na uchwycenie niektórych funkcji religii w sytuacji trudnej wydaje się wart podjęcia. Co takiego jest w religii, że może ona być ukojeniem w przeżywaniu najtrudniejszych momentów, z jakich utkane jest życie?

Problemem podejmowanym w tej pracy jest analiza funkcji religijności, zarówno pozytywnej, wspierającej, jak też negatywnej, związanej ze stresem, w warunkowaniu poczucia jakości życia osób chorych na choroby nowotworowe. Najbardziej dynamiczny rozwój badań empirycznych w zakresie związków religijności z dobrostanem psychicznym datuje się na lata 80-te i 90-te ubiegłego stulecia. Badania te potwierdziły wielorakie związki religijności z dobrostanem psychicznym (George, Larson, Koenig, McCullough, 2000). Ogromna ich większość potwierdziła wspierającą funkcję religijności w obszarze dobrostanu i jakości życia (np. Koenig, 2007). Jednakże, nie brakuje też danych empirycznych, które sugerują, że niektóre aspekty religii mogą pogarszać zdrowie lub dobrostan (np. Pargament, 1997). Zaangażowanie religijne warunkuje takie stany psychiczne, jak: radość, nadzieja, współczucie czy przebaczenie (Hill, Pargament, 2003). Religijne strategie radzenia sobie ze stresem pomagają w zrozumieniu, zaakceptowaniu i radzeniu sobie ze stresem trudnych zdarzeń życiowych. Udział w rytuałach religijnych jest źródłem wsparcia, zarówno społecznego jak też wynikającego z przekonania o byciu pod opieką Siły Wyższej (Exline, 2013). Religijność może być jednak również źródłem stresu. Ludzie, w odpowiedzi na negatywne wydarzenia, które stają się ich udziałem, obwiniają Boga, odczuwają względem Niego gniew lub złość. Niektórzy doświadczają zranień ze strony ludzi związanych z religią (Ellison, Lee, 2010). Takie doświadczenia, które niewątpliwie zakłócają relację człowieka z Bogiem, mogą przyczyniać się do obniżenia dobrostanu psychicznego, wzrostu niepokoju depresji, a nawet mogą być źródłem myśli lub prób samobójczych (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, Newman, 2013). Nie mniej jednak, jak trafnie wyraża to polskie przysłowie *jak trwoga to do Boga*, w sytuacji trudnej,

zwłaszcza przekraczającej jego możliwości kontroli, człowiek często szuka wsparcia w religii.

Choroba nowotworowa jest bez wątpienia przykładem trudnej sytuacji życiowej. Nowotwory, po chorobach układu krążenia stanowią najbardziej rozpowszechnioną i najczęstszą przyczynę zgonów. Przewidywania epidemiologiczne wskazują, że w ciągu dwudziestu lub trzydziestu lat choroby nowotworowe staną się najczęstszą przyczyną zgonów na świecie (Didkowska i in., 2017). Choroba nowotworowa oddziałuje na człowieka w jego wszystkich sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Znalazienie się w sytuacji choroby nowotworowej, pociąga za sobą szereg zdarzeń, które skutkują koniecznością konfrontowania się z nową rzeczywistością (de Walden-Gałuszko, Majkowicz, 2014).

Człowiek chory na nowotwór zmienia sposób patrzenia na własne życie, postrzega je w nowej perspektywie. Wiele spraw, o które dotąd zabiegał, traci na ważności. Realne poczucie zagrożenia życia sprawia, że człowieka zmienia sposób działania. Choroba stanowi niezwykle silny stres nie tylko dla pacjenta, ale również dla jego rodziny. Towarzyszyć jej mogą wysoki poziom depresji i poczucia beznadziejności, lęk przed tym co czeka chorego, także lęk przed śmiercią (Pilecka, 2004). Osoba zmagająca się z chorobą nowotworową uruchamia szereg strategii, które koncentrują się na skutecznym łagodzeniu poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych skutków choroby. Wciąż jednak, pomimo wzrastającej liczby publikacji w tym temacie, interesujące jest na polu dociekań empirycznych stawianie pytań dotyczących tego, czy i w jaki sposób wsparcie albo stres, których źródłem jest religia, warunkują jakość życia, osób znajdujących się w sytuacji choroby zagrażającej życiu.

Pacjent onkologiczny zмага się na co dzień z objawami somatycznymi choroby, które pociągają za sobą szereg symptomów psychologicznych (Eom i in., 2013). Dodatkowo, powszechnym uczuciem towarzyszącym osobom chorym na nowotwór jest lęk przed śmiercią. Z jednej strony, kultura traktuje śmierć jako bardzo niewygodną, wręcz przerażającą tajemnicę. Z drugiej strony, śmierć od dawna jest zjawiskiem eksplorowanym na gruncie psychologii. Eksploracje te koncentrują się na specyficznym rodzaju lęku, jaki towarzyszy każdemu człowiekowi, a zwłaszcza choremu—lęku przed śmiercią (Jong, Halberstadt, 2016). Potwierdzeniem tego jest wzrastająca liczba publikacji odnoszących się do tej problematyki. W bazie danych EBSCO, w latach od 2000 do 2017 opublikowano 456 prac poświęconych problematyce lęku przed śmiercią. Analizie funkcji religii jako bufora lęku przed śmiercią poświęcono oddzielną uwagę w znaczących podręcznikach psychologii religii i duchowości. Dla przykładu można tu podać wydaną w 2013 roku: *APA Handbook*

*of Psychology, Religion, and Spirituality*. Skromniejsza jest natomiast liczba publikacji poświęconych powiązaniom między religijnością i lękiem przed śmiercią a jakością życia.

Zasadniczym problemem prezentowanej pracy jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: czy i w jaki sposób religijność warunkuje jakość życia w sytuacji choroby nowotworowej? Poszukiwanie odpowiedzi na to pytanie zakłada analizę zarówno wspierającej funkcji religii, jak też tych jej aspektów, które mogą być związane ze stresem. Punktem wyjścia do sformułowania hipotez są założenia teorii zarządzania trwogą, zgodnie z którą religijność warunkuje jakość życia przez to, że obniża lęk przed śmiercią. To założenie, było podstawą do opracowania modelu, w którym lęk przed śmiercią był mediatorem w związku centralności religii (a także jej pięciu wymiarów: zainteresowania religią, przekonań, kultu, modlitwy i doświadczenia religijnego) z poczuciem jakości życia, mierzonym za pomocą czterech wymiarów: dobrostanu fizycznego, psychicznego, egzystencjalnego i społecznego. Następnie, przyjęto, że problemy dotyczące spraw wiary i religii mogą ograniczać funkcję religijności w zakresie wzmacniania poczucia jakości życia poprzez redukcję lęku przed śmiercią. To przewidywanie było podstawą opracowania drugiego modelu, w którym sprawdzano, czy zmagania religijne moderują efekt centralności religijności na poczucie jakości życia, przy uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. W tym modelu również centralność ujęto za pomocą pięciu, wymienionych wyżej wymiarów, a jakość życia za pomocą czterech wymiarów. Uwzględniono trzy kategorie zmagania: negatywne emocje względem Boga, lęk-winę i negatywne interakcje społeczne związane z religią.

W badaniach uczestniczyło 130 osób chorych na choroby nowotworowe. Wybór takiej grupy był podyktowany tym, że choroba nowotworowa jest sytuacją trudną, zagrażającą życiu i jako taka, wyzwala myślenie o śmierci. Z drugiej strony, pacjent onkologiczny nie zaprzestaje szukać okazji do zachowania optymalnego i zadawalającego poziomu jakości życia (De Walden-Gałuszko, 2011). Poszukiwania odpowiedzi na pytania badawcze będą podejmowane zarówno na gruncie teoretycznym, jak też empirycznym. Tematyka pracy znajduje się na pograniczu dwóch działów psychologii: klinicznej człowieka chorego i psychologii religii.

Stanowisko teoretyczne dotyczące funkcji religijności przyjęte w niniejszej pracy bazuje na głównych założeniach Teorii Opanowania Trwogi TOT (*TMT – Terror Management Theory*). Zgodnie z tą teorią, religijność jest źródłem znaczeń, które sprawiają, że ludzie łagodniej przeżywają uporczywe obawy przed śmiercią. Człowiek ma unikalne w świecie zdolności poznawcze, takie jak samoświadomość czy zdolność do autorefleksji. Dzięki nim potrafi zrozumieć samego siebie, otaczający go świat oraz związki, jakie

zachodzą między nim a otaczającym światem (Soenke, Landau, Greenberg, 2013). Praca odwołuje się również do koncepcji religijnego systemu konstruktów Hubera (2007). W modelu tym, religijność jest potraktowana jako konstrukt, który zajmuje określoną pozycję w systemie konstruktów osobistych i nadaje znaczenie innym konstruktom osobistym człowieka (Zarzycka, 2011). Religijny system znaczeń ma charakter dyspozycyjny (Hill, Edwards, 2013), jest właściwością podmiotu. W sytuacji choroby religijny system znaczeń może porządkować spojrzenie na chorobę, dotychczasowe cele i dążenia człowieka (Vail i in., 2010).

Zmagania religijne opisują funkcjonalny aspekt religijności. Stanowi on miarę sposobu, w jaki religijność działa w osobowości człowieka (Zarzycka, 2017). Wprowadzenie do badań tak rozumianej religijności można traktować jako *novum* tej pracy, który pozwoli na bardziej obszerne zrozumienie religijnych mechanizmów warunkowania jakości życia pacjentów chorych na nowotwór.

Przedstawione podejście teoretyczne wyznacza sposób organizacji badań. Przeprowadzone zostały kwestionariuszowe badania poprzeczne w sytuacji naturalnej. Odpowiednio dobrane kwestionariusze pozwoliły ująć wielowymiarowo zarówno religijność, jak też jakość życia, a jednowymiarowo lęk przed śmiercią. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, a jej wyniki odniesiono do wyników obecnych w literaturze.

Przedstawione powyżej problemy i metoda wyznaczają strukturę pracy. Praca zawiera trzy części. Część pierwsza składa się z pięciu rozdziałów, które zawierają kontekst teoretyczny. W rozdziale 1 przedstawiono psychologiczne koncepcje religijności, a w rozdziale 2 – związki między religijnością a niepokojem. Rozdział 3. zawiera problematykę lęku przed śmiercią. Rozdział 4 poświęcony jest tematyce jakości życia: koncepcjom jakości życia w psychologii i medycynie, a zwłaszcza w chorobie nowotworowej; omawia także badania na związku religijności z jakością życia w chorobie. Rozdział 5. zawiera problematykę choroby nowotworowej, jej aspekty medyczne i psychologiczne.

Część druga ma charakter metodologiczny. Rozdział 6 zawiera przedstawienie problemu badawczego, pytań badawczych, modelu badawczego i hipotez. Rozdział 7 zawiera charakterystykę zastosowanych metod, a rozdział 8 – opis strategii badań i badanych osób.

Część trzecia obejmuje prezentację uzyskanych wyników badań. Rozdział 9 zawiera interpretację zależności pomiędzy centralnością religijności, lękiem przed śmiercią, zmaganiem religijnym i jakością życia. Rozdział 10 zawierał będzie dyskusję wyników

i odniesienie się do postawionych hipotez badawczych. W dalszej kolejności zamieszczono bibliografię oraz aneksy.

Pragnę wyrazić swoją wdzięczność wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej rozprawy. Słowa podziękowania kieruję pod adresem Pana Profesora Jacka Śliwaka, Promotora, za opiekę naukową oraz wsparcie. Dziękuję Siostrze Profesor Beacie Zarzyckiej za zaangażowanie w powstanie tej rozprawy oraz inspirujące pomysły.

Dziękuję wszystkim osobom, które wzięły udział w badaniach pomimo swoich licznych problemów i cierpienia wynikającego z przeżywania choroby. Dziękuję ordynatorom, psychologom pracujących na oddziałach, personelowi oddziałów szpitalnych, za umożliwienie przeprowadzenia badań oraz wieloraką pomoc.

Dziękuję także wszystkim moim Bliskim i Przyjaciołom za ich pomoc i wsparcie, bez których powstanie tej rozprawy nie byłoby możliwe.

**Część I**  
**PODSTAWY TEORETYCZNE**

## **1. Koncepcje religijności**

Religijność jest konstruktem, który stanowi przedmiot materialny wielu nauk, jednak każda z nich patrzy na nią z innej perspektywy. Można wyróżnić dwa podstawowe aspekty religii. Pierwszy jest aspektem przedmiotowym. Odnosi się do bóstwa, sfery sacrum, objawienia, dogmatów. Drugi, aspekt podmiotowy, jest w centrum zainteresowania psychologii religii i koncentruje się na religijności jako komponencie ludzkiego doświadczenia (Bronk, 1996). Religijność jest przedmiotem dociekań poznawczych psychologii już od ponad 100 lat. Pierwsze psychologiczne opisy religijności pochodzą od Williama Jamesa, Edwina Starbucka, G. Stanleya Halla i Georga Coe. Religijność jest zjawiskiem wielowymiarowym. Opis i charakterystyka osoby pod względem religijnym wymaga analizy m.in. przekonań religijnych, emocji, które powstają w kontakcie z transcendencją, zachowań religijnych czy chociażby religijnego doświadczenia (Hill, Pargament, 2003). W pierwszej części obecnego rozdziału zostaną omówione podstawowe zagadnienia dotyczące psychologicznego rozumienia religijności jako systemu nadawania znaczeń. Drugi paragraf tego rozdziału zostanie poświęcony psychologicznemu opisowi trudności natury religijnej.

### **1.1. Religijność jako system nadawania znaczeń**

Religia jest ważną częścią życia wielu ludzi na całym świecie. Szacuje się, że ok. 85% populacji na całym świecie określa siebie jako ludzie wierzący, a tylko 15% przypisuje sobie miano agnostyka, ateisty bądź osoby niereligijnej. Skąd taka popularność oraz powszechność przywiązania do religijnych przekonań? Wynika ona z faktu, że religijność jest najsilniejszym czynnikiem wpływającym na nadawanie znaczenia ludzkim przekonaniom, celom i wartościom (Park, Edmondson, Hale-Smith, 2013). Religia zawiera w sobie filozofię życia dzięki której takie zagadnienia jak ludzka egzystencja, cierpienie, doświadczenie śmierci, stają się pojęciami mającymi dogłębny sens, cel i znaczenie (Pargament, 1997).

Człowieka charakteryzuje silne pragnienie zrozumienia oraz nadania znaczenia temu, czego doświadcza oraz temu, co się wokół niego dokonuje. W celu zaspokojenia tej potrzeby konstruuje wewnętrzne systemy znaczeń, które zorganizowane są w powiązane ze sobą układy przekonań wartości i celów. Systemy te powstały jako rezultat procesów rozwojowych oraz doświadczeń indywidualnych jednostki. Są one swoistym filtrem, przez który dociera do jednostki spectrum różnego rodzaju bodźców. Dodatkowo, zajmują się



funkcją organizowania zachowania, tworzenia koncepcji siebie i innych, tworzą więzi interpersonalne, biorą udział w kreowaniu przyszłych oraz przeszłych doświadczeń (Park, Edmondson, i in., 2013). Wiele osób wykorzystuje religię w celu zrozumienia wiedzy i przekonania o sobie, świecie zewnętrznym i ich wzajemnych interakcjach. Funkcję religijności jako systemu nadawania znaczeń Baumeister (1991, s. 295) definiuje w następujący sposób: „religia potrafi uporać się z najwyższymi poziomami znaczenia. Potrafi zinterpretować każde życie i każde zdarzenie w perspektywie rozciągającej się od początku czasu aż do wieczności. Religia jest unikalnym zjawiskiem, które potrafi zaoferować wysoki poziom znaczeń ludzkiemu życiu. Nie zawsze jest najlepszym sposobem, by uczynić życie człowieka szczęśliwym, lecz prawdopodobnie jest sposobem najbardziej niezawodnym”. Religijny system znaczeń odpowiada więc na egzystencjalne pytania i wątpliwości człowieka, skutkując również doświadczeniem ulgi i nadziei (Park, 2005).

Nadawanie znaczenia temu co człowiek przeżywa jest napędem, który sprawia, że życie staje się sensowne i celowe. Jednym z pierwszych autorów promujących zagadnienie religijnego nadawania znaczenia był Viktor Frankl. W terminie *wola sens* upatrywał fundamentalny motyw, który ze względu na funkcję jaką spełnia w życiu jednostki, przewyższa ważnością dążenie do osiągnięcia przyjemności bądź władzy. Głównym życiowym celem człowieka według Frankla (2009) jest odnalezienie sensu i wartości.

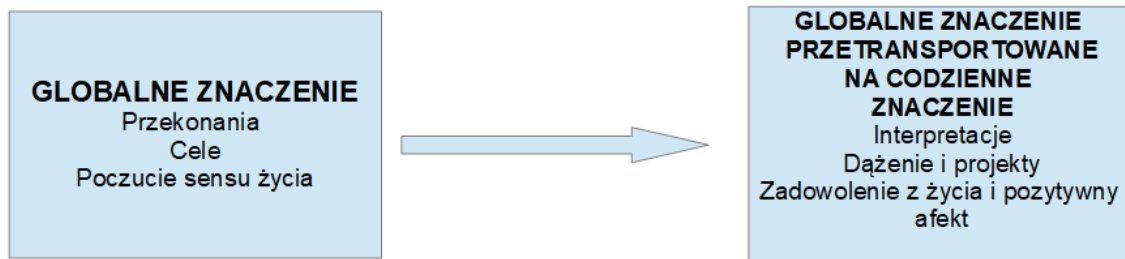
Zdaniem Batsona i Stocka (2004), najważniejszą funkcją religijności jest dostarczanie odpowiedzi, które powstają w wyniku konfrontacji ludzkich potrzeb z sytuacjami życiowymi, których doświadcza jednostka. Autorzy ci przekonują, że religijność posiada potencjał odpowiedzi na nurtujące człowieka pytania, na wszystkich poziomach ludzkich potrzeb. Stąd owa usensawniająca funkcja religijności odnosi się nie tylko do nadania globalnego sensu jednostki, ale również dotyczy wspomagania realizacji konkretnych ludzkich potrzeb jednostki. Religia odpowiada na pytania egzystencjalne rodzące się z niemożności spełnienia potrzeb, a niejako za pośrednictwem tych odpowiedzi— na same potrzeby.

Na przestrzeni ostatnich lat możemy zaobserwować szereg koncepcji religijności, które wpisują się w nurt teorii nadawania znaczenia. Jedną z nich jest koncepcja Park (2005; Park i in., 2013). Wg tej koncepcji, religijny system znaczeń można scharakteryzować za pomocą dwóch cech: (1) wszechstronności, czyli zakresu zagadnień, którym system religijny nadaje znaczenie oraz (2) jakości, czyli konkretnego rodzaju znaczenia. Religia może nadawać znaczenie wydarzeniom o szerokiej, globalnej perspektywie, m.in. wydarzeniom historycznym a także zdarzeniom z indywidualnego życia człowieka. Znaczenie jakości

religii w nadawaniu znaczenia odnosi się do dostarczenia odpowiedzi na najgłębsze pytania. Park przeprowadziła badania w kontekście radzenia sobie jednostki ze stresem, w których religijność została włączona do systemu znaczeń. Wyniki badania wykazały, że relacja pomiędzy religijnością, a subiektywnym wzrostem związanym z radzeniem sobie ze stresem, mediowana jest przez nadawanie znaczenia. Z uwagi na nawiązanie do sfery sacrum, religijność można uznać za unikalny system znaczeń, gdyż odnosi się do tego, co osoby uważają za święte i dotyczy szerokiego spektrum myśli, uczuć i zachowań (Park 2005a; Park, i in., 2013)

Zdaniem Park (2005b), globalny religijny system znaczeń składa się z komponentów poznawczych, afektywnych i motywacyjnych, które są reprezentowane przez globalne przekonania, globalne cele oraz poczucie sensu życia. Globalne doświadczenia, do których można zaliczyć np. uczciwość, sprawiedliwość, przewidywalność, zawierają w sobie podstawowe tematy, poprzez które jednostka interpretuje doświadczenia związane z sobą samym, innymi ludźmi i światem. Przekonania te nie zawsze mają naturę czysto religijną. Zdarza się, że system religijny dostarcza pojęć z „pogranicza” religii, życia społecznego. Globalne cele według Park (2005a; 2005b), należy interpretować jako ideały i stany, które osoba uważa za najważniejsze, ku którym dąży i które stara się utrzymywać. Cele te uporządkowane są hierarchicznie, a wśród nich można wyróżnić tzw. cele ostateczne (odnoszą się do świętości, poznania Boga, zbawienia) oraz podległe im cele podrzędne, których funkcją jest regulacja np. właściwych relacji z innymi. Poczucie sensu wiąże się z rozumieniem swojego miejsca w świecie, swojego przeznaczenia z perspektywy religii.

Park, Edmondson i Hale-Smith (2013) sugerują, że religia ułatwia zaakceptowanie oraz przyjęcie sensu wydarzeń nawet w sytuacji niezrozumienia ich istoty oraz znaczenia. Globalne przekonania ułatwiają również zrozumienie zdarzeń w życiu codziennym. Ludzie wprawdzie nie odwołują się każdorazowo do swoich globalnych przekonań i celów w życiu codziennym. Powstaje zatem pytanie, w jaki sposób to co globalne, wywiera wpływ na prozaiczne zachowania, myśli, działania? Dokonuje się to za pomocą (1) interpretacji każdego wydarzenia, (2) dążeń i projektów - abstrakcyjne i pochodzące z wyższego rzędu cele realizujemy w codzienności oraz (3) zadowolenia z życia i pozytywnego afektu. Takie przetransportowanie celów wynika z funkcji religii, która odnosi się do życia jednostki we wszystkich jej wymiarach (Batson, Stocks, 2004). Zależność ta została graficznie przedstawiona na rysunku 1.1 poniżej.



Rysunek 1.1 Rysunek przedstawiający sytuację, w której globalne znaczenie posiadane przez jednostkę zostaje przeniesione do codziennych sytuacji i potrzeb jednostki. Model znaczenia życia. Źródło: Park, 2005a.

Kolejną koncepcją religijności wpisującą się w nurt teorii nadawania znaczeń jest koncepcja religijnego radzenia sobie ze stresem Pargamenta (1997). Religijność dostarcza sposobów zrozumienia i poradzenia sobie z cierpieniem i stratą oraz sprawia, że trudne dla człowieka rzeczywistości stają się bardziej zrozumiałe i znośne. Religijny system znaczeń, poprzez zapewnienie jednostce poczucia sensu i spójności, może pomóc osobie będącej w kryzysie, w zwiększeniu poczucia kontroli nad trudną sytuacją oraz zredukowaniu pojawiających się niejasności. Koncepcja ta wskazuje na aktywny udział religii w etapach radzenia sobie ze stresem, oraz wyjaśnia mechanizmy, za pomocą których ta funkcja religii jest realizowana.

Pargament (1997) wyróżnił trzy style religijnego radzenia, które bardziej precyzyjnie można nazwać stałymi religijnymi strategiami człowieka. Człowiek religijny może przyjąć (1) *bierną postawę*, która charakteryzuje się rezygnacją z podjęcia własnej aktywności w celu rozwiązania problemu i pozostawieniu inicjatywy Bogu. Kolejną postawą jest (2) *postawa aktywna*, w której osoba zwraca się do Boga z prośbą o pomoc, o otrzymanie umiejętności i zasobów, które umożliwią jej poradzenie sobie w trudnej sytuacji. Ostatnia postawa (3) jest nazywana *postawą współpracującą*, gdyż opiera się na współdziałaniu jednostki z Bogiem. Osoba przyjmująca styl współpracujący, traktuje Boga jako towarzysza, z którym wspólnie angażuje się w rozwiązanie problemu. Badania pokazują, że styl współpracujący jest stylem najczęściej wybieranym przez ludzi (Jarosz, 2011) (Jarosz, 2011). Pargament wyróżnia pięć podstawowych funkcji, które spełnia religijne radzenie sobie: (1) poszukiwanie sensu życia, (2) większe panowanie i kontrola nad życiem, (3) uzyskanie pocieszenia od Boga i bliskości z Bogiem, (4) uzyskanie bliskości z innymi ludźmi i z Bogiem oraz (5) poszukiwanie przemiany we własnym życiu (Bartczuk, Jarosz, 2006, s. 43). Wymienione style wpisują się w tzw. pozytywny wzór religijnego radzenia

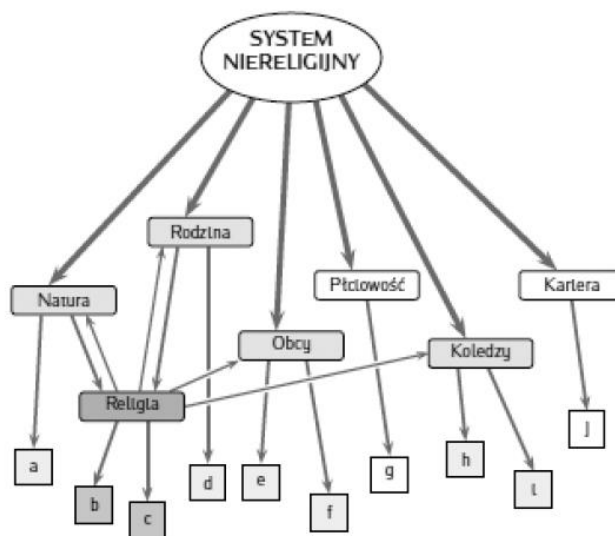
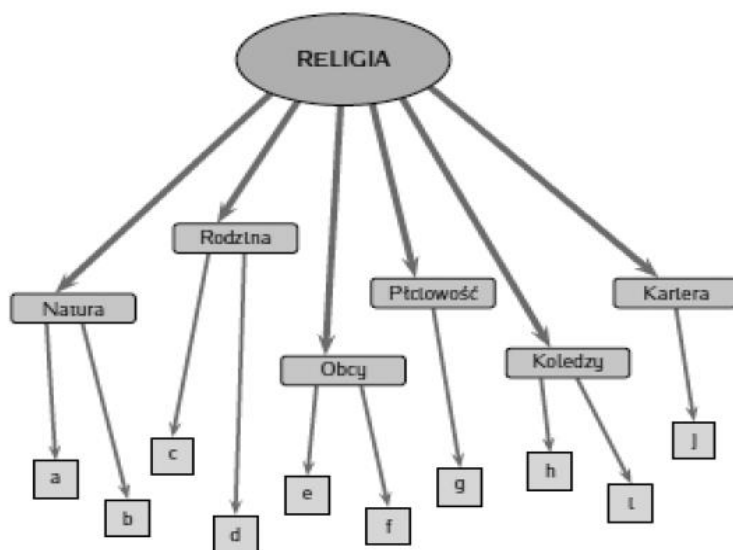
sobie. Dodatkowo, Pargament (1997) zwraca uwagę, na to, iż religijny styl radzenia sobie może przybierać formę negatywną. Taka sytuacja ma miejsce, kiedy aktywizacja metod religijnego radzenia sobie skutkuje niezadowoleniem z Boga bądź przypisywaniem Bogu niemocy, bezradności.

W nurt teorii związanej z nadawaniem znaczeń, wpisuje się również koncepcja centralności religijności Hubera (2007). Nawiązuje ona do teorii konstruktów osobistych Kelly'ego i stanowi syntezę podejścia Allporta i Rossa (1967) i Glocka. Konstrukty psychologiczny to „wewnętrzna reprezentacja świata, wzorzec znaczeń pozwalający na antycypację wydarzeń oraz strukturalizujący ludzkie przeżycia i zachowania” (Kelly, 1955, cyt. za Zarzycka, 2011, s. 232). W koncepcji tej, religijność jest konstruktem psychologicznym, rozumianym jako zdolność jednostki do interpretowania i konstruowania rzeczywistości z uwzględnieniem znaczeń religijnych. System konstruktów religijnych należy traktować jako psychologiczną podstawę spostrzegania oraz interpretowania rzeczywistości przez osobę. Religijny konstrukt traktowany jest tu na równi z innymi psychologicznymi konstruktami. Huber do lepszego zobrazowania czym są religijne konstrukty, używa metafory *religijnych okularów*. To właśnie przez pryzmat okularów osoba obserwuje rzeczywistość i przez ten pryzmat kształtuje swoje doświadczenia i zachowania. Im bardziej nadrzędne miejsce w hierarchii innych konstruktów zajmuje konstrukt religijny, tym bardziej znaczący w postrzeganiu i interpretowaniu rzeczywistości staje się kategorią związaną z religią. Stąd o stopniu religijności osoby można wnioskować za pomocą częstotliwości używania *religijnych okularów* (Huber, 2003; za: Zarzycka, 2011).

Na podstawie tak sformułowanych założeń, Huber wyróżnił dwa aspekty religijnego systemu znaczeń (1) *centralność* i (2) *treść*. (1) aspekt *centralności* dotyczy pozycji, którą zajmuje religijny system konstruktów religijnych w uhierarchizowanej konstrukcji wszystkich konstruktów psychologicznych. Pozycja centralna konstruktów religijnych w hierarchii innych konstruktów dowodzi o niepodporządkowaniu religijności innemu systemowi. Takie miejsce religijnego systemu znaczeń w systemie konstruktów osobistych jest zdaniem Hubera (2007) wskaźnikiem wewnętrznej orientacji religijnej (Allport, Ros, 1967), czyli jej autonomicznego funkcjonowania. System religijny w pozycji centralnej wywiera silny wpływ na inne systemy konstruktów, ponieważ niewiele z nich jest na pozycjach nadrzędnych, zaś stosunkowo dużo na pozycjach podporządkowanych. Pozycja podporządkowana religijnego systemu konstruktów sugeruje, że system ten ma ograniczony wpływ na inne konstrukty osobiste. Taką zależność w nomenklaturze Allporta nazwana została mianem religijności zewnętrznej (Huber, 2007; Allport, Ross, 1967). Schematyczne

ujęcie centralności systemu konstruktów religijnych w osobowości przedstawiono na rysunku 1.2.

Aspekt *treści* religijnych ukierunkowany jest psycho-behawioralnie. W jego skład wchodzi: schematy, religijne przekonania, style zaradcze oraz te elementy, które są powiązane z nadaniem przez religijne konstrukty konkretnych kierunków funkcjonowania osoby, jej myśli, emocji, zachowania (Huber, 2007; Zarzycka, 2011).



Rysunek 1.2 Graficzna prezentacja religijnego systemu znaczeń w systemie osobistych konstruktów człowieka. Rysunek górny: nadrzędna pozycja systemu konstruktów religijnych. Rysunek dolny: podporządkowana pozycja systemu konstruktów religijnych. Źródło: Huber, 2007.

Zgodnie z teorią konstruktów osobistych, pozycja centralna systemu religijnego, w przeciwieństwie do tej, która zajmuje miejsce marginalne, przyczynia się do tego, że powiązanie treści związanych z religią, z innymi treściami psychologicznymi powinno być istotnie wyższe (Huber, 2007).

## **1.2. Psychologiczna koncepcja zmagają religijnych**

Znaczna część ludzi traktuje sprawy związane z religijnością oraz duchowością jako wymiary osobowości, które istotnie kształtują takie sfery funkcjonowania człowieka, jak praca, relacje, więzi, samoregulacja itp. Religijność niesie ze sobą zarówno wsparcie, radość, pociechę jak i zmaganie, wysiłek, trud, napięcie i wątpliwości. Pojęcie zmagają występuje wtedy, gdy jakieś przekonanie, sposób postępowania, zwyczaj, przeżycie, powoduje cierpienie bądź dyskomfort osoby. Natomiast pojęcie zmagają religijnych i duchowych występuje wówczas, gdy jakiegokolwiek doświadczenia odczuwanego dyskomfortu bądź cierpienia odnosi się do rzeczywistości religijnej bądź duchowej (Exline, Pargament, Grubbs, Yali, 2014). Pargament wraz ze współpracownikami (2000) jako pierwszy skategoryzował religijne oraz duchowe zmagania. Należą do nich typy zmagają, które odnoszą się do (1) *bóstwa*, np. gniew na Boga, (2) *wewnątrzosobowe* np. bycie niezdolnym do przebaczenia sobie dokonanego wykroczenia, grzechu, (3) *interpersonalne*, np. świadomość doznania krzywdy od członka lub lidera wspólnoty religijnej (Exline, 2013). Exline i Rose (2005) wyróżnili cztery kategorie zmagają religijnych: (1) zmagania związane z koncepcją bóstwa – najczęściej eksplorowane empirycznie, (2) zmagania intrapsychiczne, (3) zmagania interpersonalne oraz (4) zmagania związane z poczuciem oddziaływania demonicznego.

*Zmagania związane z koncepcją bóstwa.* Ludzie doświadczają trudności z rozumowym poznaniem Boga, gdyż przeszkadza im na tej drodze pragnienie doświadczenia bóstwa za pomocą zmysłów. Problematycznym staje się brak możliwości zobaczenia oraz usłyszenia Boga. Empirycznie wykazano, że brak jednoznacznych dowodów na istnienie Boga powoduje szereg problemów natury duchowej, takich jak min. komunikacja z bóstwem, jakość relacji z bóstwem oraz samego istnienia bóstwa. W tej kategorii zmagają religijnych, literatura wskazuje na istnienie: gniewu względem Boga oraz lęku przed karą Bożą (Exline, 2013). Badania przeprowadzone w grupie osób min. przeżywających żalobę, chorujących na nowotwór, wśród studentów ale i w zwykłej populacji wskazują, że złość względem Boga wydaje się być zjawiskiem powszechnym, ale o niskim poziomie intensywności (Exline,

Park, Smyth, Carey, 2011). Zjawisko gniewania się na Boga, wyrażania negatywnego afektu względem bóstwa jest zjawiskiem powszechnym zarówno w populacji amerykańskiej, jak i europejskiej. Aż 67% wierzących polskich respondentów przyznało się, że przynajmniej czasami gniewało się na Boga, a 26% oświadczyło, że nigdy nie gniewało się na Boga. Istnieje też różnica co do przeżywania gniewu względem Boga pod względem wieku. Osoby starsze, mniej gniewają się na Boga (Zarzycka, 2016).

Wielu ludzi wierzących, utrzymujących pozytywną relację z bóstwem, odczuwanie złości względem Boga ocenia i traktuje jako moralnie złą. Stąd rodzi się przypuszczenie, że niski poziom gniewu względem Boga spowodowany jest ukrywaniem go, bądź niechętnym przyznawaniem się do niego (Novotni, Petersen, 2001). Podobnie jak w relacjach międzyludzkich, uczucie bliskości i radości w relacji do Boga, może współistnieć z uczuciem złości (Exline i in. 2013) (Exline, 2013).

Wspólne badania Exline i Park (2011) pokazały, że ludzie z tych samych powodów, dla których gniewają się na innych, gniewają się również na Boga. Ludzie gniewają się w sytuacji, kiedy przypisują Bogu odpowiedzialność za wyrządzoną krzywdę, kiedy zamiary Boga względem siebie odbierają jako zagrażające, gdy nie potrafią zrozumieć sensu doświadczanych zdarzeń oraz kiedy posiadają niski poziom zaangażowania w relację z Bogiem (Exline i in 2011).

Badania nad zmaganiem religijnymi wskazują, że ludzie często wyrażają swoje trudności związane z przyjęciem miłości Boga oraz jego przebaczenia zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i poziomie intelektualnym (Exline, 2013). Każda kategoria zmagania, a szczególnie ta związana z lękiem przez Bożą karą wymaga kontroli tych zmiennych, które istotnie wpływają na doświadczenie tego typu religijnych napięć. Są to m.in. obraz Boga, podejście do religijnej doktryny, socjalizacja, wczesne doświadczenia rodzinne i relacje z rodzicami. Różnego rodzaju trudne przeżycia, które wiążą się w wymienionych powyżej zmiennymi, traktować można jako istotne predyktory zmagania religijnych odnoszących się do koncepcji bóstwa (Ano, Pargament, 2013).

W przypadku *intrapsychicznych zmagania religijnych*, które choć dotyczą treści związanych z bóstwem, to jednak bardziej koncentrują się na myślach i czynach osoby. Do tej kategorii zmagania zaliczyć można; poczucie winy z powodu niedoskonałości moralnej oraz wątpliwości natury religijnej (Exline, 2013). Każdy system religijny niesie za sobą zestaw przepisów, nakazów, których przestrzeganie i wprowadzanie w życie daje nadzieję uzyskania nagrody, jakiejś formy gratyfikacji w tym, bądź w przyszłym życiu. Stąd badania przeprowadzone na tym podłożu pokazują, że właśnie z tego względu, religia istotnie staje się znaczącym bodźcem motywującym, który pomaga ludziom w zachowywaniu się

w sposób moralny, a oddziaływania o charakterze religijnym pomagają w rozwijaniu cnót (Ano, Vasconcelles, 2005). Nawet jeżeli ludzie nie odczuwają negatywnych emocji względem Boga wprost, to zmagania o charakterze religijnym mogą pojawić się na płaszczyźnie świadomości własnych ograniczeń w stosunku do wymagań, które formułuje dany system religijny. Konfrontacja ze swoją niedoskonałością staje się źródłem różnych napięć i lęków nawet wówczas, gdy tym emocjom nie towarzyszą obawy związane z karą Boga bądź jego odrzuceniem (Exline i in., 2010; Wood i in., 2010). Negatywny obraz ludzkiej natury, może prowadzić do poczucia wstydu, a tendencje do zachowań perfekcjonistycznych jednostki na gruncie wymagań religijno-moralnych, szybko przerodzić się mogą w kierunku przeżywania skrupułów. Silna intensyfikacja skrupułów często przyjmuje formę zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. (Exline, Rose, 2005).

Przeglądając wyniki badań pod kątem opisywanego zagadnienia, można zauważyć nasilenie zmagania religijnych w sytuacji próby pogodzenia własnego poglądu w kwestii Boga lub moralności z wymaganiami doktryny religijnej. Szczególnie w przypadkach trudnych doświadczeń życiowych, ludzie mają tendencję do zgłaszania wątpliwości, pytają, dlaczego i po co, akurat oni muszą znajdować się i przeżywać tę sytuację. Dodatkowo, światopogląd, któremu byli wierni, bardzo często nie dostarcza im wystarczająco satysfakcjonujących odpowiedzi na te wątpliwości (Exline, 2013). Interesujący wydaje się wątek badań, który odnosi się do komunikacji pomiędzy poznawczą, a emocjonalną perspektywą wątpliwości religijnych. Udowodniono, że złość wobec Boga była istotnie większa wśród tych badanych, którzy nie byli przekonani co do jego istnienia (Webb, Charbonneau, McCann, Gayle, 2011). Z jednej strony, wątpliwości natury religijnej wiążą się z pozytywnymi aspektami funkcjonowania jednostki, takimi jak: otwarcie na doświadczenie, rozwój tożsamości, to jednak z drugiej strony łączą się istotnie z silnym stresem, a w niektórych przypadkach stają się predyktorami odejścia od Boga, wiary czy wspólnoty religijnej (Exline, 2013).

*Zmagania interpersonalne.* Zmagania religijne mają również swój oddźwięk w obszarze relacji z innymi osobami, szczególnie wierzącymi. W tej kategorii problemów natury religijnej można wyróżnić dwa typy zmagania: zmagania wynikające z niezgody z innymi w kwestiach doktryny religijnej oraz zmagania, które uaktywniają się w sytuacji trudnych relacji osoby z ludźmi związanymi z religią. Okazuje się, że ludzie nawet jeżeli są zgodni co do fundamentalnych założeń w kwestii wiary np. co do tego czy Bóg istnieje czy nie, mogą różnić się w niektórych bardziej szczegółowych przekonaniach religijnych. Każde nieporozumienie na tym podłożu może generować stres. Dotyczy to w szczególności sposobu tych przekonań religijnych, które w hierarchii wartości osoby zajmują bardziej centralną pozycję (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, Hahn, 2004). Z drugiej strony, tym bardziej



jesteśmy przekonani i przywiązani do swojego religijnego światopoglądu im bardziej spełnia on funkcję nadawania znaczenia doświadczanej przez nas rzeczywistości (Park, 2005a). Ponadto, im bardziej ludzie wiążą swoje praktyki i przekonania religijne ze sferą sacrum, tym bardziej te rzeczywistości będą dla nich bardziej święte (Exline, 2013). Badania pokazują, że bardziej podatne na wzrost poziomu zmagania interpersonalnych są osoby należące do grup mniejszościowych, z racji swojego pochodzenia, przynależności wyznaniowej, czy światopoglądu. Grupy mniejszościowe bardzo często odczuwają wyższy poziom wstydu, alienacji czy poczucia stygmatyzacji. Obecność tego typu zmagania została stwierdzona w grupie Żydów, gejów, lesbijek, osób biseksualnych i transpłciowych (Ano, Pargament, 2013; Zarzycka, Rybarski, Śliwak, 2017).

Niektóre typy zmagania religijnych koncentrują osoby na wykroczeniach popełnianych przez przywódców religijnych bądź członków grup religijnych. Ludzie są szczególnie wrażliwi na uchybienia popełnione w imię Boga lub przez grupy religijne akcentujące swoją przynależność do bóstwa. Przykłady hipokryzji, uprzedzeń, przemocy popełnionej przez liderów bądź członków grup religijnych wywołują niechęć do danego systemu religijnego (Exline, Rose, 2005). W szczególny sposób przestępstwa na tle moralnym popełnione przez liderów religijnych intensyfikują refleksję nad zasadnością i sensem wiary w bóstwo. Osoba stojąca na czele wspólnoty jest utożsamiana nie tylko z funkcją szczególnego autorytetu, ale również jako ktoś ustanowiony przez samego Boga (Exline, 2013).

*Zmagania związane z poczuciem oddziaływania demonicznego* Dla większości osób termin „doświadczenia duchowe” wywołuje skojarzenia związane z sacrum. Okazuje się, że całkowita prawda o tych skojarzeniach odnosi się również do *sił ponadnaturalnych* związanych z szatanem, opętaniem i siłami diabolicznymi. Ten diaboliczny rodzaj skojarzeń staje się dla niektórych źródłem doświadczanych zmagania religijnych (Exline, Rose, 2005). Badania prowadzone w ramach zmagania religijnych pokazują, że oceny niektórych trudnych życiowych wydarzeń takich jak np. rozwód nawiązujące do bycia pod wpływem zła lub ulegania pokusie złego, są bardzo powszechne. Tego typu oceny korelują ze wskaźnikami zmagania religijnych oraz trudnościami przystosowawczymi (Pargament i in. 2004). Okazuje się, że przypisywanie diabłu negatywnych wydarzeń nie zawsze jest powiązane tylko z religijnymi napięciami. Tego rodzaju atrybucje dokonywane przez osobę pełnią funkcje obronną, prewencyjną przed zniekształceniami pozytywnego obrazu Boga (Exline i in. 2014). Świadomość obecności zła w świecie, staje się dla części ludzi wierzących sposobnością do skonkretyzowania, czy nawet personifikacji zła. Okazuje się, że brak świadomości pochodzenia zła sprzyja przypisywaniu odpowiedzialności za własne błędy

przypadkowi, prawu naturalnemu, co istotnie utrudnia jednostce pracę nad sobą i podjęcie odpowiedzialności za swoje złe postępowanie (Exline, 2013).

Tak przedstawiona definicja zmagania religijnych oraz ich skategoryzowanie może budzić wątpliwości, czy konstrukt ten nie jest po prostu stresem psychologicznym? Badania pokazały, że zmagania religijne korelują dodatnio z depresją, gniewem, niepokojem, poczuciem osamotnienia i ujemnie z satysfakcją z życia oraz poczuciem sensu życia. Udowodniono, że zmagania religijne stanowią osobny konstrukt od kategorii stresu psychologicznego (Stauner i in., 2016).

Badania nad powiązaniem zmagania z religijnością nie wykazały tak jednoznacznych rozróżnień. Z kolei negatywne emocje względem Boga, wątpliwości natury religijnej czy negatywne interakcje z ludźmi wierzącymi nie miały powiązań z religijnością (Exline i in. 2014). Badania przeprowadzone w 2016 roku przez Stauner i współpracownikami, miały na celu dokonanie najnowszej walidacji Skali Zmagania Religijnych i Duchowych. Wykazali oni satysfakcjonującą trafność różnicową zmagania religijnych w stosunku do religijności mierzonej jako ważność przekonań religijnych oraz uczestnictwo w nabożeństwach. Jednak nie wykazano spójnych wzorców zależności między miarami religijności, a poszczególnymi typami zmagania w różnych grupach. Uzyskanie takich zależności pozwala stwierdzić, że religijne i duchowe zmagania można traktować jako konstrukt różniący się od religijności oraz stresu (Stauner i in., 2016).

Zasadne wydaje się postawienie pytania, kiedy i w jakich okolicznościach powstają zmagania religijne? Znaczna ilość przeprowadzonych badań podkreśla związek pomiędzy zmaganiem religijnym, a reakcją, odpowiedzią na negatywne życiowe wydarzenia życiowe, takie jak choroba (Exline, 2013). Jednak literatura podkreśla, że zmagania religijne istnieją również w sytuacji braku trudnych okoliczności zewnętrznych. Badania przeprowadzone przez Bryanta i Astin (2008) (Bryant, Astin, 2008) w pokaźnej grupie studentów w Stanach Zjednoczonych (N=11473) ujawniły następujące korelaty zmagania. Studenci należący do grupy ryzyka związanego ze złym traktowaniem lub grupy mniejszościowej, zgłaszali istotnie wyższy poziom zmagania religijnych. Zmagania religijne powiązane były z niższym poziomem dobrostanu psychicznego, zdrowia fizycznego oraz poczucia własnej wartości. Studenci, którzy traktowali Boga jako kochającego ojca oraz troskliwego opiekuna doświadczali istotnie mniej zmagania niż studenci, dla których Bóg jawił się jako nauczyciel, siła z odległego uniwersum. Występowanie złości oraz rozczarowania względem Boga było częstsze wśród osób mniej zaangażowanych religijnie i wysokim poziomem zewnętrznej religijności, wśród tych, którzy intencje Boga spostrzegają jako zagrażające i karzące oraz dla których gniew był moralnie akceptowalny.

Część badań eksplorowała również zmagania religijne w kontekście różnic indywidualnych. Zmagania były związane z takimi zmiennymi demograficznymi, jak: wiek (Exline i in 2011), kobiecość oraz stan niezamężny. Istnieją również powiązania pomiędzy zmiennymi osobowościowymi, a zmaganiem religijnymi. Większe predyspozycje do przeżywania napięć religijnych mają osoby o niepewnym, lękowym i ambiwalentnym przywiązaniu oraz niskim progu reakcji na negatywne emocje (Ano, Pargament, 2013). Złość oraz rozczarowanie względem Boga koreluje z cechami narcystycznymi, tendencją do wykorzystywania innych oraz poczuciem bycia uprzywilejowanym (Wood i in., 2010). Religijne zmagania mają związek ze słabym wsparciem społecznym, czynnikami powiązanimi ze stresującymi wydarzeniami zaistniałymi w rodzinie pochodzenia lub w dzieciństwie m.in alkoholizmem czy wykorzystaniem seksualnym (McConnell, Pargament, Ellison, Flannelly, 2006).

## **2. Religijność a lęk**

Lęk jest jednym z najczęściej diagnozowanym zaburzeniem w psychopatologii. Badania w grupie studentów amerykańskich ujawniły, że ponad połowa respondentów (51%) zgłosiła obecność symptomów przytłaczającego ich lęku (Park, Edmondson, i in., 2013). Związek religijności z lękiem, który jest przedmiotem badań na gruncie psychologii od wielu lat, nie jest do końca jednolity, jednak wiele badań wskazuje, że jest to związek negatywny. Religijność dojrzała łagodzi symptomy (Koenig, 2007). Istnieją jednak badania, które nie stwierdzają żadnego związku pomiędzy tymi zmiennymi (Koenig i in., 1992). Związki religijności z lękiem mogą również przybierać kierunek pozytywny. Religijność, która przybierze formę zbyt rygorystyczną, formalną, wspiera nasilenie symptomów odpowiedzialnych za rozwój zaburzeń obsesyjno – kompulsywnych, perfekcjonizmu czy skrupulatności (Grom, Machoń, 2009).

W rozdziale tym zostanie przedstawiona próba uchwycenia zależności pomiędzy religijnością a lękiem, poczynając od początków XX wieku do czasów współczesnych. W paragrafie pierwszym tego rozdziału relacja religijności do lęku zostanie przedstawiona z perspektywy klasycznej. Kolejny paragraf stanowi próbę uchwycenia tego związku z perspektywy współczesnej. Paragraf trzeci jest przeglądem badań nad związkiem religijności z lękiem.

### **2.1. Religijność a lęk – perspektywa klasyczna**

Wielu teoretyków oraz badaczy z zakresu psychologii przez lata stawiała pytanie o główną psychologiczną funkcję religijności w życiu jednostki. Jedną z podstawowych funkcji religijności jest ochrona jednostki przed lękiem<sup>1</sup>. Na tę funkcję religijności zwracali już uwagę William James i Zygmunt Freud. Chociaż James podkreślał pozytywną rolę religii w zakresie podnoszenia dobrostanu, a Freud traktował religię jako nerwicę i iluzję, z której ludzkość pewnego dnia wyrośnie na rzecz światopoglądu naukowego – to jednak obydwaj dostrzegali w religii jej funkcję redukującą niepokój (Soenke, Landau, Greenberg, 2013).

---

<sup>1</sup> Podejmując tematykę lęku, celowo nie zostanie tu wprowadzone rozróżnienie pomiędzy pojęciem lęku, strachu i niepokoju. Terminy te będą używane zamiennie. Wg A. Kępińskiego (2002) ze strachem mamy do czynienia wobec konkretnego zagrożenia. Lęk i niepokój są stanem organizmu, który pochodzi z wewnątrz. Rozróżnienie pomiędzy pojęciem strachu i lęku zostało wprowadzone przez Freuda. Odróżniał on lęk, realny strach od lęku nerwicowego, gdzie pierwszy jest zrozumiałą reakcją na niebezpieczeństwo zewnętrzne i jest przejawem popędu samozachowawczego, a drugi jest lękiem oczekiwania, który Freud charakteryzuje jako „lęk w stanie lotnym”.

James (1902) podkreślał wieloaspektową rolę religii, która wykorzystywana jest jako zasób pomocny w psychologicznym wzroście osoby oraz broniącym ją przed czynnikami zagrażającymi jej dobrotanowi. Stąd w swojej książce *Doświadczenie religijne* podkreśla istotną funkcję religijności w indywidualnym rozwoju jednostki oraz poczuciu osobistego szczęścia poprzez obronę przed doświadczanym lękiem. Dokonuje się to poprzez promocję pozytywnych zachowań, które angażując osobę, zapewniają wsparcie i obronę przed tym, co sam James określa jako *złe i demoniczne*, mogące zakłócić osobisty rozwój i dobrostan osoby. Przeżywane przez osobę doświadczenie religijne, należy traktować jako użyteczny i skuteczny środek pomocny w radzeniu sobie z lękiem, którego źródeł można upatrywać w świecie, zarówno tym naturalnym, jak i społecznym (James, Hempel, 1958). Religijność według Jamesa jest rzeczywistością psychologiczną. Defensywna funkcja religijności chroniąca jednostkę przed przykrymi doświadczeniami dokonuje się poprzez doświadczenie zachwyty, który swój początek bierze w dostojeństwie Absolutu (Drozdowicz, 2009).

Koncepcja związku religijności i lęku u Freuda (1961, za: Wulff, 1999) jest bardziej złożona i dynamiczna. Twórca psychoanalizy zakładał, że religijność podobnie jak obraz rodziców pełni funkcję obronną. Wierzenia religijne traktował jako formę psychopatologii, którą można porównać do złudzenia lub urojenia. Zdaniem Freuda lęk jest czymś bardziej pierwotnym od religijności. Religijność jest bowiem swego rodzaju systemem stworzonym przez ludzkość, aby bronić ją przed unicestwiającymi siłami natury. Freud dostrzega w religijności potrójną funkcję: 1) uwalniania od zagrożenia płynącego z natury, 2) ułatwiania akceptacji okrucieństwem losu i własnej śmiertelności oraz 3) rekompensowania ograniczeń wolności wynikających z przynależności do społeczeństwa (Soenke i in., 2013). Psychodynamiczna interpretacja religijności opiera się na wczesnych reprezentacjach rodziców, które determinują późniejszy rozwój religijności oraz warunkują obraz Boga. Stąd jednym z pierwszych stwierdzeń Freuda (cyt., za: Wulff, 1999, s. 247) na temat religii były zdania: „*religijność bierze początek w kompleksie Edypa*” oraz „*Bóg jako osoba jest tylko wywyższonym ojcem*”. Rozwój religijności człowieka w jego późniejszych etapach wiąże się z doświadczeniem słabości życia i konieczności konfrontacji z przeciwnościami życiowymi. W takich warunkach, osoba doświadczająca różnego rodzaju ambiwalentnych uczuć w tym lęku, zaczyna regresyjnie powracać do tych warunków, które chroniły ją w dzieciństwie. Stąd posłuszne poddanie się swego rodzaju „*omnipotencji ojca*” z dzieciństwa, z którego jednostka czerpała poczucie bezpieczeństwa, będzie projektowane na osobę Boga. Doświadczenie wczesnych relacji z ojcem nie tylko warunkuje obraz Boga, ale również łagodzi lęk, którego źródłem jest kompleks Edypa. Według Freuda, rozwiązanie kompleksu

Edypa jest ogromnym osiągnięciem rozwojowym, gdyż tak tworzy się superego, postawa moralności i przyjęcie porządku kultu (Oleś, 2009).

## 2.2. Religijność a lęk – perspektywa współczesna

Psychodynamiczne koncepcje religijności łączą mechanizm, który zapewnia człowiekowi dorosłemu ochronę przed lękiem z tym mechanizmem, który zapewniał bezpieczeństwo dziecku. Współczesną koncepcją wyjaśniającą powiązanie religijności z lękiem jest teoria przywiązania Johna Bowlby (1969) (Bowlby, 1969). Łączy ona elementy psychoanalizy z biologią i teorią ewolucji. Bowlby (1969) podkreślił konsekwencję przynależności człowieka do gatunku ssaków. Stąd dziecko, wewnątrz i intuicyjnie reaguje na zagrażające je bodźce poprzez szukanie bliskości z obiektem, który poprzez regularność ochraniającego działania, jest w stanie zapewnić mu wystarczające wsparcie. Bowlby (1969) sugerował, że człowiek jest w stanie kontrolować poziom dyskomfortowych uczuć, w tym lęku, poprzez przywołanie za pomocą umysłu postaci będącej obiektem przywiązania. Dokonuje się to nawet w sytuacji fizycznej nieobecności tej osoby. Istnieją trzy typy sytuacji, które uaktywniają mechanizmy przywiazaniowe, są to sytuacje związane z (1) *chorobą i cierpieniem*, (2) *śmiercią bądź stratą kogoś bliskiego* oraz (3) *zdarzeniem zagrażającym życiu jednostki*. W założeniach wielu religii, a zwłaszcza w chrześcijaństwie, istnieje przekonanie, że w sytuacji zagrożenia, ludzie zwracają się do Boga jako obiektu ochraniającego. Teoria przywiązania wyjaśnia, że dokonuje się to na wzór tych sytuacji, kiedy obiektem ochraniającym był opiekun (figura przywiązania) (Granqvist, Kirkpatrick, 2013). Teoria przywiązania stała się wiodącym nurtem, za pomocą którego można zrozumieć relacje istniejące pomiędzy wczesnodziecięcymi uwarunkowaniami, a psychologiczną funkcją religijności.

Termin przywiązanie, oznacza tendencję osoby do tworzenia więzi z ludźmi. Istnieje w człowieku pragnienie tworzenia więzi silnych pod względem emocjonalnym, więzi dających wsparcie oraz budujących relację z szerokim kręgiem ludzi, którzy stają się coraz bliżsi. Przywiązania nie można scharakteryzować tylko i wyłącznie z perspektywy pozytywnej. Oznacza ono również reakcję osoby za pomocą nawet zaburzeń osobowości bądź dysstresu emocjonalnego na trudności w przywiązaniu bądź utratą przywiązania (Bowlby, 1969). Jednak, żeby można było stwierdzić, że osoba tworzy z inną osobą relację na poziomie przywiązania, to relacja ta musi spełnić następujące kryteria: „(1) jest to więź stała, nie przejściowa; (2) dotyczy konkretnej osoby, która nie może być zastąpiona inną osobą; (3) jest to więź emocjonalnie znacząca dla jednostki; (4) jednostka chce utrzymywać

bliski kontakt z tą osobą; (5) poszukuje ochrony i opieki w relacji z tą osobą; (6) w sytuacji niezamierzonej separacji od tej osoby jednostka odczuwa smutek i niepokój” (Matys, Bartczuk, 2011, s. 131). W psychologii wyróżnia się cztery style przywiązania: *bezpieczny* - akceptacja przez osoby z najbliższego otoczenia; *lękowo-unikający* – osoba unika kontaktu ludźmi z powodu strachu; *lękowo - ambiwalentny* - pragnienie bliskości i jednocześnie odrzucenia ze strachu przed zranieniem i odtrąceniem oraz *styl zdezorganizowany* - przejawia się brakiem spójnej strategii radzenia sobie ze stresem, zachowaniami sprzecznymi i dziwacznymi (Grom, 2009).

Wyjaśnienia powiązań religijności z lękiem na kanwie teorii przywiązania dokonał (Kirkpatrick, 2005). Ten sam system przywiązania, który determinuje dziecko do poszukiwania fizycznej bliskości ze swoimi rodzicami, kieruje dorosłą osobę do poszukiwania symbolicznej bliskości z wszechpotężnym Bogiem. Stąd relacja osoby z religijnym oraz symbolicznym podmiotem przywiązania wzoruje się na relacji dziecka z zapewniającym mu opiekę rodzicem. W ten sposób teoria przywiązania wyjaśnia podobne funkcje oraz właściwości religijności, osobowości oraz kultury (por. także Soenke, Landau, Greenberg, 2013). Większość ludzi określa swoją wiarę jako wewnętrzną relację z życzliwym opiekunem. Badania potwierdzają, że istnieje związek między sposobem spostrzegania rodzica, a sposobem spostrzegania Boga (Kirkpatrick, 2005). Wyniki badań nad religijnością oraz stylem przywiązania potwierdzają założenie psychoanalizy o ochronnej funkcji religijności zwłaszcza wśród osób z lękowo–ambiwalentnym oraz unikającym stylem przywiązania. Ponadto, w swoich badaniach Birgegard oraz Granqvist (2004) wykazali, że osoby charakteryzujące się lękowo–ambiwalentnym oraz unikającym stylem przywiązania z powodu fizycznej nieobecności rodzica, wyrażają pragnienie posiadania bezpiecznego stylu przywiązania z bóstwem. Granqvist (2006) przedstawił również inną zależność, która wskazuje, że osoby, które doświadczały bezpiecznego stylu przywiązania z rodzicami, wykazują tendencję posiadania bezpiecznego przywiązania z Bogiem, oraz odwrotnie, osoby ze stylem unikającym, doświadczały Boga jako odległego, niedostępnego. Chociaż fizyczna bliskość z obiektem nadprzyrodzonym jest niemożliwa, to świadomość obecności Boga, modlitwa oraz symbolika przedstawiająca Boga, ułatwia nawiązanie bliskości psychologicznej.

Niemalże wszystkie badania wskazują na to, że tylko bezpieczny styl przywiązania do Boga staje się istotnym czynnikiem obniżającym lęk (Birgegard, Granqvist, 2004).

Religijność pełni również funkcję utrzymującą osobę w bezpiecznym stylu przywiązania. Dokonuje się to na zasadzie wierności regułom religijnym. W tym wypadku, redukcja odczuwanego lęku odbywa się przez spełnianie zachowań wymaganych przez dany

system religijny, a unikaniem tych, które są niepożądane. Religijność osób charakteryzująca się poza bezpiecznym stylem przywiązania pozostaje niezależna od religijności rodziców. Brak więzi, która mogła wytworzyć się poprzez spełnianie mądrych reguł narzuconych przez rodziców skutkuje tym, że osoba w przyszłości nie tworzy bezpiecznej więzi z Bogiem (Granqvist, 1998, za: Grom, 2009). Podobne wnioski z badań uzyskali psychologowie z muzułmańskiego uniwersytetu w Azad. Wśród badanych studentów, tylko związek lęku z bezpiecznym stylem przywiązania posiada korelację ujemną, natomiast styl przywiązania unikający oraz lękowo-ambiwalentny łączy się z lękiem dodatnio (Baghteyfouni, i in. 2015)

Kirkpatrick w swoich badaniach udowodnił, że style przywiązania religijnego kształtują się podobnie jak style przywiązania do przyjaciół i partnerów, czyli na podstawie niezależnych od siebie doświadczeń religijnych. Im mniej w nich lęku, a więcej poczucia bezpieczeństwa, tym przywiązanie bardziej bezpieczne (Kirkpatrick, 1999, za: Grom, 2009).

Zasadne jest mówienie o religijności na kanwie teorii przywiązania, gdyż więź z Bogiem jest traktowana analogicznie do tej, jakie tworzymy z figurą przywiązania (Granqvist, Kirkpatrick, 2013). Badania wykazują również, że w sytuacji, w której istnieje ryzyko utraty zasobów psychologicznych, które zapewniają jednostce poczucie bezpieczeństwa, nadziei, samorozwoju, bliskich relacji czy oparcie w kulturze, umacnia się przekonanie o istnieniu Boga, który staje się istotnym czynnikiem obronnym, wzmacnia przekonania religijne oraz potęguję postawę sceptyczną wobec osób, które kwestionują zasadność religijności (Kay, Gaucher, McGregor, Nash, 2010).

Kolejną koncepcją tłumaczącą powiązanie religijności z lękiem są teorie atrybucji. Wyjaśniają one zdarzenia, szczególnie te, które jednostka spostrzega jako sukces lub niepowodzenie, za pomocą atrybucji, czyli poprzez przypisywanie im różnych przyczyn. Spilka oraz jego współpracownicy (2003) dostrzegają właśnie w religijności zasób będący głównym motywem dokonywania tzw. atrybucji religijnych w miejsce tych niereligijnych. Dzięki dokonywaniu atrybucji religijnych osoba jest w stanie zaspokoić potrzebę rozumienia świata jako sensownego. Religie przedstawiają bowiem świat jako uporządkowany i kierowany sprawiedliwością. Teoria atrybucji spełnia również funkcję kontrolną oraz przyczynia się do przewidywania zdarzeń. Osoby motywowane religijnie, są przekonane, że Bóg sprawuje nad wszystkim kontrolę, a wszystko co się wydarza jest kierowane przez Boga. Religijność w teoriach atrybucji utrwała także pozytywny obraz siebie. Przeżywanie choroby zagrażającej życiu, a także przypisywanie Bogu odpowiedzialności za chorobę może być źródłem lęku, myśli samobójczych, depresji bądź innych stanów patologicznych. Z drugiej strony, przyjęcie choroby bez obwiniania Boga w oparciu o zaufanie, może ułatwiać jej akceptację (Pargament i in., 2000).



W psychologii religii zastanawiano się nad tym, czy każdy styl religijny oraz możliwość traktowania wiary, w ten sam sposób pełni funkcję zasobu w osobowości człowieka. Jako pierwszy pytanie to postawił Theodor Adorno wraz ze współpracownikami w latach pięćdziesiątych dwudziestego wieku. Osoby wierzące podzielili oni na te, które „patrzają na religię jako na środek”, oraz te, które „traktują religię poważnie”. Taki podział religijności stał się zachętą dla Allporta (1967) do wyróżnienia dwóch orientacji religijnych: wewnętrznej (*extrinsic*) i zewnętrznej (*intrinsic*). U osób o orientacji wewnętrznej religia jest głównym motywem działania. Jednostka przypisuje mniejsze znaczenie wszystkim innym potrzebom. Religijność zewnętrzna charakteryzuje osoby, które traktują religię w sposób instrumentalny, do realizacji własnych celów (Wulff, 1999). Badania potwierdzają zasadność przyjęcia hipotezy, która różnicuje charakter związku pomiędzy wymienionymi powyżej religijnymi orientacjami. Wewnętrzna orientacja religijna redukuje lęk, w przeciwieństwie do orientacji zewnętrznej, która może go nasilać. Istnieje znaczna ilość badań, które potwierdzają dodatnie związki między religijnością zewnętrzną a lękiem (np. Shreve-Neiger, Edelstein, 2004; Bhat, Shah, 2017).

### **2.3. Przegląd badań nad związkiem religijności z lękiem**

Lęk jest uczuciem bardzo powszechnym i zróżnicowanym. Może on przyjmować różne formy, takie jak: ataki paniki, fobie, tendencje obsesyjno-kompulsywne, PTSD czy lęk uogólniony. Zaburzenia lękowe mają podstawy biologiczne, krewni osób cierpiących na nie są bardziej narażeni na doświadczanie tych zaburzeń. Różnorodny oraz trudny do uchwycenia związek pomiędzy religijnością a lękiem bywa określany potocznie słowami: „religia pociesza strapionych, a trapi spokojnych”. Twierdzenie to sugeruje, że rolą religijności jest obrona przed lękiem, lub też niektórych przypadkach religia może być źródłem lęku (Loewenthal, 2009). W sytuacji doświadczanego lęku lub niebezpieczeństwa religia może prowadzić osobę w kierunku większego zaangażowania religijnego. Badania ujawniają, że ludzie sięgają po praktyki religijne, zwłaszcza modlą się lub uczestniczą w nabożeństwach częściej, gdy znajdują się w sytuacji wywołującej zagrażającą. Trudno jest ustalić, czy religijność pojawia się pierwsza i staje się przyczyną powstania emocjonalnych problemów, czy emocjonalne problemy są czymś bardziej pierwotnym w stosunku do religijności i motywują do zachowań religijnych (Koenig, 2007). Nawet jeżeli jedna zmienna powoduje zmiany w drugiej zmiennej, to nie można wykluczyć, że obydwie zmienne są powiązane ze sobą za pomocą trzeciej zmiennej. Badania podłużne przeprowadzone na próbie klinicznej wykazały, że osoby, które były bardziej religijne na

początku badania, wykazały mniejszy poziom lęku i obaw w badaniu przeprowadzonym rok później, co świadczy o ciągłej dynamice oraz złożoności tego związku (Razali, Hasanah, Aminah, Subramaniam, 1998).

Analiza związku religijności i lęku na podstawie 69 badań przeprowadzonych do 2005 roku ukazała następujące zależności: w 35 badaniach wyższa religijność wiązała się z niższym poziomem lęku, w 24 badaniach badacze nie odkryli żadnego związku, natomiast rezultaty 10 badań pokazały dodatni związek religijności z lękiem. Główne przyczyny zwiększające poziom lęku u osób religijnych to m.in. przeświadczenie o swoim rzeczywistym bądź wyobrażonym grzechu, za który trzeba ponieść karę w życiu doczesnym lub w życiu po śmierci, doktryna religijna zbyt mocno koncentrująca się na rzeczywistości piekła, znaczne ograniczenie swobody postępowania w wyniku strachu przed niepełnieniem grzechu, wewnętrzne konflikty powodowane z jednej strony pragnieniem życia według wzniosłych ideałów religijnych, z drugiej zaś strony doświadczenie słabości i niemocy w realizowaniu zasad religijnych. Nie ulega jednak wątpliwości, na co badacze zwrócili uwagę, że wiara jest silnym motywatorem do postępowania zgodnego z wymaganiami religii, które samo w sobie jest rodzajem gratyfikacji (Koenig, 2007).

Jedne z pierwszych badań nad związkiem religijności z lękiem zostało przeprowadzone przez Eysencka. Zdaniem Eysencka, osoby o wysokiej introwersji i neurotyczności charakteryzują się wyższym poziomem lęku. (Loewenthal, 2009). Kontynuatorzy tych badań zauważyli, że wysoki poziom religijności wśród badanych o wysokim poziomie neurotyczności jest rezultatem różnic płciowych. Kobiety charakteryzują się wyższymi wynikami w religijności od mężczyzn (Francis, Wilcox, 1996). W kolejnych badaniach wykazano, że związki te w dużej mierze zależą od czynników sytuacyjnych. To spostrzeżenie sytuacji lub okoliczności jako zagrażających, powoduje odwołanie się do zasobów religijnych, a nie sam temperament danej osoby (Pfeifer, Waeltly, 1999)

Warto zwrócić uwagę na powiązanie religijności z aspektami dobrostanu psychicznego, w tym lęku u osób chorych. Konstam (2005) wraz ze współpracownikami wykazali, że ludzie definiujący siebie jako religijni, w porównaniu z tymi, którzy uważają siebie za niewierzących, w sytuacji niewydolności serca, lepiej radzą sobie z chorobą, przystosowaniem do niej, co ostatecznie ma związek z wyższą jakością życia, w tym mniejszym poziomem lęku.

McCoubrie i Davies (2005) w swoich badaniach oddzielili religijność od jej podstawowej funkcji nadawania sensu oraz znaczenia. Taka religijność nie miała żadnego związku z przeżywaniem u pacjentów choroby nowotworowej. Wykazano, że nadawanie

sensu okolicznościom oraz znalezienie znaczenia i celu w przeżywaniu choroby nowotworowej zagrażającej życiu, posiada większy wpływ na poprawę dobrostanu psychicznego oraz obniżenie lęku, niż sama wiara pozbawiona tej funkcji.

Współczesne badania dostarczają danych opisujących sposoby, za pomocą których zaangażowanie religijne zmniejsza niepokój, poprzez zaspokajanie potrzeby przywiązania, zwłaszcza wówczas, gdy zawodzą inne, dotychczas dostępne zasoby. Dla wielu osób religijność jest źródłem postaw, myśli i wartości ukierunkowujących, zapewniających stabilność, kierunek rozwoju oraz ułatwiających radzenie sobie w trudnych okolicznościach życia. Związki między religijnością i lękiem są złożone i jeszcze nie do końca poznane. Szereg badań ujawnił niski poziom lęku u osób religijnych (Koenig, McCullough, Larson, 2001). Na przykład, osoby starsze i chore, które postrzegają Boga jako życzliwego i dobrotliwego oraz doświadczają wsparcia religijnego od osób duchownych oraz innych wierzących – cechuje istotnie niższy poziom niepokoju i depresji oraz wyższa satysfakcja z życia w porównaniu do osób, dla których religia nie jest źródłem wsparcia. Zależność ta ujawniała się niezależnie od stopnia dokuczliwości choroby (Nielsen, 1998).

Badania ujawniły także niektóre mechanizmy związku religijności z niepokojem, np. potwierdzono, że religijność obniża niepokój przez gratyfikację potrzeb społecznych realizowanych w grupie religijnej (Koenig, McCullough, Larson, 2001).

Postawienie pytania, czy religijność redukuje lęk, wydaje się więc być pytaniem zbyt ogólnym. Bardziej zasadnym jest pytanie, które aspekty religii są powiązane z lękiem. Na przykład, efekt obniżający lęk przynosi praktyka medytacji, koncentracji uwagi, odpowiedniej postawy na modlitwie, czy wyciszenia (Watts, 2000, za: Loewenthal, 2009). Wyniki badań na muzułmanach pokazują, że wyznawcy islamu czują się mało odważni w przyznawaniu się do doświadczania stanów lękowych, z czym wiąże się blokownie religijnego efektu radzenia sobie z lękiem oraz obawami (Abdel-Khalek, 2002, za: Loewenthal, 2009). Podobnie, chrześcijańska koncepcja łaski staje się istotnym czynnikiem obniżającym u swoich wyznawców poziom lęku. Zaangażowanie religijne oraz przekonania religijne są predyktorami mającymi wpływ na obniżenie zarówno lęku i depresji (MacLeod, 2001, za: Loewenthal, 2009). Praktyka modlitwy obniża poziom doświadczanego lęku (Loewenthal, 2000, za: Loewenthal, 2009). Czynnikiem mającym związek z niższym poziomem lęku jest otrzymany przez osobę rodzaj wsparcia społecznego. Shames i Jackson (1993, za: Loewenthal, 2009) wykazali, że wsparcie religijne uzyskane przez członków grup religijnych, w porównaniu ze wsparciem uzyskanym od grup niereligijnych, wiązało się z efektem łagodzącym stres oraz ulgę w doświadczaniu lęku.

Funkcja religijności buforująca lęk, została zauważona w badaniach Epstein-Ngo, Mauriziego, Bregmana i Ceballo (2013) na próbie osób zamieszkujących obszar o wysokiej częstotliwości występowania przestępczości w Hiszpanii. Religijność osób biorących udział w badaniu, poprzez ich powiązania z grupą religijną i uzyskaną tam pomoc, okazała się wysokim czynnikiem wsparcia społecznego oraz czynnikiem obniżającym poziom lęku i depresji. Związek pomiędzy doświadczeniem represjonowania bądź prześladowania a lękiem był mediowany przez religijne radzenie sobie ze stresem.

Nie wszystkie jednak badania potwierdzają ujemny związek religijności z niepokojem. Relacja religijności i lęku może mieć związek dodatni. Stąd niektórzy badacze zwracają uwagę, że w pewnych sytuacjach religijność może generować niepokój (Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, Pargament, 2001). Na przykład, trudności w korzystaniu z zasobów religijnych, mierzone za pomocą strategii negatywnego, religijnego radzenia sobie ze stresem są źródłem depresji i lęku. Poczucie opuszczenia lub ukarania przez Boga, frustracja z powodu niemożności spełnienia wymagań religii, religijne poczucie winy lub nieprzebaczenia ze strony Boga – mogą generować niepokój (Hunsberger, Pratt, Pancer, 2002; Pargament i in., 2000).

W psychologii emocji, zostało odkryte powiązania lęku z tzw. ambiwalencją w ekspresji emocjonalnej (*AEE - Ambivalence Over Emotional Expression*). Jest to zjawisko określane jako konflikt zaistniały pomiędzy pragnieniem wyrażenia swoich uczuć, emocji, a obawą przed negatywnymi konsekwencjami tej czynności. Religijne radzenia sobie poprzez zwrócenie się do Boga, powinno pełnić funkcję moderatora w związku AEE z lękiem i depresją. Co więcej, szukanie wsparcia w Bogu, może być szczególnie pożyteczne w przypadku osób, które mają problem z wyrażaniem emocji w relacjach międzyludzkich. Okazało się, że wsparcie religijne, oraz wysoka religijność wiązały się z wyższym nasileniem depresji i lęku. Sami autorzy badania tłumaczą to w sposób następujący: świadomość obecności Boga wszechwiedzącego i oceniającego, w przypadku osób mających problem z wyrażeniem swoich emocji, sprawia, że są bardziej skłonne te same przymioty przypisać innym ludziom, co w konsekwencji generuje lęk (Bryan i in., 2016).

Pozytywny związek pomiędzy religijnością a lękiem został zauważony przez psychologów z Wielkiej Brytanii. Badania zostały przeprowadzone na pacjentkach ze zdiagnozowanym nowotworem piersi. Przedstawione wyniki ukazały, że negatywne strategie religijnego radzenia sobie w sytuacji choroby nowotworowej po operacji są związane ze słabszym przystosowaniem do choroby oraz wyższym poziomem lęku. Dokładne analizy wykazały, że poczucie bycia skrzywdzonym przez Boga oraz świadomość

bycia opuszczonym przez Boga wyjaśniały 5% wariacji wysokiego poziomu lęku (Thuné-Boyle i in., 2013).

Kolejne badania będące próbą ukazania religijnego efektu podwyższającego lęk zostały przeprowadzone przez Luytena, Corveleyna i Fontaine (1998) na próbie prawie tysiąca dorosłych Belgów. Jednym z celów tych badań było odkrycie zależności pomiędzy religijnością, a poczuciem winy oraz zbadanie, czy zależność ta jest istotnie powiązana z wyższym poziomem lęku. Badacze doszli do wniosku, że choć ludzie religijni mogą mieć wyższe poczucie winy, to na pewno nie można określić go jako patologicznego. Kolejne wnioski z tych badań są następujące: religijność nie jest powiązana z żadnym wymiarem problemów zdrowia psychicznego takich jak: lęk, depresja, złość, wstyd. Religijność była związana z takimi aspektami zdrowia psychicznego, jak: empatia, zrozumienie i współczucie.

Intersującym wydaje się również przedstawienie wyników badań, które nie wykazały żadnych istotnych zależności pomiędzy religijnością a lękiem. W badaniach przeprowadzonych przez tajwańskich badaczy na 450 osobach, religijność okazała się być nieistotnym predyktorem zarówno lęku, dobrostanu psychicznego, jak i sensu życia. Natomiast związek pomiędzy lękiem a dobrostanem psychicznym był mediowany przez sens życia. Sami autorzy tłumaczą to w następujący sposób. Religijność pełni funkcję nadawania znaczenia, staje się źródłem społecznego i psychologicznego zasobu oraz mobilizuje do zdrowego stylu życia. Stąd postawienie ostatecznych wniosków pomiędzy wzajemnym powiązaniem tych zmiennych oraz braku istotnych powiązań religijności z tymi zmiennymi wymaga bardziej szczegółowej analizy (Shiah, Chang, Chiang, Lin, Tam, 2015).

Okazuje się, że w relacji religijności do lęku, ważna jest motywacja religijna, czyli to, z jakich powodów człowiek podejmuje aktywność religijną. Baker i Gorsuch (1982) stwierdzili, że lęk korelował ujemnie z religijnością wewnętrzną oraz dodatnio z religijnością zewnętrzną.

Związek religijności z lękiem różnicuje poznawczy styl myślenia o religii, który przejawia dana osoba. Śliwak oraz Zarzycka (2012) w badaniu związków stylów myślenia o religii z lękiem rozumianym jako: nieufność wobec innych, brak integracji wewnętrznej, napięcie psychiczne, niestabilność emocjonalna, skłonność do obwiniania siebie, odkryli następujące zależności. Osoby mocno przekonane o przedmiocie religijnym stają się bardziej ufne wobec innych ale wykazują tendencję do obwiniania siebie. Mężczyźni, którzy twierdzenia zawarte w religii odczytują dosłownie są bardziej podejrzliwi. Kobiety inaczej niż mężczyźni można z scharakteryzować pod względem związku odrzucenia przedmiotu

religijnego z lękiem. W takiej sytuacji, kobiety odczuwają mniejszy poziom lęku, mężczyźni zaś większy.

### **3. Lęk przed śmiercią**

Intuicyjnie można stwierdzić, że ludzie boją się śmierci. Lęk przed śmiercią jako główny motywator aktywizujący do podejmowania działania oraz refleksji nad nieuniknioną przyszłością stał się podstawą chociażby Teorii Opanowania Trwogi. Stąd religijność ma być tym konstruktem, który łagodzi intensywność myślenia o śmierci i umieraniu (Soenke i in., 2013). Jednak badania empiryczne dowodzą, że związki religijności z lękiem przed śmiercią nie są takie oczywiste (Jong, Halberstadt, 2016). Charakterystyka tych związków wymaga zdefiniowania tego czym jest lęk przed śmiercią oraz dookreślenia, jaka religijność bądź forma zaangażowania się w aktywność religijną może stać się gwarantem buforującym myślenie o śmierci i umieraniu. W obecnym rozdziale, poszczególne paragrafy stanowią próbę przedstawienia zagadnienia lęku przed śmiercią. W pierwszym paragrafie zostanie przybliżona problematyka lęku przed śmiercią z perspektywy psychologicznej. Następnie uwaga czytelnika zostanie zwrócona ku związkom religijności z lękiem przed śmiercią. Trzeci paragraf tego rozdziału przedstawia Teorię Opanowania Trwogi jako próbę obrony przed zbyt intensywnym i zagrażającym dobrostanowi myśleniem o śmierci.

#### **3.1. Psychologiczna problematyka lęku przed śmiercią**

W poprzednim paragrafie został przedstawiony związek pomiędzy religijnością, a lękiem, który psychologia ujmuje jako reakcję występującą w obliczu zagrożenia utraty życia, zdrowia, kogoś bliskiego, dobrego imienia, itp. (Cierpiałkowska, 2011). W tym paragrafie zostanie przedstawiona funkcja religijności, która może stać się istotnym zasobem mającym wpływ na konfrontowanie się człowieka z lękiem przed śmiercią<sup>2</sup>. Zdaniem Freuda, ochrona ludzkości przed doświadczaniem lęku przed śmiercią jest najbardziej podstawową i najbardziej skuteczną funkcją religijności. Osoba szuka w religijności bezpieczeństwa, którego nie potrafią jej zapewnić inne zasoby, nawet rodzice. Tak rozumiana religijność staje się ochroną przed okrucieństwem losu i nieuchronnością śmierci. Freud uważa, że trudno jest uwierzyć we własną śmierć. Człowiek zwraca się do religii, gdyż dzięki temu, doświadcza poczucia bycia (Soenke i in., 2013). Crusalis (2014, s. 211)

---

<sup>2</sup> A. Kępiński (2002) zauważa, że postawy wobec śmierci, chorób, nacechowane są mieszaniną zarówno uczucia lęku jak i strachu - zależy to od rodzaju zagrożenia dla życia. Oba te pojęcia są łatwe do rozróżnienia teoretycznie, jednak w praktyce czasem trudno jest określić, jak bardzo niebezpieczeństwo jest jawne, a jak ukryte przed świadomością.

definiując religijność oraz jej podstawową funkcję pisze: „religijność jest sposobem, niektórzy przyjmują, że jedynym sposobem łagodzenia, obrony przed lękiem przed śmiercią, oraz sposobem pomocnym w akceptacji konieczności śmierci. Ujawnia się on w pobożnym zaangażowaniu w sprawy zorganizowanego systemu wierzeń”.

Antoni Kępiński (2002) wyróżnia cztery podstawowe rodzaje lęków, którym nadaje jeden wspólny mianownik: (1) *lęk biologiczny* – uaktywnia się on w niebezpieczeństwie utraty życia, (2) *lęk społeczny* – u jego podstaw leży niebezpieczeństwo utraty łączności z otoczeniem, lęk przed izolacją i (3) *lęk moralny* – uaktywnia się on w sytuacji odczuwania kary za naruszenie moralnego prawa lub porządku oraz (4) *lęk dezintegracyjny* – do tej grupy zaliczamy lęki nerwicowe, schizofreniczne i oligofreniczne. Ten ostatni rodzaj lęku wpływa dezintegrująco na funkcjonowanie człowieka w świecie, generuje także trudności związane z odnajdowaniem się osoby w systemie wartości. Zdaniem Kępińskiego (2002), wszystkie wymienione rodzaje lęku mają swoje źródło w jednym i podstawowym, czyli lęku przed śmiercią.

Porównując lęk przed śmiercią do lęku uogólnionego należy zauważyć, że ten pierwszy jest afektywną odpowiedzią na okoliczności, które się wydarzą. Lęk uogólniony jest odpowiedzią osoby na konkretne oraz bezpośrednie zagrożenie. Lęk przed śmiercią jest konstruktem bardziej conceptualnym niż konkretnym, oraz bardziej koncentruje osobę na przyszłości niż na tu i teraz. Większość badań odnoszących się do lęku przed śmiercią ujmuje go jako cechę, czyli zaliczyć go można do szerokiego spectrum obaw, które wywołują różnego rodzaju doświadczenia, przeżycia, emocje, związane z tematyką śmierci. Nawet w przypadku osób terminalnie chorych, czyli konfrontujących się bezpośrednio ze śmiercią, lęk przed śmiercią jest nadal bardziej przewidywaniem niż oczywistą regułą. Nawet badania eksperymentalne, które próbują uaktywnić lęk przed śmiercią, nigdy nie będą w stanie stworzyć realnego, fizycznego zagrożenia życia (Jong, Halberstadt, 2016). Stąd Wong, Reker i Gesser (1994, za: Bachner, 2011) dokonali rozróżnienia na obawy przed śmiercią i umieraniem, których jednostka jest w pełni świadoma oraz na lęk przed śmiercią, który jest dla jednostki w dużej mierze nieuświadomiony, trudny do określenia w formach conceptualnych. Według badaczy, obawy dotyczące śmierci i umierania mogą przybierać również formy akceptacji śmierci, które można zdefiniować jako psychologiczne przygotowanie do śmierci, a te z kolei są czymś zupełnie innym niż obawy dotyczące śmierci i umierania.

Lęk przed śmiercią można zdefiniować jako uczucie, którego doświadcza jednostka w sytuacji pojawiających się myśli o śmierci i umieraniu. Takie myśli mogą być rezultatem, m.in. konfrontacji ze śmiercią, chorobą, starzeniem się, lub zmierzeniem się z ideą śmierci.



Lęk przed śmiercią może obejmować również wiele aspektów umierania, takich jak: ból, cierpienie, poczucie odrzucenia lub utrata godności. Becker wspólnie z Malinowskim (1973) stwierdzili, że zaprzeczenie świadomości konieczności śmierci jest podstawową ludzką motywacją oraz najbardziej podstawową potrzebą biologiczną. Lęk przed śmiercią jest psycho-biologicznym wyposażeniem człowieka pochodzącym z ewolucji. Można go traktować zdaniem Beckera (1973) jako obecnego w człowieku instynktu samozachowawczego, który konsekwentnie chroni jednostkę przed poczuciem unicestwienia.

Becker (1973) pod wpływem poglądów Freuda stwierdził, że lęk przed śmiercią jest tłumiony lub wypierany, stąd jeżeli można mówić o jego istnieniu, to tylko jako efekt mniej lub bardziej zamierzonego zepchnięcia go do sfery podświadomej. Pogląd taki już wcześniej wyraził Zilboorg (1943, cyt. za: Becker, 1973, s. 467) słowami: „jeżeli lęk przed śmiercią byłby przez cały czas uczuciem przez jednostkę uświadomionym, nie byłibyśmy w stanie funkcjonować normalnie. On (lęk przed śmiercią) musi być właściwie wypierany” (Firestone, 1993, cyt. za: Jong, Halberstadt, 2016). Becker (1973) spotkał się z zarzutami, jakoby zaprzestanie używania mechanizmów blokujących uświadomienie sobie śmierci sprawiłoby, że ludzkość byłaby całkowicie od tych lęków uwolniona, a w najbardziej skrajnych przypadkach, odczuwałaby dyskomfort świadomości śmierci. Stąd jego odpowiedź: „Mechanizm wyparcia lęku przed śmiercią nie jest magicznym słowem w walce o prawdziwość argumentów, ale realnym fenomenem. Istnieje coraz więcej badań, które próbują w świadomy sposób zauważyć zaprzeczanie własnej śmierci za pomocą wyparcia. Dokonać tego można chociażby za pomocą skórno-galwanicznej reakcji organizmu. Pod pozornie nic nie znaczącą powierzchnią czai się powszechny lęk przed śmiercią niejako robak w ogryzku” (Becker, 1973, s. 20-21).

Istnieje wiele psychologicznych metod samopisowych, których celem jest zbadanie świadomości lęku przed śmiercią. Jednak są i takie, które próbują uchwycić fenomen lęku przed śmiercią jako zjawisko ukryte. Bazują one na założeniu, że jednostka zawsze nieświadomie boi się śmierci, nawet wówczas, jeżeli zupełnie nie jest przeświadczona o tym lęku i do niego się nie przyznaje. W swoich badaniach Feifel oraz Branscomb (1973) oparli się na znanym teście Stroopa, w którym charakterystyczne rodzaje słów, przedstawione zostały w odmiennym kontekście semantycznym. Dla przykładu, słowa, których treść semantyczna wywoływała skojarzenia z lękiem, zostały zaprezentowane kolorem, zupełnie nieodpowiadającym do ich treści. Na podstawie czasu reakcji pogrupowano uczestników według różnych rodzajów lęków w tym, lęku przed śmiercią. Zauważono, że ludzie odpowiadają wolniej na słowa związane ze śmiercią, niż na inne, a najdłuższy czas reakcji

widoczny był u osób terminalnie chorych. Pozwoliło to badaczom na wyciągnięcie wniosku o istnieniu wśród badanych dwóch specyficznych rodzajów lęku przed śmiercią: jawnego i ukrytego. Kontynuując badania w oparciu o owe dwa rodzaje lęku przed śmiercią, Hayslip, Luhr i Beyerlein (1992) dowiedli, że nie ma istotnej różnicy pomiędzy poziomem jawnego lęku przed śmiercią w grupie osób zdrowych, a osobami ze zdiagnozowaną chorobą HIV/AIDS, natomiast istnieje taka różnica w poziomie lęku ukrytego. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że nieświadomy lub ukryty lęk przed śmiercią różni się od tego lęku, którego jednostka jest świadoma, a który może być zbadany za pomocą testów. Stąd wszelkiego rodzaju zabiegi służące zaprzeczaniu swojemu lękowi przed śmiercią, można tłumaczyć tym, że osoba nie ma świadomości tego lęku lub tym, że przybrał on formę lęku ukrytego.

Lęk przed śmiercią jest na tyle przytłaczającym doświadczeniem, że osoba za pomocą mechanizmów obronnych, głównie represji, pozostawia go w nieświadomości. Potwierdzeniem tego są słowa Irvina Yaloma (2010) amerykańskiego psychologa egzystencjalnego, który stwierdza, że świadomość konieczności śmierci „zawłaszczyła” sobie ludzką egzystencję. W sytuacji terapii rzadko zdarza się, żeby osoba uskarżała się na lęk przed śmiercią. Częściej ludzie próbują uniknąć świadomości lęku przed śmiercią używając mechanizmów zaprzeczenia, wyparcia lub tłumienia.

Zdaniem Tillicha lęk przed śmiercią jest na tyle podstawowym lękiem człowieka, że przybiera on postać konkretnych lęków: „Doświadczyć egzystencji jako egzystencji, znaczy być w lęku. Egzystencja zawiera w sobie skończoność, lęk zaś jest dostrzeżeniem własnej skończoności. Lęku nie wzbudza myśl o przemijalności wszystkiego ani nawet przeżywanie śmierci innych ludzi, lecz powoduje je wrażenie, jakie te wydarzenia wywołują w naszej, zawsze ukrytej świadomości, że musimy umrzeć” (Tillich, cyt. za: Kolek, 2009, s. 31).

Carol G. Jung łączył lęk przed śmiercią z procesem indywiduacji (rozwoju jaźni). Brak rozwoju duchowego jest głównym powodem powstawania lęku przed śmiercią. Redukcja lęku przed śmiercią może dokonać się za pomocą jego akceptacji. Zdaniem Junga (1979, za: Makselon, 1988) jest to zabieg ludzi dojrzałych. Wg Fromma (1995), pojawienie się lęku przed śmiercią, jest konsekwencją wyboru postawy „mieć” albo „być”. Osoby, które przyjęły postawę „mieć”, charakteryzują się wyższym poziomem lęku, gdyż, jak pisze Fromm, boją się utracić to co posiadają. Dla przedstawiciela psychologii egzystencjalnej Viktora Frankla (1946, za: Ostrowska, 2005) sens życia jest bezpośrednio powiązany jest z lękiem przed śmiercią. To zaangażowanie w życie decyduje o poczuciu sensu. Im większe jest to zaangażowanie, tym większe jest poczucie sensu, a co za tym idzie, mniejsza pustka egzystencjalna, a im mniejsza pustka, tym mniejszy lęk przed śmiercią.

Współczesna tanatopsychologia dokonała analizy treści lęków przed śmiercią, która znacznie wykracza poza tę podstawową i uogólnioną definicję odnoszącą do tylko i wyłącznie obaw związanych z umieraniem swoim oraz innych. Bardziej rozbudowana i dokładna klasyfikacja obejmuje: 1) lęk przed umieraniem, 2) lęk przed zniszczeniem ciała po śmierci, 3) lęk o pozostających przy życiu, 4) lęk przed nieznanym (w tym także przed nieznaną oceną moralną życia człowieka przez Boga), 5) lęk przed pozorną śmiercią (pochowanie żywcem), 6) lęk przed przedwczesną śmiercią (w czasie, gdy się jest jeszcze maksymalnie twórczym), 7) lęk o wygląd ciała po śmierci, 8) lęk przed określonym typem śmierci (np. w wyniku samobójstwa, morderstwa, tortur lub choroby) i 9) lęk przed śmiercią społeczną (jako wykluczenie z kontaktów interpersonalnych (Makselon, 1983).

Po próbie uchwycenia definicji oraz specyfiki lęku przed śmiercią warto zadać pytanie: kto bardziej, a kto mniej i dlaczego boi się śmierci? Intuicyjnie można stwierdzić, że ludzie starsi bardziej intensywnie konfrontują się ze śmiercią, stąd bardziej się jej boją. Jednak badania Kirpatricka, Templerra i Rufussa oraz Zena nie potwierdzają tego przypuszczenia. Lęk przed śmiercią zanika wraz z wiekiem (Jong, Halberstadt, 2016). Russac, Gatliff i Reece (2007) dokonali badań na próbce 304 osób w wieku od 18 do 87 lat. Wykazali oni, że lęk przed własną śmiercią zmniejsza się wraz z wiekiem, zarówno u kobiet, jaki i u mężczyzn. Badacze podzielili badanych ze względu na wiek. Mężczyźni po ukończeniu dwudziestu lat odznaczają się znacznym spadkiem poziomu lęku przed śmiercią i osiągają ustabilizowany poziom w wieku 60 lat. U kobiet lęk przed śmiercią również zaczyna spadać po ukończeniu dwudziestego roku życia, jednak istotnie zaczyna wzrastać na przełomie roku czterdziestego i pięćdziesiątego. Kobiety doświadczają większego nasilenia lęku przed śmiercią. Kolejne badania Krausego i współpracowników (2018) wykazały, że najwyższy lęk przed śmiercią zauważyć można zarówno u kobiet, jak i mężczyzn w wieku 39 lat, po czym istotnie się on zmniejsza. W badaniach tych odnotowano również istotne podwyższenie poziomu lęku przed śmiercią w osiemdziesiątym roku życia zarówno u kobiet, jak i mężczyzn.

Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson oraz Newman (2013) wykazali, że osoby w terminalnej fazie choroby odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią w porównaniu do ogólnej populacji. Badacze pod przewodnictwem Hintze (1993) odkryli, że mocne powiązanie lęku przed śmiercią z lękiem ogólnym nie potwierdza hipotezy o wyższym poziomie lęku przed śmiercią u pacjentów terminalnie chorych na HIV/AIDS pomimo, że poziom lęku ogólnego u osób chorych był istotnie większy. Wyniki kolejnych badań, co prawda odnotowują wyższy poziom lęku przed śmiercią u osób chorych na HIV/AIDS, jednak w miarę trwania choroby efekt ten istotnie spada (Miller, 2012, za: Jong, Halberstadt,

2016). Podobnie, badania osób chorych na nowotwór pokazują, że poziom lęku przed śmiercią tych osób nie jest większy niż w populacji ogólnej. Jedyne różnice zauważa się w ogólnym poziomie lęku oraz depresji. Czyli choroba nowotworowa nie zwiększa lęku przed śmiercią, ale zwiększa lęk wywołany koniecznością konfrontowania się z problemami natury psychicznej oraz fizycznej, które można określić jako skutki choroby (Gonen i in., 2012).

Wspomniany już Feifel oraz Branscomb (1973), przeprowadzili badania na 92 pacjentach poważnie chorych oraz w terminalnej fazie choroby (nowotworowej oraz sercowej). Większość z nich wyraźnie zaprzeczyła istnieniu jakichkolwiek lęków przed śmiercią (77% osób religijnych, czyli  $n=57$  oraz 80% osób niereligijnych czyli  $n=35$ ). Nieco mniejszy wskaźnik zaprzeczenia lękowi zauważono wśród osób zdrowych. W kolejnych badaniach na próbie 371 osób zdrowych i chorych okazało się, że osoby chore, bardziej intensywnie konfrontujące się ze śmiercią, nie przejawiały większych niż osoby zdrowe obaw przed śmiercią.

Dokonując przeglądu literatury traktującej o zagadnieniu lęku przed śmiercią zauważa się liczne odwołania do problemów związanych z pomiarem tej zmiennej. Specjaliści zwracają uwagę na dwa rodzaje problemów, które uniemożliwiają dokładny psychologiczny pomiar lęku przed śmiercią, a co za tym idzie, pomiar postaw, akceptacji oraz uczuć, które pojawiają się w przypadku konfrontacji z lękiem przed śmiercią. Pierwszy z nich możemy nazwać „zaplanowaną odpowiedzią”, który polega na tym, że nigdy od uczestnika badania nie uzyskamy w pełni szczerzej odpowiedzi, jeżeli wprost zapytamy go w co wierzy lub co czuje. Trzeba liczyć się z tym, że jego odpowiedź będzie zbliżona do odpowiedzi społecznie akceptowalnej, szczególnie jeżeli jego prawdziwa postawa jest sprzeczna z tą ogólnie przyjętą oraz społecznie aprobowaną. Taką postawę wykryto np. w sytuacji badania kwestii uprzedzeń rasistowskich (Plant, Devine, Brazy, 2003, cyt. za: Jong, Halberstadt, 2016). Dlatego słuszne są wątpliwości, czy nie dotyczy to również przekonań i postaw wobec śmierci. Trudno określić, jaka postawa wobec lęku przed śmiercią jest mniej lub bardziej akceptowana społecznie. Uczestnicy badań, które koncentrują się na tych kwestiach, w sytuacji badania naukowego mogą niedostatecznie określić swoją postawę. W przypadku lęku przed śmiercią uczestnicy badania prezentują się z jednej strony jako *zbyt odważni*, a z drugiej strony nie chcą być spostrzegani jako nieczuli, obojętni. Istnieje wiele danych potwierdzających, że ludzie religijni są skoncentrowani na utrzymaniu pozytywnego obrazu siebie oraz pozytywnej autoprezentacji wobec innych (Sedikides, Gebauer, 2010). Istnieje bardzo niewiele badań odnoszących się do związku pomiędzy oczekiwaniami społecznymi a udzielanymi w badaniach odpowiedziami odnośnie kwestii lęku przed

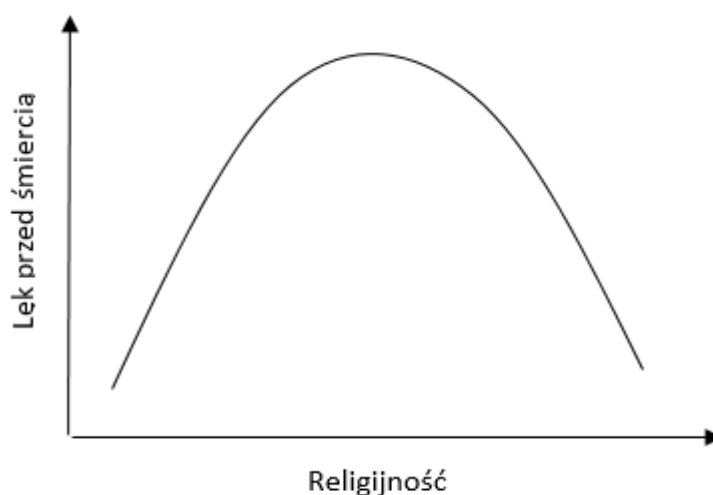
śmiercią. Natomiast te, które istnieją ukazują negatywny związek pomiędzy odpowiedzią oczekiwaną społecznie a rzeczywistą postawą. Taka sytuacja zaistniała m.in. w przypadku badania lęku przed śmiercią za pomocą skali Collet – Lester Lęk przed śmiercią (*Collet-Lester Death Anxiety*) (Dickstein, 1978, cyt. za: Jong, Halberstadt, 2016).

Drugim problemem dotyczącym badania lęku przed śmiercią skalami samoopisowymi są ograniczenia w zakresie introspekcji badanych. Chodzi tutaj o trudności w badaniu ludzkiej nieświadomości. Przegląd literatury naukowej obfituje w dwoiste modele systemu poznawczego, które rozróżniają to, co jest jawne i to, co ukryte, automatyczne i kontrolowane, heurystyczne i systematyczne, intuicyjne i refleksyjne. Na ten typ trudności badawczych napotkali Abeyta, Juhl i Routledge (2014). W swoich badaniach starali się odpowiedzieć na pytanie: dlaczego przypomnienie o konieczności śmierci wzbudza lęk przed śmiercią, ale tylko w przypadku, kiedy po wykonaniu przez osobę zadania mającego na celu intensyfikację myślenia o śmierci, następuje próba zaprzeczenia pojawiającej się myśli oraz w przypadku, kiedy myślenie o śmierci zostaje poddane próbie zakłócenia? W przypadku bezpośredniego rozwiązania zadania mającego na celu przypomnienie o śmierci, świadomość śmierci nie wywołuje większego lęku przed śmiercią. Taką zależność, odwołując się do poprzednich badań, można wytłumaczyć na dwa sposoby: (1) osoby, które w sposób świadomy myślały o śmierci, usiłują stłumić lub zaprzeczyć fizycznej podatności na śmierć. Im bardziej wyraźne są obawy przed śmiercią, tym bardziej wyraźna jest próba zepchnięcia ich ze świadomości (Greenberg, i in., 2000, za: Abeyta, i in., 2014); (2) ludzie automatycznie uruchamiają mechanizmy, które służą zaprzeczeniu swojego lęku, szczególnie wtedy kiedy ten lęk związany jest z sytuacją konieczności konfrontowania się z zagrażającymi ich myślami na temat śmierci. Stąd świadomość śmierci nie jest w stanie w danym momencie wpłynąć na wyższy poziom odczuwanego lęku przed śmiercią z racji jej zaprzeczenia. Ten główny wniosek z przeprowadzonego badania wyjaśnia, dlaczego tak często w literaturze, powiązanie lęku przed śmiercią z innymi zmiennymi jest niemożliwe do bezpośredniego zaobserwowania oraz pomiaru (Abeyta, i in., 2014). O obecności lęku przed śmiercią można wnioskować poprzez pomiar reakcji jakie ten lęk wywołuje. Badania pokazały, że kiedy bezpośrednio po pytaniach dotyczących śmierci i umierania mierzono nastroj badanych, uczestnicy przyznali się, że byli bardziej przerażeni i zaleknieni (Lambert i in., 2014).

### 3.2. Religijność a lęk przed śmiercią

Wyniki badań nad zależnością pomiędzy religijnością a lękiem przed śmiercią nie są spójne. Niektóre badania pokazują, że związek religijności z lękiem przed śmiercią jest ujemny (Harding, Flannelly, Weaver, Costa, 2005; Hintze i in., 1993) inne badania wskazują na zupełnie odmiennie czyli dodatnie zależności pomiędzy tymi zmiennymi (Henrie, Patrick, 2014; Jong, Bluemke, Halberstadt, 2013), niektóre badania pokazują również istotny brak zależności między tymi zmiennymi (Roff, Butkeviciene, Klemmack, 2002; Feifel, Nagy, 1981) Skąd biorą się takie badawcze rozbieżności? Po pierwsze, w wielu badaniach zmienna religijność określana jest za pomocą jednego wskaźnika. Po drugie, niektóre wymiary religijności są zbyt mocno globalne i nie nawiązują wprost do problematyki związanej ze śmiercią. Po trzecie, w wielowymiarowych narzędziach do pomiaru religijności wymiary są często ze sobą powiązane. Uniemożliwia to sprawdzenie oraz porównanie, który wymiar religijności wiąże się istotnie z lękiem przed śmiercią (Ellis, Wahab, Ratnasingan, 2013).

Stwierdzenie, że wiara w głównej mierze motywowana jest przez lęk i obawy ma długą historię. Prowadzić to może do przekonania, że wraz ze wzrostem lęku przed śmiercią, wzrastać będzie zaangażowanie w sprawy religii (Leming, 1980). Jednak, badania sugerują raczej ujemną zależność pomiędzy tymi zmiennymi, co może sugerować, że religijność pełni funkcję obniżającą lęk przed śmiercią (Vail i in., 2010). Te pozornie sprzeczne związki pomiędzy religijnością a lękiem stały się jaśniejsze, gdy przetestowano krzywoliniową zależność między religijnością i lękiem przed śmiercią (Jong, Halberstadt, 2016) (por. Rysunek 3.1)



Rysunek 3.1 Wykres przedstawiający krzywoliniową zależność religijności z lękiem przed śmiercią.

Powyższy wykres wskazuje, że do pewnego momentu wraz ze wzrostem religijności zauważa się wzrost lęku przed śmiercią. Kiedy lęk przed śmiercią osiągnie swój kulminacyjny punkt, religijność zaczyna pełnić funkcję obniżania tego lęku (McMordie, 1981, za: Jong, Halberstadt, 2016). Takie stanowisko sprzeciwia się szczególnie tradycyjnej tanatologii, szczególnie tej propagowanej przez Beckera (1973), wg której religijny światopogląd w swojej funkcji łagodzenia lęku przed śmiercią jest najbardziej skutecznym światopoglądem. W przypadku osób niewierzących lęk przed śmiercią sprzyja zaangażowaniu w taki światopogląd, który stanowi perspektywę ochraniającą. Dlatego w bardzo wielu przypadkach, badania korelacyjne są zbyt dużym wyzwaniem, żeby wytłumaczyć takie zależności, gdyż na ich podstawie można stwierdzić tylko, że osoby słabo przekonane o swojej religijności jak i te słabo przekonane o swojej niereligijności nie doświadczają tak silnego lęku przed śmiercią w porównaniu do tych, którzy są mocno przekonani o swojej niereligijności bądź religijności (Jong i in., 2018).

Istnieje wiele badań próbujących odkryć zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Godne uwagi oraz przedstawienia są dwa z nich. Donovan (1994) dokonał analizy 137 przypadków pochodzących z 1897 badań. Zauważył, że część z nich przedstawiała negatywne powiązania pomiędzy religijnością a lękiem przed śmiercią, część pozytywne, a niektóre badania nie wykazały żadnych istotnych powiązań (Donovan, 1994, za: Jong, Halberstadt, 2016) stwierdził, że pojawiające się niespójności wytłumaczyć różnicami w religijności osób badanych. Wysoce religijne osoby charakteryzują się negatywnymi powiązaniem, natomiast wysoce niereligijne – pozytywnymi. Kolejne badanie zostało przeprowadzone przez Ellisa i Wahaba (2013). Badacze ci doszli do wniosku, że tylko osoby mocno oraz umiarkowanie religijne odznaczają się negatywnymi powiązaniem pomiędzy religijnością a lękiem przed śmiercią.

Jedne z pierwszych badań, które dotyczyły religijności w takich aspektach, jak: przekonania religijne, uczestniczenie w obrzędach religijnych i doświadczenie religijne zostały przeprowadzone przez Leminga (1980) na próbie 372 osób. Relacja pomiędzy trzema wymiarami religijności a lękiem przed śmiercią była ujemna, jednak dokładniejsza analiza danych wykazała, że lęk przed śmiercią początkowo zaczyna wzrastać wraz z religijnością, ale tylko w przypadku osób z niskim poziomem religijności. W przypadku osób z umiarkowaną oraz wysoką religijnością, lęk przed śmiercią maleje. Sam Leming (1980) zinterpretował to w następujący sposób, że religijność zarówno wzbudza, jak i łagodzi lęk przed śmiercią. Wzbudza lęk, jeżeli wywołuje myśli dotyczące sądu po śmierci

i kary boskiej za popełnione grzechy. Łagodzi lęk u osób zaangażowanych religijnie, pewnych istnienia życia po śmierci.

Bardziej współczesne badania przeprowadzili Wink i Scott (2005) na próbie 155 osób powyżej 60 roku życia. Ujmowały one dwa aspekty religijności: przekonania i zachowania religijne. Wykazały one, że tylko spójność między przekonaniem i zachowaniami religijnymi redukuje lęk przed śmiercią. Osoby badane, które posiadały pozytywny obraz człowieka po śmierci, ale nie były o nim przekonane, ani nie przejawiały zaangażowania religijnego, charakteryzowały się wyższym poziomem lęku przed śmiercią. Rezultaty z tych badań są zbieżne z wynikami badań nad religijnością zewnętrzną i wewnętrzną. Religijność zewnętrzna korelowała dodatnio z lękiem przed śmiercią, natomiast religijność wewnętrzna – ujemnie. Badania Winka i Scott ujawniły również krzywoliniową zależność pomiędzy religijnością a lękiem przed śmiercią. U osób o wysokiej wewnętrznej i zewnętrznej religijności obserwowano istotnie niższy lęk przed śmiercią niż u osób o niskiej religijności wewnętrznej i zewnętrznej. Takie odkrycie jest niespójne z rezultatami poprzednich badań, w których orientacje zewnętrzna i wewnętrzna odwrotnie korelowały z lękiem przed śmiercią.

Można zatem sądzić, że nawet zewnętrzna religijność przynosi pewne korzyści w postaci łagodzenia lęku przed śmiercią, jeżeli osoba jest silnie przekonana co do trafności swoich oczekiwań. Osoby przejawiające religijność wewnętrzną wydają się bardziej koncentrować na nadawaniu znaczenia swojemu obecnemu życiu oraz konfrontują się z nieuchronną koniecznością własnej śmierci, natomiast osoby z zewnętrzną religijnością, wydają się bardziej intensywnie poszukiwać znaczenia śmierci innych osób, tym samym odraczając myśl dotyczącą ich własnej śmierci (Feldman, Fischer, Gressis, 2016).

Skomplikowane oraz nie do końca poznane zależności pomiędzy religijnością a lękiem przed śmiercią stają się impulsem do ciągłych poszukiwań. Jong ze współpracownikami (2013) w swoich badaniach podzielili uczestników na dwie grupy: niereligijną i religijną. Religijność była mierzona za pomocą Skali Nadprzyrodzonych Przekonań (*Supernatural Belief Scal*). Związek pomiędzy lękiem przed śmiercią a wierzeniami religijnymi był pozytywny u osób, które określiły się jako niereligijne (ateiści i agnostycy). Natomiast związek ujemny odnotowano u osób religijnych (głównie chrześcijan). Stąd można wnioskować, że poziom religijności istotnie różnicuje osoby na te, które bardziej lub mniej boją się śmierci.

Istnieją również badania, które koncentrują się na analizie związku między religijnością a lękiem przed śmiercią w kontekście obrazu Boga. Feldman i współbadacze (2016) odkryli, że osoby, które posiadały obraz Boga jako odległego, krzywdzącego,



unikającego lub obojętnego, wykazywały wyższy poziom lęku przed śmiercią niż osoby, które postrzegały Boga jest przyjaznego i pozytywnego.

Nie tylko obraz Boga lub świadomość przebaczenia przez Boga, ale także inne aspekty religijności wykazują związki z lękiem przed śmiercią. Może to się dokonywać z dwóch powodów: (1) jeżeli osoba nie wierzy w Boga, który przebacza, to zaczyna doświadczać Boga, który karze; (2) jeżeli osoba wierzy, że po śmierci spotka Boga, który jedynie karze, a nie przebacza, zaczyna doświadczać specyficznego rodzaju lęku przed śmiercią. Wyniki badań przeprowadzonych przez Krausego (2015) na 1535 osobach różnej narodowości, wskazują, że osoby, które uczęszczają na nabożeństwa znacznie częściej przyjmują wsparcie od członków grup religijnych. Osoby, które przyjmują wsparcie, wykazują większą tendencję do zaufania Bogu. Osoby charakteryzujące się zaufaniem względem Boga, doznają większego przebaczenia od Boga, a ci którzy doświadczają przebaczenia od Boga, cechują się niższym lękiem przed śmiercią.

Związek pomiędzy religijnością, a śmiercią tłumaczą również inne zmienne pełniące funkcje mediatorów lub moderatorów, np. nadzieja. Badacze pod przewodnictwem Krausego (2018) wykazali, że religijność wraz ze swoją funkcją przynoszącą nadzieję wiąże się ujemnie z lękiem przed śmiercią. Efekt ten można zauważyć tylko u ludzi starszych i zmagających się z chorobą. Okazuje się, że ludzie wykazują większe zainteresowanie sprawami związanymi z religią im są starsi, a także gdy doświadczają cierpienia fizycznego. Interpretując te zależności badacze sugerują, że zachowanie religijne ma na celu zminimalizowanie trudnego poczucia związanego z koniecznością śmierci. Wyniki te są kolejnym potwierdzeniem tego, że religijność pełni istotną funkcję w redukcji lęku przed śmiercią, szczególnie w przypadku osób starszych, konfrontujących się ze śmiercią kogoś bliskiego lub w sytuacji choroby.

Henrie i Patrick (2014) eksplorowali rolę wątpliwości religijnych w związku religijności z lękiem przed śmiercią. Okazało się, że nie sama religijność, ale religijność nasycona wątpliwościami bądź ich brakiem istotnie warunkuje poziom odczuwanego lęku przed śmiercią. Osoby, które zgłaszały większą intensywność wątpliwości związanych z wiarą, doświadczały wyższego poziomu leku przed śmiercią. Kwestionowanie dogmatów religijnych (np. wiara w życie wieczne oraz życie według zasad moralnych) wiąże się z egzystencjalnym kryzysem, który może powodować lęk. Związek pomiędzy wątpliwościami a lękiem może być również odwrotny. Świadomość śmiertelności oraz możliwość kryzysów egzystencjalnych może prowokować osobę do stawiania pytań dotyczących wiary i religijności, co w konsekwencji może łagodzić poczucie leku oraz lęku przed śmiercią.

Zagadnienie lęku przed śmiercią jest również mocno powiązane z taką zmienną jak osobista potrzeba rozwoju (*PNS-Personal need for structure*). Oznacza ona poszukiwanie zrozumienia oraz nadania znaczenia światu, sobie i okolicznościom, poszukiwanie jasnych, zrozumiałych i ustrukturyzowanych form. Badania wykazały, że osoby charakteryzujące się wysoką potrzebą rozwoju potrafią nadawać znaczenie również nieuchronności faktu śmierci. Świadomość śmierci zwiększa lęk przed śmiercią tylko w przypadku osób, które charakteryzują się niską potrzebą rozwoju (niski wynik w PNS) (Routledge, Juhl, Vess, 2013).

### **3.3. Teoria Opanowywania Trwogi**

Teoria kultury oraz religii Beckera (1973) przedstawiona w poprzednim paragrafie, została zaadoptowana w znacznej mierze do nauk społecznych i przybrała formę Teorii Opanowywania Trwogi - TOT (*TMT – Terror Management Theory*). TOT wydobyla z teorii Beckera istotę oraz szereg przenikliwych, wręcz psychoanalitycznych kontekstów. Podobnie jak Becker, TOT rozpoczęła swoje rozważania od obserwacji istoty ludzkiej jako tej wyjątkowej, unikalnej i rozumnej, a co za tym idzie, świadomej swojej śmiertelności. Owa wiedza na temat nieuchronności śmierci, która towarzyszy człowiekowi od najmłodszych lat (ok. 7-9 roku życia), wywołuje wyniszczający go egzystencjalny lęk, z którym musi się uporać, jeśli chce w pełni realizować przypisaną mu funkcję w świecie. Stawia to człowieka w sytuacji pewnego konfliktu, gdyż z jednej strony chce żyć, natomiast z drugiej strony, musi uporać się z sytuacją doświadczania tego wyniszczającego zagrożenia. W takiej sytuacji osoba konsekwentnie lokuje swoją główną i podstawową potrzebę bezpieczeństwa w konstrukcjach większych od niej samej takich, jak: naród, związek tożsamościowy z innymi, zaangażowanie w szlachetne dzieła. Zdaniem twórców TOT, dla wielu osób, jeśli nie dla większości, takim konstruktem jest Bóg (Greenberg, Pyszczynski, Solomon, 1986).

Jednostka zyskuje obronę przed zagrażającą jej myślą o śmierci przez dwa, powiązane ze sobą konstrukty. Pierwszym jest światopogląd społeczny, który można określić jako podzielaną społecznie koncepcję, ideę rzeczywistości, składającą się z przekonań i wierzeń objaśniających prawa rządzące rzeczywistością oraz dostarczającą pewnego rodzaju wzorca prawidłowego i akceptowalnego w społeczeństwie sposobu postępowania. Spełnienie tych społecznych standardów ma zapewnić osobie nieśmiertelność. Światopogląd społeczny nadaje otaczającemu światu porządek, znacznie, stabilność i trwałość. Można zapytać: co z indywidualnością każdej osoby, ukształtowaną przez czynniki socjalizacyjne, odmienne zasoby biologiczne, czy odmienne poglądy na

świat? Czy prywatna wizja świata nie jest zbyt mocno odbiegającą od tej wizji, która jest wspólna dla wszystkich uczestników kultury? Twórcy TOT są przekonani, że najbardziej podstawowe założenia na temat konstrukcji świata są wspólne wszystkim uczestnikom danej kultury. Można stwierdzić, że ukryta idea TOT bazuje na przekonaniu jednostki, że zachowania oraz poglądy tożsame z wartościami i normami społecznymi redukują trwogę przed śmiercią bardziej niż poglądy z nimi niezgodne (Greenberg, Simon, Pyszczynski, Solomon, Chatel, 1992; Soenke i in., 2013).

Drugi, wspomniany konstrukt to samoocena. Nie należy jednak utożsamiać ogólnie znanej definicji samooceny, jako zbioru przekonań na temat własnej wartości z definicją przyjętą przez twórców TOT. Według przedstawicieli TOT świadomość spełnienia standardów społecznych jest głównym źródłem samooceny. Dostrzeżenie przez osobę faktu, że jest w stanie spełnić normy i standardy wyznaczone przez społeczeństwo sprawia, że nabiera ona przekonania o tym, że jej dusza lub tożsamość w jakiś sposób przekroczy granicę fizycznej śmierci ku nieśmiertelności (Baka, 2009a; Soenke i in., 2013).

Wbrew temu jak mogłoby się wydawać, samoocena tworzy się oraz zaczyna pełnić funkcję ochronną i zapewniającą bezpieczeństwo, zanim człowiek stanie się świadomy swojej śmiertelności. Wynika to z faktu, że samoocena związana jest z wczesną socjalizacją dziecka, czyli czasem, gdy jest ono jeszcze w pełni zależne od swoich opiekunów. Zaspokojenie potrzeb, zarówno fizycznych, jak i psychicznych, zmniejsza lęk, a ich deprivacja, generuje lęk przed śmiercią. Stąd od najmłodszych lat dziecko jest uczone, że zgodność z ustalonymi regułami (najpierw przez opiekunów, później przez społeczeństwo) zaspokaja potrzebę i poczucie bezpieczeństwa. Proces ten nie kończy się wraz zakończeniem dzieciństwa. Zależność ta jest stale wzmacniana poprzez mechanizm karania versus nagradzania przez otoczenie. Gratyfikację w postaci wzmocnienia samooceny człowiek otrzymuje dzięki posłuszeństwu obowiązującym standardom. Może się wydawać, że wybór właściwych reguł postępowania i obowiązujących norm jest zbyt trudnym zadaniem. Jednak w tym procesie jednostka jest wspierana poprzez zjawisko zinternalizowania norm społecznych. Dodatkowo, osoba poprzez zdolność przeżywania przez siebie uczuć przyjemnych bądź przykrych jest w stanie świadomie ocenić swój stosunek do ogólnie przyjętych reguł (Sołoma, 1995).

Autorzy TOT potwierdzają słuszność założeń swojej teorii wieloma badaniami, zarówno korelacyjnymi, jak i eksperymentalnymi. Większość z nich testowała dwie centralne hipotezy: (1) samoocena oraz wiara w sprawiedliwy świat posiadają zdolność do obniżenia trwogi oraz (2) przypominanie o konieczności śmierci motywuje ludzi do wzmacniania swojej samooceny oraz tworzenia więzi z osobami przejawiającymi podobny

światopogląd oraz deprecjonowanie tych, którzy reprezentują odmienne idee i wartości. Warto zwrócić uwagę na badania, w których zostało stwierdzone, że osoby z wysoką samooceną w sytuacji, w której zostały poproszone o intensyfikowanie myśli o śmierci znacznie mniej koncentrowały swoją uwagę na ochronie własnego światopoglądu niż osoby z niską samooceną. Efekt ten wskazuje na specyficzną funkcję samooceny jako czynnika obniżającego lęk przed śmiercią. Sytuacja, w której osoba czuje, że jej poczucie wartości jest zagrożone staje się istotnym predyktorem wyjaśniającym wysoki poziom lęku przed śmiercią (Harmon-Jones i in., 1997). Eksperyment przeprowadzony przez twórców TOT, potwierdził również istotną zależność pomiędzy identyfikacją z wyznawanym światopoglądem a lękiem przed śmiercią. Osoby w warunkach eksperymentalnych, w celu intensyfikacji przekonania o słuszności prowadzonych przez wojska amerykańskie działań wojennych w Zatoce Perskiej, zostały poproszone o wypisanie właściwych argumentów potwierdzających oraz usprawiedliwiających owe militarne działania. Generowanie argumentów miało również na celu solidaryzowanie się osoby z narodem. Grupa kontrolna nie miała takiego zadania. Natomiast obydwie grupy deklarowały swój poziom lęku przed śmiercią. Osoby w grupie eksperymentalnej, w porównaniu do grupy kontrolnej, wykazały się parametrami wskazującymi na mniejsze pobudzenie autonomicznego układu nerwowego, a podczas rozmowy dotyczącej śmierci, deklarowały jej znacznie niższe nasilenie (Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Simon, Breus, 1994).

Głównym założeniem TOT jest teza głosząca, że człowiek poszukuje swojej nieśmiertelności, zarówno w jej formie symbolicznej, jak też literalnej. Niestety, celem zarówno Beckera, jak i twórców TOT, nie było dokładne skonkretyzowanie, co miałyby oznaczać nieśmiertelność literalna oraz symboliczna. Światopogląd i samoocena dostarczają symbolicznego poczucia nieśmiertelności. Dokonuje się to poprzez przeświadczenie, że człowiek jest częścią czegoś co jest od niego większe, wartościowsze i trwalsze. Sam nie jest w stanie zapewnić sobie takiego przeświadczenia. Stąd, jak podkreślają twórcy TOT, spełnienie siebie w roli dobrego obywatela, opiekuńczego rodzica, czy wiernego fana sportowego daje poczucie nieskończoności. Natomiast światopogląd oferuje nieśmiertelność literalną dzięki obecności takich pojęć, jak: nieśmiertelna dusza, niebo, reinkarnacja, czy nirwana (Dechesne i in., 2003). Światopogląd (kultura) obiecuje literalną oraz symboliczną nieśmiertelność tym, którzy pozostają w zgodzie z jej standardami. Jednak, jak podkreślają i empirycznie wykazali twórcy TOT, literalną nieśmiertelność można uzyskać za pośrednictwem koncepcji religijnych. Religijny światopogląd oferuje zarówno nieśmiertelność literalną, jak też symboliczną, a światopogląd kulturowy, poprzez udział

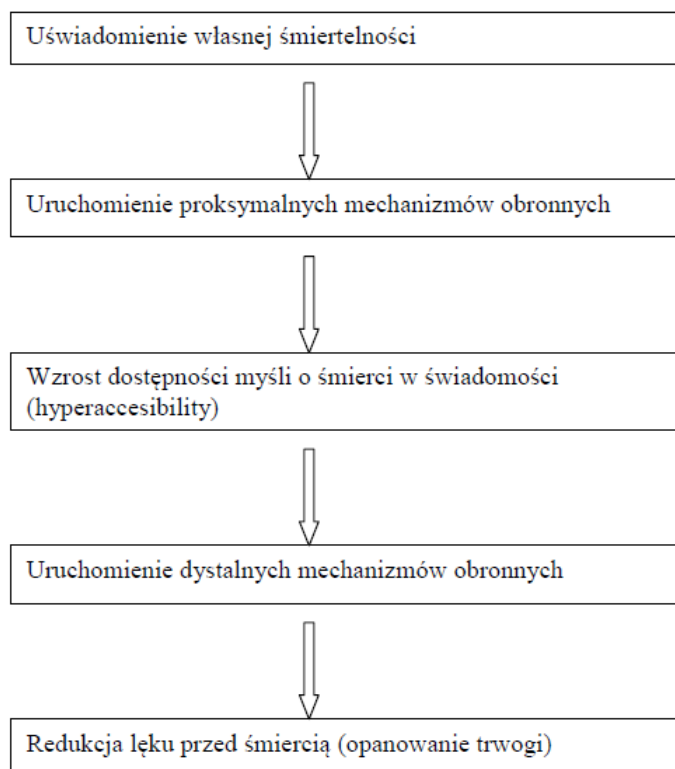
w kulturze, która przekracza śmierć, oferuje tylko nieśmiertelność symboliczną (Rosenblatt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski, Lyon, 1989).

W prosty i przystępny sposób osoba może się przekonać, że religia zapewnia literalną nieśmiertelność poprzez obietnicę, że pomimo świadomości powszechnego i nieuniknionego zjawiska fizycznej śmierci, nie musi to oznaczać końca ludzkiej egzystencji. Symboliczna nieśmiertelność pozwala osobie na doświadczenie poczucia, że jest się wartościową częścią czegoś większego od siebie samego, częścią czegoś, co jest w stanie przetrwać śmierć ludzkiego ciała. Takie zapewnienie utrzymują wspólnoty wyznaniowe oraz systemy religijne. Co więcej, religijność zawiera w sobie zachętę do wzmacniania samooceny poprzez podkreślanie ogromnej ważności osoby, zarówno jako indywidualnej jednostki, jak i części szerszej grupy, a idea, że jesteśmy wybrani i wezwani przez Boga do specjalnie wyznaczonych nam zadań, jest jednym z częściej pojawiających się stwierdzeń, nie tylko chrześcijańskich wyzwaniach, ale również w innych religijnych tradycjach (Vail i in., 2010).

Twórcy TOT przyznali nawet, że pierwszorzędną rolą rozpowszechnianej przez nich teorii, jest jej funkcja religijna (Soenke i in., 2013), jednak nie jest do końca jasne, co może oznaczać to sformułowanie. Z perspektywy osoby, może wydawać się motywującym takie zapewnienie, że zachowania oraz przekonania religijne zgodne z danym systemem religijnym, w jakiś sposób tłumią lęk przed śmiercią. Zapewnienie to bazuje na unikalnej ludzkiej obawie dotyczącej nieuniknionej konieczności śmierci, co staje się motywującym bodźcem do przestrzegania zachowania oraz przekonań danego systemu religijnego (Greenberg i in., 1986). Z drugiej strony, przedstawiciele TOT dużą wartość przypisują funkcji, jaką pełnią biologia i ewolucja. Odnieść to można wprost do naszych przodków, którzy byli świadomi konfrontacji z nieuniknioną koniecznością śmierci. W związku z tym fakt ludzkiego poczęcia i narodzin potomstwa wykorzystali jako konkretną rzeczywistość, która pozwoliła im w jakimś stopniu zaprzeczyć świadomości śmierci, zarówno na sposób literalny, jak i symboliczny (Greenberg, i in., za: Jong, Halberstadt, 2016).

Założenia TOT udało się zweryfikować empirycznie. Twórcy TOT opracowali metodę badawczą, która umożliwia wzbudzenie trwogi. Ta z kolei ma za celu pobudzić mechanizmy służące ochronie własnej koncepcji świata. Nie jest trudno wzbudzić aktywizujące myśli na temat własnej śmierci. Jednak w TOT, chodzi o szczególny rodzaj myśli. Jak pisze Konarzewski: „chodzi o taki poziom aktywizacji, na którym reprezentacja kołacza się w tyle głowy: nie jest przedmiotem namysłu, ani źródłem pobudzenia emocjonalnego, ale podmiot jest świadomy jej obecności i może jeśli chce przenieść ją w centrum uwagi” (Konarzewski, 2013, s. 31).

Propagatorzy TOT w swoich eksperymentach bazują na znanych z psychologii percepcji zależnościach. Konfrontacja z trudnymi myślami sprawia, że w celu usunięcia negatywnych emocji, osoba zaczyna je tłumić. Jednak po kilku minutach, właśnie pod wpływem efektu tłumienia, myśli te stają się jeszcze bardziej dostępne (Pyszczyński, 1997, za: Baka, 2009b). Reprezentanci TOT sugerują, że podobny proces myślowy zachodzi w przypadku myślenia o śmierci. Stąd w momencie, kiedy osoba zostaje przymuszona do aktywizacji myśli o śmierci, automatycznie zostają uruchomione bezpośrednio (proksymalne) mechanizmy obronne, które pełnią funkcję usunięcia myśli o śmierci z centrum uwagi. Dokonuje się to poprzez zaprzeczenie, tłumienie, czy po prostu za pomocą zwykłego przekierowania myśli na bodźce przyjemniejsze konotacyjnie. Po krótkiej chwili, następuje kolejny etap, którym jest wzrost myśli o śmierci. Dokonuje się już on poza centrum uwagi. To jest właśnie ta sytuacja, która najbardziej interesuje badaczy TOT, gdyż w tym momencie osoba uruchamia kulturowy system znaczeń w celu obrony przed zagrażającymi myślami. Stąd Greenberg wraz ze współpracownikami (2000), oprócz proksymalnych mechanizmów obronnych wymieniają również dystalne, które pojawiają się, kiedy przestają być aktywne mechanizmy proksymalne. Dystalne mechanizmy obronne pełnią funkcję obrony światopoglądu oraz odbudowy samooceny. Ten rodzaj myśli, który następuje bezpośrednio po ustąpieniu proksymalnych mechanizmów obronnych, w literaturze przedmiotu otrzymał specjalne określenie: dostępne myśli o śmierci (*DTA – Death Thoughts Accessibility*). Potwierdzeniem takich zależności jest eksperyment przeprowadzony przez Greenberga i współpracowników (1994) (Greenberg i in., 1994). Badacze, w momencie, w którym mierzyli bezpośrednio dostępne dla świadomości poznawczej myśli związane ze śmiercią zauważyli, że nasilenie myślenia o śmierci wzrasta, ale po krótkim opóźnieniu. Ten rodzaj myśli, znawcy TOT określili właśnie jako dostępne myśli o śmierci (DTA) (Greenberg, i in., 1994). Rysunek poniżej 3.2 w sposób graficzny przedstawia proces redukcji myśli i związanego z nimi lęku przed śmiercią zgodnie z założeniami TOT.



Rysunek 3.2 Rysunek ilustrujący proces redukowania lęku przed śmiercią wg TOT, za: Pyszczyński i in. 1997).

Począwszy od końca lat 80 XX wieku, naukowcy opracowali trzy dosyć szerokie podejścia, które testowały główne hipotezy TOT. Zostały one również wykorzystane do oceny funkcji religijności w opanowywaniu trwogi (Soenke i in., 2013).

Pierwsze podejście dotyczy wybudzenia w osobach badanych świadomości śmiertelności. Kolejnym krokiem jest ocenienie czy takie działanie motywuje osoby do przestrzegania oraz obrony światopoglądu, z którym jednostka się utożsamia. Treść pytań otwartych, na które mieli odpowiedzieć osoby badane były następujące: „Proszę, opisz emocje, które pojawiają się w Tobie, kiedy myślisz o swojej śmierci?” oraz „Zapisz, dokładnie jak tylko potrafisz, co stanie się z Tobą w momencie Twojej śmierci”. Uczestnicy badania w pobliżu domu pogrzebowego wypisywali zdania oraz słowa, które w podprogowy sposób miały wywołać myśli o śmierci. Okazało się, że w ponad stu takich badaniach została odkryta ta sama prawidłowość. Intensywność myśli o śmierci wzmacnia wiarę w światopogląd u osób, dla których jest on ważny, oraz osłabia to przywiązanie u tych, którzy mają odmienny światopogląd (Dechense i in., 2003).

Drugie podejście, które zostało już opisane wcześniej (por. napisz gdzie), miało na celu ocenę czy założenia TOT rzeczywiście zwiększają myśli bezpośrednio związane ze

śmiercią. Jeżeli wiara w światopogląd kulturowy oraz samoocena chronią ludzi przed myślami związanymi ze śmiercią, to sytuacja, która zagraża stabilności tych konstruktów powinna wywołać myśli o śmierci. Takie myśli o śmierci, które są wysoce dostępne, ale utrzymujące się poza świadomością, otrzymują nazwę myśli o wysokiej dostępności śmierci (DTA) (Soenke i in., 2013).

Trzecie podejście, miało na celu sprawdzenie założenia czy wzbudzanie w pamięci osoby informacji o psychologicznych zasobach związanych z TOT, czyli wiara w światopogląd oraz samoocena, redukują lęk oraz bronią osobę przed myślami związanymi ze śmiercią (Greenberg i in., 1986).

TOT oprócz szerokiego grona zwolenników oraz propagatorów napotyka również na krytykę. Krytyka dotyczy pięciu podstawowych zarzutów: 1) czy TOT jest zgodna z podstawowym założeniem teorii ewolucji? 2) czy można twierdzić, że lęk przed śmiercią zawsze pełni rolę adaptacyjną dla jednostki? 3) czy myślenie o śmierci zawsze potęguje lęk? 4) czy zachowania społeczne, które są następstwem myślenia o śmierci mogą być wytłumaczone np. lękiem przed odrzuceniem społecznym? 5) czy w aspekcie redukcji lęku przed śmiercią można pomijać indywidualny pogląd na świat jednostki, zbyt mocno akcentując ten społeczny? (Lee, Kirpatrick, Navarrete, 2006).

Niezgodność z podstawowymi założeniami teorii ewolucji odnosi się do rozumienia oraz interpretacji instynktu przetrwania. Twórcy TOT interpretują go jako główny motywator unikania śmierci. Teoria ewolucji przeciwstawia się takiej interpretacji sugerując, że u zwierząt, które podlegają ewolucji taka zdolność się nie wykształciła. Ewolucja wykształciła jednak u zwierząt szereg innego rodzaju lęków. Dlaczego zatem nie wykształciła również i takiego? (Buss, Orski, 2003). Głównym założeniem TOT jest odwoływanie się do teorii ewolucji w kwestii traktowania instynktu samozachowawczego jako głównego bodźca funkcjonowania jednostki (Harmon-Jones i in., 1997). Odwoływanie się twórców TOT do założeń ewolucji wymusza jednak na nich samych bardziej dokładną znajomość hierarchii ważności jej postulatów. Na obecnym etapie, teoria ewolucji w przekazywaniu potomstwa dopatruje się głównego regulatora ludzkiego zachowania (Buss, Orski, 2003). Zatem założenie, że lęk przed śmiercią jest głównym źródłem mechanizmów kierujących ludzkim życiem pomija i pomniejsza rolę reprodukcji (Baka, 2009a; Baka, 2009b).

Kontrowersje budzi również założenie o adaptacyjnej funkcji lęku przed śmiercią. Każdy lęk, również ten przed śmiercią jest zapowiedzią jakiegoś zagrożenia. TOT zakłada, że tylko i wyłącznie uruchamianie przez jednostkę dystalnych mechanizmów obronnych może ochronić przed paraliżującą człowieka oraz jego zachowanie reakcją na ten lęk.



Dystalne mechanizmy obronne należy rozumieć jako te, które uaktywniają się po pewnym czasie od momentu wzbudzenia trwogi. Zaliczyć można do nich identyfikację ze światopoglądem oraz wzmocnienie samooceny (Greenberg i in., 2000). Dlatego lęk przed śmiercią trudno nazwać przystosowawczym. Regularne doświadczanie trudnego dla jednostki stanu jest szkodliwe (Kirpatrick, Lee, Navarrete, 2006).

Krytyce zostało również poddane to założenie TOT, które mówi o tym, że bodźce płynące z otoczenia, a szczególnie te, które przypominają o śmierci zawsze wywołują lęk tanatyczny. Zdaniem Learego i Schreindorfera (1997) różne okoliczności przypominające o śmierci, równie dobrze mogą prowadzić do powstania przekonania, które wymusza minimalizowanie zachowań mogących wprowadzać zagrożenie dla życia jednostki. Widok symboli mających bezpośrednie skojarzenia ze śmiercią i umieraniem, równie dobrze może wywoływać lęk o zdrowie, a nie lęk przed śmiercią.

Założenia TOT są również krytykowane z powodu zbyt dużych uproszczeń terminologicznych. Z perspektywy lęku społecznego trudno jest postawić znak równości między lękiem przed wykluczeniem społecznym, a lękiem przed śmiercią, co czynią propagatorzy TOT. Myślenie o śmierci traktować można również jako konsekwencje okoliczności, w której człowiek czuje się bardzo samotny (Baumeister, za: Baka, 2009).

Ostatni zarzut dotyczy pomijania znaczącej roli w łagodzeniu lęku przed śmiercią indywidualnego światopoglądu jednostki, kosztem przypisywania znaczenia światopoglądowi społecznemu. Jednak, czy utożsamianie się ze wszystkimi światopoglądami może przynieść podobne konsekwencje w postaci redukcji lęku przed śmiercią? Istnieją takie systemy światopoglądowe, które stają się istotnym źródłem cierpienia, bólu i stresu. Dodatkowo, co potwierdzają badania, trwoga nasila raczej identyfikację z poglądem danej jednostki lub z poglądem grupy, do której ona przynależy, niekoniecznie zaś identyfikację ze światopoglądem społecznym (Kirpatrick, Navarrete, 2006; Leary, Schreindorfer, 1997). Dlatego, nie jest do końca klarowne stwierdzenie, że identyfikacja ze światopoglądem ogólnym, w przeciwieństwie do identyfikacji z poglądem osobistym, przynosi bardziej efektywny rezultat w postaci redukcji lęku przed śmiercią. Pomimo istniejących zarzutów sformułowanych w kierunku TOT, nadal jest ona teorią, która w interesujący oraz empirycznie weryfikowalny sposób tłumaczy proces, za pomocą którego osoba jest w stanie przezwyciężyć wpisane w jej naturę, konfrontowanie się z lękiem wynikającym ze świadomości śmierci.

## 4. Problematyka jakości życia

Pojęcie jakości życia jest trudne do zdefiniowania, co jest zresztą łatwo zauważalne, kiedy dokonuje się przeglądu literatury przedmiotu. Ponadto, wielu badaczy próbuje określić ten termin w odmienny sposób. Wzrost standardów życiowych, rozwój nauki, medycyny, pociąga za sobą polepszenie warunków życiowych osoby, co jest związane również z pojawiającymi się poprawkami bądź całkowitą zmianą definicji jakości życia. W niniejszym rozdziale zostanie podjęta próba przedstawienia różnych koncepcji jakości życia w psychologii, medycynie oraz ukazanie problematyki jakości życia w chorobie nowotworowej i przedstawienie związków jakości życia z religijnością.

### 4.1. Koncepcje jakości życia w psychologii

Termin *jakość życia* na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat znacznie ewaluował. W latach 60/70, badania nad jakością życia koncentrowały się na aspektach ekonomicznych. Wyznacznikiem jakości życia były posiadane dobra oraz aspekt konsumpcyjny. Początek XXI wieku wymusił potrzebę opisywania jakości życia z dwóch odmiennych perspektyw: (1) poziom jakości życia bazujący tylko i wyłącznie na dobrach materialnych oraz (2) jakość życia powiązana ze sferą emocjonalną i egzystencjalną. Poziom jakości życia zaczął być poszerzany z perspektywy „mieć” w kierunku kategorii „być” (Trzebiatowski, 2011).

Podstawowy podział koncepcji jakości życia koncentruje się na rozróżnieniu obiektywnych i subiektywnych aspektów tego zjawiska. Założenie obiektywne odnosi się do tego, co jest uważane przez standardy kultury i społeczeństwa jako obiektywnie pożądane i dobre. Za obiektywny wskaźnik jakości życia uważa się również kategorię zdrowia. Koncepcja subiektywna odnosi się do indywidualnego (subiektywnego) wartościowania różnych sfer życia oraz sfer bezpośrednio do życia osoby się odnoszących (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Zasadność poszerzenia koncepcji jakości życia o kategorie wykraczające poza tylko i wyłącznie wymiar materialny potwierdzają badania. Przykładowo, z badań przeprowadzonych przez Filippa i towarzyszy wynika, że nie jest wcale oczywistym fakt, że osoba, która posiada wysoki poziom materialny, będzie odczuwała wysoką satysfakcję z życia. Uwzględniono w tych badaniach chorobę. Badacze, poprzez podział warunków życia na te korzystne versus niekorzystne oraz otrzymaną przez osobę badaną ocenę sytuacji jako pozytywną vs negatywną, otrzymali aż cztery możliwe kombinacje opisujące

zadowolenie z życia. Okazuje się, że istnieje możliwość określenia swojego życia w kategoriach zadowolenia pomimo niekorzystnych warunków oraz niezadowolenia w sytuacji korzystnych okoliczności zewnętrznych (Flipp i Herring, 1991, cyt. za: Sęk, 1993) . Rodzi się zatem pytanie: Jak to możliwe, że osoba dotknięta chorobą i doświadczająca wielu ograniczeń społecznych może być bardziej usatysfakcjonowana swoim życiem od osoby fizycznie zdrowej? Na gruncie psychologii, można to tłumaczyć odwołując się do mechanizmów obronnych lub do charakterystycznego dla osoby systemu wartości i przekonań (w tym religijnych), mających wpływ na przystosowanie do choroby, kontrolę reakcji emocjonalnych oraz umiejętność nadania znaczenia sytuacji trudnej (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Dodatkowo, na co warto zwrócić uwagę, nie wykazano empirycznie, że wzrost standardów ekonomicznych łączy się z wzrostem wskaźników rozwoju społecznego oraz subiektywnej jakości życia (Czapiński, 1992). Zgodne z tym są wnioski oparte na wynikach badań przeprowadzonych przez Kasprzak i Derbis (1999), z których wynika, że warunkiem określenia swojego życia jako pozytywnego, nie jest wcale zaspokojenie wszystkich swoich potrzeb życiowych. Czynniki zewnętrzne nie stanowią o zadowoleniu z życia. Istotny wpływ na satysfakcję ma percepcja rzeczywistości.

Do propagowania badań nad jakością życia przyczynił się projekt Cambella (1971). Wprowadził on do psychologii takie same wskaźniki do oceny ludzkiej egzystencji, które wykorzystywane są w dziedzinie ekonomii. Dokonało się to za pomocą użycia ilościowych miar na dużej próbie respondentów. Udało mu się określić zmiany zaistniałe w sferze psychologicznej osób badanych. Jego interpretacja w głównej mierze opierała się na stwierdzeniu, że związek pomiędzy obiektywnymi warunkami życia a zadowoleniem z życia nie jest jednoznaczny. Oznacza to, że nie można stwierdzić, że wraz ze wzrostem obiektywnych warunków życia, wzrasta subiektywne zadowolenie z życia, jakość życia czy poczucie szczęścia.

Nie oznacza to jednak, że uzyskano konsensus w zakresie definiowania jakości życia. Wciąż toczy się dyskusja, czy zmienna jakość życia jest konstruktem, który bazuje na subiektywnym odczuciu jednostki, czy też na wskaźnikach obiektywnych? Czy jest uwarunkowana przez ludzkie potrzeby, przekonania, wartości i postawy? Czy jest konstruktem zmieniającym się w czasie, czy raczej bardziej stabilną rzeczywistością? (Leppert, i in. 2014).

Trzebiatowski (2011) proponuje, by istniejące definicje jakości życia pogrupować w cztery grupy, zawierające definicje: (1) egzystencjalne, (2) życiowe, (3) według kategorii potrzeb, (4) obiektywne oraz subiektywne. Do kategorii pierwszej można zaliczyć koncepcje takich badaczy jak Suchodolskiego, Tomaszewskiego, Nordenfelta i Kowalika, którzy

rozdzielają jakość życia w oparciu o kryterium „mieć” i „być”. W takim podziale „odnaleźć można zupełnie odmienne odniesienie do świata. Taki podział prowadzi do zrozumienia jakości życia w kategoriach jakości świata bądź jakości człowieka”. Kowalik (1993) uważa, że o jakości życia, decyduje jakość jednostkowych, codziennych przeżyć, których źródła poszukiwać można w podmiotowym systemie poznawczym. Im większe „uzdolnienia kognitywne”, tym wyższa „zdolność przeżywania”, kumulowania przeżyć i ostatecznie przekształcania ich w doświadczenie życiowe, które oznaczać może wysoką jakość życia. I przeciwnie, im mniejsze jednostkowe zdolności poznawcze, tym niższa jakość życia.

Drugą grupę tworzą koncepcje, które określić można mianem rozwojowych. Według Bańki (1993), najważniejszym komponentem jakości życia jest realizacja zadań rozwojowych, które przypisane są człowiekowi przez społeczeństwo. Zadania rozwojowe polegają na wypełnianiu ról społecznych oraz oczekiwań społecznych przypisanych do osoby. Są to zadania związane z miłością, pracą lub szkołą. Sytuacja, w której osoba doświadcza kryzysów w związku z wypełnianiem danej roli prowadzi do doświadczenia oraz możliwości oceny jakości życia na kontinuum od szczęścia do nieszczęścia (Bańka, 1993). Natomiast Raeburn i Rootman (1996, cyt., za: Trzebiatowski, 2011) określali jakość życia za pomocą spełnienia wynikającego z realizacji stawianych osobie zadań. Im bardziej osoba czuje się spełniona, tym wyższa jest jej satysfakcja z życia.

Trzecia grupa definicji koncentruje się wokół tematu zaspokojenia potrzeb. W nurt ten wpisują się spostrzeżenia Campbella (1971), dla którego im wyższe jest zadowolenie z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia i wykonywanego zawodu, tym wyższa satysfakcja z życia. Nieco wnikliwiej do tematu rozumienia satysfakcji z życia podchodzi Obuchowski (2000), który uważa, że poziom jakości życia mierzy się stopniem zaspokojenia potrzeb, natomiast o jakości życia świadczy sposób zaspokojenia (jakość) tych potrzeb. Dlatego stawia on znak równości pomiędzy jakością życia, a sensem życia i traktują je jako specyficzne potrzeby, które z jednej strony motywują jednostkę, natomiast z drugiej strony, stanowią swego rodzaju zestaw wskazówek umożliwiających ich realizowanie.

Czwarta kategoria definicji wprowadza rozróżnienie na obiektywne i subiektywne aspekty jakości życia. „Pośród wyznaczników obiektywnych jakości życia wskazać można między innymi na: poziom materialny, zabezpieczenie finansowe, warunki życia i mieszkania, warunki leczenia, bezpieczeństwo ekologiczne, relacje społeczne, system wsparcia społecznego, aktywność społeczną, rozwój osobisty (edukacja, praca, uczestnictwo w kulturze) czy też rekreację i wypoczynek. Do subiektywnych wskaźników oceny można

z kolei zaliczyć poziom stanu zaspokojenia potrzeb takich jak potrzeba bezpieczeństwa i poczucia wewnętrznego spokoju, realizacji życiowych celów oraz aspiracji, stopnia samoakceptacji, dobrostanu psychicznego, akceptacji społecznej czy uznania społecznego” (Trzebiatowski, 2011, s. 28). Podział wskaźników jakości życia na subiektywne oraz negatywne występuje w naukach społecznych. Jednakże, w psychologii subiektywne poczucie jakości życia, odnosi się do tych wskaźników, które określają sami badani poprzez stwierdzenie, co jest dla nich dobre i pożądane oraz ocenę własnego szczęścia i satysfakcji. Wskaźniki obiektywne to te, które koncentrują się na porównaniu warunków życiowych osoby z kryteriami normatywnymi, takimi jak wartości i cele. Psychologia w swoich badaniach koncentruje się głównie na subiektywnym aspekcie jakości życia (Rapley, 2003).

Należy również zwrócić uwagę na fakt zaistnienia pewnego zamieszania terminologicznego przy definiowaniu pojęcia jakości życia na gruncie psychologii. Wynika on z obecności wielu terminów pokrewnych w stosunku do jakości życia takich, jak: ogólny dobrostan psychiczny, szczęście i satysfakcja z życia, optymalne funkcjonowanie oraz zadowolenie z życia (Krok, 2009).

Według Ratajczak (2005), określenie jakości życia człowieka możliwe jest w sytuacji opisu towarzyszących mu stanów psychicznych, gdy zaspokaja on swoje potrzeby i realizuje swoje cele. Stany psychiczne są wynikiem poznawczej oceny interakcji zachodzącej między osobą, a otoczeniem w sytuacji doświadczania przez nią porażek lub sukcesów. Opis tak rozumianej jakości życia możliwy jest z perspektywy i oceny subiektywnego poczucia harmonii bądź dysharmonii konkretnych potrzeb jednostki i zasobów środowiska. Badania nad subiektywnymi ocenami jakości życia prowadzone są w wielu sferach ludzkiej aktywności.

Natomiast Michalos (2004) uważa, że pojęcie jakości życia jest najbardziej i najłatwiej uchwytne oraz możliwe do opisania w psychologii, w perspektywie doświadczanego przez osobę szczęścia i satysfakcji. W momencie wzrostu / obniżenia poczucia szczęścia oraz satysfakcji, jakość życia analogicznie wzrasta / obniża się. Wynika to z faktu, że ludzie są zdolni ocenić, a co za tym idzie, doświadczają emocji, które w sytuacji pomiaru zmiennej jakości życia są wysoce diagnostyczne. Jakość życia według Michalosa (2004) należy spostrzegać jako rezultat ocenianych przez osobę rozbieżności na 6 wymiarach. Każde z nich stanowi oddzielne kontinuum: (1) tego czym jednostka dysponuje, a tym czym chciałaby dysponować, (2) to, czym obecnie dysponuje, a tym co powinna posiadać w sytuacji idealnej, (3) tego co jest dostępne w środowisku dla realizacji zakładanych celów życiowych, a tym co jest niezbędne dla ich osiągnięcia, (4) tego jaka jest obecnie jakość życia, a najlepszą jakością w przeszłości, (5) tego czym aktualnie dysponuje człowiek, a tym

czym dysponują inni ludzie oraz (6) stopnia dopasowania cech osobistych do wymagań stawianych w tym zakresie przez środowisko życiowe.

Nie wszyscy jednak są zgodni co do trafności metodologicznej subiektywnego aspektu jakości życia. Bardziej poprawny metodologicznie jest obiektywny pomiar jakości życia. Podstawą do zrozumienia takiej jakości życia jest ocena afektywnego szczęścia przez pryzmat jego użyteczności, czyli na ile jest ono dla osoby wartościowe (dobre / złe) i jaka jest jego intensywność (słabe / silne). Szczęście obiektywne różni się od subiektywnego tym, że bazuje na ogólnych wrażeniach sformułowanych przez osobę oraz operacjonalizowanych przez jednostkę w danym momencie, a nie na procesach pamięciowych bądź ogólnych wrażeniach. Obiektywne szczęście zakotwiczone jest w teraźniejszości (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Pojęcie jakości życia można określić jako opisanie własnej sytuacji życiowej w konkretnym odcinku czasu. Określenie jakości życia jest wynikiem zastanowienia się nad życiem (refleksji), co oznacza, że w niektórych sytuacjach stan zadowolenia z życia będzie utożsamiany i opisywany jako jakość życia (De Walden-Gałuszko, 1994). W ocenie jakości życia podkreśla się rolę procesów umysłowych i emocjonalnych, które odnoszą się będą do tych pozytywnych i pożądaných wymiarów funkcjonowania osoby (Czapiński, 1992).

Warto również spojrzeć na zagadnienie jakości życia z perspektywy psychologii rozwojowej. Człowiek jest bytem, który rozwija się do końca swojego życia. Tak jak w okresie dzieciństwa, rozwój ukierunkowany jest na adaptację do tego co społeczne, tak okres dorosły można scharakteryzować jako dominancja roli interpretowania i reinterretowania nabytego doświadczenia. Człowiek osiąga osobowy rozwój poprzez przystosowanie wewnętrzne, które polega na integrowaniu struktur życia psychicznego oraz uzyskaniem zgodności pomiędzy własnymi działaniami, a powszechnym sensem, wartościami. Takie przystosowania podmiotowe i egzystencjalne stają się źródłem poczucia spełnienia, harmonii, głębokiego sensu pomimo przeciwności losu (Straś-Romanowska, 2002).

## **4.2. Koncepcje jakości życia w medycynie**

Wydarzeniem, który istotnie przyczynił się do rozszerzenia terminu jakości życia z obszaru nauk społecznych na nauki medyczne, było pojawienie się definicji opracowanej przez specjalny zespół przy Światowej Organizacji Zdrowia powołany do opisu jakości życia, która warunkowana jest również przez sferę fizyczną człowieka (WHOQOL). Została w niej powtórzona definicja zdrowia jako sytuacji nie tylko braku choroby, ale przede

wszystkim jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Ponadto, jakość życia osoby została opisana jako osobista ocena swojego życia dokonana przez jednostkę w kontekście kultury, systemu wartości, w którym osoba żyje oraz wzajemnych relacji z jej oczekiwaniami, celami i przeżywanymi troskami (The World Health Organization quality of life assessment - WHOQOL, 1995). Jest to koncepcja jakości życia bardzo szeroka, gdyż w kompleksowy sposób obejmuje zdrowie fizyczne jednostki, jej psychologiczny stan, poziom samodzielności, relacje ze społeczeństwem, osobiste przekonania oraz ich relacje ze środowiskiem. Jakość życia osoby ocenia się poprzez porównania do jakości życia innych i odnosi się ją do aktualnego okresu życiowego (Leppert, i in., 2014; De Walden-Gałuszko, 1994). Dodatkowo, WHOQOL usystematyzowała koncepcję jakości życia człowieka w sześciu sferach: (1) fizycznej, (2) psychologicznej, (3) samodzielności, (4) relacjach ze społeczeństwem, (5) relacjach ze środowiskiem, otoczeniem oraz (6) w sferze duchowej, religijnej. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje także grupy osób, które w szczególny sposób powinny zostać objęte badaniami nad jakością życia. Zalicza się do nich ludzi chorych na nowotwory, cukrzycę, AIDS, osoby niepełnosprawne i mniejszości narodowe (WHOQOL, 1995). W obrębie nauk medycznych stosuje się określenie „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQL – Health Related Quality of Life). Jako pierwszy, pojęcie to wprowadził Schipper, który uznał, że stan zdrowia może w istotny sposób wpływać na życie i funkcjonowanie człowieka, a w rezultacie – na ocenę jakości tego życia (De Walden-Gałuszko, 1994; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Dynamiczny rozwój zainteresowania tematyką jakości życia w medycynie można przypisać dwóm czynnikom. Po pierwsze, zaczęto zauważać rolę, jaką jakość życia odgrywa w procesie zdrowienia pacjentów. Po drugie, same osoby będące w obszarze oddziaływań medycyny, zaczęły domagać się, by proces leczenia został poszerzony i wykraczał poza aspekty biologiczne, związane z chorobą o takie dziedziny, jak: aspekty psychologiczne, społeczne i religijne. Stąd rozwój problematyki jakości życia w obrębie nauk medycznych można przypisać z jednej strony zasadzie holistycznego podejścia do pacjenta, z drugiej zaś, jest on rezultatem oczekiwań oraz potrzeb pacjenta stawianym medycynie (Kowalik 1993; Janowski, 2005).

Jakość życia można również rozumieć jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia. W naukach medycznych rozróżnia się następujące obszary funkcjonowania człowieka: stan fizyczny, sprawność ruchową, stan psychiczny, doznania somatyczne, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne. Znacznie rozszerzona i bardziej dokładna lista wymiarów, na podstawie której ocenić można stan jakości życia osoby chorej, została wprowadzona przez Petermana i Cella (2000). Należą do niej: dobrostan fizyczny, w tym odczuwane

dolegliwości, dobrostan funkcjonalny, który wyraża się zdolnością do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem, dobrostan emocjonalny obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe, zdolność do podtrzymywania kontaktów rodzinnych, funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcja z ich pełnienia, satysfakcja z leczenia, sfera intymności oraz obraz własnego ciała.

Jakość życia na poziomie globalnym definiuje się najczęściej jako subiektywny dobrostan osoby chorej (Cohen, Hassan, Lapointe, Mount, 1996; Cohen i in., 1997). Wyznacznikiem tej kategorii jakości życia jest wynik interakcji między chorobą, opieką zdrowotną i bogatym spektrum życiowych doświadczeń pacjenta. Jakość życia w znacznej mierze jest także odzwierciedleniem różnicy między oczekiwaniami osoby chorej, a jej aktualnymi doświadczeniami. Używanie tej kategorii w badaniach naukowych pozwala na uzyskanie informacji o zależnościach pomiędzy przeżywaną chorobą, jej leczeniem, a samopoczuciem chorego (Kochańska, Lewicka – Nowak, Zarzycka, 2006).

Ocena jakości życia jest bardzo istotnym wskaźnikiem dobrostanu osiąganego przez pacjenta poddanego leczeniu. Poszerza wgląd w złożone uwarunkowania medyczne w zakresie środowiska fizycznego i psychicznego, w którym funkcjonuje osoba chora. Dokładna analiza jakości życia jest szansą lepszego zaplanowania i zorganizowania optymalnej opieki. Ocena własnego zdrowia i całościowej sytuacji życiowej przez chorego to ważny element w procesie leczenia, w którym sam pacjent może mieć swój aktywny udział. Stąd niezwykle istotne jest, aby analiza jakości życia dokonywała się z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi badawczych (Jankotowicz, 2014).

W badaniach nad jakością życia ważna jest subiektywna ocena stanu zdrowia osób z diagnozą choroby zagrażającej życiu. Pozwala ona na uzyskanie wartościowych informacji od pacjenta, dotyczących zarówno objawów choroby, niepożądanych skutków leczenia i oceny funkcjonowania psychologicznego, społecznego i duchowego chorego. W badaniach jakości życia prowadzonych wśród chorych należy uwzględnić następujące wskaźniki: stan ogólny pacjentów, dokuczliwe objawy, które mogą stanowić trudność w wypełnianiu kwestionariuszy, bądź dodatkowe obciążenie dla chorych. Dlatego, w tej grupie pacjentów narzędzia badawcze powinny być krótkie i zrozumiałe (Leppert i in., 2014).

W literaturze medycznej wymienia się dwa modele jakości życia związane ze zdrowiem. Pierwszy, ma charakter funkcjonalny (*function based model*) i jest skoncentrowany na aspekcie medycznym, czyli na tych poziomach funkcjonowania osoby, które odnoszą się do aspektów biologicznych, klinicznych, związanych z toksycznością leczenia oraz biologicznego funkcjonowania. Model drugi opiera się na holistycznym i subiektywnym znaczeniu (*meaning based model*), jakie jednostka nadaje sytuacji choroby.



Znaczenie to dokonuje się na podstawie interpretacji swojego zdrowia lub choroby w powiązaniu z interakcyjną rolą czynników takich jak: osobista autonomia, przekonania, wybory, czy relacje z innymi. Haase i jego współpracownicy (1999) sformułowali wiele ciekawych obserwacji w oparciu o zastosowanie obydwu metod do opisu pacjentów chorych na nowotwory (Haase, Heiney, Ruccione, Stutzer, 1999)

Chociaż w opisie jakości życia osoby chorej bazuje się na subiektywnej ocenie dokonanej przez samą osobę, to jednak ocena ta nie jest nigdy oderwana od obiektywnego czynnika, jakim jest stan biologiczny organizmu. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której osoba dokonuje oceny jakości własnego życia i zadowolenia, bez odniesienia do symptomów choroby. To znaczy, subiektywna opinia oparta na przeżyciowo–poznawczej zdolności osoby, zawsze odnosi się do konkretnej rzeczywistości jaką jest stan zdrowia (Kowalik, 1993). To poprzez ocenę poznawczą osoba ustosunkowuje się do zaistniałych zdarzeń i ocenia istniejący stan rzeczy. To co osoba przeżywa, wynika z bezpośredniego kontaktu z czymś zewnętrznym, opiera się na konkretnym doświadczeniu, charakteryzuje się biernością w tym sensie, że nie wymaga żadnej aktywności jednostki. W kwestii związanej z oceną jakości życia, obydwie aspekty, przeżyciowy i poznawczy, są ze sobą mocno związane, gdyż ocena poznawcza choroby, bazuje na tym, co jednostka przeżywa i czego doświadcza. Dlatego okoliczności, w których osoba chora wypowiada się na temat swojej choroby, należy traktować jako wypadkową tego, co przeżywa i poznaje (Krok, 2009). Pogląd ten stanowi konsensus do dyskusji prowadzonej pomiędzy zwolennikami oceny jakości życia związanej ze zdrowiem dokonywanej na bazie kryteriów obiektywnych i subiektywnych.

Należy również dodać, że subiektywna ocena stanu zdrowia osoby chorej, nie dokonuje się bez udziału osób leczących, takich jak: lekarz, psycholog i inni pracownicy służby zdrowia. Stanowi ona wynik interakcji między sposobem wartościowania danych uzyskanych w postępowaniu klinicznym i diagnostycznym, oceną zaburzenia i sposobem postępowania terapeutycznego. Dla oceny jakości życia przez osobę chorą ważna jest również treść informacji o chorobie oraz sposób komunikowania tej informacji (Okła, Steuden, 2007).

Badania nad jakością życia osób chorych są cennym źródłem informacji medycznych z trzech powodów: (1) ukazują sposób przeżywania przez pacjenta choroby, ocenę tej choroby oraz wartościowanie doświadczenia choroby, które może być odmienne od punktu widzenia profesjonalnej opieki medycznej; (2) subiektywne oceny pacjentów są dodatkowym źródłem informacji, ważnym z punktu widzenia stosowanych metod leczniczych oraz oddziaływania terapeutycznego, (3) zauważone przez lekarzy potrzeby

pacjentów ułatwiają zapewnienie profesjonalnej opieki medycznej (Tobiasz – Adamczyk, 2000, cyt. za: Wnuk, 2012).

Analizując problematykę jakości życia w chorobie należy zwrócić uwagę na związek między poczuciem szczęścia osoby a jego satysfakcją z życia. Zgodnie z teorią cebulową przedstawioną przez Czapińskiego (1992), szczęście jest konstruktem złożonym z trzech warstw. Warstwę najgłębszą stanowi wola życia, warstwę pośrednią – ogólne zadowolenie z życia, które wyraża się poprzez stosunek człowieka do przyszłości i przeszłości, a w dużej mierze zależy od zmiennych emocjonalnych. Warstwę najbardziej powierzchowną stanowią satysfakcje cząstkowe, czyli ocena poszczególnych dziedzin życia. Można stwierdzić, że właśnie ta najbardziej powierzchowna warstwa, powiązana jest z jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia, gdyż stanowi swego rodzaju formę satysfakcji cząstkowej. Należy jednak pamiętać, że choroba jest czynnikiem zakłócającym możliwości zaspokojenia wielu ważnych dla człowieka potrzeb (de Walden-Gałuszko, 1994).

#### **4.3. Predyktory jakości życia w chorobie nowotworowej**

Praca nad rozwojem profilaktyki mającej przyczynić się do polepszenia jakości życia staje się szczególnie ważna wśród pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową. Diagnoza choroby nowotworowej stawia osobę w realiach stanu ciągłego zagrożenia życia, powiązana jest ze znacznym obciążeniem psychicznym oraz brakiem stabilności w doświadczeniu zadowolenia z własnej egzystencji (Okła i in. 2007).

Choroba nowotworowa zakłóca funkcjonowanie człowieka na wielu wymiarach, co skutkuje ogólnym obniżeniem jakości życia osoby chorej, gdyż wiąże się z bólem, cierpieniem, zachwianiem poczucia bezpieczeństwa, a częsta hospitalizacja może wywoływać uczucie odosobnienia. Zaawansowana faza choroby nowotworowej wpływa negatywnie na dobrostan poprzez myśli koncentrujące chorego na sprawach, których choroba uniemożliwia mu dokończenie (Chrobak, 2009). Informacja o chorobie nowotworowej wzbudza silne reakcje emocjonalne przeważnie o zabarwieniu negatywnym, stanowi bardzo silny stres zarówno dla pacjenta, jak i dla jego rodziny. Stres ten może mieć swoje konsekwencje w wysokim poziomie depresji i poczucia beznadziejności (de Walden-Gałuszko, 1994; Kopczyńska-Tyszko, 1999; Kubacka-Jasiecka, 1999; Pilecka, 2004; Heszen, Sęk, 2012. Badania przeprowadzone na 987 osobach chorych na nowotwór płuc wykazały, że symptomy depresyjne wśród pacjentów są zjawiskiem powszechnym, utrzymującym się przez znaczny okres trwania choroby (Hopwood i Stephens, 2000, za: Pękała, Kozaka, 2016).

Reakcje na informację zawierającą diagnozę nowotworu mają swoje źródło w spostrzeganiu choroby nowotworowej przez społeczeństwo jako schorzenia bolesnego oraz nieuchronnie zmierzającego do śmierci. Diagnoza choroby nowotworowej wiąże się z poczuciem izolacji społecznej oraz wywołuje wyobrażenia o śmierci w ogromnym cierpieniu (de Walden-Gałuszko, 1994). Choroba nowotworowa jest czynnikiem obiektywnie niekorzystnym, zatem wśród tych pacjentów można spodziewać się dwóch sytuacji – paradoksu zadowolenia lub uzasadnionego niezadowolenia. Pacjenci mogą w odmienny sposób reagować na stosowane leczenie, a ich jakość życia może zależeć od wielu różnych czynników (Krok, 2009).

Klee (2000) wraz z współpracownikami opracowali teoretyczny model jakości życia osób z nowotworem w trakcie trwania chemioterapii. Model ten ujmuje objawy, które można skategoryzować w czterech grupach: (1) *objawy związane z nowotworem*, (2) *ostre niepożądane objawy leczenia*, (3) *przewlekłe objawy niepożądane* i (4) *symptomy niezwiązane z nowotworem*. Jednak rzadko objaw z jednej grupy funkcjonuje osobno. Symptomy, których doświadczają osoby chore, nakładają się na siebie, tworząc sześć kategorii: (1) *ostre objawy niepożądane leczenia* (nudności, wymioty i biegunka), (2) *ostre objawy niepożądane leczenia i symptomy związane z nowotworem* (utrata apetytu, zmiana smaku), (3) *ostre objawy niepożądane leczenia, symptomy związane z nowotworem i niezwiązane z nowotworem* (zmęczenie, osłabienie, potrzeba odpoczynku), (4) *objawy związane z nowotworem i niezwiązane z nowotworem* (ból), (5) *przewlekłe objawy niepożądane* (utrata czucia, parestezje, utrata włosów) oraz (6) *ogólna ocena* (kondycja fizyczna, ogólna ocena jakości życia).

W psychoonkologii obecne są dwie definicje jakości życia, które bezpośrednio odnoszą się do pacjentów chorych na nowotwór. Pierwsza, określa jakość życia jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, który można sprowadzić do subiektywnej oceny życia jako całości”. Druga definicja mówi o tym, że „ogólna ocena jakości życia to obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu” (de Walden-Gałuszko, 1994, s. 14).

W celu bardziej wnikliwego zrozumienia reakcji osoby na informację o chorobie nowotworowej bądź sytuację trwania osoby w stanie choroby w dłuższym bądź krótszym okresie czasu, wartościowe jest przedstawienie definicji stresu psychologicznego w reakcji na chorobę. Są to definicje autorstwa Lazarusa (1993) i Hobfolla. Według tego pierwszego, aktualna sytuacja wywołana przez chorobę, najczęściej oceniana jest przez osobę jako krzywda bądź strata. Natomiast w kontekście przyszłości, choroba może być traktowana w kategorii zagrożenia bądź wyzwania. W tym wypadku, zagrożonymi wartościami są: życie,

sprawność, samoocena, relacje z innymi. Z kolei kwestia wyzwania wiąże się ze świadomością leczenia choroby (Lazarus, 1993). W nurcie teorii Hobfolla (1989, za: Heszen-Niejodek, 2013), choroba nowotworowa może być ujmowana jako źródło stresu, gdyż obiektywnie oznacza, znaczną utratę zasobów zdrowotnych, oraz świadomość pewnej dalszej ich utraty. W wielu wypadkach, choroba uruchamia tzw. „spirale strat”. Dla przykładu, choroba uniemożliwia wykonywanie pracy, a to pociąga za sobą umniejszenie zasobów materialnych. Sytuację pogarszającego się statusu materialnego osoby hospitalizowanej bądź poddanej leczeniu poddali weryfikacji Nowicki i jego współpracownicy (2006). Wykazali oni, że w większości przypadków choroba nowotworowa spowodowała istotne problemy finansowe, co negatywnie wpływało na odczuwaną przez osobę chorą jakość życia.

Chorobę nowotworową można zakwalifikować do chorób najbardziej stresujących. Niemalże wszyscy chorzy na nowotwór, przynajmniej na początku, gdy otrzymują informację o diagnozie choroby, doświadczają objawów stresu emocjonalnego, do których można zaliczyć depresję, lęk i gniew. Sytuacja stresu emocjonalnego ma swoje powiązania z reakcją somatyczną organizmu, co dodatkowo wpływa negatywnie na jakość życia osoby. Najbardziej stresującymi sytuacjami związanymi z chorobą są: wykrycie objawów choroby nowotworowej, procedura leczenia, działania niepożądane leków, pobyty w szpitalu, problematyka fizycznego i emocjonalnego przystosowania, rodzaj stosowanego leczenia (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999; Lelonek, i in. 2013).

Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje szereg typowych reakcji, które można określić jako próbę poradzenia sobie z kryzysem wywołanym przez chorobę. Kübler – Ross (1979) wymieniła pięć reakcji (faz) emocjonalnych przeżywających przez osoby chore na nowotwory, a są to: (1) *faza odrzucenia prawdy, izolacja i negacja*; taka reakcja pomaga choremu w odrzuceniu świadomości własnego stanu; (2) *faza buntu, agresji wobec siebie i otoczenia*; faza ta wiąże się z narastaniem lęku; (3) *faza oczekiwania, refleksji nad swoją chorobą*; (4) *faza depresji, rozpacz*, czas traktowania choroby jako rezultat (wynik) popełnionych w przeszłości błędów oraz (5) *faza pogodzenia się z chorobą* i akceptacja swojego położenia; ta ostatnia faza jest wyrazem dojrzałości emocjonalnej.

Istnieje wiele interesujących badań, które koncentrują się na sposobach radzenia sobie z trudnymi emocjami będącymi reakcją chorego na informację o chorobie. Jedne z nich zostały przeprowadzone przez Li i współpracowników (2015) wśród kobiet chorych na nowotwór piersi. Pacjentki, które zgłaszały częste stosowanie nieadaptacyjnych strategii poznawczego radzenia sobie z chorobą takich jak: samo-obwinianie, uporczywe rozmyślanie o chorobie, wyolbrzymianie oraz obwinianie innych, charakteryzowały się

gorszą oceną jakości swojego życia, od tych pacjentek, które, stosowały takie adaptacyjne strategie, jak: akceptacja choroby, pozytywne myślenie, koncentracja na działaniu i planowaniu oraz pozytywna ocena choroby.

Badania przeprowadzone przez zespół pod przewodnictwem Kulpy (2013) wykazały, że jakość życia osoby chorej na nowotwór powiązana jest z postawą wobec choroby. Badacze odnotowali, że im bardziej intensywna jest postawa walki chorego, większa zdolność do pozytywnego przewartościowania oraz konstruktywna strategia radzenia sobie, tym lepsze funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i poznawcze. Podobnie Folkman (2008) w swoich badaniach wykazała, że stosowanie przez pacjenta konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową było predyktorem wyższej satysfakcji z życia oraz pozytywnych emocji. Analogicznie, gorsze, czyli nieadaptacyjne strategie radzenia sobie, skutkowały gorszą jakością życia oraz większym poziomem odczuwanego stresu.

Do czynników somatycznych, które w istotny sposób warunkują jakość życia osoby chorej na nowotwór można zaliczyć: doświadczenie bólu, nudności, zmęczenie, duszności, wymioty, zaburzenia snu, utrata apetytu i zaparcia. Jednak najbardziej dokuczliwe, znacznie obniżające poczucie jakości życia osoby chorej, jest odczuwanie bólu. Okazuje się, że niezależnie od etapu trwania choroby nowotworowej, ból towarzyszy około 50% pacjentom a w zaawansowanej fazie choroby, około 75 % (Dobrogowski, i in., 2004, cyt. za: Kulpa, Stypuła-Ciuła, 2013). Badania przeprowadzone w Poradni Leczenia Bólu w Centrum Onkologii w Warszawie były próbą weryfikacji hipotezy o negatywnym związku jakości życia z odczuwanym bólem. Wyniki badań informują, że wraz ze wzrostem nasilenia bólu związanego z nowotworem, wzrasta nasilenie zmęczenia, natomiast obniża się poziom subiektywnej i obiektywnej jakości życia, a wraz ze zmniejszeniem nasilenia bólu nowotworowego obniża się poziom zmęczenia, natomiast podwyższa się poziom subiektywnej i obiektywnej jakości życia (Kulpa, Stypuła-Ciuła, 2013). Są to wyniki spójne z wynikami, które w swoich badaniach uzyskali Hølen, Lydersen, Klepstad i Kaasa (2008). Osoby z doświadczeniem bólu nowotworowego gorzej funkcjonują fizycznie, emocjonalnie i społecznie. Wyniki tych badań dostarczają także danych na temat innych predyktorów jakości życia. Okazuje się, że osoby lepiej funkcjonujące w rolach życiowych, odczuwają mniejszą uciążliwość objawów w porównaniu z pacjentami funkcjonującymi gorzej w rolach życiowych. Podobne zależności zauważono w przypadku funkcjonowania emocjonalnego. Im lepsze funkcjonowanie emocjonalne, tym w mniejszym stopniu pacjent doświadcza natężenia bólu.

Badania wskazują również na zjawisko zmęczenia, jako jednego z głównych czynników negatywnie warunkujących poziom jakości życia osób z nowotworem (Andrykowski, Donovan, Laronga, Jacobsen, 2010). Najczęstszą formą leczenia nowotworowego jest chemioterapia. Aż 75%-96% badanych poddanych chemioterapii uskarża się na uporczywe uczucie zmęczenia. Nie można mylić ani stawiać na równi tej formy zmęczenia, ze zmęczeniem osób nie przeżywających choroby nowotworowej. Dla podkreślenia „inności” zjawiska, wprowadzony został do literatury i praktyki termin *zmęczenie związane z chorobą nowotworową (CRF – cancer-related fatigue)*. Scharakteryzować go można jako: trudności w skupianiu uwagi, podjęciu i utrzymaniu aktywności fizycznej i wysiłku umysłowego, łatwe męczenie się, duszności, obojętność, brak zainteresowań i motywacji oraz senność. W tym przypadku sen nie przynosi ulgi (Stone, Minton, 2008). Każdy pacjent w charakterystyczny sobie sposób reaguje na leczenie oraz na skutki uboczne leczenia. Dlatego poziom jakości życia w znacznej mierze zależy od przystosowania pacjenta do choroby. Przystosowanie psychiczne do choroby, a co za tym idzie jakość życia warunkowane są zarówno poprzez czynniki psycho-społeczne, jak i poziom zmęczenia (Brandão, Schulz, Matos, 2017). Badania przeprowadzone przez Krawczyk (2013) dowodzą istnienie związku między wszystkimi funkcjonalnymi aspektami jakości życia osób z nowotworem a występowaniem zmęczenia. Odczuwane zmęczenie w tych badaniach, wyjaśniało aż 33% zmiennej jakości życia. Zmęczenie wpływa negatywnie na utrzymanie relacji interpersonalnych, funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i aktywność zawodową (Dębska, i in. 2015).

W literaturze można spotkać również zaskakujące spostrzeżenia z badań przeprowadzonych wśród pacjentów onkologicznych. Dla przykładu, badania Tymińskiej i Grzelewskiej-Rzymowskiej ukazały poprawę jakości życia wśród pacjentów z nowotworem płuc w trakcie trwania leczenia. Skutki tej poprawy można wiązać ze stosowaniem leczenia cytostatykami. Stosowanie tego leku wpłynęło na podjęcia decyzji o dalszym leczeniu, co poskutkowało ukazaniem osobie chorej perspektywy dłuższego życia. Sami autorzy badań, tłumaczyli takie zależności specyfiką grupy badanej, do której zaliczały się osoby z nowotworem płuc (Pękała, Kozaka, 2016). Interesujące wnioski z badań przedstawia również Chorzela (2013), która Skalą Oceny Własnej Choroby przebadala pacjentów zdrowych, którzy wyzdrowieli z choroby nowotworowej. Po odzyskaniu zdrowia, znaczna większość osób zmieniła swoją tożsamość z osoby, która w trakcie trwania choroby była ofiarą a w momencie badania, spostrzegala siebie jako osobę, która była w stanie przeciwstawić się chorobie, co zwiększyło spostrzeganą przez nią jakość życia osoby. W momencie odzyskania zdrowia w porównaniu do czasu trwania w chorobie, zauważalny był

u badanych osób wyższy poziom empatii, altruizmu, zdolności współczucia i zaangażowania w działalność charytatywną.

Do ciekawych wniosków doszli badacze, którzy podjęli próbę porównania subiektywnej oceny jakości życia wśród populacji osób chorych na nowotwór oraz populacji ludzi zdrowych. Część badań informuje o statystycznie istotnym braku takich różnic (Kozaka, Kobus, 2015). Wyjaśnieniem tych ciekawych oraz zaskakujących zależności, może być teoria „góra – dół” Czapińskiego (2004, cyt. za: Kozaka, Kobus, 2015). Według tej teorii osoba charakteryzuje się w miarę stałym, ugruntowanym (pomimo przeżywających trudności) poziomem odczuwanej satysfakcji z życia, stanowiącej podstawę do oceny wydarzeń. W związku z tym osoby, które odznaczają się wysoką satysfakcją z życia, bardziej pozytywnie oceniają napotykaną zdarzenia. Może to wyjaśniać zaskakująco wysoki poziom satysfakcji z życia pacjentów onkologicznych, którzy szukają pozytywnych stron swojej choroby. Podobne zależności zostały odkryte wśród kobiet z nowotworem piersi po mastektomii. Wyniki tych badań wskazały na brak różnic pomiędzy jakością życia kobiet zdrowych oraz chorych na nowotwór. Okazuje się, że poczucie otrzymanego wsparcia oraz poczucie sensu życia umacniało pacjentki z nowotworem do niesienia pomocy oraz dawania otuchy innym, co wzmacniało jakość życia. Wszystkie kobiety, które brały udział w badaniu były działaczkami klubu „Amazonki” (Okła, i in. 2007). Dodatkowo, wnioski zgromadzone dzięki badaniom Ogińskiej-Bulik oraz Juczyńskiego (2008) sugerują, że źródła satysfakcji z życia osób chorych na nowotwór i osób zdrowych są zupełnie odmienne. Źródłem satysfakcji dla osób zdrowych jest aktywność własna oraz kontakty z innymi, a dla chorych pełnienie ról społecznych i zawodowych.

Czynnikiem podnoszącym jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową jest optymizm. Optymizm sprawia, że osoba chora zaczyna dokonywać w sobie zmian, które służą realizacji podstawowych potrzeb. Optymizm u osoby chorej, pozwala na wypracowanie postawy poszukiwania pozytywnych wartości w sytuacji choroby i jej leczenia oraz ułatwia adaptację do zmieniającej się życiowej sytuacji. Strategie zaradcze, które swoje źródło mają w optymizmie, mogą przyczyniać się do pozytywnej oceny jakości swojego życia, niezależnie od zaistniałej sytuacji chorobowej (De Walden-Gałuszko, 1994). Okazuje się, że poziom jakości życia może nie pogarszać się pomimo trwania choroby oraz przeżywanego w chorobie zmęczenia. Rezultaty wynikające z badań przeprowadzonych przez Pietrzyk oraz jej współpracowników (2017) nie są zgodne z wnioskami badań, które wskazywały na to, że poziom zmęczenia wzrasta wraz z czasem trwania chemioterapii (Wojtukiewicz, i in. 2007). Ocena jakości życia pacjentek z nowotworem piersi pozostała niezmienna na różnych etapach leczenia. Badane pacjentki charakteryzował optymalny

poziom optymizmu. Podwyższony poziom optymizmu ułatwiał badanym kobietom przystosowanie do nowej sytuacji zdrowotnej, życiowej, zapewniając poczucie bezpieczeństwa oraz przywracając dobrostan. Stąd optymizm można traktować jako zasób łagodzący poczucie zmęczenia i mający dodatni wpływ na ocenę jakości życia.

Kolejnym czynnikiem, który jest istotnie powiązany z oceną jakości życia osoby chorej na nowotwór jest poczucie godności. Poczucie godności oznacza stan bycia docenionym i wartościowym. Badania przeprowadzone na populacji chorych na nowotwór w terminalnej fazie choroby wykazały, że wyższy poziom poczucia godności był powiązany z wyższym poziomem jakości życia. Zmienne, które są negatywnie powiązane z poczuciem godności, a tym samym ujemnie warunkują jakość życia, to: niskie poczucie wartości, utrata wsparcia od innych, brak szacunku ze strony rodziny oraz personelu szpitala, utrata poczucia kontroli (Hosseini, 2017).

Badacze są zgodni w kwestii, że jedną z bardziej kluczowych zmiennych powiązanych z jakością życia osoby chorej jest otrzymywane wsparcie społeczne. Doświadczenie wsparcia u osób z nowotworem zwiększa odporność, wzmacnia pozytywne doświadczenia emocjonalne, a tym samym zwiększa poczucie jakości życia. Uzyskane przez osobę chorą wsparcie społeczne było pozytywnie powiązane z funkcjonowaniem społecznym oraz takimi zmiennymi jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, a negatywnie z doświadczeniem bólu i zmęczeniem pacjenta (Tejada i in., 2016).

#### **4.4. Religijność a jakość życia w chorobie**

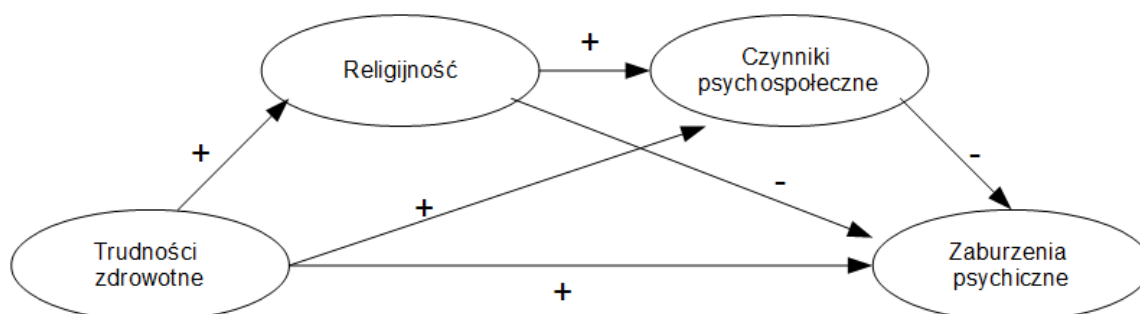
Zainteresowanie istniejącymi powiązaniem religijności z jakością życia ma stosunkowo niedługą historię. Przyczyną podjęcia głębszej refleksji nad związkiem pomiędzy religijnością, a zdrowiem zarówno tym somatycznym, jak i psychicznym, podyktowane zostało przeprowadzonymi badaniami, które sugerują, że religijność wiąże się z szansą na dłuższe życie, mniejszym ryzykiem rozmaitych chorób oraz lepszą satysfakcją z życia (Oman, Thoresen, 2005).

W psychologii zdrowia od pewnego czasu zaczyna kształtować się tendencja do traktowania duchowości jako pewnego atrybutu człowieka, bez przyjmowania założeń dotyczących istnienia czynników nadprzyrodzonych, które stanowią jej źródło. Podobnie jak inne konstrukty psychologiczne, religijność i duchowość pełnią funkcję regulacyjną w stosunku do określonego obszaru aktywności człowieka (Heszen, Sęk, 2012). Religijność odgrywa zazwyczaj pozytywną rolę w warunkowaniu zdrowia, choć w niektórych sytuacjach, może również warunkować negatywne konsekwencje zdrowotne, np. zmagania



religijne istotnie obniżają wskaźniki zdrowia psychicznego i somatycznego (Koenig i in. 2007; Koenig, McCullough, Larson, 2001).

W modelu supresywnym Koeniga i Futtermana, opisującym związek między sytuacją człowieka w chorobie, a więc gorszym samopoczuciem fizycznym a wskaźnikami zdrowia psychicznego, widoczna jest rola religijności, osoby religijne wyżej oceniały swój dobrostan psychiczny (Koenig, Futterman, 1995, za: Koenig, 2007). Model ten przedstawiono na Rysunku 4.1. Wskazuje on, że problemy zdrowotne motywują osobę do zaangażowania się w aktywność religijną, która z kolei przejawia się i warunkuje lepsze radzenie sobie psychologiczne, społeczne i behawioralne reakcje radzenia sobie, a to z kolei zmniejsza negatywne, psychiczne konsekwencje choroby.



Rysunek 4.1 Model supresywny Źródło: opracowanie własne na podstawie Koenig, 2007.

Model ten pokazuje, że relacja religijności z jakością życia może być zapośredniczana przez inne czynniki psychologiczne. Widoczne jest to przede wszystkim na przykładzie praktyk religijnych, które w głównej mierze dokonują się w kontekście społecznym i tym samym, umożliwiają spotkania z innymi ludźmi, stają się okazją do tworzenia szeregu interakcji społecznych, zaspokajają potrzebę kontaktu społecznego. W wykonywaniu praktyk religijnych nie można zapominać również o wymiarze ściśle religijnym, którym jest nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z Bogiem (Moreira-Almeida, Lotufo-Neto, Koenig, 2006).

Religijność odgrywa ważną rolę w sytuacji choroby przewlekłej poprzez mechanizm nadawania znaczenia. Dokonuje się to w następujący sposób: (1) osoby wierzące, sytuację choroby, w której się znajdują, odczytują w perspektywie religijnej. Doktryny religijne umożliwiają swoim wyznawcom różnego rodzaju interpretację zachorowania, poprzez odczytywanie jej jako m.in. woli Bożej, kary za popełnione grzechy, jako doświadczenie oczyszczające, szansa do osobistego wzrostu, szansa na przewartościowanie głównych życiowych celów i wartości, jako cierpienie podjęte za innych (Pargament, 1997). (2)

Zaangażowanie w religijność ułatwia przyjęcie pozytywnych skutków choroby oraz łagodzi postrzeganie tych negatywnych. Choć religijne nadawanie znaczenia sytuacji związanej z chorobą może dokonywać się za pomocą negatywnych wyobrażeń (np. jako kara Boża), to jednak częściej zaangażowanie religijne powiązane jest z lepszymi wskaźnikami dobrostanu i zadowolenia z życia u osób przewlekle chorych (Koenig i in. 2003). Potwierdzają to badania przeprowadzone na pacjentach z przewlekłym bólem, które koncentrowały się na powiązaniach centralnych systemów konstruktów religijnych z satysfakcją z życia. Wyniki wskazują, że im bardziej religijność stanowi centralne miejsce w systemie konstruktów osoby, tym ma ona większy wpływ na satysfakcję z życia oraz negatywne powiązania z percepcją bólu (Dezutter, Robertson, Luyckx, Hutsebaut, 2010).

(3) Treść oceny choroby uwarunkowana jest treścią religijności. Wskazują na to badania przeprowadzone wśród kobiet po przebytych nowotworze piersi. Ocena korzyści z choroby wiązała się z pozytywną percepcją Boga. Wszystkie oceny sytuacji straty i zagrożeń związanych z chorobą nie miały powiązań z obrazem Boga (Gall, 2000).

Literatura przedstawia dwa wzorce religijnego radzenia sobie ze stresem: pozytywny i negatywny. Pierwszy zakłada pozytywne przystosowanie oraz pozytywne zaangażowanie w religię. Składają się na niego: poszukiwanie religijnego wsparcia religijnego oraz pozytywne religijne oceny sytuacji trudnej. Negatywne formy religijnego radzenia sobie to: niezadowolenie z Boga i wspólnoty religijnej oraz niekorzystne religijne oceny sytuacji trudnej, np. jako kary Bożej, przejawu niemocy Boga, działanie demona. Są one związane z gorszym przystosowaniem i niższą religijnością. Inne metody, m.in. rytuały religijne i nawrócenie, nie dają tak jednoznacznych wyników—ich efektywność jest prawdopodobnie uzależniona od innych zmiennych (Pargament, 1997).

Relację pomiędzy religijnością a jakością życia można pogrupować w trzech grupach wzajemnych powiązań. (1) Religijność może wpływać na jakość oraz ilość odczuwanego stresu osoby, co z kolei wpływa na samopoczucie. (2) Grupy religijne bądź religijni liderzy, zapewniają wysoki poziom wsparcia społecznego, co chroni przed nadmiernym poziomem doświadczanego stresu (3) Zaangażowanie w życie religijne obejmuje takie aspekty praktyk jak modlitwa, medytacja, słuchanie inspirujących oraz motywujących przemówień, które dostarczają osobie wielu poznawczych zasobów, a te z kolei ochraniają osobę przed negatywnymi emocjami związanymi z przeżyciem trudnych wydarzeń (Koenig i in., 1992; Loewenthal, 2009).

Literatura koncentrująca się na powiązaniach religijności z jakością życia, akcentuje cztery mechanizmy, za pomocą których, religijność ułatwia radzenie sobie z chorobą przewlekłą, w tym nowotworową:

1. Religijność jest związana ze specyficznymi wzorcami zachowań zdrowotnych, które ułatwiają uzyskanie medycznej kontroli nad chorobą;
2. Religijność wiąże się ze wsparciem społecznym — w ten sposób wyjaśniane są m.in. silne związki wzrostu poziomu wskaźników decydujących o stanie zdrowia pacjenta z publicznym zaangażowaniem w praktyki religijne;
3. Religijność jest związana ze wzrostem nasilenia pozytywnych stanów psychologicznych. Wiara w pokonanie choroby, nadzieja, pokój wewnętrzny wiążą się z poprawą czynników odpowiedzialnych za zdrowie somatyczne poprzez mechanizmy psychoneuroimmunologiczne.
4. Religijność jest źródłem siły psychologicznej, wyrażającej się w motywacji do nabycia i utrwalenia nowych zachowań związanych ze zdrowiem, koniecznych do poradzenia sobie z chorobą (Oman, Thoresen, 2005).

W raporcie National Institute of Healthcare Research (NIHR) zostały przedstawione badania, które pokazują związek pomiędzy zaangażowaniem religijnym a poszczególnymi czynnikami odpowiedzialnymi za stan zdrowia osoby oraz jej jakości życia. Są to: (1) niższe wskaźniki choroby wieńcowej, rozedmy płuc, marskości wątroby, samobójstw; (2) obniżone ciśnienie krwi; (3) niższe wskaźniki decydujące o zawale mięśnia sercowego; (4) poprawa sprawności fizycznej, przestrzeganie przepisów medycznych, wyższe poczucie własnej wartości oraz niższy poziom lęków i niepokoju o zdrowie; (5) obniżenie bólu u chorych na nowotwory (Koenig, 2007).

Na pozytywne powiązania religijności z czynnikami decydującymi o poziomie jakości życia osób z nowotworem wskazują badania Koeniga i jego współpracowników (Koenig i in., 1992). W przeprowadzonych badaniach podłużnych wykazali, że religijność łączy się z mniejszym nasileniem depresji w czasie choroby. Ważnym mediatorem bądź moderatorem związku religijności z jakością życia jest wsparcie społeczne. Uczestnictwo w grupie religijnej mobilizuje do zawierania przyjaźni oraz więzi społecznych. Członkowie wspólnot religijnych mogą oferować wsparcie materialne w postaci dóbr i usług bądź społeczno–emocjonalne w postaci towarzyszenia drugiej osobie oraz okazywania współczucia (Ellison, Levin, 1998). Tak pojmowane wsparcie od członków grupy wyznaniowej pozytywnie warunkuje zdrowie i jakość życia osoby chorej gdyż pomaga w poradzeniu sobie ze stresem, smutkiem i cierpieniem (Moreira-Almeida i in., 2006). Wsparcie społeczne otrzymywane od grupy religijnej jest jakościowo inne od wsparcia otrzymanego z innych źródeł, ale jak podkreślają to znawcy tego tematu, zagadnienie to wymaga dalszych analiz (Ellison, Levin, 1998).

Badania nad udziałem religijności w adaptacji do choroby przewlekłej są liczne i spójnie wykazują jej dobroczynny wpływ (Lee, Newberg, 2005; Koenig, George, Titus, 2004). Osoby bardziej religijne radzą sobie z chorobą bardziej efektywnie niż osoby niereligijne. Jednym ze sposobów, za pomocą którego religijność pozytywnie łączy się z jakością życia jest łagodzenie stresu wynikającego z przeżywania choroby przewlekłej. Sytuacja choroby przewlekłej, oprócz tego, że uniemożliwia choremu realizację wszystkich potrzeb oraz codziennych czynności, staje się predyktorem kryzysów egzystencjalnych i religijnych (Koenig, 2007). Z drugiej strony, jak potwierdzają liczne badania, choroba przewlekła sprawia, że człowiek sięga do dostępnych zasobów religijnych. Matthews i współpracownicy, porównując osoby mniej religijne i bardzo religijne doszli do wniosku, że grupa osób religijnych radziła sobie z chorobą bardziej efektywnie (Ano, Vasconcelles, 2005).

W badaniach osób z nowotworem, pacjenci, którzy stosowali religijne strategie radzenia, zaangażowanie religijne łączyło się z optymizmem, przystosowaniem psychologicznym, doświadczeniem komfortu emocjonalnego, poczuciem sensu i celu oraz lepszymi wskaźnikami jakości życia (Carey, Clinton-Mcharg, Sanson-Fisher, Campbell, Douglas, 2011). Badania przeprowadzone wśród pacjentek z nowotworem piersi wykazały zależność pomiędzy religijnością, a satysfakcją ze swojego ciała. Akceptacja obrazu własnego ciała była dodatnio powiązana z zaangażowaniem w praktyki religijne, głównie w modlitwę (Paiva i in., 2013).

W obszernym przeglądzie badań Moreira i współpracownicy (2010) wykazali, że osoby pochodzenia żydowskiego charakteryzują się niższym wskaźnikiem nowotworu prostaty niż osoby nie mające pochodzenia żydowskiego. Badacze tłumacząc te zależności odnieśli się do większego zaangażowania religijnego osób żydowskich, co wiąże się z większą troską o swój stan zdrowia i posłuszeństwem zaleceniom lekarzy. Szukając przyczyn różnic zachorowalności na nowotwory pomiędzy osobami wierzącymi i niewierzącymi, Fehring i towarzysze (1997) odwołali się w swoich badaniach do takich czynników jak: dieta, palenie papierosów, czynniki genetyczne i psychospołeczne, przestrzeganie higieny oraz bezpieczne praktyki seksualne. Powstrzymanie się przez podjęciem ryzykownych zachowań tłumaczy wyższy poziom religijności badanych. Ci sami badacze wykazali również, że religijność negatywnie koreluje z depresją oraz z negatywnym radzeniem sobie ze stresem. Wśród osób religijnych, poziom nadziei i pozytywnych emocji był wyższy niż u osób niereligijnych.

Badania Wandrasza (1998) przedstawiły związek religijności z postawą wobec choroby nowotworowej. Akceptacja przekonań religijnych koreluje z łatwiejszym

przeżywaniem swojej choroby oraz prowadzi do twórczego rozwoju nowych wartości. Proces wartościowania, który dokonuje się w chorobie, wpływa na ustosunkowanie się osoby chorej do choroby, a to z kolei redukuje poziom lęku. Religijność poprzez mechanizm odkrywania sensu w chorobie nadaje przeżywanemu cierpieniu i głębszego sensu (Wandrasz, 1998; Wandrasz, 2006).

Istnieje szereg badań, które wskazują na związki religijności, doświadczanego bólu w chorobie oraz jakości życia wśród pacjentów z przewlekłym nowotworem trzustki. Basiński (2013) wraz z współpracownikami przebadali 92 pacjentów z nowotworem trzustki, wśród których 35 zadeklarowało słabe bądź sporadyczne praktykowanie religii, natomiast 57 osób scharakteryzowało siebie jako głęboko religijnych oraz regularnie uczęszczających w nabożeństwach. Jakość życia chorych na przewlekły nowotwór trzustki zwiększa się w czasie przeżywania choroby w grupie wierzących i biorących regularnie udział w nabożeństwach. Wysoki poziom jakości życia został odnotowany nawet wśród wierzących pacjentów zgłaszających dokuczliwy ból. Sami autorzy eksperymentu powyższy wynik komentują odwołując się do wniosków zawartych w badaniach przeprowadzonych w podobnej grupie. Visser (2010) wraz z towarzyszami wykazali, że udział w praktykach religijnych oraz modlitwa, poszerza sieć wsparcia otrzymywanego oraz pomaga pacjentowi w odkryciu nowych zasobów pomocnych w radzeniu sobie z bólem.

Interesujących wniosków dostarczyły badania na pacjentach cierpiących na zapalenie trzustki. Osoby badane zostały podzielone na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły osoby deklarujące się jako niewierzące oraz nie mające żadnego kontaktu z grupą religijną. W skład drugiej grupy wchodziły osoby deklarujące się jako wierzące oraz uczęszczające w nabożeństwach kościelnych. Osoby badane z grupy 2 (wierzące) zgłaszały istotnie większy poziom odczuwanego bólu przed zażyciem leków uśmierzających ból. Jakość życia tych pacjentów, mierzona po fakcie podania leków łagodzących ból, istotnie się poprawiała. Jednakże, to pacjenci deklarujący się jako głęboko wierzący posiadali i w tym stadium badania statystycznie istotnie wyższe poczucie jakości życia. Badacze zauważyli, że praktyki religijne dostarczają wiele dodatkowych czynników poprawiających jakość życia osoby w sytuacji choroby (Soleimani i in., 2016).

W kolejnych badaniach nad intensywnością bólu, Bussing i współpracownicy (2009) (Büssing i in., 2009) wykazali, że wielu pacjentów onkologicznych przeżywających chroniczny ból odwołuje się do zasobów związanych z praktykowaniem swojej religii, m.in. modląc się. W literaturze, autorzy stosunkowo często wyjaśniając pozytywną rolę religijności w relacji do jakości życia osób chorych, odwołują się do strategii religijnego radzenia, których autorami są Hill i Pargament (2003). Pierwszy rodzaj radzenia sobie,

aktywny, polega on na rozwiązywaniu problemów pojawiających się we współpracy z Bogiem oraz podczas szukania wsparcia u innych. Natomiast osoby wykorzystujące drugi, pasywny, styl religijnego radzenia, oskarżają i odrzucają Boga czyniąc go odpowiedzialnym za swoją chorobę (Hill, Pargament, 2003). Rezultaty z badań przeprowadzonych wśród pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej wykazują, że pacjenci, którzy w czasie trwania choroby stosują styl aktywny, zgłaszają wyższy poziom pozytywnych emocji, niższy poziom stresu i bardziej pozytywny obraz siebie. Natomiast pacjenci o stylu pasywnym, wykazują wyższy poziom samotności, depresji oraz tendencję do wyolbrzymiania negatywnych afektów (Tarakeshwar i in. 2006).

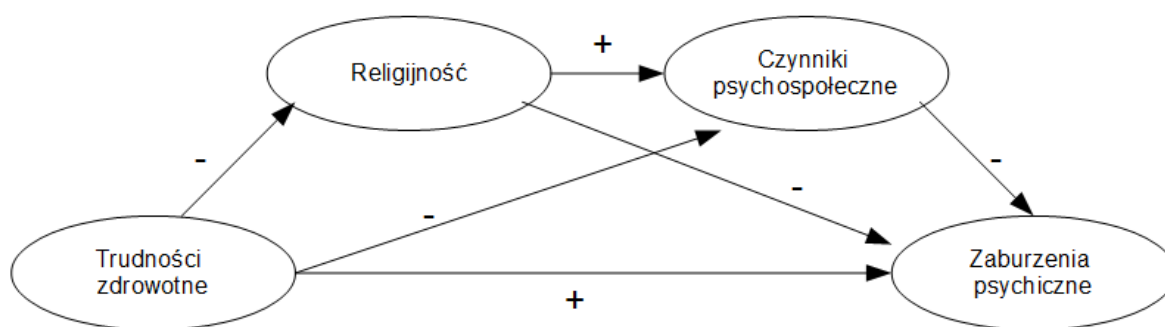
Dalszą próbę poszukiwania zależności występujących pomiędzy związkiem religijności z jakością życia w grupie osób chorych, przeprowadzili Webb wraz ze współpracownikami (2001). Zainicjowali oni badania w grupie pacjentów psychiatrycznych ze zdiagnozowaną depresją, chorobą dwubiegunową, schizoafektywną i schizofrenią. Skoncentrowali się oni na poszukiwaniu związków między religijnością a niektórymi wskaźnikami zdrowienia. Wyniki z tych badań wykazały, że wsparcie religijne jest mediatorem zależności pomiędzy zmaganiem religijnym a zdrowieniem w tej grupie osób. Okazuje się, że wsparcie religijne jest czynnikiem wzmacniającym proces zdrowienia tych osób, które doświadczają wątpliwości religijnych, gniewu względem Boga lub rozczarowań w relacji z Bogiem.

Pomimo, że literatura w głównej mierze zwraca uwagę na pozytywną relację pomiędzy religijnością a wskaźnikami zdrowienia, istnieją również dane podkreślające negatywny związek niektórych aspektów religijności z dobrostanem psychicznym i jakością życia (Exline, 2002; Exline, 2013; Pargament i in., 2002; Pargament i in., 2004; Pargament i in., 2005; Ano, Pargament, 2013). Napięcia religijne, opisane w paragrafie 1.2, mogą mieć negatywne konsekwencje w obszarze zdrowia (Ellison, Lee, 2010). Exline, Yali i Sanderson (2000) opisała związki między niektórymi typami zmagania religijnego a myślami samobójczymi i depresją wśród badanych pacjentów leczonych z powodu zaburzeń lękowych i depresji. Świadomość opuszczenia przez Boga wykazywała szczególnie silne związki ze wskaźnikami depresji. Negatywny obraz Boga rzutuje na całość spostrzeganej rzeczywistości i prowadzi do większego psychologicznego dyskomfortu. Związek myśli samobójczych z odczuwanym lękiem i winy względem Boga miał swoje źródło w przekonaniu o popełnieniu grzechu, który nie może być wybaczony przez Boga.

Podłużne badania przeprowadzone przez Pargamenta i współpracowników (2006) ujawniły typy zmagania religijnego powiązanych z dobrostanem psychicznym oraz wykazały, że długotrwałe doświadczanie napięć religijnych przez osoby starsze i hospitalizowane,

skutkuje znacznym spadkiem jakości życia. Dodatkowo, badacze odkryli, że negatywny sposób przeżywania religijności skutkowało nasileniem i obecnością symptomów depresyjnych w przeciągu dwóch lat trwania badań (Pargament in., 2004). Badania pacjentów kardiochirurgicznych przygotowujących się do operacji wykazały istotne związki między religijnością a wskaźnikami jakości życia. Zespół pod przewodnictwem Ai (2007) wykazał, że zmagania religijne są odpowiedzialne za podwyższenie symptomów depresyjnych i lękowych w tej grupie pacjentów.

Niektórzy badacze starali się odpowiedzieć na pytanie: dlaczego pacjenci kliniczni należą do grupy ryzyka narażonej na doświadczenie negatywnych skutków destruktywnego przeżywania religijności? Osoby przeżywające chorobę i związane z nią cierpienie charakteryzuje zwiększona wrażliwość kondycji psychicznej oraz fizycznej na działanie różnego rodzaju stresorów (Heszen, Sęk. 2012). Taką zależność można wytłumaczyć za pomocą modelu efektów zdrowotnych Levina (Koenig, 2007). Model ten przedstawia zależności między problemami ze zdrowiem somatycznym a zdrowiem psychicznym osób chorych, który jest mediowany przez religijność oraz zmienne psychospołeczne. Problemy zdrowotne ograniczają bądź całkowicie uniemożliwiają podjęcie zaangażowań religijnych osoby chorej, wywołując w ten sposób problemy natury psychospołecznej, takie jak: zwiększenie izolacji, wzrost negatywnych emocji, zwiększenie pesymizmu oraz utrwalenie zachowań szkodzących zdrowiu. Skutkuje to obniżonymi wskaźnikami zdrowia psychicznego.



Rysunek 4.2 Model efektów zdrowotnych Źródło: opracowanie własne na podstawie Levin, 1989, Koenig, 2007.

Badania Edmondsona i współpracowników (2008) przeprowadzone na 98 pacjentach w terminalnej fazie choroby związanej z niewydolnością serca wykazały, że lęk przed śmiercią jest zmienną, która mediuje związek między zmaganiem religijnym a depresją. W tych samych badaniach zauważono, że lęk przed śmiercią mediuje również zależność pomiędzy doświadczanym przez pacjentów wsparciem religijnym a depresją.

Interesujące badania, w których dwukrotnie (w trzymiesięcznym odstępie czasowym) zbadano pacjentów chorujących na niewydolność serca (Park, Wortmann, Edmondson, 2011) wykazywały, że zmagania religijne wiążą się z dwoma wymiarami dobrostanu psychicznego: dodatnio z nasileniem depresji i ujemnie z satysfakcją z życia. Dodatkowo, badacze zauważyli dodatni zależność między intensywnością zmagania religijnych a częstotliwością hospitalizacji w ciągu kolejnych trzech miesięcy.

Warto również zwrócić uwagę na związki istniejące między zmaganiem a niektórymi wskaźnikami zdrowia fizycznego. W badaniach przeprowadzonych w grupie 167 osób, które chorowały na nowotwór odkryto związek między zmaganiem religijnymi a zachowaniami prozdrowotnymi. Związek zmagania religijnych z przestrzeganiem zaleceń lekarskich i częstotliwością spożywania alkoholu był moderowany przez poczucie winy i wstydu. Osoby doświadczające silniejszego poczucia winy i wstydu charakteryzowały się częstszymi zachowaniami negującymi wskazania prozdrowotne (Park, Edmondson, Hale-Smith, Blank, 2009). W badaniach pod przewodnictwem Larson (2003) wykazano nawet związki zmagania religijnych ze wskaźnikami śmiertelności: poczucie porzucenia lub niekochania przez Boga i nękania przez złego ducha korelowały dodatnio ze wskaźnikami śmiertelności.



## **5. Problematyka choroby nowotworowej**

Ważnym faktem, który odgrywa rolę lepszego zrozumienia procesów chorobowych związanych z nowotworem, jest konieczność rozpatrywania tej choroby pod względem medycyny i psychologii. W pierwszym ujęciu o nowotworze wnioskuje się na podstawie wskaźników i cech medycznych oraz podlegającym prawom biologii procesów podziałów komórkowych i patogenezy. Drugie ujęcie koncentruje się na subiektywnych przeżyciach i doświadczeniach człowieka zmagającego się z nowotworem. Choroba nowotworowa stanowi poważne źródło stresu oraz uruchamia szereg reakcji psychicznych, które wprowadzają zmiany w funkcjonowaniu osoby. Rozwój psychoonkologii pozwolił na bardziej dogłębne zrozumienie biologicznych uwarunkowań choroby nowotworowej oraz ich ścisłego połączenia z czynnikami psychologicznymi. Takie podejście pozwala bardziej całościowo opisać uwarunkowanie jakości życia pacjenta onkologicznego. Nowotwór jest przewlekłą chorobą, w której czynniki somatyczne i psychologiczne wzajemnie się przenikają. W pierwszym paragrafie poniższego rozdziału zostaną przedstawione aspekty medyczne choroby nowotworowej. Paragraf drugi, który zakończy rozdział przedstawi psychospołeczne reakcje na somatyczne objawy choroby nowotworowej.

### **5.1. Aspekty medyczne choroby nowotworowej**

Nowotwory są jedną z najczęściej wymienianych przyczyn śmierci na świecie, również w Polsce. Według szacunkowych danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) w 2012 roku na świecie odnotowano ponad 14 mln zachorowań na nowotwór, a około 7,6 mln osób zmarło z powodów onkologicznych w przeciągu 5 lat. Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem nie tylko zdrowotny, ale również społeczny i ekonomiczny w Polsce. Rosnąca liczba nowych zachorowań najlepiej podkreśla skalę tego problemu. Na początku drugiej dekady XXI wieku w Polsce odnotowano 163,3 tysięcy nowych zachorowań, 100,6 tysięcy zgonów i ponad 999 tysięcy osób żyjących z nowotworem. Krajowy Rejestr Nowotworów podaje, że w 2015 roku na każde 100 tysięcy osób polskiej populacji u 425 osób zdiagnozowano nowotwór, a około 2470 osób żyło ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową w ciągu 15 lat (Didkowska i in, 2017).

Tabela 5.1 Liczba zachorowań i zgonów w Polsce z powodu choroby nowotworowej

	Liczba	Współczynnik	
		surowy	standaryzowany
<b>Zachorowania</b>			
<b>Mężczyźni</b>	81 649	438,8	261,8
<b>Kobiety</b>	81 632	411,3	214,3
<b>Ogółem</b>	<b>163 281</b>	<b>424,6</b>	<b>235,1</b>
<b>Zgony</b>			
<b>Mężczyźni</b>	55 663	299,1	172,9
<b>Kobiety</b>	44 938	226,4	98,8
<b>Ogółem</b>	<b>100 601</b>	<b>261,6</b>	<b>127,5</b>

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

W Europie, na początku lat 70-tych XX wieku, a w Polsce dopiero po 1990 roku, rozpoczął się statystycznie zauważalny przyrost zdrowienia społeczności, głównie za sprawą tak zwanej „rewolucji sercowonaczyniowej”, czyli programu koncentrującego się na profilaktyce zachowań prozdrowotnych w zakresie tych chorób. Oznacza to, że zatrzymany został przyrost zachorowań i zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych, a umieralność w Polsce w latach 1991-2010 zmniejszyła się o połowę. Stąd dużej zmianie uległ wzór epidemiologiczny zachorowań i zgonów w Polsce. Dzięki postępowi medycyny wydłuża się czas przeciętnego trwania życia człowieka, a więc i czas ekspozycji na czynniki karcynogenne. Nowotwory stały się pierwszą przyczyną przedwcześnie przerywającą ludzkie życie (Zatoński i in, 2014).

W 2015 roku, nowotworami złośliwymi najczęściej rejestrowanymi w populacji polskich mężczyzn były: nowotwór płuca (17,7%), gruczołu krokowego (17,4%), okrężnicy (7,0%), pęcherza moczowego (6,5%). W 2015 roku wśród mężczyzn najczęstszy odsetek umieralności z powodu nowotworu stanowiły kolejno: rak płuca (29,2%), gruczołu krokowego (8,8%), okrężnicy (7,6%), żołądka (6,1%), pęcherza moczowego (5,4%), odbytnicy (4,4%) oraz żołądka (4,0%). Natomiast w populacji kobiet, w tym samym roku najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi (22,2%), płuca (9,2%), trzonu macicy (7,3%), okrężnicy (6,2%), jajnika (4,6%), tarczycy (3,6%) i szyjki macicy (3,3%). Najczęstszą przyczynę zgonów w populacji kobiet stanowiły nowotwory złośliwe, takie jak: płuca (16,6%), sutka (14,1%), okrężnicy (7,9%), jajnika (6,2%), trzustki (5,4%), żołądka (4,1%) oraz trzonu macicy (3,8%) (Didkowska i in. 2017).

Częstość występowania nowotworów, liczba zachorowań oraz ilość zgonów jest zależna od wieku. Najwięcej zachorowań notuje się u mężczyzn między 55. a 79. rokiem życia oraz

u kobiet w przedziale wiekowym od 50. do 79. roku życia. Najwyższą liczbę zgonów rejestruje się u osób między 75. a 79. rokiem życia. Wskaźnik płci wskazuje, że ryzyko zachorowania na nowotwór w przedziale wiekowym 20-64 lata jest wyższe u kobiet, natomiast w pozostałych grupach wiekowych – u mężczyzn. Z kolei ryzyko zgonu nowotworowego jest jednakowe dla osób obu płci w wieku 20-44 lat. W młodszych i starszych grupach wiekowych mniejszą szansę przeżycia mają mężczyźni (ryzyko zgonu wyższe odpowiednio o około 80% i 20-40%) (Didkowska i in., 2017).

Definicja nowotworu nie jest do końca jednoznaczna. Powstanie nowotworu związane jest z zaistnieniem w komórkach protoonkogenu (onkogenu) oraz aktywnością czynników ustrojowych związanych zwłaszcza z niewydolnością układu immunologicznego. Zwięzłą definicję choroby nowotworowej podaje Klimek (1992, s. 32): „Cechą (nowotworu) jest powstanie na nowo, tzn. nowotworzenie się w miejscach dotychczasowych komórek i tkanek z ich składników. Jest to całkowicie nowy twór (nowotwór), zbudowany z zupełnie różnych komórek niż te, z których powstał”. Choroba nowotworowa ma podłoże zaburzenia genetycznego, które może się pojawić w różnych okresach rozwoju osobniczego. Nowotwór powstaje poprzez tzw. transformację nowotworową. Komórki człowieka w każdej chwili swojego istnienia zagrożone są poprzez oddziaływanie różnorodnych czynników tzw. mutagenów, które przyczyniają się do powstania zaburzenia informacji genetycznej w komórkowym DNA. Jedynie wewnętrzna sprawność komórek jest w stanie rozpocząć proces prowadzący do rozpoczęcia powstawania nowotworu. Stąd warunkiem rozwoju nowotworu jest zadziałanie czynnika degradującego o takiej sile, która z jednej strony nie doprowadzi do całkowitego unicestwienia komórki, a z drugiej, spowoduje mutację genów istotnych dla procesu proliferacji (mnożenia się komórek), apoptozy (naturalny proces śmierci komórki), czy dojrzewania komórkowego. Ogólnie, komórki rakowe nabierają wspólny zestaw cech, charakteryzujący się potencjałem proliferacyjnym, samowystarczalnością wzrostu oraz brakiem wrażliwości na czynniki antyproliferacyjne i apoptyczne (Biernat, 2013).

Nowotwór nie jest zjawiskiem obcym organizmowi. Nowoutworzone komórki nowotworowe są tkanką własną organizmu, która rozwijają się wraz z nią, ale nie bez niej. W swoim kształcie, komórki nowotworowe przypominają nie do końca rozwiniętą tkankę, z której powstały. Powszechnie, tkankę nowotworową traktuje się jako mniej zróżnicowaną i nie końca dojrzałą tkankę, z której się wywodzi (Gretkowski, 2010).

Karcynogeneza, czyli przekształcanie komórki zdrowej w rakową jest procesem złożonym i długotrwałym. U osób posiadających predyspozycje genetyczne, za sprawą oddziaływania karcenogenów, czyli czynników środowiskowych, w zdrowej komórce

pojawiają się defekty DNA. Powstanie nowotworu ma zatem podłoże zarówno genetyczne, ale również w dużej mierze uzależnione jest od stopnia narażenia na karcynogeny. Zgodnie z dotychczasowym stanem wiedzy można stwierdzić, że w powstawaniu 80-90% nowotworów złośliwych uczestniczą czynniki środowiskowe. Ich źródłem może być środowisko zewnętrzne (karcynogeny egzogenne) lub mogą one być substancjami wewnątrzustrojowymi (karcynogeny endogenne) (Niwińska, 2003).

Kancerogeneza jest procesem wieloetapowym, składającym się z trzech etapów. Na etapie I, *inicjacji*, powstaje pojedyncza mutacja, której źródła pochodzenia należy szukać w samym wpływie karcenogenu. Zdrowa komórka posiada zdolność do wykrycia nieprawidłowej mutacji oraz jej samoistnej naprawy. W przypadku, gdy tak się jednak nie stanie, w wyniku zaburzeń ekspresji genów, powstaje klon komórkowy (Jędrzejczak, Deptała, 2015). Etap II, *promocja*, polega na wieloetapowym rozwoju (mutacji) klonu tych komórek, które zostały zapoczątkowane w procesie inicjacji. Jako główny mechanizm promocji można uznać nieprawidłową ekspresję genów, która prowadzi do zaburzenia procesów regulacyjnych komórki oraz zbytowego mnożenia się komórek (prolifерacja). Taki stan mogą powodować niektóre wirusy lub niektóre stany zapalne związane z nadmierną produkcją komórek. Etap III *progresja*, to etap nieodwracalny. Etap ten charakteryzuje się znaczną progresją integracji komórek nowotworowych z komórkami zapalnymi. Etap ten prowadzi do powstania nowotworu. Polega on na pojawianiu się kolejnych zaburzeń molekularnych. W procesie nakładania się uszkodzeń pojawiają się klony zdolne do naciekania i tworzenia przerzutów. Zaawansowany nowotwór to mieszanka komórek z licznymi i różnorodnymi zaburzeniami molekularnymi, których liczba może sięgać nawet 30 tysięcy (Pasz-Walczak, 2013).

Dzięki rozwojowi patomorfologii, można dokonać podziału nowotworów na łagodne, miejscowo złośliwe oraz złośliwe. Potocznie określa się każdą chorobę nowotworową jako rak. Jednak sformułowania „rak” powinno używać się w przypadku nowotworu złośliwego, pochodzącego z komórek nabłonkowych (Jędrzejczak, Deptała, 2015).

Rozwój choroby nowotworowej związany jest z czynnikami wewnątrzpochodnymi, które zalicza się do tzw. uwarunkowań genetycznych. Literatura wyróżnia trzy grupy genów odpowiedzialnych za rozwój komórek nowotworowych, są to: (1) protoonkogeny, (2) geny supresorowe i (3) geny odpowiedzialne ze regulację apoptozy. Protoonkogenami są geny, których mutacja (poprzez produkty białkowe) prowadzi do zmaksymalizowanej lub trwałej aktywności genu. Protoonkogen (obecny w zdrowej komórce) posiada zdolność do nowotworowej transformacji komórek. Geny supresorowe, tzw. antyonkogeny, działają hamująco na proces mnożenia się komórek bądź stabilizująco na proces utrzymujący

stabilność genetyczną komórki. Ich zadaniem jest kontrola rozwoju i tworzenia się nowych komórek, jednak ich mutacja prowadzi do unieczynnienia tych genów. Geny supresorowe nazywane są również inaczej recesywnymi onkogenami, gdyż w szczególny sposób ich funkcja uwidacznia się w momencie utraty aktywności antyonkogenu. Apoptoza jest procesem powodującym eliminację komórek niepotrzebnych, czyli takich, które w wyniku organogenezy zostały uszkodzone bądź zawierają mutacje. Zaburzenie apoptozy może prowadzić do rozwoju nowotworów (Biernat, 2013).

Powstanie nowotworu związane jest również z czynnikami środowiskowymi, czyli zewnątrzpochodnymi. Zaliczamy do nich: (1) czynniki chemiczne, czyli nowotworowe związki chemiczne, które w określonych warunkach uaktywniają proces rozwoju komórek nowotworowych, należą do nich: węglowodór, arsen, azbest, sadza, smoły, oleje mineralne, pochodne przemysłu barwnikowego i gumowego oraz dym tytoniowy; (2) czynniki fizyczne, należą do nich takie rodzaje promieniowania, które powodują uszkodzenia DNA, np. promieniowanie jonizujące i nadfioletowe oraz (3) czynniki biologiczne, takie jak: brodawczak ludzki (HPV), Epstein-Barr (EBV), zapalenie wątroby typu B (HBV), mięsak Kaposiego (KSHV) oraz wirus RNA (Pasz-Walczak, 2003).

Onkogenem jest głównym czynnikiem odpowiedzialnym za powstawanie i rozwój choroby nowotworowej. Jednak na natężenie onkogenów wpływają odżywianie, stosowanie używek (np. tytoń lub alkohol) i sposób opalania się. Styl funkcjonowania intensyfikuje bądź kompensuje ryzyko zachorowania na nowotwór i/lub sam rozwój nowotworu. Dodatkowym czynnikiem będącym ważnym elementem w procesie rozwoju nowotworu jest sposób funkcjonowania układu odpornościowego organizmu. Sytuacja przedłużającego się stresu skutecznie zmniejsza wydolność układu odpornościowego a taka zależność w sposób istotny warunkuje rozwój procesu nowotworowego. Defensywna rola tego układu jest możliwa dzięki zdolności do identyfikowania obcych ciał oraz ich destrukcji (Heszen, Sęk, 2012). Badania analizujące związek stresu nie są do końca jednoznaczne. Wynika to z faktu uwarunkowania choroby wieloma różnymi przyczynami, takimi jak: czynniki genetyczne, środowiskowe, zachowania powiązane ze stylem funkcjonowania, dietą i specyfiką osobowości. Nie przeczy to do końca faktowi, że stres wywiera istotny wpływ na funkcjonowanie układu odpornościowego poprzez swoje działanie immunosupresyjne (zdolność do hamowania i rozwoju komórek rakowych). Badania Horne i Pickarda oraz Holmes i Rahe pokazują, że ilość bardzo stresujących wydarzeń ma powiązania z nowotworem. Chorzy na raka płuc, w porównaniu z grupą kontrolną w przeciągu 5 lat stracili kogoś bliskiego bądź doświadczyli poważnych problemów w pracy (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). W innych badaniach Juczyńskiego (2000) zauważono, że przeżywanie

negatywnych emocji oraz problem z ich wyrażaniem istotnie różnicowały pacjentów onkologicznych z populacją zdrowych.

Należy również dodać, że nie tylko stres, ale również zmienne osobowościowe, które są istotnym czynnikiem oceny trudności sytuacji i warunkują wybór sposobu reakcji emocjonalnej na sytuację trudną, są odpowiedzialne za progres bądź regres choroby nowotworowej. Eysenck uważał, że predykcja tych zmiennych na rozwój nowotworu jest na tyle istotna, że można mówić o osobowości typu C (*cancer prone personality*). Taką osobowość charakteryzuje połączenie wysokiego poziomu neurotyczności i introwersji. Stąd charakterystyka tego typu osobowości ma związek z niskim poczuciem własnej wartości, brakiem wiary w siebie, biernością, tendencją do przeżywania stanów obniżonego nastroju oraz pesymistyczne nastawienie do przyszłości (Oleś, 2009).

Badania epidemiologiczne wskazują, że od 5% do 10% osób w grupie chorych na nowotwór charakteryzuje się wzmożoną zachorowalnością na choroby nowotworowe. Pacjenci z tej grupy, w wyniku takiego obciążenia genetycznego, często chorują już w młodym wieku. Również w rodzinach tych osób zauważa się większe predyspozycje zachorowalności. Jest to spowodowane tym, że są oni od urodzenia nosicielami uszkodzeń (najczęściej, choć nie zawsze mutacji) w istotnych dla procesu kancerogenezy genach (Siedlecki, 2011). Najsilniejszy determinizm genetyczny związany jest z mutacjami w genach, które dziedziczone są po ojcu lub matce. Nowotwór uwarunkowany genetycznie można przypisać czynnikom dziedzicznym tylko w tych przypadkach, w których rozwinął się on przed 50 rokiem życia (Niwńska, 2003).

Chemioterapia lub radioterapia, stanowi podstawową metodę w radykalnym leczeniu zachowawczym wielu miejscowo zaawansowanych nowotworów złośliwych. Celem tego postępowania jest z jednej strony zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania wyleczenia miejscowego i regionalnego, z drugiej zaś ograniczenie ryzyka wystąpienia przerzutów odległych. Podawanie pacjentowi cytostatyków (substancji naturalnych i syntetycznych używanych w chemioterapii nowotworów) wiąże się z częstym występowaniem objawów niepożądanych. Cytostatyki niszczą komórki nowotworowe, ale nie czynią tego w sposób selektywny, tzn., że uszkodzeniu ulegają również zdrowe komórki narządów wewnętrznych człowieka. Objawy niepożądane mogą pojawić się w trakcie leczenia, co określa się toksycznością wczesną bądź po zakończeniu terapii, wtedy mówimy o toksyczności wtórnej (Potemski, 2013).

Jednym z najbardziej przykrych i dokuczliwych niepożądanych efektów leczenia cytostatykami są nudności i wymioty. Ich konsekwencje w skrajnych przypadkach mogą okazać się nawet zagrażające życiu. Występują one również najczęściej, bo u od 70 do 90%

pacjentów przyjmujących chemoterapię. W leczeniu onkologicznym, nudności i wymioty nie dotyczą jedynie przypadków pacjentów przyjmujących chemoterapię bądź napromienianych, ale mogą być skutkiem leczenia przeciwbólowego opiatami lub zaburzeń metabolicznych (Rubach, 2011). Kolejnym objawem niepożądanego leczenia cytostatykami jest uszkodzenie szpiku kostnego, a to z kolei wiąże się z neutropenią, anemią i małopłytkowością. Nadir, czyli okres, w którym dochodzi do największego uszkodzenia krwinek krwi, ma miejsce między 5 a 14 dniem po przyjęciu chemoterapii. Po tym okresie powinna nastąpić samoregeneracja szpiku i unormowanie wskaźników morfologicznych (Potemski, 2013).

Zapalenie śluzówek przewodu pokarmowego to kolejny poważny objaw związany z chemioterapią oraz radioterapią. Chorzy określają ten objaw jako przykry i uciążliwy. Spowodowane jest to silnym uszkodzeniem nabłonka przewodu pokarmowego, a co za tym idzie, osłabieniem zdolności do jego regeneracji. Najważniejsze objawy kliniczne spowodowane uszkodzeniem tego narządu to: suchość, metaliczny smak, zaczerwienienie i bolesność. Pacjent ma problemy z przyjmowaniem pokarmów, napojów, a nawet z mówieniem (Rubach, 2011). Dość częstym problemem pacjentów onkologicznych, nie związanym w pełni z chorobą nowotworową, są problemy z sercem. Objawy te przejawiają się zaburzeniami rytmu serca, zapalenia osierdzia lub mięśnia sercowego (Niwińska, 2003). Powikłaniem po przyjmowaniu cytostatyków, które w swojej najbardziej inwazyjnej formie może wręcz zagrażać życiu pacjenta, jest powikłanie zakrzepowe, żyłne (80%) i tętnicze (20%). Bardzo częstym miejscem, poprzez które dochodzi do zapalenia żyły jest samo miejsce podania chemoterapii. Duże wynacznienie po przyjęciu cytostatyków powoduje martwicę, a ta z kolei wiąże się takimi konsekwencjami jak uszkodzenie mięśni, uszkodzenie nerwów, głębokie owrzodzenia oraz problemy związane z funkcjonowaniem kończyn (Zatoński i in, 2014). Dość częstym problemem w leczeniu onkologicznym nowotworów jest uszkodzenie nerek. Zarówno uszkodzenie nerek, jak i pęcherza moczowego spowodowane jest naciekaniami na te narządy przez nowotwór, gromadzeniem się w nerkach wapnia lub kwasu moczowego. Właściwie każdy cytostatyk może prowadzić do nefrotoksyczności, zwłaszcza jeśli nerki wykazują pierwotne upośledzenie (Rubach, 2011).

Kolejnymi wymienianymi w literaturze niepożądanymi objawami leczenia cytostatykami są uszkodzenia skóry, wytwory naskórka, a także wypadanie włosów. Ten ostatni objaw występuje w formie nieznacznej utraty włosów bądź całkowitego wyłysienia. Wypadanie włosów ma charakter odwracalny i ustępuje po zakończeniu terapii nowotworowej, gdyż włosy nie wypadają z cebulkami, a jedynie łamią się pod powierzchnią

skóry. Nie ma metody, która mogłaby zapobiec wypadaniu włosów, a na dodatek niektóre cytostatyki powodują niewłaściwą reakcję skóry na światło (Potemski, 2013).

Leczenie cytostykami wywiera duży wpływ na funkcjonowanie hormonalne pacjentów. Niemal u 40% kobiet i 35% mężczyzn zauważa się obniżenie lub całkowity spadek hormonów płciowych wskutek uszkodzenia gonad. Ma to również związek ze wcześniejszą menopauzą, ginekomastią i bezpłodnością. Objawy niepożądane w tym zakresie wynikają z obniżenia zawartości estrogenu u kobiet oraz testosteronu u mężczyzn, co objawia się uderzeniami gorąca, obniżeniem libido, zaczerwienieniem skóry, impotencją. Trudnym i bolesnym doświadczeniem jest przyrost błony śluzowej macicy, co skutkować może zwiększonym ryzykiem powstania raka trzonu macicy (Rubach, 2011).

## **5.2. Psychospołeczne reakcje na somatyczne objawy choroby nowotworowej**

Moment zauważenia objawów powszechnie uznawanych za symptomy choroby nowotworowej, diagnoza choroby, poddanie się leczeniu, hospitalizacja, sposoby radzenia sobie z chorobą, mogą istotnie pogorszać stan psychiczny pacjenta. Reakcje psychologiczne osoby z chorobą nowotworową są na tyle specyficzne, że różnią się nie tylko od tych, które przeżywa osoba zmagająca się z inną chorobą, ale są charakterystyczne dla poszczególnych etapów trwania choroby nowotworowej (Juczyński, 1999). Już w samym opisie choroby przewlekłej akcentuje się psychologiczne reakcje chorego. Pilecka (2002, s. 16) definiuje chorobę przewlekłą w następujący sposób: „chorobę przewlekłą uznaje się za potencjalny stresor, przekształcający dotychczasową sytuację człowieka i jego rodziny w odmienną, której on sam i jego bliscy muszą sprostać. Nie oznacza to biernego dopasowania się do zaistniałych wymagań, lecz twórczą reakcję na występujące utrudnienia i zagrożenia, która w efekcie ma doprowadzić do korzystnego bilansu zysków i strat (Pilecka, 2002).

Już samo rozpoznanie choroby jest dla wielu pacjentów źródłem kryzysu psychologicznego. Reakcja na chorobę nowotworową obejmuje sferę poznawczą, emocjonalną i społeczną. Jak osoba poradzi sobie z kryzysem choroby zależy od takich zmiennych jak: sposób spostrzegania choroby, jakość opieki zdrowotnej, możliwości leczenia, indywidualne reakcje emocjonalne i umiejętność radzenia sobie ze stresem, stopień dojrzałości psychicznej pacjenta i elementy społeczno-środowiskowe (Tomaszewska, 2000).

Sfera poznawcza osoby chorej na nowotwór jest uwarunkowana systemem ja, zarówno realnego jak i idealnego. Podstawą poznawczą spostrzegania siebie przez pacjenta onkologicznego jest odniesienie rzeczywistego obrazu siebie – *ja realnego*, do



wyobrażonego wzorca – *ja idealnego*. Pacjent chory na nowotwór, *ja-idealne* zastępuje *ja-przedchorobowym*. W konsekwencji, rozbieżność pomiędzy *ja-realnym*, a *ja-idealnym* jest na tyle znacząca, że utrudnia poznawczą regulację samooceny oraz komplikuje wiarę we własne możliwości (de Walden-Gałuszko, 1994). Liczne badania wskazują, że silne, negatywne reakcje emocjonalne intensyfikują się, kiedy objawy somatyczne nowotworu zaczynają być widoczne na zewnątrz, naruszają zdolność spełnienia podstawowych funkcji życiowych, utrudniają komunikację z otoczeniem (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Samo podejrzenie choroby nowotworowej poprzez pojawiające się napięcia i niepokój, mogą skutecznie prowadzić do rozwijania się kancerofobii. Kancerofobia utrudnia zgłoszenie się do lekarza, a w kolejnych fazach uruchamia reakcję zaprzeczenia i odwlekania leczenia (Juczyński, 2000).

Niewłaściwe radzenie sobie skoncentrowane na emocjach w trakcie choroby nowotworowej uruchamia szereg psychicznych mechanizmów obronnych. Psychologia traktuje je jako destrukcyjne, zastępujące konstruktywne radzenie sobie skoncentrowane na problemie. Reakcja zaprzeczania chorobie charakteryzuje się tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości ani faktu zachorowania, ani konsekwencji choroby pomimo dostępnych informacji i zdolności intelektualnych. Odrzucenie informacji o chorobie jest nieświadome. Pełni funkcję obrony przed zagrożeniem, a u podstaw tej reakcji jest lęk (Salmon, Gajdzińska, 2002). Kiedy osoba dowiaduje się o swojej przewlekłej chorobie, stosuje cztery techniki obrony przed pojawiającym się lękiem: racjonalizację, wypieranie sytuacji, czyli zachowywanie się tak, jakby zupełnie nie miała ona miejsca, stosowanie środków psychoaktywnych i uporczywe unikanie tych myśli, które intensyfikują lęk (Gretkowski, 2010).

Przewlekły ból jest jednym z najczęstszych objawów choroby nowotworowej i niepożądanym efektem leczenia cytostatykami. Odpowiedź osoby na ból zależy od takich czynników psychicznych, jak: negatywne emocje (lęk, przygnębienie, gniew, poczucie winy), negatywny bilans własnego życia, brak nadziei, niska samoocena, utrata sensu życia i zmiany w hierarchii wartości. Istotne są też czynniki społeczne: izolacja, opuszczenie, sytuacja rodzinna, poziom życia, warunki społeczno-polityczne, etniczne i kulturowe. Pacjenci onkologiczni w zaawansowanym stadium choroby odczuwają tzw. ból totalny, wszechogarniający i wielorodzajowy, jednocześnie somatogeny, neurogeny i psychogeny (psychiczny i egzystencjalny) o cechach zarówno bólu ostrego, jak i przewlekłego (Jeziorski, 2015).

Wielowymiarowość zjawiska bólu sprawia, że terapia dolegliwości bólowych staje się często mało efektywna. Pomimo powszechności zjawiska, trudno jest jednoznacznie

określić czym jest ból. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (International Association for the Study of Pain – IASP) ból to „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” (Krawczyk, 2015).

Postawami, które można określić jako najbardziej niekorzystne z punktu widzenia procesu przeżywania choroby oraz zdrowienia są: bezzadność, depresja, poddanie się (beznadzieja). Postawy te pogarszają proces przezwyciężania choroby także na poziomie immunologicznym. Odczuwany ból współwystępuje z cierpieniem psychicznym, który dotyka tożsamości osoby, jej samooceny i wymaga wysiłku adaptacyjnego do nowej rzeczywistości związanej z chorobą. Nawet zakończenie leczenia onkologicznego nie jest równoznaczne z zakończeniem doświadczania emocji negatywnych. Niepokój o nawrót choroby jest uczuciem dominującym i obecnym po zakończeniu leczenia i ustąpieniu objawów chorobowych (Heszen, Sęk, 2012).

Reakcją na somatyczne objawy choroby nowotworowej są niektóre formy zaburzeń psychicznych. Wraz z progresją choroby zwiększa się ryzyko wystąpienia objawów afektywnych (m.in. poczucia beznadziei, napadów płaczu, poczucia winy, obsesyjnego myślenie o śmierci, myśli samobójczych, obniżenia poczucia własnej wartości i utraty przyjemności (anhedonia) (Skotnicki, Kosowicz, 2016). Najczęstszym powikłaniem natury psychiatrycznej w chorobie nowotworowej jest jednak depresja. Zagrożenie zachorowaniem na depresję zwiększa się wraz z zaawansowaniem choroby, a częstość jej występowania wynosi od 20% do 60%. Chemioterapia jest jednym z najbardziej stresogennych czynników w chorobie nowotworowej. Badania pokazują zależność pomiędzy poziomem depresji i lęku a nasileniem niepożądanych efektów chemioterapii (Pasquini, Biondi, 2007).

Emocjonalnym komponentem bólu jest przede wszystkim lęk. Jeśli ból przejdzie w fazę chroniczną, zaczyna mu towarzyszyć depresja związana z poczuciem bezzadności i bezsilności. Stąd kolejnym, często występującym zaburzeniem będącym reakcją pacjenta na przeżywanie choroby nowotworowej, jest lęk. Zaburzenia lękowe obejmują trzy płaszczyzny: (1) psychiczną, (2) behawioralną i (3) wegetatywno-somatyczną. W sferze psychiki osoba chora odbiera lęk jako niepokój uniemożliwiający odprężenie lub relaks. Lękowi towarzyszą problemy z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem. W sferze behawioralnej zachowania osoby chorej oscylują pomiędzy wzmożoną aktywnością psychoruchową po pewien rodzaj osłupienia motywacyjnego. Przeżywanemu lękowi towarzyszą również objawy wegetatywno-somatyczne, do których zalicza się: drżenie rąk, wzmożoną potliwość, szybsze bicie serca (Trzebiatowska, 2000). Literatura wyróżnia

następujące rodzaje lęków pojawiających się w czasie trwania choroby nowotworowej: (1) lęk przed cierpieniem fizycznym – łączy się on ze stanem beznadziejności, z bólem fizycznym, koniecznością bycia uzależnionym od innych; (2) lęk przed poniżeniem – wynika on z racji niekontrolowanych wymiotów czy procesu wydalania; (3) lęk przed obserwowaniem zmian zachodzących we własnym ciele – dotyczy to szczególnie osób, których ciało ulega deformacji z powodu różnego rodzaju zabiegów; (4) lęk przed konsekwencjami śmierci dla innych; (5) lęk przed przerwaniem realizacji ważnych zadań życiowych; (6) lęk przed nieistnieniem – związany z sytuacją, w której nie potrafimy sobie wyobrazić, że nas nie ma; (7) lęk przed karą – najczęściej powiązany jest on z systemem religijnym osoby i przybiera formę lęku przed karą Bożą ze wszystkie niedoskonałości lub grzechy (Gretkowski, 2010).

Takie aspekty przeżywania choroby nowotworowej, jak m.in. troska o swoje zdrowie, reakcja na ból, niepewność, lęk przed umieraniem, troska o najbliższych, lęk należy uznać jako reakcję normalną. W niektórych przypadkach jednak lęk może być reakcją patologiczną, gdyż przekracza granicę reakcji fizjologicznej i wymaga oddziaływania psychofarmakologicznego (Jankotowicz, 2014). Pobyt osoby w szpitalu, przyjęcie roli pacjenta, rozłąka z otoczeniem, domem i rodziną, mnogość informacji medycznych są sytuacjami stresogennymi (Kozaka, Kobus, 2015).

Doświadczany przez pacjenta onkologicznego lęk jest także konsekwencją kolejnego, niepożądanego efektu chemioterapii, jakim są duszności. Silna duszność budzi lęk, gdyż zagraża życiu. Duszność, poprzez obniżenie fizycznej aktywności pacjenta, przyczynia się do pogorszenia jakości życia, potęguje poczucie beznadziejności i bezradności. Reakcja behawioralna pacjenta na duszność wyraża się w rozpinaniu ubrania i wzywaniu pomocy. Lęk przed pojawieniem się kolejnego ataku duszności może przybrać formę paniki (Leppert, Jezierska, 2011).

Przyjmowanie cytostatyków skutkuje pojawieniem się tzw. triady objawów: zmęczenia, zaburzenia snu i przygnębienia. W skrajnych przypadkach, mogą one towarzyszyć pacjentowi nawet przez rok. Silne zaburzenie homeostazy organizmu staje się istotnym czynnikiem powstania ostrych zaburzeń świadomości, trudności w skupianiu uwagi, spowolnienia procesów myślowych, zaburzenia werbalnej pamięci roboczej. U pacjentów, których proces nowotworowy związany jest mózgiem, istnieje ryzyko pojawienia się zespołów otępiennych, które charakteryzują się zaburzeniem (1) pamięci i intelektu (chory nie potrafi przyswoić nowych informacji, jest zdezorientowany w czasie, miejscu, wydarzeniach) oraz (2) uczuciowym, co skutkuje zmiennością nastrojów (huśtawka emocjonalna) i zaburzeniem sfery popędowej (Trzebiatowska, 2000).

Przystosowanie pacjenta do choroby w sytuacji hospitalizacji oraz pobocznych efektów przyjmowania chemioterapii, w dużej mierze zależy od indywidualnego obrazu własnej choroby. Obraz ten jest często niekompletny, co skutkuje pojawieniem się reakcji obronnych bazujących głównie na reakcji zaprzeczenia. Przekonania na temat własnej choroby pacjent czerpie z wcześniejszej wiedzy oraz utrwalonego w społeczeństwie sposobu spostrzegania osób z nowotworem. Badania pokazują, że ten typ źródeł wiedzy nacechowany jest wysokim poczuciem zagrożenia życia oraz negowaniem skuteczności form terapii onkologicznej (Heszen, Sęk, 2012).

Literatura z zakresu psychologicznej adaptacji do choroby, na wszystkich etapach jej trwania, podkreśla szczególną rolę emocjonalnego wsparcia społecznego najbliższych (rodzina, partner, rodzice czy przyjaciel). Tym co obniża subiektywnie odczuwany przez pacjenta poziom wsparcia jest to upraszczanie, minimalizowanie problemów psychicznych pacjenta oraz wymuszanie na nim radości (de Walden-Gałuszko, 1994).

Chociaż literatura podkreśla głównie fizyczne i psychiczne problemy związane z przeżywaniem choroby nowotworowej, to niektórzy autorzy zwracają uwagę na możliwość pozytywnych zmian psychologicznych w trakcie trwania lub po zakończeniu procesu leczenia. Zjawisko to określa się mianem potraumatycznego wzrostu (Post-Traumatic Growth - PTG). Termin ten został wprowadzony do obszaru badań przez Tedeschi i Calhoun jako próba wskazania na pozytywne zmiany, będące rezultatem podjęcia prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń. Badacze ci twierdzą, że ludzie, którzy doświadczyli jakiegokolwiek traumy, przeżywają więcej pozytywnych zmian życiowych niż osoby, które nie przeżyły takich traum (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Wskaźnikami potraumatycznego (PTG) wzrostu mogą być wzrost współczucia, docenienie relacji z innymi oraz aprobaty życia. Badania na kobietach zmagających się z chorobą nowotworową piersi pokazują, że w porównaniu z grupą osób zdrowych, to osoby chore charakteryzują się wyższymi wskaźnikami potraumatycznego wzrostu. Kobiety chorujące na raka piersi, które uzyskiwały wyższe wyniki w skali potraumatycznego wzrostu, charakteryzowały się wyższymi wynikami w skali dobrostanu psychicznego, niskimi wynikami w skalach stresu i somatyzacji (Soo, Sherman, 2015).

**Część II**  
**METODA BADAŃ WŁASNYCH**

## **6. Problematyka badań własnych**

Dotychczasowe rozważania teoretyczne uzasadniają przekonanie o sensowności badania związku religijności z jakością życia pacjentów onkologicznych. W obecnym rozdziale określony zostanie zakres badań własnych, przedstawiony przyjęty model badań oraz postawione hipotezy.

### **6.1. Problem badawczy**

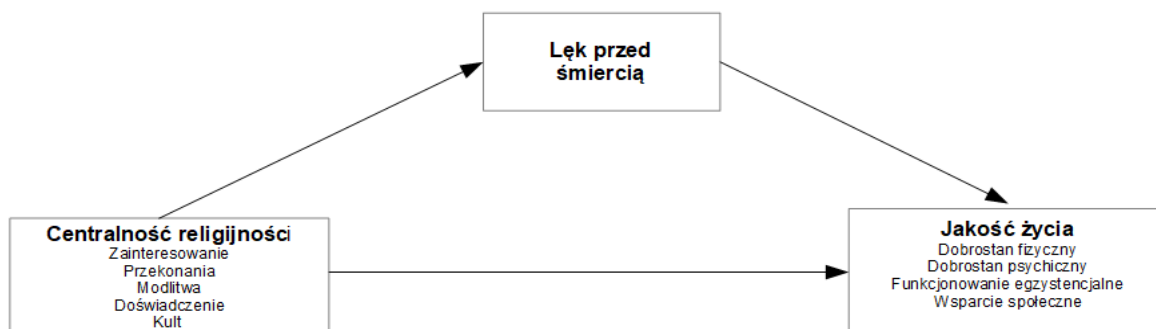
W prezentowanych badaniach postanowiono zweryfikować, czy religijność poprzez redukcję lęku przed śmiercią zwiększa poczucie jakości życia w grupie osób chorych na nowotwory. Następnie sprawdzono czy wsparcie i zmagania religijne moderują mediacyjny efekt lęku przed śmiercią w związku centralności religii z poczuciem jakości życia w grupie osób chorych na nowotwory. W testowanym modelu ujęto dwa aspekty religijności. Pierwszy (centralność) ma charakter dyspozycyjny i jest miarą pozycji religijnego systemu znaczeń w systemie konstruktów osobistych jednostki. Założono, że im bardziej centralna jest pozycja religijnego systemu znaczeń w systemie konstruktów osobistych jednostki tym bardziej zmniejsza ona lęk przed śmiercią, a w konsekwencji wzmacnia poczucie jakości życia osób chorych na nowotwory. Drugi z ujmowanych aspektów religijności ma charakter funkcjonalny i jest miarą sposobu w jaki religijność działa w osobowości człowieka. Został on ujęty za pomocą zmagania religijnych (Hill, Edwards, 2013). Pojęcie zmagania religijnego odnosi się do różnych form dysstresu i konfliktów związanych z zaangażowaniem religijnym jednostki. Założono, że zmagania religijne osłabiają mediacyjny efekt lęku przed śmiercią w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na choroby nowotworowe, a wsparcie czerpane z religii będzie wzmacniać ten efekt.

Poszukiwania te są ukierunkowane są przez dwa pytania badawcze:

1. Czy lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku centralności religii z poczuciem jakości życia osób chorych na choroby nowotworowe?
2. Czy mediacyjna funkcja lęku przed śmiercią w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na choroby nowotworowe jest moderowana poprzez zmaganie religijne?

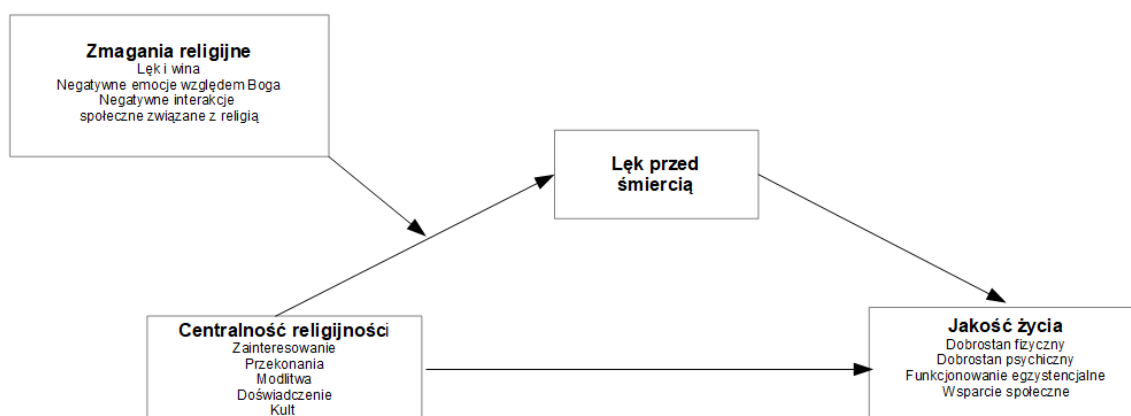
## 6.2. Model badawczy

Proponowany model teoretyczny zakłada przeprowadzenie dwojakiego rodzaju analiz. Pierwsza polega na testowaniu mediacji związku centralności religii z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią u chorych na nowotwory w terminalnej fazie choroby. Model ten został przedstawiony na rysunku 6.1.



Rysunek 6.1 Model mediacji związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią

Druga analiza polegała na testowaniu mediacji związku centralności religii z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią, po uwzględnieniu moderacji przez wsparcie i zmagania religijne. Model ten został przedstawiony na rysunku 6.2.



Rysunek 6.2 Model mediacji związku centralności religii z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią, moderowanej przez wsparcie i zmagania religijne

W obydwu modelach zmienną niezależną jest centralność religijnego systemu znaczeń w osobowości. Została ona ujęta za pomocą pięciu wymiarów: zainteresowanie problematyką religijną, przekonania religijne, modlitwa, kult i doświadczenie religijne. Zmienną zależną jest poczucie jakości życia opisane za pomocą czterech wymiarów: dobrostan fizyczny, dobrostan psychiczny, funkcjonowanie egzystencjalne i wsparcie społeczne. Jako mediator wprowadzono lęk przed śmiercią.

Model 1. zakłada testowanie mediacyjnej funkcji lęku przed śmiercią w związku centralności religii (i jej pięciu wymiarów) z ogólnym wskaźnikiem poczucia jakości życia oraz jego wymiarami (dobrostan fizyczny, dobrostan psychiczny, funkcjonowanie egzystencjalne i wsparcie społeczne).

Model 2. zakłada sprawdzenie moderującej funkcji wsparcia i zmagania religijnych w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia (i jego wymiarami: dobrostan fizyczny, dobrostan psychiczny, funkcjonowanie egzystencjalne i wsparcie społeczne) po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. Zmagania religijne zostaną ujęte jako zmienna ogólna oraz jako trzy kategorie: negatywne emocje względem Boga, lęk-wina i negatywne interakcje społeczne związane z religią. Założono, że w testowanym modelu zmagania religijne mogą moderować związek centralności z lękiem przed śmiercią.

### 6.3. Hipotezy

Zostały sformułowane trzy hipotezy. Hipoteza pierwsza nawiązuje do założeń teorii opanowywania trwogi, zgodnie z którą religijność jest źródłem znaczeń, które sprawiają, że ludzie łagodniej przeżywają uporczywe obawy przed śmiercią. Człowiek ma unikalne w świecie zdolności poznawcze, takie jak samoświadomość czy zdolność do autorefleksji. Dzięki nim potrafi zrozumieć samego siebie, otaczający go świat oraz związki, jakie zachodzą między nim a otaczającym go światem (Soenke i in., 2013). Sytuacja choroby nowotworowej konfrontuje człowieka z jego systemem wartości i sprzyja autorefleksji. Światopogląd religijny w konfrontacji ze śmiercią dostarcza obietnicy nieśmiertelności i wzmacniania samooceny jednostki. Dlatego wysoka religijność może obniżać lęk przed śmiercią. Hipoteza 1. Zakłada weryfikację podstawowej tezy o buforującej funkcji religijności w zakresie lęku przed śmiercią w próbie polskich pacjentów chorych na nowotwór. Została ona sformułowana w następujący sposób:

**Hipoteza 1.** Lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na nowotwory.



Do tej hipotezy sformułowano dwie hipotezy szczegółowe:

**Hipoteza 1.1.** Wysoka centralność religijności zmniejsza lęk przed śmiercią osób chorych na nowotwory, a w rezultacie zwiększa ich poczucie jakości życia.

**Hipoteza 1.2.** Niska centralności religijności zwiększa lęk przed śmiercią osób chorych na nowotwory, a w rezultacie zmniejsza ich poczucie jakości życia.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat psychologowie odkryli i opisali pozytywne funkcje religii w różnych obszarach przystosowania społecznego, zdrowia somatycznego i psychicznego, dobrostanu i jakości życia (Koenig, 1997; Koenig, McCullough, Larson, 2001) oraz korzyści wypływające z religii jako mechanizmu radzenia sobie ze stresem (Pargament, 1997). Jednakże religia nie zawsze jest źródłem wsparcia. Życie religijne zawiera również znaczący potencjał dla wewnętrznych napięć (Exline, Yali, Sanderson, 2000). Religijność konfrontuje człowieka z doświadczeniem osobistego grzechu i perspektywą kary ze strony Boga. Ludzie nie zgadzają się z podstawowymi twierdzeniami doktryny religijnej i przeżywają wątpliwości religijne (Zarzycka, 2017). Niektórzy odczuwają gniew wobec Boga, gdy nie wysłuchuje ich prośb. Religijność dostarcza nierzadko perspektywy, w której życie ludzkie jest doświadczane jako kruche, a okoliczności życia – krzywdzące i niesprawiedliwe. Badania pokazują, że napięcia i konflikty związane z wiarą współwystępują z gorszymi wskaźnikami zdrowia zarówno psychicznego, jak i somatycznego (Webb i in., 2011). Na przykład lęk przed nieuzyskaniem przebaczenia od Boga korelował dodatnio z ryzykiem próby samobójczej w populacji klinicznej, a wątpliwości religijne – ujemnie z dobrostanem (Ellinson, Lee, 2010). W sytuacji choroby ludzie często przypisują Bogu odpowiedzialność za chorobę, a niekiedy nawet oskarżają Boga, że celowo dopuścił lub nie zapobiegł chorobie (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, Newman, 2013). Takie doświadczenia mogą osłabiać buforującą funkcję religijności na lęk przed śmiercią (Edmondson, Park, Chaudoir, Wortmann 2008). W drugiej hipotezie założono, że efekt mediacji związku centralności religii z poczuciem jakości życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią jest moderowany przez zmagania religijne i wsparcie czerpane z wiary. Hipoteza ta została wyrażona w następujący sposób:

**Hipoteza 2.** Efekt mediacji w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią jest moderowany przez zmagania religijne.

Uszczegółowieniem Hipotezy 2 są dwie hipotezy:

**Hipoteza 2.1.** Zmagania religijne osłabiają (lub blokują) funkcję centralności religijności w zakresie redukcji lęku przed śmiercią i obniżają poczucie jakości życia osób chorych na nowotwory.

**Hipoteza 2.2.** Poszczególne typy zmagania różnią się sposobem moderowania efektu mediacji związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią u osób chorych na choroby nowotworowe.

Ostatnia hipoteza ma w dużym stopniu charakter eksploracyjny, a jej celem jest sprawdzenie, które typy zmagania religijnych i w jaki sposób moderują mediację w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią u osób chorych na nowotwory. Uwzględnione zostaną trzy typy zmagania religijnych: negatywne emocje względem Boga, lęk i poczucie nieprzebaczenia ze strony Boga oraz negatywne interakcje społeczne związane z religią. Oczekuje się, że uwzględnione kategorie zmagania religijnych będą różnić się w sposobach moderowania mediacji w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią. Oczekiwania to wyraża następująca hipoteza:

## 7. Charakterystyka zastosowanych metod

W prezentowanych badaniach zastosowano metody, które w najbardziej diagnostyczny sposób opisywały eksplorowane obszary.

### 7.1. Skala Centralności (C-15)

Skala C-15 jest miarą pozycji systemu konstruktów religijnych w osobowości człowieka. Metoda składa się z 15 stwierdzeń pogrupowanych w 5 podskalach. Badanie skalą pozwala na uzyskanie jednego wyniku ogólnego oraz wyników w 5 podskalach (Zarzycka, 2011).

- *Zainteresowanie problematyką religijną* – wymiar ten mierzy ważność i częstość poznawczej analizy treści religijnych jednak bez uwzględnienia aspektu ich osobistej akceptacji. Wymiar ten zawiera informacje o poznawczej analizie tematów religijnych, intelektualnym zaangażowaniu w treści religijne oraz ważności poszukiwania informacji dotyczących treści religijnych.

- *Przekonania religijne* – podskala ta mierzy subiektywne przeświadczenie osoby co do istnienia rzeczywistości transcendentnej oraz stopień zaangażowania w przyjmowaniu różnych form transcendencji

- *Modlitwa* – skala ta mierzy częstość oraz subiektywne znaczenie osoby w kwestii nawiązywania indywidualnego kontaktu z transcendencją. Skala ta pokazuje z jaką intensywnością potencjał istniejący w Przekonaniach religijnych jest wykorzystywany.

- *Doświadczenie religijne* – podskala ta mierzy częstość, z jaką transcendencja staje się elementem ludzkiego doświadczenia. Pytania zawarte w tej podskali dotyczą sytuacji, w których człowiek ma poczucie obecności bądź działania Boga.

- *Kult* – wymiar ten informuje o tym, na ile udział w nabożeństwach religijnych jest dla osoby ważny, Pytania tej podskali odnoszą się do częstości i subiektywnej ważności tego aspektu funkcjonowania człowieka.

- *Wynik Ogólny* stanowi sumę punktów uzyskanych w poszczególnych podskalach. Jest on wyrazem Centralności religijności, czyli autonomii systemów konstruktów religijnych w strukturze wszystkich systemów konstruktów osobistych człowieka. Metoda składa się z 15 pozycji, po trzy pytania do każdej podskali. Wysokie wyniki w każdej podskali oznaczają wysoką efektywność oddziaływania religijności na doświadczenia oraz zachowanie jednostki, wyrażającą się w częstości i subiektywnej ważności odpowiednich wymiarów.

Polska adaptacja C-15 posiada satysfakcjonujące własności psychometryczne: moc dyskryminacyjną pozycji ( $0,70 \leq \phi \leq 1,00$ ), spójność wewnętrzną ( $0,82 \leq \alpha \leq 0,93$ ) i stabilność bezwzględna ustaloną na próbie 60 osób w odstępie czasowym 4 tygodni ( $0,62 \leq r_{tt} \leq 0,85$ ) (Zarzycka, 2007). Współczynniki  $\alpha$ -Cronbacha obliczone w próbie osób objętych badaniami okazały się również zadawalające. W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe i rzetelność ( $\alpha A$ ) C-15 uzyskaną w próbie adaptacyjnej (Zarzycka, 2007, s. 147) oraz rzetelność metody uzyskaną w próbie objętej obecnymi badaniami ( $\alpha B$ ). Najwyższa rzetelność C-15 w próbie osób chorych na nowotwór dotyczy Centralności, a najniższa Kultu.

Tabela 7.1 Charakterystyka Skali Centralności Religijności

C-15	k	M	SD	$\alpha A$	$\alpha B$
Zainteresowania	3	3,02	0,87	0,90	0,85
Przekonania	3	4,33	0,8	0,88	0,80
Modlitwa	3	3,71	1,05	0,86	0,87
Doświadczenie	3	3,16	0,93	0,82	0,90
Kult	3	3,63	1,05	0,93	0,70
<b>CENTRALNOŚĆ</b>	<b>15</b>	<b>3,57</b>	<b>0,79</b>	<b>0,82</b>	<b>0,94</b>

*Adnotacja. Statystyki opisowe zostały uśrednione ze względu na liczbę pozycji*

## 7.2. Skala Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RCSS).

Skala Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RCSS) jest metodą kwestionariuszową składającą się z 24 pytań mierzących pocieszenie oraz napięcie, które może wywołać w człowieku religia. Metoda mierzy trzy typy religijnych zmagania: lęk-wina, negatywne emocje względem Boga, negatywne interakcje społeczne związane z religią, oraz wymiar religijnego pocieszenia, który mierzy wsparcie jakie osoba czerpie z wiary oraz relacji z Bogiem. Zarówno pocieszenie, jak też badane typy zmagania mają charakter dyspozycji nie związanych z konkretną sytuacją stresu. Metoda może być używana do pomiaru zmagania doświadczanych w jednostce czasu lub w odpowiedzi na specyficzne zdarzenia życiowe (Exline, 2013). Metoda składa się z czterech podskal (Zarzycka, 2014):

- *Pocieszenie religijne (PR)* – mierzy wsparcie, które osoba czerpie z wiary. Dokonuje się to za pomocą spostrzegania wiary jako źródła siły, pokoju, harmonii, poczucia sensu, celowości. W skład tej podskali wchodzi również pytania, które odnoszą się do relacji z Bogiem (poczucia zaufania do Boga, postrzeganie Boga jako wszechmogącego, wspierającego i troszczącego się o człowieka);

- *Lęk-wina* (LW) – pytania wchodzące do tego wymiaru koncentrują się na: zaabsorbowaniu człowieka swoimi grzechami, poczuciu winy przed Bogiem oraz sytuacji nieprzebaczenia przez Boga;

- *Negatywne Emocje względem Boga* (NEB) – podskala ta mierzy negatywne uczucia, które osoba wyraża względem Boga. Wiąże się to z percepcją Boga jako niesprawiedliwego, niegodnego zaufania, dalekiego, karzącego człowieka oraz opuszczającego;

- *Negatywne interakcje społeczne związane z religią* – w skład tej podskali wchodzi pytania, które mierzą stopień intensywności negatywnego afektu, który ma swoje powiązania i źródło w kłopotliwej interakcji z ludźmi wierzącymi.

RCSS zawiera 24 stwierdzenia, do których respondenci ustosunkowują się na 11 punktowym formacie odpowiedzi (od 0 = *w ogóle* do 10 = *bardzo silnie*).

Adaptacja polskiej Skali została przeprowadzona przez Zarzycką, która potwierdziła czteroskładnikową strukturę metody. Podstawowe statystyki opisowe i współczynniki rzetelności uzyskane w próbie adaptacyjnej ( $\alpha_A$ ) przedstawiono w tabeli poniżej. Znajdują się w niej również współczynniki spójności wewnętrznej uzyskane w obecnych badaniach ( $\alpha_B$ ). Oszacowania te okazały się satysfakcjonujące, a w podskalach *Lęk-wina* i *Negatywne emocje względem Boga* oraz *Negatywne interakcje społeczne związane z religią*, rzetelności okazały się wyższe niż w próbie adaptacyjnej. Podskala *Negatywne interakcje społeczne związane z religią* posiada najniższą rzetelność.

Tabela 7.2 Charakterystyka Skali Pocieszenia i Napięcia Religijnego

RCSS	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha_A$	$\alpha_B$
<i>Pocieszenie</i>	10	7,14	2,37	0,96	0,97
<i>Lęk i Wina</i>	6	3,04	1,81	0,74	0,81
<i>Negatywne emocje względem Boga</i>	6	1,63	1,53	0,86	0,83
<i>Negatywne interakcje społeczne związane z religią</i>	2	2,8	1,99	0,56	0,55

Źródło: Zarzycka, 2014, s. 692.

### 7.3. Skala McGill Jakość życia w chorobie zagrażającej życiu – wersja zrewidowana

Skala ta została skonstruowana do pomiaru jakości życia osób z chorobą zagrażającą życiu bądź w ostatnim stadium choroby terminalnej. Metoda składa się z 14 stwierdzeń pogrupowanych w 4 podskale. Do skali zostało dołączone stwierdzenie, które bada Ogólną jakość życia osoby chorej. Respondenci ustosunkowują się do stwierdzeń na 11-punktowym formacie odpowiedzi od 0 do 10. Metoda składa się z czterech podskal:

- *Wymiar fizyczny* – w podskali tej znajdują się trzy pytania, które odnoszą się do fizycznej sfery osoby. Treść pytań tej podskali koncentruje się na objawach somatycznych choroby, fizycznego samopoczucia oraz zdolności pacjenta do wykonania spraw, które zamierzał wykonać.
- *Wymiar psychologiczny* – w skład tej podskali wchodzi pytania, które mierzą psychologiczne funkcjonowanie osoby. Pytania odnoszą się do odczuwanego przez pacjenta smutku, depresji oraz z jakim natężeniem osoba w ostatnim czasie była nerwowa bądź zamartwiała się.
- *Wymiar egzystencjalny* - pytania wchodzące do tego wymiaru koncentrują się na stosunku osoby chorej do przyszłości, sensowności i celowości życia osoby, dokonania oceny swojego życia z perspektywy spełnienia oraz dokonania postępów, poczucia kontroli nad swoim życiem oraz satysfakcji z bycia samemu z sobą.
- *Wymiar Społeczny* – mierzy stopień zadowolenia pacjenta z komunikacji oraz relacji istniejącej pomiędzy osobą chorą, a osobami, które są dla niej ważne. W podskali tej znajdują się również pytania odnoszące się do stopienia odczuwanego przez osobę chorą wsparcia (Cohen i in., 2016).

Adaptacja polskiej Skali została przeprowadzona przez Rybarskiego, Zarzycką i Bernata (w druku) *Measuring the Quality of Life of People with Life-Threatening Illnesses: The Internal Structure of The Polish Adaptation of The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised*. Przeprowadzona analiza czynnikowa oraz korelacje pomiędzy wynikiem ogólnym jakości życia skali, a poszczególnymi wymiarami, dowodzi dobremu dopasowaniu skali. Konfirmacyjna Analiza Czynnikowa potwierdziła cztero-składnikową strukturę metody. Podstawowe statystyki opisowe i współczynniki rzetelności uzyskane w próbie adaptacyjnej ( $\alpha_A$ ) przedstawiono w tabeli poniżej. Znajdują się w niej również współczynniki spójności wewnętrznej uzyskane w obecnych badaniach ( $\alpha_B$ ). Oszacowania te okazały się satysfakcjonujące, gdyż we wszystkich wymiarach wartości poszczególnych podskal zbliżone są do próby adaptacyjnej. Podstawowe statystyki opisowe i współczynniki rzetelności ( $\alpha_A$ ) uzyskane w próbie adaptacyjnej przedstawiono w tabeli poniżej. W tabeli znajdują się również współczynniki spójności wewnętrznej uzyskane w obecnych badaniach ( $\alpha_B$ ). Polska skala została dołączona do Aneksu 1.

Tabela 7.3 Charakterystyka Skali McGill Jakość życia

McGill Jakość Życia	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha_A$	$\alpha_B$
Fizyczna	3	6,15	2,73	0.83	0,80
Psychologiczna	4	6,69	2,68	0.89	0,86
Egzystencjalna	4	6,97	2,3	0.78	0,74
Spoleczna	3	8,26	1,82	0.79	0,76
Ogólna Jakość Życia	14	98,15	25,6	0.89	0,87

Źródło: Cohen, 2016.

#### 7.4. Skala Lęku przed śmiercią i umieraniem The Death and Dying Distress Scale (DADDS)

Skala Lęku przed śmiercią i umieraniem jest tłumaczeniem angielskiej metody The Death and Dying Distress Scale opracowanej przez Krause i współpracowników (Krause, Rydall, Hales, Rodin, Lo, 2015). Polskiego tłumaczenia dokonał Rybarski. Skala została dołączona do Aneksu 2. Skala Lęku przed śmiercią i umieraniem została skonstruowana do pomiaru lęku przed śmiercią wśród pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, pacjentów z przerzutami w chorobie nowotworowej oraz zaawansowaną chorobą nowotworową. Skala jest przeznaczona dla pacjentów z rokowaniem dłuższym niż 6 miesięcy życia. Osoby znajdujące się w takim stadium choroby są skazane na życie w „podwójnej świadomości”. Z jednej strony angażują się w swoje zadania życiowe, a z drugiej pozostają w konieczności częstego konfrontowania się z myślami o śmierci spowodowanymi przeżywaniem choroby zagrażającej życiu. DADDS koncentruje się na obawach wynikających z możliwością śmierci, która wpływa min. na zdolność i umiejętność życia, psychologiczne oraz społeczne obawy związane z utratą czasu oraz okazji do działania, zakończenie relacji z bliskimi oraz stanie się przyczyną ich bólu i cierpienia oraz na obawy związane z samym procesem umierania. W skład skali wchodzi 15 pytań, które w całości tworzą jeden wymiar. Osoby badane ustosunkowują się do pytania zaznaczając odpowiedź na 5 stopniowej skali, na której 0 oznacza *Nie odczuwałem dyskomfortu związanego z tą myślą*, 1 oznacza *Odczuwałem bardzo słaby dyskomfort*, 2 - *Odczuwałem łagodny dyskomfort*, 3 - *Odczuwałem umiarkowany dyskomfort*, 4 - *Odczuwałem silny dyskomfort* 5 - *Odczuwałem bardzo silny dyskomfort*. Wartość poszczególnych itemów wchodzących w skład skali wynosi od 0,57 do 0,86. Rzetelność pytań, które mierzą lęk przed śmiercią i umieraniem jest zadowalająca i wynosi  $\alpha = 0,95$ .

## **7.5. Skala numeryczna (NRS)**

Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę numeryczną opartą na Skala wzrokowo-analogowej (VAS). NRS jest poziomowym odcinkiem długości 100 mm, którego lewy koniec „0” opisany jest jako „brak bólu”, a prawy koniec „10” jako „największy ból jaki można sobie wyobrazić”. Zadaniem chorego jest zaznaczenie na skali miejsca, które jest najbardziej adekwatne do odczuwanego w danym momencie bólu. Skala, na której zaznacza się natężenie bólu przedstawiona jest za pomocą linijki podzielonej na odcinki centymetrowe od 0 do 10, a te z kolei na milimetrowe. NRS pozwala mierzyć ból o małym natężeniu bądź sytuacje, kiedy chorzy nie odczuwają żadnego bólu. Skala ta jest często stosowanym narzędziem do badania różnego rodzaju bólu oraz bólu przewlekłego. Warunkiem stosowania NRS jest konieczność zachowania prawidłowych funkcji motorycznych i narządu wzroku osoby badanej. Ponadto niezbędne jest postępowanie dwustopniowe, tzn. ocena bólu dokonywana jest przez chorego, a następnie pomiar wyniku dokonywany przez badacza (Leppert, Forycka, 20011) .

## **7.6. Arkusz osobowy i arkusz choroby**

Arkusz osobowy przygotowany przez autora pracy jest ankietą zawierającą 9 pytań o status społeczno-demograficzny osoby badanej. Pytania w arkuszu odnoszą się do wieku, płci, miejsca zamieszkania, statusu społecznego, wykształcenia, wyznania, stanu cywilnego, oceny sytuacji materialnej, posiadania liczby dzieci oraz wnuków. Arkusz ankiety osobowej znajduje się w Aneksie 3.

Arkusz choroby, został opracowany również przez autora pracy. Jego celem jest zebranie dodatkowych informacji na temat przebiegu choroby oraz postawy osoby chorej wobec swojej choroby nowotworowej. Opracowana ankieta składa się z 13 pytań, które odnoszą się do takich zagadnień jak: okres wiedzy pacjenta o chorobie, stopień akceptacji choroby, stopień przystosowania do choroby, pytanie dotyczące zażywania leków przeciwbólowych, stopień poczucia bycia samotnym, forma opieki, wsparcie w chorobie przez psychologa, terapeutę, duszpasterza, przynależność do wspólnoty religijnej oraz stopień nadziei na odzyskanie zdrowia. Arkusz Choroby osobowej znajduje się w Aneksie 4.



## **8. Strategia badań oraz osoby badane**

W obecnym rozdziale przedstawiona zostanie strategia prowadzenia badań oraz charakterystyka osób badanych.

### **8.1. Strategia badań**

Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia 2017 roku do stycznia 2018 roku. Objęły one 130 osoby hospitalizowane z powodu choroby nowotworowej. Badania miały miejsce w następujących placówkach medycznych:

- Radomskie Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca 76’;
- Oddział Onkologii Ogólnej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu;
- Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli;
- Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie.

Wszyscy pacjenci przed właściwym badaniem zapoznali się z celem oraz charakterystyką badań i wyrazili zgodę na wzięcie w nim udziału. Badania dotyczyły ważnych spraw osobistych, co uzasadniało konieczność zachowania w nich anonimowości. Dołączona instrukcja informowała o anonimowym i naukowym charakterze badania oraz prośbie koncentrującej się na odpowiadaniu na zamieszczone pytania zgodnie z prawdą. Część osób badanych ( $n = 35$ ) wypełniło zestaw badawczy z pomocą psychologa, natomiast większość ( $n = 95$ ) wypełniła kwestionariusze samodzielnie. Badanie trwało ok. 45 min. Zastosowana procedura badawcza uzyskała pozytywną opinię Komisji Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz poszczególnych Komisji funkcjonujących w placówkach medycznych, w których badania były przeprowadzone. Każdorazowo, po zakończonym badaniu, pacjent był zapytany o swoje spostrzeżenia oraz miał możliwość wyrażania swojej opinii odnośnie badań. Z przebadanych 141 osób do analiz przyjęto wyniki 130. Pozostałe zestawy wykluczono z powodu niekompletnego wypełnienia danych.

Metody statystyczne wykorzystane w prezentowanej rozprawie zostały dobrane pod kątem ich przydatności dla zweryfikowania hipotez badawczych. Zastosowano niżej opisane procedury statystyczne:

- *Opis wyników* – w celu scharakteryzowania badanej próby ze względu na zmienne demograficzne, wykorzystano następujące statystyki opisowe: minimum (*Min*), maksimum (*Max*), średnia (*M*), odchylenie standardowe (*SD*);
- *Korelacje  $r$  Pearsona* – w celu ustalenia siły i kierunku związków między poszczególnymi zmiennymi ilościowymi;
- *Analiza regresji* – w celu przewidywania wartości zmiennej zależnej na podstawie innych zmiennych;
- *Analiza procesów warunkowych* - mediacja prosta do weryfikacji modelu 1. oraz mediacja moderowana do weryfikacji modelu 2. Obydwie analizy zostaną przeprowadzone za pomocą makra PROCESS opracowanego przez Hayes (Hayes, 2018) model 4. (mediacja prosta) i 6. (mediacja moderowana).

## 8.2. Charakterystyka badanej próby

**Charakterystyka socjodemograficzna.** Podstawę opisu badanej grupy pod względem zmiennych socjodemograficznych stanowiły wyniki uzyskane za pomocą *Arkusza Osobowego*. Dane dotyczące płci i wieku osób biorących udział w badaniu zawiera tabela 8.1.

Tabela 8.1 Statystyki opisowe płci i wieku

	n	%	Min	Max	M	SD
Kobiety	74	56,4	20	85	60,41	12,30
Mężczyźni	56	43,6	24	83	62,20	12,92
Razem	130	100,00	20	85	61,18	12,55

*Oznaczenia: n- liczebność; Min - minimum; Max – maximum; M – średnia; SD – odchylenie standardowe.*

Wśród przebadanych osób było 74 kobiet oraz 56 mężczyzn. Kobiety znacznie częściej wyrażały chęć udziału w badaniach. Wiek osób mieścił się od 20 do 85 roku życia. Średnia wieku wynosi 61,18%.

Status społeczno-ekonomiczny badanych został określony poprzez następujące zmienne: miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy oraz własną

ocenę sytuacji materialnej. Rozkład procentowy i liczbowy tych zmiennych znajduje się w tabeli 8.2.

Badane osoby pochodziły z różnych środowisk. Mieszkańcy małych miast (do 200 tys.) oraz mieszkańcy miast dużych (od 200 tys.) stanowili równe grupy biorąc pod uwagę liczbę osób. Najmniej osób w badaniu pochodziło ze wsi. Najwięcej osób badanych posiada wykształcenie średnie. Najmniej liczną grupę stanowią osoby studiujące oraz posiadające wykształcenie wyższe zawodowe. Wśród osób badanych najwięcej było tych, którzy są na emeryturze bądź rencie. Licznie reprezentowane były również osoby pracujące. Nisko reprezentowaną grupę stanowią osoby bezrobotne, studiujące oraz posiadające własną działalność gospodarczą.

Najliczniejszą grupę w badanej próbie stanowią osoby w związku małżeńskim. Znacznie mniejszą grupę stanowią osoby reprezentujące pozostałe kategorie stanu cywilnego. Badane osoby w większości oceniały swoją sytuację materialną jako dobrą bądź raczej dobrą.

Podsumowując, badane osoby stanowią próbę zróżnicowaną i przekrojową pod względem socjo-demograficznym. Jej cechami charakterystycznymi są: przewaga kobiet, ludzi żyjących w miastach, osób starszych, niepracujących oraz będących w małżeństwie.

*Tabela 8.2 Rozkład liczbowy i procentowy zmiennych socjoekonomicznych w badanej grupie (n=130)*

	n	%
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Wieś	38	28,6
Miasto poniżej 200tys	51	38,3
Miasto powyżej 200tys	44	33,1
<b>Wykształcenie</b>		
Podstawowe	18	13,5
Zasadnicze zawodowe	33	24,8
Średnie	55	21,4
Student	1	0,8
Wyższe zawodowe	5	3,8
Wyższe magisterskie	21	15,8
<b>Statut zawodowy</b>		
Uczeń/Student	2	1,5
Pracownik	28	21,1
Działalność gospodarcza	3	2,3

Osoba na emeryturze/rencie	88	66,2
Osoba bezrobotna	11	8,3
Inne	1	1
<hr/>		
Stan Cywilny		
Panna/kawaler (nie posiada partnera)	13	9,8
Panna/kawaler (posiada partnera)	4	3
Rozwiedziony/w separacji	7	5,3
Mężatka/zonaty	91	68,4
Wdowa/wdowiec	18	13,5
<hr/>		
Sytuacja materialna		
Bardzo dobra	4	3
Dobra	54	40,6
Raczej dobra	51	45,9
Raczej zła	10	7,5
Zła	3	2,3
Bardzo zła	1	0,8

Dane dotyczące postawy badanego do choroby nowotworowej z *Arkusza choroby* znajdują się w tabeli 8.3.

Znaczna ilość osób badanych akceptuje swoją chorobę oraz czuje się do choroby przystosowana. Aż 95 spośród osób badanych nie przyjmuje leków uśmierzających ból. Dwie osoby korzystają z pomocy Ośrodka opieki dziennej oraz domowej opieki hospicyjnej, natomiast zdecydowana większość korzysta z pomocy oddziału szpitalnego. Zdecydowana liczba osób w grupie, w różnych stopniu, ale ma nadzieję na powrót do zdrowia. Tylko 14 osób nie ma takiej nadziei.

*Tabela 8.3 Rozkład liczbowy i procentowy danych dotyczących postaw do choroby (n = 130)*

Stopień w jakim akceptujesz chorobę	n	%
Całkowicie nie akceptuję	4	3
Nie akceptuję	12	9
Raczej nie akceptuję	13	9,8
Raczej akceptuję	44	33,1
Akceptuję	50	37,6
Całkowicie akceptuję	10	7,5
<hr/>		
Stopień w jakim czujesz się przystosowany do choroby		
Całkowicie nieprzystosowany	3	2,3

Nie przystosowany	12	9
Raczej nie przystosowany	20	15
Raczej przystosowany	58	43,6
Przystosowany	37	27,8
Całkowicie przystosowany	3	2,3
<hr/>		
Czy przyjmujesz leki uśmierzające ból		
Przyjmuje	38	28,6
Nie przyjmuję	95	71,4
<hr/>		
Z jakiej formy opieki korzystasz obecnie		
Domowa opieka hospicyjna	2	1,5
Oddział szpitalny	129	97
Ośrodek opieki dziennej	2	1,5
<hr/>		
Jak silna jest Twoja nadzieja na powrót do zdrowia		
Całkowicie nie mam nadziei	1	1,8
Nie mam nadziei	5	3,8
Raczej nie mam nadziei	8	6,0
Raczej mam nadzieję	39	23,3
Mam nadzieję	45	33,8
Mam ogromną nadzieję	35	26,3

Wśród osób badanych istnieje duże zróżnicowanie ze względu na rodzaj choroby nowotworowej. Odnotowano w sumie 21 rodzajów nowotworów. Zauważa się cztery rodzaje najczęściej występujących odmian choroby nowotworowej. Są to: rak piersi, chłoniak, rak jelita grubego oraz białaczka. Dane dotyczące rodzajów choroby nowotworowej wśród badanej grupy pacjentów znajdują się w tabeli 8.4 poniżej.

*Tabela 8.4 Rozkład liczbowy i procentowy rodzajów choroby nowotworowej w badanej próbie (n = 130)*

	n	%
Piersi	26	20,3
Chłoniak	22	17,3
Śledziona	1	0,8
Szpiczak	5	3,8
Wątroba	6	4,5
Płuc	8	6,0
Jajniki	3	2,3

Jelito grube	18	14,3
Żołądek	5	3,8
Podniebienie	1	0,8
Tkanki miękkiej	1	0,8
Kości	2	1,5
Białaczka	10	7,5
Odbyt	2	1,5
Prostata	3	2,3
Ślinianki	2	1,5
Zespół mielodysplastyczny	2	1,5
Nerki	2	1,5
Trzustka	4	3,0
Krtań	1	1,5
Małopłytkowość	1	0,8
Ziarnica	1	0,8
Otrzewnej	1	0,8
Przełyk	1	0,8
Braki danych	1	1
Ogółem	130	100

---

**Część III**  
**Wyniki badań własnych**

## **9. Korelaty i predyktory jakości życia**

Część trzecia zawiera prezentację wyników przeprowadzonych badań. Najpierw przedstawione zostaną rezultaty analizy korelacji, za pomocą której przeprowadzono wstępną analizę powiązań między centralnością religijności, wsparciem religijnym, zmaganiem religijnymi, lękiem przed śmiercią i jakością życia badanych osób. Następnie omówione zostaną wyniki analizy regresji, przy pomocy której ustalono jaki jest zakres warunkowania jakości życia osób chorych na nowotwory przez zmienne religijne i lęk przed śmiercią. Ostatnia część zawiera prezentację wyników analizy mediacji, przy pomocy której testowano przyjęty model zależności centralności religijności, zmagania religijnych i duchowych, lęku przed śmiercią i jakości życia w badanej grupie pacjentów.

### **9.1. Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory – analiza korelacji**

Wstępną analizę zależności między religijnością i lękiem przed śmiercią a jakością życia osób chorych na nowotwory ustalono za pomocą analizy korelacji. Obliczone zostały korelacje jakości życia z centralnością i jej pięcioma wymiarami: zainteresowaniem, przekonaniami religijnymi, doświadczeniem religijnym, modlitwą i kultem; ze wsparciem religijnym i trzema typami zmagania religijnymi: lękiem-winą, negatywnym afektem względem Boga i negatywnymi interakcjami z ludźmi wierzącymi, a także z lękiem przed śmiercią. Ponadto, ustalono jaki jest związek natężenia bólu, akceptacji choroby, przystosowania do choroby, samotności, nadziei na powrót do zdrowia z jakością życia u osób chorych na nowotwory.

Tabela 9.1 zawiera współczynniki korelacji obrazujące zależności pomiędzy centralnością religijności i jej pięcioma wymiarami a jakością życia badanych pacjentów. Ogólna jakość życia korelowała dodatnio z zainteresowaniem problematyką religijną. Wymiar egzystencjalny korelował dodatnio z kultem religijnym. Wymiar społeczny korelował dodatnio zarówno z centralnością, jak też z jej czterema wymiarami: zainteresowaniem, przekonaniami, modlitwą i doświadczeniem religijnym. Wymiary fizyczny i psychologiczny nie korelowały z centralnością religijności.



Tabela 9.1 Korelacje pomiędzy wymiarami Centralności religijności (C-15), a Jakością życia (MQOL-R) (n=130)

Zmienne	Zainteresowanie	Przekonania	Modlitwa	Doświadczenie	Kult	Centralność
Wymiar fizyczny	0,04	0,04	-0,02	-0,06	0,08	0,02
Wymiar psychologiczny	0,121	0,08	0,05	0,05	0,07	0,09
Wymiar egzystencjalny	0,141	0,15	0,12	0,06	0,24**	0,17
Wymiar społeczny	0,29**	0,20*	0,17*	0,25**	0,14	0,25**
Jakość życia	0,18*	0,14	0,10	0,09	0,17	0,16

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabela 9.2 zawiera współczynniki korelacji opisujące zależność między wsparciem i zmaganiem religijnymi a jakością życia badanych pacjentów. Ogólna jakość życia, podobnie jak jej egzystencjalny wymiar, korelowała dodatnio z pocieszeniem religijnym oraz ujemnie z napięciem religijnym i jego trzema wymiarami: lękiem-winą, negatywnym afektem względem Boga i negatywnymi interakcjami społecznymi z osobami wierzącymi. Wymiary fizyczny i psychologiczny korelowały ujemnie ze zmaganiem religijnym, ale nie korelowały z pocieszeniem. Wymiar społeczny wiązał się dodatnio z pocieszeniem religijnym.

Tabela 9.2 Korelacje pomiędzy wymiarami Skali Pocieszenia i Zmagania Religijnego (RCSS) a wymiarami Jakości życia (MQOL-R) (n=130)

Zmienne	Pocieszenie religijne	Napięcie religijne	Lęk-wina	Negatywne/Bóg	Negatywne/wierzący
Wymiar fizyczny	0,02	-0,29	-0,19*	-0,22*	-0,33**
Wymiar psychologiczny	0,07	-0,32**	-0,22*	-0,28**	-0,30**
Wymiar egzystencjalny	0,23**	-0,32**	-0,20*	-0,31**	-0,30**
Wymiar społeczny	0,29**	-0,167	-0,15	-0,15	-0,11
Jakość życia	0,19*	-0,37**	-0,25**	-0,32**	-0,35**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabela 9.3 zawiera współczynniki korelacji między jakością życia, a lękiem przed śmiercią, natężeniem bólu, akceptacją choroby, przystosowaniem do choroby, samotnością i nadzieją na powrót do zdrowia. Jakość życia, a także jej wymiary: fizyczny, psychologiczny i egzystencjalny wiąże się ujemnie z lękiem przed śmiercią, natężeniem bólu i samotnością, ale dodatnio z akceptacją choroby, przystosowaniem do choroby

i nadzieją na powrót do zdrowia. Podobne związki odnotowano w przypadku wymiaru społecznego z tym wyjątkiem, że nie korelował on jedynie z lękiem przed śmiercią.

*Tabela 9.3 Korelacje pomiędzy wymiarami jakości życia (MQOL-R), a Lękiem przed śmiercią (DADDs), natężeniem bólu, akceptacją choroby, przystosowaniem do choroby, samotnością, nadzieją na powrót do zdrowia*

Zmienne	Lęk przed śmiercią i umieraniem	Natężenie bólu	Akceptacja choroby	Przystosowanie do choroby	Samotność	Nadzieja na powrót do zdrowia
Wymiar fizyczny	-0,29**	-0,58**	0,29**	0,35**	-0,30**	0,23**
Wymiar psychologiczny	-0,40**	-0,46**	0,35**	0,47**	-0,33**	0,21*
Wymiar egzystencjalny	-0,25**	-0,41**	0,39**	0,35**	-0,33**	0,18*
Wymiar społeczny	-0,04	-0,23**	0,20*	0,29**	-0,37**	0,29**
Jakość życia	-0,34**	-0,58**	0,41**	0,49**	-0,44**	0,30**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

## 9.2. Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory – analiza regresji

Analiza regresji hierarchicznej została przeprowadzona w celu ustalenia jaki jest zakres warunkowania jakości życia osób chorych na nowotwory przez centralność religijności, wsparcie i zmagania religijne oraz lęk przed śmiercią. Równoczesne uwzględnienie czterech zmiennych niezależnych pozwoli na ustalenie zbioru predyktorów wyjaśniających zmienną jakość życia. Przeprowadzono pięć analiz regresji, w których jako zmienne zależne testowano kolejno: ogólną jakość życia, a następnie jej cztery wymiary: fizyczny, psychologiczny, egzystencjalny i społeczny. W każdej analizie zmienne niezależne wprowadzano w czterech kolejnych krokach, w pierwszym centralność religijności, w drugim pocieszenie religijne, w trzecim zmagania religijne jako trzy zmienne: lęk-wina, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią, w czwartym – lęk przed śmiercią. W ten sposób możliwe było ustalenie nie tylko zbioru zmiennych warunkujących jakość życia osób chorych na nowotwory, ale również obserwacja tego jak zmienia się konfiguracji predyktorów po uwzględnieniu kolejnych zmiennych.

Przed wykonaniem analizy regresji wykonano kilka analiz regresji, za pomocą których dokonano estymacji krzywych opisujących zależności między każdą niezależną (centralność, pocieszenie, lęk-wina, negatywne emocje względem Boga, negatywne interakcje społeczne i lęk przed śmiercią), a jakością życia. Celem tej analizy było sprawdzenie jaka funkcja—liniowa czy krzywoliniowa—lepiej opisuje tę zależność. Dlatego, jeśli zależność między zmiennymi miała charakter krzywoliniowy zostało to uwzględnione w analizie regresji.

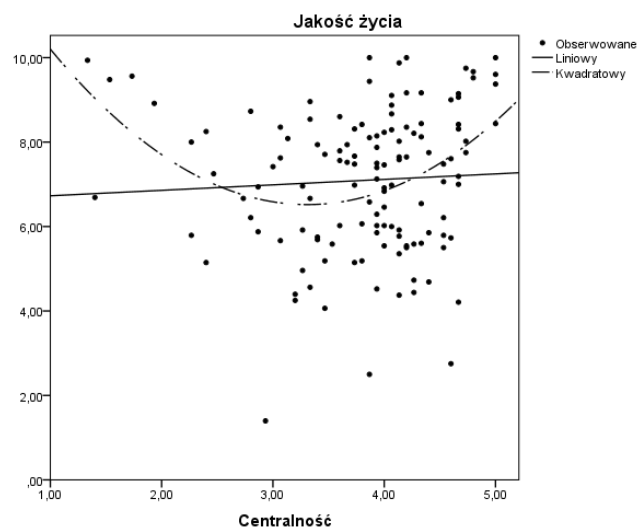
### 9.2.1. Określenie charakteru zależności między centralnością religijności, pocieszeniem religijnym, zmaganiem religijnymi i lękiem przed śmiercią a jakością życia

Analizy przedstawione poniżej zmierzały do ustalenia jaki charakter—liniowy czy krzywoliniowy—mają zależności między centralnością religijności, pocieszeniem religijnym, zmaganiem religijnymi i lękiem przed śmiercią a jakością życia. W sześciu kolejnych analizach regresji ustalono, która funkcja lepiej opisuje każdą z tych zależności.

W pierwszej analizie ustalono charakter zależności między centralnością religijności a jakością życia. Do równania regresji wprowadzono najpierw centralność opisaną za pomocą funkcji liniowej, a następnie centralność opisaną za pomocą funkcji kwadratowej (Tabela 9.4). Model liniowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych ( $F(1; 128) = 0,42; p = 0,519$ ). Centralność wyjaśniała mniej niż 1% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,003$ ). Wprowadzenie do równania regresji funkcji kwadratowej zwiększyło zakres wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej do 10% ( $R^2 = 0,10; p < 0,001$ ). Model kwadratowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 128) = 8,15; p < 0,001$ ). Można wnioskować, że funkcja kwadratowa poprawnie opisuje związek centralności z jakością życia osób chorych na nowotwory. Jak wskazuje Rysunek 9.1 wysoką jakość życia posiadają zarówno osoby o wysokiej, jak też o niskiej centralności religijności. Najniższą jakość życia posiadają osoby należące do „środkowego przedziału” wyników centralności.

Tabela 9.4 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	6,60	0,80	-	8,46	<0,001
Centralność	0,13	0,2	0,06	0,65	0,519
Stała	14,08	2,02	-	6,97	<0,001
Centralność	-4,57	1,19	-2,02	-3,82	<0,001
Centralność <sup>2</sup>	0,69	0,17	2,10	3,98	<0,001

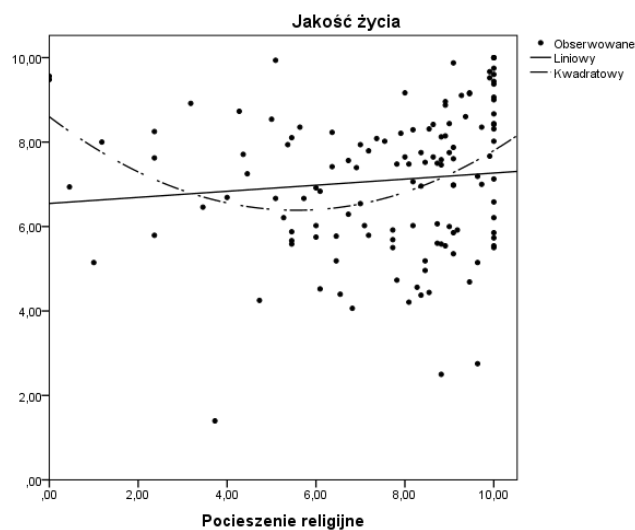


Rysunek 9.1 Poziom centralności religijności i jakości życia. Przedstawiono linie dopasowania regresji liniowej (prosta ciągła) i kwadratowej (krzywa ciągła) dla poziomów centralności i jakości życia

W drugiej analizie sprawdzono jaka funkcja—liniowa czy krzywoliniowa—lepiej opisuje związek pocieszenia religijnego z jakością życia. Analiza regresji wykazała, że model liniowy nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 1,31; p = 0,255$ ). Model kwadratowy wykazał natomiast dobre dopasowanie ( $F(2; 128) = 7,00; p < 0,01$ ). Tabel 9.5 zawiera szczegółowe wyniki analizy regresji. Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników pocieszenia religijnego przedstawiono na Rysunku 9.2. Zatem, funkcja kwadratowa poprawnie opisuje zależność jakości życia od pocieszenia religijnego. Pocieszenie wyjaśnia 9% wariancji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,086$ ). Na podstawie wykresu rozrzutu można sądzić, że najwyższy poziom jakości życia mają osoby, które czerpią wysokie wsparcie z religii (wysokie pocieszenie) oraz osoby, dla których religia nie jest źródłem wsparcia. Prawdopodobnie, ci ostatni budują poczucie jakości własnego życia w oparciu o zasoby inne niż religia.

Tabela 9.5 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla pocieszenia jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	6,54	0,50		13,07	<0,001
Pocieszenie	0,07	0,06	0,10	1,14	0,255
Stała	8,60	0,75		11,43	<0,001
Pocieszenie	-0,80	2,52	-1,11	-3,15	<0,01
Pocieszenie <sup>2</sup>	0,07	0,02	1,25	3,54	<0,01

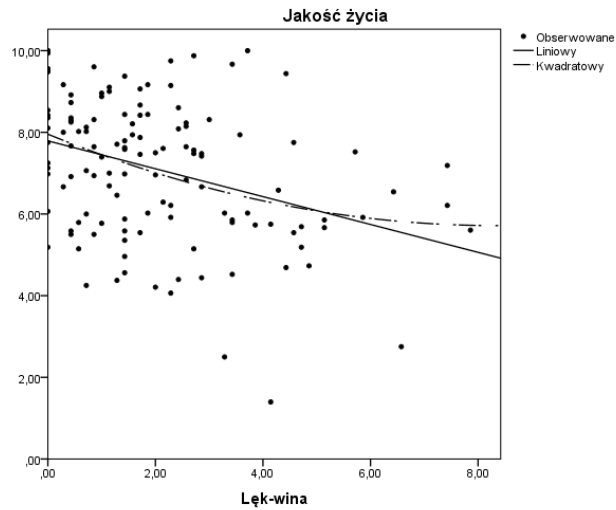


Rysunek 9.2. Poziom pocieszenia i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów pocieszenia religijnego i jakości życia.

W trzeciej analizie sprawdzono jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje zależności pomiędzy lękiem-winą a jakością życia osób chorych na nowotwór. Wyniki analizy regresji zostały przedstawione w Tabeli 9.6. Model liniowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 18,06; p < 0,001$ ). Zmienna lęk-wina wyjaśniała 12% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,118$ ), a zależność między lękiem-winą i jakością życia była ujemna. Oznacza to, że w grupie osób chorujących na nowotwór religijne poczucie winy obniża poczucie jakości życia. Model kwadratowy okazał się niedopasowany do danych ( $F(2; 126) = 9,45; p < 0,001$ ). Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników lęk-winy przedstawia Rysunek 9.3.

Tabela 9.6 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku-winy jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	7,80	0,21		-35,90	<0,001
Lęk i wina	-0,34	0,10	-0,35	-4,25	<0,001
Stała	8,00	0,30		28,36	<0,001
Lęk i wina	-0,53	0,22	-0,55	-2,40	<0,05
Lęk i wina <sup>2</sup>	0,03	0,03	0,21	0,92	0,356

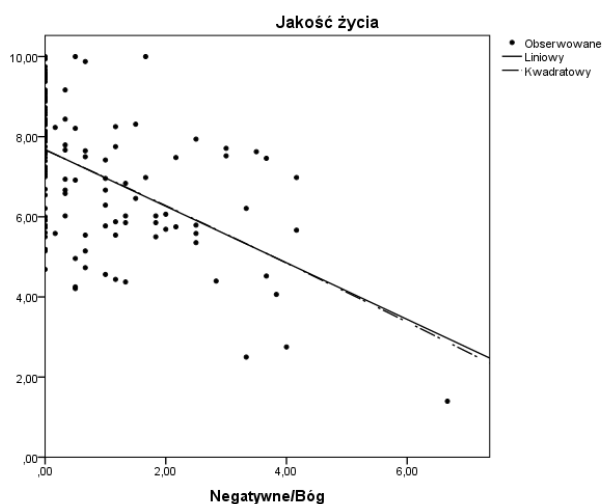


Rysunek 9.3. Poziom lęku-winy i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku-winy i jakości życia.

W czwartej analizie regresji sprawdzono jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje zależności pomiędzy negatywnymi emocjami względem Boga a jakością życia osób chorych na nowotwór. Wyniki analizy regresji zostały przedstawione w Tabeli 9.7. Także w tym przypadku model liniowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 44,50; p < 0,001$ ). W modelu liniowym negatywne emocje względem Boga wyjaśniają 25% wariacji wyników jakości życia osób chorych na nowotwór ( $R^2 = 0,254$ ). Związek między negatywnymi emocjami względem Boga a jakością życia był ujemny ( $\beta = -0,70; t = -6,70; p < 0,001$ ). Zatem wraz ze wzrostem negatywnych emocji względem Boga zmniejsza się jakość życia osób chorych na nowotwór. Model kwadratowy nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(2; 126) = 22,07; p < 0,001; B = -0,11; p < 0,01$ ). Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników negatywnych emocji względem Boga przedstawia Rysunek 9.4.

Tabela 9.7 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywnych emocji względem Boga jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	7,70	0,15		48,80	<0,001
Negatywne/Bóg	-0,70	0,10	-0,50	-6,70	<0,001
Stała	7,70	0,17		45,25	<0,001
Negatywne/Bóg	-0,69	0,25	-0,49	-2,70	<0,01
Negatywne/Bóg <sup>2</sup>	-0,01	0,06	-0,01	-0,08	0,933

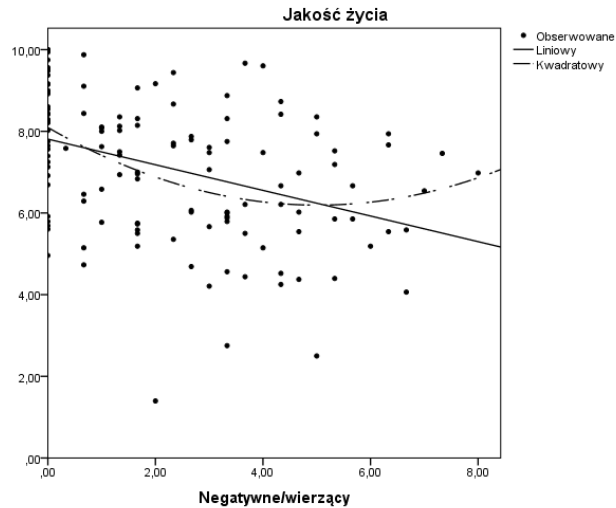


Rysunek 9.4. Poziom negatywnych emocji do Boga i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów negatywnych emocji do Boga i jakością życia.

W piątej analizie regresji ustalono jaka funkcja—liniowa czy krzywoliniowa—lepiej opisuje związek między negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią a jakością życia. Model liniowy okazał się dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 022,23; p < 0,001$ ). Negatywne interakcje społeczne z związane z wiarą wyjaśniały 14% wariacji wyników w jakości życia ( $R^2 = 0,142$ ). Model kwadratowy wykazał również dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 126) = 14,52; p < 0,001$ ). Po wprowadzeniu do równania regresji funkcji kwadratowej zakres wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej wzrósł do 17% ( $R^2 = 0,174$ ). Obie funkcje—liniowa i kwadratowa—dobrze opisują zależność negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z jakością życia. Szczegółowe wyniki analizy zostały przedstawione w Tabeli 9.8, a wykres rozrzutu wyników jakości życia względem negatywnych interakcji społecznych wraz z liniami dopasowania regresji liniowej i kwadratowej przedstawiono na Rysunku 9.5. W analizie regresji uwzględniono liniową zależność jakości życia od negatywnych interakcji społecznych związanych z religią. Wraz ze wzrostem negatywnych interakcji społecznych związanych z religią zmniejsza się jakość życia osób chorych na choroby nowotworowe.

Tabela 9.8 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywne interakcje z grupą religijną i jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	7,80	0,20		37,80	<0,001
Negatywne/wierzący	-0,31	0,07	-0,38	-4,71	<0,001
Stała	8,10	0,23		34,60	<0,001
Negatywne/wierzący	-0,76	0,19	-0,93	-3,91	<0,001
Negatywne/wierzący <sup>2</sup>	0,07	0,03	0,58	-2,44	<0,05



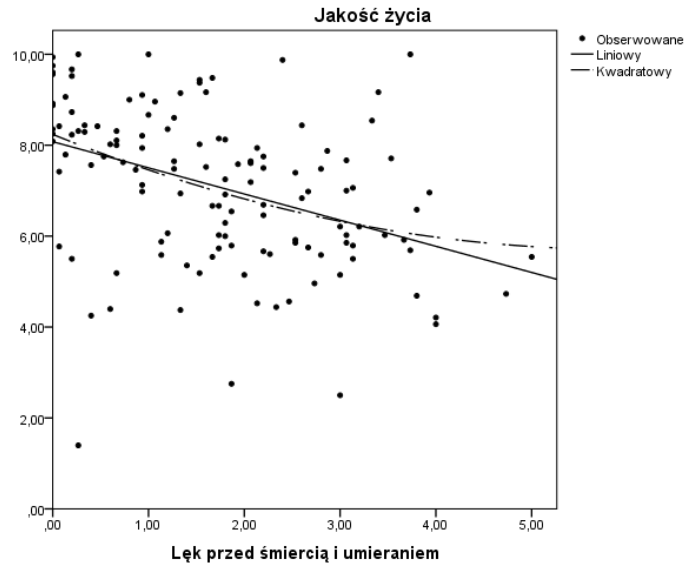
Rysunek 9.5. Poziom negatywnych interakcji z grupą religijną i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów negatywnie interakcje z grupą religijną i jakości życia..

W szóstej analizie regresji ustalono charakter związku lęku przed śmiercią z jakością życia. W tym przypadku model liniowy okazał się dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 24,71; p < 0,001$ ). Po wprowadzeniu do równania regresji lęku przed śmiercią opisanego za pomocą funkcji kwadratowej model nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(2; 128) = 12,66; p = 0,41$ ). Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku przed śmiercią jako predyktora jakości życia zostały przedstawione w Tabeli 9.9. Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników w lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.6. Można wnioskować, że tylko funkcja liniowa poprawnie opisuje zależność jakości życia od lęku przed śmiercią. W modelu liniowym Lęk przed śmiercią wyjaśniała 16% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,16$ ). Związek między lękiem przed śmiercią, a jakością życia był ujemny. Zatem, im wyższy jest u badanych lęk przed śmiercią tym jest niższa ich jakość życia.

Tabela 9.9 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku przed śmiercią jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	8,07	0,42		33,40	<0,001
Lęk przed śmiercią	-0,60	0,12	-0,40	-5,00	<0,001
Stała	8,23	0,31		26,50	0,001
Lęk przed śmiercią	-0,85	0,36	-0,60	-2,40	0,018
Lęk przed śmiercią <sup>2</sup>	0,07	0,09	0,21	0,82	0,412



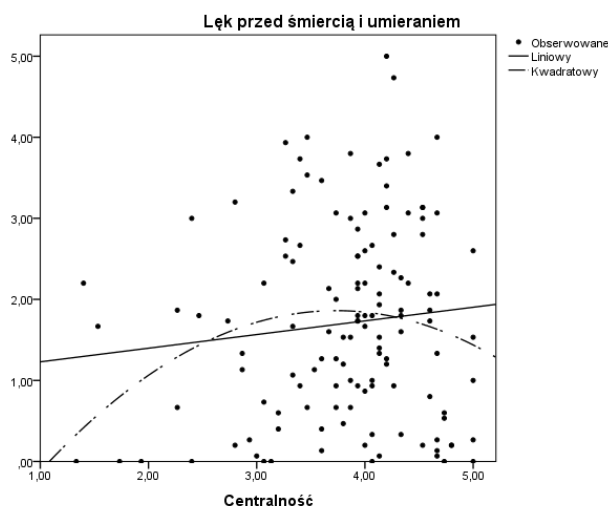


Rysunek 9.6. Poziom lęku przed śmiercią i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz jakości życia.

W ostatniej analizie sprawdzono jaka funkcja—liniowa czy krzywoliniowa—lepiej opisuje związek centralności z lękiem przed śmiercią. Analiza regresji wykazała, że model liniowy nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 1,48; p = 0,226$ ). Model kwadratowy wykazał natomiast dobre dopasowanie ( $F(2; 127) = 3,05; p < 0,05$ ). Tabela 9.10 zawiera szczegółowe wyniki analizy regresji. Wykres rozrzutu wyników lęku przed śmiercią względem wyników centralności religii przedstawiono na Rysunku 9.7. Zatem, funkcja kwadratowa poprawnie opisuje zależność lęku przed śmiercią od centralności. Centralność religii wyjaśnia 3% wariancji wyników lęku przed śmiercią ( $R^2 = 0,031; p = 0,05$ ). Na podstawie wykresu rozrzutu można sądzić, że najwyższy poziom lęku przed śmiercią mają osoby ze „środkowego przedziału” wyników centralności. Osoby o wysokiej centralności odczuwają mniejszy poziom lęku przed śmiercią, podobnie jak osoby o niskiej centralności religii.

Tabela 9.10 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku przed śmiercią

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,106	0,54		1,96	0,052
Centralność	0,168	0,13	0,06	1,21	0,226
Stała	-1,83	1,45		-1,26	0,210
Centralność	1,20	0,85	1,25	2,30	<0,05
Centralność <sup>2</sup>	-0,26	0,12	-1,16	-2,14	<0,05



Rysunek 9.7. Poziom centralności religijności i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności oraz lęku przed śmiercią.

### 9.2.2. Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób chorych na nowotwory

W pierwszej analizie regresji jako zmienną zależną wprowadzono jakość życia. Rezultaty tej analizy znajdują się w Tabeli 9.11. Uzyskane bloki zmiennych niezależnych wyjaśniają od 11% do 40% wariacji w wynikach jakości życia. Model regresji w bloku 1 okazał się istotny statystycznie ( $F(2; 127) = 8,15; p < 0,001$ ). Centralność wyjaśniała 10% ( $R^2 = 0,10$ ) wariacji wyników jakości życia. W bloku 2, wprowadzenie do modelu Pocieszenia zwiększyło zakres wyjaśnianej wariacji o 2% ( $R^2 = 0,12$ ), a zmienna Centralność utraciła swój istotny wkład do równania regresji. Model regresji w bloku 2 był również istotny statystycznie ( $F(4; 127) = 5,57; p < 0,001$ ). Do bloku 3 wprowadzono: negatywne interakcje z wierzącymi, lęk-winę, negatywne emocje względem Boga. Model był istotny statystycznie ( $F(7; 127) = 10,25; p < 0,001$ ), a zakres wyjaśnianej wariacji wzrósł do 33% ( $R^2 = 0,33$ ). W modelu 3 Centralność i Pocieszenie okazały się nieistotne statystycznie. Do 4 modelu wprowadzono lęk przed śmiercią. Model ten był również istotny statystycznie ( $F(8; 127) = 11,88; p < 0,001$ ). Konfiguracja trzech zmiennych warunkowała najlepsze przewidywanie jakości życia osób chorych na nowotwory: negatywne interakcje z wierzącymi, negatywne emocje względem Boga i lęk przed śmiercią. Zmienne te wyjaśniały łącznie 40% wariacji wyników w zakresie jakości życia.

*Tabela 9.11 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów jakości życia (n=130). Zostały wprowadzone obydwie zależności*

Blok i predyktory	B	SE B	B	T	p
<b>Blok 1</b>					
Centralność	0,95	0,28	0,42	3,40	0,001
Centralność <sup>2</sup>	-2,76	0,69	-0,49	-3,98	<0,001
<b>Blok 2</b>					
Centralność	0,42	0,38	0,19	1,09	0,276
Centralność <sup>2</sup>	-2,10	0,78	-0,38	-2,71	0,008
Pocieszenie religijne	-0,39	0,29	-0,55	-1,36	0,178
Pocieszenie religijne <sup>2</sup>	0,04	0,02	0,76	1,93	0,056
<b>Blok 3</b>					
Centralność	0,07	0,34	0,03	0,21	0,833
Centralność <sup>2</sup>	-0,83	0,71	-0,15	-1,17	0,243
Pocieszenie religijne	-0,24	0,26	-0,33	-0,94	0,351
Pocieszenie religijne <sup>2</sup>	0,03	0,02	0,51	1,49	0,139
Lęk-wina	-0,19	0,08	-0,19	-2,40	0,018
Negatywne/Bóg	-0,40	0,12	-0,29	-3,26	<0,001
Negatywne/wierzący	-0,16	0,07	-0,19	-2,38	0,019
<b>Blok 4</b>					
Centralność	0,01	0,32	0,01	0,04	0,971
Centralność <sup>2</sup>	-0,56	0,67	-0,10	-0,83	0,408
Pocieszenie religijne	-0,25	0,24	-0,35	-1,05	0,297
Pocieszenie religijne <sup>2</sup>	0,03	0,02	0,54	1,67	0,098
Lęk-wina	-0,10	0,08	-0,10	-1,28	0,205
Negatywne/Bóg	-0,40	0,12	-0,29	-3,40	<0,001
Negatywne/wierzący	-0,15	0,06	-0,18	-2,37	0,020
Lęk przed śmiercią i umieraniem	-0,41	0,11	-0,29	-3,87	<0,001

### **9.2.3. Religijność i lęk przed śmiercią a fizyczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory**

Celem drugiej analizy regresji było sprawdzenie jaki jest zakres warunkowania fizycznego wymiaru jakości życia przez centralność, pocieszenie, zmagania religijne i lęk przed śmiercią. Uzyskano cztery bloki zmiennych wyjaśniające od 3% do 28% wariacji

wyników w wymiarze fizycznej jakości życia osób chorych na nowotwory. Rezultaty tej analizy zawiera Tabela 9.12

*Tabela 9.12 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów fizycznej jakości życia (n=130).*

Blok i predyktory	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Blok 1</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,61	0,45	0,17	1,35	0,179
Centralność (składnik kwadratowy)	-2,73	1,12	-0,31	-2,44	0,016
<b>Blok 3</b>					
Centralność (składnik liniowy)	-0,22	0,59	-0,06	-0,37	0,709
Centralność (składnik kwadratowy)	-0,19	1,23	-0,02	-0,16	0,875
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,43	0,44	-0,39	-0,98	0,330
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,04	0,03	0,43	1,12	0,264
Lęk-wina	-0,15	0,13	-0,10	-1,15	0,251
Negatywne/Bóg	-0,43	0,21	-0,20	-2,01	0,047
Negatywne/wierzący	-0,31	0,11	-0,25	-2,71	0,008
<b>Blok 4</b>					
Centralność (składnik liniowy)	-0,30	0,57	-0,09	-0,52	0,602
Centralność (składnik kwadratowy)	0,16	1,20	0,02	0,14	0,892
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,45	0,43	-0,41	-1,05	0,295
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,04	0,03	0,46	1,22	0,224
Lęk-wina	-0,04	0,14	-0,03	-0,29	0,775
Negatywne/Bóg	-0,42	0,21	-0,20	-2,03	0,045
Negatywne/wierzący	-0,30	0,11	-0,24	-2,69	0,008
Lęk przed śmiercią i umieraniem	-0,54	0,19	-0,24	-2,86	0,005

Model regresji w bloku 1 był istotny statystycznie ( $F(2; 127) = 3,29; p = 0,044$ ), a Centralność wyjaśniała 3% wariancji wyników w zakresie fizycznej jakości życia ( $R^2 = 0,35$ ). Do bloku drugiego wprowadzono pocieszenie religijne. Model regresji w bloku 2 okazał się nieistotny statystycznie ( $F(4; 127) = 3,20; p = 0,078$ ), dlatego został on pominięty w tabeli. W bloku 3 do modelu regresji zostały wprowadzone: lęk-wina, negatywne emocje do Boga i negatywne interakcje z wierzącymi. Model regresji w bloku 3 był istotny statystycznie ( $F(4; 127) = 4,77; p < 0,001$ ), a wprowadzenie zmagania religijnego zwiększyło zakres wyjaśnianej wariancji w zakresie fizycznej jakości życia do 15% (zmiana  $R^2 = 0,12; p < 0,001$ ). Po wprowadzeniu tych predyktorów, centralność i pocieszenie religijne utraciły

istotny wkład do równania regresji. Blok 4 stanowi uzupełnienie poprzedniego modelu o zmienną lęk przed śmiercią. Wprowadzenie lęku przed śmiercią zwiększyło możliwość przewidywania zmiennej niezależnej o kolejne 5% (zmiana  $R^2 = 0,05$ ;  $p = 0,05$ ). Model 4 był istotny statystycznie ( $F(8; 127) = 5,44$ ;  $p < 0,001$ ). Trzy predyktory miały istotny wpływ do równania regresji w bloku 4: negatywne interakcje z wierzącymi, negatywne emocje względem Boga oraz lęk przed śmiercią. Wyjaśniały one łącznie 22% wariacji wyników fizycznej jakości życia (skorygowany  $R^2 = 0,22$ ). Można zatem wnioskować, że im wyższy jest poziom religijnego poczucia winy, silniejsze negatywne interakcje z wierzącymi oraz silniejszy lęk przed śmiercią, tym niższa jest jakość życia, która wynika z doświadczania dolegliwości fizycznych.

#### 9.2.4. Religijność i lęk przed śmiercią a psychologiczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory

W trzeciej analizie regresji ustalono które zmienne w zbiorze centralności, wsparcia religijnego, zmagania religijnych oraz lęku przed śmiercią umożliwiają najlepsze przewidywanie wyników psychologicznej jakości życia. Wyniki tej analizy zawiera Tabela 9.13. Uzyskane bloki zmiennych wyjaśniają od 6% do 40% wariacji wyników psychologicznej jakości życia.

Tabela 9.13 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów psychologicznej jakości życia ( $n = 130$ ).

Blok i predyktory	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Blok 1</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,89	0,42	0,27	2,11	0,037
Centralność (składnik kwadratowy)	-2,92	1,04	-0,36	-2,80	0,006
<b>Blok 2</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,52	0,57	0,16	0,90	0,369
Centralność (składnik kwadratowy)	-1,60	1,17	-0,20	-1,37	0,172
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,99	0,44	-0,95	-2,27	0,025
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,08	0,03	0,97	2,38	0,019
<b>Blok 3</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,02	0,52	0,01	0,04	0,965
Centralność (składnik kwadratowy)	0,18	1,10	0,02	0,16	0,869
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,80	0,39	-0,77	-2,03	0,044
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,06	0,03	0,74	2,03	0,045
Lęk-wina	-0,19	0,12	-0,13	-1,59	0,115

Negatywne/Bóg	-0,65	0,19	-0,32	-3,41	0,001
Negatywne/wierzący	-0,19	0,10	-0,16	-1,85	0,067
<b>Blok 4</b>					
Centralność (składnik liniowy)	-0,08	0,49	-0,03	-0,17	0,862
Centralność (składnik kwadratowy)	0,67	1,02	0,08	0,65	0,514
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,83	0,37	-0,80	-2,27	0,025
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,07	0,03	0,78	2,30	0,023
Lęk-wina	-0,03	0,12	-0,02	-0,28	0,781
Negatywne/Bóg	-0,64	0,18	-0,32	-3,62	<0,001
Negatywne/wierzący	-0,17	0,09	-0,15	-1,82	0,071
Lęk przed śmiercią i umieraniem	-0,73	0,16	-0,35	-4,60	<0,001

Model regresji w bloku 1 był istotny statystycznie ( $F(4; 127) = 3,92; p = 0,022$ ), a Centralność wyjaśniała 4% wariacji wyników w zakresie psychologicznej jakości życia ( $R^2 = 0,04$ ). Wprowadzenie do modelu, w bloku 2, zmiennej Pocieszenie istotnie poprawiło zakres wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej o 4% (zmiana  $R^2 = 0,04; p = 0,01$ ), ale Centralność przestała być w tym modelu statystycznie istotna. Blok 3 był również istotny ( $F(4; 127) = 3,92; p = 0,022$ ). Do modelu zostały wprowadzone negatywne emocje do Boga, lęk i wina, natywne interakcje z wierzącymi. Ta zmiana zwiększyła zakres wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej o kolejne 19% (zmiana  $R^2 = 0,19; p < 0,001$ ) przy zachowaniu istotności modelu ( $F(7; 127) = 7,15; p < 0,001$ ). Do ostatniego, czwartego bloku, wprowadzono lęk przed śmiercią i umieraniem. Model regresji w bloku 4 był istotny ( $F(8; 127) = 9,94; p < 0,001$ ), a zakres wyjaśnionej wariacji wzrósł o kolejne 10% (zmiana  $R^2 = 0,10; p < 0,001$ ). Ostatecznie cztery predyktory wyjaśniały 36% wariacji wyników w zakresie psychologicznego wymiaru jakości życia: Pocieszenie, negatywne emocje względem Boga oraz lęk przed śmiercią i umieraniem. Można zatem wnioskować, że psychologiczna jakość życia osób chorujących na nowotwór zwiększa się u tych osób, które czerpią z wiary wsparcie, a istotnie maleje wśród tych, którzy odczuwają religijne poczucie winy oraz silny lęk przed śmiercią i umierania.

#### **9.2.5. Religijność i lęk przed śmiercią a egzystencjalny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory**

W czwartej analizie regresji ustalono „hierarchię przyczynowości” w zbiorze centralności, pocieszenia religijnego, zmagania religijnych i lęku przed śmiercią umożliwiającą najlepsze przewidywanie egzystencjalnego wymiaru jakości życia. Uzyskane

cztery bloki zmiennych niezależnych wyjaśniały od 11% do 28% wariancji wyników w zakresie egzystencjalnego wymiaru jakości życia. Rezultaty analizy regresji zawiera Tabela 9.14.

Tabela 9.14 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów egzystencjalnego wymiaru jakości życia ( $n = 130$ ).

Blok i predyktory	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	t	p
<b>Blok 1</b>					
Centralność (składnik liniowy)	1,34	0,35	0,47	3,80	<0,001
Centralność (składnik kwadratowy)	-3,57	0,87	-0,51	-4,11	<0,001
<b>Blok 2</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,59	0,48	0,21	1,23	0,222
Centralność (składnik kwadratowy)	-3,49	0,97	-0,49	-3,58	0,000
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	0,14	0,36	0,15	0,38	0,707
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,01	0,03	0,17	0,43	0,668
<b>Blok 3</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,25	0,45	0,09	0,54	0,588
Centralność (składnik kwadratowy)	-2,23	0,95	-0,32	-2,36	0,020
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	0,28	0,34	0,31	0,82	0,412
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,00	0,03	-0,02	-0,05	0,956
Lęk-wina	-0,17	0,10	-0,14	-1,60	0,112
Negatywne/Bóg	-0,42	0,16	-0,24	-2,57	0,011
Negatywne/wierzący	-0,14	0,09	-0,14	-1,60	0,112
<b>Blok 4</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,19	0,45	0,07	0,44	0,663
Centralność (składnik kwadratowy)	-2,00	0,93	-0,28	-2,14	0,034
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	0,27	0,33	0,30	0,80	0,424
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	5,62	0,03	0,00	0,00	0,998
Lęk-wina	-0,09	0,11	-0,07	-0,85	0,399
Negatywne/Bóg	-0,42	0,16	-0,24	-2,59	0,011
Negatywne/wierzący	-0,13	0,09	-0,13	-1,54	0,126
Lęk przed śmiercią i umieraniem	-0,35	0,15	-0,20	-2,42	0,017

Model regresji w bloku 1 był istotny statystycznie ( $F(2; 127) = 9,11; p < 0,001$ ), a centralność wyjaśniała 11% wariancji wyników w zakresie egzystencjalnego wymiaru jakości życia ( $R^2 = 0,12$ ). Do bloku 2 wprowadzono pocieszenie, które zwiększyło zakres wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej o 4% (zmiana  $R^2 = 0,04; p < 0,001$ ). Model regresji w bloku 2 był również istotny statystycznie ( $F(4; 127) = 6,04; p < 0,001$ ). W bloku 3 do

modelu zostały wprowadzone zmienne: natywne interakcje z wierzącymi, lęk-wina i negatywne emocje względem Boga. Ta zmiana zwiększyła zakres wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej o kolejne 14% (zmiana  $R^2 = 0,14$ ;  $p < 0,001$ ) przy zachowaniu istotności modelu ( $F(7; 127) = 7,20$ ;  $p < 0,001$ ). Po wprowadzeniu zmiennych religijnych centralność i negatywne emocje względem Boga były istotnymi predyktorami zmiennej zależnej. Blok 4 stanowi uzupełnienie modelu o zmienną lęk przed śmiercią i umieraniem, trzy zmienne były istotnymi predyktorami egzystencjalnego wymiaru jakości życia: centralność, negatywne emocje względem Boga oraz lęk przed śmiercią. Zmienne te poprawiły możliwość przewidywania zmiennej zależnej o kolejne 3% (zmiana  $R^2 = 0,03$ ;  $p < 0,001$ ). Istotność statystyczna modelu 4 wynosiła ( $F(8; 127) = 7,20$ ;  $p < 0,001$ ). Trzy predyktory wyjaśniały łącznie 28% wariancji wyników w zakresie egzystencjalnego wymiaru jakości życia ( $R^2 = 0,28$ ). Można wnioskować, że gorsze poczucie jakości życia w wymiarze egzystencjalnym jest u osób chorych na nowotwór uwarunkowane niską centralnością religijności, wysokim poziomem lęku przed śmiercią oraz postrzeganiem Boga jako karzącego lub odległego.

#### **9.2.6. Religijność i lęk przed śmiercią a społeczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory**

W ostatniej analizie regresji ustalono predyktory społecznego wymiaru jakości życia. Analogicznie jak w poprzednich analizach, do bloku 1 wprowadzono centralność, do bloku 2 – pocieszenie religijne, do bloku 3 – lęk-wina, negatywne emocje względem Boga, negatywne interakcje z wierzącymi, do bloku 4 – lęk przed śmiercią i umieraniem. Żaden z predyktorów w modelu regresji w bloku 2 nie był istotny, dlatego został on pominięty w Tabeli 9.15. Modele regresji w pozostałych blokach wyjaśniały od 5% do 9% wariancji wyników w społecznym wymiarze jakości życia. Model regresji w bloku 1 był istotny statystycznie ( $F(2; 127) = 4,40$ ;  $p = 0,014$ ), a centralność wyjaśniała 5% wariancji wyników społecznej jakości życia badanych pacjentów ( $R^2 = 0,05$ ). Wprowadzenie negatywnych emocji względem Boga, lęku i winy, interakcji z wierzącymi do bloku 3 zwiększyło zakres wyjaśnianej wariancji wyników społecznej jakości życia o 3% (zmiana  $R^2 = 0,03$ ). Model regresji w bloku 3 był istotny statystycznie ( $F(2; 127) = 3,03$ ;  $p < 0,01$ ). Jedynie lęk-wina okazała się istotnym predyktorem w tym bloku. Do modelu w bloku 4 wprowadzono lęk przed śmiercią. Wprowadzenie tej zmiennej zwiększyło predykcję zmiennej zależnej zaledwie o 1% (zmiana  $R^2 = 0,01$ ), przy zachowaniu istotności modelu regresji ( $F(8; 127) = 9,22$ ;  $p < 0,01$ ). Ostatecznie tylko lęk-wina warunkowała społeczny wymiar jakości życia ( $R^2 = 0,09$ ). Zatem, religijne poczucie winy istotnie zmniejsza stopień zadowolenia z relacji z innymi.



*Tabela 9.15 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów społecznego wymiaru jakości życia (n=130).*

Blok i predyktory	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Blok 1</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,98	0,33	0,38	2,96	0,004
Centralność (składnik kwadratowy)	-1,82	0,81	-0,28	-2,23	0,028
<b>Blok 2</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,31	0,45	0,12	0,69	0,494
Centralność (składnik kwadratowy)	-1,46	0,92	-0,23	-1,60	0,113
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	-0,11	0,34	-0,13	-0,31	0,756
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,03	0,03	0,41	1,02	0,312
<b>Blok 3</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,24	0,45	0,09	0,53	0,600
Centralność (składnik kwadratowy)	-1,07	0,94	-0,17	-1,14	0,257
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	0,00	0,34	0,00	0,00	0,997
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,02	0,03	0,29	0,71	0,479
Lęk-wina	-0,23	0,10	-0,21	-2,25	0,026
Negatywne/Bóg	-0,10	0,16	-0,07	-0,64	0,523
Negatywne/wierzący	0,01	0,09	0,01	0,15	0,881
<b>Blok 4</b>					
Centralność (składnik liniowy)	0,24	0,45	0,09	0,52	0,604
Centralność (składnik kwadratowy)	-1,07	0,95	-0,17	-1,12	0,264
Pocieszenie religijne (składnik liniowy)	0,00	0,34	0,00	0,00	0,998
Pocieszenie religijne (składnik kwadratowy)	0,02	0,03	0,29	0,71	0,480
Lęk-wina	-0,23	0,11	-0,21	-2,12	0,036
Negatywne/Bóg	-0,10	0,16	-0,07	-0,64	0,526
Negatywne/wierzący	0,01	0,09	0,01	0,15	0,880
Lęk przed śmiercią i umieraniem	-0,01	0,15	-0,01	-0,06	0,954

### **9.3. Centralność religijności a jakość życia osób chorych na nowotwory: ocena mediacyjnej funkcji lęku przed śmiercią**

W celu zweryfikowania hipotezy 1.1., która zakładała, że centralność religijności zwiększa poczucie jakości życia osób chorych na nowotwory przez to, że obniża lęk przed śmiercią przeprowadzono serię analiz mediacji. Jako zmienną niezależną do modelu mediacji wprowadzono centralność religii jako zmienną ogólną oraz kolejno pięć wymiarów

centralności religii, jako mediatora – lęk przed śmiercią a jako zmienną zależną – jakość życia. W analizie mediacji uwzględniono, że zależności między centralnością religijności a lękiem przed śmiercią i jakością życia mają charakter krzywoliniowy.

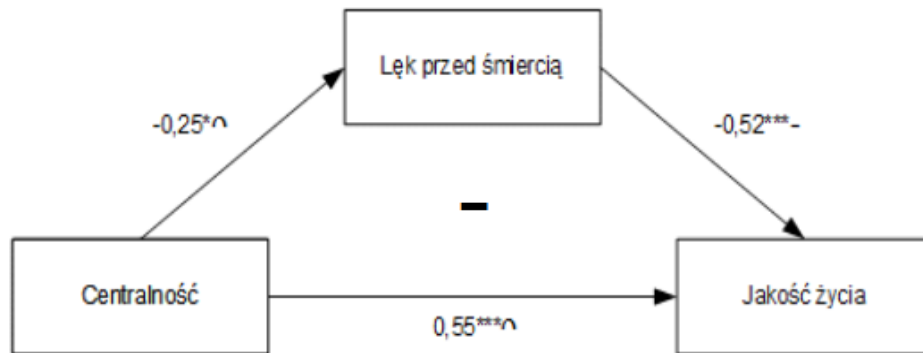
Przeprowadzona analiza potwierdziła istotność mediacji związku centralności religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią tylko w przypadku niskiego poziomu centralności (Tabela 9.16); efekt pośredni był istotny i ujemny (EP = -0,18; 90%PU[-0,380; -0,062]). Współczynniki ścieżek uzyskane w tym modelu zostały przedstawione w Tabeli 9.17 oraz graficznie na Rysunku 9.8. U osób o wysokiej centralności religijności efekt zmniejszania się nasilenia lęku przed śmiercią, a w rezultacie podwyższający poczucie jakości życia tych osób był nieistotny. (EB = 0,22; 90% PU[-0,083; 0,547]). W prezentowanej analizie istotny był efekt bezpośredni centralności na jakość życia. Oznacza to, że im bardziej religijność zajmuje centralne miejsce w strukturach poznawczych jednostki, tym bardziej poprawia poczucie jakości życia osób z chorobą nowotworową.

Tabela 9.16 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	-0,18	0,10	-0,380	-0,062
3,81	0,01	0,10	-0,156	0,170
4,60	0,22	0,18	-0,083	0,547

Tabela 9.17 Współczynnik regresji modelu mediacji związku centralności z jakością życia przez lęk przed śmiercią

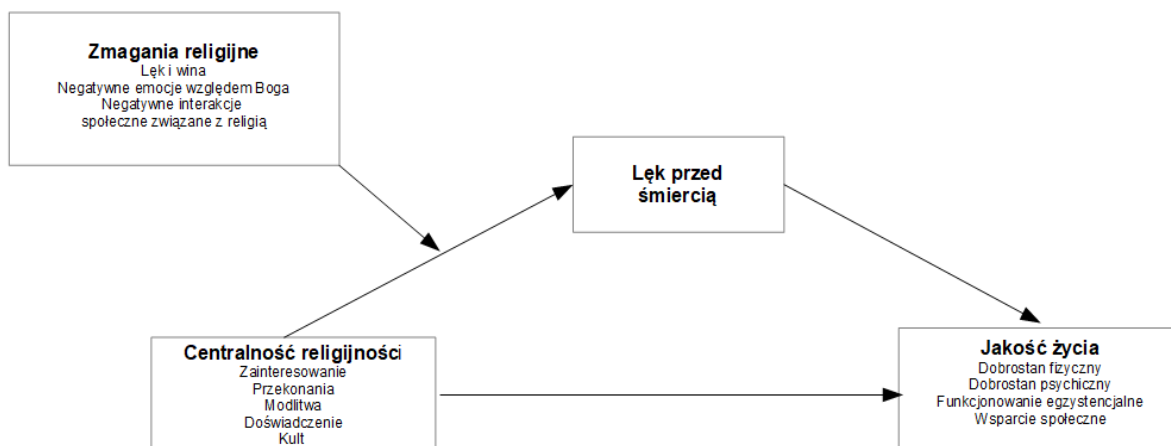
Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia )		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	1,92	0,87	<0,05	-3,55	1,13	<0,01
X <sup>2</sup>	-0,25	0,12	<0,05	0,55	0,16	<0,001
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,52	0,11	<0,001
Stała	-1,76	1,50	p = 0,23	13,15	1,90	<0,001
	R <sup>2</sup> = 0,04			R <sup>2</sup> = 0,24		
	F(2; 126) = 12,92; p = 0,053			F(3; 125) = 13,43; p < 0,001		



Rysunek 9.8. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.

#### 9.4. Mediacyjna funkcja lęku przed śmiercią w związku centralności religijności z jakością życia osób chorych na nowotwory: analiza moderacyjnej funkcji wsparcia i zmagania religijnych

Hipoteza 2.1 zakładała, że mediacyjny efekt centralności religijności na jakość życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią jest moderowany przez zmagania religijne. W tej hipotezie zakładano, że zmagania religijne osłabiają lub blokują mediacyjny efekt centralności na jakość życia przez lęk przed śmiercią. Innymi słowami, zakładano, że efekt ten nie zachodzi przy wysokim nasileniu zmagania religijnych. Aby zweryfikować hipotezę 2.1 przeprowadzono analizę mediacji moderowanej. Przewidywano, że zmagania religijne mogą moderować zależność między centralnością religijności i lękiem przed śmiercią lub związek centralności z jakością życia. Dlatego w analizie mediacji moderowanej zastosowano model 8 w macro PROCESS (Hayes, 2018). Model ten przedstawiono graficznie na Rysunku 9.9.



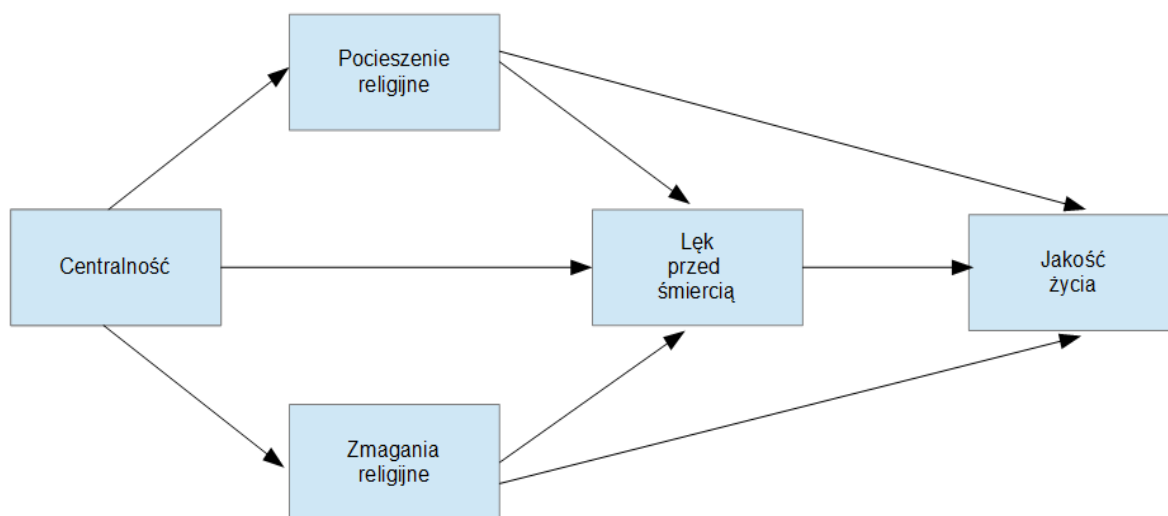
*Rysunek 9.9 Model mediacji związku centralności religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią moderowanej przez zmagania religijne*

W analizie mediacji moderowanej jako zmienną niezależną wprowadzono centralność religijności, jako mediator – lęk przed śmiercią, a jako zmienną zależną – ogólną jakość życia. Zmagania religijne jako zmienna ogólna, utworzona po uśrednieniu wyników w trzech podskalach RCSS, testowane były jako moderator. Przeprowadzona analiza nie potwierdziła sformułowanych oczekiwań. Indeks mediacji moderowanej był nieistotny ( $IMM = -0,04$  90% PU[-0,144; 0,025]). Nieistotne były również efekty pośrednie centralności na jakość życia przez lęk przed śmiercią na poszczególnych poziomach zmagających religijnych. Wskaźniki tych efektów, wraz ze współczynnikami ścieżek dla testowanego modelu przedstawiono w Aneksie w Tabelach A.1 oraz A.2. Wyniki te sugerują, że mediacja związku centralności religijności z jakością życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią nie ma charakteru warunkowego, nie zmienia się w zależności od poziomu nasilenia zmagających religijnych.

### **9.5. Centralność, pocieszenie i zmagania religijne, lęk przed śmiercią a jakość życia: w poszukiwaniu nowego modelu**

Dotychczas przeprowadzone analizy potwierdziły, że lęk przed śmiercią pośredniczy w związku centralności religijności z jakością życia osób chorych na nowotwory tylko u osób o niskim nasileniu centralności. Nie potwierdzono natomiast moderującej funkcji zmagających religijnych w tym procesie. Nie wiemy zatem jaka jest rola problemów religijnych w kontekście religijnych uwarunkowań jakości życia osób chorych na nowotwory. Aby

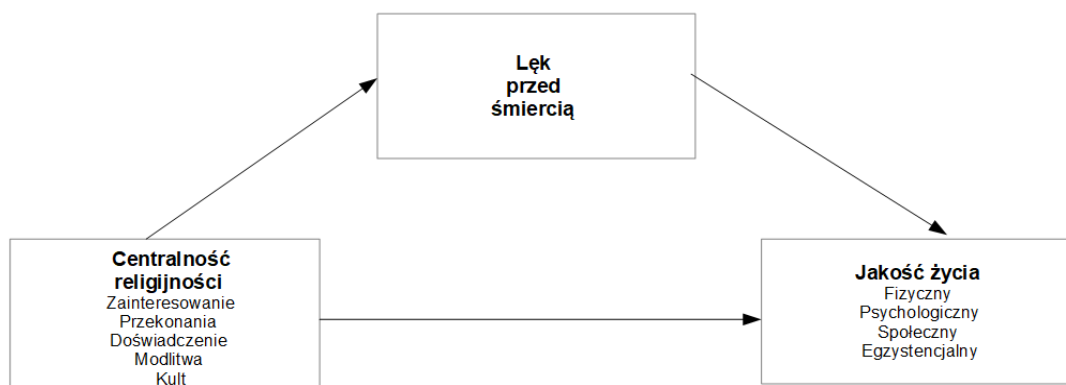
znaleźć odpowiedź na to pytanie zbudowano nowy model. Został on przedstawiony na Rysunku 10. Ten model został zweryfikowany empirycznie.



Rysunek 9.10 Proponowany model uwarunkowań jakości życia

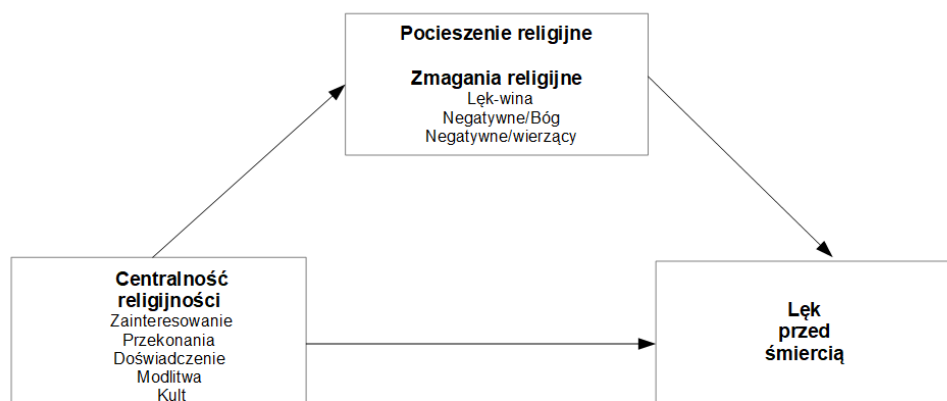
W nowym modelu przyjęto, częściowo potwierdzone w uprzedniej analizie założenie, że centralność warunkuje jakość życia osób chorych na nowotwory pośrednio, przez lęk przed śmiercią. Założenie to nawiązuje do Hipotezy 1, opartej na podstawowej tezie teorii zarządzania trwogą. Ponadto, w nowym modelu przewidywano, że efekt centralności na lęk przed śmiercią ma także charakter pośredni, zachodzi przed wsparcie czerpane z wiary (pocieszenie) i zmagania religijne. Prowadzone analizy będą zmierzały do weryfikacji tego modelu. Macro PROCESS Hayesa (2018) nie pozwala na całościowe przetestowanie takiego modelu, a analiza równań strukturalnych nie daje możliwości uwzględnienia powiązań krzywoliniowych, dlatego postanowiono przetestować model etapami.

Najpierw testowano mediację związku centralności z jakością życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią. Jak wspomniano wyżej, ta analiza nawiązuje do Hipotezy 1, jednakże obecna analiza została poszerzona o interpretację wymiarową centralności i jakości życia. Uwzględniono pięć wymiarów centralności: zainteresowanie problematyką religijną, przekonania religijne, doświadczenie religijne, modlitwę i kult; oraz cztery wymiary jakości życia: fizyczny, psychologiczny, społeczny i egzystencjalny. Dzięki temu możliwe będzie ustalenie, które wymiary centralności (i w jaki sposób) warunkują jakość życia (i w których wymiarach) przez lęk przed śmiercią u osób chorych na nowotwór. Ten etap analiz został przedstawiony graficznie na Rysunku 9.11.



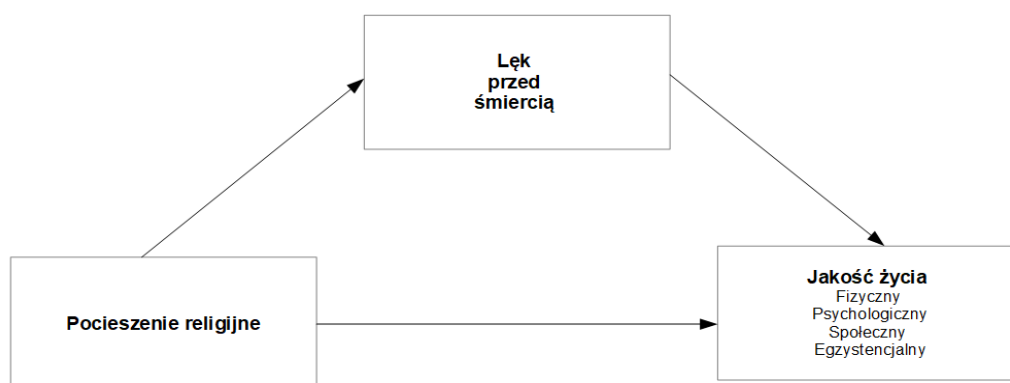
*Rysunek 9.11 Model mediacji centralności religijności na jakość życia przez lęk przed śmiercią*

Następnie poszukiwano odpowiedzi na pytanie w jaki sposób centralność warunkuje lęk przed śmiercią. Centralność religii może warunkować lęk przed śmiercią poprzez wsparcie jakie badani pacjenci czerpią z wiary oraz przez napięcia i konflikty, jakich doświadczają w związku ze swoim zaangażowaniem religijnym. Przewidywano, że wsparcie czerpane z wiary i relacji z Bogiem (pocieszenie religijne) będzie wzmacniać funkcję centralności w zakresie redukcji lęku przed śmiercią. Przewidywano również, że centralność religii będzie osłabiać napięcia związane z wiarą, a w konsekwencji zmniejszać lęk przed śmiercią u chorych na nowotwór. Kilka analiz mediacji pozwoli na zweryfikowanie tych przewidywań. Najpierw przetestowana zostanie mediacja związku centralności z lękiem przed śmiercią przez pocieszenie religijne, a następnie przez zmagania religijne (jako ogólną kategorię) i kolejno przez trzy formy zmagania: lęk-wina, negatywne emocje względem, Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią. Tę część modelu przedstawiono graficznie na Rysunku 12. Wyniki tych analiz przedstawiono w paragrafie 9.5.2. niniejszej pracy.



Rysunek 9.12 Model mediacji centralności religijności na lęk przed śmiercią przez pocieszenie i zmagania religijne

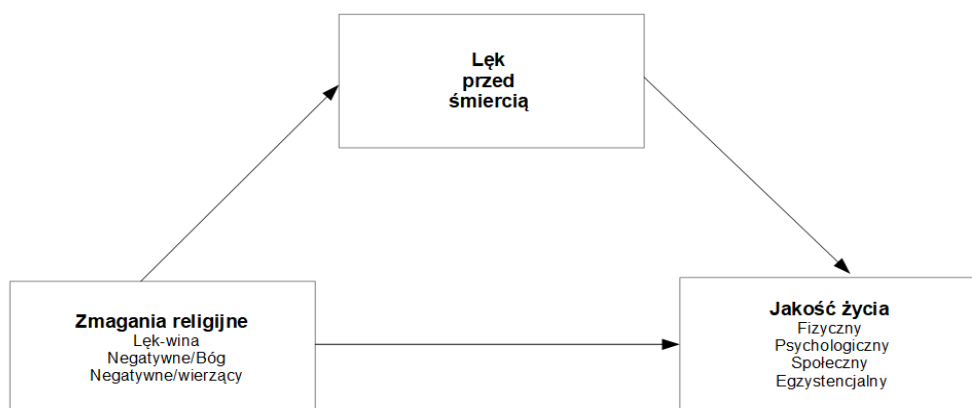
Ponieważ głównym przedmiotem zainteresowania w obecnej pracy są religijne uwarunkowania jakości życia osób chorych na nowotwory, przeprowadzone zostaną dwie dodatkowe analizy, które mogą uzupełnić nasze rozumienie mechanizmów warunkujących opisywane procesy. Sprawdzone zostanie w jaki sposób pocieszenie religijne warunkuje jakość życia badanych pacjentów, po uwzględnieniu lęku przed śmiercią. Przewidywano, że wsparcie, jakie pacjenci chorzy na nowotwór czerpią z wiary może warunkować ich jakość życia przez redukcję lęku przed śmiercią. Ten etap analiz przedstawiony został graficznie na Rysunku 13, a uzyskane wyniki przedstawione zostaną w paragrafie 9.5.3.



Rysunek 9.13 Model mediacji pocieszenia religijnego na jakość życia przez lęk przed śmiercią

Wreszcie, sprawdzone zostanie w jaki sposób zmagania religijne warunkują jakość życia badanych pacjentów, po uwzględnieniu lęku przed śmiercią. Przewidywano, że trudności związane z wiarą (zmagania religijne) mogą nasilać lęk przed śmiercią osób

chorych na nowotwory, a w konsekwencji obniżać jakość życia. Ten etap analizy przedstawiony został graficznie na Rysunku 14, a uzyskane wyniki przedstawione zostaną w paragrafie 9.5.4.



Rysunek 9.14 Model mediacji zmagania religijnych na jakość życia przez lęk przed śmiercią

### 9.5.1. Centralność a wymiary jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Przeprowadzona wcześniej analiza mediacji (por. s. 134) wykazała, że niska centralność religijności jest źródłem wyższego lęku przed śmiercią, a w rezultacie niższej jakości życia osób chorych na nowotwór. Obecnie analiza ta zostanie pogłębiona. Uwzględnione zostaną wymiary jakości życia—fizyczny, psychologiczny, egzystencjalny i społeczny—w celu sprawdzenia w jaki sposób są one warunkowane przez centralność i lęk przed śmiercią. Uwzględnione zostaną również wymiary centralności religijności: zainteresowanie religią, przekonania religijne, modlitwa, doświadczenie religijne i kult, w celu określenia jaki jest ich udział w warunkowaniu jakości życia przez lęk przed śmiercią. Wszystkie analizy zostały poprzedzone sprawdzeniem charakteru zależności między zmiennymi w testowanym modelu, czy jest ona liniowa czy krzywoliniowa.

#### 9.5.1.1. Wymiary centralności religijności a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

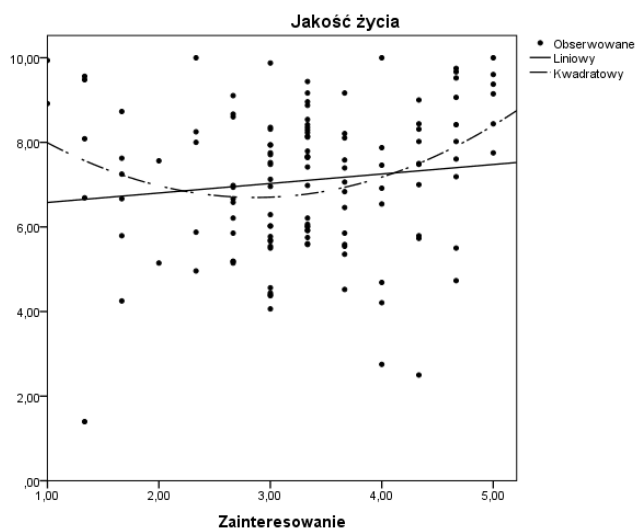
Jak zaznaczono, niska centralność religijności jest źródłem wyższego lęku przed śmiercią, a w rezultacie zmniejsza ona jakość życia osób chorych na nowotwór. Obecnie, sprawdzone zostanie które wymiary centralności mają istotny wkład do wyjaśniania jakości życia przez lęk przed śmiercią.



Wymiar zainteresowania opisuje poznawcze ukierunkowanie na problematykę religijną, bez aspektu osobistej akceptacji treści doktryny. Przeprowadzona analiza regresji wykazała, że funkcja kwadratowa dobrze opisuje zależność między zainteresowaniem jakością życia ( $F(2; 128) = 5,50; p < 0,01$ ). Zależność ta ma charakter krzywoliniowy. Zainteresowanie religią wyjaśniało 8% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,080$ ). Wyniki analizy regresji przedstawiono w Tabeli 9.18. Na podstawie wykresu rozrzutu (Rysunek 9.15) można sądzić, że najwyższy poziom jakości życia posiadają zarówno osoby niezainteresowane religią, jak też osoby bardzo zainteresowane religią.

Tabela 9.18 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowań jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	6,35	0,55		11,53	<0,001
Zainteresowania	0,22	0,16	0,123	1,40	0,165
Stała	9,75	1,26		7,73	<0,001
Zainteresowania	-2,13	0,80	-1,16	-2,64	<0,01
Zainteresowania <sup>2</sup>	0,37	0,12	1,31	3,00	<0,01



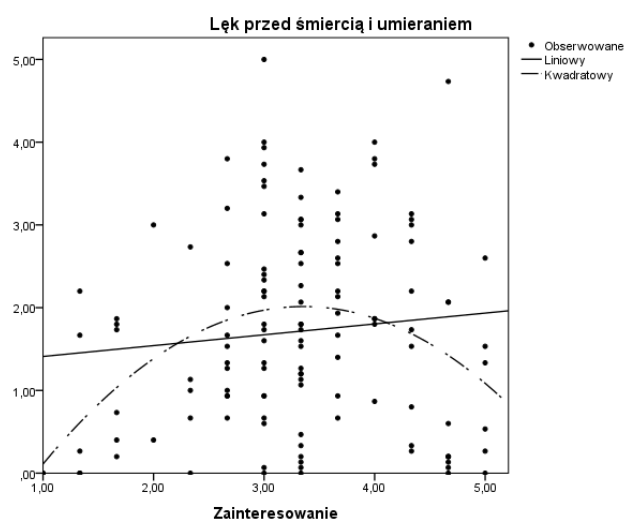
Rysunek 9.15 Poziom zainteresowania i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów zainteresowanie oraz jakość życia.

Zależność między zainteresowaniem religią i lękiem przed śmiercią ma również charakter krzywoliniowy. Model kwadratowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 128) = 8,74; <0,001$ ), a zainteresowanie religią wyjaśniało 12% ( $R^2 = 0,122; <0,001$ ) wariacji wyników w lęku przed śmiercią. Szczegółowe wyniki analizy regresji przedstawia Tabela 9.19. Wykres rozrzutu wyników zainteresowania religią względem wyników lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.16. Niski lęk przed śmiercią posiadają dwie kategorie

osób – ci, których cechuje wysokie oraz niskie zainteresowanie religijnością. Najwyższy lęk przed śmiercią posiadają osoby należące „środkowego przedziału” wyników zainteresowania religią.

Tabela 9.19 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowań jako predyktora lęku przed śmiercią

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,30	0,40		3,30	<0,001
Zainteresowania	0,13	0,11	0,102	1,16	0,250
Stała	-1,84	0,90		-2,14	<0,05
Zainteresowania	2,30	0,55	1,80	4,16	<0,001
Zainteresowania <sup>2</sup>	-0,34	0,08	-1,72	-4,00	<0,001



Rysunek 9.16 Poziom zainteresowania religią a lęk przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowania religią oraz lęku przed śmiercią.

W analizie mediacji związku zainteresowanie z jakością życia przez lęk przed śmiercią, uwzględniono opisane wyżej krzywoliniowe zależności między zmiennymi. Tabela 9.20 zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej zainteresowania. Wykazano istotność efektów pośrednich zainteresowania religią na jakość życia przez lęk przed śmiercią u osób mało zainteresowanych (EP = -0,37; 90%PU [-0,600-0,223]) i bardzo zainteresowanych religią (EP = 0,32; 90%PU 0,1460; 576]). W pierwszym przypadku efekt był ujemny, a w drugim dodatni. Współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.21. Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci, którzy interesują się tematyką religijną, mniej boją się śmierci oraz wykazują wyższą jakość życia. Natomiast osoby o niskim zainteresowaniu sprawami wiary bardziej boją się śmierci i umierania oraz

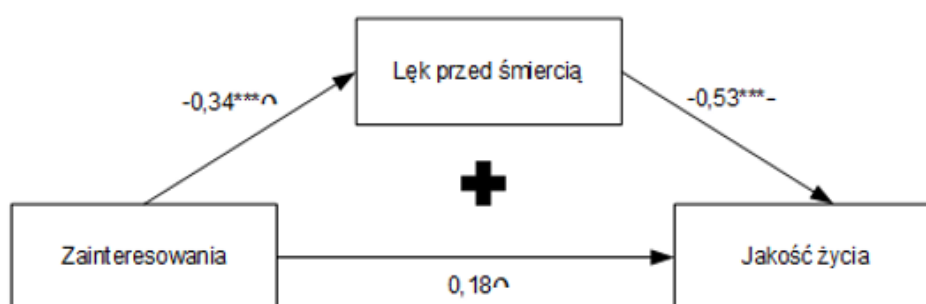
zglaszają obniżony poziom jakości życia. Rysunek 17 przedstawia współczynniki ścieżek uzyskane w grupie osób z wysokim zainteresowaniem religią. Stwierdzona mediacja ma charakter całkowity.

Tabela 9.20 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (zainteresowanie)

Zainteresowanie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,35	-0,37	0,10	-0,600	-0,223
3,30	-0,02	0,06	-0,142	0,056
4,23	0,32	0,12	0,146	0,576

Tabela 9.21 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Zainteresowanie)	2,30	0,55	<0,001	-0,90	0,80	0,267
X <sup>2</sup>	-0,34	0,08	<0,001	0,18	0,12	0,132
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,53	0,12	<0,001
Stała	-1,84	0,86	p <0,05	8,75	1,20	<0,001
	$R^2 = 0,12$			$R^2 = 0,204$		
	$F(2; 126) = 8,74; p <0,001$			$F(3; 125) = 10,72; p <0,001$		



Rysunek 9.17 Model mediacji związku zainteresowania religią (wysoki wynik) z jakością życia przez lęk przed śmiercią

Przekonania religijne opisują stopień subiektywnie ocenianego prawdopodobieństwa istnienia rzeczywistości transcendentnej oraz intensywność postawy otwartości na różne formy transcendencji a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią. Analiza regresji, w której testowano charakter zależności między przekonaniami religijnymi i jakością życia

wykazała, że ani model liniowy ( $F(1; 128) = 0,05; p = 0,826$ ), ani kwadratowy ( $F(2; 1,28) = 1,00; p < 0,368$ ) nie wykazał dobrego dopasowania do danych. Uzyskane wyniki przedstawiono w A.3 w Aneksie, a wykres wyników przekonań religijnych względem wyników jakości życia został przedstawiony na Rysunku A.4 również w Aneksie. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że przekonania religijne i jakość życia nie są ze sobą związane.

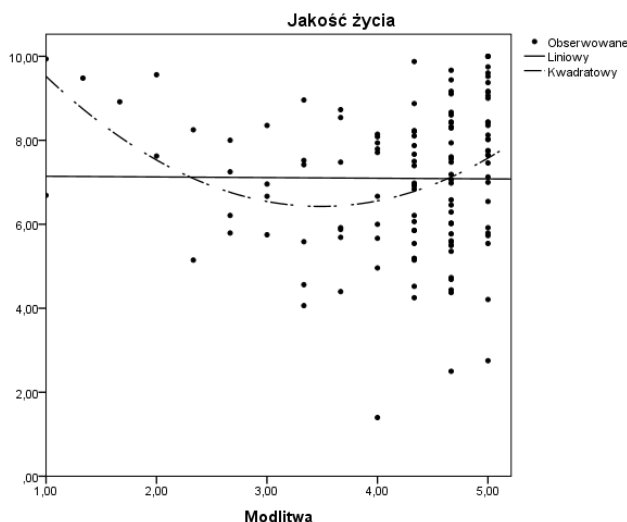
Następnie sprawdzono charakter zależności między przekonaniami religijnymi a lękiem przed śmiercią. Również w tym przypadku, ani model liniowy ( $F(1; 128) = 1,60; p = 0,209$ ), ani kwadratowy ( $F(2; 126) = 0,800; p = 0,452$ ) nie wykazał dobrego dopasowania do danych. Szczegółowe współczynniki regresji zawiera Tabela A.5 w Aneksie. Wykres rozrzutu wyników przekonań religijnych względem wyników lęku przed śmiercią został przedstawiony na Rysunku A.6 w Aneksie. Można wnioskować, że przekonania religijne i lęk przed śmiercią nie są ze sobą związane.

Analiza mediacji związku przekonań religijnych z jakością życia przez lęk przed śmiercią nie wykazała istotności efektu pośredniego. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie pośredniczy w związku przekonań religijnych z jakością życia osób chorych na nowotwory. Wyniki analizy mediacji przedstawiono w Tabelach A.7 i A.8 w Aneksie.

Wymiar modlitwy mierzy częstość nawiązywania kontaktu z rzeczywistością transcendentną oraz jego subiektywne znaczenie dla człowieka. Analiza regresji wykazała, że zależność między modlitwą i jakością życia ma charakter krzywoliniowy ( $F(2; 128) = 6,50; p < 0,01$ ). Modlitwa wyjaśniała 9% ( $R^2 = 0,094$ ) wariacji wyników w jakości życia osób chorych na nowotwory. Model liniowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych ( $F(1; 128) = 0,01; p = 0,928$ ). Zatem, funkcja kwadratowa dobrze opisuje zależność modlitwy i jakości życia. Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy jako predyktora jakości życia zostały przedstawione w Tabeli 9.22. Jak wskazuje wykres rozrzutu wyników przedstawiony na Rysunku 9.18 osoby należące „środkowego przedziału” wyników modlitwy charakteryzują się najniższą jakością życia, wyższą jakość życia posiadają osoby z niskiego i wysokiego przedziału modlitwy.

Tabela 9.22 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	7,1	0,73		9,70	<0,001
Modlitwa	-0,01	0,17	0,102	-0,10	0,928
Stała	12,51	1,64		7,60	<0,001
Modlitwa	-3,50	1,00	-1,81	-3,60	<0,001
Modlitwa <sup>2</sup>	0,50	0,13	1,83	3,60	<0,001



Rysunek 9.18. Poziom modlitwy i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy oraz jakości życia

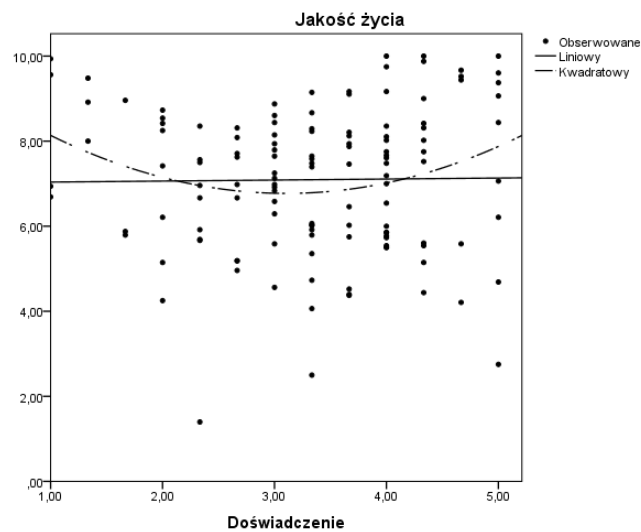
Następnie sprawdzono charakter zależności między modlitwą i lękiem przed śmiercią. Ani model liniowy ( $F(1; 128) = 1,14; p = 0,286$ ), ani kwadratowy ( $F(2; 126) = 1,14; p = 0,321$ ) nie opisuje poprawnie zależności między modlitwą i lękiem przed śmiercią. Dane tych analiz przedstawia Tabela A.9 w Aneksie, a wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników w skali modlitwy przedstawiono na Rysunku A.10 w Aneksie.

Analiza mediacji związku modlitwy z jakością życia przez lęk przed śmiercią nie potwierdziła istotności efektu pośredniego (Tabela A.11 w Aneksie). Współczynniki regresji dla poszczególnych ścieżek zawiera Tabela A.12 w Aneksie. Zatem, modlitwa nie warunkuje jakości życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią.

Wymiar doświadczenia religijnego mierzy częstość, z jaką transcendencja staje się elementem ludzkiego doświadczenia. Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla doświadczenia jako predyktora jakości życia zostały przedstawione w Tabeli 9.23. Zależność między doświadczeniem religijnym i jakością życia osób chorych na nowotwór ma charakter krzywoliniowy ( $F(2; 129) = 3,02; p < 0,05$ ). Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników doświadczenia religijnego przedstawia Rysunek 9.19. W modelu kwadratowym doświadczenie religijne wyjaśniało 3% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,031$ ). W grupie osób chorujących na nowotwór doświadczenie religijne poprawia jakość życia, ale tylko u osób z wysokimi wynikami. Jakość życia była również wysoka u osób z niskim doświadczeniem religijnym. Osoby te, czerpią prawdopodobnie poczucie jakości życia z innych obszarów. Model liniowy był źle dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 0,02; p = 0,900$ ).

Tabela 9.23 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	7,01	0,53		13,18	<0,001
Doświadczenie	0,02	0,15	0,01	0,16	0,876
Stała	9,73	1,22		7,94	<0,001
Doświadczenie	-1,91	0,80	-1,11	-2,40	<0,05
Doświadczenie <sup>2</sup>	0,30	0,12	1,14	2,45	<0,05

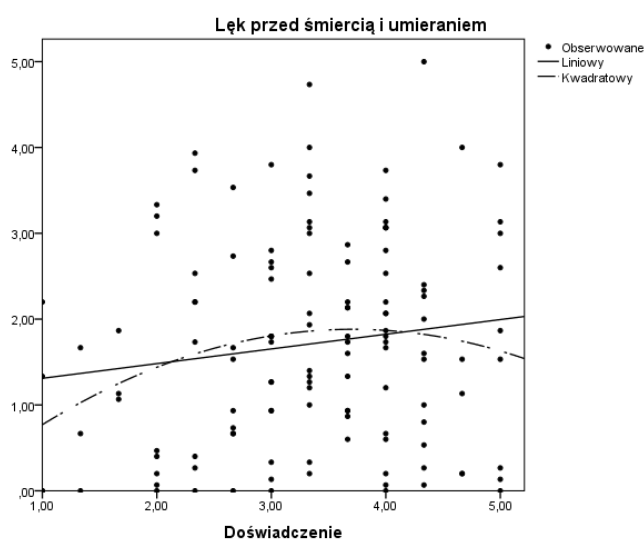


Rysunek 9.19. Poziom doświadczenia religijnego i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów doświadczenia religijnego i jakości życia.

Związek doświadczenia religijnego z lękiem przed śmiercią ma również charakter krzywoliniowy. Model kwadratowy wykazał marginalnie nieistotne dopasowanie do danych ( $F(2; 126) = 2,80; p = 0,065$ ). Można je jednak traktować jako wyraźną tendencję, zważywszy na niewielką liczebność próby. Pozostałe wyniki analizy regresji przedstawia Tabela 9.24. Wykres rozrzutu wyników doświadczenia religijnego względem wyników lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.20. Niski lęk przed śmiercią cechował osoby o wysokim i niskim nasileniu doświadczenia religijnego. Model liniowy wykazał złe dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 2,60; p = 0,109$ ).

Tabela 9.24 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla doświadczenia jako predyktora lęku przed śmiercią

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,13	0,37		3,10	<0,05
Doświadczenie	0,17	0,10	0,14	1,61	0,110
Stała	-0,20	0,86		-0,23	0,815
Doświadczenie	1,12	0,56	0,93	2,00	<0,05
Doświadczenie <sup>2</sup>	-0,15	0,08	-0,80	-1,72	0,088



Rysunek 9.20. Poziom doświadczenia religijnego i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów doświadczenia religijności i lęku przed śmiercią.

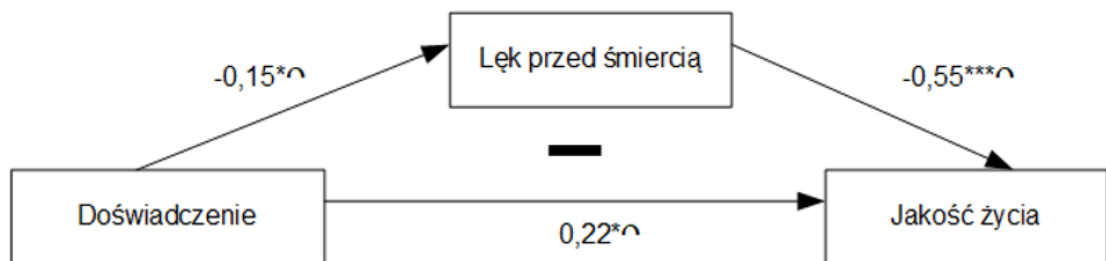
Analiza mediacji związku doświadczenia religijnego z jakością życia przez lęk przed śmiercią wykazała istotność parametru efektu pośredniego tylko u osób z niskimi wynikami w doświadczeniu religijnym (EP = -0,23; 90%PU [-0,402; -0,077]) (Tabela 9.25). Efekt ten był ujemny, co oznacza, że brak osobistego doświadczenia religijnego jest źródłem wysokiego lęku przed śmiercią, co z kolei obniża jakość życia tych pacjentów. Współczynniki regresji dla wszystkich ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.26, a Rysunek 9.21 graficzną prezentację istotnego efektu mediacji.

Tabela 9.25 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenia na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia

Doświadczenie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,33	-0,23	0,10	-0,402	-0,077
3,33	-0,06	0,07	-0,204	0,040
4,33	0,10	0,14	-0,122	0,343

Tabela 9.26 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia religijnego i jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Doświadczenie)	1,12	0,56	<0,05	-1,28	0,75	0,090
X <sup>2</sup>	-0,15	0,08	0,087	0,22	0,11	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,55	0,11	<0,001
Stała	-0,20	0,86	0,815	9,62	1,13	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,191$		
	$F(2; 126) = 2,80; p = 0,064$			$F(3; 125) = 9,87; p < <0,001$		



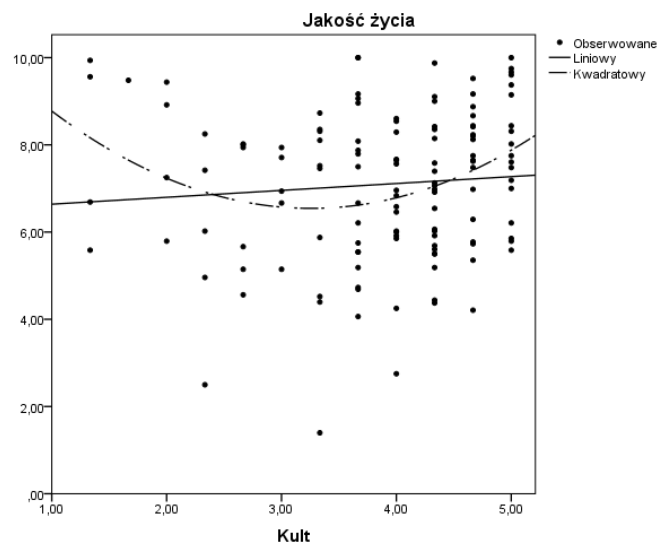
Rysunek 9.21. Model mediacji doświadczenia (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.

Podskala Kultu mierzy częstość i subiektywną ważność udziału człowieka w nabożeństwach religijnych. Analiza regresji wykazała, że zależność między kultem i jakością życia ma charakter krzywoliniowy ( $F(2; 128) = 5,24; p < 0,01$ ). Model liniowy nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 0,95; p = 0,331$ ). W modelu kwadratowym kult wyjaśniał 6% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,062$ ). Wykres rozrzutu wyników podskali Kult względem wyników jakości życia przedstawia Rysunek 9.22. Najniższa jakość życia cechuje osoby ze średniego przedziału wyników w podskali Kult. Wyższą jakość życia posiadają zarówno osoby niezaangażowane w praktyki religijne, jak też osoby często uczestniczące w różnych formach kultu religijnego. Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla kultu jako predyktora jakości życia zostały przedstawione w Tabeli 9.27.



Tabela 9.27 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla kultu jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	6,50	0,64		10,05	<0,001
Kult	0,15	0,16	0,08	1,00	0,331
Stała	11,20	1,65		6,80	<0,001
Kult	-2,85	1,00	-1,55	-2,90	<0,01
Kult <sup>2</sup>	0,43	0,14	1,66	3,08	<0,001

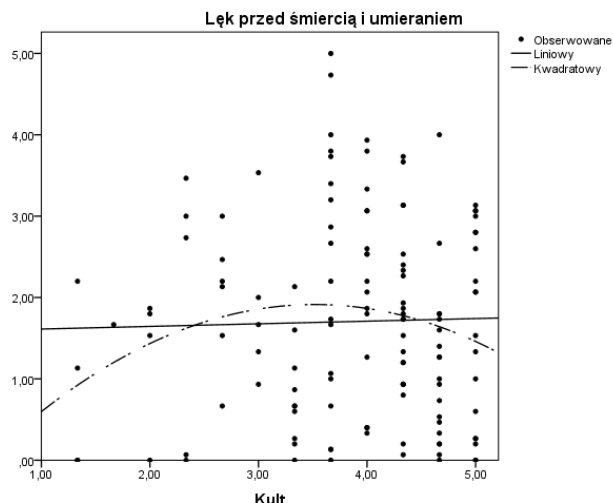


Rysunek 9.22. Poziom kultu i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów kultu i jakości życia

Następnie sprawdzono charakter zależności między kultem i lękiem przed śmiercią. Dane uzyskane w tej analizie przedstawia Tabela 9.28. Związek kultu z lękiem przed śmiercią ma charakter krzywoliniowy ( $F(2; 127) = 2,13; p < 0,05$ ). Wykres rozrzutu wyników doświadczenia względem wyników lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.23. Model liniowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych ( $F(1; 128) = 0,08; p = 0,776$ ).

Tabela 9.28 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla kultu jako predyktora lęku przed śmiercią

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,60	0,45		3,50	<0,01
Kult	0,03	0,11	0,02	0,28	0,776
Stała	-0,65	1,18		-0,55	0,580
Kult	1,45	0,70	1,14	2,06	<0,05
Kult <sup>2</sup>	-0,20	0,10	-1,12	-2,04	<0,05



Rysunek 9.23. Poziom kultu i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów kultu i lęku przed śmiercią

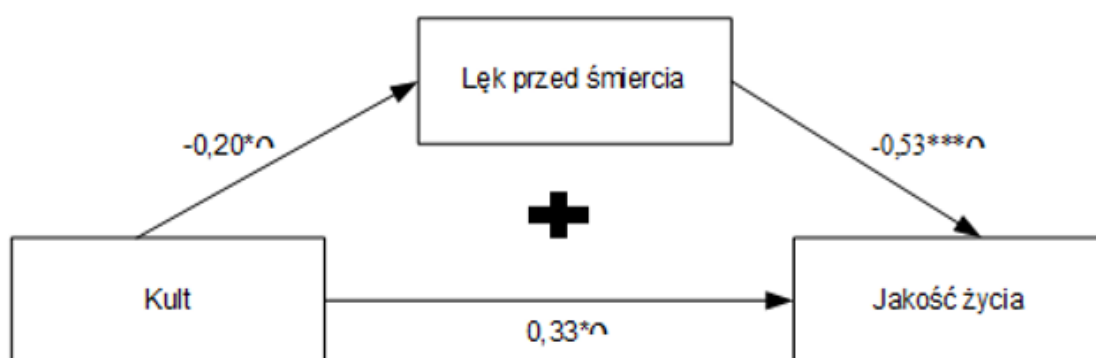
Analiza mediacji związku kultu z jakością życia przez lęk przed śmiercią wykazała istotność efektów pośrednich przy niskim i wysokim zaangażowaniu w praktyki religijne. Parametr efektu pośredniego w grupie osób o niskim zaangażowaniu w praktyki religijne był ujemny (EP = -0,12; 90%PU [-0,271; -0,025]), a u osób o wysokim zaangażowaniu w praktyki religijne efekt pośredni był dodatni (EP = 0,27; 90%PU [0,034; 0,593]) (Tabela 9.29). Oznacza to, że osoby, dla których ważne jest wspólnotowe praktykowanie religijności (kult), mniej boją się śmierci oraz wykazują wyższą jakość życia. W przypadku osób o niskim zaangażowaniu w praktykowanie wiary, religijności, nie spełnia funkcji buforującej lęk przed śmiercią oraz nie zwiększa jakości życia. Tabela 9.30 zawiera wszystkie ścieżki testowanego modelu mediacji związku kultu z ogólną jakością życia przez lęk przed śmiercią, a Rysunek 9.24 graficzną prezentację efektów.

Tabela 9.29 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult

Kult	EP	SE	DGPU	GGPU
2,93	-0,12	0,07	-0,271	-0,025
3,90	0,07	0,07	-0,051	0,205
4,80	0,27	0,17	0,034	0,593

Tabela 9.30 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i ogólnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Kult)	1,43	0,71	<0,05	-2,10	0,93	<0,01
X <sup>2</sup>	-0,20	0,10	<0,05	0,33	0,13	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,53	0,11	<0,001
Stała	-0,61	1,18	0,603	10,86	1,53	<0,001
	$R^2 = 0,031$			$R^2 = 0,211$		
	$F(2; 126) = 2,02; p = 0,136$			$F(3; 125) = 11,15; p < 0,001$		



Rysunek 9.24. Model mediacji kultu (wysoki poziom) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.

### 9.5.1.2. Centralność a fizyczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Obecnie poddano analizie efekt centralności religii i jej pięciu wymiarów na fizyczny wymiar jakości życia badanych pacjentów z uwzględnieniem mediacji przez lęk przed śmiercią. Wymiar fizyczny koncentruje się na objawach somatycznych choroby, fizycznego samopoczucia oraz zdolności pacjenta do wykonania spraw, które zamierzał wykonać. Mediacja związku centralności z oceną jakości życia w wymiarze fizycznym przez lęk przed śmiercią okazała się istotna przy niskich wynikach centralności (EP = -0,23; 90%PU [-0,550-0,070]) (Tabela 9.31). Tabela 9.32 zawiera wszystkie współczynniki regresji testowanego modelu a Rysunek 9.25 graficzną prezentację modelu. Jak można wnioskować z uzyskanych danych u osób o niskiej centralności występuje podwyższony dyskomfort związany ze śmiercią, co skutkuje obniżoną jakością życia w wymiarze fizycznym, czyli

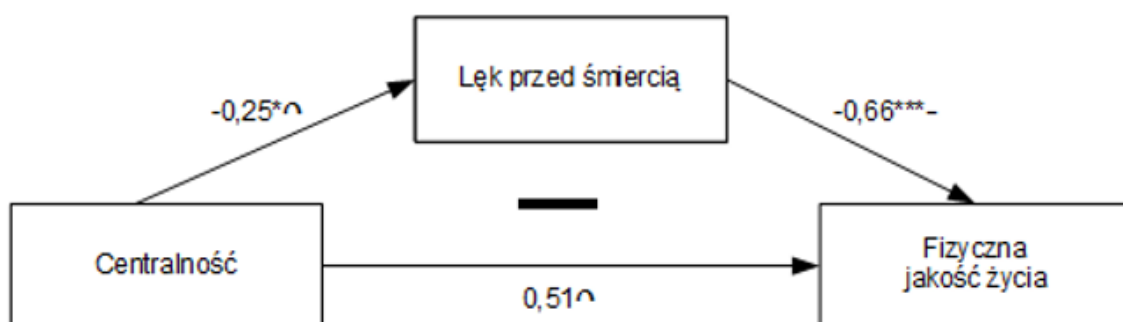
nasileniem symptomów somatycznych. Efekt bezpośredni centralności na fizyczną jakość życia jest nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

Tabela 9.31 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną fizyczny wymiar jakości przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	-0,23	0,14	-0,550	-0,070
3,81	0,02	0,12	-0,200	0,193
4,60	0,28	0,23	-0,060	0,694

Tabela 9.32 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	1,92	0,87	<0,05	-3,60	1,90	0,060
X <sup>2</sup>	-0,25	0,13	<0,05	0,51	0,27	0,061
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,66	0,18	<0,001
Stała	-1,76	1,50	0,23	13,60	3,13	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,13$		
	$F(2; 126) = 2,92; p = 0,057$			$F(3; 125) = 6,43; p < 0,001$		



Rysunek 9.25. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią.

Obecnie sprawdzone zostanie, dla których wymiarów centralności zachodzi stwierdzona zależność. Efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowanie religią na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej zainteresowania religią przedstawia Tabela 9.33. W tym przypadku, efekt pośredni zainteresowania religią na jakość życia przez lęk przed śmiercią był istotny w przypadku

niskich i wysokich wyników zainteresowania. Dla osób należących do grupy wyników niskich, parametr efektu pośredniego był ujemny (EP = -0,45; 90%PU[-0,800; -0,242]). Parametr efektu pośredniego dla wysokich wyników zainteresowania był dodatni (EP = 0,40; 90%PU [0,158; 0,756]). Parametry ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.34. U osób chorych na chorobę nowotworową wysokie zaangażowanie w poszukiwanie informacji na temat wiary obniża efekt lęku przed śmiercią, co z kolei poprawia samopoczucie fizyczne. Natomiast u osób niskie zaangażowanie w poszukiwanie informacji o religii współwystępuje z wyższym lękiem przed śmiercią, a w konsekwencji z silniejszymi dolegliwościami fizycznymi. Reasumując, samo zainteresowanie sprawami dotyczącymi wiary nie ma istotnego związku z fizyczną jakością życia, ale w połączeniu z doświadczanym lękiem przed śmiercią, w zależności od poziomów intelektualnego zaangażowania w tematykę religijną warunkuje sposób przewartościowania tematyki lęku przed śmiercią oraz warunkuje samopoczucie fizyczne.

*Tabela 9.33 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na wymiar fizyczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania*

Zainteresowania	EP	SE	DGPU	GGPU
2,35	-0,45	0,15	-0,800	-0,242
3,30	-0,03	0,07	-0,151	0,088
4,23	0,40	0,17	0,158	0,756

*Tabela 9.34 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Zainteresowania)	2,30	0,55	<0,001	-1,30	1,31	0,330
X <sup>2</sup>	-0,34	0,08	<0,001	0,21	0,20	0,290
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,66	0,19	<0,01
Stała	-1,84	0,86	p <0,05	11,23	2,40	<0,001
	$R^2 = 0,12$			$R^2 = 0,117$		
	$F(2; 126) = 8,74; p <0,001$			$F(3; 125) = 5,55; p <0,001$		

W Tabeli Tab. A.13 (w Aneksie) przedstawiono efekty pośrednie przekonań na ocenę fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Żaden z efektów pośrednich nie był

istotny. Oznacza to, że przekonania religijne nie warunkują oceny jakości życia na wymiarze fizycznym przez lęk przed śmiercią u osób chorych na nowotwór.

W Tabeli A.14 (w Aneksie) przedstawiono efekty pośrednie modlitwy na ocenę fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Oznacza to, że modlitwa prywatna nie warunkuje oceny jakości życia na wymiarze fizycznym przez lęk przed śmiercią u osób chorych na nowotwór.

W Tabeli 9.35 przedstawiono efekty pośrednie doświadczenia religijnego na ocenę fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej doświadczenie religijne na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niskim doświadczeniem religijnym (EP = -0,27; 90%PU [-0,566; -0,107]). Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 36. Pacjenci, którzy cechują się niskim poziomem doświadczeń religijnych odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to z kolei obniża ich jakość życia w wymiarze fizycznym. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

*Tabela 9.35 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie religijne na zmienną zależną fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej*

Doświadczenie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,33	-0,27	0,13	-0,566	-0,107
3,33	-0,07	0,08	-0,233	0,043
4,33	0,12	0,17	-0,132	0,454

*Tabela 9.36 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Doświadczenie)	1,12	0,56	<0,05	-1,95	1,21	0,110
X <sup>2</sup>	-0,15	0,08	0,087	0,27	0,18	0,141
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,66	0,18	<0,001
Stała	-0,20	0,86	0,815	10,84	1,82	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,128$		
	$F(2; 126) = 2,80; p = 0,064$			$F(3; 125) = 6,15; p < <0,001$		

W Tabeli 9.37 przedstawiono efekty pośrednie kultu na ocenę fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej kult na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niską (EP = -0,16; 90%PU [-0,375; -0,031]) i wysoką (EP = 0,36; 90%PU [-0,375; 0,877]) częstotliwością praktyk religijnych. Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.38. Pacjenci, którzy przejawiają niewielką częstość wspólnotowych praktyk religijnych odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila ich dolegliwości fizyczne (obniża jakość życia w wymiarze fizycznym). Pacjenci wysoko zaangażowani we wspólnotowe praktykowanie swojej wiary, bardziej efektywnie radzą sobie myślami dotyczącymi własnej śmierci oraz wykazują wyższy poziom fizycznej jakości życia w sytuacji choroby nowotworowej. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na fizyczną jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

Tabela 9.37 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar fizyczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult

Kult	EP	SE	DGPU	GGPU
2,93	-0,16	0,10	-0,375	-0,031
3,87	0,09	0,10	-0,070	0,270
4,80	0,36	0,17	0,040	0,877

Tabela 9.38 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Kult)	1,43	0,71	<0,05	-1,70	1,53	0,267
X <sup>2</sup>	-0,20	0,10	<0,05	0,26	0,22	0,238
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,70	0,18	<0,001
Stała	-0,61	1,18	0,603	10,24	2,51	<0,001
	R <sup>2</sup> = 0,031			R <sup>2</sup> = 0,120		
	F(2; 126) = 2,02; p = 0,136			F(3; 125) = 5,64; p < <0,001		

### 9.5.1.3. Centralność a psychologiczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Obecnie poddano analizie efekt centralności religii i jej pięciu wymiarów na psychologiczny wymiar jakości życia pacjentów chorych na nowotwór z uwzględnieniem mediacji przez lęk przed śmiercią. Wymiar psychologiczny odnosi się do odczuwanego przez pacjenta smutku, depresji oraz do tego jak bardzo w ostatnim czasie osoba była nerwowa bądź zamartwiała się. Wykazano istotność efektu pośredniego centralności religii na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią w przypadku niskich wyników centralności (Tabela 9.39). Parametr efektu pośredniego jest ujemny (EP = -0,31; 90%PU[-0,595; -0,066]). W Tabeli 9.40 przedstawiono współczynniki ścieżek uzyskane w analizie regresji, a na Rysunku 9.26 ich graficzną prezentację. U osób chorujących na nowotwór z niskimi wynikami w centralności zauważa się podwyższony niepokój związany z faktem konfrontacji ze śmiercią, a w konsekwencji niższą psychologiczną jakość życia. Efekt bezpośredni centralności na psychologiczną jakość życia jest również istotny i dodatni, co oznacza, że centralność wzmacnia psychologiczne poczucie jakości życia badanych pacjentów.

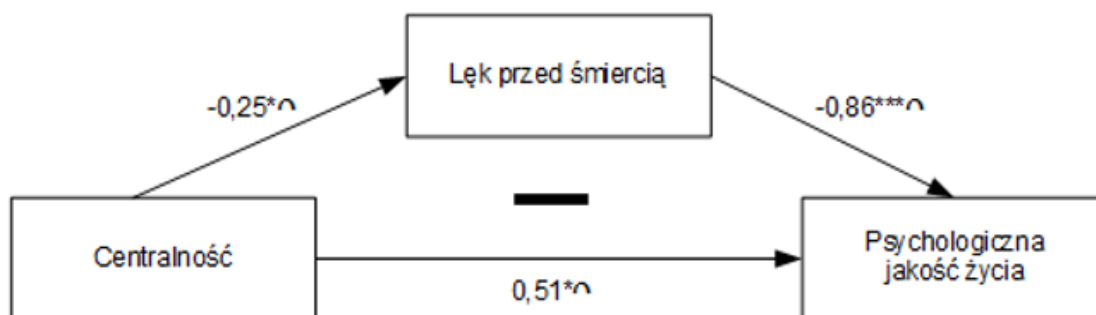
Tabela 9.39 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	-0,31	0,17	-0,595	-0,066
3,81	0,02	0,16	-0,246	0,302
4,60	0,36	0,32	-0,29	0,942

Tabela 9.40 Współczynniki regresji modelu mediacji centralności i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	1,92	0,87	<0,05	-3,30	1,70	<0,05
X <sup>2</sup>	-0,25	0,13	<0,05	0,51	0,24	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,86	0,16	<0,001
Stała	-1,80	1,50	0,23	13,20	2,80	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,22$		
	$F(2; 126) = 2,92; p = 0,057$			$F(3; 125) = 12,02; p < 0,001$		





Rysunek 9.26. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią.

Obecnie sprawdzone zostanie, dla których wymiarów centralności zachodzi stwierdzona zależność. Efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowanie religią na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej zainteresowania religią przedstawia Tabela 9.41. U pacjentów należących do grupy wyników niskich w zainteresowaniu parametr efektu pośredniego był ujemny (EP = -0,62; 90%PU [-0,973; -0,364]), a u pacjentów z wysokimi wynikami w zainteresowaniu religią efekt pośredni był dodatni (EP = 0,54; 90%PU [0,181; 0,921]). Tabela 9.42 zawiera szczegółowe współczynniki ścieżek testowanego modelu. Dane te sugerują, że osoby chorujące na nowotwór, niezainteresowane poszukiwaniem informacji dotyczących religii, odczuwają silniejszy lęk związany z faktem własnej śmiercią, a w konsekwencji zgłaszają silniejsze nasilenie smutku, depresji i zamartwiania się. Natomiast osoby silnie zainteresowane religią odczuwają mniejszy lęk przed śmiercią, a w konsekwencji wyższą psychologiczną jakość życia. Efekt mediacji lęku przed śmiercią w związku zainteresowań religijnych z psychologiczną jakością życia ma charakter całkowity.

Tabela 9.41 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowanie na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej

Zainteresowanie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,35	-0,62	0,18	-0,973	-0,364
3,30	-0,03	0,10	-0,235	0,093
4,23	0,54	0,23	0,181	0,921

Tabela 9.42 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Zainteresowanie)	2,30	0,55	<0,001	-0,41	1,16	0,724
X <sup>2</sup>	-0,34	0,08	<0,001	0,11	0,18	0,523
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,90	0,17	<0,001
Stała	-1,84	0,86	p <0,05	8,42	1,74	<0,001
	$R^2 = 0,12$			$R^2 = 0,210$		
	$F(2; 126) = 8,74; p <0,001$			$F(3; 125) = 11,08; p < <0,001$		

Efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania religijne na psychologiczny wymiar jakości życia przedstawia Tabela A.15 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem zależności między stopniem akceptacji doktryny religijnej a oceną jakości życia w wymiarze psychologicznym w grupie osób chorych na nowotwór.

Efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na psychologiczny wymiar jakości życia przedstawia Tabela A.16 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem zależności między modlitwą a oceną jakości życia w wymiarze psychologicznym w grupie osób chorych na nowotwór.

W Tabeli 9.43 przedstawiono efekty pośrednie doświadczenia religijnego na ocenę psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej doświadczenie religijne na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niskim doświadczeniem religijnym (EP = -0,37; 90%PU [-0,674; -0,154]. Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.44. Pacjenci, którzy cechują się niskim poziomem doświadczeń religijnych odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to z kolei obniża ich psychologiczną jakość życia. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na psychologiczną jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

Tabela 9.43 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie religijne na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia

Doświadczenie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,33	-0,37	0,15	-0,674	-0,154
3,33	-0,10	0,11	-0,334	0,045
4,33	0,17	0,22	-0,213	0,530

Tabela 9.44 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Doświadczenie)	1,12	0,56	<0,05	-1,55	1,08	0,155
X <sup>2</sup>	-0,15	0,08	0,087	0,26	0,17	0,117
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,88	0,17	<0,001
Stała	-0,20	0,86	0,815	10,34	1,63	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,211$		
	$F(2; 126) = 2,80; p = 0,064$			$F(3; 125) = 11,15; p < <0,001$		

W Tabeli 9.45 przedstawiono efekty pośrednie kultu na ocenę psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej kult na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niską (EP = -0,21; 90%PU [-0,426; -0,010]) i wysoką (EP = 0,44; 90%PU [0,070; 1,034]) częstotliwością praktyk religijnych. Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.46. Pacjenci, którzy przejawiają niewielką częstość wspólnotowych praktyk religijnych odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila ich depresyjność, smutek i zamartwianie się (obniża jakość życia w wymiarze psychologicznym). Pacjenci wysoko zaangażowani we wspólnotowe praktykowanie swojej wiary, bardziej efektywnie radzą sobie myślami dotyczącymi własnej śmierci oraz wykazują wyższy poziom psychologicznej jakości życia w sytuacji choroby nowotworowej. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na psychologiczną jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

Tabela 9.45 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult

Kult	EP	SE	DGPU	GGPU
2,93	-0,21	0,13	-0,426	-0,010
3,87	0,11	0,12	-0,071	0,354
4,80	0,44	0,29	0,070	1,034

Tabela 9.46 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Kult)	1,43	0,71	<0,05	-2,38	1,36	0,082
X <sup>2</sup>	-0,20	0,10	<0,05	0,35	0,20	0,075
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,86	0,16	<0,001
Stała	-0,61	1,18	0,603	12,00	2,23	<0,001
	$R^2 = 0,031$			$R^2 = 0,23$		
	$F(2; 126) = 2,02; p = 0,136$			$F(3; 125) 11,30; p < <0,001$		

#### 9.5.1.4. Centralność a egzystencjalny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Obecnie poddano analizie efekt centralności religii i jej pięciu wymiarów na egzystencjalny wymiar jakości życia pacjentów chorych na nowotwór z uwzględnieniem mediacji przez lęk przed śmiercią. Egzystencjalny wymiar jakości życia koncentruje się na stosunku osoby chorej do przyszłości, sensowności i celowości życia osoby, dokonania oceny swojego życia z perspektywy spełnienia oraz dokonania postępów, poczucia kontroli nad swoim życiem oraz satysfakcji z bycia samemu z sobą. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego centralności religii na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią przy niskiej centralności religii (Tabela 9.47). Parametr efektu pośredniego jest ujemny (EP = -0,16; 90%PU [-0,350; -0,044]). Współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.48, a graficzną ich prezentacją Rysunek 9.27. Uzyskane wyniki sugerują, że niski poziom centralności wiąże się z silniejszym lękiem przed śmiercią, a w rezultacie – z niższą jakością życia ocenianą na wymiarze egzystencjalnym. Efekt bezpośredni centralności na jakość życia w wymiarze egzystencjalną był również istotny

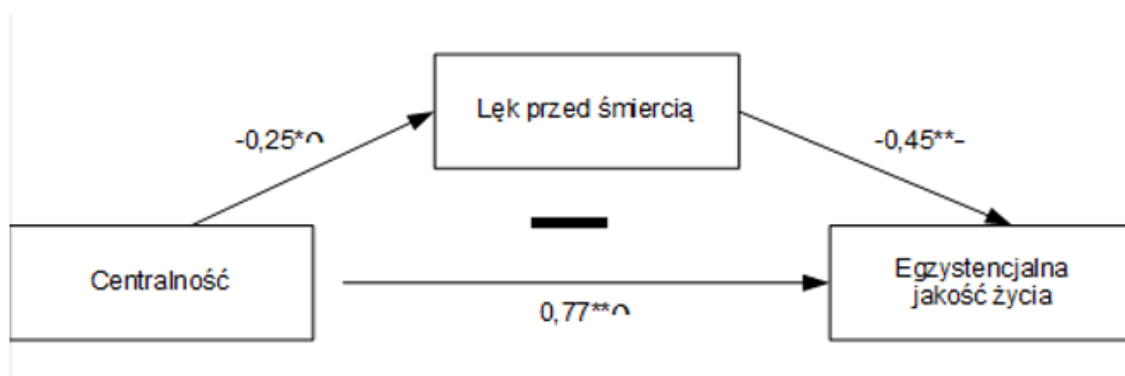
i dodatni, co oznacza, że religia wzmacnia funkcjonowanie człowieka chorego na nowotwór w perspektywie celu i sensu życia.

Tabela 9.47 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną egzystencjalny wymiar jakości przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	-0,16	0,09	-0,347	-0,044
3,81	0,01	0,08	-0,120	0,135
4,60	0,19	0,16	-0,043	0,493

Tabela 9.48 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	1,92	0,87	<0,05	-4,93	1,50	<0,01
X <sup>2</sup>	-0,25	0,13	<0,05	0,77	0,21	<0,001
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,45	0,15	<0,001
Stała	-1,80	1,50	0,23	14,60	2,46	<0,01
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,18$		
	$F(2; 126) = 2,92; p = 0,057$			$F(3; 125) = 19,61; p < 0,001$		



Rysunek 9.27. Model mediacji centralności na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią.

Obecnie sprawdzone zostanie, dla których wymiarów centralności zachodzi stwierdzona zależność. Efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowanie religią na

egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej zainteresowania religią przedstawia Tabela 9.49. Dwa efekty pośrednie okazały się istotne. W grupie chorych z niskim poziomem zainteresowania religią parametr efektu pośredniego był ujemny (EP = -0,30; 90%PU [-0,520; -0,142]), natomiast w grupie pacjentów z wysokim zainteresowaniem religią parametr efektu pośredniego był dodatni (EP = 0,26; 90%PU [0,113; 0,537]). W Tabeli 9.50 przedstawiono współczynniki ścieżek testowanego modelu. Wyniki te sugerują, że poziom zaangażowania w poszukiwanie informacji dotyczących religii różnicuje chorych na nowotwór pod względem przeżywania lęku przed śmiercią, a w konsekwencji – pod względem sensu i celu życia. Osoby w niewielkim stopniu zainteresowane religią przeżywają silniejszy lęk przed śmiercią, a w rezultacie odczuwają więcej konfliktów związanych z poczuciem sensu życia (niższą egzystencjalną jakość życia). Osoby bardzo zainteresowane religią mniej boją się śmierci i cechuje ich wyższe poczucie sensu i celu życia. Stwierdzona mediacja ma charakter całkowity.

*Tabela 9.49 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania*

Zainteresowanie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,35	-0,30	0,11	-0,520	-0,142
3,30	-0,01	0,04	-0,115	0,048
4,23	0,26	0,12	0,113	0,537

*Tabela 9.50 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią.*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Zainteresowanie)	2,30	0,55	<0,001	-1,70	1,06	0,116
X <sup>2</sup>	-0,34	0,08	<0,001	0,30	0,16	0,062
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,66	0,19	<0,01
Stała	-1,84	0,86	p <0,05	9,41	1,60	<0,001
	R <sup>2</sup> = 0,121			R <sup>2</sup> = 0,124		
	F(2; 126) = 8,74; p <0,001			F(3; 125) = 5,93; p <0,001		

Efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania religijne na egzystencjalny wymiar jakości życia przedstawia Tabela A.17 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem zależności

między stopniem akceptacji doktryny religijnej a oceną jakości życia w wymiarze egzystencjalnym w grupie osób chorych na nowotwór.

Efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na egzystencjalny wymiar jakości życia przedstawia Tabela A.18 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem zależności między modlitwą a oceną jakości życia w wymiarze egzystencjalnym w grupie osób chorych na nowotwór.

W Tabeli 9.51 przedstawiono efekty pośrednie doświadczenia religijnego na ocenę egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej doświadczenie religijne na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niskim doświadczeniem religijnym (EP = -0,21; 90%PU [-0,414; -0,080]). Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.52. Pacjenci, którzy cechują się niskim poziomem doświadczeń religijnych odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to z kolei obniża ich egzystencjalną jakość życia. Można wnioskować, że deficyty w zakresie doświadczania Boga jako realnej rzeczywistości, w sytuacji przeżywania lęku przed śmiercią, obniżają poczucie sensu i celu życia u pacjentów chorych na nowotwór. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na egzystencjalną jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

*Tabela 9.51 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia*

Doświadczenie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,33	-0,21	0,10	-0,414	-0,080
3,33	-0,06	0,06	-0,182	0,035
4,33	0,10	0,13	-0,104	0,360

*Tabela 9.52 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Doświadczenie)	1,12	0,56	<0,05	-0,82	1,00	0,414
X <sup>2</sup>	-0,15	0,08	0,087	0,14	0,15	0,341
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,51	0,15	<0,01
Stała	-0,20	0,86	0,815	8,54	1,51	<0,001
	R <sup>2</sup> = 0,04			R <sup>2</sup> = 0,094		
	F(2; 126) = 2,80; p = 0,064			F(3; 125) = 4,34; p < <0,001		

W Tabeli 9.53 przedstawiono efekty pośrednie kultu na ocenę egzystencjalnej jakości życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią. Analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej kult na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią u chorych z niską (EP = -0,11; 90%PU [-0,260; -0,022]) i wysoką (EP = 0,25; 90%PU [0,042; 0,611]) częstotliwością praktyk religijnych. Współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.54. Uzyskane wyniki sugerują, że częstotliwość uczestnictwa we wspólnotowych praktykach religijnych różnicuje osoby chore na nowotwór w przeżywaniu przez nich lęku przed śmiercią, a także w ocenie jakości własnego życia z perspektywy jej egzystencjalnego wymiaru. Chorzy z wysokiego przedziału wyników kultu, odwrotnie w porównaniu do osób z niskiego przedziału wyników, mniej boją się śmierci oraz charakteryzują się wyższym poziomem przeżywania poczucia sensu i celu życia. Efekt bezpośredni doświadczenia religijnego na psychologiczną jakość życia był nieistotny. Mediacja ma zatem charakter całkowity.

*Tabela 9.53 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult*

Kult	EP	SE	DGPU	GGPU
2,93	-0,11	0,07	-0,260	-0,022
3,87	0,06	0,07	0,041	0,207
4,80	0,25	0,16	0,042	0,611

*Tabela 9.54 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Kult)	1,43	0,71	<0,05	-1,83	1,22	0,136
X <sup>2</sup>	-0,20	0,10	<0,05	0,33	0,17	0,061
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,48	0,15	<0,001
Stała	-0,61	1,18	0,603	9,40	2,01	<0,001
	$R^2 = 0,031$			$R^2 = 0,147$		
	$F(2; 126) = 2,02; p = 0,136$			$F(3; 125) 7,20; p < <0,001$		



### **9.5.1.5. Centralność a społeczny wymiar jakości życia: mediacja przez lęk przed śmiercią**

Obecnie poddano analizie efekt centralności religii i jej pięciu wymiarów na społeczny wymiar jakości życia pacjentów chorych na nowotwór, z uwzględnieniem mediacji przez lęk przed śmiercią. Społeczny wymiar opisuje w jakim stopniu pacjent zadowolony jest z komunikacji oraz relacji istniejącej pomiędzy nim, a osobami, które są dla niego ważne. Analiza mediacji wykazała, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem w związku centralności ze społecznym wymiarem jakości życia badanych pacjentów (Tabela A.19 i A.20 w Aneksie).

Obecnie sprawdzone zostanie, czy związki pięciu wymiarów centralności ze społecznym aspektem jakości życia są mediowane przez lęk przed śmiercią. Efekty pośrednie zmiennej zainteresowanie religią na społeczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią nie były istotne na żadnym z trzech poziomów zmiennej zainteresowania religią (Tabela A.21 w Aneksie). Poszczególne współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela A.22 w Aneksie. Wyniki te sugerują, że stopień intelektualnego zaangażowania w poszukiwanie odpowiedzi na kwestie religijne nie warunkuje jakości życia w wymiarze społecznym u osób chorych na nowotwór, przy uwzględnieniu lęku przed śmiercią.

Tabela A.23 w Aneksie zawiera efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania religijne na społeczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwory. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Można wnioskować, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem związku przekonań religijnych ze społeczną jakością życia osób z nowotworem. Współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera tabela A.24 w Aneksie.

Tabela A.25 w Aneksie zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na społeczny wymiar jakości, a szczegółowe współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli A.26 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Stopień zadowolenia z relacji społecznych osób chorych na nowotwory nie zależy od ich zaangażowania w modlitwę ani od lęku przed śmiercią.

Tabela 55 zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie religijne na społeczny wymiar jakości, a szczegółowe współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli 56. W tej analizie odnotowano, że efekt pośredni doświadczenia religijnego na społeczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią jest istotny przy niskich wynikach w wymiarze doświadczenie religijne (EP = -0,06; 90%PU [-0,170; -0,021]). Brak lub

deficyty w zakresie doświadczenia religijnego współwystępuje z wyższym lękiem przed śmiercią, a w konsekwencji niższą satysfakcją z relacji społecznych.

Tabela 9.55 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie na wymiar społeczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia

Doświadczenie	EP	SE	DGPU	GGPU
2,33	-0,06	0,06	-0,170	-0,021
3,33	-0,01	0,03	-0,088	0,008
4,33	0,03	0,05	-0,020	0,190

Tabela 9.56 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Doświadczenie)	1,12	0,56	<0,05	-0,82	1,00	0,414
X <sup>2</sup>	-0,15	0,08	0,087	0,20	0,15	0,170
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,15	0,15	<0,01
Stała	-0,20	0,86	0,815	8,76	1,40	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,070$		
	$F(2; 126) = 2,80; p = 0,064$			$F(3; 125) = 3,14; p < 0,06$		

Tabela A.27 w Aneksie zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na społeczny wymiar jakości, a szczegółowe współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli A.28 w Aneksie. Żaden z efektów pośrednich nie był istotny. Stopień zadowolenia z relacji społecznych osób chorych na nowotwory nie zależy od ich zaangażowania w zorganizowane formy kultu religijnego, po uwzględnieniu lęku przed śmiercią. Efekt pośredni dla zmiennej kult (zarówno w zakresie niskich jak i wysokich wyników) na wymiar społeczny jakości życia przez lęk przed śmiercią okazał się nieistotny (EP = -0,20; 90%PU [-0,959; 0,027]); (EP = 0,04; 90%PU [-0,057; 0,219]).

### 9.5.2. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez pocieszenie i zmagania religijne

W obecnej części przedmiotem analizy będzie sprawdzenie czy wsparcie i zmagania religijne są mediatorami związku między centralnością religii a lękiem przed śmiercią. Jako miarę wsparcia religijnego zastosowano pocieszenie religijne. Zmagania religijne były

testowane jako zmienna ogólna (Napięcia) oraz jako trzy kategorie: lęk-wina, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią. Zasadnicza analiza mediacyjna została każdorazowo poprzedzona, podobnie jak w paragrafie 9.2, sprawdzeniem jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje każdą z zależności testowanych w modelu. Przyjęto, że związek centralności z lękiem przed śmiercią ma charakter krzywoliniowy (por. 9.2.1 niniejszej pracy). Przeprowadzono pięć analiz mediacji, przy pomocy których sprawdzono kolejno, czy związek między centralnością a lękiem przed śmiercią jest mediowany przez pocieszenie i napięcia religijne, a także przez trzy wymiary napięć religijnych: lęk-winę, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią.

#### **9.5.2.1. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez pocieszenie religijne**

Analiza regresji, w której testowano charakter zależności między pocieszeniem religijnym a lękiem przed śmiercią wykazała, że ani model liniowy ( $F(1; 129) = 1,93; p = 0,166$ ), ani kwadratowy ( $F(2; 127) = 1,52; p = 0,222$ ) nie wykazał dobrego dopasowania do danych. Uzyskane wyniki przedstawiono w Tabeli A.29 w Aneksie, a wykres wyników pocieszenie religijne względem wyników lęku przed śmiercią został przedstawiony na Rysunku A.30 w Aneksie. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że pocieszenie religijne i lęk przed śmiercią nie są ze sobą związane.

Analiza mediacji wykazała, że efekt pośredni centralności religii na lęk przed śmiercią przez pocieszenie religijne nie był statystycznie istotny. Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralność na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez pocieszenie religijne przedstawiono w Tabeli A.31 w Aneksie, a współczynniki ścieżek testowanego modelu w Tabeli A.32 w Aneksie.

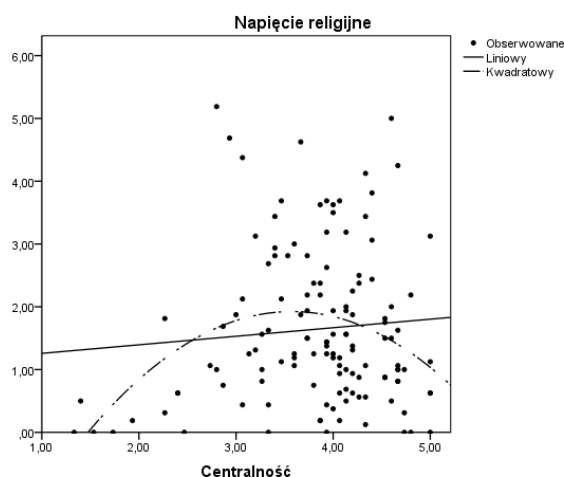
#### **9.5.2.2. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez zmagania religijne**

Zmagania religijne są formą stresu związanego z religią. Obejmują one różne formy zjawisk, począwszy od negatywnych emocji względem Boga, poprzez religijne poczucie winy, aż do konfliktów w relacjach z ludźmi wierzącymi. Obecnie sprawdzono za pomocą jakiej funkcji (liniowej czy kwadratowej) można opisać zależność pomiędzy centralnością religii a zmaganiem religijnym, a także między zmaganiem religijnym a lękiem przed śmiercią. W tej analizie zmagania traktowane są jako kategoria ogólna, bez różnicowania poszczególnych ich form. Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności

jako predyktora zmagają religijnych zostały przedstawione w Tabeli 9.57. Analiza regresji wykazała, że model liniowy nie był dobrze dopasowany do danych ( $F(1; 128) = 0,92; p = 0,338$ ). Model kwadratowy wykazał natomiast dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 129) = 6,82; p < 0,01$ ). Można wnioskować, że tylko funkcja kwadratowa poprawnie opisuje zależność zmagają religijnych od centralności religii. W modelu kwadratowym centralność wyjaśniała 8% wariacji wyników zmagają religijnych ( $R^2 = 0,083$ ). Wykres rozrzutu wyników napięć religijnych względem wyników centralności przedstawiono na Rysunku 9.28. Jak wskazują te dane, najmniej napięć religijnych przeżywają osoby z niskim oraz wysokim wynikiem w centralności religii.

Tabela 9.57 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora napięć religijnych.

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,12	0,55		2,03	0,044
Centralność	0,14	0,14	0,08	0,97	0,338
Stała	-3,65	1,44		-2,53	<0,05
Centralność	3,12	0,85	1,94	3,67	<0,001
Centralność <sup>2</sup>	-0,43	0,12	-1,88	-2,53	<0,01



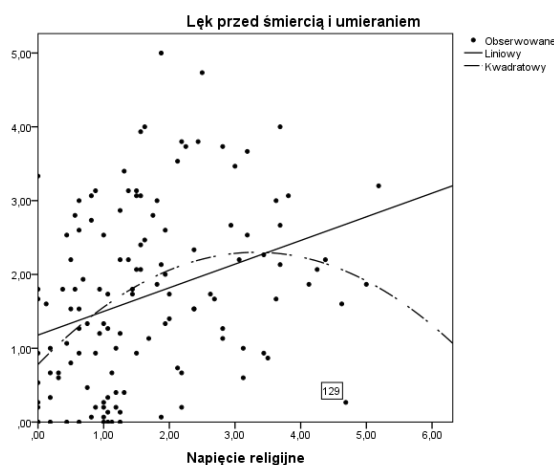
Rysunek 9.28. Poziom centralności religijności i napięć religijnych. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności oraz napięć religijnych.

Następnie za pomocą analizy regresji sprawdzono jaka funkcja – liniowa czy kwadratowa – lepiej opisuje związek zmagają religijnych z lękiem przed śmiercią. Uzyskane dane zawiera Tabela 9.58. Model liniowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 15,34; <0,001$ ). Zmagania religijne wyjaśniały 10% wariacji wyników lęku przed śmiercią ( $R^2 = 0,100$ ). Wprowadzenie do równania regresji funkcji kwadratowej zwiększyło

zakres wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej do 13% ( $R^2 = 0,134$ ;  $<0,001$ ). Model kwadratowy wykazał również dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 127) = 10,96$ ;  $<0,001$ ). Ponieważ model kwadratowy wyjaśniał większy zakres wariancji wyników lęku przed śmiercią za pomocą zmagania religijnych niż model liniowy, przyjęto, że związek zmagania z lękiem przed śmiercią ma charakter krzywoliniowy. Wykres rozrzutu wyników zmagania religijnych względem wyników lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.25. Jak wynika z tych danych chorzy z niskim oraz wysokim poziomem zmagania doświadczają mniej lęku przed śmiercią niż chorzy ze środkowego przedziału wyników. Można sądzić, że zmagania religijne tylko do pewnego momentu intensyfikują lęk przed śmiercią, po osiągnięciu najwyższego poziomu, lęk przed śmiercią zmniejsza się.

Tabela 9.58 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku przed śmiercią.

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,17	1,17		3,91	<0,001
Centralność	0,32	0,08	0,32	3,91	<0,001
Stała	0,78	0,23		3,37	<0,01
Centralność	0,91	0,27	0,93	3,60	<0,001
Centralność <sup>2</sup>	-0,13	0,06	-0,64	-2,44	<0,05



Rysunek 9.29. Poziom napięć religijnych i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz napięć religijnych.

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralność religii na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez zmagania religijne przedstawiono w Tabeli 9.59. Współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.60, a ich graficzną prezentację Rysunek 9.30. Parametr efektu pośredniego związku centralności z lękiem przed śmiercią

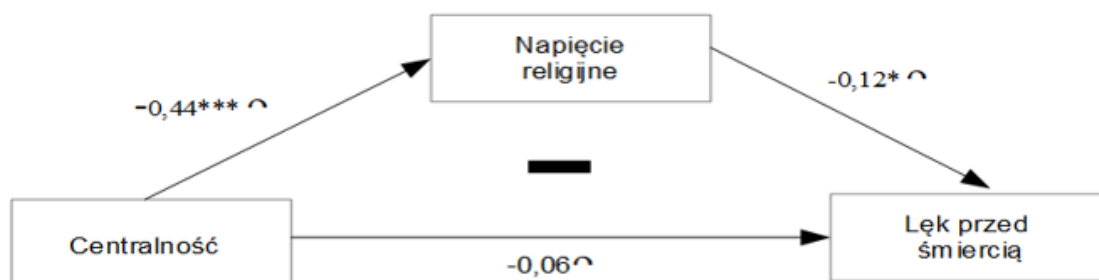
przez zmagania religijne jest istotny przy niskich i wysokich wynikach centralności. W przypadku niskich wyników efekt pośredni jest dodatni (EP = 0,17; 90%PU [0,08; 0,31]). Oznacza to, że niewielkie zaangażowanie religijne wiąże się z silniejszym poziomem zmagania religijnych, a w konsekwencji z silniejszym lękiem przed śmiercią. W przypadku wysokich wyników centralności efekt pośredni jest ujemny (EP = -0,42; 90%PU [-0,88; -0,14]). Oznacza to, że wysoka centralność religijność obniża lęk przed śmiercią, poprzez obniżanie intensywności poziomu zmagania religijnych.

Tabela 9.59 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez napięcia religijne na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	0,17	0,06	0,083	0,310
3,82	-0,08	0,07	-0,081	0,017
4,60	-0,42	0,22	-0,885	-0,145

Tabela 9.60 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez napięcia religijne

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Napięcie religijne)			Y (Lęk przed śmiercią)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	3,12	0,85	< 0,001	0,47	0,90	0,601
X <sup>2</sup>	-0,44	0,12	< 0,001	-0,06	0,12	0,650
M (Napięcie religijne)	—	—	—	0,83	0,28	< 0,01
M <sup>2</sup>	—	—	—	-0,12	0,06	< 0,05
Stała	-3,65	1,44	< 0,05	-0,07	1,50	0,960
	$R^2 = 0,10$			$R^2 = 0,15$		
	$F(2; 127) = 6,82; < 0,01$			$F(4; 125) = 5,53; p < 0,001$		



Rysunek 9.30. Model mediacji centralności (wysoki wynik) na lęk przed śmiercią przez napięcia

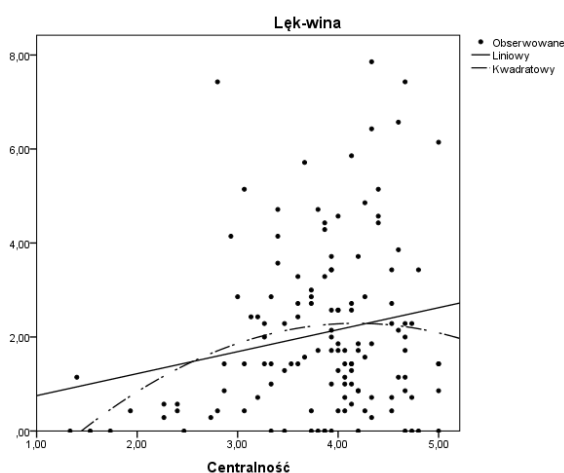
W dalszej części, przedstawiono wyniki analizy regresji, w której jako mediatory testowano poszczególne kategorie zmagania religijnych: lęk-winę, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią.

### 9.5.2.3. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez lęk-winę

Wyniki analizy regresji przeprowadzonej w celu sprawdzenia jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje zależność między centralnością religii a lękiem-winą zawiera Tabela 9.61, a wykres rozrzutu wyników centralności religii względem wyników lęku-winy wraz z liniami dopasowania regresji liniowej i kwadratowej przedstawiono na Rysunku 9.31. Jak wynika z tych danych związek centralności religii z lękiem-winą dobrze opisuje model liniowy ( $F(1; 128) = 5,21; p = 0,024$ ). Centralność wyjaśniała 4% wariacji wyników lęku-winy ( $R^2 = 0,039$ ). Wraz ze wzrostem centralności religii wzrasta religijne poczucie winy.

Tabela 9.61 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku i winy

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	0,28	0,80		0,35	0,723
Centralność	0,47	0,20	0,20	2,28	<0,05
Stała	-3,05	2,16		-1,40	0,162
Centralność	2,55	1,27	1,08	2,00	<0,05
Centralność <sup>2</sup>	-0,30	0,18	-0,90	-1,65	0,101

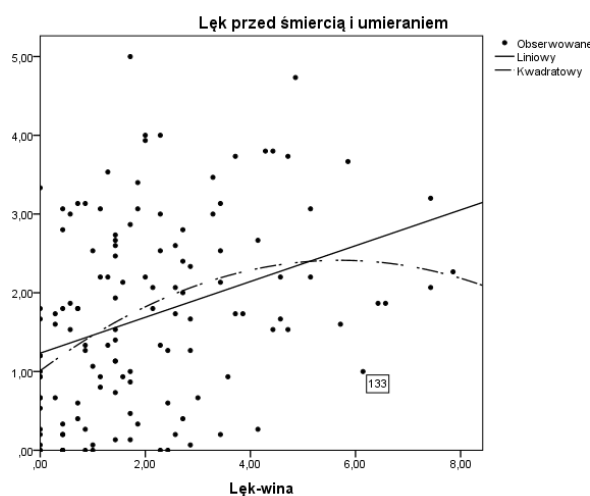


Rysunek 9.31. Poziom centralności i lęku winy. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności i lęku winy.

W Tabeli 9.62 przedstawiono wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku-winy jako predyktora lęku przed śmiercią. Rysunek 9.32 zawiera wykres rozrzutu wyników lęku-winy względem wyników lęku przed śmiercią wraz z liniami dopasowania regresji liniowej i kwadratowej. Zależność między lękiem-winą a lękiem przed śmiercią trafnie opisuje model liniowy ( $F(1; 128) = 16,90; p < 0,001$ ). Lęk-wina wyjaśnia 12% wyników lęku przed śmiercią ( $R^2 = 0,117$ ). Związek między lękiem winą a lękiem przed śmiercią jest dodatni. Zatem pacjenci, którzy odczuwają silne religijne poczucie winy bardziej boją się śmierci i umierania.

Tabela 9.62 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku i wina jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,23	0,15		8,12	<0,001
Lęk i wina	0,22	0,05	0,34	-7,26	<0,001
Stała	1,01	0,19		5,17	<0,001
Lęk i wina	0,50	0,16	0,74	3,13	<0,01
Lęk i wina <sup>2</sup>	-0,43	0,02	-0,42	-1,80	0,075



Rysunek 9.32. Poziom lęku-winy i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku-winy i lęku przed śmiercią.

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralność na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez religijne poczucie winy (lęk-wina) przedstawiono w Tabeli 9.63. Współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.64, a ich graficzną prezentację Rysunek 9.33. Parametr efektu pośredniego związku centralności z lękiem przed śmiercią przez lęk-winę jest istotny przy niskich wynikach centralności. Efekt pośredni jest dodatni (EP = 0,19; 90%PU [0,100; 0,342]). Oznacza to, że niewielkie zaangażowanie religijne wiąże



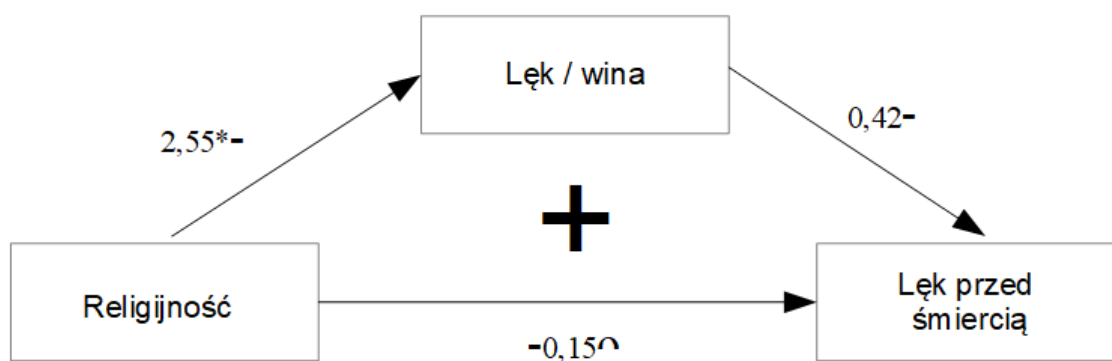
się z silniejszym poziomem lęku-winy, a w konsekwencji z silniejszym lękiem przed śmiercią.

Tabela 9.63 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	0,19	0,07	0,100	0,342
3,82	0,05	0,07	-0,051	0,210
4,60	-0,06	0,14	-0,312	0,140

Tabela 9.64 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez lęk i winę

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk - wina)			Y (Lęk przed śmiercią)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	2,55	1,27	<0,05	1,11	0,86	0,120
X <sup>2</sup>	-0,30	0,18	0,100	-0,15	0,12	0,210
M (Lęk - wina)	—	—	—	0,42	0,16	<0,05
M <sup>2</sup>	—	—	—	-0,03	0,02	0,181
Stała	-3,05	2,16	0,161	-0,80	1,42	0,570
	$R^2 = 0,06$			$R^2 = 0,15$		
	$F(2; 127) = 4,01; p < 0,05$			$F(4; 125) = 5,51; p < 0,001$		



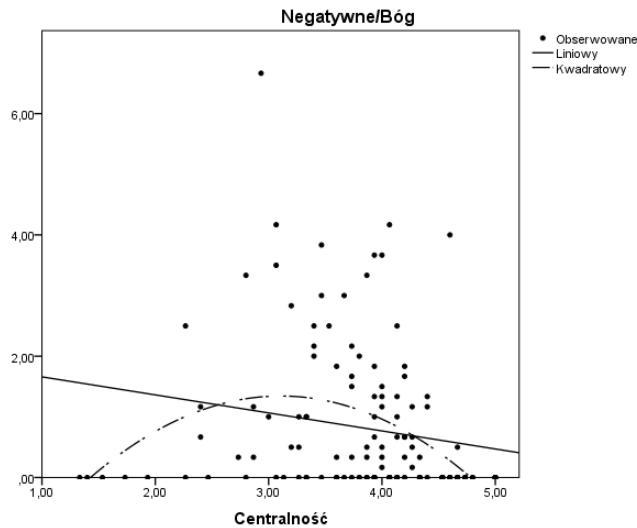
Rysunek 9.33. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na lęk przed śmiercią przez lęk-winę

#### 9.5.2.4. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez negatywne emocje względem Boga

Wyniki analizy regresji przeprowadzonej w celu sprawdzenia jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje zależność między centralnością religii a negatywnymi emocjami względem Boga zawiera Tabela 9.65, a wykres rozrzutu wyników centralności religii względem wyników negatywnych emocji względem Boga wraz z liniami dopasowania regresji liniowej i kwadratowej przedstawiono na Rysunku 9.34. Model liniowy wykazał istotne dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 4,46; p < 0,05$ ). Centralność wyjaśniała 3% wariacji wyników negatywnych emocji względem Boga ( $R^2 = 0,034$ ). Wprowadzenie do równania regresji funkcji kwadratowej zwiększyło zakres wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej do 14% ( $R^2 = 0,139$ ). Model kwadratowy wykazał również dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 127) = 10,27; p < 0,001$ ). Można wnioskować, że funkcja kwadratowa lepiej opisuje zależność negatywnych emocji względem Boga od centralności religii. Jak wskazuje Rysunek 9.34 osoby należące „środkowego przedziału” wyników Centralności charakteryzują się najwyższymi wynikami negatywnych emocji do Boga.

*Tabela 9.65 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora negatywnych emocji względem Boga.*

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,95	0,55		3,60	<0,05
Centralność	-0,30	0,14	-0,18	-2,11	<0,01
Stała	-3,30	1,42		-2,30	<0,05
Centralność	3,00	0,83	0,93	1,83	<0,01
Centralność <sup>2</sup>	-0,50	0,12	-2,04	-3,94	<0,001

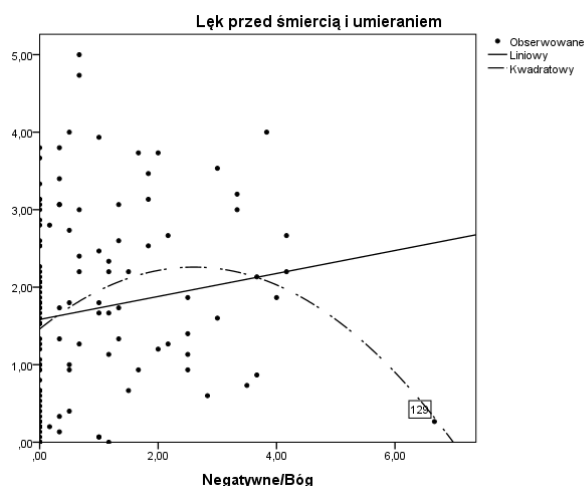


Rysunek 9.34. Poziom negatywnych emocji do Boga i centralności.

Następnie sprawdzono charakter zależności między negatywnymi emocjami względem Boga i lękiem przed śmiercią. Wyniki tej analizy przedstawia Tabela 9.66. Model liniowy wykazał nieistotne dopasowania do danych ( $F(1; 128) = 3,04; p = 0,083$ ). Model kwadratowy wykazał dobre dopasowanie ( $F(2; 127) = 4,91; <0,01$ ). Wprowadzenie do równania regresji funkcji kwadratowej sprawiło, że zakres wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej wzrósł do 6% ( $R^2 = 0,057; <0,001$ ). Wykres rozrzutu wyników negatywnych emocji względem Boga względem wyników lęku przed śmiercią przedstawia Rysunek 9.35. Jak sugerują te dane najwyższy lęk przed śmiercią posiadają osoby należące „środkowego przedziału” negatywnych emocji względem Boga.

Tabela 9.66 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywne emocje do Boga jako predyktora lęku przed śmiercią.

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,60	0,12		12,60	<0,001
Negatywne/Bóg	0,14	0,08	0,15	1,74	0,083
Stała	1,46	0,13		11,07	<0,001
Negatywne/Bóg	0,61	0,20	0,63	3,10	<0,01
Negatywne/Bóg <sup>2</sup>	-0,11	0,04	-0,52	-2,60	<0,01



Rysunek 9.35. Poziom negatywnych emocji względem Boga i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz negatywnych emocji do Boga

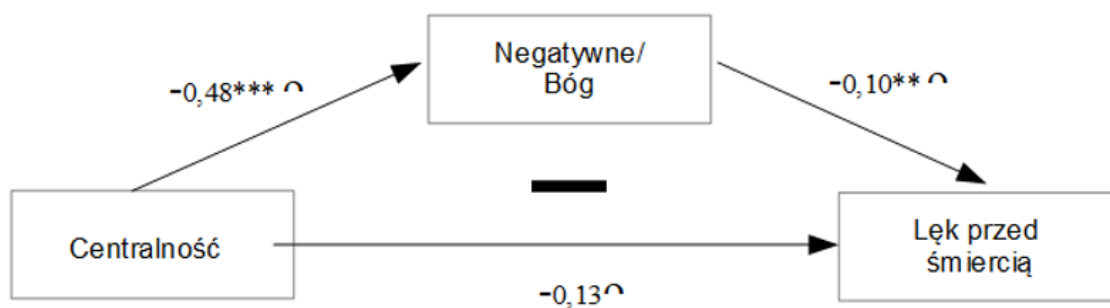
Wyniki analizy mediacji, w której testowano, czy negatywne emocje względem Boga są mediatorami w związku centralności z lękiem przed śmiercią zamieszczono w Tabelach 9.67 i 9.68, a graficzną prezentację ścieżek tego modelu przedstawiono na Rysunku 9.36. Mediacja jest istotna i ujemna w przypadku średnich (EP = -0,22; 90%PU <0,028; -0,095) i wysokich wyników centralności religijności (EP = -0,71; 90%PU <-1,236; -0,271). Osoby chore na nowotwór, o wysokiej centralności religii, przeżywają mniej negatywnych uczuć względem Boga, co w konsekwencji łagodzi ich obawy związane ze śmiercią.

Tabela 9.67 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez negatywne emocje do Boga na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	0,11	0,03	-0,028	0,076
3,82	-0,22	0,09	-0,400	-0,095
4,59	-0,71	0,30	-1,236	-0,271

Tabela 9.68 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez negatywne emocje do Boga

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Negatywne/Bóg)			Y (Lęk przed śmiercią)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	2,70	0,83	0,01	1,15	0,90	0,200
X <sup>2</sup>	-0,48	0,12	0,001	-0,14	0,13	0,300
M (Negatywne/Bóg)	—	—	—	0,57	0,21	<0,01
M <sup>2</sup>	—	—	—	-0,10	0,04	<0,05
Stała	-3,26	1,42	p < 0,05	-0,86	1,47	0,560
	$R^2 = 0,14$			$R^2 = 0,10$		
	$F(1; 127) = 10,27; p < 0,001$			$F(4; 125) = 3,50; p < 0,001$		



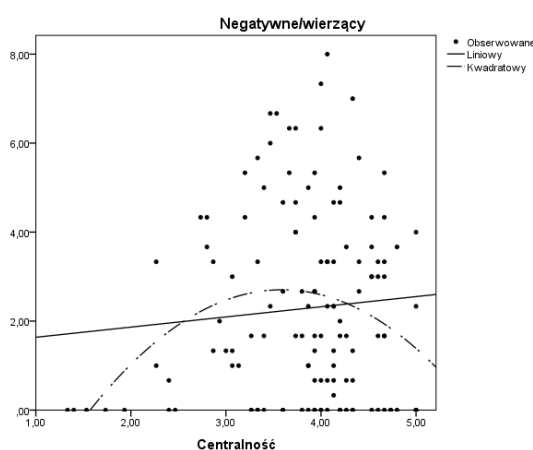
Rysunek 9.36. Model mediacji centralności (wyniki średnie i wysokie) na lęk przed śmiercią przez negatywne emocje względem Boga.

#### 9.5.2.5. Centralność a lęk przed śmiercią: mediacja przez negatywne interakcje społeczne związane z religią

Wyniki analizy regresji przeprowadzonej w celu sprawdzenia jaka funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje zależność między centralnością religii a negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią zawiera Tabela 9.69, a wykres rozrzutu wyników centralności religii względem wyników negatywnych interakcji społecznych wraz z liniami dopasowania regresji liniowej i kwadratowej przedstawiono na Rysunku 9.37. Model liniowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych ( $F(1; 128) = 0,900; p = 0,348$ ). Model kwadratowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(2; 128) = 5,32; p < 0,05$ ). Po wprowadzeniu do równania regresji funkcji kwadratowej zakres wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej wyniósł 8% ( $R^2 = 0,077; < 0,05$ ). Pacjenci chorzy na nowotwór, których zaangażowanie religijne mieści się w środkowym przedziale wyników centralności, przeżywają najwięcej konfliktów związanych z religią w interakcjach społecznych.

Tabela 9.69 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora negatywnych interakcji z grupą religijną.

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,40	0,94		1,50	0,140
Centralność	0,23	0,24	0,08	0,94	0,348
Stała	-5,84	2,50		-2,33	<0,05
Centralność	4,76	1,47	1,72	3,22	<0,01
Centralność <sup>2</sup>	-0,66	0,21	-1,66	-3,11	<0,01



Rysunek 9.37. Poziom negatywnych interakcji z grupą religijną i centralności religijności.

Następnie sprawdzono charakter zależności między negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią a lękiem przed śmiercią. W tym przypadku ani model liniowy ani kwadratowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych. Wyniki tej analizy przedstawiono w Tabeli A.33w Aneksie, a wykres rozrzutu na Rysunku A.34 w Aneksie. Oznacza to, że ani funkcja liniowa ani kwadratowa nie opisuje związku lęku przed śmiercią z negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią.

Analiza mediacji również nie wykazała istotności efektu pośredniego w związku centralności z lękiem przed śmiercią przez negatywne interakcje społeczne związane z religią. Można zatem wnioskować, że centralność religii nie warunkuje lęku przed śmiercią przez negatywne interakcje społeczne związane z religią.

Analiza mediacji wykazała, że efekt pośredni centralności religii na lęk przed śmiercią przez negatywne interakcje społeczne związane z religią nie był statystycznie istotny. Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralność na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez negatywne interakcje społeczne związane z religią przedstawiono

w Tabeli A.35 w Aneksie, a współczynniki ścieżek testowanego modelu w Tabeli A.36 również w Aneksie.

### 9.5.3. Pocieszenie religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

W obecnej części przedmiotem analizy będzie sprawdzenie czy lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku pocieszenia religijnego z jakością życia osób chorych na nowotwory. Podobnie jak dotychczas analizy mediacji prowadzono w oparciu o stwierdzone uprzednio charakter zależności między zmiennymi. W przypadku zmiennych, odnośnie których nie sprawdzano jeszcze jaka funkcja—liniowa czy krzywoliniowa—lepiej opisuje istniejący między nimi związek dokonano estymacji krzywej liniowej i kwadratowej sprawdzając, który model lepiej wyjaśnia testowaną zależność. Przeprowadzono pięć analiz mediacji, sprawdzono w nich kolejno, czy lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku pocieszenia religijnego z ogólną jakością życia osób chorych na nowotwór, jak też z czterema wymiarami jakości życia: fizycznym, psychologicznym, egzystencjalnym i społecznym.

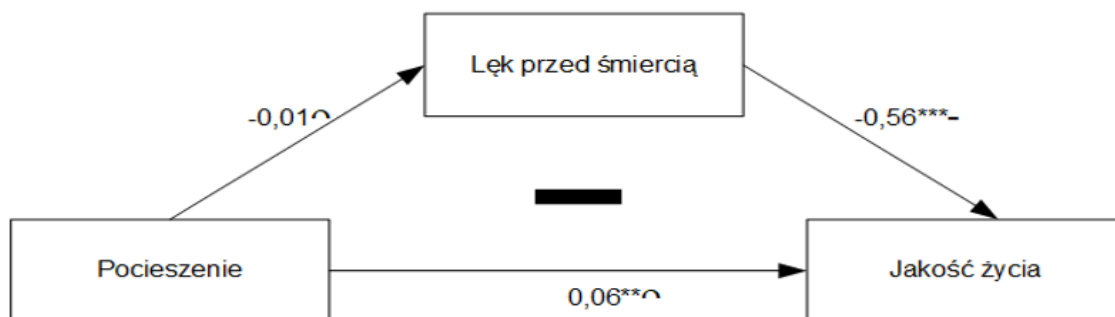
Analiza regresji przeprowadzona w paragrafie 9.2.1. niniejszej pracy wykazała, że zależność między pocieszeniem religijnym a jakością życia ma charakter krzywoliniowy (par. 9.2.1). Zależność między pocieszeniem religijnym a lękiem przed śmiercią opisano za pomocą funkcji kwadratowej. Wyniki analizy mediacji związku pocieszenia religijne z jakością życia przez lęk przed śmiercią zawiera Tabela 9.70, a współczynniki ścieżek testowanego modelu przedstawiono w Tabeli 9.71 oraz graficznie na Rysunku 9.38. Parametr efektu pośredniego pocieszenia na ogólną jakość życia przez lęk przed śmiercią jest istotny i ujemny (EP = -0,05; 90%PU [-0,104; -0,011]) przy niskich wynikach wsparcia czerpanego z wiary (pocieszenie). Wynik ten sugeruje, że osoby z nowotworem, które czerpią niewielkie wsparcie z religii odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to w konsekwencji obniża ich jakość życia.

*Tabela 9.70 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (pocieszenie)*

Pocieszenie	EP	SE	DGPU	GGPU
5,20	-0,05	0,03	-0,104	-0,011
7,60	-0,01	0,04	-0,074	0,058
10,00	0,03	0,08	-0,090	0,177

Tabela 9.71 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Pocieszenie)	0,25	0,18	0,151	-0,65	0,23	<0,01
X <sup>2</sup>	-0,01	0,01	0,249	0,06	0,01	<0,01
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,56	0,11	<0,001
Stała	0,80	0,54	0,151	9,04	0,70	<0,001
	$R^2 = 0,024$			$R^2 = 0,254$		
	$F(2; 126) = 1,55; p = 0,214$			$F(3; 125) = 14,22; p < <0,001$		



Rysunek 9.38. Model mediacji pocieszenia (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią

Obecnie sprawdzono czy lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku pocieszenia religijnego z poszczególnymi wymiarami jakości życia osób chorych na nowotwory: fizycznym, psychologicznym, egzystencjalnym i społecznym.

Tabela 9.72 zawiera efekty pośrednie opisujące związek pocieszenia z fizycznym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią, a Tabela 9.73 wskaźniki opisujące poszczególne ścieżki testowanego modelu. Jak wynika z tych danych lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku pocieszenia z jakością życia ocenianą na wymiarze fizycznym u osób, którzy czerpią niewielkie wsparcie z religii (niskie pocieszenie). Można sądzić, że w tej grupie brak wsparcia religijnego wiąże się z odczuwaniem wyższego lęku przed śmiercią, a to z kolei skutkuje odczuwaniem silniejszych dolegliwości somatycznych. Efekt bezpośredni pocieszenia na jakość życia jest także istotny i dodatni, co sugeruje, że mediacja ma charakter częściowy.



Tabela 9.72 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie

Pocieszenie	EP	SE	DGPU	GGPU
5,20	-0,06	0,03	-0,138	-0,007
7,60	-0,01	0,04	-0,100	0,066
10,00	0,04	0,10	-0,111	0,204

Tabela 9.73 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Pocieszenie)	0,25	0,18	0,151	-0,82	0,38	<0,05
X <sup>2</sup>	-0,01	0,01	0,249	0,06	0,03	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,70	0,18	<0,001
Stała	0,80	0,54	0,151	9,73	1,15	<0,001
	$R^2 = 0,024$			$R^2 = 0,141$		
	$F(2; 126) = 1,55; p = 0,214$			$F(3; 125) = 6,90; p < <0,001$		

Tabela 9.74 zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie religijne na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią, a Tabela 9.75 zawiera współczynniki ścieżek tego modelu. Parametr efektu pośredniego pocieszenia na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią jest istotnie ujemny (EP = -0,08; 90% PU [-0,170; -0,008]) w przypadku niskich wyników pocieszenia religijnego. Odnotowano również dodatni efekt bezpośredni pocieszenia na psychologiczną jakość życia. Samo pocieszenie religijne, nawet w przedziale niskich wyników wzmacnia ocenę jakości życia w wymiarze psychologicznym. Jednak, jednakże gdy pojawia się lęk przed śmiercią, psychologiczna jakość życia obniża się.

Tabela 9.74 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie

Pocieszenie	EP	SE	DGPU	GGPU
5,20	-0,08	0,05	-0,170	-0,008
7,60	-0,01	0,06	-0,119	0,082
10,00	0,05	0,12	-0,146	0,245

Tabela 9.75 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Pocieszenie)	0,25	0,18	0,151	-1,03	0,33	<0,01
X <sup>2</sup>	-0,01	0,01	0,249	0,08	0,02	<0,01
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,90	0,16	<0,001
Stała	0,80	0,54	0,151	10,56	1,00	<0,001
	$R^2 = 0,024$			$R^2 = 0,260$		
	$F(2; 126) = 1,55; p = 0,214$			$F(3; 125) = 14,60; p < <0,001$		

Tabela 9.76 zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie religijne na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią, a Tabela 9.77 zawiera współczynniki ścieżek tego modelu. Parametr efektu pośredniego pocieszenia na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią jest istotnie ujemny (EP = -0,05; 90%PU [-0,111; -0,010]) u chorych, dla których religia nie stanowi istotnego źródła wsparcia. Można sądzić, że w tej grupie brak wsparcia religijnego wiąże się z odczuwaniem wyższego lęku przed śmiercią, a to z kolei skutkuje niskim poczuciem jakości życia w wymiarze egzystencjalnym.

Tabela 9.76 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie

Pocieszenie	EP	SE	DGPU	GGPU
5,2	-0,05	0,03	-0,111	-0,01
7,6	-0,01	0,04	-0,072	0,055
10	0,03	0,07	-0,077	0,167

Tabela 9.77 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalną jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Pocieszenie)	0,25	0,18	0,151	-0,42	0,31	0,180
X <sup>2</sup>	-0,01	0,01	0,249	0,05	0,02	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,54	0,15	<0,001
Stała	0,80	0,54	0,151	7,64	0,92	<0,001
	$R^2 = 0,024$			$R^2 = 0,158$		
	$F(2; 126) = 1,55; p = 0,214$			$F(3; 125) = 7,87; p < <0,001$		

Ostatnim ocenianym wymiarem jest społeczny aspekt jakości życia. Wyniki tych analiz przedstawiono w Tabelach A.37 i A.38 w Aneksie. Ta analiza nie wykazała istotności efektu pośredniego. Zatem lęk przed śmiercią nie jest mediatorem w związku pocieszenia religijnego ze społecznym wymiarem jakości życia osób chorych na nowotwory.

#### **9.5.4. Zmagania religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią**

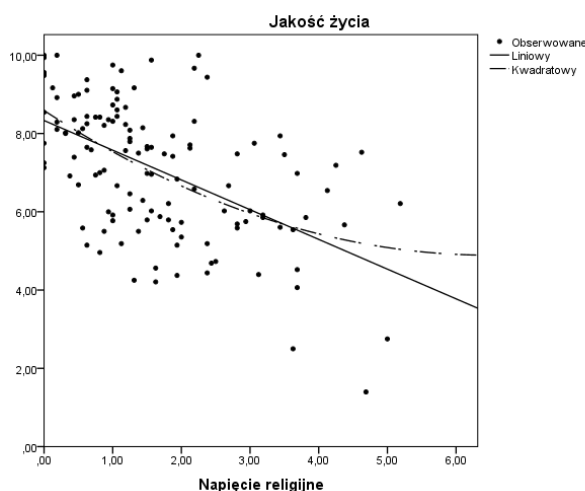
Dalsza weryfikacja testowanego modelu (Rysunek 10) wymaga sprawdzenia mediacyjnej roli lęku przed śmiercią w związku zmagania religijnych z jakością życia osób chorych na nowotwory. W tym celu przeprowadzono serię analiz mediacji, w których testowano zmagania religijne i ich kolejno ich trzy kategorie (lęk-winę, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią) jako predyktory jakości życia ocenianej jako zmienna ogólna i na wymiarach fizycznym, psychologicznym, egzystencjalnym i społecznym, po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. Poniżej przedstawiono wyniki tych analiz.

##### **9.5.4.1. Zmagania religijne a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią**

Najpierw oszacowano, która funkcja—liniowa czy kwadratowa—lepiej opisuje związek zmagania religijnych z jakością życia. W pierwszym kroku do równania regresji wprowadzono napięcia religijne opisane za pomocą funkcji liniowej, a w drugim kroku – opisane za pomocą funkcji kwadratowej. Wyniki tej analizy zawiera Tabela 9.78. Model liniowy wykazał dobre dopasowanie do danych ( $F(1; 128) = 52,75; p < 0,001$ ). Napięcia wyjaśniały niespełna 30% wariacji wyników jakości życia ( $R^2 = 0,288$ ). Wprowadzenie do równania regresji funkcji kwadratowej nie zwiększyło zakresu wyjaśnianej i model kwadratowy nie wykazał dobrego dopasowania do danych. Przyjęto, że funkcja liniowa poprawnie opisuje zależność napięć od jakości życia. Wykres rozrzutu wyników jakości życia względem wyników napięć religijnych przedstawiono na Rysunku 9.39. Przyjęto, że związek napięć religijnych z lękiem przed śmiercią ma charakter krzywoliniowy (por. par. 9.5.2.2).

Tabela 9.78 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla napięć religijnych jako predyktora jakości życia

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	8,33	0,21		39,19	<0,001
Napięcie	-0,76	0,10	-0,54	-7,26	<0,001
Stała	8,60	0,30		28,63	<0,001
Napięcie	-1,13	0,33	-0,81	-3,43	<0,01
Napięcie <sup>2</sup>	0,09	0,07	0,28	1,20	0,231



Rysunek 9.39. Poziom napięcia i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów napięcia i jakości życia.

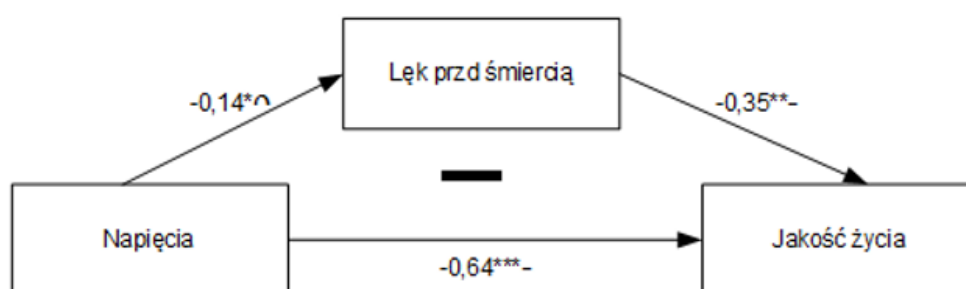
Analiza mediacji związku zmagania religijnych z ogólnym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią wykazała istotność efektu pośredniego przy niskich (EP = -0,30; 90%PU[-0,544; -0,132]) i średnich wynikach (EP = -0,04; 90%PU[-0,141; 0,010]) zmagania religijnych (Tabela 9.79). Współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli 9.80 oraz graficznie na Rysunku 9.40. Uzyskane wyniki sugerują, że początkowo, przy niskich i średnich poziomach zmagania religijnych wzrasta lęk przed śmiercią, co z kolei obniża jakość życia. Ścieżka opisująca bezpośrednią zależność między napięciami, a jakością życia jest również ujemna co oznacza, że napięcia religijne obniżają jakość życia.

Tabela 9.79 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
0,40	-0,30	0,12	-0,544	-0,132
1,63	-0,17	0,07	-0,170	-0,077
2,85	-0,04	0,04	-0,141	0,010

Tabela 9.80 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i jakości życia przez pocieszenie

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Napięcia)	0,93	0,25	< 0,001	-0,64	0,11	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,14	0,56	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,35	0,11	< 0,05
Stała	0,80	0,23	< 0,001	8,75	2,41	< 0,01
	$R^2 = 0,154$			$R^2 = 0,350$		
	$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$			$F(2; 126) = 33,80; p < 0,001$		



Rysunek 9.40. Model mediacji napięć religijnych (niskie i średnie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią

**Fizyczny wymiar jakości życia.** Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zmagania religijne na fizyczny wymiar jakości życia przedstawia Tabela 9.81. Współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli 9.82. Parametr efektu pośredniego napięć religijnych na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią jest istotnie ujemny w przypadku niskich (EP = -0,40; 90%PU [-0,768; -0,135]) i średnich wyników (EP = -0,06; 90%PU [-0,205; 0,011]) napięć religijnych. Oznacza to, że przy niskich i średnich napięciach religijnych wzrasta lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila dolegliwości fizyczne.

Tabela 9.81 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar fizyczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
0,40	-0,40	0,18	-0,768	-0,135
1,63	-0,22	0,10	-0,421	-0,075
2,85	-0,06	0,06	-0,205	0,011

Tabela 9.82 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i fizycznego wymiaru jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Napięcia)	0,93	0,25	< 0,001	-0,74	0,18	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,14	0,56	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,47	0,18	< 0,05
Stała	0,80	0,23	< 0,001	8,75	2,41	< 0,01
	$R^2 = 0,154$			$R^2 = 0,213$		
	$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$			$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$		

**Psychologiczny wymiar jakości życia.** Tabela 9.83 przedstawia warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zmagania religijne na psychologiczny wymiar jakości życia. Tabela 9.84 zawiera współczynniki ścieżek tego modelu. Parametr efektu pośredniego zmagania na psychologiczny wymiar jakości życia osób chorych na nowotwór przez lęk przed śmiercią jest istotnie ujemny przy niskich (EP = -0,53; 90%PU[-0,922; -0,250]) i średnich wynikach zmagania (EP = -0,31; 90%PU [-0,253; -0,016]) zmagania. Oznacza to, że do pewnego momentu, wraz ze wzrostem napięć religijnych wzrasta lęk przed śmiercią, co w konsekwencji obniża jakość życia w wymiarze psychologicznym u osób chorych na nowotwory.

Tabela 9.83 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar psychologiczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
0,40	-0,53	0,20	-0,922	-0,250
1,63	-0,31	0,10	-0,517	-0,157
2,85	-0,09	0,08	-0,253	0,016

Tabela 9.84 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Napięcia)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Napięcia)	0,93	0,25	< 0,001	-0,77	0,15	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,14	0,56	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,65	0,16	< 0,001
Stała	0,80	0,23	< 0,001	9,24	0,36	< 0,001
	$R^2 = 0,154$			$R^2 = 0,320$		
	$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$			$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$		

**Egzystencjalny wymiar jakości życia.** Tabela 9.85 zawiera warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zmagania religijne na wymiar egzystencjalny jakości życia osób chorych na nowotwór. Tabela 86 zawiera współczynniki ścieżek tego modelu. Również w tym przypadku, parametr efektu pośredniego napięcia na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią jest istotnie ujemny w przypadku niskich (EP = -0,24; 90%PU [-0,500; -0,840]) i średnich wyników (EP = -0,14; 90%PU [-0,143; -0,050]) zmagających religijnych. Oznacza to, że do pewnego momentu wraz ze wzrostem napięć religijnych wzrasta lęk przed śmiercią, co z kolei obniża jakość życia.

Tabela 9.85 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar egzystencjalny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
0,40	-0,24	0,12	-0,500	-0,840
1,63	-0,14	0,07	-0,143	-0,050
2,85	-0,04	0,04	-0,132	0,005

Tabela 9.86 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Napięcia)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Napięcia)	0,93	0,25	< 0,001	-0,65	0,15	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,14	0,56	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,30	0,15	< 0,05
Stała	0,80	0,23	< 0,001	8,31	0,33	< 0,001
	$R^2 = 0,154$			$R^2 = 0,320$		
	$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$			$F(2; 126) = 11,50; p < 0,001$		

**Spoleczny wymiar jakości życia.** Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zmagania religijne na wymiar społeczny jakości życia osób chorych na nowotwory przedstawia Tabela A.39 w Aneksie, a współczynniki ścieżek tego modelu Tabela A.40 w Aneksie. Parametr efektu pośredniego zmagania religijnych na społeczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią okazał się nieistotny. Zatem, zmagania religijne nie warunkują społecznego wymiaru jakości życia osób chorych na nowotwór przez lęk przed śmiercią.

Kolejnym krokiem weryfikacji zaproponowanego modelu było sprawdzenie w jaki sposób poszczególne kategorie zmagania religijnych—lęk-wina, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią—warunkują jakość życia osób chorych na nowotwory, po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią.

#### 9.5.4.2. Lęk-wina a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Analiza regresji przeprowadzona w paragrafie 9.5.2.3 wykazała, że związek lęku-winy z lękiem przed śmiercią u osób chorych na nowotwór ma charakter liniowy, wraz ze wzrostem religijnego poczucia winy wzrasta lęk przed śmiercią. Związek lęku przed śmiercią z jakością życia ma również charakter liniowy (por. par. 9.2.1). Zatem, w analizie mediacji uwzględniono liniowe zależności między tymi zmiennymi. Efekty pośrednie zmiennej lęk-wina na jakość życia przez lęk przed śmiercią zawiera Tabela 9.87, współczynniki ścieżek testowanego modelu zawiera Tabela 9.88, a ich graficzną prezentację przedstawiono na Rysunku 9.41. Jak wynika z tych danych, wszystkie efekty pośrednie są istotne statystycznie. Wysokie religijne poczucie winy i lęk przed niezyskaniem przebaczenia od Boga, intensyfikuje myśli o śmierci i umieraniu, a te z kolei obniżają



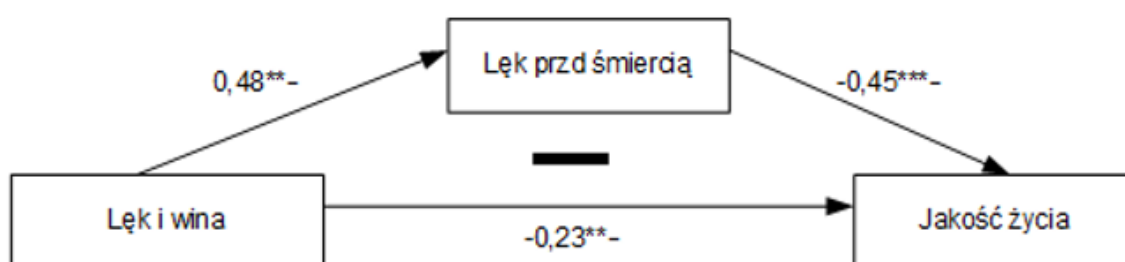
poziom jakości życia osób chorych na nowotwór. Ścieżka opisująca bezpośrednią zależność między lękiem i winą, a jakością życia jest również istotna i ujemna, co oznacza, że religijne poczucie winy obniża jakość życia.

Tabela 9.87 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk-wina na jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk-wina

Lęk i wina	EP	SE	DGPU	GGPU
0,26	-0,21	0,08	-0,400	-0,090
2,04	-0,14	0,05	-0,146	-0,070
3,82	-0,82	0,03	-0,152	-0,033

Tabela 9.88 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Lęk-wina)	0,48	0,19	< 0,01	-0,23	0,08	< 0,01
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,45	0,12	< 0,001
Stała	1,01	0,19	< 0,001	8,33	0,25	< 0,001
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,15$		
	$F(2; 126) = 11,00; p < 0,001$			$F(4; 125) = 5,53; p < 0,001$		



Rysunek 9.41. Model mediacji lęku i winy na jakość życia przez lęk przed śmiercią

**Fizyczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy lęk-wina jest predyktorem fizycznej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała istotność efektów pośrednich na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk-wina (Tabela 9.89). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla

testowanego modelu zawiera Tabela 9.90. Efekt bezpośredni był nieistotny, więc mediacja ma charakter całkowity. Można wnioskować, że religijne poczucie winy wzmacnia lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila dolegliwości somatyczne u osób chorych na nowotwór.

Tabela 9.89 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk i wina na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina

Lęk i wina	EP	SE	DGPU	GGPU
0,26	-0,28	0,12	-0,505	-0,102
2,04	-0,19	0,07	-0,324	-0,080
3,82	-0,11	0,05	-0,214	-0,046

Tabela 9.90 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Lęk-wina)	0,48	0,19	< 0,01	-0,23	0,13	0,080
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,60	0,20	< 0,01
Stała	1,01	0,19	< 0,001	8,10	0,41	< 0,001
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,15$		
	$F(2; 126) = 11,00; p < 0,001$			$F(4; 125) = 5,53; p < 0,001$		

**Psychologiczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy lęk-wina jest predyktorem psychologicznej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała istotność efektów pośrednich na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk-wina (Tabela 9.91). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla testowanego modelu zawiera Tabela 992. Stąd można wnioskować, że religijne poczucie winy wzmacnia lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila dyskomfort psychiczny u osób chorych na nowotwór.

Tabela 9.91 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk i wina na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina

Lęk i wina	EP	SE	DGPU	GGPU
0,26	-0,36	0,14	-0,661	-0,150
2,04	-0,25	0,08	-0,422	-0,124
3,82	-0,14	0,05	-0,261	-0,071

Tabela 9.92 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Lęk-wina)	0,48	0,19	< 0,01	-0,24	0,12	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,80	0,17	< 0,001
Stała	1,01	0,19	< 0,001	8,71	0,36	< 0,001
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,22$		
	$F(2; 126) = 11,00; p < 0,001$			$F(2; 126) = 17,72; p < 0,001$		

**Egzystencjalny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy lęk-wina jest predyktorem egzystencjalnej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała istotność efektów pośrednich na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk-wina (Tabela 93). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla testowanego modelu zawiera Tabela 94. Efekt bezpośredni był nieistotny, więc mediacja ma charakter całkowity. Można wnioskować, że religijne poczucie winy wzmacnia lęk przed śmiercią, a to z kolei nasila dylematy egzystencjalne u osób chorych na nowotwór.

Tabela 9.93 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk-wina na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina

Lęk i wina	EP	SE	DGPU	GGPU
0,26	-0,19	0,14	-0,356	-0,062
2,04	-0,13	0,08	-0,239	-0,048
3,82	-0,07	0,05	-0,140	-0,021

Tabela 9.94 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku-winy i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Lęk i wina)	0,48	0,15	< 0,01	-0,23	0,15	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,01	0,15	<0,01
Stała	1,01	0,19	< 0,001	8,70	0,31	0,930
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,11$		
	$F(2; 126) = 11,00; p < 0,001$			$F(2; 126) = 7,84; p < 0,001$		

**Spoleczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy lęk-wina jest predyktorem społecznej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała, że żaden z efektów pośrednich nie był istotny (Tabela A.41 w Aneksie). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla testowanego modelu zawiera Tabela A.42 w Aneksie. Można wnioskować, że religijne poczucie winy nie warunkuje społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.

#### 9.5.4.3. Negatywne emocje względem Boga a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

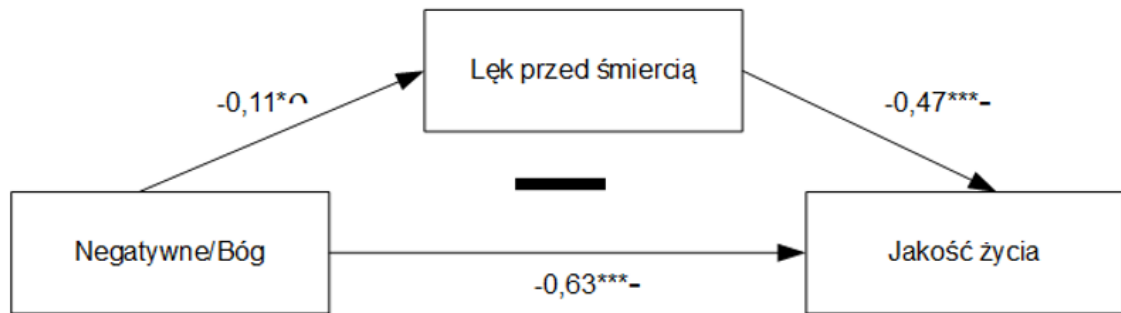
Dalsza analiza koncentrowała się na eksploracji związku negatywnych emocji względem Boga z jakością życia, po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. Jak wykazano w paragrafie 9.5.2.4 związek negatywnych emocji względem Boga z lękiem przed śmiercią ma charakter krzywoliniowy, a związek lęku przed śmiercią z jakością życia jest prostoliniowy (par. 9.2.1). Wyniki analizy mediacji zawiera Tabela 9.95, współczynniki ścieżek Tabela 9.96, a graficzną prezentację ścieżek zawiera Rysunek 9.42. Jak sugerują te dane, wzrost negatywnych emocji względem Boga u osób chorych na nowotwór wiąże się (do pewnego momentu) ze wzrostem lęku przed śmiercią, a w konsekwencji z poczuciem niższej jakości własnego życia.

Tabela 9.95 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na jakość życia przez lęk przed śmiercią

Negatywne / Bóg	EP	SE	DGPU	GGPU
-0,41	-0,34	0,14	-0,600	-0,166
0,82	-0,20	0,07	-0,340	-0,100
2,06	-0,06	0,04	-0,127	-0,002

Tabela 9.96 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga i jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Bóg)	0,60	0,19	< 0,01	-0,63	0,09	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,11	0,04	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,47	0,10	< 0,001
Stała	1,46	0,13	< 0,001	8,43	0,21	< 0,001
	$R^2 = 0,07$			$R^2 = 0,36$		
	$F(2; 126) = 4,77; p < 0,001$			$F(2; 126) = 36,82; p < 0,001$		



Rysunek 9.42. Model mediacji negatywne emocje do Boga na jakość życia przez lęk przed śmiercią

**Fizyczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której jako zmienną zależną oceniano fizyczny wymiar jakości życia wykazała istotność lęku przed śmiercią jako mediatora tego związku. Parametry efektów pośrednich negatywnych emocji względem Boga na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią są istotne, ale słabną wraz ze wzrostem nasilenia negatywnych emocji względem Boga (Tabela 9.97). Współczynniki ścieżek przedstawiono w Tabeli 9.98. Uzyskane wyniki oznaczają, że doświadczanie negatywnego afektu względem Boga intensyfikuje negatywne myślenie na temat własnej śmierci, a w konsekwencji wzmacnia negatywne samopoczucie wynikające z objawów somatycznych.

Tabela 9.97 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na wymiar fizyczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga

Negatywne/Bóg	EP	SE	DGPU	GGPU
-0,41	-0,44	0,19	-0,830	-0,172
0,82	-0,26	0,10	-0,460	-0,110
2,06	-0,08	0,06	-0,120	-0,007

Tabela 9.98 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga z fizyczną jakością życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Bóg)	0,60	0,19	< 0,01	-0,66	0,17	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,11	0,04	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,62	0,17	< 0,001
Stała	1,46	0,13	< 0,001	8,20	0,40	< 0,001
	$R^2 = 0,07$			$R^2 = 0,20$		
	$F(2; 126) = 4,77; p < 0,001$			$F(2; 126) = 15,80; p < 0,001$		

**Psychologiczny wymiar jakości życia.** Przeprowadzona analiza mediacji wykazała istotność efektów pośrednich zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią (Tabela 9.99). Wszystkie parametry są ujemne, ale zmniejszają się wraz ze wzrostem negatywnych emocji względem Boga. Tabela 9.100 zawiera współczynniki ścieżek tego modelu. Uzyskane wyniki wskazują, że negatywne emocje względem Boga wzmacniają (do pewnego momentu) lęk przed śmiercią, co w rezultacie nasila dyskomfort psychologiczny.

Tabela 9.99 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na wymiar psychologiczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga

Negatywne/Bóg	EP	SE	DGPU	GGPU
-0,41	-0,55	0,24	-1,117	-0,260
0,82	-0,32	0,13	-0,590	-0,150
2,06	-0,10	0,07	-0,235	-0,001

Tabela 9.100 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga z psychologiczną jakością życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Bóg)	0,60	0,19	< 0,01	-0,80	0,32	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,11	0,04	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,80	0,15	< 0,001
Stała	1,46	0,13	< 0,001	8,90	0,32	< 0,001
	$R^2 = 0,07$			$R^2 = 0,35$		
	$F(2; 126) = 4,77; p < 0,001$			$F(2; 126) = 33,80; p < 0,001$		

**Egzystencjalny wymiar jakości życia.** Przeprowadzona analiza mediacji wykazała istotność efektów pośrednich zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią (Tabela 9.101). Parametry efektów pośrednich są ujemne, ale zmniejszają się wraz ze wzrostem negatywnych emocji względem Boga. Tabela 9.102 zawiera ścieżki testowanego modelu. Dane te sugerują, że negatywny afekt względem Boga intensyfikuje (do pewnego momentu) lęk przed śmiercią, a to z kolei obniża ocenę własnego życia w wymiarze egzystencjalnym.

*Tabela 9.101 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga na wymiar egzystencjalny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga*

Negatywne/Bóg	EP	SE	DGPU	GGPU
-0,41	-0,29	0,13	-0,560	-0,100
0,82	-0,17	0,07	-0,335	-0,067
2,06	-0,05	0,03	-0,125	-0,001

*Tabela 9.102 Współczynnik regresji modelu mediacji negatywne emocje do Boga i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Bóg)	0,60	0,19	< 0,01	-0,80	0,32	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,11	0,04	<0,05	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,80	0,15	< 0,001
Stała	1,46	0,13	< 0,001	8,90	0,32	< 0,001
	$R^2 = 0,07$			$R^2 = 0,35$		
	$F(2; 126) = 4,77; p < 0,001$			$F(2; 126) = 33,80; p < 0,001$		

**Spoleczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy negatywne emocje względem Boga są predyktorem społecznej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała, że żaden z efektów pośrednich nie był istotny (Tabela A.43 w Aneksie). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla testowanego modelu zawiera Tabela A.44 w Aneksie. Można wnioskować, że negatywny afekt względem Boga nie warunkuje społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.

#### 9.5.4.4. Negatywne interakcje społeczne związane z religią a jakość życia: mediacja przez lęk przed śmiercią

Dalsza analiza koncentrowała się na eksploracji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z jakością życia osób chorych na nowotwór, po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. W analizie mediacji do równania regresji wprowadzono krzywoliniowy związek negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z lękiem przed śmiercią (par. 9.5.2.5) oraz prostoliniowy związek lęku przed śmiercią z jakością życia (par. 9.2.1). Wyniki analizy mediacji zawiera Tabela 9.103, współczynniki ścieżek Tabela 9.104, a graficzną prezentację ścieżek przedstawiono na Rysunku 9.43. Parametry efektów pośrednich są ujemne, ale ich siła zmniejsza się wraz ze wzrostem napięć społecznych dotyczących religii. Analiza współczynników ścieżek i wykresu rozrzutu sugeruje, że wzrost negatywnych interakcji społecznych związanych z religią u osób chorych na nowotwór wiąże się (do pewnego momentu) ze wzrostem lęku przed śmiercią, a w konsekwencji z poczuciem niższej jakości własnego życia.

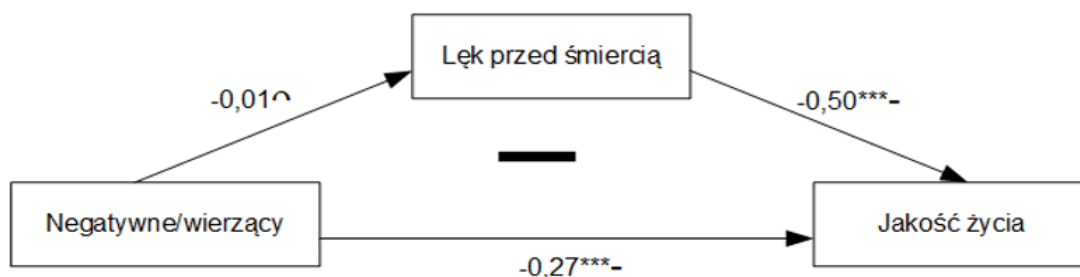
Tabela 9.103 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na jakość życia przez lęk przed śmiercią

Negatywne /				
Wierzący	EP	SE	DGPU	GGPU
0,16	-0,10	0,07	-0,223	0,020
2,30	-0,06	0,03	-0,115	-0,120
4,40	-0,02	0,04	-0,084	0,052

Tabela 9.104 Współczynnik regresji modelu mediacji negatywnych interakcji społecznych związanych z religią i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/wierzący)	0,20	0,15	0,177	-0,27	0,06	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,01	0,02	0,421	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,50	0,10	< 0,001
Stała	1,43	0,18	< 0,001	8,60	0,25	< 0,001
	$R^2 = 0,02$			$R^2 = 0,27$		
	$F(2; 126) = 1,88; p = 0,155$			$F(2; 126) = 23,31; p < 0,001$		





Rysunek 9.43. Model mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią (średnie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią

**Fizyczny wymiar jakości życia.** Kolejna analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią – efekt ten zachodzi przy średnich wynikach negatywnych interakcji społecznych (Tabela 9.105). Parametr efektu pośredniego jest ujemny. Zestawienie niestandardyzowanych wag regresyjnych uzyskanych w testowanym modelu zawiera Tabela 106. Tylko środkowy przedział wyników negatywnych interakcji społecznych warunkuje wyższe nasilenie lęku przed śmiercią, a to z kolei nasila dolegliwości fizyczne u osób chorych na nowotwór.

Tabela 9.105 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią

Negatywne / Wierzący	EP	SE	DGPU	GGPU
	0,16	-0,12	0,10	-0,325
2,30	-0,07	0,04	-0,170	-0,014
4,40	-0,02	0,05	-0,104	0,070

Tabela 9.106 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z fizycznym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Fizyczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/wierzący)	0,20	0,15	0,177	-0,42	0,10	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,01	0,02	0,421	—	—	—
M (Negatywne/wierzący)	—	—	—	-0,61	0,17	< 0,001
Stała	1,43	0,18	< 0,001	8,60	0,40	< 0,001
	R <sup>2</sup> = 0,02			R <sup>2</sup> = 0,21		
	F(2; 126) = 1,88; p = 0,155			F(2; 126) = 17,22; p < 0,001		

**Psychologiczny wymiar jakości życia.** Kolejna analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią – efekt ten zachodzi przy średnich wynikach negatywnych interakcji społecznych (Tabela 9.107). Parametr efektu pośredniego jest ujemny. Zestawienie niestandardyzowanych wag regresyjnych uzyskanych w testowanym modelu zawiera Tabela 9.108. Tylko środkowy przedział wyników negatywnych interakcji społecznych warunkuje wyższe nasilenie lęku przed śmiercią, a to z kolei nasila dyskomfort psychiczny u osób chorych na nowotwór.

*Tabela 9.107 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga*

Negatywne /				
Wierzący	EP	SE	DGPU	GGPU
0,16	-0,16	0,12	-1,380	0,022
2,30	-0,10	0,05	-0,093	-0,158
4,40	-0,07	0,06	-0,030	0,073

*Tabela 9.108 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z psychologicznym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Psychologiczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/wierzący)	0,20	0,15	0,177	-0,33	0,10	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,01	0,02	0,421	—	—	—
M (Negatywne/wierzący)	—	—	—	-0,82	0,16	< 0,001
Stała	1,43	0,18	< 0,001	9,05	0,37	< 0,001
	$R^2 = 0,02$			$R^2 = 0,27$		
	$F(2; 126) = 1,88; p = 0,155$			$F(2; 126) = 23,54; p < 0,001$		

**Egzystencjalny wymiar jakości życia.** Kolejna analiza mediacji wykazała istotność efektu pośredniego zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią – efekt ten zachodzi przy średnich wynikach negatywnych interakcji społecznych (Tabela 9.109). Parametr efektu pośredniego jest ujemny. Zestawienie niestandardyzowanych wag regresyjnych uzyskanych w testowanym modelu zawiera Tabela 9.110. Tylko środkowy przedział wyników negatywnych interakcji społecznych warunkuje wyższe nasilenie lęku przed śmiercią, a to z kolei nasila napięcia związane z poczuciem celu i sensu życia u osób chorych na nowotwór.

Tabela 9.109 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga

Negatywne /				
Wierzący	EP	SE	DGPU	GGPU
0,16	-0,09	0,07	-0,230	0,002
2,30	-0,05	0,03	-0,110	-0,011
4,40	-0,01	0,04	-0,080	0,050

Tabela 9.110 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z egzystencjalnym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Egzystencjalna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/wierzący)	0,20	0,15	0,177	-0,26	0,08	< 0,001
X <sup>2</sup>	-0,01	0,02	0,421	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,45	0,14	< 0,01
Stała	1,43	0,18	< 0,001	8,11	0,34	< 0,001
	$R^2 = 0,02$			$R^2 = 0,15$		
	$F(2; 126) = 1,88; p = 0,155$			$F(2; 126) = 11,22; p < 0,001$		

**Spółeczny wymiar jakości życia.** Analiza mediacji, w której sprawdzano czy negatywne interakcje społeczne związane z religią są predyktorem społecznej jakości życia po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią wykazała, że żaden z efektów pośrednich nie był istotny (Tabela A.45 w Aneksie). Niestandaryzowane współczynniki regresji uzyskane dla testowanego modelu zawiera Tabela A.46 w Aneksie. Można wnioskować, że negatywne interakcje społeczne związane z religią nie warunkują społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

## 10. Dyskusja wyników

Psychologia religii często koncentruje się na powiązaniach religijności z aspektami zdrowia fizycznego i psychicznego (Koenig, McCullough, Larson, 200; Dezutter i in. 2010; Ano, Vasconceles, 2005). Literatura przedstawia zarówno pozytywne jak też negatywne funkcje religii w zakresie przystosowania fizycznego, psychologicznego, społecznego i duchowego. Z jednej strony podkreśla się rolę religijności w procesach radzenia sobie ze stresem wynikającym z trudnych doświadczeń życiowych (Pargament, 1997). Religia może być źródłem siły psychologicznej, motywacji do nabycia i utrwalenia nowych zachowań sprzyjających zdrowiu, koniecznych do poradzenia sobie z chorobą (Oman, Thoresen, 2005). Dostrzega się również funkcję religijności jako źródła wsparcia społecznego (Loewenthal, 2009). Wiele pozytywnych funkcji religijności w obszarze dobrostanu i jakości życia osób w sytuacji choroby zostały ukazane w rozdziale 4.4.

Jednakże, pomimo wielu korzyści, których może dostarczyć religia, bywa ona również źródłem stresu i napięcia (Pargament i in., 2004; Exline, 2013; Zarzycka, 2017). Badania pokazują, że Bóg w sytuacji trudnej, związanej z cierpieniem, może wydawać się odległy, karzący, czy wręcz okrutny. Dodatkowo, ludzie mogą doświadczać wielu napięć w sytuacji, gdy kwestionują doktrynę religijną, nie chcą się jej podporządkowywać lub są rozczarowani instytucjami religijnymi (Zarzycka, 2017). Reakcją ludzi na negatywne zdarzenia życiowe, osobiste porażki, sytuacje związane z cierpieniem i niesprawiedliwością może być gniew wobec Boga (Murray-Swank, Murray-Swank, 2013). Wymagania i zasady określone przez światopogląd religijny mogą rodzić dyskomfort. Piętnowanie przez system religijny określonych zachowań, koncentruje uwagę osoby na osobistym grzechu i perspektywie kary ze strony Boga (Exline, 2002).

Przeżywanie choroby nowotworowej może wносить w relację z Bogiem szereg specyficznych reakcji emocjonalnych i poznawczych. Ludzie doświadczając cierpienia związanego z chorobą przypisują Bogu odpowiedzialność za to, co ich spotkało (Exline i in., 2011). Dodatkowo, sytuacja choroby powoduje, że osoba zaczyna odczuwać intensywny gniew wobec Boga. Nierzadko zdarza się, że człowiek w obliczu cierpienia jest przekonany, że Bóg skrzywdził go w sposób zamierzony, nie odpowiada na prośby o uzdrowienie, co więcej, biernie przygląda się niesprawiedliwemu cierpieniu (Exline, Rose, 2005). Obecność zmagających się z chorobą nowotworową jest zjawiskiem powszechnym. Mogą one przybierać formę poczucia bycia opuszczonym przez

Boga, złości na Boga, wątpliwości dotyczących wiary w istnienie Boga (Ano, Pargament, 2013).

Badania przedstawione w niniejszej pracy dotyczyły powiązań religijności z jakością życia wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. W tym celu zostały testowane dwa modele przedstawiające zakładane sposoby, w jakie religijność może warunkować jakość życia osób chorych na nowotwór. Pierwszy model był próbą sprawdzenia czy lęk przed śmiercią jest mediatorem zależności pomiędzy religijnością a jakością życia osób chorych na nowotwór. Drugi model był poszerzeniem modelu pierwszego o moderatora w postaci zmagania religijnych. Starano się sprawdzić, czy zmagania religijne utrudniają bądź blokują religijności jej funkcję łagodzenia lęku przed śmiercią, co w konsekwencji osłabiałoby jakość życia pacjentów nowotworowych.

Podstawę teoretyczną dla projektu badań stanowiła Teoria Opanowywania Trwogi (*TMT – Terror Management Theory*) Greenberga, Pyszczynskiego i Solomona (1986). W pierwszych pięciu rozdziałach dokonano próby przedstawienia koncepcji religijności jako systemu nadawania znaczeń (aspekt dyspozycyjny) oraz koncepcji religijnych zmagania i pocieszenia (aspekt funkcjonalny), związku religijności z lękiem, problematykę i uwarunkowania lęku przed śmiercią, zagadnienie jakości życia, łącznie z ukazaniem związków religijności z jakością życia uwarunkowaną medycznie i psychologicznie oraz problematykę choroby nowotworowej. W rozdziale szóstym przedstawiono plan badań własnych. Kolejne rozdziały zawierają charakterystykę uczestników badań oraz wyników badania. W celu weryfikacji hipotez odnoszących się do powiązań zmiennych przedstawionych w dwóch problemach badawczych, przeprowadzono badania wśród 130 chorych posiadających informację o zdiagnozowaniu choroby nowotworowej. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, a otrzymane wyniki zostały przedstawione w sześciu rozdziałach. W tej części pracy została podjęta próba syntezy uzyskanych wyników oraz ich dyskusji w świetle dostępnej literatury psychologicznej.

### **10.1. Lęk przed śmiercią jako mediator związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na nowotwór**

Pierwsza część analiz dotyczyła oceny zależności związku jakości życia od religijności z uwzględnieniem mediującej funkcji lęku przed śmiercią. Hipoteza H1 wyrażała przewidywanie, że *lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia osób chorych na nowotwory*. Zamiar weryfikacji tak postawionej Hipotezy 1 powodowany był nawiązaniem do założeń Teorii Opanowywania Trwogi

(TMT), zgodnie z którą religijność jest źródłem znaczeń, które sprawiają, że ludzie łagodniej przeżywają uporczywe obawy przed śmiercią. Obecne w literaturze wyniki wskazują na ujemne powiązanie religijności z lękiem przed śmiercią (Ellis, Wahab, 2013). Pierwsza hipoteza zawierała dwie hipotezy szczegółowe. W myśl hipotezy H1.1 oczekiwano, że *wysoka centralność religijności zmniejsza lęk przed śmiercią osób chorych na nowotwory, a w rezultacie zwiększa ich poczucie jakości życia*. Hipoteza ta ma swoje potwierdzenie w uzyskanych wynikach. Co prawda wysoka centralność (ogólny wymiar religijności) nie warunkuje jakości życia osób z nowotworem przez lęk przed śmiercią, jednak analiza poszczególnych wymiarów centralności religijności (zainteresowanie, doświadczenie, przekonanie, modlitwa i kult) pokazuje pozytywny efekt religijności obniżający lęk przed śmiercią oraz poprawiający jakość życia osób z nowotworem. Analizy wskazały na zainteresowanie i kult jako te wymiary religijności, które warunkują jakość życia przez lęk przed śmiercią. Związki zainteresowania religią i kultu z jakością życia, poprzez lęk przed śmiercią, jest zgodny z podstawowymi założeniami Teorii Opanowania Trwogi, która mówi, że religijność poprawia jakość życia, ponieważ obniża lęk przed śmiercią.

Okazało się, że zupełnie inny charakter zależności zauważa się w przypadku niskich i wysokich wyników w zainteresowaniu religią. Wysokie zainteresowanie łagodzi lęk przed śmiercią, a ten z kolei podwyższa jakość życia. Samo Zainteresowanie nie warunkuje jakości życia. Dopiero pojawienie się myśli intensyfikujących lęk przed śmiercią pobudza osobę do podjęcia religijnego zainteresowania treściami związanymi z umieraniem, co pozytywnie warunkuje jakość życia pacjentów onkologicznych. Zainteresowanie jest tym wymiarem religijności, który uczestniczy w religijnym systemie nadawania znaczeń. Religijne nadawanie znaczenia stanowi wsparcie dla aktywnego myślenia o chorobie nowotworowej i spojrzenia na nią z szerszej perspektywy, nie tylko strat. Religijny system znaczeń wiąże się ze stosowaniem pozytywnego religijnego radzenia sobie ze stresem (Park, i in., 2013). Najbardziej zaskakującym wynikiem okazał się tutaj pozytywny efekt zainteresowań na poprawę fizycznej jakości życia pacjentów onkologicznych. Wynik ten wydaje się jednak zgodny z tym, co twierdził i empirycznie potwierdził klasyk badań nad religijnym radzeniem sobie ze stresem Pargament (Ano, Pargament, 2013), gdy stwierdził, że religijność nawet w sytuacji doznanego fizycznego cierpienia oferuje ramy odniesienia dla jego interpretacji, kontroli, efektywnego radzenia oraz poprawy funkcjonowania w sytuacji choroby. Okazuje się, że wymiar zainteresowań religijnością ma również pozytywne powiązania z psychologicznym oraz egzystencjalnym wymiarem jakości życia poprzez obniżenie lęku przed śmiercią. Wynik ten jest ciekawy, gdyż dominującym stanem, który towarzyszy przeżywaniu choroby nowotworowej jest niepewność i lęk (de Walden-Gałuszko, 2014;

Heszen, 2013). Zmienne te w dużej mierze wiążą się właśnie z psychologicznym oraz egzystencjalnym poczuciem jakości życia. Powiązanie zainteresowania religią z psychologicznym i egzystencjalnym wymiarem jakości życia potwierdzają również badania Trevino i współpracowników (2017).

Religijność odgrywa istotną rolę w procesach radzenia sobie z lękiem oraz w tworzeniu nowej i bardziej bezpiecznej perspektywy, która w sytuacji choroby zagrażającej życiu przynosi pewien komfort i ukojenie. Thuné-Boyle i współpracownicy (2013) wykazali, że religia warunkuje jakość życia poprzez nadawanie chorobie nowotworowej

i sprawom związanym z przyszłością ram odniesienia, umożliwiającym interpretację i kontrolę rzeczywistości, co w konsekwencji wzmacnia jakość życia. Badania nad pacjentami ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową przeprowadzone przez Shermana (2015) potwierdzają przedstawione powyżej zależności. Osoby, które zadeklarowały, że poczucie spokoju i harmonii czerpią z zaangażowania w sprawy religijne i duchowe, odznaczały się najwyższymi wskaźnikami zdrowia psychicznego. Pacjenci onkologiczni, którzy traktują religijność jako ważny zasób, potrafią postrzegać swoją chorobę w perspektywie religijnego systemu przekonań, a to w konsekwencji przynosi korzystne skutki w postaci przystosowania psychicznego i jakości życia (Krok, 2017).

Z kolei odnotowany w prezentowanych badaniach brak powiązań lęku przed śmiercią z wysoką centralnością religijności (jako wynikiem ogólnym), jest zbieżny z badaniami przeprowadzonymi wśród tureckich pacjentów z chorobą nowotworową (Gonen i in., 2012). Ogólny wymiar religijności w tych badaniach również nie był powiązany

z lękiem przed śmiercią. Jedynie wymiar badający siłę przekonania o tym, co wydarzy się po śmierci miał związek z lękiem przed śmiercią oraz pozytywnie wpływał na jakość życia. Osoby charakteryzujące się niepewnością odnośnie wiary w życie po śmierci przejawiały więcej obaw w kwestii własnej śmierci oraz gorszą jakość życia. W tym kluczu można również interpretować wyniki prezentowanych tutaj badań. Zainteresowanie tematyką religijną, które zawiera w sobie również zainteresowanie doktryną o życiu po śmierci, łagodzi lęk przed śmiercią i poprawia jakość życia pacjentów z nowotworem.

Kolejnym wymiarem centralności religijności decydującym o jakości życia osób chorych na nowotwór jest kult. Efekt kultu na lęk przed śmiercią, a w konsekwencji na jakość życia ujawnił się tylko u osób z wysoką częstotliwością praktyk religijnych. Oznacza to, że wysokie zaangażowanie w praktyki religijne obniża lęk przed śmiercią, a w konsekwencji podwyższa jakość życia. Przegląd badań eksplorujących związki między

uczestnictwem w nabożeństwach, a jakością życia, satysfakcją z życia i dobrostanem psychicznym ukazuje dodatnie związki między tymi zmiennymi (Koenig, McCullough, Larson 2001). Częste uczestnictwo w nabożeństwach (przynajmniej raz w miesiącu) znacznie ułatwia radzenie sobie z symptomami depresji i lęku (Sternthal i in., 2010).

Należy zauważyć, że wymiar kultu w centralności religijności zwraca uwagę nie tylko na uczestnictwo w praktykach religijnych, ale świadczy również o wspólnotowym zakorzenieniu religijności (Zarzycka, 2011). Idąc tą ścieżką rozumowania, warto odnieść się do badania przeprowadzonego wśród chorych terminalnie. Istnieją istotne różnice w poziomie odczuwanego dystresu związanego z umieraniem oraz dobrostanem psychicznym, w zależności od poziomu zaangażowania w religijność oraz wsparcia otrzymanego od grupy religijnej. Wsparcie czerpane od osób religijnych wiązało się negatywnie z lękiem przed śmiercią oraz pozytywnie z dobrostanem psychicznym. Osoby zaangażowane we wspólnotowy aspekt przeżywania religijności charakteryzują się lepszym dobrostanem psychicznym, gdyż religijność zapewnia realizację potrzeby przynależności oraz wsparcia otrzymanego od ludzi z religijnej wspólnoty (Chibnall i in., 2002).

Zastanawiający wydaje się brak związków między centralnością religijności i jej trzema wymiarami—doświadczenie, przekonania i modlitwa—z jakością życia, po uwzględnieniu mediacji przez lęk przed śmiercią. Analiza macierzy korelacji wykazała również brak istotnych powiązań tych wymiarów religijności z lękiem przed śmiercią. Park i współpracownicy (2013) również odnotowali, że lęk przed śmiercią nie jest mediatorem w związku religijności z dobrostanem psychicznym. Interpretując te wyniki można sądzić, że religijność jest tylko jedną z wielu możliwych strategii radzenia sobie stosowanych przez pacjentów onkologicznych (Heszen, Sęk, 2012). Efekt nadmiernego myślenia o śmierci może być złagodzony również za pomocą zaprzeczania, używania substancji psychoaktywnych, poczucia humoru lub samooskarżanie (Heszen, 2013; Kumar, Parashar, 2015). Stąd być może badani pacjenci stosowali inne, pozareligijne strategie radzenia sobie z lękiem przed śmiercią.

Pewne światło na odnotowany w badaniach brak związków między wymienionymi mogą również tłumaczyć niektóre spostrzeżenia pochodzące z obserwacji i swobodnego, nieustrukturalizowanego wywiadu. Badani pacjenci często w rozmowie zaznaczali, że dużo wsparcia czerpali z relacji z bliskimi osobami. Oczekiwali tych spotkań. W pobliżu szpitalnego łóżka, w zasięgu swojego wzroku przechowywali zdjęcia lub pamiątki osób bliskich. Badania (np. Eom i in., 2013) potwierdzają, że samopoczucie i jakość życia pacjentów onkologicznych w głównej mierze warunkowane jest przez dostępność i adekwatność wsparcia społecznego, szczególnie osób najbliższych. Kobiety chorujące na



raka piersi w początkowych stadiach trwania choroby, poprawę swojego samopoczucia i jakości życia wiązały z poprawą relacji z najbliższymi, z częstością i jakością spotkań z bliskimi oraz uporządkowaniem spraw rodzinnych w swoim życiu (Thuné-Boyle i in., 2013)

W przypadku chorych na nowotwór w zaawansowanym stadium choroby, to satysfakcjonujące relacje z najbliższymi, bardziej niż inne formy zaangażowania włącznie z religijnością, stanowią priorytetowy czynnik warunkujący poprawę jakości życia (Sigal i in., 2007). Dlatego osoby chore, które doświadczają satysfakcjonującego wsparcia od najbliższych czy personelu medycznego, mogą w mniejszym stopniu zwracać się do religii. Należy również zauważyć, że badana grupa w głównej mierze składa się z osób przebywających w szpitalu na czas określony w celu podjęcia leczenia chemioterapeutycznego lub radioterapeutycznego. Pacjenci z pogorszonym stanem funkcjonowania fizycznego na skutek inwazyjnego leczenia, posiadają znacznie utrudniony dostęp oraz mniejszą możliwość praktykowania religijności. Wyniki badań przeprowadzonych przez zespół pod kierunkiem Paiva (2013) w grupie pacjentek chorych na raka piersi po leczeniu chemioterapią sugerują, że niski poziom praktyk religijnych współwystępuje z gorszą jakością życia. Kobiety chore na nowotwór, które przed rozpoczęciem chemioterapii dostrzegały w religijności czynnik podwyższający jakość życia, po rozpoczęciu leczenia chemioterapeutycznego, ze względu na brak możliwości udziału w nabożeństwach religijnych, wskazywały na znacznie niższy poziom jakości życia.

Hipoteza 1.2. w brzmieniu: *niska centralności religijności zwiększa lęk przed śmiercią osób chorych na nowotwory, a w rezultacie zmniejsza ich poczucie jakości życia* została potwierdzona. Osoby chore na nowotwór, które charakteryzują się niskim poziomem centralności religijności cechuje wyższy lęk przed śmiercią i umieraniem oraz niższa jakość życia.

Niska centralność religijności jest miarą nieautonomicznego funkcjonowania konstruktów religijnych w systemie konstruktów osobistych. W sytuacji choroby, taka religijność nie warunkuje jakości życia poprzez redukcję lęku przed śmiercią. Podobne wyniki uzyskał Soleimani (2016) w próbie irańskich pacjentów onkologicznych. Osoby o niskiej religijności cechował istotnie silniejszy lęk przed śmiercią w porównaniu do osób o wysokiej religijności. Wydaje się, że wyniki te wpisują się w obecny w psychologii religii i tanatologii dyskurs, toczący się wokół funkcji religijności zewnętrznej i wewnętrznej (Allport, Ross, 1967). Badania sugerują, że zewnętrzna orientacja religijna, która traktuje religijność instrumentalnie, intensyfikuje lęk przed śmiercią (Koenig, George, Titus, 2004). Niska centralność religijności jest, zdaniem Hubera (2007), odpowiednikiem zewnętrznej

orientacji religijnej, a więc religijności nieautonomicznej. Dodatkowo związki między religijnością zewnętrzną a lękiem przed śmiercią i umieraniem potwierdzono także w próbie 375 protestanckich i katolickich adolescentów (Cohen i in., 2005). Można sądzić, że jedynie autonomiczna religijność może pełnić funkcję bufora przed lękiem przed śmiercią w sytuacji choroby nowotworowej.

Zaskakujące może wydawać się, że doświadczenie religijne zwiększa lęk przed śmiercią, a w konsekwencji pogarsza poczucie jakości życia. Pewne światło na ten wynik mogą rzucić badania przeprowadzone wśród pacjentek chorych na raka piersi. Przeżywanie swojej religijności jako doświadczenia danego przez Boga skutkowało u tych badanych przyjęciem pasywnego stylu poddania się i zrzucenia odpowiedzialności na Boga (McLaughlin i in., 2013). Podobne zjawisko obserwował w badaniach Meraviglia (2007). Pacjentki chore na raka piersi przyjęły bierną postawę wobec choroby i leczenia, tłumacząc się oczekiwaniem na cudowną interwencję Boga. Takiej pasywności mogą towarzyszyć obawy przed śmiercią i umieraniem, a także obniżenie jakości życia.

Podsumowując, analizowany mechanizm opisujący funkcję religijności w obszarze jakości życia osób chorych na nowotwór, po uwzględnieniu lęku przed śmiercią wydaje się być złożony. Takie wymiary centralności jak zainteresowanie i kult warunkują jakość życia, poprzez osłabianie lęku przed śmiercią. Istotne znaczenie wydają się odgrywać tutaj dwie funkcje religijności: poznawcza i społeczna. Religijność ułatwia nadanie znaczenia chorobie poprzez odniesienie jej do perspektywy religijnej oraz dostarcza wsparcia dzięki społecznemu zakorzenieniu praktyk religijnych.

## **10.2. Pocieszenie i zmagania religijne jako moderatory w związku centralności z jakością życia przez lęk przed śmiercią**

Hipoteza H2 zawierała przewidywanie, że *efekt mediacji w związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią jest moderowany przez wsparcie i zmagania religijne*. Do tej hipotezy sformułowano dwie hipotezy szczegółowe. Hipoteza H2.1 brzmiała: *Zmagania religijne osłabiają (lub blokują) funkcję centralności religijności w zakresie redukcji lęku przed śmiercią i obniżają poczucie jakości życia osób chorych na nowotwory*. Hipoteza ta nie została potwierdzona. Mediacja związku centralności religijności z jakością życia osób chorych na nowotwory przez lęk przed śmiercią nie ma charakteru warunkowego, nie zmienia się w zależności od poziomu nasilenia zmagania religijnych.

Odwołując się do wyników z wcześniejszych badań (Thuné-Boyle i in., 2013) założono, że w sytuacji choroby ludzie mogą przypisywać Bogu odpowiedzialność za chorobę, a niekiedy nawet oskarżać Boga, że celowo do niej dopuścił lub jej nie zapobiegł. Sądzone, że takie doświadczenia mogą osłabiać buforującą funkcję religijności na lęk przed śmiercią (Edmondson i in., 2008). Dlatego oczekiwano, że zmagania będą blokować lub osłabiać funkcję centralności w zakresie redukcji lęku przed śmiercią, a w rezultacie obniżać jakość życia osób chorych na nowotwór. Dlaczego jednak nie potwierdzono takiego związku?

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii na pacjentach ze zdiagnozowanym rakiem piersi sugerują, że informacja o chorobie nowotworowej wywołuje negatywne reakcje emocjonalne, których adresatem jest Bóg (Thuné-Boyle i in., 2013). Sytuacja choroby, w której znajduje się osoba, może być postrzegana jako kara zesłana przez Boga. Dodatkowo pacjenci często czują się przez Boga opuszczeni. Jedną z częstych stosowanych strategii w celu zminimalizowania tych myśli jest zaprzeczanie. Zmagania religijne traktowane są przez niektórych badaczy, m.in. przez Hilla i Pargamenta (2003), jako negatywne formy radzenia sobie ze stresem wywołanym trudną sytuacją. Zmagania religijne w sytuacji choroby nowotworowej charakteryzują się szczególnie silną ekspresją emocjonalną, która obejmuje przeżywanie cierpienia, gniewu, lęku, wątpliwości, dezorientacji, depresji i poczucia izolacji. Osoby chore na nowotwór, by zapewnić sobie lepsze przystosowanie do choroby, mogą koncentrować się na unikaniu negatywnych doznań, także tych w obszarze ich relacji z Bogiem. Ten mechanizm unikania konfrontacji z napięciami o charakterze religijnym może stać się szansą do wzmocnienia adaptacji do choroby i podniesienia jakości życia (de Walden-Gałuszko, 2014). Cook i współpracownicy (2015) podkreślają, że pacjenci onkologiczni dążą do obniżenia emocji, gdyż nie są w stanie w przeciągu dłuższego okresu czasu funkcjonować w silnym pobudzeniu emocjonalnym. Należy również zauważyć, że rozmowa o śmierci i umieraniu, jest stosunkowo często pomijanym tematem rozmów w relacjach między pacjentem onkologicznym, a jego najbliższymi, personelem medycznym i opiekuńczym. Rozmowa o śmierci wywołuje trudne emocje. Najczęstszym sposobem umożliwiającym poradzenie sobie z redukcją nieprzyjemnych doznań bywa zaprzeczenie i bardzo niska akceptowalność konieczności śmierci (Bachner i in., 2011).

Fakt, że moderacyjny efekt zmagania religijnego w związku centralności religii z jakością życia przez lęk śmiercią był nieistotny zinterpretować można odwołując się do wyników uzyskanych w ogólnej populacji. Zasadniczo, ludzie religijni nie przyznają się do doświadczania napięć w relacji do Boga, zwłaszcza stosunkowo często zaprzeczają

odczuwaniu gniewu wobec Boga, ponieważ uważają go za moralnie zły (Zarzycka, 2016). Trudno zatem stwierdzić, czy brak moderacyjnej funkcji zmagania religijnych jest rezultatem rzeczywistego ich nieodczuwania przez osoby, czy oznaką nieprzyznawania się do tej formy problemów, gdyż są one uważane za moralnie naganne (Novotni, Petersen, 2001). Zjawiska, o których mowa mogą dotyczyć również osób chorych na nowotwory, choć sprawdzenie, czy rzeczywiście uważają oni za moralnie złe wyrażanie niezadowolenia wobec Boga i ludzi wierzących, wymagałoby oddzielnych badań.

Założenie, że mediacja związku centralności religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią, która jest moderowana przez zmagania religijne, nie potwierdziło się. Nasuwa się jednak konieczność postawienia pytania: jaki jest udział zmagania religijnych w efekcie centralności religijności na jakość życia przez lęk przed śmiercią? Czy to, że osoby chore na nowotwór przeżywają napięcia religijne, odczuwają gniew na Boga, doświadczają religijnego poczucia winy lub konflikty interpersonalne z ludźmi wierzącymi, nie warunkuje ich jakości życia? Zmagania religijne zapewne warunkują efekt religijności na jakość życia przez lęk przed śmiercią u osób z nowotworem, ale dokonuje się to inaczej niż zostało to przewidziane.

W celu odpowiedzi na pojawiające się pytania, zaczęto poszukiwać nowego modelu, który pozwoliłby lepiej zrozumieć efekt zmagania religijnych na takie zmienne jak centralność religijności, lęk przed śmiercią i jakość życia u osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Dlatego zaproponowano nowy model (por. Rysunek 9.10), który był testowany w trzech etapach. W pierwszym etapie sprawdzono, czy pocieszenie i zmaganie religijne pełnią funkcję mediatorów w związku centralności religijności z lękiem przed śmiercią. Ten etap poszukiwań został przedstawiony na Rysunku 9.12. Założono tu, że w zależności od poziomu centralności religijności osoby chore mogą czerpać wsparcie lub doświadczać stresu związanego z religią, a to z kolei może warunkować lęk przed śmiercią. W drugim etapie (Rysunek 9.13) sprawdzono czy lęk przed śmiercią jest mediatorem związku pocieszenia religijnego z jakością życia. Założono tutaj, że wsparcie czerpane z wiary może zwiększać jakość życia osób z nowotworem przez obniżanie lęku przed śmiercią. W trzecim, ostatnim etapie (Rysunek 9.14) testowano lęk przed śmiercią jako mediatora w związku zmagania religijnych z jakością życia. Założono tutaj, że stresy związane z wiarą mogą obniżać jakość życia osób z nowotworem poprzez nasilenie lęku przed śmiercią.

### **10.3. Pocieszenie i zmagania religijne jako mediatory w związku centralności religii z lękiem przed śmiercią**

Pierwszy etap zakładał testowanie mediacyjnej funkcji pocieszenia i zmagania religijnych w związku centralności religii z lękiem przed śmiercią. Funkcja religijności w zakresie redukcji lęku przed śmiercią jest podstawową tezą Teorii Opanowania Trwogi. Uwzględniając pocieszenie i zmagania religijne jako potencjalne mediatory w związku centralności religii z lękiem przed śmiercią poszukiwano mechanizmu, który ten związek wyjaśnia. Wyniki, które uzyskano pokazały, że pocieszenie religijne nie odgrywa istotnej roli w tym związku. Oznacza to, że centralność nie obniża lęku przed śmiercią poprzez wsparcie jakie osoba czerpie z religii. Poziom centralności nie jest predyktorem korzystania z zasobów religijnych i w rezultacie nie obniża lęku przed śmiercią. Prawdopodobnie choroba nowotworowa i związane z nią osłabienie fizyczne, utrata sił i ból są tak silnym doświadczeniem, które konfrontuje człowieka z rzeczywistością umierania, że religia, choć może być czynnikiem nadającym znaczenie umieraniu (Greenberg i in., 2000), to jednak nie niweluje doświadczenia lęku przed odchodzeniem i śmiercią. Warto również zwrócić uwagę na badania pod przewodnictwem Lo i Zimmermanna (2011), które potwierdzają, że wysoki poziom religijności i zaangażowania religijnego osoby chorej nie chroni przed doświadczaniem negatywnych emocji oraz pogorszeniem dobrostanu ogólnego osoby chorej. Prawdopodobnie to właśnie doświadczenie utraty sił, fizycznego „gaśnięcia” jest silniejsze na poziomie doświadczenia niż pociecha jaką daje religia (Poleshuck i in., 2009).

Ciekawe wyniki zaobserwowano w niniejszych badaniach, gdy jako mediatory w związku centralności religii z lękiem przed śmiercią wprowadzono zmagania religijne. Związek centralności z lękiem przed śmiercią miał charakter krzywoliniowy, a mediacja była istotna tylko u osób z niskim nasileniem centralności religii. Oznacza to, że osoby chore na nowotwór, u których religijność znajduje się na marginalnej pozycji w systemie konstruktywów osobistych, doświadczają większej intensywności zmagania religijnych i przeżywają silniejszy lęk przed śmiercią. Szukając wyjaśnienia dla tych zależności, warto odwołać do rezultatów badań, które poszukiwały funkcji religii w kontekście trudnych zdarzeń życiowych (np. Trevino i in., 2017). Badania te sugerują, że w sytuacjach trudnych, efekty zmiennych, które oznaczają brak zasobów lub są związane ze stresem, np. negatywne emocje czy trudności związane z wiarą są silniejsze niż efekty zmiennych, które mogą służyć jako zasoby (np. optymizm, wsparcie emocjonalne i religijność). Osoby, które zmagają się z chorobą nowotworową, dla których religijność jest rzeczywistością marginalną,

nieautonomiczną, niespełniającą funkcji zasobu, przeżywają napięcia związane z wiarą, a w rezultacie doświadczają silniejszego lęku przed śmiercią.

Interesujące jest, że w sytuacji, gdy religijność nie jest wartością ważną dla osoby chorej na nowotwór, funkcja religijności nie jest obojętna, ale wręcz negatywna – generuje ona napięcia, co w rezultacie zwiększa lęk przed śmiercią. Niska centralność religii nie jest wskaźnikiem niewiary, ale raczej wiary podporządkowanej innym wartościom i dziedzinom życia. Można sądzić, że osoby, które odrzucają religię lub nie traktują jej jako wartości ważnej, nie będą doświadczać wielu negatywnych odczuć dotyczących spraw religii, ponieważ jest to rzeczywistość, do której nie przywiązują zbyt dużej wagi. Tej intuicji nie potwierdzają nie tylko moje badania, ale również wyniki uzyskane u innych autorów (Exline i in., 2011; Wood i in., 2010). Zwłaszcza koncepcja tak zwanego *emocjonalnego ateizmu* sugeruje, że odrzucanie religii może być konsekwencją nie tyle przekonań poznawczych, co rozczarowania Bogiem. Rozczarowanie Bogiem może generować zmagania o charakterze religijnym i lęk przed śmiercią.

Zarzycka (2017) w celu dokładniejszego zbadania uwarunkowań zmagania religijnych sugerowała przeprowadzanie badań nad buforującą funkcją religijności wobec napięć religijnych w grupach osób zmagających się ze stresem konkretnych zdarzeń życiowych. Prezentowane w tej części pracy wyniki są odpowiedzią na te sugestie. Okazuje się, że wysoka centralność religijności, w warunkach stresu związanego z przeżywaniem choroby nowotworowej, uruchamia mechanizmy łagodzące napięcia związane z trudnościami związanymi z religią. W prezentowanych badaniach, osoby chore na nowotwór, u których religijność zajmuje centralną pozycję w systemie konstruktów osobistych (wysoka centralność religijności), doświadczają mniej zmagania, co w rezultacie obniża ich lęk przed śmiercią. Ten wynik jest zgodny nie tylko z podstawową tezą Teorii Zarządzania Trwogą, ale również z dużą liczbą danych empirycznych potwierdzających pozytywną funkcję religijności w sytuacji choroby. Religijne osoby chore na nowotwór wydają się odnajdować w obszarze religii pewną przestrzeń sensu, która ułatwia im akceptację własnej choroby, redukuje wewnętrzne napięcia lub bunty oraz prowadzi do ostatecznej akceptacji skończoności życia i nieuchronności faktu własnej śmierci. Taką zależność zaobserwowano tylko w przypadku wysokich wyników centralności religijności. Osoby z wysoką centralnością religijności najprawdopodobniej lepiej sobie radzą z rozwiązywaniem dylematów bądź problemów natury religijnej..

Warto w tym miejscu wspomnieć również o zagadnieniu zmagania religijnych jako predyktora wzrostu. Zmagania religijne u osób o dojrzałej religijności mogą wzmacniać proces rozwoju, a tym samym zmniejszać negatywny afekt związany z przeżywaniem

trudnych okoliczności takich, jak choroba nowotworowa (Zarzycka, 2017). Dane pochodzące z niewielkiej ilości badań sugerują, że przeżywanie zmagania religijnych może być źródłem korzyści (Exline, 2011). Dokonuje się to poprzez większe zaangażowanie osoby w życie religijne bądź reinterpretację błędnych przekonań dotyczących wiary i relacji do Boga. Różnego rodzaju pozytywne zmiany spowodowane zmaganiem religijnymi, a prowadzącymi do większej religijnej satysfakcji, w literaturze przedmiotu nosi nazwę duchowego wzrostu (Exline, Rose, 2005). Stąd napięcia religijne, które przyjmują łagodniejszą formę poprzez buforującą funkcję religijności, same w sobie stanowią potencjał do religijnego wzrostu, co skutkować może dojrzałym konfrontowaniem się z myślami na temat śmierci oraz neutralizować lęk przed umieraniem.

#### **10.4. Lęk przed śmiercią jako mediator w związku pocieszenia religijnego z jakością życia**

Badania pokazują, że pozytywne emocje względem Boga nie muszą wykluczać istnienia negatywnych odniesień emocjonalnych względem Boga, gdyż zmienne te są od siebie niezależne (Zarzycka, 2016). Dlatego w prezentowanych badaniach przyjęto, że zarówno pocieszenie, jak też zmagania religijne mogą warunkować jakość życia osób chorych na nowotwór poprzez swój efekt na lęk przed śmiercią. Te dwa efekty mediacyjne testowano niezależnie od siebie. Bezpośredni związek pocieszenia religijnego z jakością życia jest dodatni i istotny. Można więc sądzić, że religijność wzmacnia jakość życia osób zmagających się z chorobą nowotworową. Wniosek ten jest zgodny z tym, co potwierdza dotychczasowa literatura przedmiotu (Koenig, 1997; Koenig, McCullough, Larson, 2001; Winkelman i in., 2011; Zarzycka, 2017).

W sytuacji trudnej, a taką jest choroba nowotworowa, w której osoba jest narażona na przeżywanie kryzysów, niepewności i silnego napięcia psychicznego, religijność może pełnić funkcję pomocową dostarczając sensu, nadając znaczenie, czy zakorzeniając w perspektywie społecznej ludzi religijnych (Pargament i in., 2004). Jednakże, wprowadzenie zmiennej mediującej, lęku przed śmiercią, zmienia charakter tej zależności. Co ciekawe, istotny efekt mediacji przez lęk przed śmiercią w związku pocieszenia religijnego z jakością życia odnotowano tylko w przypadku niskich wyników religijnego pocieszenia.

Osoby chore na nowotwór, dla których religijność nie jest ważnym źródłem wsparcia, mają niższą jakość życia, ponieważ odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią. Efekt ten jest zbieżny z głównym założeniem Teorii Opanowania Trwogi (TMT) (Greenberg i in.,

1992), zgodnie z którym religijność jest źródłem znaczeń, które sprawiają, że ludzie łagodniej przeżywają uporczywe obawy przed śmiercią. Niskie pocieszenie w prezentowanych badaniach nie spełniła swojej funkcji łagodzenia lęku przed śmiercią. Taką zależność potwierdzają badania Cohen i in. (2005) nad powiązaniem lęku przed śmiercią z religijnością. W badaniach tych odnotowano odmienne powiązania religijności z lękiem przed śmiercią w zależności od poziomów religijności. Wysoka religijność, która porządkuje inne dziedziny życia osoby oraz jest najważniejszym motywem działania jednostki, wiąże się ujemnie z lękiem przed śmiercią. Niska religijność, która traktowana jest przez osobę w sposób instrumentalny, głównie do osiągnięcia swoich potrzeb, ma dodatni związek z lękiem przed śmiercią. Jednym ze skutków choroby nowotworowej zdaniem de Walden-Gałuszeko (2011) jest zmiana stylu myślenia z logicznego na życzeniowy, który najczęściej ujawnia się pragnieniem wyzdrowienia, powrotem do bliskich oraz do dawnych aktywności. Owo myślenie życzeniowe ma również swoje ugruntowanie oraz jest obecne w różnego rodzaju prośbach kierowanych do Boga. Zbytne koncentrowanie się tylko na takim sposobie przeżywania religijności może sprawić, że religia będzie traktowana instrumentalnie.

Niski poziom pocieszenia religijnego, który charakteryzuje osoby w prezentowanych badaniach, może być efektem głównego kontekstu sytuacyjnego, w którym one się znajdowały, to znaczy choroby nowotworowej, przeżywanej w warunkach szpitalnych, w oddaleniu od rodziny. Badania wskazują na silne powiązanie religijności, lęku przed śmiercią i jakości życia z poczuciem osamotnienia spowodowanego koniecznością hospitalizacji. Wśród osób przeżywających chorobę zagrażającą życiu w warunkach szpitalnych, izolacja od bliskich istotnie wiązała się z wyższym lękiem przed śmiercią, gorszą jakością życia oraz niższą religijnością (Chibnall i in., 2002).

Nie ulega jednak wątpliwości, że brak możliwości czerpania wsparcia z religii, nie tylko nie jest neutralny dla badanych chorych, ale wręcz pogarsza ich jakość życia. Ciekawą interpretację tego wyniku przynosi badanie nad pozytywnym i negatywnym religijnym radzeniem sobie hospitalizowanych pacjentów (Pargament, i in., 1998). Badacze sugerują, że pozytywne i negatywne radzenie sobie ze stresem, które są traktowane jako formy wsparcia i zmagania religijnych, nie są do końca przeciwstawnymi sobie konstrukcjami. Stosowanie zarówno pozytywnego jak i negatywnego religijnego radzenia sobie może być źródłem wzrostu pomimo przeżywania sytuacji trudnej. Wyniki badań nad zjawiskiem wzrostu potraumatycznego wśród pacjentów z chorobą nowotworową ukazują pozytywne zmiany w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym, co istotnie poprawia jakość życia badanych osób (Ogińska-Bulik, 2016). Stąd niski poziom pocieszenia religijnego osób



w prezentowanych badaniach, może być rezultatem trwającego wzrostu, który wyraża się poprzez stawianie trudnych pytań na temat sensu życia, obecności choroby, wyzdrowienia, itp. W takich okolicznościach, niejednokrotnie dialog z Bogiem może być przepełniony wieloma negatywnymi emocjami, a religijność staje się bardziej zmaganiem, napięciem niż źródłem pociechy.

### **10.5. Lęk przed śmiercią jako mediator w związku zmagania religijnych z jakością życia**

Ostatnim etapem w testowanym modelu była analiza mediacyjnej funkcji lęku przed śmiercią w związku zmagania religijnych z jakością życia. Bezpośredni efekt zmagania religijnych na jakość życia jest ujemny co oznacza, że przeżywanie napięć w relacji z Bogiem osłabia jakość życia osób chorych na nowotwór. Efekt mediacji lęku przed śmiercią w związku zmagania religijnych z jakością życia jest również ujemny. Widoczny jest on w przypadku wszystkich kategorii zmagania religijnych. Relacja z Bogiem, która oznacza zmaganie, napięcie, konfrontację, intensyfikuje myśli o śmierci i umieraniu, a te z kolei obniżają poziom jakości życia osób chorych na nowotwór

Dotychczasowe badania ujawniły, że zmagania religijne posiadają ujemne powiązania z satysfakcją z życia oraz poczuciem sensu życia szczególnie w próbach klinicznych (McConnell i in., 2006; Exline i in., 2000; Webb i in., 2011). Badania potwierdziły również, że zmagania są częściej i silniej doświadczane przez osoby, konfrontujące się z trudnymi okolicznościami życia (Ellison, Lee, 2010). W badaniach wśród osób z chorobą nowotworową zauważono, że prawie 77% pacjentów doświadczała w mniejszym lub większym stopniu napięć, których przyczyną były troski odnoszące się do spraw związanych z religijną próbą tłumaczenia i zrozumienia swojej sytuacji życiowej (King, Bushwick, 1994).

Empirycznie wykazano, że zmagania religijne wiążą się z niższą ogólną jakością życia i satysfakcją z życia wśród pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem piersi (Manning-Walsh, 2005). Wynika to z faktu większej wrażliwości oraz podatności na działanie stresorów u tych osób, co skutkuje pogorszeniem funkcjonowania fizycznego i psychicznego. U osób chorujących na nowotwory, zmagania religijne wiązały się z wysokim nasileniem objawów depresyjnych i dystresu emocjonalnego (Fitchett i in., 2004). Kolejne badania wykazały, że zmagania religijne i duchowe wiążą się z niższą ogólną jakością życia i satysfakcją z życia wśród pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem piersi (Manning-Walsh, 2005). Prezentowane wyniki badań potwierdzają szkodliwy efekt

zmagają religijnych, które znacznie osłabiają poziom jakości życia osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Uzyskane wyniki wskazują, że im bardziej osoby z nowotworem lękają się śmierci tym odczuwają więcej problemów związanych ze swoją relacją z Bogiem co istotnie warunkuje pogorszenie ich jakości życia. Przegląd literatury ukazuje małą ilość badań, które w swoich problemach badawczych koncentrują się na wzajemnym powiązaniu religijnych zmagają, lęku przed śmiercią i jakości życia. Te istniejące potwierdzają, że zmagania religijne intensyfikują obawy związane ze śmiercią i umieraniem oraz obniżają poczucie jakości i satysfakcji z życia (Trevino i in., 2017; Soleimani i in., 2016; Abu-Raiya, i in., 2015).

Wyniki moich badań są spójne z tymi, które zostały przeprowadzone wśród 98 pacjentów w terminalnym stadium niewydolności serca (Edmondson i in., 2008). Badania te wykazały, że związek między zmaganiem religijnym i depresją jest mediowany przez lęk przed śmiercią. Wyniki moich badań wykazują znaczną zbieżność z tymi rezultatami. Lęk przed śmiercią jest mediatorem w związkach wszystkich kategorii zmagają religijnych—lęku-winy, negatywnych emocji względem Boga i negatywnych interakcji społecznych związanych z religią—z jakością życia. Wszystkie kategorie zmagają religijnych mają dodatni związek z lękiem przed śmiercią oraz ujemny z jakością życia.

Okazuje się, że bardzo istotnym w przeżywaniu choroby nowotworowej jest sfera religijna. To ona warunkuje sposób w jaki osoby myślą o swojej śmierci i umieraniu oraz jaki jest ich poziom jakości życia. Jednakże, religia dając możliwość nadania sensu chorobie nie zawsze jest wystarczającym źródłem pocieszenia. Zgodnie z założeniami Teorii Opanowania Trwogi religijny światopogląd jest w stanie łagodzić uporczywe myślenie o śmierci poprzez nadanie celu, znaczenia i sensu w życiu człowieka. Zmagania religijne oraz negatywne religijne radzenie utrudniają ten proces. Dla przykładu, osoby, które miały przeświadczenie, że Bóg o nich zapomniał, czuły się przez Boga skrzywdzone, wątpiły w Bożą wszechmoc, charakteryzował wyższy poziom stresu związanego ze swoją śmiercią oraz gorsze wskaźniki jakości życia. Zupełnie inne zależności zauważono w przypadku osób, dla których Bóg jawił się jako przyjacielski, troskliwy i obecny (Mohammadzadeh, Najafi, 2018). Stąd w literaturze bogato udokumentowany jest podział na pozytywne i negatywne religijne radzenie sobie z trudnymi wydarzeniami (Pargament i in., 2011). Stosowanie tych religijnych strategii radzenia sobie, różnicuje osoby m.in. w zakresie percepcji Boga, przystosowania do choroby, nadawania znaczenia trudnej sytuacji, przyjmowania wsparcia, relacji z innymi oraz psychologicznego dobrostanu. Osoby, które stosują negatywne strategie religijnego radzenia oraz doświadczają religijnych zmagają

charakteryzują się gorszymi wskaźnikami zdrowia psychicznego (Ano, Pargament, 2013). Dodatkowo warto zwrócić uwagę, że mechanizm atrybucji przypisywania Bogu odpowiedzialności za przeżywane cierpienie i chorobę, często intensyfikuje uczucie gniewu wobec Boga (Exline, Rose, 2005). Stąd w prezentowanych badaniach silniej widoczna funkcja zmagania religijnego niż religijnego pocieszenia.

## 10.6. Uwagi końcowe

Przeprowadzone badania nasunęły dwa spostrzeżenia, przekraczające wprawdzie ramy problemu badawczego, o których jednak warto wspomnieć. Po pierwsze, przeprowadzone analizy ujawniły krzywoliniowe zależności między wieloma spośród analizowanych zmiennych. Uwzględnienie krzywoliniowych zależności pozwoliło z kolei na uchwycenie zróżnicowania efektów w zależności od poziomu nasilenia zmiennych. Dlatego te wyniki potwierdzają zasadność każdorazowego sprawdzania charakteru zależności pomiędzy zmiennymi.

Po drugie, uzyskane wyniki potwierdziły, że w sytuacji choroby nowotworowej negatywna funkcja zmagania religijnego jest silniejsza niż pozytywna funkcja pocieszenia religijnego. Wsparcie religijne, podobnie jak centralność religii, nie są w sytuacji stresogennej tak silnymi zasobami, jak zmagania religijne. Przy czym zmagania religijne osłabiają dobrostan. Zarzycka (2017) w swojej obszernej publikacji zatytułowanej *Zmagania religijne* po zbadaniu dużej grupy respondentów doszła do podobnych wniosków. Religijność, która nie jest zasobem, staje się czynnikiem generującym stres.

## 10.7. Ograniczenia badań

Przeprowadzone badania nie są pozbawione niedoskonałości. Próba badawcza obejmowała osoby chore na różnego rodzaju nowotowory, zróżnicowane pod względem wieku i czasu trwania choroby. Z tego względu wyników niniejszych badań nie należy generalizować na inne próby, zwłaszcza na chorych zmagających się z konkretnym rodzajem nowotowru. Każdy rodzaj choroby nowotworowej wiąże się z typowymi dla siebie uwarunkowaniami, fizjologią oraz reakcjami psychologicznymi osób.

Badania zostały przeprowadzone w planie przekrojowym, co utrudnia formułowanie wniosków przyczynowych. Kierunek zależności został zaplanowany na podstawie założeń teoretycznych. Chociaż w prezentowanych wynikach z badań nie można mówić

o przyczynowo – skutkowych zależnościach, to próba wprowadzenia do modelu moderatorów oraz mediatorów pokazuje zakładane kierunki warunkowania poszczególnych zmiennych.

W badaniach brały udział przede wszystkim osoby hospitalizowane, leczone radykalnie za pomocą chemioterapii i radioterapii. Ten sposób interwencji medycznej skutkować może szeregiem ubocznych następstw fizjologicznych, takich jak: wymioty, nudności, zmęczenie, czy znużenie. Należy brać to pod uwagę, gdyż samopoczucie chorych mogło wpłynąć na sposób wypełniania kwestionariuszy. W celu kontrolowania tych zmiennych każdorazowo, pytano respondenta, czy aktualna kondycja poznawcza i fizyczna pozwala mu na wypełnienie kwestionariuszy. Dodatkowo, w celu kontroli samopoczucia badanych, zostali oni poproszeni o podanie dolegliwości fizycznych, których doświadczali w ciągu dwóch ostatnich dni. Osoby odczuwające silne konsekwencje stosowanych terapii zostały wykluczone z analiz. Ponadto, zestaw badawczy zawierał wyłącznie metody dostosowane do badania osób chorych na choroby nowotworowe. Ich walorem jest niewielka liczba pytań, co nie obciąża pacjenta.

Operacjonalizacja lęku przed śmiercią za pomocą metod samoopisowych może być również źródłem trudności. Zwracali już na to uwagę inni badacze (Wong, 1994; Jong, Halberstadt, 2016). Potwierdził to również indywidualny kontakt z pacjentami wypełniającymi kwestionariusze. Badani mniej bądź bardziej świadomie nie chcieli konfrontować się z tematem śmierci i umierania. Ponadto, temat ten jest pomijany przez niektórych psychologów, psychoonkologów i lekarzy, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem zamagającym się z chorobą nowotworową. Warto zastanowić się nad możliwością pomiaru lęku przed śmiercią za pomocą innych narzędzi, na przykład dyferencjału semantycznego lub metod projekcyjnych. W obecnych badaniach lęk przed śmiercią mierzony był za pomocą skali jednowymiarowej. W perspektywie przyszłych badań, warto rozważyć użycie skal wielowymiarowych, które umożliwiłyby różnicowanie takich aspektów związanych z lękiem przed śmiercią, jak: lęk przed procesem umierania, lęk przed umieraniem w samotności, lęk przed bólem towarzyszącym umieraniu czy lęk przed umieraniem w samotności.

Podstawą teoretyczną dla niniejszej pracy była Teoria Opanowania Trwogi (Terror Management Theory). W perspektywie przyszłych badań zasadnym byłoby również uwzględnienie zmiennych psychospołecznych, takich jak zakres i rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego. Model supresywny (Koenig, 2005) mógłby być pomocny w takich badaniach. Zwłaszcza obserwacja i rozmowy z pacjentami prowadzone w trakcie badań ukazały, że wsparcie społeczne, poziom poczucia osamotnienia czy poczucie izolacji są

częstymi tematami poruszonymi przez pacjentów. Interesujące mogłyby być również powiązania zmiennych społecznych z religijnością, lękiem przed śmiercią oraz jakością życia osób, które zmagają się z chorobą nowotworową.

## **10.8. Przyszłe badania**

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy mogą stanowić zachętę do podjęcia dalszych badań nad związkiem religijności z jakością życia u osób chorych na choroby nowotworowe. Wartościowe mogłyby być badania podłużne nad rolą religijności, lęku przed śmiercią, pocieszenia i zmagania religijnych w warunkowaniu jakości życia w różnych stadiach choroby, począwszy od momentu uzyskania informacji o diagnozie, poprzez proces leczenia, aż po moment usunięcia objawów nowotworu lub w terminalnej fazie choroby.

W perspektywie przyszłych badań, wartościowa byłaby również weryfikacja wsparcia społecznego jako predyktora warunkującego jakość życia, a zmagania religijnych i lęku przed śmiercią, jako czynników, które ten efekt mogą blokować. W kontekście prezentowanych badań, szczególnie interesujące mogłoby okazać się poszukiwania odpowiedzi na pytanie: czy poziom doświadczanego wsparcia społecznego ma związek z religijnością osób chorych? Warto również zastanowić się czy udzielanie wsparcia społecznego osobom chorym warunkowane jest religijnością ich opiekunów?

Ciekawym obszarem poszukiwań mógłoby być również zagadnienie pozytywnej funkcji zmagania religijnych w warunkowaniu poczucia jakości życia w sytuacji choroby nowotworowej. Warto byłoby poszukać dodatkowych zmiennych, w tym osobowościowych, które pozwoliłyby głębiej zrozumieć procesy, za pomocą których zmagania religijne mogą być źródłem korzystnych zmian w chorobie nowotworowej.

## **10.9. Aplikacje praktyczne**

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy, mogą być źródłem praktycznych wniosków dotyczących pomagania osobom chorym na choroby nowotworowe. Mogą one być pomocne dla członków rodzin pacjentów, personelu medycznego, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, kapelanów lub duszpastry. Jakość życia pacjenta nowotworowego można zwiększać przez odpowiednie interwencje medyczne, działania terapeutyczne, ale także przez rozmowy dotyczące takich kwestii, jak: przeżywanie lęku przed śmiercią, posiadanego obrazu Boga, trudności w wierze czy zapotrzebowania na wsparcia od najbliższych.

Choroba nowotworowa uruchamia szereg pytań dotyczących samej choroby, ale również skłonność do obwiniania siebie lub Boga za chorobę. Warto w rozmowach z pacjentem poszerzać horyzont widzenia tych spraw podkreślając, że choroba nie jest „karą” za przeszłe postępowanie, a sam chory miał ograniczony wpływ na pojawienie się nowotworu.

Prezentowane wyniki ukazały odmienne sposoby religijnego przeżywania choroby przez pacjentów z wysokim i niskim poziomem religijności. Osoby posiadające autonomiczną religijność potrafią pozytywnie przeformułować negatywne myśli związane ze śmiercią, co skutkuje wyższym poziomem ich jakości życia. Szczególnej pomocy wymagają jednak osoby o niskiej religijności, ponieważ doświadczają one lęku, złości, opuszczenia przez Boga lub poczucia bycia ukaranym przez Boga.

Wielu pacjentów onkologicznych traktuje swoją chorobę jako stratę lub zagrożenie. Obecne badania sugerują, że religia może pomóc w pewnego rodzaju oswojeniu faktu śmierci. Choroba wiąże się z utratą wielu możliwości rozwoju i aktywności zawodowej, ograniczeniem fizycznym i zasobów finansowych, natomiast nie ogranicza możliwości rozwoju w perspektywie religijnej, ani pogłębiania osobistego kontaktu z Bogiem. Pozytywne zaangażowanie w religię może pomagać w nabieraniu dystansu wobec aktualnie przeżywanych problemów. Ułatwia również refleksję nad kwestiami egzystencjalnymi, powrót do najważniejszych, nieraz zaniedbanych wartości oraz zredefiniowanie sensu życia. Zaangażowanie religijne pełni również funkcje społeczne, stwarzając okazje do poszukiwania osób, wspólnot i grup podzilających te same lub podobne poglądy.

## Podsumowanie

Obecnie wymienione zostaną główne wnioski z przeprowadzonych badań.

1. Ogólny wymiar centralności religijności nie łagodzi nasilenia lęku przed śmiercią, a tym samym nie obniża jakości życia osób chorych na choroby nowotworowe. Zainteresowanie religią, powiązane z poszukiwaniem wiedzy o tematyce religijnej oraz udział we wspólnotowych praktykach religijnych obniżają lęk przed śmiercią, a w konsekwencji zwiększają poczucie jakości życia, zarówno w wymiarze fizycznym, psychologicznym i egzystencjalnym.
2. Niska centralność religii, a więc nieautonomiczna religijność, może być źródłem wysokiego lęku przed śmiercią, a w rezultacie niższej jakości życia u chorych na nowotwór. Pacjenci o niskim zainteresowaniu religią i niskim zaangażowaniu w praktyki religijne odczuwają silny lęk przed śmiercią, a w konsekwencji niższą jakość życia.
3. Osoby o wysokiej centralności religii odczuwają mniej napięć religijnych, mniej negatywnych emocji względem Boga, a w konsekwencji posiadają mniejszy lęk przed śmiercią.
4. Osoby o niskiej centralności religii doświadczają silniejszych napięć o charakterze religijnym--silniejszego religijnego poczucia winy i silniejszych negatywnych emocji względem Boga—a w konsekwencji bardziej obawiają się śmierci.
5. Osoby chore, dla których religia nie jest źródłem wsparcia odczuwają silniejszy lęk przed śmiercią, a to obniża ich jakość życia, zarówno w wymiarze fizycznym, psychologicznym i egzystencjalnym.
6. Zmagania religijne--negatywny afekt względem Boga i religijne poczucie winy—intensyfikują myśli na temat śmierci i umierania oraz obniżają poczucie jakości życia w wymiarze fizycznym, psychologicznym i egzystencjalnym.
7. Konfliktowe relacje z ludźmi religijnymi generują lęk przed śmiercią, co w konsekwencji obniża ich ocenę jakości życia w wymiarze fizycznym, psychologicznym i egzystencjalnym.

## Bibliografia

- Abeyta, A. A., Juhl, J., Routledge, C. (2014). Exploring the effects of self-esteem and mortality salience on proximal and distally measured death anxiety: a further test of the dual process model of terror management. *Motivation and Emotion*, 38(4), 523–528.
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Exline, J. J. (2015). Understanding and Addressing Religious and Spiritual Struggles in Health Care. *Health & Social Work*, 40(4), e126–e134.
- Ai, A. L., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., Tice, T. N. (2007). Psychosocial Mediation of Religious Coping Styles: A Study of Short-Term Psychological Distress Following Cardiac Surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(6), 867–882.
- Allport, G. W., Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443.
- Andrykowski, M. A., Donovan, K. A., Laronga, C., Jacobsen, P. B. (2010). Prevalence, predictors, and characteristics of off-treatment fatigue in breast cancer survivors. *Cancer*, 116(24), 5740–5748.
- Ano, G. G., Pargament, K. I. (2013). Predictors of spiritual struggles: an exploratory study. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(4), 419–434.
- Ano, G. G., Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480.
- Bachner, Y. G., O'Rourke, N., & Carmel, S. (2011). Fear of Death, Mortality Communication, and Psychological Distress Among Secular and Religiously Observant Family Caregivers of Terminal Cancer Patients. *Death Studies*, 35(2), 163–187.
- Baghteyfouni, T. K., Sogolitappeh, F. N., Baghteyfouni, Z. K., Raaei, F., Sharbafzadeh, A. (2015). The Relationship between Attachment Lifestyle with religious attitudes and anxiety. *International Journal of Scientific Management and Development*, 3, 993-997.
- Baka, Ł. (2009a). *Lęk przed śmiercią a światopogląd młodzieży: perspektywa teorii opanowania trwogi*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza.
- Baka, Ł. (2009b). Światopogląd społeczny czy indywidualny pogląd na świat? Co chroni przed trwogą jednostki niedostosowane społecznie? *Przegląd psychologiczny*, 52, 389-408.
- Baker, M., Gorsuch, R. (1982). Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 21(2), 119–122.
- Bańka, A. (1993). Bezrobocie jako przyczyna, skutek oraz kategoria opisu zmian mentalności. Rzeczywistość, stereotypy i utopie. W: A. Bańka, R. Derbis (red.). *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej. Efektywność działań człowieka* (s. 17-30). Poznań: Genius.



- Bartczuk, R. P., Jarosz, M. (2006). Funkcja religijności w procesie radzenia sobie ze stresem. *Koncepcja Kennetha I. Pargamenta. Roczniki Psychologiczne*, 9 (1), 37–52.
- Basiński, A., Stefaniak, T., Stadnyk, M., Sheikh, A., Vingerhoets, A. J. J. M. (2013). Influence of Religiosity on the Quality of Life and on Pain Intensity in Chronic Pancreatitis Patients After Neurolytic Celiac Plexus Block: Case-Controlled Study. *Journal of Religion and Health*, 52(1), 276–284.
- Batson, C. D., Stocks, E. L. (2004). Religion: its core psychological functions. W: J. Greenberg, S. L. Koole, T. Pyszczynski (red.), *Handbook of experimental existential psychology* (ss. 141–155). New York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Biernat, W. (2103). Podstawy genetyki molekularnej. R. Kordek (Red.) *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Gdańsk: Via Medica.
- Birgegard, A., Granqvist, P. (2004). The Correspondence between Attachment to Parents and God: Three Experiments Using Subliminal Separation Cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1122–1135.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I, Vol. I.* New York, N.Y.: Basic Books.
- Brandão, T., Schulz, M. S., Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26(7), 917–926.
- Bronk, A. (1996). *Nauka wobec religii: (teoretyczne podstawy nauk o religii)*. Lublin: TN KUL.
- Bryan, J. L., Lucas, S. H., Quist, M. C., Steers, M.-L. N., Foster, D. W., Young, C. M., Lu, Q. (2016). God, can I tell you something? The effect of religious coping on the relationship between anxiety over emotional expression, anxiety, and depressive symptoms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(1), 46–53.
- Bryant, A. N., & Astin, H. S. (2008). The Correlates of Spiritual Struggle During the College Years. *The Journal of Higher Education*, 79(1), 1–27.
- Buss, D. M., Orski, M. (2003). *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.-J., Grünther, R.-A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., Matthiessen, P. F. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, 10(2), 327–339.
- Campbell, J. P. (1971). Personnel Training and Development. *Annual Review of Psychology*, 22(1), 565–602.

- Carey, M. L., Clinton-Mcharg, T., Sanson-Fisher, R. W., Campbell, S., Douglas, H. E. (2011). Patient or treatment centre? Where are efforts invested to improve cancer patients' psychosocial outcomes? *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 152–162.
- Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N., Miller, D. K. (2002). Psychosocial— spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16(4), 331–338.
- Chorzela, M. (2013). Doświadczenie choroby nowotworowej jako źródło pozytywnych zmian osobowości, *Psychoonkologia*, 1, 23–31.
- Chrobak, M. (2009). Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17, 123–127.
- Cierpiałkowska, L. (2011). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cohen, A. B., Pierce, J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 307–324.
- Cohen, R. S., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 11(1), 3–20.
- Cohen, S. R., Hassan, S. A., Lapointe, B. J., & Mount, B. M. (1996). Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *Aids*, 10(12), 1421–1427.
- Cohen, S. R., Sawatzky, R., Russell, L. B., Shahidi, J., Heyland, D. K., Gadermann, A. M. (2016). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised. *Palliative Medicine*, 1–10(2), 120–129.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., Fisher, P. (2015). A Prospective Study of the Association of Metacognitive Beliefs and Processes with Persistent Emotional Distress After Diagnosis of Cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 51–60.
- Crusalis, B., S. (2014). Death anxiety. W: D., A. Leeming (red.), *Encyclopedia of Psychology and Religion*. New York: Springer US.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Poznań: Akademos.

- De Walden-Gałaszko, (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- De Walden-Gałaszko, K., Majkowicz, M. (1994). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dechesne, M., Pyszczynski, T., Arndt, J., Ransom, S., Sheldon, K. M., van Knippenberg, A., Janssen, J. (2003). Literal and symbolic immortality: The effect of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 722–737.
- Dezutter, J., Robertson, L. A., Luyckx, K., Hutsebaut, D. (2010). Life Satisfaction in Chronic Pain Patients: The Stress-Buffering Role of the Centrality of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49(3), 507–516.
- Dębska G, Milaniak I, Moskal J. (2015). Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkologia*, 2, 49-55.
- Didkowska, J., Wojciechowska, U., Olasek, P. (2017). *Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2015 roku*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Drozdowicz, Z. (2009). *O racjonalności w religii i w religijności: wykłady*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Edmondson, D., Park, C. L., Chaudoir, S. R., Wortmann, J. H. (2008). Death Without God: Religious Struggle, Death Concerns, and Depression in the Terminally III. *Psychological Science*, 19(8), 754–758.
- Ellis, L., Wahab, E. A. (2013). Religiosity and Fear of Death: A Theory-Oriented Review of the Empirical Literature. *Review of Religious Research*, 55(1), 149–189.
- Ellison, C. G., Lee, J. (2010). Spiritual Struggles and Psychological Distress: Is There a Dark Side of Religion? *Social Indicators Research*, 98(3), 501–517.
- Ellison, C. G., Levin, J. S. (1998). The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education and Behavior*, 25(6), 700–720.
- Eom, C.-S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283–1290.
- Epstein-Ngo, Q., Maurizi, L. K., Bregman, A., Ceballo, R. (2013). In response to community violence: Coping strategies and involuntary stress responses among Latino adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19(1), 38–49.

- Exline, J., J. (2002). Stumbling Blocks on the Religious Road: Fractured Relationships, Nagging Vices, and the Inner Struggle to Believe. *Psychological Inquiry*, 13(3), 182–189.
- Exline, J., J. (2013). Religious and spiritual struggles. W K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones (Red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (s. 459–475). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Exline, J., J., Yali, A. M., Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481–1496.
- Exline, J., J., Grubbs, J. B. (2011). “If I Tell others about my Anger toward God, How will They Respond?” Predictors, Associated Behaviors, and Outcomes in an Adult Sample. *Journal of Psychology and Theology*, 39(4), 304–315.
- Exline, J., J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208–222.
- Exline, J., J., Park, C. L., Smyth, J. M., Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129–148.
- Exline, J., J., Rose, E. D. (2005). Religious and spiritual struggles. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (Red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 315–330). New York, NY: The Guilford Press.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer, *Oncology Nursing Society*, 24 (4), 663-71.
- Feifel, H., Branscomb, A. B. (1973). Who’s afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 282–288.
- Feifel, H., Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 278–286.
- Feldman, D. B., Fischer, I. C., Gressis, R. A. (2016). Does Religious Belief Matter for Grief and Death Anxiety? Experimental Philosophy Meets Psychology of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(3), 531–539.
- Fitchett, G., Murphy, P. E., Kim, J., Gibbons, J. L., Cameron, J. R., Davis, J. A. (2004). Religious Struggle: Prevalence, Correlates and Mental Health Risks in Diabetic,

- Congestive Heart Failure, and Oncology Patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 179–196.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3–14.
- Francis, L. J., Wilcox, C. (1996). Prayer, Church Attendance, and Personality Revisited: A Study among 16- to 19-Yr.-Old Girls. *Psychological Reports*, 79(3), 1265–1266.
- Frankl, V. E., Wolnicka, A. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Czarna Owca.
- Gall, T. L. (2000). Integrating religious resources within a general model of stress and coping: long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 39(2), 167–182.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., McCullough, M. E. (2000). Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know, *Journal of Social and Clinical Psychology* 19(1), 102-116.
- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Karšlioglu, E. H., Ozalp, E., Soygur, A. (2012). The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 347–358.
- Granqvist, P. (2006). On the Relation Between Secular and Divine Relationships: An Emerging Attachment Perspective and a Critique of the «Depth» Approaches”. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(1), 1–18.
- Granqvist, P., Kirkpatrick, L. A. (2013). Religion, spirituality, and attachment. W K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones (Red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (s. 139–155). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Greenberg, J., Arndt, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S. (2000). Proximal and Distal Defenses in Response to Reminders of One’s Mortality: Evidence of a Temporal Sequence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(1), 91–99.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. W R. F. Baumeister (Red.), *Public Self and Private Self* (s. 189–212). New York, NY: Springer New York.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 627–637.
- Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., Chatel, D. (1992). Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who

- threaten one's worldview? *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 212–220.
- Gretkowski, A. (2010). *Nowotwór to jeszcze nie wyrok: zagadnienia wybrane z psychoonkologii*. Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli.
- Grom, B., Machoń, H. (2009). *Psychologia religii: ujęcie systematyczne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Haase, J. E., Heiney, S.P., Ruccione, K.S., Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning based quality of life theory: Adolescent resilience model and instrument development. *International Journal Cancer*, 83, 125-131.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion and Culture*, 8(4), 253–261.
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 24–36.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86–93.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (2. wyd.). New York: The Guilford Press.
- Hayslip, B., Luhr, D. D., Beyerlein, M. M. (1992). Levels of Death Anxiety in Terminally III Men: A Pilot Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 24(1), 13–19.
- Henrie, J., Patrick, J. H. (2014). Religiousness, Religious Doubt, and Death Anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 203–227.
- Heszen-Niejodek, I. (2013). *Psychologia stresu: korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hill, P. C., Edwards, E. (2013). Measurement in the psychology of religiousness and spirituality: Existing measures and new frontiers. W K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones (Red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1)*:

- Context, theory, and research* (s. 51–77). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hill, P. C., Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64–74.
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G., Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333–341.
- Hølen, J. C., Lydersen, S., Klepstad, P., Loge, J. H., Kaasa, S. (2008). The Brief Pain Inventory: Pain's Interference With Functions Is Different in Cancer Pain Compared With Noncancer Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 24(3), 219–225.
- Hosseini, A., Rezaei, M., Bahrami, M., Abbasi, M., Hariri, H. (2017). The Relationship between Dignity Status and Quality of Life in Iranian Terminally Ill Patients with Cancer, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(7) 178-83.
- Huber, S. (2007). Are religious beliefs relevant in daily life? W: H. Streib (red.), *Religion inside and outside traditional institutions* (s. 209–230). Leiden: Brill.
- Hunsberger, B., Pratt, M., Pancer, S. M. (2002). A Longitudinal Study of Religious Doubts in High School and Beyond: Relationships, Stability, and Searching for Answers. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 255–266.
- James, W., Hempel, J. (1958). *Doświadczenia religijne*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Jankotowicz, K. (2014). Analiza jakości życia pacjentów w trakcie chemioterapii. *Opieka onkologiczna*, 1, 6-11.
- Janowski, K. (2005). Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar. W: S. Steuden, M. Ledwoch (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości* (s. 143-154). Lublin: TN KUL.
- Jarosz, M. (2011). Skala Religijnego Radzenia Sobie - wersja skrócona (Brief RCOPE). W: M. Jarosz (Red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 293–316). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Jeziorski, A. (2013). Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie. W: A. Jeziorski (red.), *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek* (s. 93-166). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jędrzejczak, W.W., Deptała, A. (2015). Czym jest nowotwór czyli wstęp do biologii nowotworów. W: A. Deptała (red.), *Onkologia w praktyce* (s. 14-16). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Jong, J., Bluemke, M., Halberstadt, J. (2013). Fear of Death and Supernatural Beliefs: Developing a New Supernatural Belief Scale to Test the Relationship. *European Journal of Personality*, 27(5), 495–506.
- Jong, J., Halberstadt, J. (2016). *Death, anxiety, and religious belief: an existential psychology of religion*. Londyn: Bloomsbury.
- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S.-H., Simons, N., Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain and Behavior*, 8(1), 4–20.
- Juczyński, Z. (2000). Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 23-48). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Juczyński, Z., Chrystowska-Jabłońska, B. (1999). Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 5, 3–9.
- Kasprzak E, Derbis R. (1999). Miejsce zamieszkania a poczucie jakości życia bezrobotnych. *Forum Psychologiczne*, 1, 45-59.
- Kay, A. C., Gaucher, D., McGregor, I., Nash, K. (2010). Religious Belief as Compensatory Control. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 37–48.
- Kępiński, A. (2002). *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- King, D. E., Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *The Journal Of Family Practice*, 39(4), 349-352.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York, NY: Guilford Press.
- Kirkpatrick, Lee A., Navarrete, C. D. (2006). Reports of My Death Anxiety Have Been Greatly Exaggerated: A Critique of Terror Management Theory from an Evolutionary Perspective. *Psychological Inquiry*, 17(4), 288–298.
- Klee, M. C., King, M. T., Machin, D., Hansen, H. H. (2000). A clinical model for quality of life assessment in cancer patients receiving chemotherapy. *Annals of Oncology*, 11(1), 23–30.
- Klimek, R. (1992). *Jak pokonać raka*. Warszawa – Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kochańska, A., Lewicka – Nowak, E., Zarzycka, B. (2006). Czynniki wpływające na jakość życia u pacjentów z kardiowerterem – defibrylatorem serca. *Folia Cardiologica*, 13, 3, 171-177.
- Koenig, H. G. (2007). *Handbook of religion and mental health*. Amsterdam: Elsevier.



- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554–562.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Cohen, H., Blazer, D., Pieper, C., Meador, K., Shelp, F. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1693–1700.
- Kolek, B. (2009). *Sens życia i umierania: antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Konarzewski, K. (2003). Czy teoria opanowania trwogi sprawdza się w przedszkolu?, *Czasopismo psychologiczne*, 9, 31-40.
- Konstam, V., Moser, D. K., Jong, M. J. D. (2005). Depression and Anxiety in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11(6), 455–463.
- Kopczyńska – Tyszko, A. (1999), Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór, W: D. Kubačka - Jasiocka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s.125–141). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kowalik S. (1993). Psychologiczne wymiary jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej. Efektywność działań człowieka* (s. 31-44). Poznań: Genius.
- Kozaka, J., Kobus, P. (2015). Relationship between type D personality, satisfaction with life and coping with cancer. *Psychoonkologia*, 19(2), 74-79.
- Kozaka, J., Kobus, P. (2015). Relationship between type D personality, satisfaction with life and coping with cancer. *Psychoonkologia*, 19(2), 74-79.
- Krause, N. (2015). Trust in God, Forgiveness by God, and Death Anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(1), 20–41.
- Krause, N., Pargament, K. I., Ironson, G. (2018). In the Shadow of Death: Religious Hope as a Moderator of the Effects of Age on Death Anxiety. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(4), 696–703.
- Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., Lo, C. (2015). Initial Validation of the Death and Dying Distress Scale for the Assessment of Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 126–134.
- Krawczyk, A. (2015). Pain control in oncological patients treated causally and symptomatically. *Psychoonkologia*, 19(1), 12-18.

- Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kubacka - Jasiocka D. (1999), Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej, W: D. Kubacka - Jasiocka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Pax.
- Kulpa, M., Stypuła-Ciuła, B. (2013). Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi, *Medycyna Paliatywna*, 5 (4), 171–179.
- Kumar, C. R., Parashar, N. (2015). Death anxiety, coping and spirituality among cancer patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6,3, 291-294.
- Lambert, A. J., Eadeh, F. R., Peak, S. A., Scherer, L. D., Schott, J. P., Slochower, J. M. (2014). Toward a greater understanding of the emotional dynamics of the mortality salience manipulation: Revisiting the “affect-free” claim of terror management research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(5), 655–678.
- Larson, D. B., Larson, S. S. (2003). Spirituality’s Potential Relevance to Physical and Emotional Health: A Brief Review of Quantitative Research. *Journal of Psychology and Theology*, 31(1), 37–51.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247.
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S. (1997). Unresolved issues With Terror Management Theory. *Psychological Inquiry*, 8(1), 26–29.
- Lee, B. Y., Newberg, A. B. (2005). Religion and Health: A Review and Critical Analysis. *Zygon*, 40(2), 443–468.
- Lelonek, B., Cieślik, A., Kamusińska, E. (2013). Problematyka stresu w chorobie nowotworowej, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21, 128–136.
- Leming, M. R. (1980). Religion and Death: A Test of Homans’ Thesis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 10(4), 347–364.
- Leppert, W., Forycka, M. (2011). Ocena bólu i jakości życia u chorych na nowotwory. *Gastroenterologia Polska*, 18(3), s. 127-131.

- Leppert, W., Forycka, M., de Walden – Gałuszko, K., Majkovicz, M., Buss, T. (2014). Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*, 1, 17-29.
- Leppert, W., Jezierska, B. (2011). Postępowanie w duszności u chorych na nowotwory. *Medycyna Paliatywna*, 1, 19-32.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 51.
- Loewenthal, K. M. (2009). *Religion, culture and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luyten, P., Corveleyn, J., Fontaine, J. R. J. (1998). The relationship between religiosity and mental health: Distinguishing between shame and guilt. *Mental Health, Religion and Culture*, 1(2), 165–184.
- Makselon, J. (1983). *Struktura wartości a postawa wobec śmierci: studium z tanatopsychologii : rozprawa doktorska*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Makselon, J. (1988). *Lęk wobec śmierci: wybrane teorie i badania psychologiczne*. Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.
- Manning-Walsh, J. (2005). Social Support as a Mediator Between Symptom Distress and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(4), 482–493.
- Matys, W., Bartczuk, R. P. (2011). Kwestionariusz Więzy z Bogiem. W M. Jarosz (Red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 131–152). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- McConnell, K. M., Pargament, K. I., Ellison, C. G., Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample.
- McCoubrie, R. C., Davies, A. N. (2005). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379.
- McLaughlin, B., Yoo, W., D'Angelo, J., Tsang, S., Shaw, B., Shah, D., Gustafson, D. (2013). It is out of my hands: how deferring control to God can decrease quality of life for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2747–2754.
- Meraviglia, M. (2007). Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), E1–E7.
- Michalos, A. C. (2004). Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research. *Social Indicators Research*, 65(1), 27–72.

- Mohammadzadeh, A., Najafi, M. (2018). The Comparison of Death Anxiety, Obsession, and Depression Between Muslim Population with Positive and Negative Religious Coping. *Journal of Religion and Health*.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242–250.
- Murray-Swank, A., Murray-Swank, N. A. (2013). Spiritual and religious problems: Integrating theory and clinical practice. W K. I. Pargament, A. Mahoney, E. P. Shafranske (Red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality* (s. 421–437). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Nielsen, M. E. (1998). An Assessment of Religious Conflicts and Their Resolutions. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(1), 181–190.
- Niwińska, A. (2003). Genetyczne uwarunkowania chorób nowotworowych. W: A. Kułakowski i A. Skowrońska-Gardas (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 28-34). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Novotni, M., Petersen, R. (2001). *Angry with God*. Colorado Springs: Colo Pinon Press.
- Nowicki A, Krzywińska J, Kowalewski J. (2006). Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca, *Współczesna Onkologia*, 10, 468-474.
- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb: psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i S-ka Wydaw.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). The role of personal resources in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Psychoonkologia*, 19(3), 88–96.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość: stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Okła, W., Steuden, S. (2007). Wprowadzenie w problematykę jakości życia. W: S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 5-12). Lublin: TN KUL.
- Oleś, P. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Oman, D., Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health? W R. F. Paloutzian & C. L. Park (Red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 435–459). New York, NY: The Guilford Press.
- Ostrowska, A. (2005). *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Paiva, C. E., Paiva, B. S. R., de Castro, R. A., Souza, C. de P., de Paiva Maia, Y. C., Ayres, J. A., Michelin, O. C. (2013). A Pilot Study Addressing the Impact of Religious Practice

- on Quality of Life of Breast Cancer Patients During Chemotherapy. *Journal of Religion and Health*, 52(1), 184–193.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York, NY: New.
- Pargament, K. I., Ellison, C. G., Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1469–1484.
- Pargament, K. I., Ellison, C. G., Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1469–1484.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713–730.
- Park, C. L. (2005). Religion and meaning. W R. F. Paloutzian, C. L. Park (Red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 295–314). New York, NY.
- Park, C. L. (2005). Religion and meaning. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 295–314). New York, NY: Guilford Press.
- Park, C. L. (2005b). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707–729.
- Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O., Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1630–1638.
- Park, C. L., Edmondson, D., Hale-Smith, A. (2013). Why religion? Meaning as motivation. W: K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones (red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (s. 157–171). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Park, C. L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., Blank, T. O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(6), 582.

- Park, C. L., Wortmann, J. H., Edmondson, D. (2011). Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 426–436.
- Pasquini, M., Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 2.
- Pasz-Walczak, G. (2003). Czynniki rakotwórcze. W A. Kułakowski i A. Skowrońska-Gardas (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 28-34). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Peterman, A. H., Cella, D. (2000). Quality of life. *Encyclopedia of psychology*, Vol. 6., 491–495.
- Pękała, M., Kozaka, J. (2016). Quality of life of lung cancer patients. *Psychoonkologia*, 20(2), 90–97.
- Pfeifer, S., Waelty, U. (1999). Anxiety, depression, and religiosity—a controlled clinical study. *Mental Health, Religion and Culture*, 2(1), 35–45.
- Pietrzyk, A., Franc, M., Lizińczyk, S. (2017). Optimism as moderator of fatigue and quality of life of patients with breast and gynaecological cancer under and after oncological treatment. *Psychoonkologia*, 20(3), 112–122.
- Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny: wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka: problemy psychologiczne*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Poleshuck, E. L., Bair, M. J., Kroenke, K., Watts, A., Tu, X., Giles, D. E. (2009). Pain and Depression in Gynecology Patients. *Psychosomatics*, 50(3), 270–276. 50.3.270
- Potemski, P. (2103). Objawy niepożądane systemowego leczenia nowotworów. R. Kordek (red.) *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Gdańsk: Via Medica.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction*. London: SAGE.
- Ratajczak, Z. (2005). Jakość życia człowieka w sytuacji narastających zagrożeń. *Kolokwia psychologiczne*. 13, 231-241.
- Razali, S. M., Hasanah, C. I., Aminah, K., Subramaniam, M. (1998). Religious—Sociocultural Psychotherapy in Patients with Anxiety and Depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6), 867–872.
- Roff, L. L., Butkeviciene, R., Klemmack, D. L. (2002). Death Anxiety and Religiosity Among Lithuanian Health and Social Service Professionals. *Death Studies*, 26(9), 731–742.

- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 681–690.
- Routledge, C., Juhl, J., Vess, M. (2013). Mortality salience increases death-anxiety for individuals low in personal need for structure. *Motivation and Emotion*, 37(2), 303–307.
- Rubach, M., A. (2011). Objawy niepożądane chemoterapii. J. Meder (red.), *Podstawy onkologii klinicznej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561.
- Rybarski, R., Zarzycka, B., Bernat, A. (w druku). Measuring the Quality of Life of People with Life-Threatening Illnesses: The Internal Structure of The Polish Adaptation of The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised. *Contemporary Oncology*.
- Salmon, P., Gajdzińska, M. (2002). *Psychologia w medycynie: wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sedikides, C., Gebauer, J. E. (2010). Religiosity as Self-Enhancement: A Meta-Analysis of the Relation Between Socially Desirable Responding and Religiosity. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 17–36.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia, a zdrowie. *Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2, 100–118.
- Shiah, Y.-J., Chang, F., Chiang, S.-K., Lin, I.-M., Tam, W.-C. C. (2015). Religion and Health: Anxiety, Religiosity, Meaning of Life and Mental Health. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 35–45.
- Shreve-Neiger, A. K., Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 379–397.
- Siedlecki, J., A. (2011). Biologia molekularna nowotworów. J. Meder (red.), *Podstawy onkologii klinicznej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Sigal, J. J., Ouimet, M. C., Margolese, R., Panarello, L., Stibernik, V., Bescec, S. (2007). How Patients with Less-Advanced and More-Advanced Cancer Deal with Three Death-Related Fears. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(1), 53–68.
- Skotnicki, A., Kosowicz, M. (2016). Rola opieki psychoonkologicznej w hematologii. W: T. Robak, K. Warzocha. (red.), *Hematologia* (s. 215–225). Gdańsk: Via Medica.
- Soenke, M., Landau, M. J., Greenberg, J. (2013). Sacred armor: Religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. W: K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W.

- Jones (red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (s. 105–122). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., Nia, H. S. (2016). Relationships between Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Patients with Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 183–191.
- Sołoma A. (1995). Lęk przed śmiercią, światopogląd a samoocena: omówienie teorii opanowywania trwogi. *Przegląd Psychologiczny*, 38, 191-200.
- Soo, H., Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70–79.
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., Gorsuch, R. L. (2003). *The Psychology of religion: An empirical approach* (3. wyd.). New York: The Guilford Press.
- Stauner, N., Exline, J. J., Grubbs, J. B., Pargament, K. I., Bradley, D. F., Uzdavines, A. (2016). Bifactor Models of Religious and Spiritual Struggles: Distinct from Religiousness and Distress. *Religions*, 7(6), 68.
- Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., Buck, A. C. (2010). Depression, Anxiety, and Religious Life: A Search for Mediators. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 343–359.
- Stone, P. C., Minton, O. (2008). Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1097–1104.
- Straś-Romanowska, M. (2002). Rozwój człowieka, a rozwój osobisty. *Studia Psychologica*, 3, 91-104.
- stresem. Koncepcja Kennetha I. Pargamenta. *Roczniki Psychologiczne*, 9 (1), 37–52.
- Śliwak, J., Zarzycka, B. (2012). The Interplay Between Post-Critical Beliefs and Anxiety: An Exploratory Study in a Polish Sample. *Journal of Religion and Health*, 51(2), 419–430.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646–657.
- Tejada, M. G.-S. de, Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., Escobar, A. (2016). Association of social support, functional status, and psychological variables with changes in health-related quality of life outcomes in patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 25(8), 891–897.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.



- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., Newman, S. P. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22(3), 646–658.
- Tomaszewska, I. (2000). Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia*, 7, 9-18.
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Krause, N., Ironson, G., Hill, P. (2017). Stressful events and religious/spiritual struggle: Moderating effects of the general orienting system. *Psychology of Religion and Spirituality*. doi.org/10.1037/rel0000149.supp
- Trzebiatowski J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46, 25-31.
- Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., Greenberg, J. (2010). A Terror Management Analysis of the Psychological Functions of Religion. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 84–94.
- Visser, A., Garssen, B., Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 19(6), 565–572.
- Wandrasz, M. (1998). *Religijność a postawa wobec choroby: badania pacjentów z chorobami nowotworowymi*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Wandrasz, M. (2006). Choroba i cierpienie a religijność. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia z psychologii religii*. (s. 511-532). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Webb, M., Charbonneau, A. M., McCann, R. A., Gayle, K. R. (2011). Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1161–1176.
- Wink, P., Scott, J. (2005). Does Religiousness Buffer Against the Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Findings From a Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(4), 207–214.
- Winkelman, W. D., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Peteet, J. R., Block, S. D., Balboni, T. A. (2011). The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients: Preliminary Findings. *Journal of Palliative Medicine*, 14(9), 1022–1028.
- Wnuk, M., Marcinkowski, T. M. (2012). Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 21-26.

- Wojtukiewicz M, Sawicki Z, Sierko E, Kieszkowska-Grudny A. (2007). Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii. *Nowotwory*, 57, 695-701.
- Wood, B. T., Worthington Jr., E. L., Exline, J. J., Yali, A. M., Aten, J. D., McMinn, M. R. (2010). Development, refinement, and psychometric properties of the Attitudes Toward God Scale (ATGS-9). *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(3), 148–167.
- Wulff, D. M. (1999). *Psychologia religii: klasyczna i współczesna*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.
- Yalom, I. D. (2010). *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients*. London: Piatkus.
- Zarzycka, B. (2011). Polska adaptacja Skali Centralności Religijności S. Hubera. W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 231–261). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Zarzycka, B. (2014). Struktura czynnikowa polskiej adaptacji Skali Pocieszenia i Napięcia Religijnego. *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 683–696.
- Zarzycka, B. (2016). Prevalence and Social-Cognitive Predictors of Anger Toward God in a Polish Sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 26(3), 225–239.
- Zarzycka, B. (2017). *Zmagania religijne. Uwarunkowania i funkcje*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Zarzycka, B., Rybarski, R., Śliwak, J. (2017). The Relationship of Religious Comfort and Struggle with Anxiety and Satisfaction with Life in Roman Catholic Polish Men: The Moderating Effect of Sexual Orientation. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2162–2179.
- Zatoński, W., Sulkowska, U., Przewoźniak, K., Zatoński, M. (2014). Epidemiologia Nowotworów Złośliwych w Polsce. W: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.

## Spis tabel

Tabela 5.1 Liczba zachorowań i zgonów w Polsce z powodu choroby nowotworowej .....	82
Tabela 7.1 Charakterystyka Skali Centralności Religijności .....	100
Tabela 7.2 Charakterystyka Skali Pocieszenia i Napięcia Religijnego .....	101
Tabela 7.3 Charakterystyka Skali McGill Jakość życia .....	103
Tabela 8.1 Statystyki opisowe płci i wieku .....	106
Tabela 8.2 Rozkład liczbowy i procentowy zmiennych socjoekonomicznych w badanej grupie (n=130) .....	107
Tabela 8.3 Rozkład liczbowy i procentowy danych dotyczących postaw do choroby (n = 130) .....	108
Tabela 8.4 Rozkład liczbowy i procentowy rodzajów choroby nowotworowej w badanej próbie (n = 130) .....	109
Tabela 9.1 Korelacje pomiędzy wymiarami Centralności religijności (C-15), a Jakością życia (MQOL-R) (n=130) .....	113
Tabela 9.2 Korelacje pomiędzy wymiarami Skali Pocieszenia i Zmagania Religijnego (RCSS) a wymiarami Jakości życia (MQOL-R) (n=130) .....	113
Tabela 9.3 Korelacje pomiędzy wymiarami jakości życia (MQOL-R), a Lękiem przed śmiercią (DADDS), natężeniem bólu, akceptacją choroby, przystosowaniem do choroby, samotnością, nadzieją na powrót do zdrowia .....	114
Tabela 9.4 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora jakości życia .....	115
Tabela 9.5 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla pocieszenia jako predyktora jakości życia .....	116
Tabela 9.6 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku-winy jako predyktora jakości życia .....	117
Tabela 9.7 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywnych emocji względem Boga jako predyktora jakości życia .....	118
Tabela 9.8 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywne interakcje z grupą religijną i jakości życia .....	119
Tabela 9.9 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku przed śmiercią jako predyktora jakości życia .....	120
Tabela 9.10 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku przed śmiercią .....	121
Tabela 9.11 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów jakości życia (n=130). Zostały wprowadzone obydwie zależności .....	123
Tabela 9.12 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów fizycznej jakości życia (n=130). .....	124
Tabela 9.13 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów psychologicznej jakości życia (n = 130) .....	125
Tabela 9.14 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów egzystencjalnego wymiaru jakości życia (n = 130) .....	127

Tabela 9.15 Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla zmiennych: Centralność, Pocieszenie i Zmaganie Religijne, Lęk przed śmiercią jako predyktorów społecznego wymiaru jakości życia (n=130).....	129
Tabela 9.16 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność).....	130
Tabela 9.17 Współczynnik regresji modelu mediacji związku centralności z jakością życia przez lęk przed śmiercią.....	130
Tabela 9.18 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowań jako predyktora jakości życia.....	137
Tabela 9.19 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowań jako predyktora lęku przed śmiercią.....	138
Tabela 9.20 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (zainteresowanie ).....	139
Tabela 9.21 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	139
Tabela 9.22 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy jako predyktora jakości życia.....	140
Tabela 9.23 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora jakości życia.....	142
Tabela 9.24 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla doświadczenia jako predyktora lęku przed śmiercią.....	143
Tabela 9.25 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenia na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia.....	143
Tabela 9.26 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia religijnego i jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	144
Tabela 9.27 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla kultu jako predyktora jakości życia.....	145
Tabela 9.28 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla kultu jako predyktora lęku przed śmiercią.....	145
Tabela 9.29 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult.....	146
Tabela 9.30 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i ogólnej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	147
Tabela 9.31 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną fizyczny wymiar jakości przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność).....	148
Tabela 9.32.....	148
Tabela 9.33 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na wymiar fizyczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania.....	149
Tabela 9.34 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	149
Tabela 9.35 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie religijne na zmienną zależną fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej.....	150

Tabela 9.36 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	150
Tabela 9.37 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar fizyczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult.....	151
Tabela 9.38 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	151
Tabela 9.39 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej .....	152
Tabela 9.40 Współczynniki regresji modelu mediacji centralności i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	152
Tabela 9.41 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowanie na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej .....	153
Tabela 9.42 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	154
Tabela 9.43 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie religijne na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia .....	155
Tabela 9.44 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	155
Tabela 9.45 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult.....	156
Tabela 9.46 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	156
Tabela 9.47 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną egzystencjalny wymiar jakości przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność) .....	157
Tabela 9.48 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	157
Tabela 9.49 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania .....	158
Tabela 9.50 Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	158
Tabela 9.51 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia.....	159
Tabela 9.52 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	159
Tabela 9.53 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej kult.....	160
Tabela 9.54 Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	160

Tabela 9.55 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej doświadczenie na wymiar społeczny zmiennej zależnej jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej doświadczenia.....	162
Tabela 9.56 Współczynnik regresji modelu mediacji doświadczenia i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	162
Tabela 9.57 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora napięć religijnych.....	164
Tabela 9.58 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku przed śmiercią.....	165
Tabela 9.59 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez napięcia religijne na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność).....	166
Tabela 9.60 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez napięcia religijne.....	166
Tabela 9.61 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora lęku i winy.....	167
Tabela 9.62 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla lęku i wina jako predyktora jakości życia.....	168
Tabela 9.63 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność).....	169
Tabela 9.64 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez lęk i wina.....	169
Tabela 9.65 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora negatywnych emocji względem Boga.....	170
Tabela 9.66 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywne emocje do Boga jako predyktora lęku przed śmiercią.....	171
Tabela 9.67 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez negatywne emocje do Boga na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność).....	172
Tabela 9.68 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez negatywne emocje do Boga.....	172
Tabela 9.69 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla centralności jako predyktora negatywnych interakcji z grupą religijną.....	174
Tabela 9.70 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (pocieszenie).....	175
Tabela 9.71 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	176
Tabela 9.72 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie.....	177
Tabela 9.73 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	177
Tabela 9.74 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie.....	177
Tabela 9.75 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	178

Tabela 9.76 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie .....	178
Tabela 9.77 Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenia i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	178
Tabela 9.78 Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla napięć religijnych jako predyktora jakości życia .....	180
Tabela 9.79 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie .....	180
Tabela 9.80 Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i jakości życia przez pocieszenie .....	180
Tabela 9.81 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar fizyczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie.....	181
Tabela 9.82 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i fizycznego wymiaru jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	182
Tabela 9.83 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar psychologiczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie.....	182
Tabela 9.84 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	183
Tabela 9.85 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar egzystencjalny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie.....	183
Tabela 9.86 Współczynnik regresji modelu mediacji napięć i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	184
Tabela 9.87 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk-wina na jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk-wina.....	185
Tabela 9.88 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	185
Tabela 9.89 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk i wina na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina .....	186
Tabela 9.90 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i fizycznej jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	186
Tabela 9.91 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk i wina na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina.....	186
Tabela 9.92 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku i winy i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	187
Tabela 9.93 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk-wina na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina.....	187
Tabela 9.94 Współczynnik regresji modelu mediacji lęku-winy i egzystencjalnej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	187
Tabela 9.95 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	188
Tabela 9.96 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga i jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	188

Tabela 9.97 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na wymiar fizyczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga.....	189
Tabela 9.98 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga z fizyczną jakością życia przez lęk przed śmiercią.....	190
Tabela 9.99 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga na wymiar psychologiczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje względem Boga .....	190
Tabela 9.100 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych emocji względem Boga z psychologiczną jakością życia przez lęk przed śmiercią .....	190
Tabela 9.101 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga na wymiar egzystencjalny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga.....	191
Tabela 9.102 Współczynnik regresji modelu mediacji negatywne emocje do Boga i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	191
Tabela 9.103 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na jakość życia przez lęk przed śmiercią.....	192
Tabela 9.104 Współczynnik regresji modelu mediacji negatywnych interakcji społecznych związanych z religią i psychologicznej jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	192
Tabela 9.105 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na fizyczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią	193
Tabela 9.106 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z fizycznym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	193
Tabela 9.107 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na psychologiczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga.....	194
Tabela 9.108 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z psychologicznym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	194
Tabela 9.109 Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na egzystencjalny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga.....	195
Tabela 9.110 Współczynnik regresji modelu mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią z egzystencjalnym wymiarem jakości życia przez lęk przed śmiercią .....	195



## Spis rysunków

Rysunek 1.1 Rysunek przedstawiający sytuację, w której globalne znaczenie posiadane przez jednostkę zostaje przeniesione do codziennych sytuacji i potrzeb jednostki.....	19
Rysunek 1.2 Graficzna prezentacja religijnego systemu znaczeń w systemie osobistych konstruktów człowieka. Rysunek górny: nadrzędna pozycja systemu konstruktów religijnych. Rysunek dolny: podporządkowana pozycja systemu konstruktów religijnych. Źródło: Huber, 2007.....	21
Rysunek 3.1 Wykres przedstawiający krzywoliniową zależność religijności z lękiem przed śmiercią.....	46
Rysunek 3.2 Rysunek ilustrujący proces redukowania lęku przed śmiercią wg TOT, za: Pyszczyński i in. 1997).....	55
Rysunek 4.1 Model supresywny Źródło: opracowanie własne na podstawie Koenig, 2007.....	73
Rysunek 4.2 Model efektów zdrowotnych Źródło: opracowanie własne na podstawie Levin, 1989, Koenig, 2007.....	79
Rysunek 6.1 Model mediacji związku centralności religijności z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią.....	95
Rysunek 6.2 Model mediacji związku centralności religii z poczuciem jakości życia przez lęk przed śmiercią, moderowanej przez wsparcie i zmagania religijne.....	95
Rysunek 9.1 Poziom centralności religijności i jakości życia. Przedstawiono linie dopasowania regresji liniowej (prosta ciągła) i kwadratowej (krzywa ciągła) dla poziomów centralności i jakości życia.....	116
Rysunek 9.2. Poziom pocieszenia i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów pocieszenia religijnego i jakości życia.....	117
Rysunek 9.3. Poziom lęku-winy i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku-winy i jakości życia.....	118
Rysunek 9.4. Poziom negatywnych emocji do Boga i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów negatywnych emocji do Boga i jakością życia.....	119
Rysunek 9.5. Poziom negatywnych interakcji z grupą religijną i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów negatywne interakcje z grupą religijną i jakości życia.....	120
Rysunek 9.6. Poziom lęku przed śmiercią i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz jakości życia.....	121
Rysunek 9.7. Poziom centralności religijności i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności oraz lęku przed śmierci....	122
Rysunek 9.8. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.....	131
Rysunek 9.9 Model mediacji związku centralności religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią moderowanej przez zmagania religijne.....	132
Rysunek 9.10 Proponowany model uwarunkowań jakości życia.....	133
Rysunek 9.11 Model mediacji centralności religijności na jakość życia przez lęk przed śmiercią.....	134
Rysunek 9.12 Model mediacji centralności religijności na lęk przed śmiercią przez pocieszenie i zmagania religijne.....	135

Rysunek 9.13 Model mediacji pocieszenia religijnego na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	135
Rysunek 9.14 Model mediacji zmagania religijnych na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	136
Rysunek 9.15 Poziom zainteresowania i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów zainteresowanie oraz jakość życia. ....	137
Rysunek 9.16 Poziom zainteresowania religią a lęk przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowania religią oraz lęku przed śmiercią. .	138
Rysunek 9.17 Model mediacji związku zainteresowania religią (wysoki wynik) z jakością życia przez lęk przed śmiercią .....	139
Rysunek 9.18. Poziom modlitwy i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy oraz jakości życia .....	141
Rysunek 9.19. Poziom doświadczenia religijnego i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów doświadczenia religijnego i jakości życia. ....	142
Rysunek 9.20. Poziom doświadczenia religijnego i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów doświadczenia religijności i lęku przed śmiercią. ....	143
Rysunek 9.21. Model mediacji doświadczenia (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią. ....	144
Rysunek 9.22. Poziom kultu i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów kultu i jakości życia .....	145
Rysunek 9.23. Poziom kultu i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów kultu i lęku przed śmiercią.....	146
Rysunek 9.24. Model mediacji kultu (wysoki poziom) na jakość życia przez lęk przed śmiercią. ....	147
Rysunek 9.25. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią. ....	148
Rysunek 9.26. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią. ....	153
Rysunek 9.27. Model mediacji centralności na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią. ....	157
Rysunek 9.28. Poziom centralności religijności i napięć religijnych. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności oraz napięć religijnych. ....	164
Rysunek 9.29. Poziom napięć religijnych i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz napięć religijnych.	165
Rysunek 9.30. Model mediacji centralności (wysoki wynik) na lęk przed śmiercią przez napięcia.....	166
Rysunek 9.31. Poziom centralności i lęku winy. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów centralności i lęku winy. ....	167
Rysunek 9.32. Poziom lęku-winy i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku-winy i lęku przed śmiercią.....	168
Rysunek 9.33. Model mediacji centralności (niskie wyniki) na lęk przed śmiercią przez lęk-winę .....	169
Rysunek 9.34. Poziom negatywnych emocji do Boga i centralności.....	171
Rysunek 9.35. Poziom negatywnych emocji względem Boga i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów lęku przed śmiercią oraz negatywnych emocji do Boga.....	172

Rysunek 9.36. Model mediacji centralności (wyniki średnie i wysokie) na lęk przed śmiercią przez negatywne emocje względem Boga. ....	173
Rysunek 9.37. Poziom negatywnych interakcji z grupą religijną i centralności religijności. ....	174
Rysunek 9.38. Model mediacji pocieszenia (niskie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	176
Rysunek 9.39. Poziom napięcia i jakości życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów napięcia i jakości życia. ....	180
Rysunek 9.40. Model mediacji napięć religijnych (niskie i średnie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.....	181
Rysunek 9.41. Model mediacji lęku i winy na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	185
Rysunek 9.42. Model mediacji negatywne emocje do Boga na jakość życia przez lęk przed śmiercią .....	189
Rysunek 9.43. Model mediacji związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią (średnie wyniki) na jakość życia przez lęk przed śmiercią.....	193

## **Aneksy**

## Aneks 1.

*S Robin Cohen*  
*McGill Kwestionariusz Jakości życia – wersja zrewidowana*  
*Adaptacja: Rybarski, Zarzycka, Bernat*

Poniższy kwestionariusz zawiera stwierdzenia, które u różnych osób mogą wyzwać skrajne ustosunkowania.

Liczby, na których zaznacza się odpowiedź obejmują kontinuum pomiędzy dwoma skrajnymi punktami: najniższym (0 = w ogóle) i najwyższym (10 = ekstremalnie). Proszę zaznaczyć liczbę pomiędzy 0 a 10, która jest najbardziej zgodna z tym co Pan/Pani przeżywa, czuje. Nie ma tu dobrych i złych odpowiedzi. Całkowicie szczerze odpowiedzi będą najbardziej pomocne.

### PRZYKŁAD

Czuję się głodny(a)

W ogóle nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremalnie
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

- Jeżeli nie czujesz się nawet trochę głodny, powinieneś zakreślić 0.
- Jeżeli jesteś trochę głodny (właśnie skończyłeś posiłek, ale masz jeszcze miejsce na deser), powinieneś zakreślić 1,2 albo 3.
- Jeżeli czujesz się umiarkowanie głodny (ponieważ czas posiłku się zbliża) powinieneś zakreślić 4,5 albo 6.
- Jeżeli jesteś bardzo głodny (gdyż nie jadłeś cały dzień) powinieneś zakreślić 7,8 albo 9.
- Jeżeli jesteś ekstremalnie głodny, powinieneś zakreślić 10.



**START**

Proszę odpowiedzieć jak czuleś(łaś) się w przeciągu **DWÓCH (2) MINIONYCH DNI**.

### **Część A Ogólna jakość życia**

A. Biorąc pod uwagę wszystkie obszary mojego życia somatyczny (cielesny), emocjonalny, społeczny, duchowy i finansowy) w ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) jakość mojego życia była:

Bardzo zła	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Znakomita
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

## Część B Objawy fizyczne

1. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) moje objawy cielesne (takie jak ból, nudności, zmęczenie i inne) były: \*

<b>Nie sprawiały mi problemu</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Sprawały mi ogromny problemem</b>
----------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------------------

\*Jeśli w ciągu ostatnich dwóch dni, nie miałeś(łaś) żadnych objawów oraz problemów cielesnych, zakreśl 0 – „nie sprawiały mi problemu” i przejdź do punktu 2.

Proszę wymienić objawy cielesne, które stanowiły problem (proszę napisać wyraźnie)

---

---

2. Przez ostatnie 2 dni czułem/am się:

<b>Fizycznie okropnie</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Fizycznie dobrze</b>
---------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------

3. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) bycie niezdolnym fizycznie do robienia rzeczy, które chciałem(łam) robić było:

<b>Nie stanowiło problemu</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Było ogromnym problemem</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------------

## Część 3 Uczucia i myśli

4. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) odczuwałem (łam) depresję:

<b>W ogóle nie</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Bardzo Silną</b>
--------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------------------

5. W ciągu ostatnich dwóch (48 godzin) dni byłem(łam) nerwowy(a) lub martwiłem(łam) się

W ogóle nie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silnie
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

6. W okresie ostatnich dwóch dni (48 godzin) czułem (łam) się smutny(a):

Nigdy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cały czas
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

7. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin), gdy myślałem(łam) o przyszłości:

Nie obawilem(am) się niczego	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Byłem(am) przerażony
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

8. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) moje życie było:

Zupełnie pozbawione sensu i celu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo celowe i sensowne
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

9. Gdy myślę o całym moim życiu czuję, że w osiągnięciu celów życiowych:

Nie poczynilem(łam) jakichkolwiek postępów	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Osiągnąłem(łam) całkowite spełnienie
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------------

10. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) stopień kontroli jaki miałem nad moim życiem :

Nie stanowił dla mnie problemu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Był ogromnym problemem
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

11. Przez ostatnie dwa dni (48 godzin) czułem się dobrze sam(a) ze sobą:

Zupełnie nie zgadzam się	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Całkowicie się zgadzam
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

#### Część 4 Społeczna

12. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) porozumiewanie się z ludźmi, na których mi zależało było:

Trudne	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo łatwe
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

13. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) moje relacje z ludźmi, na których mi zależy oceniam jako:

<b>Zbyt chłodne niż bym tego chciał(a)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Bardzo cieple</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

14. W ciągu ostatnich dwóch dni (48 godzin) doświadczałem(łam) wsparcie innych osób:

<b>W ogóle</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Bardzo silnie</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------



## Aneks 2.

### Skala Lęku przed śmiercią i umieraniem - The Death and Dying Distress Scale DADDS

Tłum. Rybarski

Choroba nowotworowa sprzyja refleksji nad życiem i śmiercią. Proszę przeczytać poniższe stwierdzenia zawierające myśli i obawy, jakich doświadczają osoby chore na nowotwory na różnych etapach swojej choroby.

Proszę odpowiedzieć jak bardzo zamartwiał się Pan/Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni każdą z wymienionych treści. Przez obawy rozumiemy negatywne odczucia takie jak: złość, zaniepokojenie, smutek, lęk.

Jeśli doświadczył Pan/Pani wiele negatywnych uczuć w odniesieniu do tej samej treści, odpowiadając bierz pod uwagę najsilniejsze, negatywne uczucie. Zakreśl, proszę, jedynie jedną cyfrę w wierszu.

**0 = Nie odczuwałem (łam) dyskomfortu związanego z tą myślą lub obawą.**

**1 = Odczuwałem (łam) bardzo słaby dyskomfort.**

**2 = Odczuwałem (łam) łagodny dyskomfort.**

**3 = Odczuwałem (łam) umiarkowany dyskomfort.**

**4 = Odczuwałem (łam) silny dyskomfort**

**5 = Odczuwałem (łam) bardzo silny dyskomfort**

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak bardzo obawiałeś(łaś) się:

1. Że nie udało Ci się zrobić wszystkiego, co zamierzałeś(łaś).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

2. Że nie powiedziałeś(łaś) wszystkiego, co chciałeś powiedzieć osobom, które troszczą się o ciebie.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

3. Że nie osiągnąłeś(łaś) swoich celów życiowych, ambicji oraz pragnień.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

4. Że nie wiesz, co się dzieje, gdy życie dobiega końca.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

5. Że nie ma przed Tobą przyszłości.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

6. Że nie wykorzystałeś (łaś) wielu okazji, jakie dawało ci życie.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

7. Że nie pozostało Ci wiele czasu.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

- 0 = Nie odczuwałem (łam) dyskomfortu związanego z tą myślą lub obawą.**
- 1 = Odczuwałem (łam) bardzo słaby dyskomfort.**
- 2 = Odczuwałem (łam) łagodny dyskomfort.**
- 3 = Odczuwałem (łam) umiarkowany dyskomfort.**
- 4 = Odczuwałem (łam) silny dyskomfort**
- 5 = Odczuwałem (łam) bardzo silny dyskomfort**

8. Że jesteś ciężarem dla innych.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

9. Jak bardzo obawiałeś (łaś) się konsekwencji Twojej śmierci dla najbliższych.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

10. Jak bardzo obawiałeś (łaś) się swojego umierania i śmierci.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

11. Że po śmierci zostaniesz ukarany (-a) za swoje grzechy.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

12. Gdy ktoś w Twojej obecności poruszał kwestię śmierci

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

**W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak bardzo obawiałeś (łaś) się, że Twoja śmierć i umieranie mogą:**

13. Wydarzyć się nagle i niespodziewanie

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

14. Przedłużać się.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

15. Zdarzyć się gdy będziesz sam (sama).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

16. Przebiegać w bólu i cierpieniu.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

17. Nastąpić niebawem.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

### Aneks 3

#### Arkusz osobowy

Wiek:	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie			
Status zawodowy: <input type="checkbox"/> Uczeń/Student <input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> Osoba na emeryturze/ rencie <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> Inny. Jaki? _____			
Wyznanie: <input type="checkbox"/> Rzymsko-katolickie <input type="checkbox"/> Grecko-katolickie <input type="checkbox"/> Prawosławne <input type="checkbox"/> Protestanckie <input type="checkbox"/> Zielonoświątkowe <input type="checkbox"/> Starokatolickie <input type="checkbox"/> Baptysta <input type="checkbox"/> Świadek Jehowy <input type="checkbox"/> Buddysta <input type="checkbox"/> Muzułmanin <input type="checkbox"/> inne: ..... <input type="checkbox"/> Ateista <input type="checkbox"/> Agnostyk <input type="checkbox"/> Żadne			
Miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> wieś	<input type="checkbox"/> miasto poniżej 200 tys.	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 200 tys.
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> panna / kawaler (nie posiada partnera)	<input type="checkbox"/> panna / kawaler (posiada partnera)	<input type="checkbox"/> rozwiedziony / w separacji
	<input type="checkbox"/> mężatka / żonaty	<input type="checkbox"/> wdowa / wdowiec	<input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać) .....
Czy posiadasz dzieci?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak, to ile? _____
Czy posiadasz wnuki?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak, to ile? _____

## Aneks 4

### Arkusz chorobowy

Jak dawno dowiedziałeś się o swojej chorobie? _____							
W jakim stopniu akceptujesz swoją chorobę?	<input type="checkbox"/> całkowicie nie akceptuje	<input type="checkbox"/> Nie akceptuję	<input type="checkbox"/> raczej nie akceptuję	<input type="checkbox"/> raczej akceptuję	<input type="checkbox"/> akceptuję	<input type="checkbox"/> całkowicie akceptuję	
W jakim stopniu czujesz się przystosowany do choroby?	<input type="checkbox"/> całkowicie nieprzystosowany	<input type="checkbox"/> nieprzystosowany	<input type="checkbox"/> raczej nieprzystosowany	<input type="checkbox"/> raczej przystosowany	<input type="checkbox"/> przystosowany	<input type="checkbox"/> całkowicie przystosowany	
Czy przyjmujesz leki uśmierzające ból?	<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie			
Z jakiej formy opieki korzystasz obecnie?	<input type="checkbox"/> domowa opieka hospicyjna	<input type="checkbox"/> hospicjum stacjonarne	<input type="checkbox"/> oddział szpitalny		<input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> ośrodek opieki dziennej	<input type="checkbox"/> Poradnia leczenia bólu
Jak silna jest Twoja nadzieja na powrót do zdrowia?	<input type="checkbox"/> całkowicie nie mam nadziei	<input type="checkbox"/> Nie mam nadziei	<input type="checkbox"/> raczej nie mam nadziei	<input type="checkbox"/> raczej mam nadzieję	<input type="checkbox"/> mam nadzieję	<input type="checkbox"/> mam ogromną nadzieję	
Które z podanych niżej osób dają ci najwięcej wsparcia w chorobie?							
<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Dzieci <input type="checkbox"/> Małżonek / Partner <input type="checkbox"/> Rodzeństwo <input type="checkbox"/> Rodzina <input type="checkbox"/> Wnuki <input type="checkbox"/> Przyjaciół / Kolega <input type="checkbox"/> Kapłan <input type="checkbox"/> Psycholog / Terapeuta <input type="checkbox"/> Członek wspólnoty <input type="checkbox"/> Pracownik szpitala / hospicjum / zakładu opiekuńczego							
Na jaki rodzaj choroby nowotworowej cierpisz? _____							
Jak często korzystasz ze wsparcia / rozmowy z psychologiem / terapeutą?	<input type="checkbox"/> W ogóle nie korzystam	<input type="checkbox"/> raz w roku	<input type="checkbox"/> raz na kilka miesięcy	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz na dwa tygodnie	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu

## Aneks 5

### Tabele oraz wykresy analiz statystycznych

Tabela A.1

Efekty pośrednie centralności religijności na jakość życia przez lęk przed śmiercią na poszczególnych poziomach zmagania religijnych

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
-1,14	-0,4	0,06	-0,133	0,054
-0,32	-0,7	0,06	-0,189	0,019
1,38	-0,14	0,13	-0,399	0,028

Tab. A.2

*Współczynniki regresji modelu mediacji związku centralność religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią moderowanej przez zmagania religijne*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	0,22	0,15	0,152	0,37	0,18	0,051
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,38	0,11	< 0,001
W (Zmagania)	0,33	0,08	< 0,001	-0,63	0,11	< 0,001
X x W	0,11	0,11	0,322	0,14	0,14	0,300
Stała	1,70	0,10	< 0,001	7,74	0,22	< 0,001
	$R^2 = 0,13$			$R^2 = 0,37$		
	$F(3; 125) = 6,09; < 0,001$			$F(4; 124) = 18,12; p < 0,001$		

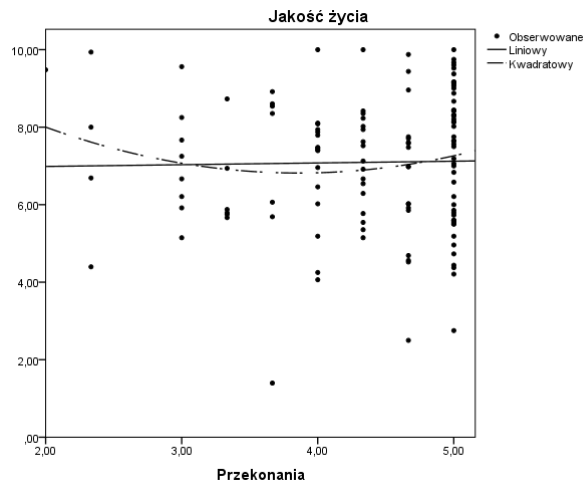
Tab. A.3

*Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla zainteresowań jako predyktora jakości życia*

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	6,90	0,90		7,64	<0,001
Przekonania	0,45	0,20	0,02	0,22	0,826
Stała	11,91	3,70		3,23	<0,01
Przekonania	-2,64	1,92	-1,14	-1,37	0,173
Przekonania <sup>2</sup>	0,34	0,24	1,17	1,40	0,163

Rysunek A4

Poziom przekonania religijnych a jakość życia. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla przekonania religijnych oraz jakości życia.



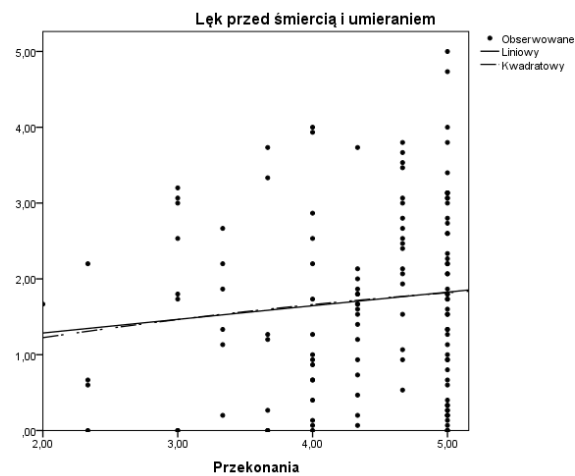
Tab. A.5

Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla przekonania jako predyktora lęku przed śmiercią

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	0,93	0,63		1,50	0,143
Przekonania	0,18	0,14	0,11	1,26	0,209
Stała	0,62	2,60		0,24	0,810
Przekonania	0,34	1,35	0,21	0,25	0,801
Przekonania <sup>2</sup>	-0,02	0,17	-0,10	-0,12	0,904

Rysunek A.6

Poziom przekonania i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla przekonania oraz jakości życia.



Tab. A.7

*Współczynnik regresji modelu mediacji przekonań religijnych i jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Przekonania)	0,34	1,35	0,800	-2,44	1,76	0,168
X <sup>2</sup>	-0,02	0,17	0,904	0,33	0,22	0,141
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,60	0,11	<0,001
Stała	6,23	2,60	0,810	12,27	3,40	<0,001
	$R^2 = 0,012$			$R^2 = 0,181$		
	$F(2; 126) = 0,80; p = 0,452$			$F(3; 125) = 9,23; p < <0,001$		

Tab. A.8

*Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania na ogólną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej przekonania*

Przekonania	EP	SE	DGPU	GGPU
3,61	-0,11	0,09	-0,284	0,035
4,36	-0,09	0,13	-0,343	0,113
5,10	-0,07	0,25	-0,527	0,309

Tab. A.9

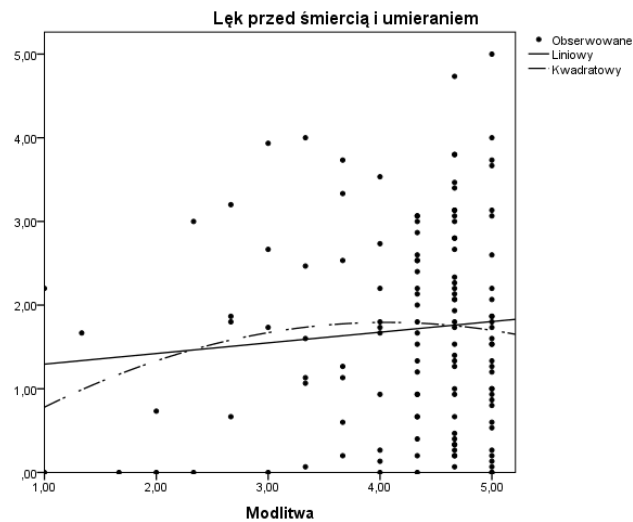
*Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy jako predyktora lęku przed śmiercią*

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,16	0,51		2,27	<0,05
Modlitwa	0,12	0,11	0,09	1,07	0,290
Stała	0,01	1,20		0,01	0,993
Modlitwa	0,90	0,71	0,65	1,23	0,220
Modlitwa <sup>2</sup>	-0,10	0,10	-0,56	-1,10	0,287

Rysunek A.10

*Poziom modlitwy i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla modlitwy oraz lęku przed śmiercią.*





Tab. A.11

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na zmienną zależną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej modlitwa

Modlitwa	EP	SE	DGPU	GGPU
3,33	-0,09	0,07	-0,209	0,020
4,22	0,01	0,11	-0,182	0,193
5,11	0,11	0,20	-0,230	0,470

Tab. A.12

Współczynnik regresji modelu mediacji modlitwy i ogólnej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Modlitwa)	0,85	0,71	0,237	-3,03	0,90	<0,001
X <sup>2</sup>	-0,103	0,10	0,312	0,44	0,12	<0,001
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,54	0,11	<0,001
Stała	0,04	1,20	0,970	12,54	1,51	<0,001
	$R^2 = 0,017$			$R^2 = 0,237$		
	$F(2; 126) = ,13; p = 0,323$			$F(3; 125) = 12,94; p < <0,001$		

Tab. A.13

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania na fizyczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej przekonania

Przekonania	EP	SE	DGPU	GGPU
3,61	-0,13	0,12	-0,405	0,012
4,36	-0,11	0,15	-0,432	0,084
5,10	-0,09	0,30	-0,630	0,355

Tab. A.14

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na wymiar fizyczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej modlitwa

Modlitwa	EP	SE	DGPU	GGPU
3,33	-0,10	0,09	-0,313	0,002
4,22	0,01	0,14	-0,224	0,232
5,11	0,13	0,25	-0,238	0,575

Tab. A.15

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania na psychologiczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej przekonania

Przekonania	EP	SE	DGPU	GGPU
3,61	-0,17	0,15	-0,460	0,026
4,36	-0,15	0,20	-0,544	0,135
5,10	-0,12	0,40	-0,843	0,520

Tab. A.16

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na wymiar psychologiczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej modlitwa

Modlitwa	EP	SE	DGPU	GGPU
3,33	-0,14	0,11	-0,361	0,022
4,22	0,02	0,18	-0,300	0,321
5,11	0,18	0,34	-0,361	0,790

Tab. A.17

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania na egzystencjalną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej przekonania

Przekonania	EP	SE	DGPU	GGPU
3,61	-0,10	0,09	-0,276	0,025
4,36	-0,08	0,11	-0,322	0,085
5,10	-0,07	0,23	-0,493	0,304

Tab. A.18

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na wymiar egzystencjalny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej modlitwa

Modlitwa	EP	SE	DGPU	GGPU
3,33	-0,08	0,70	-0,225	0,004
4,22	0,01	0,10	-0,187	0,185
5,11	0,10	0,20	-0,205	0,480

Tab. A.19

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną społeczny wymiar jakości przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	-0,41	0,05	-0,154	0,025
3,81	0,03	0,03	-0,031	0,083
4,60	0,04	0,08	-0,022	0,263

Tab. A.20

Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	1,92	0,87	<0,05	-2,43	1,43	0,092
X <sup>2</sup>	-0,25	0,13	<0,05	0,42	0,21	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,11	0,14	0,420
Stała	-1,80	1,50	p = 0,23	11,23	2,40	<0,001
	$R^2 = 0,04$			$R^2 = 0,07$		
	$F(2; 126) = 2,92; p = 0,057$			$F(3; 125) = 3,137; p < 0,05$		

Tab. A.21

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej zainteresowania na wymiar społeczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania

Zainteresowania	EP	SE	DGPU	GGPU
2,35	-0,10	0,09	-0,239	0,043
3,30	-0,00	0,02	-0,006	0,012
4,23	0,08	0,09	-0,030	0,257

Tab. A.22

Współczynnik regresji modelu mediacji zainteresowań i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Zainteresowania)	2,30	0,55	<0,001	-0,19	1,00	0,844
X <sup>2</sup>	-0,34	0,08	<0,001	0,11	0,15	0,466
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,13	0,14	0,354
Stała	-1,84	0,86	p < 0,05	7,75	1,50	<0,001
	$R^2 = 0,121$			$R^2 = 0,071$		
	$F(2; 126) = 8,74; p < 0,001$			$F(3; 125) = 3,21; p < 0,05$		

Tab. A.23

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej przekonania na społeczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej przekonania

Przekonania	EP	SE	DGPU	GGPU
3,61	-0,02	0,03	-0,128	0,008
4,36	-0,02	0,04	-0,151	0,017
5,10	-0,01	0,08	-0,232	0,070

Tab. A.24

Współczynnik regresji modelu mediacji przekonań i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Przekonania)	0,34	1,35	0,810	-1,60	2,20	0,470
X <sup>2</sup>	-0,02	0,17	0,900	0,23	0,27	0,466
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,13	0,14	0,400
Stała	0,62	2,60	0,810	10,73	4,21	<0,05
	$R^2 = 0,125$			$R^2 = 0,071$		
	$F(2; 126) = 0,80; p = 0,452$			$F(3; 125) = 0,97; p = 0,410$		

Tab. A.25

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej modlitwa na wymiar społeczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej modlitwa

Modlitwa	EP	SE	DGPU	GGPU
3,33	-0,02	0,02	-0,090	0,010
4,22	0,00	0,03	-0,038	0,072
5,11	0,02	0,07	-0,032	0,215

Tab. A.26

Współczynnik regresji modelu mediacji modlitwy i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Modlitwa)	0,85	0,71	0,237	-1,53	1,17	0,191
X <sup>2</sup>	-0,10	0,10	0,312	0,25	0,16	0,134
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,13	0,14	0,371
Stała	0,46	1,20	0,970	10,23	0,14	<0,001
	$R^2 = 0,017$			$R^2 = 0,071$		
	$F(2; 126) = 1,14; p = 0,323$			$F(3; 125) = 0,97; p = 0,410$		

Tab. A.27

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej kult na wymiar społeczny zmiennej zależnej jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej zainteresowania

Kult	EP	SE	DGPU	GGPU
------	----	----	------	------

2,93	-0,20	0,04	-0,959	0,027
3,87	0,01	0,03	-0,011	0,090
4,80	0,04	0,08	-0,057	0,219

Tab. A.28

*Współczynnik regresji modelu mediacji kultu i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Kult)	1,43	0,71	<0,05	-2,45	1,17	<0,05
X <sup>2</sup>	-0,20	0,10	<0,05	0,38	0,17	<0,05
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,08	0,14	0,571
Stała	-0,61		0,603	12,00	2,00	<0,001
	$R^2 = 0,031$			$R^2 = 0,051$		
	$F(2; 126) = 2,02; p = 0,136$			$F(3; 125) 2,24; p = 0,086$		

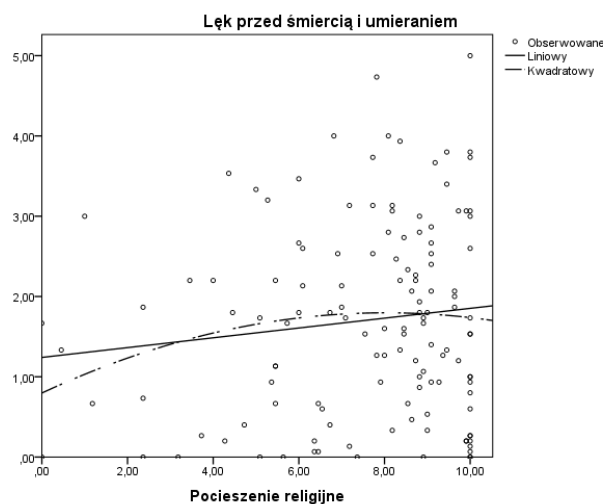
Tab. A.29

*Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla pocieszenia jako predyktora lęku przed śmiercią*

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,24	0,35		3,55	<0,001
Pocieszenie	0,61	0,04	0,12	1,40	0,166
Stała	0,80	0,55		1,45	0,148
Pocieszenie	2,50	0,18	0,50	1,35	0,179
Pocieszenie <sup>2</sup>	-0,01	0,01	-0,39	-1,05	0,296

Rysunek A.30

*Poziom pocieszenia i lęku przed śmiercią. Przedstawiono nachylenie linii regresji liniowej i kwadratowej dla poziomów pocieszenia oraz lęku przed śmiercią.*



Tab. A. 31

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną jakość życia przez pocieszenie przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	0,10	0,17	-0,196	0,196
3,82	0,10	0,17	-0,196	0,196
4,60	0,10	0,17	-0,196	0,196

Tab. A.32

Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez pocieszenie religijne

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Pocieszenie)			Y (Lęk przed śmiercią)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	0,22	0,16	< 0,001	1,84	0,90	0,041
XxX	—	—	—	-0,25	0,12	0,038
M (Pocieszenie)	—	—	—	0,03	0,07	0,587
Stała	-2,02	0,65	<0,01	-1,70	1,50	0,252
	$R^2 = 0,63$			$R^2 = 0,04$		
	$F(1; 128) = 226,00; < 0,001$			$F(3; 126) = 2,12; p = 0,100$		

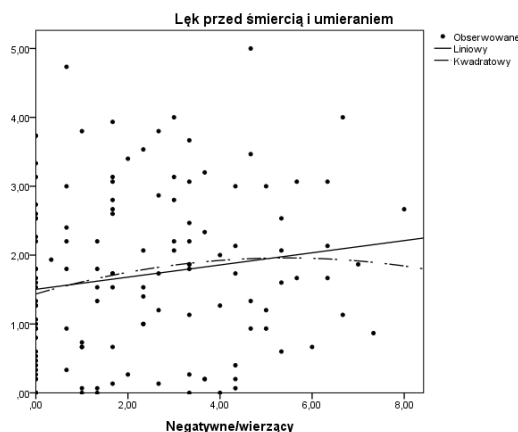
Tab. A.33

Wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej dla negatywnych interakcji z grupą religijną jako predyktora lęku przed śmiercią.

Zmienna	B	SE B	$\beta$	t	p
Stała	1,50	0,15		9,72	<0,001
Negatywne/wierzący	0,09	0,50	0,15	1,77	0,079
Stała	1,43	0,17		8,02	<0,001
Negatywne/wierzący	0,19	0,14	0,33	1,30	0,193
Negatywne/wierzący <sup>2</sup>	-0,01	0,02	-0,19	-0,75	0,453

Rysunek A.34

Poziom negatywnych interakcji z grupą religijną i lęku przed śmiercią.



Tab. A.35

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej centralności na zmienną zależną lęk przed śmiercią przez negatywne interakcje społeczne związane z religią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (centralność)

Centralność	EP	SE	DGPU	GGPU
3,06	0,04	0,04	-0,006	0,140
3,82	-0,02	0,02	-0,103	0,044
4,59	-0,11	0,12	-0,400	0,018

Tab. A.36

Współczynnik regresji modelu mediacji centralności i lęku przed śmiercią przez interakcje z grupą religijną

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Negatywne/Wierzący)			Y (Lęk przed śmiercią)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Centralność)	4,76	1,47	<0,01	1,64	0,90	0,068
X <sup>2</sup>	-0,66	0,21	<0,01	-0,21	0,12	0,091
M (Negatywne/wierzący)	—	—	—	0,13	0,15	0,370
M <sup>2</sup>	—	—	—	-0,01	0,02	0,597
Stała	-5,84	2,50	p < 0,05	-1,44	1,48	0,332
	$R^2 = 0,07$			$R^2 = 0,05$		
	$F(2; 127) = 5,32; p < 0,01$			$F(4; 125) = 1,92; p < 0,110$		

Tab. A.37

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej pocieszenie na społeczny wymiar jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej pocieszenie

Pocieszenie	EP	SE	DGPU	GGPU
5,20	-0,01	0,01	-0,050	0,001
7,60	-0,01	0,01	-0,040	0,011
10,00	0,01	0,02	-0,013	0,080

Tab. A.38

Współczynnik regresji modelu mediacji pocieszenie i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Pocieszenie)	0,25	0,18	0,176	-0,34	0,29	0,256
X <sup>2</sup>	-0,01	0,01	0,294	0,04	0,02	0,062
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,15	0,14	0,262
Stała	0,80	0,55	0,151	8,25	0,87	0,001

$R^2 = 0,02$	$R^2 = 0,08$
$F(2; 126) = 1,55; p = 0,214$	$F(3,125) = 4,06; p <$

Tab. A.39

*Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej napięcie religijne na wymiar społeczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej napięcie*

Napięcie	EP	SE	DGPU	GGPU
0,40	-0,00	0,13	-0,216	0,263
1,63	-0,00	0,07	-0,132	0,142
2,85	0,00	0,02	-0,040	0,042

Tab. A.40

*Współczynnik regresji modelu mediacji napięcia religijne i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Napięcia religijne)	0,93	0,25	<0,001	-0,40	0,15	0,081
X <sup>2</sup>	-0,14	0,05	<0,01	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,01	0,15	0,370
Stała	0,76	0,23	p < 0,01	8,82	0,33	0,992
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,06$		
	$F(2; 126) = 11,47; p < 0,01$			$F(2; 126) = 4,07; p < 0,019$		

Tab. A.41

*Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej lęk-wina na społeczną jakość życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej lęk i wina*

Lęk-wina	EP	SE	DGPU	GGPU
0,26	-0,00	0,08	-0,005	0,124
2,04	-0,00	0,05	-0,100	0,100
3,82	-0,00	0,03	-0,050	0,050

Tab. A.42

*Współczynnik regresji modelu mediacji lęk – wina i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią*

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Lęk - wina)	0,93	0,25	<0,001	-0,40	0,15	0,081
X <sup>2</sup>	-0,14	0,05	<0,01	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,01	0,15	0,370
Stała	0,76	0,23	p < 0,01	8,82	0,33	0,992



$R^2 = 0,15$	$R^2 = 0,04$
$F(2; 126) = 11,47; p < 0,01$	$F(2; 126) = 2,94; p < 0,05$

Tab. A.43

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne emocje do Boga na wymiar społeczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (negatywne emocje względem Boga)

Negatywne/Bóg	EP	SE	DGPU	GGPU
-0,41	-0,05	0,10	-0,233	0,095
0,82	-0,03	0,06	-0,032	0,060
2,06	0,01	0,02	-0,062	0,015

Tab. A.44

Współczynnik regresji modelu mediacji negatywne emocje względem Boga i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Bóg)	0,60	0,20	<0,01	-0,36	0,14	0,001
X <sup>2</sup>	-0,11	0,05	<0,01	—	—	—
M (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,08	0,15	0,370
Stała	1,15	0,13	p < 0,001	8,61	0,30	0,580
	$R^2 = 0,15$			$R^2 = 0,04$		
	$F(2; 126) = 11,47; p < 0,01$			$F(2; 126) = 2,94; p < 0,05$		

Tab. A.45

Warunkowe efekty pośrednie zmiennej niezależnej negatywne interakcje społeczne związane z religią na wymiar społeczny jakości życia przez lęk przed śmiercią na trzech poziomach zmiennej niezależnej (negatywne emocje względem Boga)

Negatywne/Wierzący	EP	SE	DGPU	GGPU
0,16	-0,02	0,03	-0,114	0,007
2,30	-0,01	0,01	-0,056	0,050
4,40	-0,01	0,01	-0,037	0,010

Tab. A.46

Współczynnik regresji modelu mediacji negatywnych interakcji społecznych związanych z religią i społecznej jakości życia przez lęk przed śmiercią

Predyktor	Zmienne wynikowe					
	M (Lęk przed śmiercią)			Y (Społeczna jakość życia)		
	B	SE	p	B	SE	p
X (Negatywne/Wierzący)	0,20	0,14	0,177	-0,05	0,08	0,495
X <sup>2</sup>	-0,02	0,02	0,421	—	—	—

<i>M</i> (Lęk przed śmiercią)	—	—	—	-0,11	0,15	0,416
Stała	1,43	0,17	$p < 0,001$	8,51	0,33	0,001
	$R^2 = 0,02$			$R^2 = 0,01$		
	$F(2; 126) = 1,88; p = 0,155$			$F(2; 126) = ,67; p = 0,514$		