BARBARA WOŹNIAK
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum*

ZAANGAŻOWANIE RELIGIJNE A STAN ZDROWIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM: MECHANIZMY ZALEŻNOŚCI, WYBRANE WYNIKI BADAŃ

Streszczenie

Zgodnie z teorią oraz badaniami prowadzonymi w ramach m.in. socjologii i psychologii religii, zaangażowanie religijne jest czynnikiem redukującym stres i pozytywnie wpływającym na stan zdrowia, za co odpowiada kilka mechanizmów przyczynowych. Zaangażowanie religijnie oddziałuje na zdrowie poprzez generowane dzięki przynależności religijnej zasoby psychospołeczne (związane przede wszystkim z poziomem integracji społecznej oraz wsparciem społecznym), kształtowanie zachowań i stylów życia w taki sposób, że zmniejszeniu ulega ryzyko związane z występowaniem poważnych przewlekłych i ostrych stresorów oraz poprzez dostarczenie zasobów poznawczych, które są przydatne w rozwiązywaniu problemów i radzenia sobie ze stresorami [Ellison 1994]. Religia odgrywa szczególnie ważną rolę w końcowej fazie życia ludzkiego, pomagając osobom starszym w adaptacji do starości, m.in. pozwalając w obliczu zbliżającej się śmierci na znalezienie i zachowanie poczucia sensu życia, na zaakceptowanie nieuniknionych strat związanych z wiekiem podeszłym (m.in. utrata osób bliskich, sprawności i zdrowia, pozycji społecznej, etc.) oraz na odkrywanie nowych wartości, kompensujących wymienione straty [Barron 1961]. Celem przeprowadzonych badań było zweryfikowanie hipotez zakładających istnienie związku między poziomem zaangażowania religijnego a zdrowiem psychicznym w starszym wieku. Analizy potwierdziły, że zaangażowanie religijne jest istotnym wy-

* Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej e-mail: barbara.wozniak@uj.edu.pl

znacznikiem stanu zdrowia psychicznego osób starszych. Religijne znaczenia to prawdopodobnie najważniejszy mechanizm przyczynowy związany z zaobserwowaną relacją.

Słowa kluczowe: osoby starsze, religijność, zdrowie, jakość życia

RELIGIJNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

Religijność to, jak pisze Borowik, „różnorodne treści i formy manifestowania się podstawowego subiektywnego przekonania, że sens ludzkiego życia nie wyczerpuje się w jego biologicznym istnieniu" [2001: 61]. Treści to nabywane na drodze poszukiwań indywidualnych, jak i dziedziczone kulturowo przekonania na temat natury świata, człowieka, norm moralnych, itd. Formy to działania motywowane przyjętymi przekonaniami, wyrażające się w m.in. w manifestowaniu przywiązania do symboli, sprawowaniu kultu, przynależności do wspólnoty [tamże]. Jako że religijność oznacza stosunek do religii charakterystyczny dla jakiejś konkretnej jednostki, grupy społecznej albo określonego przedziału czasowego [Borowik 2001, 2002], uprawnione jest posługiwanie się terminem „religijność osób starszych", który oznacza religijne przekonania i motywowane religijnie zachowania charakterystyczne dla tej grupy wiekowej. Religijność osób starszych z pewnością jest odmienna od stylu religijności prezentowanego przez młodsze grupy wiekowe, tak jak odmienna jest skala zaangażowania religijnego w obrębie różnych grup wiekowych.

W myśl powszechnie przyjętej opinii, ludzie z wiekiem stają się bardziej religijni [Halicka, Halicki 2002]. Badania prowadzone w obrębie różnych tradycji religijnych i różnych wyznań wykazują powtarzającą się prawidłowość, że osoby najstarsze to najbardziej religijna grupa wiekowa, co tłumaczone jest zazwyczaj spadkiem poczucia bezpieczeństwa socjalnego u osób w wieku podeszłym [por. hipoteza Norris i Inglehart 2006, za: Borowik 2009] oraz lękiem egzystencjalnym pojawiającym się w starości, związanym przede wszystkim z wizją zbliżającej się śmierci. Jednym z czynników sprzyjających intensywnej religijności jest specyfika budżetu czasowego na emeryturze – osoby starsze w porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi mają więcej wolnego czasu, który mogą poświęcić na praktyki religijne. Zwraca się również uwagę na kompensacyjną funkcję uczestnictwa w rytuałach religijnych, będących substytutem zanikających na starość kontaktów społecznych, co może być motywacją do angażowania się we wspólnotowe aktywności religijne [Borowik 2009].

Badania prowadzone wśród polskich seniorów wykazują, że ta grupa wiekowa cechuje się większym zaangażowaniem religijnym niż inne [Borowik 2001; CBOS 2005, 2006, 2009]. W badaniach zwraca uwagę m.in. duże zaangażowanie osób starszych w rytuały religijne, zarówno prywatne, jak i wspólnotowe (z naciskiem na te drugie) [Halicka, Halicki 2002]. Analizy socjologiczne pokazują, że skłonność do rytualizmu nie jest cechą osób doświadczających niedoborów czasowych; są to zazwyczaj elity pod względem wykształcenia, dochodów i władzy. Największy rytualizm cechuje tych, którzy mają najwięcej czasu, czyli przede wszystkim ludzi ze starszych przedziałów wiekowych, niemających na emeryturze obowiązków zawodowych oraz obciążeń związanych z obowiązkami rodzinnymi [Borowik 2001]. Intensywność zaangażowania religijnego w starości jest różnicowana przez szereg czynników o charakterze społeczno-demograficzym, przede wszystkim przez wykształcenie (osoby o niższym poziomie wykształcenia są bardziej zaangażowane religijnie, zwłaszcza jeśli chodzi o praktyki obrzędowe) oraz miejsce zamieszkania (większe zaangażowanie na terenach wiejskich w porównaniu z miastami) [Halicka, Halicki 2002; Pędich 2002].

Jak pisze Krause [2004], pomimo potwierdzonego w badaniach faktu, że osoby starsze bardziej niż młode angażują się w aktywności związane z religią, należy być ostrożnym z wyciąganiem wniosku, że religijność wzrasta z wiekiem. Większość badań na ten temat to badania przekrojowe, w których nieuchwytna jest zmiana trendu w czasie: może więc chodzić o różnice między kohortami, a nie o nasilanie się poziomu religijności danej grupy. Potwierdzają to badania przeprowadzone pod kierownictwem Synaka (projekt „Polska starość"), z których wynika, że 60% starszych Polaków oraz 67% Polek znajdujących się w tym samym przedziale wiekowym twierdziło, że ich postawa religijna nie uległa zmianie na przestrzeni życia, 18% mężczyzn i kobiet mówiło, że obecnie są bardziej religijni, niż dawniej, natomiast 12% osób badanych deklarowało, że w młodości byli bardziej religijni niż w momencie badania. Przeprowadzone analizy pokazały, że osoby w wieku 75 lat i powyżej charakteryzowały się większą deklarowaną stabilnością zaangażowania religijnego na przestrzeni życia, niż osoby starsze będące poniżej 75 roku życia [Halicka, Halicki 2002]. Istnieje wiele trajektorii zaangażowania religijnego w starszym wieku i trudno mówić o jednym, stałym wzorcu religijności, zgodnie z którym człowiek staje się coraz bardziej zaangażowany w miarę upływu lat. Niewątpliwie osoby starsze częściej niż młodsze mówią, że religia jest bardzo ważna w ich życiu. Odsetek osób bardzo wysoko oceniających znaczenie religii jest w starszej grupie wiekowej znacznie wyższy, niż w młodszych, a więc dla osób aktualnie starych religia ma większe znaczenie, niż dla osób aktualnie młodych, niezależnie od tego, czy ci ludzie stali się bar-

dziej religijni na starość, czy też nie [Krause 2008]. Niektórzy badacze zwracają uwagę na coraz większe różnicowanie się wzorów zaangażowania religijnego osób w podeszłym wieku [Nelson, Dannefer 1992].

ZDROWIE I JAKOŚĆ ŻYCIA W GERONTOLOGII

Wielowymiarowa koncepcja jakości życia osób starszych obejmuje następujące aspekty: kondycję fizyczną i psychiczną, aktywność społeczną (pełnienie ról w rodzinie, kontynuowanie pracy, pozycję w środowisku społecznym), status ekonomiczny oraz aspekt strukturalny (finalny), wskazujący na miejsce osoby starszej w społeczeństwie (także stopień satysfakcji, związany z tą pozycją), udział w życiu społecznym itp. [Tobiasz-Adamczyk 2000, 2006]. Znaczenie subiektywnej oceny sytuacji życiowej odpowiada definicji jakości życia, zaproponowanej przez WHO, w myśl której jest to satysfakcja z własnego położenia w porównaniu z innymi osobami, będącymi w tym samym wieku. W gerontologii jakość życia rozpatrywana jest przede wszystkim jako wynik zmian w kilku wymiarach, wśród których wyróżnia się stan zdrowia (zmiany są wynikiem naturalnego procesu starzenia się, wielochorobowości, ograniczeń funkcjonalnych, etc.), status ekonomiczny (zmiany pojawiają się przede wszystkim w związku z zaprzestaniem działalności zarobkowej i przejściem na emeryturę), utratę współmałżonka i/lub innych bliskich członków rodziny, wycofywanie się z uprzednich form aktywności (np. z pracy zawodowej), kurczenie się znaczących relacji międzyludzkich oraz utratę niezależności, która prowadzi do wielowymiarowej zależności od innych ludzi i/lub od instytucji [Tobiasz-Adamczyk 2000, 2006]

Ważną kategorią funkcjonującą w piśmiennictwie dotyczącym problematyki starości jest kategoria pomyślnego starzenia się (*successful aging*). Od lat 60. ubiegłego wieku gerontolodzy podejmują próby zdefiniowania pojęcia i opisania czynników odpowiedzialnych za proces pomyślnego starzenia się. Termin *successful aging* po raz pierwszy został użyty przez Havighursta [1961] w publikacji, w której zdefiniował pomyślne starzenie się jako dodawanie życia do lat i czerpanie satysfakcji z życia. Jak pisze Gibson [1995], pomyślne starzenie się jest związane z realizowaniem przez daną jednostkę jej potencjału oraz możliwości w zakresie osiągania fizycznego, społecznego i psychologicznego dobrostanu w starszym wieku. Według Palmore'a [1995], kompletna definicja pomyślnego starzenia się powinna łączyć w sobie trzy składniki: przeżycie (czyli długowieczność), zdrowie (brak niepełnosprawności) oraz satysfakcję z życia (szczęście). Często w tym kontekście podkreślane jest znaczenie adaptacji do

starości. Pomyślne starzenie się można zdefiniować jako osiągnięcie starości z małym ryzykiem niedołężności i chorób, z wysoką sprawnością fizyczną i umysłową oraz utrzymaną aktywnością życiową, w rozumieniu możliwości pełnienia ról społecznych [Gryglewska 2006]. Pomyślne starzenie się jest związane z poczuciem spełnienia i satysfakcji z życia, nadzieją na przyszłość, radością życia i odnajdywaniem sensu w codziennych sprawach. Ważnym jego elementem jest poczucie bycia potrzebnym i kochanym. Osiągnięcie zdrowego starzenia się może być utrudnione w przypadku osób nieposiadających zasobów zdrowotnych, społecznych czy finansowych.

W ostatnich latach wielu badaczy angażowało się w ocenę jakości życia osób starszych, szczególnie tej uwarunkowanej stanem zdrowia, czynnikami społecznymi czy psychologicznymi [por. np. Bowling 2007a; 2007b; Fassino i in. 2002]. Celem prowadzonych badań było ustalenie, jakie czynniki determinują wysoką jakość życia w starości i są wyznacznikami pomyślnego starzenia się. Wyniki wielu badań wskazały na duże znaczenie relacji społecznych w starszym wieku; część autorów podkreśla również rolę religijności jako wyznacznika jakości życia [np. Koenig, Kvale, Ferrel 1988; Mehta 1997; Ardelt 2003; Benjamins 2004; Daaleman, Perera, Studenski 2004]. Zaangażowanie religijne pozwala na radzenie sobie z brakiem zasobów (np. społecznych), może być również odpowiedzią na bezradność i utratę kontroli [Koenig, Kvale, Ferrel 1988], poczucie izolacji i samotności oraz przynosić wiele innych korzyści sprzyjających pomyślnej adaptacji do starości.

WYBRANE MECHANIZMY ZALEŻNOŚCI MIĘDZY RELIGIJNOŚCIĄ A JAKOŚCIĄ ŻYCIA W OKRESIE STAROŚCI – RELIGIA JAKO JEDNO ZE ŹRÓDEŁ POCZUCIA SENSU

Tradycja analizowania zależności między religijnością a zdrowiem przez pryzmat znaczeń, których religia jest źródłem i związanego z nimi poczucia koherencji, sensowności świata, czyli jedna z głównych dróg, jakimi toczą się rozważania o religii [Greeley 1982] zakorzeniona jest w socjologii rozumiejącej Webera. Jak pisze zainspirowany twórczością Webera Berger, celem religii jest tworzenie porządku, konstruowanie ładu wszechświata. Berger przyjmuje przesłanki antropologiczne Luckmanna [1996] i zgadza się z nim w sprawie krytyki utożsamiania religijności z kościelnością, ale pisze, że należy rozpatrywać osobno antropologiczne podstawy i społeczną funkcję religii. Aby wyjaśnić koncepcję Bergera, należy sięgnąć do jego wizji społeczeństwa: rozumiał je jako zjawisko

dialektyczne, wytwór ludzki, który w ciągły sposób oddziałuje zwrotnie na swego wytwórcę. Podstawowy, dialektyczny proces składa się z trzech kroków, którymi są eksternalizacja, obiektywizacja i internalizacja. Eksternalizacja jest to rzutowanie istoty ludzkiej w świat, obiektywizacja to nabywanie przez wytwory tego działania realności i faktyczności (zewnętrzności w stosunku do twórcy), a internalizacja to ponowne „przywłaszczenie sobie" przez ludzi tej rzeczywistości. Jak pisze Berger: „To za sprawą eksternalizacji społeczeństwo jest ludzkim wytworem. To poprzez obiektywizację społeczeństwo staje się rzeczywistością *sui generis*. To za sprawą internalizacji człowiek jest wytworem społeczeństwa" [Berger 1997: 31].

Stworzony społecznie świat jest przede wszystkim porządkowaniem doświadczenia, kreowaniem znaczącego ładu, czyli nomosu (termin ten został pośrednio wyprowadzony od Durkheima i – jak pisze autor omawianej koncepcji – jest odwróceniem pojęcia anomii), a samo społeczeństwo jest przedsięwzięciem budującym, porządkującym (nomizującym) świat. Antropologicznym uwarunkowaniem nomizacji jest pragnienie znaczeń (które, według Bergera, u człowieka ma siłę instynktu), czyli potrzeba nakładania na rzeczywistość znaczącego porządku. Każdy społecznie stworzony nomos jest „gmachem wzniesionym w obliczu potężnych i obcych sił chaosu" [Berger 1997: 55]. Tymczasem religia, która wyrasta z przekonania o tym, że istnieje inna rzeczywistość transcendująca codzienność, jest „ludzkim przedsięwzięciem, które ustanawia święty kosmos" [tamże: 57], jest ostateczną podstawą, uprawomocnieniem nomosów człowieka, czyli spełnia funkcję podtrzymywania i legitymizacji świata społecznego. Berger zaznacza, że religia jest najbardziej powszechnym i skutecznym instrumentem legitymizacji, a jej skuteczność w uprawomocnianiu polega na tym, że rzeczywistość empiryczną odnosi do tej ostatecznej (czyli sytuuje porządek społeczny w świętym, kosmicznym układzie odniesienia; porządek ziemski przedstawiany jest jako odwzorowanie porządku kosmicznego). Religia chroni przed chaosem, porządkuje biografię w sensowną całość (narodziny, różne etapy życia ludzkiego, a także śmierć są dzięki religii interpretowane w kategoriach transcendujących znaczeń). Jako taka, religia odgrywa kluczową rolę w ludzkim przedsięwzięciu budowania świata; jest próbą ujęcia całego uniwersum w kategoriach bytu znaczącego. Rytuał religijny pełni funkcję przypominania o religijnych legitymizacjach rzeczywistości, przekształca wydarzenie jednostkowe w typowy przypadek oraz integruje jednostkową biografię z historią całego społeczeństwa [Berger 1997].

Spójny obraz świata i własnego życia może zostać zachwiany w pewnych okolicznościach, do których zaliczyć można chorobę czy śmierć. Okoliczności te zagrażają poczuciu sensowności, a świat staje się zagrożony chaosem. W obliczu

takich zdarzeń pojawiają się pytania o znaczenie; wymagają one odpowiedzi, wyjaśnienia, ramy interpretacyjnej. Odpowiedź ta często zawiera się w religii, choć należy podkreślić, że religia jest tylko jednym z wielu potencjalnych źródeł wartości nadających sens ludzkiemu istnieniu. Jak piszą Sorajjakool i Seyle [2004], każda osoba, która staje twarzą w twarz ze śmiercią, ma potrzebę odnalezienia w tym celu i znaczenia. Bowkler [1970] wskazuje na koncepcje wyjaśniające sens cierpienia stanowiącego fundamentalne zagadnienie religijne. Dowodzi, że każda z wielkich religii światowych oferuje ideologię, język i rytuały, w których cierpienie (śmierć, choroba, niesprawiedliwość) znajdują wyraz i rozwiązanie. Religia jest rodzajem antidotum na bezkompromisowość ludzkiej egzystencji, przejawiającą się w nieuchronności cierpienia. Jest jak mapa kognitywna, która dostarcza pewności, że jest gdzieś sens; prowadzi przez cierpienie [Bowkler 1970, 1973]. W obliczu ciągłej konfrontacji z negatywnymi okolicznościami, zaburzającymi poczucie sensu, ludzie muszą sobie radzić, aby utrzymać poczucie spójnego obrazu świata. Kiedy okoliczności te dotyczą rzeczy najważniejszych dla człowieka (życie, zdrowie, bezpieczeństwo, zarówno własne, jak i istotnych innych), sytuacja staje się krytyczna z punktu widzenia ludzkiej egzystencji i potrzeba nadania jej sensu wzrasta. Śmierć, ciężka choroba, cierpienie, są zdarzeniami, które przypominają człowiekowi o ostatecznej kruchości i nietrwałości życia ludzkiego. Sytuacje takie, zwane sytuacjami granicznymi, są punktem przecięcia się jednostkowego doświadczenia ludzkiego z kosmologią religijną [Idler 1994].

Jak pisze Kehrer [2006], teodycea religijna jest niczym innym, jak religijną artykulacją odpowiedzi na pytanie o sens egzystencji, nieprzypadkowo ogniskującą się na zagadnieniu śmierci. Ostateczną religijną odpowiedzią na pytanie o sens jest obietnica nagrody w niebie i życia wiecznego [Koenig 1994]. Osłaniający charakter porządku społecznego jest szczególnie widoczny właśnie w sytuacjach granicznych, takich jak śmierć, a w szczególności śmierć znaczących innych [Berger 1997]. Graniczne sytuacje dowodzą braku trwałości społecznych światów, grożąc społecznie skonstruowanemu nomosowi możliwością popadnięcia w anomię. Jak pisze Berger, „śmierć w radykalny sposób stawia wyzwanie wszystkim zobiektywizowanym definicjom rzeczywistości – świata, innych, własnego ja" [tamże: 79], a „każdy porządek ludzki jest wspólnotą w obliczu śmierci" [tamże: 122]. Ponieważ śmierci nie można uniknąć, pojawia się zapotrzebowanie na legitymizację rzeczywistości świata społecznego w jej obliczu. Zgodnie ze słowami Bergera i Luckmanna „Integracja rzeczywistości sytuacji granicznych z nadrzędną rzeczywistością życia codziennego ma duże znaczenie, te bowiem sytuacje stanowią największe zagrożenie dla przyjmowanego bez zastrzeżeń, zrutynizowanego istnienia w społeczeństwie" [1983: 158]. Sytuacje graniczne

domagają się wyjaśnienia, usensownienia. Teodyceę Berger definiuje właśnie jako wyjaśnienie, nadawanie zjawiskom anomicznym znaczenia w kategoriach religijnych legitymizacji. Innymi słowy, teodycea jest legitymizacją anomii; nie przynosi szczęścia, ale jest źródłem znaczenia, a ludzie cierpią najbardziej właśnie wtedy, kiedy nie potrafią odnaleźć źródeł swojego cierpienia, a więc nie znajdują w nim sensu. Nawet najbardziej bolesne doświadczenia zyskują dzięki teodycei sens, zarówno w kategoriach społecznych, jak i subiektywnych. Berger mówi, że „teodycea stanowi próbą zawarcia paktu ze śmiercią" [1997: 122] i jako taka jest kwintesencją religii. Kolektywnie wypracowany nomos ustanawia transcendencję indywidualności, a więc zakłada teodyceę; jest znaczącą rzeczywistością, która obejmuje ją i wszystkie jej doświadczenia, nadając sens jej życiu, w tym także sprzecznym, bolesnym doświadczeniom [tamże].

Cierpienie zajmuje ważne miejsce w tradycji judeochrześcijańskiej; atrybucje znaczenia cierpienia czy choroby są w tej tradycji dobrze rozwinięte, jakkolwiek nie są szczególnie systematyczne czy logiczne. Religia dostarcza ram interpretacyjnych dla ludzkiego cierpienia i niedostatku, na które istnieje zapotrzebowanie, o czym świadczy popularność religijności wśród osób znajdujących się w gorszym położeniu społecznym (nieuprzywilejowanych), czyli słabo wykształconych, o niższym statusie socjo-ekonomicznym, przewlekle chorych, kobiet, osób starszych, mniejszości etnicznych. Osoby takie mają szansę na zracjonalizowanie, dostrzeżenie sensu w swoim cierpieniu w świetle nauki biblijnej. Oprócz nadawania znaczenia, religia dostarcza modeli dla przeżywania cierpienia; pokazując cierpienie takich postaci, jak Jezus, Hiob, David, Jeremiasz, Izajasz, uczy jednocześnie, jak należy je przyjmować (np. gniew będący naturalną reakcją na nieszczęście; Bóg wie o każdym cierpieniu, cierpi z człowiekiem itd.) [Koenig 1994]. Pisząc o problemie bólu Lewis proponuje typologię teodycei dotyczących choroby, powstałych na gruncie tradycji judeochrześcijańskiej. Cierpienie jest w tej tradycji interpretowane jako kara za popełnione grzechy i sposób nawoływania przez Boga do skruchy, jako test sprawdzający siłę wiary, czynnik budujący i uszlachetniający człowieka. Cierpienie może być również przyczyną konwersji, odnowienia doświadczeń religijnych, nawiązania kontaktu z Bogiem lub ofiarą ponoszoną przez człowieka dla dobra innych ludzi. Może ono być również odczytywane jako znak Bożej wszechwiedzy, gdy przyczyny cierpienia znajdują się poza możliwościami poznawczymi człowieka [Lewis 1962; Kelsey 1973]. Teodycee przynoszą ulgę i pocieszenie w cierpieniu, a sięgając do nich człowiek zyskuje ostateczne, bo pochodzące od Boga, rozwiązanie problemu [McCullough, Smith 2003].

Zgodnie ze stawianą przez Idler [1994] „hipotezą koherencji", która jest propozycją kognitywnego podejścia do analizy religii, zakorzenioną w socjologii Webera, wierzenia religijne są jednym ze źródeł sensu i poczucia posiadania celu w życiu. Wierzenia te, jak i poczucie sensu nie są negowane czy niwelowane przez chorobę czy niepełnosprawność; negatywne zdarzenia mogą wręcz pogłębiać wiarę. Przeciwności losu zinterpretowane w kategoriach religijnych mogą być czynnikiem pomagającym ludziom w religijnym (duchowym) wzroście i sprzyjać rozwojowi. Zło i cierpienie postrzegane są w wielu religiach jako źródła „religijnego wglądu" w prawdę o rzeczywistości, jako okoliczności działające na rzecz przyszłego zbawienia [Royce 2001]. Jak zauważył Finke [2007], dostrzeżenie przez badaczy działających na pograniczu socjologii i medycyny roli religii jako źródła sensu życia i znaczenia cierpienia i stanowiło ważny postęp w badaniach nad wpływem zależności między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem. Wśród mechanizmów wyjaśniających tę zależność w odniesieniu do osób starszych najczęściej pisze się o roli religijności w radzeniu sobie ze stresem, w budowaniu poczucia koherencji oraz o jej znaczeniu w adaptacji do strat związanych z wiekiem i lęku przed śmiercią.

W myśl paradygmatu stresu życiowego (*life stress paradigm*), sformułowanego przez Ellisona [1994] religijność może mieć pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz na jakość życia m.in. dlatego, że przynależność religijna jest potencjalnym źródłem zasobów pomagających w radzeniu sobie z przeciwnościami losu. Zasoby te pozwalają na lepszą adaptację do nowych sytuacji życiowych oraz na radzenie sobie ze stresem, szczególnie w przypadku ciężkiej choroby własnej lub członka rodziny czy w razie owdowienia. Funkcję adaptacyjną spełniają rytuały religijne [Levin, Vanderpool 1989], zarówno prywatne, jak i wspólnotowe. Szczególnie ważna jest rola modlitwy, która z jednej strony bywa postrzegana jako posiadająca ozdrowieńczą moc, a z drugiej daje, zwłaszcza w przypadku choroby, poczucie sprawowania kontroli nad sytuacją [Hathaway, Pargament 1992]. Często zwrot w kierunku modlitwy następuje w przypadku ciężkich, nieuleczalnych chorób, zwłaszcza nowotworowych (wokół których koncentruje się najwięcej badań), choć nie tylko, a także w starszym wieku [Ellison 1994].

Pargament, jeden z czołowych badaczy strategii radzenia sobie z trudnościami życiowymi poprzez wykorzystanie zasobów pochodzących z religii, określił radzenie sobie jako wielowymiarowe, skomplikowane zjawisko, ściśle powiązane z kontekstem społecznym, w którym osadzona jest jednostka. Jak pisze Pargament, wysiłek radzenia sobie nie jest nigdy podejmowany „w próżni" – zawsze wykorzystywane są w jego toku jakieś zasoby: społeczne (rodzina, przyjaciele,

wsparcie społeczne, etc.), kulturowe (wierzenia), psychologiczne (samoocena, skłonność do optymistycznego lub pesymistycznego postrzegania sytuacji), umiejętności w zakresie rozwiązywania problemów. Radzenie sobie Pargament zdefiniował dokładnie jako proces poszukiwania znaczenia w sytuacji stresowej (*coping is a serach for significance in times of stress*) [Pargament 1997: 90]. Zdaniem Pargamenta, radzenie sobie nie jest tylko działaniem reaktywnym, odpowiedzią na negatywne wydarzenia życiowe; to także ruch w kierunku przyszłości, poszukiwanie znaczenia, próba ocalenia lub przekształcenia systemu wartości w obliczu negatywnych doświadczeń. Wpływ stresującego wydarzenia na życie jednostki zależy od tego, jak zostaje ono ocenione przez człowieka, który go doświadczył. Jak wspomniano wyżej, ludzie dysponują różnymi rodzajami zasobów, pomocnych w radzeniu sobie z problemami. To właśnie zasoby kształtują takie a nie inne postrzeganie sytuacji. Nie są one systemem statycznym (zmieniają się w czasie), mogą również być kumulowane [Pargament, Van Haitsma, Ensing 1995]. W ramach radzenia sobie z trudnościami jednostka musi „przełożyć" swój system zasobów (religijny lub nie-religijny) na konkretne działania podejmowane w celu rozwiązania problemu. Religia w procesie radzenia sobie może być wykorzystywana na różne sposoby: może pełnić rolę strategii defensywnej (zaprzeczanie) lub być sposobem uzyskania poczucia kontroli nad sytuacją. Pargament [1997] wyróżnił dwa mechanizmy funkcjonalne wykorzystywane w procesie radzenia sobie: pierwszym jest ochrona (konserwacja) znaczeń, czyli próba zachowania najważniejszych wartości w obliczu zagrożenia, a drugim jest transformacja (zmiana) znaczeń. W obu wymienionych przypadkach religia może odgrywać rolę jako zasób wykorzystywany w adaptacji do nowej, trudnej sytuacji. Instrumentalne używanie religii w radzeniu sobie z przeciwnościami losu jest zjawiskiem powszechnym i nie powinno być traktowane jako wypaczenie idei religijnych [tamże].

Pargament [1997] wymienia kilka funkcji religii, które wykorzystywane są w radzeniu sobie ze stresem. Przede wszystkim religia pomaga nadać sens negatywnym okolicznościom życiowym, pozwalając na zinterpretowanie jej w religijnych kategoriach. Doświadczając przeciwności losu osoby religijne patrzą na nie jak na rodzaj próby, będącej okazją do rozwoju, następuje więc reewaluacja negatywnego zdarzenia [Krause 2008]. Religia może być również źródłem poczucia kontroli nad sytuacją oraz pocieszenia w trudnych okolicznościach życiowych, a także źródłem wsparcia (np. ze strony wspólnoty religijnej czy kapłana). Ostatnia z funkcji to rozwój w ramach religii i poszukiwanie nowych wartości [Pargament 1997]. Pargament uwzględnia również możliwość destrukcyjnego wpływu religijności na funkcjonowanie człowieka, wyróżniając obok pozytyw-

nych także negatywne formy religijnego *copingu*[1]. W przeciwieństwie do *copingu* pozytywnego, którego rolą jest nadanie pozytywnego znaczenia pojawiającym się problemom życiowym i nieprzewidzianym sytuacjom (np. poprzez interpretowanie ich w kategoriach Bożego planu, nauki od Boga, etc.), *coping* negatywny jest próbą zredukowania negatywnych emocji związanych ze znalezieniem się w ciężkim położeniu poprzez przypisanie odpowiedzialności za to, co się stało, komuś innemu (np. Bogu – pojawiają się wówczas gniew, poczucie odrzucenia, zwątpienie w Boga, etc.) [Pargamnet 2003; Krause 2006]. W efekcie, jak wynika z badań, osoby sięgające po negatywny *coping* doświadczają więcej stresu niż osoby, które nie stosują tej strategii radzenia sobie z problemami [Pargament 1997] i są w związku z tym są również bardziej narażone na jego niekorzystne zdrowotne konsekwencje.

Analizując religijność jako źródło poczucia koherencji badacze odwołują się najczęściej do definicji Antonovsky'ego, zgodnie z którą poczucie koherencji jest globalną orientacją, wyrażającą „stopień, w jakim jednostka posiada trwałe, dominujące, choć dynamiczne uczucie pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć" [Antonovsky 1979: 10; tłum. definicji za: Antonovsky 1997, w: Heszen-Niejodek, Sęk: 214]. Poczucie koherencji jest podstawowym pojęciem sformułowanego przez Antonovsky'ego tzw. modelu salutogenetycznego, który jest próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie o źródła zdrowia. Salutogeneza to dynamiczny proces, a czynnik salutogenetyczny nie jest po prostu odwrotnością czynnika ryzyka wystąpienia patogenezy, ale odrębnym konstruktem. Model salutogenetyczny opiera się na założeniu, że złożoność życia społecznego nieuchronnie rodzi konflikty, z którymi jednostki są jednak w stanie sobie poradzić i efektywnie prosperować pomimo nich. Jak pisze Antonovsky, podstawowym mechanizmem, który jest odpowiedzialny za radzenie sobie ze złożonością świata społecznego jest poczucie koherencji, dzięki któremu jest on postrzegany przez jednostki jako zrozumiały, sensowny

[1] Polskie tłumaczenie angielskiego terminu *coping* to „radzenie sobie". W prezentowanej pracy stosuje się ten termin w odniesieniu do religii (ang. *religious coping*), w dwóch wymiarach: pozytywnym i negatywnym (ang. *positive religious coping*, *negative religious coping*). Tłumaczenie sformułowania *religious coping* to „radzenie sobie z wykorzystaniem religii" (lub „z wykorzystaniem zasobów religijnych"), a *positive/negative religious coping* to „pozytywne/negatywne radzenie sobie z wykorzystywaniem religii/zasobów religijnych". Ponieważ tłumaczenie takie brzmi dość niezgrabnie, a w polskiej literaturze przedmiotu słowo *coping* funkcjonuje równolegle z polskim tłumaczeniem słowa (por. np. Pietkiewicz [2010: 289–299] i używane jest także w odmianie przez przypadki, zdecydowano się również nie tłumaczyć tego terminu.

(wart angażowania się) i dający się opanować. Antonovsky wyróżnia trzy źródła poczucia koherencji: psychologiczne, społeczno-strukturalne i historyczno-kulturowe, mówi także o trzech jej podstawowych komponentach. Pierwszy z nich, czyli zrozumiałość (*comprehensibility*), odnosi się do zakresu, w jakim jednostki odbierają docierające do nich ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego bodźce jako uporządkowane, spójne, ustrukturyzowane i przewidywalne. Komponent drugi, czyli zaradność (*manageability*) związany jest z poczuciem, że ma się możliwość radzenia sobie z wymaganiami i wpływania na sytuację, czyli że dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wyzwaniom stawianym przez te bodźce. Ostatni z komponentów, sensowność (*meaningfulness*) opiera się na przekonaniu, że warto angażować się w te wyzwania, wkładać w nie wysiłek i że podejmowane działania mają sens. Jak zaznacza Antonovsky, nie wszystkie wydarzenia w życiu jednostki muszą być postrzegane jako koherentne; ważne jest, aby poczucie koherencji towarzyszyło postrzeganiu tych obszarów, które z perspektywy jednostki mają największe znaczenie w jej życiu [Antonovsky, Sourani 1988]. Według Antonovsky'ego, skupienie się na slutogenezie raczej niż na patogenezie doprowadzi do ujawnienia mechanizmów odpowiedzialnych za dobre zdrowie [Antonovsky 1987].

Opierając się m.in. na koncepcji Antonovsky'ego Idler identyfikuje poczucie koherencji, którego źródłem jest religia, jako jeden z mechanizmów wyjaśniających obserwowaną w badaniach zależność między religijnością a zdrowiem. Koherencja odnosi się do podejmowanych przez jednostki świadomych zabiegów, mających na celu nadawanie znaczenia sytuacjom, które spotykają je w życiu. Religia daje poczucie zrozumiałości świata i biegu zdarzeń, jest również źródłem zasobów, pomagających w radzeniu sobie z przeciwnościami losu, pozwala ogarnąć swoim znaczeniem każdą domenę życia ludzkiego, redukując niepewność w życiu codziennym i w momentach kryzysów. Tym samym jest źródłem koherencji, którą można zdefiniować jako poczucie, że życie, w każdym z jego aspektów, jest pełne znaczeń, ma sens, a wszystko, co przydarza się człowiekowi może być zrozumiane (nawet jeśli nie wszystkie zdarzenia poddają się kontroli). Symbole religijne są historyczne, tradycyjne i podzielane społecznie, są wiec elementem „kulturowego wyposażenia" jednostki [Idler 1994]. Aby zmierzyć w badaniach socjologicznych koherencję płynącą z religii Idler proponuje pytać o zakorzenione w wierze poczucie sensowności, celowości i nieprzypadkowości wydarzeń, jak również o to, czy jednostka ma wrażenie, że rzeczy dzieją się zgodnie z jakimś „odgórnym" planem, czy świat jest pod czyjąś kontrolą i czy zmierza we właściwym kierunku. Przeciwieństwem koherencji i znaczenia jest fatalizm, czyli przekonanie, że to, co się danej osobie przydarza to rezultat trafu,

przypadku, bezsensownego zbiegu okoliczności. Atrybucje fatalistyczne to wyuczone i stałe tendencje jednostki do przypisywania przyczyn zdarzeń czynnikom zewnętrznym (np. szczęśliwy lub nieszczęśliwy przypadek), a nie wewnętrznym. Fatalizm, ponieważ wiąże się ze skłonnością do odnajdywania przyczyn zjawisk w środowisku zewnętrznym, a zdarzenia nie są postrzegane w kategoriach sensu, prowadzi do redukcji jednostkowych wysiłków radzenia sobie z sytuacją, jako że z góry zakładana jest ich nieskuteczność; konsekwencją jest gorsza adaptacja [Wheaton 1980].

Przypisywanie znaczeń sytuacjom to definiowanie ich w kategoriach przyjętego systemu wierzeń i symboli, który zawiera potencjał generowania przyczynowych i moralnych osądów. Efektem procesu przypisywania znaczeń jest postrzeganie doświadczenia, które stało się udziałem jednostki dokonującej atrybucji, jako zrelatywizowanego i zdezindywidualizowanego. Zgodnie z teorią atrybucji ludzie nie lubią przypisywać zdarzeń przypadkowi, ale szukają przyczyny w sobie, w kimś lub w czymś. Potrzeba osądów moralnych opiera się na wierze, że ludzie otrzymują od losu to, na co zasługują. Przekonanie o sprawiedliwości świata (*just world theory*) jest sposobem na redukowanie niepewności. Ludzie nieprzerwanie walczą o utrzymanie obrazu świata jako sprawiedliwego, czyli takiego, w którym dobrzy ludzie mają szczęście, a źli ludzie otrzymują karę, na którą zasługują. Negatywne wydarzenia są potencjalnym zagrożeniem dla wizji świata jako sprawiedliwego, a reinterpretacja zdarzeń w kategoriach sensu np. religijnego pozwala na zarządzenie emocjonalnymi konsekwencjami nieszczęść i na utrzymanie korzystnej dla zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia orientacji. Dezindywidualizacja odnosi się do założenia, że ludzie przekładają biografie jednostkowe na historię społeczności (moje doświadczenie – doświadczenie ludzkie), a przypisywanie znaczeń zmienia sytuację z jednostkowego zdarzenia w typowy przypadek, umieszcza zdarzenie w kontekście innych zdarzeń, mniej lub bardziej podobnych, oraz otwiera repertuar możliwych do zastosowania strategii radzenia sobie z sytuacją, sprawiając, że daje się ona łatwiej „ogarnąć", umiejscowić w jednostkowej biografii, połączyć z przeszłymi i przyszłymi wydarzeniami [Idler 1994].

Według badań osoby sięgające do religijnych atrybucji mniej martwią się negatywnymi wydarzeniami i są w stanie, wbrew przeciwnościom losu, podtrzymać dobre samopoczucie z większym prawdopodobieństwem niż osoby nieodwołujące się do religijnych interpretacji rzeczywistości [Spilka, Schmidt 1983]. Należy zauważyć, że religijne atrybucje mogą być związane nie tylko z negatywnymi, lecz także z pozytywnymi wydarzeniami oraz że nie wszystkie negatywne okoliczności są wyjaśniane za pomocą religijnych atrybucji. Proble-

my osobiste częściej są przez osoby wierzące przypisywane interwencji/planowi Bożemu niż trudności interpersonalne. Niewątpliwie najczęściej do religijnych atrybucji ludzie sięgają w wypadku problemów zdrowotnych, choroby i niepełnosprawności [Pargament, Hahn 1986], chronicznego bólu [Kotarba 1983], śmierci bliskich oraz żałoby [Cook, Wimberley 1983].

Jak pisze Straś-Romanowska, główną kategorią stosowaną do opisu sytuacji człowieka w okresie starości jest pojęcie strat lub kosztów starzenia się, które są zdarzeniami potencjalnie kryzysogennymi i zmuszają jednostkę do adaptacji poprzez zmianę stosunku do rzeczywistości, przewartościowanie celów czy przyjęcie nowej koncepcji własnej osoby, nowej filozofii życiowej. Do zdarzeń krytycznych w starości zaliczyć można utratę bliskich osób (współmałżonka, rodziny, przyjaciół), chorobę, spadek sprawności funkcjonalnej i niepełnosprawność, utratę statusu społecznego, prestiżu, poczucia przydatności, etc. Źródłem kryzysu psychicznego może być także wizja nadchodzącej śmierci i związany z nią lęk. Efektywna adaptacja do starości obejmuje sztukę „radzenia sobie z problemami codzienności dzięki sprawowaniu osobistej kontroli nad perspektywą starzenia się oraz jakością życia w warunkach skumulowanego doświadczenia utraty najważniejszych wartości" [Straś-Romanowska 2005: 269]. Podstawa adaptacji do starości to selektywna optymalizacja sprawności funkcji psychicznych (podtrzymywanie tych funkcji, które najwolniej ulegają deterioracji), podejmowanie działań kompensacyjnych oraz utrzymywanie postawy optymistycznej niezależnie od kosztów starzenia się, a objawami nieprzystosowania są bierność, zależność, egocentryzm, postawa roszczeniowa, wrogość, uciekanie od rzeczywistości w świat fantazji, a także depresja [tamże].

Jedną z najważniejszych korzyści psychologicznych związanych z zaangażowaniem religijnym są widoki na nieśmiertelność (życie wieczne), którego obietnicę niesie ze sobą wiele religii [Grounds 2004], redukując lęk przed śmiercią [Rasmussen, Johnson 1994]. Religia i rytuały związane ze śmiercią są częścią *ars moriendi* w wielu tradycjach kulturach. Jak pisze Dyczewski „Wiara w wiat nadprzyrodzony, a przede wszystkim w Boga osobowego, pomaga pełniej interpretować całość swojego życia, zaakceptować utratę sił witalnych, znosić dolegliwości i cierpienie, przyjąć śmierć i widzieć w niej swoistą wartość, budzi i utrwala postawę życiowego optymizmu, wzmacnia poczucie własnej wartości i godności, zapewnia osobową trwałość" [Dyczewski 2006: 117]. Osoby starsze myślą o śmierci więcej i boją się jej mniej, niż młode, a wysoki poziom religijności jest zazwyczaj skorelowany z mniejszym lękiem przed śmiercią [Rasmussen, Johnson 1994]. Analizując zależność między religijnością i natężeniem lęku przed

śmiercią należy zawsze uwzględniać poziom zaangażowania religijnego – głębia wiary jest czynnikiem moderującym lęk [Thorson 1998].

Wiara religijna jest źródłem zasobów, które pomagają radzić sobie z kosztami starzenia się oraz efektywnie zaadaptować się do sytuacji w obliczu strat poniesionych z wiekiem [Levin 2001]. Istotny jest fakt, że aktywizacja zasobów związanych z religią zależy wyłącznie od woli jednostki, a nie od intencji czy pomocy otoczenia [Koenig 1994]. Indywidualne zaangażowanie zasobów religijnych w radzenie sobie z problemami zmienia się w zależności od czynnika stresującego. Religia działa jako bufor tylko w przypadku niektórych typów lęków (np. w przypadku lęku przed śmiercią), podczas gdy nie pomaga w przypadku innych. Badacze analizujący zależność między religijnością a zdrowiem podkreślają, że religia jest jednym ze źródeł nadziei (na poprawę niekorzystnej sytuacji życiowej, na wyzdrowienie, etc.). Nadzieja, wielowymiarowy i dynamiczny konstrukt, jest związana z pozytywnymi oczekiwaniami względem przyszłości. Posiadanie nadziei ułatwia odnajdywanie sensu nawet w sytuacjach najbardziej ekstremalnych [Frankl 2006]. Nadzieja może dotyczyć kwestii świeckich jak i rzeczy ostatecznych i jest ważnym aspektem dobrostanu duchowego. Nadzieja oczywiście nie musi istnieć w kontekście religijnym, ale często tak jest. Podczas cierpienia czy choroby, jest podtrzymywana poprzez rytuały (prywatne i publiczne) [Post 1998], które przynoszą również poczucie przynależności do wspólnoty, poczucie więzi emocjonalnej i pozwalają na rozładowania negatywnych emocji [Kaplan, Munroe-Blum, Blazer 1994]. Modlitwa, najbardziej popularna forma praktyki religijnej, najpowszechniej praktykowana w starszych grupach wiekowych (szczególnie przez kobiety) obniża napięcie psychiczne w czasach kryzysów, wiąże się z dobrym samopoczuciem, poczuciem szczęścia i satysfakcji z życia [Levin 2001]. Każde źródło nadziei (w tym religia) działa jak czynnik protekcyjny przeciwko chorobie fizycznej oraz problemom emocjonalnym. Jak pisze Levin [tamże], wiara jest źródłem nadziei, a nadzieja ma konsekwencje fizjologiczne – są nimi lepsza odporność na choroby, mniejsze ryzyko depresji i szanse na szybsze wyzdrowienie. Nadzieja i wiara w uzdrowienie same w sobie mogą mieć uzdrawiającą moc – przykładem są niewyjaśnialne z perspektywy medycznej remisje chorób, m.in. nowotworowych [O'Regan, Hirshberg 1993].

MATERIAŁ I METODA

Problemem, wokół którego koncentrował się projekt badawczy[2], zrealizowany w Krakowie w okresie od października 2009 do kwietnia 2011 r., była relacja między różnymi wymiarami religijności osób starszych a wybranymi aspektami subiektywnej oceny zdrowia/jakości życia w tej grupie wiekowej. Postawiono hipotezy o istnieniu związku między poziomem zaangażowania religijnego a zdrowiem w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. W ramach badania, posługując się zarówno istniejącymi skalami jak i narzędziami własnego autorstwa, oceniono szereg zmiennych, m.in:

– zmienne opisujące różne aspekty zaangażowania religijnego. W celu dokonania pomiaru wykorzystano skale dotyczące wspólnotowych i niewspólnotowych praktyk religijnych (narzędzia własnego autorstwa), wierzeń religijnych (skala *Religious beliefs – long form*) [Idler 2003], doświadczeń religijnych (*Daily Spiritual Experiences – long form*) [Underwood 2003], religijnego *copingu* (*Religious/ Spititual Coping – short form*) [Pargament 2003].

– zmienne opisujące samoocenę stanu zdrowia osób respondentów. Subiektywna ocena różnych wymiarów zdrowia i jakości życia respondentów i respondentek została dokonana na podstawie skal obejmujących samoocenę zdrowia fizycznego, psychicznego oraz samoocenę zdrowia w wymiarze społecznym. W badaniu posłużono się następującymi narzędziami: *Short-form General Health Survey*, SF-20 [Stewart, Hays, Ware 1988; MacDowell, Newell 1996] do oceny stanu zdrowia (m.in. samoocena stanu zdrowia, zdrowie psychiczne, stan funkcjonalny), *Hospital Anxiety and Depression Scale* [Zigmond, Snaith 1983] do pomiaru poziomu depresji, *Loneliness Scale* [de Jong-Gierveld 1987; de Jong-Gierveld, van Tillburg 1999] do oceny poczucia samotności, *DUKE Social Support Scale* [Broadhead et al. 1988; MacDowell, Newell 1996] do pomiaru samooceny wsparcia społecznego oraz *Will-to-live Scale* [Carmel 2001, 2010] do zbadania chęci życia badanych.

Ponadto osobom badanym zadano pytania dotyczące zmiennych społeczno-demograficznych (m.in. wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna).

Prezentowany artykuł jest omówieniem wybranych wyników badań. Koncentruje się na zależności między wybranymi wymiarami zaangażowania religijnego

[2] Projekt pt. „Religijność jako wyznacznik zdrowia i jakości życia w starszym wieku" realizowany był w ramach grantu promotorskiego finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego; numer rejestracyjny projektu: N N116 445737; numer umowy: 4457/B/ H03/2009/37.

a samooceną zdrowia psychicznego i samooceną nasilenia objawów depresji u osób starszych.

W ramach projektu badawczego przeprowadzono badania wykorzystujące zarówno podejście ilościowe, jak i jakościowe. W ramach części ilościowej (I etap badania) posłużono się techniką wywiadu kwestionariuszowego, przeprowadzonego na losowej próbie respondentów. Rolą tej części badania było udzielenie odpowiedzi na postawione problemy i hipotezy badawcze. W II etapie badania (część jakościowa) zrealizowano wywiady częściowo ustrukturalizowane, do udziału w których zaproszono osoby wybrane spośród tych, które uczestniczyły wcześniej w wywiadach kwestionariuszowych. Część ta służyła przede wszystkim uzupełnieniu części ilościowej, zwłaszcza pogłębieniu wiedzy na temat zależności zaobserwowanych w analizach danych uzyskanych w badaniu kwestionariuszowym.

Badaną w części ilościowej populację stanowiły osoby starsze, tj. w wieku 65 lat i powyżej, zamieszkałe na terenie miasta Krakowa. Badanie przeprowadzono na losowej próbie prostej, którą uzyskano ze zbiorów meldunkowych Urzędu Miasta Krakowa. Wylosowana próba liczyła 685 osób, z czego 367 osoby zgodziły się na wzięcie udziału w badaniu, współczynnik zwrotności wyniósł więc 54%. Z powodu małego prawdopodobieństwa znalezienia się w próbie osób starszych grupy osób niewierzących (ateistów/agnostyków) na tyle dużej, by móc przeprowadzić porównania międzygrupowe, zdecydowano się włączać do próby tylko osoby określające siebie jako wierzące. Z podobnych powodów zdecydowano się na zawężenie obszaru zainteresowań do wyznawców Kościoła rzymsko-katolickiego. Przy kodowaniu danych i wprowadzaniu ich do bazy zdecydowano się na wyłączenie z analizy pięciu przypadków z powodu na tyle dużych braków danych, że uniemożliwiały one ustalenie pozycji badanej osoby na większości skal zawartych w kwestionariuszu wywiadu. W związku z powyższym w bazie znalazły się dane dotyczące 362 osób i na takiej próbce przeprowadzono analizy statystyczne.

Istnienie zależności między zmiennymi jakościowymi zostało zbadane za pomocą testu niezależności chi^2. Do określenia związku między poszczególnymi wymiarami religijności a wymiarami zdrowia (z uwzględnieniem zmiennych zakłócających) został wykorzystany model regresji liniowej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną interwałową oraz model regresji logistycznej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną dwuwartościową. Modele regresji standaryzowano na liczbę chorób i zmienne społeczno-demograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuację materialną. W kolejnych modelach badano zależność między różnymi wymiarami subiektywnej oceny

stanu zdrowia (zmienna zależna) a różnymi wymiarami religijności (zmienna niezależna). Ponieważ zgodnie z jedną z postawionych hipotez zależności między wymiarami religijności a samooceną stanu zdrowia są różnicowane przez płeć, analizy przeprowadzono osobno w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Istnienie różnic i siły związku między zmiennymi zostało oszacowane na poziomie istotności p = 0,05. Analizy statystyczne zostały wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 19.0.

Aby uzupełnić badania ilościowe oraz uzyskać pełniejsze rozumienie zaobserwowanych zależności między zmiennymi przeprowadzono badania jakościowe, mające charakter indywidualnych wywiadów częściowo ustrukturalizowanych. Wywiady prowadzone były z osobami wybranymi spośród tych, które wzięły udział w etapie ilościowym. Starano się tak dobrać grupę badawczą, aby postawy osób badanych odzwierciedlały różne natężenie zaangażowania religijnego. Przeprowadzono, posługując się autorskim narzędziem, wywiady z 36. osobami (co stanowiło ok. 10% z próby, która wzięła udział w badaniu ilościowym). Scenariusz wywiadów częściowo ustrukturalizowanych koncentrował się na roli religijności w życiu osoby badanej, rozpatrywanej pod kątem wpływu, jaki wywierać może ona na stanu zdrowia i jakość życia respondenta/respondentki.

WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji

Wśród osób, które wzięły udział w badaniu, znaczącą przewagę liczebną miały kobiety (72%). Najliczniejszą wśród osób badanych grupą wiekową (prawie 50%) były osoby w przedziale wiekowym między 70 a 74 rokiem życia. Średnia wieku badanych osób wynosiła 75 lat, z odchyleniem standardowym 6,28. Prawie 50% osób biorących udział w badaniu były to osoby owdowiałe; kolejna co do liczebności grupa to osoby pozostające w związku małżeńskim (prawie 41%). Wśród badanych najliczniej reprezentowane było wykształcenie średnie (ogólne, zawodowe, pomaturalne), którym legitymowało się nieco ponad 40% próby; osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 27% badanej populacji, a osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym – łącznie 29%. Najwięcej badanych oceniało swoją sytuację materialną jako średnią (57%), następnie jako dobrą (28%) oraz z znacznie mniejszy odsetek jako raczej złą (10%).

Porównując rozkład wieku w grupie kobiet i mężczyzn, należy stwierdzić, że nie zanotowano dużych różnic między płciami; nieco większy wśród kobiet był odsetek reprezentantek najmłodszych grup wiekowych (do 74 roku życia).

Z kolei większy odsetek mężczyzn znajdował się w trzech najstarszych kategoriach wiekowych. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 74 lata (odchylenie standardowe: 6,29), a średnia wieku mężczyzn wynosiła 76 lat (odchylenie standardowe: 6,13). Podczas gdy wśród kobiet przeważały wdowy (nieco ponad 57%) w porównaniu z osobami zamężnymi (około 31%), to wśród mężczyzn te proporcje były odwrócone: żonaci stanowili 65% badanej populacji, wdowcy – 29%. W grupie mężczyzn więcej było osób zarówno z wykształceniem zasadniczym zawodowym (prawie 20%), jak i z wyższym (prawie 31%) i ze stopniem naukowym (prawie 7%). Wśród kobiet większość stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (ponad 18%) i średnim (ponad 40%). Mężczyźni byli nieco bardziej skłonni oceniać swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i dobrą (38%) w porównaniu z kobietami (28%). Kobiety opisując swoją sytuację materialną częściej mówiły, że jest ona raczej zła lub bardzo zła (14%).

Samoocena zdrowia psychicznego a wymiary zaangażowania religijnego

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, samoocena zdrowia psychicznego (mierzona za pomocą pytań zawartych w skali *Short-form General Health Survey*, SF-20) różnicowana była przez prawie wszystkie wymiary zaangażowania religijnego uwzględnione w badaniu, tj. przez wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne, wierzenia i doświadczenia religijne oraz religijny *coping*. Pierwszą z zaobserwowanych relacji był, przejawiający się tylko w grupie mężczyzn, związek między zdrowiem psychicznym a wspólnotowymi praktykami religijnymi, m.in. uczestnictwem we mszy i nabożeństwach religijnych, pielgrzymkach) (współczynnik regresji $B = 0,23$, $p < 0,05$). Relację tę zaobserwowano tylko w modelu jednoczynnikowym, a przy standaryzacji na zmienne społeczno-demograficzne i liczbę chorób przestała być istotna. Ponieważ wymiar praktyk wspólnotowych był modyfikowany, obok płci, przez wykształcenie i sytuację materialną, można przypuszczać, że zaobserwowany związek wynikał z przeniesionych przez wymiar zaangażowania religijnego uwarunkowań społeczno-demograficznych.

Kolejnym wymiarem zaangażowania religijnego różnicującym samoocenę zdrowia psychicznego były niewspólnotowe praktyki religijne (m.in. częstotliwość modlitwy). W modelu jednowymiarowym relacja była istotna zarówno w grupie kobiet ($B = 0,27$, $p < 0,05$), jak i w grupie mężczyzn ($B = 0,34$, $p < 0,05$), natomiast po standaryzacji modeli na zmienne społeczno-demograficzne i liczbę chorób związek pozostawał istotny tylko u kobiet ($B = 0,24$, $p < 0,05$). Kierunek relacji w przypadku obu płci wskazywał na to, że osoby osiągające wyższą punktację na skali niewspólnotowych praktyk religijnych miały również wyższe

wartości na skali samooceny zdrowia psychicznego. W przypadku mężczyzn, ponieważ wymiar zaangażowania religijnego przestawał być istotny po standaryzacji modelu, prawdopodobnie zaobserwowany wpływ religijności w modelu jednowymiarowym był przeniesionym przez tę zmienną uwarunkowaniem społeczno-demograficznym (najprawdopodobniej był to wpływ wykształcenia, które w sposób istotny różnicowało niewspólnotowe praktyki religijne). Rozważając możliwy mechanizm związku należy stwierdzić, że teoretycznie prawdopodobne jest, iż większe zaangażowanie w niewspólnotowe praktyki religijne (modlitwa, czytanie *Pisma Św*., spowiedź, etc.) skutkowało lepszą samooceną zdrowia psychicznego. Trzy z pytań wchodzących w skład analizowanego wymiaru zaangażowania religijnego dotyczyły modlitwy, która jest jedną z najpowszechniejszych praktyk religijnych, szczególnie chętnie praktykowanych przez kobiety, pełni cały szereg funkcji, m.in. jest najpopularniejszym religijnym sposobem radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi, a jej korzystny wpływ na samopoczucie modlącego się oraz właściwość redukowania napięcia emocjonalnego w trudnych dla jednostki momentach zostały udowodnione w badaniach [Levin 200].

Samoocena zdrowia psychicznego różnicowana była również przez wymiar wierzeń religijnych (mierzony za pomocą skali *Religious beliefs – long form*). Jak wykazały analizy, zarówno kobiety jak i mężczyźni z wyższymi wynikami na skali oceniającej wierzenia religijne mieli równocześnie wyższą punktację na skali samooceny zdrowia psychicznego (SF-20), co potwierdziły analizy jednoczynnikowe (kobiety: $B = 0,48$, mężczyźni: $B = 0,39$; $p < 0,05$), a istotna relacja utrzymała się po standaryzacji na zmienne społeczno–demograficzne i liczbę chorób (kobiety: $B = 0,46$, mężczyźni: $B = 0,4$; $p < 0,05$). Zaobserwowany związek był silniejszy w grupie kobiet. Na podstawie dostępnych teorii jak i przeprowadzonych badań można zakładać, że to wierzenia religijne korzystnie wpływały na zdrowie psychiczne osób badanych, a nie na odwrót. Respondenci i respondentki uzyskujący wyższe wyniki na skali wierzeń religijnych to osoby, dla których religia była źródłem siły, wierzące w istnienie życia po śmierci, w dobroć i miłość Boga oraz w celowość świata, mające w obliczu nieszczęść płynącą z wiary nadzieję na przyszłość, etc., czyli osoby o wyższym poczuciu zrozumiałości (sensowności) zdarzeń, znajdujące oparcie w swojej wierze, a tym samym prawdopodobnie lepiej radzące sobie z doświadczanymi problemami. Poczucie zrozumiałości i sensowności zdarzeń to składowe poczucia koherencji, a osoby, które mają wyższe poczucie koherencji cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym [Antonovsky 1987, 1997].

Kolejną zmienną, która pozostawała w istotnej statystycznie relacji z samooceną zdrowia psychicznego był doświadczeniowy wymiar religijności (mierzony za

pomocą skali *Daily Spiritual Experiences – long form*). Podobnie jak w przypadku wierzeń religijnych, także i tutaj związek był obserwowany zarówno w grupie mężczyzn (modele wieloczynnikowe: $B = 0{,}42$, $p < 0{,}05$), jak i w grupie kobiet ($B = 0{,}37$, $p < 0{,}05$). Kierunek zaobserwowanego związku wskazuje na to, że osoby mające wyższe wyniki na skali oceniającej wymiar doświadczeniowy miały jednocześnie wyższą punktację na skali zdrowia psychicznego (SF-20). Doświadczenie posiadania kontaktu/relacji z wszechmogącym i miłosiernym Bogiem jest źródłem szeregu korzyści psychologicznych, wśród których wymienić należy pozytywny wpływ na samoocenę jednostki [Pollner 1989; Ellison, Levin 1998; Krause 2008; Levin 2001], płynące z poczucia bliskości Bożej wrażenie bezwarunkowej miłości i związane z nią poczucie opieki w czasie kryzysów i na co dzień [Ellison, Levin 1998]. Kontakt z Bogiem jest także jednym ze źródeł kontroli zastępczej w sytuacji, kiedy dany problem znajduje się poza możliwościami kontrolowania ze strony zmagającej się z nim jednostki [Hood i in., za: Pietkiewicz 2010] – wówczas wrażenie duchowej łączności jest źródłem poczucia siły.

Zgodnie z sugestiami autora skali *Religious/Spiritual Coping – short form* i wynikami przeprowadzonych przez niego badań [Pargament 1997; 2003], zarówno pozytywny, jak i negatywny *coping* religijny mają wpływ na stan zdrowia psychicznego. Oba wymiary radzenia sobie z wykorzystaniem religii[3] powinny wykazywać odmienny kierunek wpływu na zdrowie: *coping* pozytywny wpływa korzystnie, a negatywny – niekorzystnie, różniąc się również siłą oddziaływania, co zostało potwierdzone w prezentowanych badaniach. Analiza wpływu pozytywnego *copingu* na samoocenę zdrowia psychicznego wykazała, że osoby (zarówno mężczyźni jak i kobiety) sięgające w momentach zmagania się z poważnymi problemami życiowymi do religijnych interpretacji zawartych w ramach pozytywnego religijnego *copingu* uzyskiwały wyższe wyniki na skali zdrowia psychicznego w porównaniu z osobami niekorzystającymi z tej drogi radzenia sobie z problemami. Relacje były znacznie silniejsze w grupie mężczyzn (modele wielowymiarowe: $B = 0{,}34$, $p < 0{,}05$) niż w grupie kobiet ($B = 0{,}19$, $p < 0{,}05$). Negatywny religijny *coping* także pozostawał w istotnej relacji z sa-

[3] Podskala narzędzia *Religious/Spiritual Coping – short form* odnosząca się do pozytywnego, konstruktywnego *copingu* zawiera pytania dotyczących poczucia bycia częścią Bożego planu, uzyskiwania pomocy, siły, wsparcia i przewodnictwa od Boga w trudnych, traktowania problemów jako nauki od Boga czy szukania „rytualnego oczyszczenia" [Pargament 2003] na drodze spowiedzi i szukania Bożego wybaczenia. Z kolei negatywny *coping* wyraża się w poczuciu bycia karanym i opuszczonym przez Boga, niepoleganiu na Bogu w trudnych chwilach, a także spowodowanych trudnościami życiowymi wątpliwościach w istnienie Boga oraz pretensjach za to, że Bóg pozwala na zło, które przydarza się człowiekowi.

mooceną zdrowia psychicznego, ale tu związek był widoczny jedynie w grupie kobiet ($B = – 0,26$, $p < 0,05$). Kierunek związku był odwrotny niż w przypadku pozytywnego *copingu*: respondentki osiągające wyższe wyniki na skali negatywnego *copingu* miały niższe wyniki na skali zdrowia psychicznego. Odmienne kierunki związku między samooceną zdrowia psychicznego a pozytywnym i negatywnym religijnym *copingiem* należy tłumaczyć korzyściami adaptacyjnymi związanymi z interpretacjami zawartymi w ramach pozytywnego religijnego *copingu* oraz potęgującym stres oddziaływaniem negatywnego *copingu*. Z drugiej strony – zależność między zmiennymi może być również odwrotna, tzn. osoby zdrowe psychicznie mogą mieć większą skłonność do postrzegania negatywnych zdarzeń w kategoriach znaczenia i sensu, a osobom o gorszym samopoczuciu psychicznym mogą z większym prawdopodobieństwem nasuwać się pesymistyczne interpretacje zdarzeń i reakcje na nie opisane w pytaniach zawartych w skali negatywnego *copingu*.

Samoocena nasilenia objawów depresji a wymiary zaangażowania religijnego

Samoocena nasilenia objawów depresji, mierzona za pomocą *Hospital Anxiety and Depression Scale*, była modyfikowana w większości przez te same zmienne, które miały związek ze zdrowiem psychicznym. W odróżnieniu jednak od samooceny zdrowia psychicznego, relacje zaobserwowane dla nasilenia objawów depresji były istotne prawie wyłącznie w grupie kobiet. Pierwsze z przeprowadzonych analiz dotyczyły związku między samooceną nasilenia objawów depresji a wymiarem praktyk wspólnotowych ($B = – 0,15$, $p < 0,05$) oraz niewspólnotowych ($B = – 0,31$, $p < 0,05$). W przypadku obu analizowanych zmiennych niezależnych kierunek wpływu był identyczny, tzn. kobiety cechujące się większym zaangażowaniem w praktyki miały istotnie niższą punktację na skali samooceny nasilenia objawów depresji niż kobiety niezaangażowane lub zaangażowane w małym stopniu. Na podstawie teorii można wnioskować, że wysoki poziom wspólnotowego i niewspólnotowego zaangażowania religijnego obniżał nasilenie objawów depresji u praktykujących kobiet. Jak dowiedziono w badaniach, praktyki religijne przynoszą korzyść w postaci łagodzenia negatywnego wpływu strasu na zdrowie psychiczne [Pargament, Brant 1998]. Należy jednak pamiętać o tym, że w starszym wieku zły stan zdrowia i niepełnosprawność przyczyniają się w dużej mierze do powstawania depresji u seniorów (bardziej niż czynniki ekonomiczne) [tamże] – tak więc zaobserwowana zależność może przebiegać w ten sposób, że osoby zdrowsze, bardziej sprawne funkcjonalnie, w większym

stopniu angażują się w praktyki religijne i jednocześnie mają mniejsze nasilenie objawów depresji w porównaniu z osobami o złym stanie zdrowia.

Samoocena nasilenia objawów depresji była również znacząco modyfikowana przez wymiar wierzeń religijnych (mierzony za pomocą *Religious beliefs – long form*). Relacja była widoczna zarówno w u kobiet jak i u mężczyzn, jej kierunek w obu przypadkach był taki sam a związek był silniejszy w grupie kobiet (kobiety: $B = – 0,26$, $p < 0,05$, mężczyźni: $B = 0,23$). Osoby osiągające wyższą punktację na skali oceniającej zaangażowanie w analizowany wymiar religijności miały niższe wyniki na skali nasilenia objawów depresji. Na podstawie teorii można wnioskować, podobnie jak w przypadku analizy wyników badania relacji między wymiarem wierzeń religijnych a samooceną zdrowia psychicznego, że to wiara religijna (wiara w dobroć i miłość Bożą, w celowość świata, etc.) wpływa na dobre samopoczucie psychiczne a nie na odwrót.

Relacja między wymiarem doświadczeniowym (mierzonym za pomocą *Daily Spiritual Experiences – long form*) a samooceną nasilenia objawów depresji była istotna statystycznie tylko w grupie kobiet ($B = – 0,28$, $p < 0,05$). Respondentki, które osiągały wyższe wyniki na skali wymiaru doświadczeniowego, miały jednocześnie niższą punktację na skali nasilenia objawów depresji. Zgodnie z teorią poczucie bycia w bliskiej relacji z Bogiem jest źródłem siły i bezwarunkowej miłości, zwłaszcza w czasie kryzysów [Ellison, Levin 1998]. Poczucie bycie kochanym przez Boga może być źródłem lepszej samooceny, wysokiego poczucia własnej skuteczności i poczucia kontroli, co zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji i jest pozytywnie skorelowane z wysoką subiektywną oceną stanu zdrowia [Levin 2001]. Poczucie posiadania więzi z Bogiem kompensuje potrzebę miłości i podwyższa samoocenę osób, które są samotne lub zaniedbywane emocjonalnie, szczególnie w starszym wieku [Koenig 1994].

Jak pokazały przeprowadzone analizy, pozytywny religijny *coping* (mierzony skalą *Religious/Spiritual Coping – short form*) pozostawał bez związku z samooceną nasilenia objawów depresji, natomiast zaangażowanie w negatywny religijny *coping* potęgowało jej natężenie w grupie kobiet – respondentki osiągające wyższe wyniki na skali negatywnego *copingu* miały wyższą punktację na skali mierzącej samoocenę natężenia objawów depresji ($B = 0,19$, $p < 0,05$). Wynik ten jest spójny z wynikiem uzyskanym dla samooceny zdrowia psychicznego, ale i tutaj można spekulować na temat mechanizmów wpływu. Zaobserwowany związek między zmiennymi można interpretować w ten sposób, że osoby sięgające w razie sytuacji kryzysowych do strategii zawartych w ramach negatywnego *copingu* (gniew, poczucie odrzucenia, zwątpienie w Boga, etc.) miały większe ryzyko zapadnięcia na depresję. Z drugiej strony być może to osoby o gorszym

samopoczuciu psychicznym, cierpiące na depresję, mają skłonność do pesymistycznego patrzenia na swoje położenia i w związku z tym do reagowania na niekorzystne sytuacje poprzez sięganie do negatywnego *copingu*.

Analiza relacji między samooceną nasilenia objawów depresji a pozytywnym religijnym *copingiem* nie wykazała istnienia istotnych statystycznie związków między zmiennymi dla żadnej z płci.

WYNIKI BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Przeprowadzona analiza materiału uzyskanego w części jakościowej projektu badawczego pozwala na wysunięcie następujących ogólnych spostrzeżeń:

1. Religia odgrywa rolę w adaptacji do trudnych wydarzeń życiowych i jest w przypadku osób starszych istotnym czynnikiem radzenia sobie z nimi. Oddziałuje przede wszystkim poprzez:

– Religijne znaczenia, pozwalające wykluczyć przypadkowość zdarzeń i nadać im sens.

Religijne znaczenia odgrywały w badanej grupie osób starszych kluczową rolę w interpretacji negatywnych wydarzeń życiowych, zwłaszcza tych najbardziej domagających się teodycei (śmierć lub cierpienie bliskiej osoby, sytuacja utraty). W szczególności religia pozwalała oswoić się ze śmiercią, zarówno z czyimś odejściem, jak i z perspektywą własnego odchodzenia, przede wszystkim proponując wizję tego, co dzieje się z człowiekiem po śmierci (eschatologia) i dając nadzieję na życie wieczne. Przekonanie o istnieniu życia wiecznego płynęło nie tylko z doktryny religijnej, ale również z licznych dowodów na kontakt ze zmarłymi i opiekę z ich strony, której poczucie miały osoby biorące udział w badaniu. Płaszczyzną komunikacji ze zmarłymi były przede wszystkim modlitwa oraz sen. Istotą nadawanych znaczeń było przekonanie, że zło czemuś służy: było interpretowane jako nauka, próba lub – jeśli bolesne doświadczenie szczególnie trudno poddawało się interpretacji w wyżej wymienionych kategoriach – element Bożego planu, który, choć niezrozumiały dla człowieka, ma sens. W starszym wieku następowała tendencja do zwracania się w stronę strategii sklasyfikowanych przez Pargamenta (2003) w ramach kategorii pozytywnego religijnego *copingu*, które polegają na nadawaniu sensu, pełnią funkcje adaptacyjne i pomagają efektywnie zmagać się ze stresem związanym z trudnymi wydarzeniami. Nawet wcześniejsze skłonności do sięgania do negatywnego religijnego *copingu* miały w starości tendencję do zanikania.

– Pomoc Bożą (Opatrzność), opiekę ze strony świętych, błogosławionych, etc.

Istotną rolę w radzeniu sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi odgrywała wiara w Bożą Opatrzność (z której płynęło przekonanie, że „wszystko się ułoży"), opieka ze strony Matki Bożej, Anioła Stróża, świętych i błogosławionych (zwłaszcza św. Rity i św. Judy Tadeusza, a także Jana Pawła II), którzy byli przywoływani w sytuacjach kryzysowych i do nich kierowane były modlitwy o pomoc. Wrażenie opieki ze strony świętych to ważny element zmagań z problemami i trudnymi sytuacjami, ponieważ niesie ze sobą nadzieję na pomoc), poczucie bezpieczeństwa (jest ktoś, kto czuwa) oraz zastępczej kontroli nad sytuacją (nawet, jeśli nic się nie da zrobić stosując ludzkie środki, to można prosić o interwencję świętego, który „specjalizuje się" w rozwiązywaniu trudnych spraw), co zmniejsza poczucie bezradności.

– Modlitwę – najważniejsze narzędzie religijnego *copingu.*

W sytuacjach trudnych szczególną rolę odgrywała modlitwa, istotne narzędzie w radzeniu sobie z problemami i cierpieniem, przynoszące nadzieję na poprawę, poczucie posiadania wpływu na sytuację, a także dające spokój, ukojenie, ulgę w doświadczanym bólu. Modlitwa była postrzegana jako narzędzie zmiany trudnej sytuacji, a jej skuteczność popierana była licznymi dowodami, od dobrych ocen wnuków po „cudowne uzdrowienia" z licznych chorób i dolegliwości. Modlitwa była najbardziej naturalną reakcją na bolesne doświadczenia i trudne sytuacje życiowe.

2. Religia odgrywa rolę nie tylko w trudnych momentach, lecz także jest ważnym elementem codzienności.

Życie codzienne badanych osób starszych jawi się jako przepojone religijnością – zachowania religijne (przede wszystkim modlitwa, pójście do kościoła czy wysłuchanie mszy w radio) wpisane zostały w ciąg normalnych, codziennych aktywności, stając się istotnym i niezbywalnym elementem każdego dnia. Szczególnie codzienna modlitwa, będąca sposobem komunikacji z Bogiem, świętymi, zmarłymi bliskimi, jest jego stałym punktem, rytuałem powtarzanym kilkakrotnie w ciągu doby, przynoszącym dobre samopoczucie, spokój, radość, satysfakcję, wrażenie ładu i harmonii.

Pojawiające się przede wszystkim dzięki częstej modlitwie poczucie obecności Bożej, kontaktu z Bogiem (Osobami wchodzącymi w skład Trójcy Św.) i Matką Bożą to również stały element codzienności, a miłość i opieka od Nich otrzymywana dają poczucie spokoju i siły do zmagania się z codziennymi sprawami czy z własną samotnością. Postacią szczególnie bliską na co dzień jest Anioł Stróż, który postrzegany jest tak, jak w popularnej modlitwie, jako ten, kto zawsze stoi przy człowieku, pomaga mu w sprawach trudnych, ale przede wszystkim

czuwa na co dzień, chroni przed drobnymi błędami i pomyłkami, sprawia, że zwykłe czynności się udają. Daje więc osobie starszej, często zdanej na siebie, poczucie bezpieczeństwa. Podobną rolę pełnią zmarli, którzy ostrzegają przed niebezpieczeństwami i modlą się za żywych (a że są bliżej Boga, ich modlitwa jest bardziej skuteczna).

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Relację między praktykami wspólnotowymi i niewspólnowymi a samooceną zdrowia psychicznego u mężczyzn zaobserwowano tylko w modelu jednoczynnikowym, należy więc zakładać, że zaobserwowany związek wynikał z przeniesionego przez wymiar zaangażowania religijnego wpływu uwarunkowań społeczno-demograficznych. Rozważając możliwy mechanizm związku między praktykami niewspólnotowymi a samooceną zdrowia psychicznego oraz nasileniem objawów depresji w grupie kobiet należy stwierdzić, że prawdopodobne jest, iż większe zaangażowanie w niewspólnotowe praktyki religijne (modlitwa, czytanie *Pisma Świętego*, spowiedź, etc.) skutkuje lepszą samooceną zdrowia psychicznego oraz mniejszym nasileniem objawów depresji. Trzy z pytań wchodzących w skład analizowanego wymiaru zaangażowania religijnego dotyczyły modlitwy, która jest jedną z najpowszechniejszych praktyk religijnych, chętnie, jak podkreślano wyżej, praktykowaną przez starsze kobiety, pełni cały szereg funkcji, m.in. jest najpopularniejszym religijnym sposobem radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi [Koenig, McCullough, Larson 2001] a jej korzystny wpływ na samopoczucie psychiczne modlącego się (niezależnie od tego, czy modli się on we własnej, czy w czyjejś intencji) [Krause 2003] oraz właściwość redukowania napięcia emocjonalnego w trudnych dla jednostki momentach zostały udowodnione w badaniach [Levin 2001]. Możliwość modlenia się do słuchającego próśb Boga daje również perspektywę pomocy, jest strategią radzenia sobie z brakiem kontroli [Koenig, McCullough, Larson 2001] a poczucie otrzymywania w trudnych chwilach „wsparcia" od Boga może, jak udowodniono w badaniach, być skutecznym buforem negatywnego oddziaływania stresu na stan zdrowia [Maton 1989].

Interpretację taką potwierdzają spostrzeżenia płynące z analizy danych jakościowych. Osoby starsze uczestniczące w części jakościowej badania równie często jak o wierze w ozdrowieńczą moc modlitwy i w możliwość „wymodlenia sobie" różnych rzeczy mówili o korzyściach psychologicznych i pozytywnych emocjach, jakie wywoływał w nich sam fakt modlenia się. Wśród tych korzyści

wymieniano spokój, radość i ulgę, przychodzące dzięki modlitwie poczucie Bożej obecności i opieki, poczucie siły wewnętrznej i mocy w rozwiązywaniu codziennych problemów, ład i harmonię, a nawet przyjemność. Modlitwa była źródłem siły psychicznej i odprężenia, rozładowywała negatywne emocje (jedna z respondentek wręcz porównała różaniec, który odmawia codziennie od 30 lat, do narkotyku i podkreślała, że modlitwa ta „ustawia ją do pionu"). W przypadku niektórych respondentów modlitwa była źródłem poczucia sensu życia, pomagała w rozumieniu negatywnych okoliczności życiowych, dawała nadzieję na pozytywny rozwój wypadków. Na podobne oddziaływanie wskazywano w przypadku lektury Pisma Świętego, choć należy przyznać, że było to zachowanie praktykowane nieporównywalnie rzadziej niż modlitwa. Należy dodać, że modlitwa była stałym elementem dnia badanych osób, często poświęcali na nią czas kilka razy w ciągu dnia, bardzo dbając o to, żeby nie zapomnieć o tej praktyce religijnej.

Z poziomem depresji u kobiet w istotnej relacji pozostawały także praktyki wspólnotowe. Na podstawie teorii i badań można wnioskować, że wysoki poziom zaangażowania religijnego obniżał nasilenie objawów depresji u praktykujących kobiet. Według badań rytuały religijne nie tylko redukują stres w sytuacjach ekstremalnych (bardzo ciężka choroba, niepełnosprawność, owdowienie), łagodząc jego negatywny wpływ na zdrowie psychiczne [Pargament, Brant 1998], ale pomagają w radzeniu sobie również z lżejszymi stresorami. Ponieważ w starszym wieku zły stan zdrowia i niepełnosprawność przyczyniają się w dużej mierze do powstawania depresji [tamże], zaobserwowana zależność może przebiegać w ten sposób, że osoby sprawne i zdrowe w większym stopniu angażują się w praktyki religijne, i jednocześnie mają mniejsze nasilenie objawów depresji w porównaniu z osobami, których stan zdrowia można określić jako zły.

Relacja między wierzeniami religijnymi a zdrowiem ujawniła się w obu analizowanych aspektach: miały one związek z samooceną zdrowia psychicznego i nasileniem objawów depresji. Na podstawie dostępnych teorii jak i przeprowadzonych badań można zakładać, że to wierzenia religijne korzystnie wpływają na zdrowie psychiczne (w tym także na depresję) u osób badanych, a nie na odwrót. Respondenci i respondentki uzyskujący wyższe wyniki na skali wierzeń religijnych to osoby wierzące w istnienie życia po śmierci, dla których religia jest źródłem siły i oparcia, mające w obliczu nieszczęść płynącą z wiary nadzieję na przyszłość. Osoby te cechowała ufność w dobroć i miłość Boga oraz wiara w celowość świata, a więc prawdopodobnie również wyższe poczucie zrozumiałości i sensowności zdarzeń, znajdujące oparcie w swojej wierze, a tym samym lepiej radzące sobie z doświadczanymi problemami. Jak pokazały przeprowadzone analizy jakościowe, nawet najbardziej bolesne doświadczenia zyskiwały dzięki

religijnym interpretacjom sens, a szczególnie ważna w kontekście samopoczucia psychicznego w starości była wiara w życie wieczne, pozwalająca radzić sobie ze śmiercią bliskich oraz z wizją własnej, nadchodzącej śmierci – jak pisał Berger „teodycea stanowi próbą zawarcia paktu ze śmiercią" [1997: 122]. Także inne potencjalnie anomiczne doświadczenia zyskiwały dzięki religii znaczenie, co pozwalało respondentom się z nimi pogodzić. Istotą tych znaczeń religijnych było przekonanie, że zło czemuś służy (jest nauką, próbą lub elementem Bożego planu, który, choć niezrozumiały dla człowieka, ma sens). Zgodnie z tym, co pisał Berger [1997], religijna teodycea nie przynosi szczęścia, ale jest źródłem znaczeń, a ludzie cierpią najbardziej wtedy, kiedy nie potrafią odnaleźć uzasadnienia dla swojego cierpienia, a więc nie znajdują w nim sensu, nie mogą go zrozumieć. Osoby, które sięgają do religijnych atrybucji mniej martwią się negatywnymi wydarzeniami i są w stanie podtrzymać dobre samopoczucie psychiczne pomimo przeciwności losu [Spilka, Schmidt 1983]. W tych samych kategoriach, co wpływ wierzeń religijnych, można interpretować także relację między samooceną zdrowia psychicznego a pozytywnym religijnym *copingiem* (związek istotny statystycznie w przypadku obu płci).

Doświadczenia religijne pozostawały w istotnej relacji z samooceną zdrowia psychicznego oraz nasileniem objawów depresji, z tym, że na drugą z wymienionych zmiennych wpływały tylko w grupie kobiet. Doświadczenie posiadania kontaktu z Bogiem jest źródłem korzyści psychologicznych, takich jak pozytywna samoocena [Pollner 1989; Ellison, Levin 1998; Krause 2008; Levin 2001], poczucie posiadania opieki w czasach kryzysów oraz podczas codziennych trosk [Ellison, Levin 1998]. Relacja z Bogiem jest także źródłem kontroli zastępczej, której potrzeba pojawia się w sytuacji, kiedy jednostka traci szansę na rozwiązanie problemu – wówczas, w przypadku wielu osób wierzących, następuje zwrot w kierunku Boga. Poczucie siły czerpane z kontaktu z Nim [Hood et al.; za: Pietkiewicz 2010], a także wiara w Opatrzność Bożą niwelują poczucie beznadziei i bezradności. Beck wyróżnia trzy źródła depresji: poczucie bezwartościowości własnego ja, poczucie bezsensowności życia oraz wizja przyszłości jako beznadziejnej [Beck 2006]. Wśród innych przyczyn wymieniana jest zewnątrzsterowność, czyli pojawiająca się u osób ze słabym poczuciem kontrolowania swojego losu wizja własnego życia jako kształtowanego przez zewnętrzne siły, na które dana jednostka nie ma wpływu [Krause 2008]. Poczucie kontroli jest czynnikiem moderującym relację między stresem a depresją, jest jedną z najważniejszych determinant psychologicznego dobrostanu [Ellison 1994; Ross, Sastry 1999], a według niektórych badaczy – kluczowym czynnikiem pomyślnego starzenia się [Rowe, Kahn 1998]. Dodatkowo bycie w bliskiej relacji z Bogiem jest źró-

dłem poczucia siły i bezwarunkowej miłości, co jest ważne zwłaszcza w czasach kryzysów [Ellison, Levin 1998]. Poczucie bycie kochanym przez Boga i bycia z Nim w bliskiej relacji kompensuje potrzebę miłości i podwyższa samoocenę, zwłaszcza w przypadku osób samotnych lub zaniedbywanych emocjonalnie, szczególnie w starszym wieku [Koenig 1994].

Również w badaniach jakościowych respondenci podkreślali rolę i wagę kontaktu z Bogiem i z innymi osobami świętymi. Pojawiające się przede wszystkim dzięki modlitwie poczucie Bożej obecności oraz poczucie kontaktu ze świętymi było stałym elementem codzienności osób badanych, a otrzymywana miłość i opieka od dawały poczucie spokoju i siły do zmagania się z problemami czy z własną samotnością. Z wiary w Bożą Opatrzność płynęło przekonanie, że „wszystko jakoś się ułoży", a opieka ze strony Matki Bożej, świętych, błogosławionych oraz Anioła Stróża stanowiła ważny element zmagań z trudnymi sytuacjami życiowymi, ponieważ niosła ze sobą nadzieję na pomoc, poczucie bezpieczeństwa oraz wrażenie zastępczej kontroli nad sytuacją, które niwelowały poczucie bezradności.

Zapadalność na depresję jest większa wśród kobiet niż wśród mężczyzn, co jest tłumaczone m.in. różnicami w możliwościach samorealizacji (związanymi z przypisaniem kobiety do tradycyjnych ról społecznych, np. roli gospodyni domowej, matki), mniejszymi dochodami kobiet, dyskryminacją, etc. (hipoteza statusu społecznego) [Renzetti, Curran 2005]. Również w próbie, na której przeprowadzone zostały omawiane analizy, kobiety cechowały się gorszymi parametrami zdrowia psychicznego, czyli większym nasileniem objawów depresji, gorszą ogólną samooceną zdrowia psychicznego, mniejszą chęcią życia w porównaniu z mężczyznami. Jak wynika z badań prospektywnych nad zależnością między religijnością a zdrowiem mężczyzn [Vaillant i in. 2008], religijność wywiera korzystny wpływ na zdrowie psychiczne (zwłaszcza w aspekcie występowania depresji) głównie u tych osób, które mają mało alternatywnych źródeł zasobów społecznych. Mężczyźni w badanej próbie to w większości (66%) osoby pozostające w związku małżeńskim lub posiadający partnerkę (co działa ochronnie na zdrowie psychiczne) [Renzetti, Curran 2005]. U kobiet zbliżony odsetek stanowiły osoby samotne (wdowy, osoby stanu wolnego nieposiadające partnera). Być może są to powody, dla których w przypadku kobiet potrzeba kontaktu z Bogiem oraz jego kompensacyjne oddziaływanie, a tym samym korzyści psychologiczne (zmniejszanie nasilenia objawów depresji) były większe, niż w przypadku mężczyzn.

Zarówno pozytywny i negatywny religijny *coping* miały związek z samooceną zdrowia psychicznego, z tym, że osoby sięgające po pozytywny *coping* (kobiety

i mężczyźni) miały lepszą samoocenę, natomiast kobiety stosujące negatywny *coping* miały gorszą samoocenę stanu zdrowia (zależność nieistotna w grupie mężczyzn). Związek między pozytywnym religijnym *copingiem* a zdrowiem psychicznym można wyjaśnić odwołując się do tych samych teorii, które wyjaśniają związek między wierzeniami religijnymi a zdrowiem. W pozytywnym religijnym *copingu* religia pomaga w rozwiązywaniu problemów, relacja z Bogiem jest źródłem siły i oparcia oraz przewodnictwa w trudnych chwilach, problemy są interpretowane jako część Bożego planu, nauka, etc. Innymi słowy, pozytywny religijny *coping* jest źródłem poczucia sensowności zdarzeń. Pozytywny religijny *coping* pozwala na efektywną adaptację w czasach kryzysów [Ano, Vasconcelles 2005]. Z kolei negatywny religijny *coping* jest wyrazem rozgoryczenia zaistniałą negatywną sytuacją życiową, oznaką braku przystosowania do niekorzystnych okoliczności, próbą zredukowania negatywnych emocji poprzez przypisanie odpowiedzialności za to, co się stało, Bogu [Krause 2006]. W efekcie, jak wynika z badań, osoby sięgające po negatywny *coping*, mając poczucie odrzucenia przez Boga lub bycia karanymi, targane negatywnymi emocjami, doświadczają więcej stresu niż osoby, które nie stosują tej strategii radzenia sobie z problemami [Pargament 1997, 2003], a w związku z tym są również bardziej narażone na jego niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Negatywny religijny *coping* był związany z nasileniem objawów depresji u kobiet (*coping* pozytywny nie miał wpływu na depresję), co potwierdza obserwacje z innych badań (należy zauważyć, że większość badań nad zależnością między religijnym *copingiem* a stanem zdrowia prowadzona była w populacjach osób chorych przewlekle) [Koenig, Pargament, Nielsen 1998], za co odpowiadają mechanizmy omówione powyżej, związane z dezadaptacyjnym oddziaływaniem omawianego stylu religijnego *copingu*. Analizując kierunek zależności między zmiennymi należy również wziąć pod uwagę możliwość istnienia zależności odwrotnej, tzn. to osoby zdrowe psychicznie mogą mieć większą skłonność do postrzegania negatywnych zdarzeń w kategoriach znaczenia i sensu, a osobom o gorszym samopoczuciu psychicznym mogą z większym prawdopodobieństwem nasuwać się pesymistyczne interpretacje zdarzeń i reakcje na nie opisane w pytaniach zawartych w skali negatywnego *copingu*. Jednak, opierając się na wyjaśnieniach dominujących w literaturze przedmiotu, należy skłaniać się raczej ku interpretacji, zgodnie z którą to styl *copingu* wpływa na zdrowie psychiczne, a nie na odwrót.

Jak zauważył Pargament [2003], siła niekorzystnego wpływu negatywnego *copingu* na zdrowie jest większa, niż siła korzystnego oddziaływania *copingu* pozytywnego, co może tłumaczyć brak zależności między pozytywnym religijnym *copingiem* a tymi wymiarami stanu zdrowia, na które wpływ miał *coping*

negatywny. Po negatywny religijny *coping* w prezentowanym badaniu częściej sięgały kobiety, osoby samotne (wśród których przeważały kobiety) i osoby młodsze. Ta ostatnia prawidłowość znajduje wyjaśnienie w badaniach jakościowych. W wypowiedziach respondentów zaobserwowano tendencję do posługiwania się pozytywnym religijnym *copingiem*. Osoby, którym zdarzało się sięgać do negatywnego *copingu* na wcześniejszych etapach życia przyznawały, że na starość pogodziły się z doznaną stratą/nieszczęściem, które je spotkało i przestały obwiniać za nią Boga. Dokonały reinterpretacji negatywnych wydarzeń z przeszłości, nawet jeśli tragedie te wciąż były bardzo bolesne i były przyczyną cierpienia (jak w przypadku respondentki, której syn zaginął bez wieści kilkanaście lat temu, i o którego powrót wciąż intensywnie się modli). Jeśli kiedyś odwróciły się od religii, w podeszłym wieku wróciły do niej.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pokazały, że zaangażowanie religijne w starszym wieku pozostaje w istotnej statystycznie relacji ze zdrowiem psychicznym. Za wyjątkiem negatywnego religijnego *copingu* wpływ ten był pozytywny. Kluczowy związek ze zdrowiem w starszym wieku wydaje się mieć sensotwórcza funkcja religii, wyrażająca się w wierzeniach dotyczących celowości świata, interpretacji negatywnych zdarzeń, etc., co korzystnie wpływa na zdrowie psychiczne u zarówno u kobiet jak i u mężczyzn oraz znacząco obniża samoocenę nasilenia objawów depresji. Wnioski na temat sensotwórczej roli religii wynikają z analiz statystycznych i z badań jakościowych. Nasuwa to spostrzeżenie o celowości odwoływania się w opiece nad wierzącymi osobami starszymi oraz w interwencjach skierowanych do tej grupy wiekowej (programy aktywizacyjne, etc.), szczególnie w przypadku osób mających gorsze samopoczucie psychiczne, do pozytywnych znaczeń religijnych oraz, w miarę możliwości, eliminowania tych o zabarwieniu negatywnym. Ukierunkowanie na odwoływanie się do interpretowania negatywnych zdarzeń w kategoriach religijnych sensów czyni je bardziej zrozumiałymi i ułatwia radzenie sobie z nimi, przynosząc duże korzyści psychologiczne, co może zostać wykorzystane w praktyce.

BIBLIOGRAFIA

Ano G., Vasconcelles E. [2005], *Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis*, "Journal of Clinical Psychology", Vol. 61, No. 4.

Antonovsky A. [1979], *Health, stress and coping*, San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky A. [1987], *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky A. [1997], *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Psychologia zdrowia, Warszawa: PWN.

Antonovsky A., Sourani T. [1988], *Family sense of coherence and family adaptation*, "Journal of Marriage and Family", Vol. 50, No. 1.

Ardelt M. [2003], *Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death*, "Journal of Religious Gerontology", Vol. 14, No. 4.

Beck A. [2006], *Depression: causes and treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Benjamins M. [2004], *Religion and functional health among the elderly: is there a relationship and is it constant?*, "Journal of Aging and Health", Vol. 16, No. 3.

Berger P., Luckmann T. [1983], *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa: PIW.

Berger P. [1997], *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.

Boguszewski R. (oprac.) [2006], *Znaczenie religii w życiu Polaków*, http://www.cbos.pl/SPIS-KOM.POL/2006/K_081_06.PDF.

Boguszewski R. (oprac.) [2009], *Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_034_09.PDF.

Borowik I. [2001], *Religijność*, [w:] I. Borowik, T. Doktór (red.), Pluralizm religijny i moralny w Polsce, Kraków: Wydawnictwo Nomos.

Borowik I. [2002], *Przemiany religijności polskiego społeczeństwa*, [w:] M. Marody (red.), Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Bowkler J. [1970], *Problems of suffering in the religions of the world*, Cambridge: Cambridge University Press.

Bowkler J. [1973], *The sense of God: sociological, anthropological and psychological approaches to the origin of the sense of God*, Oxford: Clarendon Press.

Bowling A. [2007a], *Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging?*, "The International Journal of Aging and Human Development", Vol. 64, No. 3.

Bowling A. [2007b], *Quality of life in older age. What older people say*, [w:] H. Mollenkopf, A. Walker (red.), Quality of life in old age, Heidelberg: Springer.

Broadhead W. et al. [1988], *The Duke UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients*, "Medical Care", Vol. 26, No. 7.

Carmel S. [2001], *The will to live: gender differences among elderly persons*, "Social Science Medicine", Vol. 52, No. 6.

Carmel S. [2010], *The will to live as an indicator of wellbeing and predictor of survival in old age*, [w:] L. Poon, J. Cohen-Mansfield (eds.), Understanding well-being in the oldest-old, Cambridge: Cambridge University Press.

Cook J., Wimberley D. [1983], *If I should die before I wake: religious commitment and adjustment to the death of a child*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 22, No. 3.

Daaleman T., Perera S., Studenski S. [2004], *Religion, spirituality and health status in geriatric outpatients*, "Annals of Family Medicine" Vol. 2, No. 1.

Dyczewski L. [2006], *Wartości w życiu człowieka starego*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), Zostawić ślad na ziemi, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

Ellison C. [1994], *Religion, the life stress paradigm, and the study of depression*, [w:] J.S. Levin (ed.), Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers, Thousand Oaks, CA: A SAGE Focus Edition.

Ellison C., Levin J. [1998], *The religion-health connection: evidence, theory and future directions*, "Health Education and Behaviour", Vol. 25.

Fassino S. et al. [2002], *Quality of life in dependent older adults living at home*, "Archives of Gerontology and Geriatrics", Vol. 35, No. 1.

Finke R. [2004], *Observing religion and health*, [w:] K. Schaie, N. Krause, A. Booth (eds.), Religious influences on health and well-being in the elderly, New York: Springer Publishing Company.

Frankl V. [2006], *Man's search for meaning*, Boston: Beacon Press.

Gibson R. [1995], *Promoting successful and productive aging in minority populations*, [w:] L. Bond, S. Cutler, A. Grams (eds.), Promoting successful and productive aging, Thousand Oaks, CA: Sage.

Greeley A. [1982], *Religion: a secular theory*, New York: Free Press.

Grounds V. [2004], *The experience of aging: a personal perspective*, [w:] C.B. Mitchell, R.D. Orr, S. A. Salladay (eds.), Aging, death and the quest for immortality, Grand Rapids, Michigan: William B. Eerdmans Publishing Company.

Gryglewska B. [2006], *Prewencja gerontologiczna*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Gdańsk: Via Medica.

Halicka M., Halicki J. [2002], *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), Polska starość, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Hathaway W., Pargament K. [1992], *The religious dimension of coping: implications for prevention and promotion*, [w:] K. Pargament, K. Maton, R. Hess (eds.), Religion and prevention in mental health, research, vision and action, New York: The Haworth Press.

Havighurst R. [1961], *Successful aging*, "The Gerontologist", Vol. 1, No. 1.

Idler E. [1994], *Cohesiveness and coherence. Religion and the health of the elderly*, New York–London: Garland Publishing.

Idler E. [2003], *Beliefs*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research, Kalamazoo: John.E. Fetzer Institute.

Jong-Gierveld J. de [1987], *Developing and testing a model of loneliness*, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 53, No. 1.

Jong-Gierveld J. de, Tillburg T. van [1999], *Manual of the loneliness scale*, Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Kaplan B., Munroe-Blum H., Blazer D. [1994], *Religion, health and forgiveness: tradition and challenges*, [w:] J. Levin (ed.), Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers, Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition.

Kehrer G. [2006], *Wprowadzenie do socjologii religii*, Kraków: Nomos.

Kelsey M. [1973], *Healing and Christianity*, New York: Harper and Row.

Koenig H. [1994], *Religion and hope for the disabled elder*, [w:] J. Levin (ed.), Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers, Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition.
Koenig H., Kvale J., Ferrel C. [1988], *Religion and well-being in later life*, "The Gerontologist", Vol. 28, No. 1.
Koenig H., McCullough M., Larson D. [2001], *Handbook of religion and health*, Oxford: Oxford University Press.
Koenig H., Pargament K., Nielsen J. [1998], *Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults*, "Journal of Nervous and Mental Disease", Vol. 186.
Kotarba J. [1983], *Perceptions of death, belief system and the process of coping with chronic pain*, "Social Science and Medicine", Vol. 17, No. 10.
Krause N. [2003], *Praying for others, financial strain and physical health status in later life*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 42.
Krause N. [2004], *An introduction to research on religion. aging and health: exploring new prospects and key challenges*, [w:] K. Schaie, N. Krause, A. Booth (eds.), Religious influences on health and well-being in the elderly, New York: Springer Publishing Company.
Krause N. [2006], *Religion and health in later life*, [w:] J. Birren, K. Schaie (eds.), Handbook of the psychology of aging, Burlington: Elsevier Academic Press.
Krause N. [2008], *Aging in the Church. How Social Relationship Affect Health*, West Conshohocken, Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
Levin J. [2001], *God, faith and health. exploring the spirituality-healing connection*, New York: John Wiley and Sons.
Levin J., Chatters L. [1998], *Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues*, [w:] H. Koenig (ed.), Handbook of religion and mental health, San Diego, California: Academic Press.
Levin J., Vanderpool H. [1989], *Is religion therapeutically significant for hypertension?*, "Social Science and Medicine", Vol. 29, No. 1.
Lewis C. [1962], *The problem of pain*, New York: MacMillan.
Luckmann T. [1996], *Niewidzialna religia*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
Maton K. [1989], *The stress-buffering role of spiritual support: cross-sectional and prospective investigations*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 28.
McCullough M., Smith T. [2003], *Religion and health: depressive symptoms and mortality as case studies*, [w:] M. Dillon (ed.), Handbook of the sociology of religion, Cambridge: Cambridge University Press.
McDowell I., Newell C. [1996], *Measuring health*, Oxford: Oxford University Press.
Mehta K. [1997], *The impact of religious beliefs and practices on aging: a cross-cultural comparison*, "Journal of Aging Studies", Vol. 11, No. 2.
Nelson E., Dannefer D. [1992], *Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate and diversity in gerontological research*, "The Gerontologist", Vol. 32.
O'Regan B., Hirshberg C. [1993], *Spontaneous remission: an annotated bibliography*, Sausalito, California: Institute of Noetic Sciences.
Palmore E. [1995], *Successful aging*, [w:] G. Maddox (ed.), Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics, New York: Springer.
Pargament K. [1997], *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*, New York: The Gilford Press.

Pargament K. [2003], *Religious/spiritual coping*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research, Kalamazoo: John. E. Fetzer Institute.
Pargament K., Brant C. [1998], *Religion and coping*, [w:] H. Koenig (ed.), Handbook of religion and mental health, San Diego, California: Academic Press.
Pargament K., Hahn J. [1986], *God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 25, No. 2.
Pargament K., van Haitsma K., Ensing D. [1995], *Religion and coping*, [w:] M. Kimble, S. McFadden, J. Ellor, J. Seeber (eds.), Aging, spirituality and religion. A handbook, Minneapolis: Fortress Press.
Pędich W. [2002], *Znaczenie religii w życiu człowieka starego*, [w:] B. Synak (red.), Polska starość, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
Pietkiewicz I. [2010], *Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii*, „Czasopismo Psychologiczne", vol. 16, nr 2.
Piwowarski W. [1984], *Blaski i cienie polskiej religijności*, [w:] J. Wołkowski (red.), Oblicza katolicyzmu w Polsce, Warszawa: Wydawnictwo PAX.
Pollner M. [1989], *Divine relations, social relations, and well-being*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 30.
Rasmussen C., Johnson M. [1994], *Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety*, "Omega", Vol. 29.
Renzetti C., Curran D. [2005], *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Robertson R. [2011], *Podstawowe problemy definicyjne*, [w:] F. Adamski (red.), Socjologia religii, Kraków: Petrus.
Ross C., Sastry J. [1999], *The sense of personal control: social structural causes and emotional consequences*, New York: Plenum.
Rowe J., Kahn R. [1998], *Successful aging*, New York: Pantheon/Random House.
Royce J. [2001], *The sources of religious insight*, Washington DC: Catholic University of America Press.
Sorajjakool S., Seyle B. [2004], *Faith, illness and meaning*, [w:] S. Sorajjakool, H. Lamberton (eds.), Spirituality, health and wholeness: an introductory guide for health care professionals, New York: Haworth Press.
Spilka B., Schmidt G. [1983], *General attribution theory for the psychology of religion: the influence of event-character on attributions to God*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 22, No. 4.
Stewart A., Hays R., Ware J. Jr. [1988], *The MOS Short form General Health Survey: reliability and validity in a patient population*, "Medical Care", Vol. 26.
Straś-Romanowska M. [2005], *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka, t. 2: Charakterystyka okresów życia człowieka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
Thorson J. [1998], *Religion and anxiety. Which anxiety? Which religion?*, [w:] H. Koenig (ed.), Handbook of religion and mental health, San Diego, California: Academic Press.
Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), Zrozumieć starość, Kraków: Oficyna Wydawnicza Text.

Tobiasz-Adamczyk B. [2006], *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Gdańsk: Via Medica.
Underwood L. [2003], *Daily Spiritual Experience*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research, Kalamazoo: John.E. Fetzer Institute.
Vaillant G. et al. [2008], *The natural history of male health: health and religious involvement*, "Social Science and Medicine", Vol. 66.
Wciórka B. (oprac.) [2005], *Co łączy Polaków z parafią?*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/-K_049_05.PDF).
Wheaton B. [1980], *The sociogenesis of psychological disorder. The attributional theory*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 21, No. 2.
Zigmond A., Snaith R. [1983], *The hospital anxiety and depression scale*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Vol. 67, No. 6.

Barbara Woźniak

RELIGIOUS INVOLVEMENT AND HEALTH STATUS IN OLDER PEOPLE: MECHANISMS OF INTERACTION, SELECTED RESULTS

Abstract

According to theory and research conducted within sociology and psychology of religion, religious involvement may reduce psychological distress and increase health status and psychological well-being in several ways, e.g. by generating high levels of social resources, including social integration and social support, by shaping behavioral patterns and lifestyles in ways that reduce the risk of major chronic and acute stressors and by providing specific cognitive resources that are useful in the problem-solving or coping with stressors (Ellison 1994). Religion plays an especially important role in later life because religious involvement helps older people to face impending death, to find and maintain a sense of meaningfulness and significance in life, to accept the inevitable loses of old age and to discover and utilize the compensatory values that are potential of old age (Barron 1961). The aim of the study was to verify hypothesis on the relationship between religiosity and health in older age. Conducted analyses revealed that religious involvement is a significant predictor of mental health in older age. Religious provision of meaning is probably the most important causal mechanism associated with this relationship.

Key words: older people, religiosity, health, quality of life