

# Psychologiczne funkcje religii

## Psychological functions of religion

MARCIN WNUK, JERZY T. MARCINKOWSKI

Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Religia pełni zarówno pozytywne, jak i negatywne funkcje w życiu człowieka. W pracy przedstawiono pozytywne aspekty religijności – niezależnie od operacjonalizacji tego pojęcia, takiego jak: wsparcie w odnajdywaniu sensu życia, organizacja systemu wartości, autoidentyfikacja, identyfikacja z grupą, funkcje autopsychoterapeutyczne, realizacja procesu transcendencji oraz kształtowanie nadziei.

**Słowa kluczowe:** religijność, funkcje terapeutyczne, wartości, dobrostan, radzenie sobie ze stresem

Religion has both a positive and a negative impact on human functionality. The paper shows positive aspects of religiosity regardless of the operationalization of this concept – such as support in finding purpose in life, the value system organization, auto-identification, identification with a group, psychotherapeutic function, self-transcendence and shaping hope.

**Key words:** religiosity, therapeutic function, values, well-being, coping

© Probl Hig Epidemiol 2012, 93(1): 239-243

www.phie.pl

Nadesłano: 15.01.2012

Zakwalifikowano do druku: 06.02.2012

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr Marcin Wnuk

ul. Mateckiego 24/71, 60-689 Poznań

tel. 664934268, e-mail: marwnuk@wp.pl

## Wprowadzenie

Na poziomie ogólnym religia pełni cztery główne funkcje. Rola światopoglądowa religii dotyczy zagadnienia objaśniania świata - stanowiąc podstawę wartościowania oraz element struktury motywacyjnej. Funkcja wychowawcza religii opiera się na wdrażaniu systemu nakazów i zakazów, kanonach etycznych-moralnych oraz kształtowaniu osobowości zgodnie z doktryną religijną. Polityczno-ideologiczna rola religii koncentruje się na kreowaniu ładu i porządku społecznego oraz modelowaniu zachowań zgodnych z zasadami religijnymi, natomiast jej kulturalno-estetyczna funkcja bazuje na rozwijaniu i zaspokajaniu potrzeb kulturowo-estetycznych poprzez przedmioty i treści stanowiące elementy kultu religijnego, takie jak modlitwa, obrzędy, czytanie Pisma Świętego, itp. [1].

Z perspektywy psychologicznej religia, zgodnie z konstatacją Spilki oraz Werme, może pełnić zarówno pozytywne jak i negatywne funkcje dla ludzkiej egzystencji:

- może stać się ujściem dla zaburzeń psychicznych
- może być czynnikiem buforowym wobec zaburzeń i dysfunkcji, pełniąc resocjalizacyjną rolę dzięki zaangażowaniu w akceptowane społecznie zachowania, postawy, myśli i uczucia
- może stanowić sposób radzenia sobie z trudnymi i problematycznymi sytuacjami życiowymi, które mogą stać się źródłem zaburzeń psychicznych

– stanowi sposobność do osiągnięcia pełniejszej realizacji jednostki [2].

Wydaje się, że religijność dojrzała ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie jednostek – stanowiąc czynnik prewencyjny i profilaktyczny wobec zaburzeń i patologii mających zarówno indywidualny jak społeczny charakter. Dodatkowo jest ona ważnym elementem procesu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi poprzez odwołanie do wartości i treści religijnych, które pomagają je zaakceptować, przewartościować i nabrać do nich odpowiedniego dystansu.

Pozytywna lub negatywna rola religijności w życiu jednostek jest uzależniona od tego jaki aspekt religijności jest brany pod uwagę. W literaturze przedmiotu pojawia się cała gama ujęć religijności, którym towarzyszą różne miary tego zjawiska oraz stosowane wskaźniki [3].

Pozytywne funkcje religijności to: odkrywanie sensu życia, organizacja systemu wartości, autoidentyfikacja, identyfikacja z grupą, funkcje autopsychoterapeutyczne, realizacja procesu transcendencji, kształtowanie nadziei [4,5].

## Religia jako wsparcie w odkrywaniu sensu życia

Wydaje się, iż najistotniejszą rolą religii jest odkrywanie sensu ludzkiego życia. W badaniach przeprowadzonych przez Chlewińskiego 84% respon-

dentów porządkując ważność motywów wiary wybrała odpowiedź, iż religia nadaje sens ludzkiemu życiu, 64% wybrało, że świat bez Boga byłby niezrozumiały, natomiast dla 47% religia była czynnikiem dającym siłę do życia [6]. Wśród studentów, którzy mieli dokończyć zdanie, iż życie nie miałoby sensu gdyby..., drugą po nieistnieniu miłości i przyjaźni wskazywaną wartością był brak Boga i wiary [7].

Odnajdywanie sensu życia nabiera szczególnej roli dla osób chorych, które doświadczają cierpienia – zarówno fizycznego jak i psychicznego. Według Frankla sposobem na odkrywanie sensu życia jest realizacja wartości poprzez twórczość i kreatywność, miłość lub odnajdywanie wartości w cierpieniu. Z trzech wymienionych postaw najtrudniejszą do realizacji i najbliższą istocie człowieczeństwa jest umiejętność odnajdywania sensu poprzez wartości związane z cierpieniem. Chodzi o cierpienie, które nie jest zawinione przez człowieka, który nie jest jego źródłem tylko cierpienie zesłane przez los i okoliczności życiowe do którego należy się odnieść i ustosunkować [8]. Spośród 258 pacjentów onkologicznych zamieszkujących obszary miejskie 51% deklarowało chęć uzyskania pomocy w przezwyciężeniu lęku, natomiast 40% w odnalezieniu sensu życia [9]. Również dla kobiet z guzem jajnika sens życia obok nadziei był kluczowym tematem wokół którego ogniskowały się myśli, uczucia i przeżycia pacjentek [10].

Religijność za pośrednictwem sensu może odgrywać istotną rolę w procesie radzenia sobie ze stresem – zarówno na etapie wstępnej, pierwotnej oraz wtórnej oceny sytuacji stresowej. Podczas pierwotnej oceny wpływ stresora może zostać ograniczony dzięki odkryciu sensu dziejących się zdarzeń poprzez wiarę, że nic złego nie może zaistnieć bez przyzwolenia Boga lub percepcję zaistniałej sytuacji przez jednostkę w kategoriach testu siły jej wiary. Na etapie oceny wtórnej człowiek może zredukować negatywny wpływ sytuacji stresowej - odkrywając jej sens dzięki akceptacji, religijnej reatrybucji polegającej na zrozumieniu dlaczego dane zdarzenie miało miejsce lub pozytywnej reinterpretacji poprzez identyfikację i skoncentrowanie się na pozytywnych implikacjach tego co się stało.

Poczucie sensu życia wydaje się pełnić pośredniczącą rolę pomiędzy religijnością a jakością życia i dobrostanem. Rezultaty badań w tym obszarze dają niejednoznaczne rezultaty. Prawdopodobnym powodem niespójności wyników są przede wszystkim różnice w operacjonalizacji obu pojęć, użycie odrębnych miar religijności oraz dobrostanu jak również dywersyfikacja badanych populacji. Steger i Frazier dowiedli, że wśród studentów psychologii poczucie sensu życia pośredniczy pomiędzy zaangażowaniem religijnym a satysfakcją z życia [11]. Wśród studentów z Izraela stwierdzono istnienie pośredniczącej roli poczucia sensu życia pomiędzy wiarą religijną a psychologicznym

dobrostanem oraz dystresem. W tym samym projekcie badawczym poczucie sensu życia okazało się nie być mediatorem pomiędzy zaangażowaniem religijnym a psychologicznym dobrostanem i dystresem [12]. W innych badaniach relacja pomiędzy postawą wobec chrześcijaństwa i poczuciem szczęścia była zapośredniczona przez poczucie sensu życia [13]. Wśród kobiet poza jedną miarą religijności poczucie sensu życia pośredniczyło pomiędzy religijnością i poznawczym aspektem dobrostanu w postaci satysfakcji z życia. Ta sama zmienna okazała się nie pełnić pośredniczącej roli pomiędzy religijnością a emocjonalnymi wskaźnikami dobrostanu psychologicznego w postaci negatywnego i pozytywnego afektu [14].

### Religijność a system wartości

Wartości pełnią motywacyjną rolę ukierunkowując zachowania jednostki na przedmioty i zjawiska będące ich nosicielami. Indywidualna hierarchia wartości zakłada istnienie sieci aksjologicznej składającej się z wartości o charakterze centralnym oraz peryferycznym. W sytuacji, kiedy system wartości jest zorganizowany wokół wartości religijnych zachowania, myśli i uczucia jednostki będą odzwierciedlały istotność tych wartości dla jej funkcjonowania i ujawnią się w jej postawie. Religia jest czynnikiem dynamizującym i integrującym osobowość jednostki jak również elementem sprzyjającym utrzymywaniu ładu społecznego poprzez wskazywanie i nagradzanie zachowań zgodnych z przyjętymi zasadami i normami oraz dezaprobatę zachowań przeciwnych wobec nich. Religia jako system wartości dostarcza kryteriów wyboru właściwych alternatyw postępowania oraz wytycza kierunek dążeń ludzkich zgodnych z przyjętymi normami, zasadami oraz filozofią życia. W sytuacji konfliktu motywuje człowieka do dokonania wyboru zgodnego z własną hierarchią wartości, zwiększając tym samym przewidywalność jego zachowań. W kontekście radykalnych i postępujących zmian natury psychicznej i fizycznej towarzyszącym różnym zaburzeniom pozwala na zachowanie własnej tożsamości poprzez odniesienie do niezmiennych wartości sakralnych. Internalizacja wartości religijnych zmniejsza prawdopodobieństwo negatywnego wpływu społecznego oraz zwiększa koncentrację jednostek na poszukiwaniu i realizacji talentów i predyspozycji, które posiada.

### Terapeutyczna funkcja religii

Funkcja terapeutyczna religii polega na odwoływaniu się do Boga i religii w ważnych i trudnych sytuacjach życiowych. Takie wydarzenia życiowe, jak ciężka choroba, strata bliskiej osoby lub cierpienie, mogą być postrzegane jako zawinione przez jednostkę i zesłane przez Boga – wzbudzając w niej poczucie winy, żalu do Boga oraz opuszczenia. W skrajnych przypadkach mogą one być źródłem depresji, lęku, myśli samobój-

czych lub innych stanów patologicznych. Z drugiej strony ustosunkowanie się do tych okoliczności – bez obwiniania Boga w oparciu o zaufanie, że są one elementem planu bożego i próba odwołania się do jego miłości – mogą być powodem ulgi oraz akceptacji. Stąd w psychologii religii, w zależności od tego w jaki sposób jednostki radzą sobie poprzez odniesienie do wartości religijnych, stosuje się podział na pozytywne i negatywne sposoby radzenia sobie ze stresem – podkreślając terapeutyczny charakter tych pierwszych w kontraście do patologicznych funkcji tych drugich [15]. Rola terapeutyczna religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem dokonuje się w procesie zdrowienia jednostek – zarówno w wymiarze psychologicznym jak i wymiarze społecznym. Ze względu na to, że ten pierwszy odnosi się do relacji jednostki do „Siły Wyższej” oraz rzeczywistości nadprzyrodzonej, można go określić wymiarem wertykalnym. W perspektywie wydarzeń życiowych w wymiarze psychologicznym jednostka może poszukiwać bliższej więzi z Bogiem, starać się o jego miłość i opiekę, próbować tworzyć własne plany w łączności z Bogiem i zgodnie z jego wolą lub postrzegać to jako karę ze strony Boga, brak miłości oraz porzucenie. Wymiar społeczny dotyczy związku pomiędzy jednostką i członkami wspólnoty religijnej do której należy. Jego centralnym elementem jest wsparcie, jakie wspólnota religijna udziela swojemu członkowi uwikłanemu w trudną sytuację życiową. Uczestnictwo w grupach religijnych ma korzystny wpływ na zdrowie i dobrostan dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów społecznych, co ma odzwierciedlenie w wielkości sieci wsparcia społecznego, częstotliwości interakcji z innymi członkami grupy, aktualnej i antycypowanej zmianie różnych typów formalnego i nieformalnego wsparcia (instrumentalnego, socjoemocjonalnego, itp.) oraz pozytywnej percepcji relacji wsparcia (satisfakcja i przewidywanie pomocy) [16].

Wielowymiarowa teoria przekonań i motywacji religijnej Schaefera i Gorsucha zakłada istnienie pośredniczącej roli religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem pomiędzy przekonaniem religijnym ujawniającym się obrazie Boga oraz motywacją religijną mającą wewnętrzny charakter a zdolnościami przystosowawczymi, zdrowiem mentalnym i dobrostanem jednostek. Jej tezy były dotychczas weryfikowane przy zastosowaniu różnych miar dobrostanu [17-21]. Schaefer i Gorsuch potwierdzili prawdziwość jej założeń wśród grupy studentów, ale tylko w odniesieniu do relacji pomiędzy przekonaniem religijnym i lękiem. Nie dowiedziono natomiast pośredniczącej roli religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem pomiędzy motywacją religijną a lękiem. Okazało się, że wewnętrzna motywacja religijna, podobnie jak religijne sposoby radzenia sobie ze stresem, są predyktorami lęku [17]. W badaniach Fabricatore i wsp. strategia oparta na współpracy z Bogiem pośredniczyła w związku pomiędzy religijnością – zarówno afektyw-

nymi jak i poznawczymi wskaźnikami dobrostanu w postaci pozytywnego, negatywnego afektu jak oraz satysfakcji z życia [18]. Oznacza to, że osoby, które rozkładają odpowiedzialność za radzenie sobie z sytuacją stresową proporcjonalnie na siebie i na Boga, są usatysfakcjonowane z życia oraz prezentują niższy poziom afektu negatywnego jak również wyższy poziom afektu pozytywnego.

Roesch i Ano zaprezentowali koncepcję podobną w swej założeniach do wielowymiarowej teorii przekonań i motywacji religijnej Schaefera i Gorsucha, w której orientacja religijna – jako zmienna osobowościowa za pośrednictwem psychosocjologicznych zmiennych, takich jak radzenie sobie oraz specyficzne sytuacyjne atrybucje – wpływa na psychologiczną adaptację i dobrostan. Założono, że silna orientacja religijna predysponuje jednostkę do atrybucji o charakterze religijnym oraz radzenia sobie poprzez odwołanie się do wartości religijnych – co powoduje, że jednostka lepiej przystosowuje się do zaistniałej sytuacji. Orientacja religijna była operacjonalizowana jako religijność wewnętrzna, zewnętrzna oraz poszukująca. Wskaźnikiem atrybucji była wola boża oraz wpływ szatana, zmiennymi zależnymi duchowy wzrost oraz depresja, natomiast radzenie sobie zostało podzielone na różne sposoby, takie jak: oparcie się na duchowość, wsparcie, unikanie, niezadowolone błaganie oraz odwołanie się do działań ze strony Boga [19]. Okazało się, że osoby o religijności wewnętrznej i zewnętrznej, które w sytuacjach stresowych błagają Boga o pomoc, doświadczają duchowego wzrostu, natomiast nie ma to wpływu na ich poziom depresji. Dowiedziono, że wewnętrzna orientacja religijna, dzięki częstszemu stosowaniu strategii wsparcia ze strony Boga, wpływa pośrednio na duchowy wzrost, chociaż nie ma to związku z poziomem depresji. Strategia polegająca na bierności i liczeniu na działania Boga była zmienną pośredniczącą pomiędzy religijnością motywowaną zewnętrznie i wyższym poziomem depresji. Jednocześnie osoby korzystające często z tego sposobu radzenia sobie z zaistniałą sytuacją miały tendencję do rzadszego dopatrywania się w niej woli bożej. Odwoływanie się do działań Boga oraz unikanie u osób z religijnością wewnętrzną było źródłem depresji. Jednostki o orientacji poszukującej, które upatrywały źródła sytuacji stresowej w działaniach szatana, doświadczały więcej objawów depresji. Wsparcie ze strony Boga pośredniczyło pomiędzy poszukującą i wewnętrzną orientacją religijną a duchowym wzrostem. Badani, dla których zaistniałe wydarzenie było dziełem szatana, częściej liczyli na pomoc Boga – wykazując brak inicjatywy w radzeniu sobie, co było powodem ich depresji. Strategia polegająca na unikaniu oraz postrzeganiu przyczyny sytuacji stresowej w działaniach szatana pośredniczyła pomiędzy orientacją religijną a wyższym poziomem depresji [19].

## Religia w służbie kształtowania nadziei

Kolejną kluczową funkcją religii jest wsparcie w odnajdywaniu i kształtowaniu nadziei. Nadzieja jest wielowymiarową siłą życia, stanowiącą gwarancję osiągnięcia dobra, które jest możliwe do zdobycia i osobiście znaczące [22]. Dobro będące przedmiotem nadziei musi być postrzegane jako ważne i wartościowe dla danej jednostki. Nadzieja, podobnie jak postawa religijna, ma odzwierciedlenie w sferze myśli, uczuć, zachowań i związków z innymi ludźmi. Zawiera element przewidywania oraz jest nastawiona (zorientowana) na przyszłość, zakorzeniona w teraźniejszości i połączona z przeszłością [23]. Różnica polega na tym, że w przypadku postawy religijnej jej przedmiot ma religijny charakter, natomiast przedmiot nadziei może mieć również wymiar świecki. Źródłem nadziei mogą być przekonania religijne, które wzmacniają w jednostce determinację i zaangażowanie do osiągnięcia zamierzonego celu oraz ułatwiają wybór odpowiedniej strategii działania – niezależnie od tego czy jej przedmiot jest wartością świecką czy sakralną. Jednostka doświadczająca choroby nowotworowej dzięki przekonaniu o świętości życia, mimo niekorzystnych rokowań, może poszukiwać właściwych form leczenia oraz angażować się w proces terapeutyczny, którego efektem jest wyzdrowienie. Dodatkowo może uczęszczać na mszę świętą, modlić się w intencji wyzdrowienia oraz radzić sobie z trudnościami życiowymi poprzez pozytywne odniesienia do Boga, uzyskując spokój i równowagę ducha niezbędną do przezwyciężenia choroby. Religia kształtuje poziom nadziei poprzez wzrost motywacji do osiągnięcia danego dobra, konsekwentne dążenie do jego osiągnięcia oraz wzmacnianie przekonania o jego wartości a także wartości zaangażowania w jego realizację. Według Kozielskiego nadzieja zawiera w sobie składnik poznawczy, emocjonalny, afiliatywny, temporalny i sprawczy. Poznawczy wymiar nadziei odnosi się do przekonania o osiągnięciu celu, doniosłego wyniku czy realizacji wartości. Przekonanie to jest nasycone i prześięknięte emocjami i uczuciami, wpływając na postrzeganie atrakcyjności przedmiotu nadziei i stanowiąc jej emocjonalny aspekt. Afiliatywny składnik nadziei dotyczy ważnych ludzi, którzy dzięki swojej postawie pomagają utrzymać lub rozwijać nadzieję na osiągnięcie danego celu. Temporalny aspekt nadziei sprawia, iż jest ona skoncentrowana na przyszłości, ale oparta na doświadczeniach z przeszłości oraz stanie teraźniejszym [24].

Nadzieja, w kontekście wartości religijno-duchowych, ze względu na swój przedmiot posiada dwa kluczowe wymiary. Pierwszy z nich ma charakter horyzontalny i odnosi się do sfery profanum a jej przedmiotem są wszystkie wartości, dobra, cele i przedsięwzięcia z nią związane. Wertykalny wymiar nadziei dotyczy sfery sacrum i koncentruje się wokół wartości eschatologicznych, takich jak paruzja czy ży-

cie pozagrobowe. Nadzieja w życie wieczne jest silnym motywatorem podejmowania określonych działań w rozwoju ontologicznym, które są skierowane na cel, który z kolei wykracza poza wymiar życia ziemskiego i jest odroczone w czasie.

Ważność roli sfery religijno-duchowej dla nadziei potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań. Około 42% pacjentów onkologicznych zamieszkujących obszary miejskie deklaruowało pomoc w odnalezieniu nadziei [9]. Osoby badane twierdziły, że duchowość i wiara w Boga powoduje u nich wzrost nadziei, jak również jest jej źródłem [25-28]. Wiara w „Siłę Wyższą” powodowała wzrost nadziei u 92% spośród 25 członków rodzin opiekujących się terminalnie chorymi krewnymi [29].

## Religijność jako element sprzyjający identyfikacji z grupą

Identyfikację z grupą jako funkcję religii można zaliczyć do afiliatywnego składnika nadziei [24]. Obecność znaczących związków z innymi ludźmi, którzy poprzez swoją postawę pomagają utrzymać motywację do osiągnięcia danego celu oraz wspierają jednostkę w sytuacji niepewności i zwątpienia, jest kluczowym elementem kształtowania nadziei. Im większa sieć wzajemnego wsparcia w danej grupie zbudowanej na wspólnych wartościach, celach oraz tej samej filozofii życia, tym większe prawdopodobieństwo uzyskania wsparcia i utrzymania nadziei. Analogicznie do źródeł sensu życia, również w przypadku nadziei grupa z którą identyfikuje się jednostka i która stanowi dla niej określoną wartość nie musi mieć charakteru religijnego. Identyfikacja z grupą stanowi również istotny element w procesie religijnego radzenia sobie, ponieważ na poziomie społecznym, który we wcześniejszym fragmencie tekstu został określony jako wymiar wertykalny, odwołuje się do wsparcia ze strony innych członków grupy. Autoidentyfikacja jako funkcja religii pełni analogiczną do identyfikacji z grupą rolę w procesie religijnego radzenia sobie. Jedyną różnicą pomiędzy nimi polega na tym, iż odbywa się to w wymiarze horyzontalnym, który ma psychologiczny charakter odzwierciedlając relacje jakie zachodzą pomiędzy człowiekiem a Bogiem poprzez pozytywne lub negatywne odniesienia do Boga i rzeczywistości nadprzyrodzonej.

## Podsumowanie

Wydaje się, że kluczowymi psychologicznymi funkcjami religii jest odkrywanie sensu życia, kształtowanie nadziei oraz radzenia sobie z codziennymi trudnościami poprzez odwoływanie do treści mających religijny charakter. Inne funkcje religii pełnią raczej rolę wspierającą wobec nich. Osoby dla, których religia jest centralną bądź jedną z najistotniejszych wartości w życiu najczęściej odkrywają sens swojego życia oraz

budują nadzieję na przyszłość w oparciu o wartości religijne, natomiast agnostycy, ateści oraz osoby nie-religijne mogą odkrywać sens swojego życia kierując się w życiu wartościami świeckimi [30], takimi jak opieka nad innymi, wartości związane z rodziną i wspólnotą, autonomię i niezależność, własny rozwój i odpoczynek, relacje rodzinne czy przyjaźń i miłość [7,31,32]. Rów-

nież ze względu na preferowanie wartości religijnych w swojej strukturze aksjologicznej w trudnych sytuacjach życiowych powszechnym staje się odwoływanie się do wsparcia ze strony Boga, poszukiwanie jego woli, ukojenia oraz opieki, stosowanie praktyk religijnych takich, jak na przykład modlitwa, czy pomoc ze strony innych członków wspólnoty religijnej.

## Piśmiennictwo / References

- Swienko H. Źródła i funkcje religii. *Euchamer – Przegląd Religioznawczy* 1986, 3-4: 35-43.
- Wulff DM. *Psychologia religii*. WSiP, Warszawa 1998.
- Wnuk M. Porównanie egzystencjalnych oraz religijno-duchowych aspektów funkcjonowania studentów oraz osób uzależnionych od alkoholu. *Rocz Psychol* 2008, 11: 175-189.
- Chlewiński Z. Rola religii w funkcjonowaniu osobowości. [w:] *Psychologia religii*. Chlewiński Z (red). KUL, Lublin 1982.
- Wandrasz M. Religijność a postawa pacjentów wobec choroby. *Badania pacjentów z chorobami nowotworowymi*. KUL, Lublin 1998.
- Chlewiński Z. Z badań obrazu religii w świadomości społecznej. *Więź* 1980, 2: 13-31.
- Mądrzycki T. Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. UG, Gdańsk 2002.
- Frankl V. *Homo Patiens*. PAX, Warszawa 1998.
- Moadela A, Morgana K, Fatonea A, Grennan J, Carter J, Laruffaa G, Skummya A, Dutcherb J. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncol* 1998, 8: 378-385.
- Bowes DE, Tamlyn D, Butler LJ. Women living with ovarian cancer: dealing with an early death. *Health Care Women Int* 2002, 23: 135-148.
- Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *J Counseling Psychol* 2005, 52: 574-582.
- Vilchensky N, Kravetz S. How are religious belief and behavior good for you? An investigation of mediators religion to mental health in a sample of Israeli Jewish students. *J Scientific Stud Religion* 2005, 44: 459-471.
- French S, Joseph S. Religiosity and its association with happiness, purpose in life, and self-actualisation. *Mental Health Religion Culture* 1999, 2: 117-120.
- Zika S, Chamberlain K. Religiosity, life meaning and well-being: Some relationship in a sample of women. *J Scientific Stud Religion* 1988, 27: 411-420.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of RCOPE. *J Clinical Psychol* 2000, 56: 519-543.
- Chatters LM. Religion and health: Public health research and practice. *Ann Rev Public Health* 2000, 21: 335-367.
- Schaefer ChA, Gorsuch RL. Psychological adjustment and religiousness: The Multivariate Belief-Motivation Theory of Religiousness. *J Scientific Stud Religion* 1991, 30: 448-461.
- Fabricatore AN, Handal PJ, Rubio DM, Gilner FH. Stress, religion and mental health: Religious coping in mediating and moderating roles. *Int J Stud Psychol Religion* 2004, 14: 91-108.
- Roesch SC, Ano G. Testing an attribution and coping model of stress: Religion as orienting system. *J Psychol Christianity* 2003, 22: 197-209.
- Nooney J, Woodrum E. Religious coping and Church-based social support effects on mental health. *J Scientific Stud Religion* 2002, 41: 359-368.
- Loewenthal MK, McLeod AK, Goldblatt V, Lubitsch G, Valentine JD. Comfort and joy? Religion, cognition and mood in Protestants and Jews under stress. *Cognition Emotion* 2000, 14: 355-374.
- Dufault K, Martocchio B. Hope: Its spheres and dimensions. *Nurs Clin North America* 1985, 20: 379-391.
- Stephenson Ch. The concept of hope revisited for nursing. *J Adv Nurs* 1991, 16: 1456-1461.
- Kozielecki J. *Psychologia nadziei*. Żak, Warszawa 2006.
- Benzein E, Norberg A, Saveman B. Hope: future imagined reality. Meaning of hope as described by a group of healthy Pentecostalist. *J Adv Nurs* 1998, 28: 1063-1070.
- Buckley J, Herth H. Fostering hope in terminally ill people. *Nurs Stand* 2004, 19: 10, 33-41.
- Herth K. Fostering hope in terminally ill people. *J Advanced Nursing* 1990, 15: 1250-1259.
- Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Med Ass* 2004, 97: 210-214.
- Herth K. Hope in the family caregiver of terminally ill people. *J Advanced Nursing* 1993, 18: 538-548.
- Prężyna W. *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. KUL, Lublin 1981.
- Stuckey JC. Faith, aging and dementia. Experiences of Christian, Jewish, and non-religious spousal caregivers and older adults. *Dementia* 2003, 2: 337-352.
- Bar-Tur L, Savaya R, Prager E. Sources of meaning in life for young and old Israeli Jews and Arabs. *J Aging Studies* 2001, 15: 253-269.