

ROLA RELIGIJNOŚCI DLA NADZIEI ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Marcin Wnuk

Komputronik S.A.

Poznań

THE ROLE OF RELIGIOSITY FOR HOPE OF ALCOHOLICS ANONYMOUS

Summary. The aim of this study was to examine whether aspects of religiosity (religious orientation, strength of religious faith, frequency of prayer and frequency of church attendance, religious coping) are related with hope, length of being in Alcoholics Anonymous and involvement in 12-step Program.

The sample consisted of 70 participants of Alcoholics Anonymous from Poznań. The following tools were used: Santa Clara Strength of Religious Faith (SCSORF), The Age-Universal I-E Scale, Religious Coping Scale (RCOPE), Herth Hope Index (HHI), one-item scales regarding frequency of prayer, frequency of church attendance, length of being in Alcoholics Anonymous and involvement in 12-step Program.

Positive religious coping mediated between strength of religious faith and hope as well as between extrinsic personal religiosity and hope. Additionally positive religious coping mediated between involvement in 12-step Program and hope as well as length of being in Alcoholics Anonymous and hope. Involvement in 12-step Program was positively related to intrinsic religiosity, frequency of prayer, positive religious coping and strength of religious faith. Length of being in Alcoholics Anonymous correlated with intrinsic religiosity, extrinsic personal religiosity, frequency of prayer, frequency of church attendance, positive religious coping and strength of religious faith.

Wprowadzenie

Przeprowadzone dotychczas projekty badawcze odnoszące się do związków nadziei i religijności dają niejednoznaczne rezultaty (Coleman, Holzemer, 1999; Al, Peterson, Tice, Bolling, Koenig, 2004). Rozbieżności te mogą być spowodowane różnicami w operacjonalizacji obu pojęć oraz zastosowaniem narzędzi, które odnoszą się zarówno do pozytywnych, jak i negatywnych aspektów religijności. Podobnie jak nadzieja również religijność jest ujmowana z różnych perspektyw teoretycznych. Szczególnie w przypadku religijności jej wielowymiarowy charakter powoduje, iż badacze podejmują się jej analizy, odnosząc się do jej przeciwstawnych aspektów, tak jak to

Adres do korespondencji: Marcin Wnuk, Komputronik S.A. ul. Szydlowska 7,
60-651 Poznań, e-mail: marwnuk@wp.pl

ma miejsce w przypadku podziału na religijność motywowaną wewnętrznie oraz motywowaną zewnętrznie (Allport, 1966). Wyniki badań potwierdzają, iż wewnętrzna motywacja religijna jest traktowana jako pozytywny korelat dobrostanu, podczas gdy instrumentalne traktowanie religii, będące konsekwencją zewnętrznej motywacji religijnej, nie sprzyja jakości życia (Maltby, Day, 2002; Dezutter, Soenens, Hatsebaut, 2006; O'Connor, Vallerand, 2001).

Szczególne zainteresowanie badaczy wzbudza kształtowanie się nadziei u osób chronicznie chorych. U chorych ze zdiagnozowanym nowotworem zanotowano pozytywne zależności pomiędzy religijnością wewnętrzną oraz duchowym dobrostanem i nadzieją (Fehring, Miller, Shaw, 1997). Wśród tej samej grupy badanych stwierdzono istnienie pozytywnego związku pomiędzy siłą przekonań religijnych oraz religijnością wewnętrzną i nadzieją (Herth, 1989; Mickley, Soeken, 1993). W badaniach Zorn nadzieja okazała się predyktorem religijnego dobrostanu (Zorn, 1997). Wśród amerykańskich studentów pochodzenia europejskiego zanotowano pozytywne związki pomiędzy częstotliwością pobytu w Kościele a nadzieją jako cechą. Przytaczana zależność nie została stwierdzona wśród amerykańskich studentów pochodzenia afrykańskiego (Markstrom, 1999).

Wśród studentów z Irlandii Północnej nie zanotowano związków pomiędzy religijnymi wartościami, religijnością motywowaną wewnętrznie i zewnętrznie a nadzieją jako cechą (Moeschberger, Dixon, Niens, Cairns, 2005). W badaniach Lairda i współpracowników przeprowadzonych wśród studentów nie stwierdzono korelacji pomiędzy siłą nadziei i sześcioma typami modlitwy (Laird, Synder, Rapoff, Green, 2004). W tym samym projekcie badawczym nadzieja okazała się korelatem modlitwy dziękczynnej u osób ze zdiagnozowanym artretyzmem. Wśród pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi siła nadziei nie była związana z religijnością (Geffken, Storch, Duke, Monaco, Lewin, Goldman, 2006).

Podobnie jak niektóre aspekty religijności, również duchowość wydaje się pozytywnym korelatem siły nadziei (Craig, Wejnert, Walton, Drewiński-Robinson, 2006; Gibson, 2003; Frey, Daalema, Payton, 2005). Duchowość jest utożsamiana z motywacją religijną o charakterze wewnętrznym. Zarówno rozwój religijny, jak i rozwój duchowy będący jego bezpośrednią konsekwencją, jest dla jednostek prezentujących wewnętrzną motywację religijną wartością autoteliczną, a nie instrumentem do realizacji celów niezwiązanych z tymi sferami funkcjonowania.

Wiele z tych badań ma charakter jakościowy. Osoby badane deklarowały, że duchowość i wiara w Boga powoduje u nich wzrost nadziei, jak również jest jej źródłem (Buckley, Herth, 2004; Herth, 1990; Benzein, Norberg, Saveman, 1998; Weaver, Flannelly, 2004). W innych badaniach wiara w Siłę Wyższą powodowała wzrost nadziei u 92% spośród 25 członków rodzin opiekujących się terminalnie chorymi krewnymi (Herth, 1993).

W literaturze przedmiotu pojawia się kilka definicji nadziei, na bazie których powstają różne jej koncepcje, zawierające elementy wspólne (Dufault, Martocchio, 1985; Snyder, 2002; Miller, 1989). Podstawą powstania teorii nadziei Herth oraz stworzonego przez tę autorkę narzędzia do jej badania, wykorzystywanego do realizacji projektów wśród osób ze zdiagnozowanymi różnymi zaburzeniami przewlekłymi,

jest definicja stworzona przez Dufault i Martocchio (Dufault, Martocchio, 1985; Herth, 2000). Według nich nadzieja jest wielowymiarową, dynamiczną siłą życia, którą można scharakteryzować jako pewność osiągnięcia dobra, które dla osoby posiadającej nadzieję jest możliwe do osiągnięcia i osobiście znaczące (Dufault, Martocchio, 1985). W koncepcji Snyder nadzieja jest konstruktem składającym się z dwóch wymiarów. Pierwszy z nich można określić jako zdolność do tworzenia i konstruowania sposobów umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. Aspekt ten można potraktować jako jeden z etapów w procesie realizacji celów. Jego dopełnienie stanowi motywacyjny komponent nadziei definiowany jako spostrzegana zdolność do użycia danego sposobu z zamiarem zrealizowania zamierzonego celu (Snyder, 2002). W opisanej koncepcji oba aspekty nadziei są składowymi procesami o charakterze mentalnym.

Religijność jest pojęciem wielowymiarowym. W badaniach najczęściej wykorzystuje się podział religijności na publiczną (instytucjonalną) i prywatną lub orientację religijną i zaangażowanie religijne (Mookherjee, 2001; Ellison, 1991; Siegel, Anderson, Schrimshaw, 2001; Nudelman, 1976; Nonnemaker, McNeely, Blum, 2003; Peacock, Poloma, 1999; Parker, Roff, Klemmack, Koenig, Baker, Allman, 2003; Masełko, Kubzansky, 2006).

Elementem będącym przejawem religijności prywatnej oraz zaangażowania religijnego jest modlitwa (Francis, Kalder, 2002; Kim, 2003; McNamara, Andresen, Gellard, 2003; Fisher, Francis, Johnson, 2002; Jang, Bornstein, Chiriboga, Phillips, Mortimer, 2006) oraz czytanie Pisma Świętego (Francis, Evans, 1996; Francis, 2000; Ayele Mulligan, Gheorghiu, Reyes-Ortiz, 1999). Pobyt w kościele jest traktowany jako wskaźnik zaangażowania religijnego oraz religijności publicznej (Demir, Urberg, 2004; Fisher, Francis, Johnson, 2002; Abbotts, Williams, Sweeting, West, 2004; Lewis, 2002; Francis, Kalder, 2002; George, McNamara, 1984; Soydemir, Bastida, Gonzalez, 2004; Steinitz, 1980). Innym przejawem publicznego aspektu religijności jest przynależność do danego wyznania religijnego (Abbotts, Williams, Sweeting, West, 2004; Ross, 1990).

W badaniach nad religijnością badacze korzystają również z operacjonalizacji religijności jako jej subiektywnej oceny (Ball, Armistead, Austin, 2003; Abdel-Khalek, 2006; Abdel-Khalek, Naceur, 2007; Peacock, Poloma, 1999; Salsman, Carlton, 2005; Levin, Taylor, 1998), religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem (Pargament, Tarakeshwar, 2001; Pargament, Magyar, Benore, Mahoney, 2005; Pargament, Tarakeshwar, Ellison, Wolff, 2001; Pargament, Zinnbauer, Scott, Butter Zerowin Stanik, 1998; Pargament, Koenig, Perez, 2000; Phillips, Pargament, Lynn, Crossley, 2004; Tarakeshwar, Pargament, Mahoney, 2003; Nooney, Woodrum, 2002; Sherman, Simonton, Latif, Spohn, Trico, 2005; Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulkm, Pearce, Kasl, Prigerson, 2006; Pieper, 2004) lub jako wspomnianej już orientacji religijnej (Maltby, Day, 2000; Maltby, Day, 2002; Lewis, Maltby, Day, 2005; McNamara, Andresen, Gellard, 2003; Dezutter, Soenens, Hatsebaut, 2006; Milevsky, Levitt, 2004; Commerford, Reznikof, 1996; Swinyard, Kau, Phua, 2000; O'Connor, Vallerand, 2001; Davis, Kerr, Robinson Kurpius, 2003; Navara, James, 2005).

Prekursorem motywacyjnej teorii religijności był Allport. Tworząc swoją typologię religijności, wyróżnił on dwie formy orientacji religijnej, w postaci religijności motywowanej wewnętrznie i zewnętrznie. Ta pierwsza cechuje osoby, dla których

religijność jest wartością autoteliczną oraz ostateczną. Jednostki prezentujące religijność zewnętrzną traktują religię instrumentalnie do realizacji i osiągnięcia celów niemających z nią związku (Allport, 1966). Dalsze prace w tym obszarze zaowocowały wyróżnieniem przez Batsona dodatkowego typu motywacji religijnej, nazwanej orientacją poszukującą. Według niego religijność poszukująca jest najbardziej dojrzałym przejawem religijności (Batson, Schoenrade, 1991a, 1991b). Wśród polskich naukowców poszukiwania w kierunku stworzenia koncepcji dojrzałej religijności zaowocowały wyróżnieniem przez Jaworskiego religijności personalnej i apersonalnej (Jaworski, 1989; Jaworski, 1998). Kryteriami różnicującymi oba wymienione typy religijności są cechy podmiotu, cechy przedmiotu oraz cechy relacji między nimi. Dla osób charakteryzujących się religijnością personalną przedmiot relacji w postaci Boga jest postrzegany jako wartość terminalna, centralna i zinterioryzowana, podczas gdy sama relacja ma charakter dialogowy, wzajemny oraz bezpośredni. Tego typu osoby przejawiają aktywność, zaangażowanie, autonomiczność, tolerancję, itd. Jednostki prezentujące religijność apersonalną są pasywne, obojętne i sztywne, ich odniesienie do Boga jest monologowe, jednostronne i pośrednie, a Bóg jest przez nich postrzegany jako wartość instrumentalna, peryferyczna i niezinternalizowana (Jaworski, 1998).

W ostatnim czasie naukowcy zajmujący się zagadnieniem orientacji religijnej dowodzą, iż religijność zewnętrzna jest konstruktem dwuwymiarowym, a nie tak jak twierdził Allport – składającym się z jednej dymensji (Maltby, 1999; Maltby, 2002). Ich zdaniem w obrębie religijności motywowanej zewnętrznie można wyróżnić religijność zewnętrzną motywowaną personalnie oraz motywowaną społecznie. W obu przypadkach religijność jest traktowana jako wartość instrumentalna, z tą tylko różnicą, iż w odniesieniu do religijności zewnętrznej motywowanej personalnie zamiarem jest osiągnięcie celów osobistych, natomiast w odniesieniu do religijności zewnętrznej motywowanej społecznie realizowane cele mają charakter społeczny (Maltby, 1999; Maltby, 2002).

Podstawowy podział religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem obejmuje konfrontowanie się z sytuacjami trudnymi przy użyciu pozytywnych oraz negatywnych, religijnych odniesień do Boga oraz wspólnoty religijnej (Pargament, Koenig, Perez, 2000). Inne kryterium różnicujące religijne sposoby radzenia sobie ze stresem odnosi się do umiejscowienia odpowiedzialności za radzenie sobie z sytuacją stresową albo po stronie Boga albo po stronie jednostki. Dodatkowym wymiarem dla tworzenia typologii radzenia sobie ze stresem jest aktywność lub bierność, postrzegana przez jednostkę w odniesieniu do działań własnych oraz Boga (Phillips, Pargament, Lynn, Crossley, 2004). Niektóre osoby odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację obarczają Boga i pozostają wobec niej bierni uważając, iż aktywność Boga spowoduje pozytywne zmiany. Innym wydaje się, że sami ponoszą odpowiedzialność za sytuację stresową, uważając jednocześnie, że sami powinni podjąć działania celem zmiany, ponieważ Bóg zachowuje wobec niej bierność. Są również takie jednostki, dla których odpowiedzialność rozkłada się proporcjonalnie na nich samych oraz Boga. Podejmują oni działania zaradcze ze świadomością wsparcia ze strony Boga (Phillips III, Pargament, Lynn, Crossley, 2004).

Ze względu na istotną rolę nadziei w chorobach przewlekłych, sytuacjach trudnych (Lazarus, 1999) oraz procesie terapeutycznym (Irving, Snyder, Cheavens, Gravel, Hanke, Hilberg, Nelson, 2004) postuluje się, że nadzieja odgrywa również znaczącą rolę w zmaganiach z chorobą alkoholową członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Powrót do zdrowia osób uzależnionych jest sytuacją trudną, alkoholizm ma przewlekły charakter (Johnson, 1992; Olszewska, 1994; Woronowicz, 1998), a zmiany składające się na proces zdrowienia są podobne do tych, które mają miejsce podczas procesu terapeutycznego (Cierpiałkowska, 1997). Wydaje się, że dłuższemu pobytowi w ruchu samopomocy oraz zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków towarzyszy większa siła nadziei.

Stosowany podczas spotkań grup samopomocy Program 12 Kroków ma duchowy charakter i znajduje się w nim wiele odniesień do „Siły Wyższej” oraz „Boga, jakkolwiek jest on rozumiany” (Wnuk, 2007). Duchowość wydaje się pojęciem szerszym od religijności, gdyż w przeciwieństwie do niej może zawierać pozasakralne cele, takie jak: tożsamość, przynależność, zdrowie czy dobrostan (Sawatzky, Ratner, Chiu, 2005). Oznacza to, że niekoniecznie trzeba być osobą religijną, żeby rozwijać swoją duchowość, chociaż jedną z najważniejszych sfer, poprzez którą następuje rozwój duchowy, jest religijność.

Postawiono hipotezę, że zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków oraz dłuższemu pobytowi w ruchu samopomocy towarzyszy rozwój wewnętrznej motywacji religijnej, większa częstotliwość modlitwy, większa częstotliwość pobytu na mszy świętej, większa siła przekonań związanych z wiarą oraz częstsze korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

W omawianych w tej pracy badaniach postawiono trzy następujące hipotezy:

1. Nadzieja jest pozytywnie związana z częstotliwością modlitwy, częstotliwością pobytu na mszy świętej, siłą przekonań religijnych, pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem oraz religijnością motywowaną wewnętrznie.
2. Długość pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków są pozytywnie związane z siłą nadziei.
3. Długość pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków są pozytywnie związane z częstotliwością modlitwy, częstotliwością pobytu na mszy świętej, siłą przekonań religijnych, pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem oraz religijnością motywowaną wewnętrznie.

Metoda

Próba osób badanych. W badaniach wzięło udział 70 Anonimowych Alkoholików z Poznania, dobranych w sposób losowy. Wszystkie badane osoby wyraziły zgodę na uczestnictwo w projekcie badawczym. Kwestionariusze były rozdawane przez psychologa oraz wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu.

Mężczyźni stanowili 73,9%, a kobiety 26,1%. 5,8% badanych miało wykształcenie podstawowe, 29% wykształcenie zawodowe, 46,4% wykształcenie średnie, 18,8% wykształcenie wyższe. Średnia wieku badanych wynosiła 46,1 lat ($SD = 11,57$). Średnia długość abstynencji wynosiła 76 miesięcy ($SD = 63,42$), a średnia pobytu w ruchu

samopomocy 102 miesiące ($SD = 71,38$). 62,9% z nich korzysta z porad psychologa, natomiast 37,1% nie korzysta.

Pomiar. Użyto następujących narzędzi badawczych: Index Nadziei Herth (*HHI*), Skala Siły Przekonań Religijnych (*SCSORF*), Skala Orientacji Religijnej (*The Age Universal I-E Scale*), Skala Religijnych Sposobów Radzenia Sobie ze Stresem (*RCOPE*), skala do mierzenia częstotliwości modlitwy oraz częstotliwości pobytu na mszy świętej, a także dwie miary dotyczące długości pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowania w realizację 12 Kroków.

W przytaczanym projekcie religijność potraktowano jako pojęcie wielowymiarowe, którego poszczególnymi aspektami są: orientacja religijna, religijne sposoby radzenia sobie ze stresem, siła przekonań religijnych oraz częstotliwość modlitwy i udziału we mszy świętej. Wszystkie użyte metody mają charakter uniwersalny – nie są one związane żadnymi elementami charakterystycznymi dla danego wyznania religijnego.

Skala orientacji religijnej składa się z 12 pytań wyodrębnionych z wcześniejszej, zawierającej 20 stwierdzeń wersji tego narzędzia. Analiza czynnikowa przeprowadzona na dużych próbach Amerykanów, Anglików, obywateli Irlandii Północnej i Południowej wykazała istnienie w obrębie skali 3 czynników. Wymiar nazwany religijnością wewnętrzną dotyczy 6 stwierdzeń tej skali, natomiast po 3 stwierdzenia odnoszą się do religijności zewnętrznej motywowanej personalnie oraz religijności zewnętrznej motywowanej społecznie (Maltby, 1999; Maltby, 2002). Badani na każde pytanie udzielają odpowiedzi na 4-stopniowej skali Likerta. Współczynnik rzetelności α -Cronbacha dla pierwotnej wersji skali, przed zredukowaniem liczby pytań z 20 do 12 wyniósł $\alpha = 0,68$ dla pytań dotyczących wymiaru religijności motywowanej wewnątrznie i $\alpha = 0,73$ dla pytań odnoszących się do religijności motywowanej zewnętrznie (Gorsuch, Venable, 1983). W zrealizowanym projekcie rzetelność skali wyniosła $\alpha = 0,90$.

Skala religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem (*RCOPE*) składa się z 14 pytań. Połowa z nich odnosi się do korzystania z pozytywnych, religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, podczas gdy druga połowa pytań dotyczy negatywnych, religijnych form zmagania się z sytuacjami stresowymi. Na każde z nich osoba badana odpowiada na 4-stopniowej skali w zależności od tego, na ile zgadza się lub nie z danym stwierdzeniem. Rzetelność skali w zależności od badanej populacji wynosi $\alpha = 0,78-0,94$ (Pargament, Koenig, Perez, 2000). W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła $\alpha = 0,83$.

Kwestionariusz do mierzenia siły przekonań religijnych (*SCSORF*) składa się z 10 pytań dotyczących przekonań religijnych, które są niezależne od prezentowanego przez badanych wyznania religijnego. Analiza czynnikowa potwierdziła, iż użyte w nim pytania wchodzi w skład jednego wymiaru, który można określić jako siła przekonań religijnych (Lewis, Shevlin, McGuckin, Navratil, 2001). Rzetelność skali wynosi $\alpha = 0,94-0,96$ (Plante, Boccaccini, 1997a, 1997b). W przeprowadzonym projekcie rzetelność skali wyniosła $\alpha = 0,95$.

Index Nadziei Herth jest skalą wykorzystywaną do pomiaru nadziei. Osoby badane udzielają odpowiedzi na 12 pytań, wyrażonych w 4-stopniowej skali Likerta od – zdecydowanie zgadzam się 4 do zdecydowanie nie zgadzam się 1 (Herth, 1992). Skala ta posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność skali w od-

niesieniu do populacji osób chorych wyniosła $\alpha = 0,97$ (Herth, 1992). Rzetelność badana metodą test – retest 0,91 (Herth, 1992). Rzetelność tego narzędzia w przytoczonym projekcie badawczym wyniosła $\alpha = 0,80$.

Na skali częstotliwości pobytu na mszy świętej oraz częstotliwości modlitwy badani zaznaczali, jak często się modlą i uczęszczają na mszę świętą.

Długość pobytu w ruchu samopomocy została określona poprzez liczbę miesięcy, w ciągu których badani uczestniczyli w spotkaniach grup samopomocy, natomiast odzwierciedleniem zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków była liczba kroków zrealizowanych spośród 12 wchodzących w jego skład.

Analiza wyników

Wartość współczynników korelacji została zaprezentowana w Tabeli 1.

Zanotowano obecność pozytywnych związków o słabej sile pomiędzy siłą nadziei i siłą przekonań religijnych, zewnętrzną personalną orientacją religijną, częstotliwością modlitwy oraz pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem. Nie stwierdzono związków pomiędzy siłą nadziei a wewnętrzną orientacją religijną, zewnętrzną, społeczną orientacją religijną, częstotliwością pobytu na mszy świętej oraz negatywnymi religijnymi formami radzenia sobie ze stresem.

Nadzieja była skorelowana pozytywnie z długością pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków. Zależności te były słabe.

Zanotowano obecność pozytywnych związków o słabej sile pomiędzy zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a siłą przekonań religijnych, religijnością motywowaną wewnętrznie, częstotliwością modlitwy oraz pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem. Zależności pomiędzy zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a zewnętrzną osobistą i zewnętrzną społeczną orientacją religijną, jak również zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków i częstotliwością pobytu na mszy świętej oraz negatywnymi religijnymi formami radzenia sobie ze stresem były statystycznie nieistotne.

Stwierdzono istnienie pozytywnych zależności o słabej sile pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a siłą przekonań religijnych, religijnością motywowaną wewnętrznie, częstotliwością modlitwy oraz pobytu na mszy świętej, jak również pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem.

Dodatkowo postanowiono sprawdzić, który z aspektów religijności jest najsilniejszym predyktorem siły nadziei oraz czy relacje pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a siłą nadziei mają bezpośredni charakter, czy być może są zapośredniczone przez któryś z aspektów religijności.

Dana zmienna występuje w roli pośredniczącej wówczas, kiedy jest związana ze zmienną zależną oraz zmienną niezależną. Zmienna zależna musi być również związana ze zmienną niezależną. Po wprowadzeniu wszystkich trzech zmiennych do równania regresji, zmienna będąca mediatorem powinna pozostać predyktorem zmiennej zależnej, podczas gdy uzyskana wcześniej istotna statystycznie zależność pomiędzy zmienną niezależną a zmienną zależną powinna zostać zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie (Chevalier, 1999).

Tabela 1. Wartości współczynników korelacji (n=70)

Zmienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Nadzieja										
2. Siła przekonań religijnych	0,30*									
3. Religijność wewnętrzna	0,21	0,81**								
4. Religijność zewnętrzna, osobista	0,30*	0,85**	0,87**							
5. Religijność zewnętrzna, społeczna	0,12	0,43**	0,53**	0,49**						
6. Częstotliwość modlitwy	0,27*	0,72**	0,43**	0,55**	0,22					
7. Częstotliwość pobytu na mszy świętej	0,12	0,76**	0,63**	0,66**	0,48**	0,61**				
8. RCOPE - negatywne sposoby	0,05	-0,32	-0,13	-0,14	-0,01	-0,12	-0,40**			
9. RCOPE - pozytywne sposoby	0,38**	0,75**	0,68**	0,75**	0,40**	0,62**	0,52**	0,01		
10. Program 12 Kroków	0,33*	0,33*	0,34*	0,18	0,11	0,36*	0,26	-0,01	0,41**	
11. Długość pobytu w AA	0,29*	0,37**	0,36**	0,29*	0,13	0,34**	0,29*	-0,11	0,33**	0,48**

$p^* \leq 0,05$ $p^{**} \leq 0,01$

Tabela 2. Analiza regresji liniowej dla siły nadziei jako zmiennej zależnej

Analiza regresji	Predyktory siły nadziei	Waga beta	Poziom istotności	F
Pierwszy krok	Pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem	0,382	p < 0,001	11,24
	Religijność zewnętrzna personalna	0,070	p < 0,685	
	Siła przekonań religijnych	0,061	p < 0,727	
	Częstotliwość modlitwy	0,058	p < 0,694	
Drugi krok	Pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem	0,500	p < 0,001	16,02
	Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków	0,143	p < 0,301	
Trzeci krok	Pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem	0,402	p < 0,001	12,36
	Długość pobytu w ruchu samopomocy	0,177	p < 0,145	

Do sprawdzenia powyższych założeń użyto analizy regresji liniowej metodą krokową. Do równania regresji w roli zmiennej zależnej wprowadzono nadzieję. W pierwszym kroku w równaniu regresji znalazły się te aspekty religijności, które korelowały z nadzieją (zob. Tabela 1), w kroku drugim do równania wprowadzono zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków, natomiast w kroku trzecim długość pobytu w ruchu samopomocy. Po wprowadzeniu zmiennych w kroku pierwszym jedynym predyktorem nadziei pozostały pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem (zob. Tabela 2). Oznaczało to, iż pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem są przypuszczalnie zmienną pośredniczącą pomiędzy siłą przekonań religijnych, częstotliwością modlitwy oraz religijnością zewnętrzną motywowaną personalnie a siłą nadziei. Zmienne dołączone do równania regresji w kroku drugim i trzecim, które korelowały wcześniej z siłą nadziei w postaci długości pobytu w ruchu samopomocy oraz zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków, okazały się nie być predyktorem siły nadziei, podczas gdy podobnie jak w kroku pierwszym były nim pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem (patrz Tabela 2). Był to dowód na to, że pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem pośredniczą przypuszczalnie pomiędzy obiema wprowadzonymi do równania regresji zmiennymi a siłą nadziei. Z drugiej strony po wprowadzeniu do modelu zmiennej w postaci zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków w porównaniu z uzyskaną wcześniej wartością współczynnika parami pomiędzy pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem a siłą nadziei (zob. Tabela 1) siła predykcyjna tej zmiennej wobec siły nadziei uległa zwiększeniu (zob. Tabela 2). Był to dowód na to, iż pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem pełnią również moderacyjną rolę pomiędzy zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków i siłą nadziei (Chevalier, 1999).

Do sprawdzenia pośredniczącej roli pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem pomiędzy zmiennymi użytymi podczas analizy regresji a siłą nadziei zastosowano dodatkowo najczęściej stosowaną metodę do obliczenia wielkości błędu standardowego efektu mediacji, zwaną od nazwiska jej autora metodą Sobel. Rezultaty tej metody potwierdziły, że pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem pośredniczą pomiędzy religijnością zewnętrzną motywowaną personalnie i siłą nadziei ($z = 3,63$; $p < 0,05$), siłą przekonań religijnych i siłą nadziei ($z = 3,23$; $p < 0,05$), zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków i siłą nadziei ($z = 2,33$; $p < 0,05$) oraz długością pobytu w ruchu samopomocy i siłą nadziei ($z = 2,74$; $p > 0,05$). Nie potwierdzono pośredniczącej roli pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem w relacji częstotliwości modlitwy i siły nadziei ($z = 1,56$; $p = 0,11$).

Wnioski i dyskusja wyników

Hipoteza pierwsza została w pewnej mierze potwierdzona. Przeprowadzone badania podkreślają istotną rolę niektórych aspektów religijności w kształtowaniu nadziei Anonimowych Alkoholików (por. Buckley, Herth, 2004; Herth, 1990; Benzein, Norberg, Saveman, 1998; Weaver, Flannelly, 2004). W przeciwieństwie do większości dotychczasowych rezultatów badań nie zanotowano związków pomiędzy religijnością motywowaną wewnętrznymi a siłą nadziei (Fehring, Miller, Shaw, 1997; Herth, 1989; Mickley, Soeken, 1993). Nie stwierdzono również zależności pomiędzy częstotliwością pobytu na mszy świętej a siłą nadziei. Pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem okazały się jedynym religijnym predyktorem nadziei. Zmienna ta pośredniczyła również pomiędzy siłą przekonań religijnych, religijnością zewnętrzną motywowaną personalnie a siłą nadziei. Jedną z dwóch użytych metod potwierdziła, iż pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem pośredniczą w relacjach pomiędzy częstotliwością modlitwy a siłą nadziei.

Hipoteza druga nie została potwierdzona. Relacje pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy i zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a siłą nadziei miały charakter pośredni. Zmienną, która pełniła rolę pośredniczącą w obu przypadkach, były pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem.

Uzyskane wyniki są również zgodne z hipotezą trzecią. Dłuższemu pobytowi w ruchu samopomocy towarzyszy większa częstotliwość modlitwy, częstszy pobyt na mszy świętej, częstsze korzystanie z pozytywnych, religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, większa siła przekonań religijnych, większe nasilenie religijności motywowanej wewnętrznymi oraz religijności zewnętrznej motywowanej personalnie. Zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków sprzyja religijność motywowana wewnętrznymi, częstsza modlitwa, większa siła przekonań religijnych oraz częstsze korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Badania dowiodły, że spośród wszystkich zastosowanych wskaźników religijności tylko pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem są bezpośrednio związane z siłą nadziei Anonimowych Alkoholików.

Na bazie uzyskanych wyników można stwierdzić, że w przypadku siły przekonań religijnych i religijności zewnętrznej motywowanej personalnie oraz być może częstotliwości modlitwy, ich związki z siłą nadziei są zapośredniczone przez pozytywne

religijne sposoby radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, że im silniejsze przekonania religijne posiadają Anonimowi Alkoholicy, im częściej się modlą oraz wykorzystują wartości religijne do uzyskania korzyści osobistych, tym prawdopodobnie częściej korzystają z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, co z kolei przypuszczalnie sprzyja ich sile nadziei.

Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków oraz pobyt w ruchu samopomocy sprzyjają korzystaniu z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem Anonimowych Alkoholików, co w konsekwencji powoduje prawdopodobnie wzrost ich siły nadziei. Oprócz pośredniczącej roli pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem pomiędzy zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a siłą nadziei okazało się, iż zmienna ta jest również moderatorem przytaczanej relacji. Równoczesna mediacyjna, jak i moderacyjna rola danej zmiennej jest opisywana w literaturze przedmiotu (Chevalier, 1999). Zmienna będąca moderatorem jest również zwana zmienną różnicującą lub grupującą. W kontekście przytaczanych badań oznacza to, iż pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem różnicują Anonimowych Alkoholików na tych, u których dzięki częstszemu korzystaniu z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków towarzyszy większa siła nadziei oraz tych, którzy rzadko używają pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem i u których zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków nie przekłada się na ich siłę nadziei.

Zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków towarzyszy większa siła przekonań religijnych, wewnętrzna motywacja religijna oraz częstotliwość modlitwy. Z perspektywy specyfiki Programu 12 Kroków istnienie tych związków wydaje się jak najbardziej zasadne. W przypadku Anonimowych Alkoholików rozwój duchowy koncentruje się raczej na indywidualnych przejawach zaangażowania religijnego, takich jak modlitwa, dystansując się wobec instytucjonalnych form religijności, których odzwierciedleniem jest udział we mszy świętej. Prowadząc do zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków (Wnuk, 2007) jest on dla ludzi uzależnionych wartością autoteliczną oraz wyrazem motywacji wewnętrznej. Dzięki niektórym przejawom religijności osoby uzależnione mogą dłużej uczestniczyć w spotkaniach grup samopomocy, niezależnie od tego, czy ich religijność jest celem samym w sobie, czy instrumentem do uzyskania korzyści osobistych. Szansę na długi pobyt we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików mają również te jednostki, które angażują się w praktyki religijne, takie jak modlitwa czy pobyt na mszy świętej, korzystają z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz te, które posiadają silne przekonania religijne.

Zaletą przeprowadzonych badań jest odkrycie, iż niektóre aspekty religijności, takie jak pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem są traktowane przez osoby uzależnione, powracające do zdrowia w sposób instrumentalny w dążeniu do poprawy nadziei. Inne natomiast, takie jak modlitwa, przekonania religijne czy instrumentalne traktowanie religii dla osiągnięcia celów osobistych są wykorzystywane jako zasoby do poprawy nadziei poprzez pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem. Pośrednicząca rola pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem została potwierdzona przy użyciu dwóch metod. Należy pamiętać, iż stosowane sposoby weryfikowania hipotez dotyczących pośredniczenia danej zmiennej w relacji pomię-

dzy daną zmienną niezależną i zależną posiadają zarówno wady, jak i zalety (Bryan, Schmiege, Broaddus, 2007). Dla zredukowania prawdopodobieństwa błędu autor skorzystał w tym względzie z dwóch najbardziej rzetelnych i najczęściej stosowanych metod (Bryan, Schmiege, Broaddus, 2007).

Uzyskane rezultaty mogą stanowić zachętę dla osób zajmujących się terapią uzależnień do korzystania podczas oddziaływań terapeutycznych z odniesień religijnych. Bardziej zróżnicowany program terapeutyczny skoncentrowany nie tylko na sferze psychologicznej ludzi uzależnionych od alkoholu mógłby przyczynić się do wzrostu ich siły nadziei oraz zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków.

Chociaż badania miały charakter poprzeczny, użyte metody z pewnym prawdopodobieństwem pozwalają na przedstawienie związków pomiędzy zmiennymi w porządku przyczynowo-skutkowym z uwzględnieniem kierunku relacji pomiędzy nimi (Chevalier, 1999). Dalsze analizy w modelu podłużnym mogłyby doprowadzić do weryfikacji odkrytych relacji z perspektywy przyczynowo-skutkowej. Na bazie badań prowadzonych na innych populacjach, przy użyciu tych samych wskaźników religijności, możliwe jest dokonanie porównań, czy kształtowanie siły nadziei za pomocą pewnych przejawów religijności jest zjawiskiem uniwersalnym, czy może dotyczy ono głównie osób uzależnionych, będących uczestnikami grup samopomocy.

Literatura cytowana

- Abbotts, J.E., Williams, R.G.A., Sweeting, H.N., West, P.B. (2004). Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. *Social Science and Medicine*, 58, 645-656.
- Abdel-Khalek, A.M. (2006). Happiness, health and religiosity: significant relations. *Mental Health, Religion and Culture*, 9(1), 85-97.
- Abdel-Khalek, A.M., Naceur, F. (2007). Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(2), 159-170.
- Al, A.L., Peterson, C.H., Tice, T.N., Bolling, S.F., Koenig, H.G. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimism subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 435-450.
- Allport, G. (1966). The religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 5(3), 447-457.
- Ayele, H., Mulligan, T., Gheorghiu, S., Reyes-Ortiz, C. (1999). Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 47(3), 453-455 (published abstract)
- Ball, J., Armistead, L., Austin, B.J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(4), 431-446.
- Batson, C.D., Schoenrade, P.A. (1991a). Measuring religion as quest: 1) Validity concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 416-429.
- Batson, C.D., Schoenrade, P.A. (1991b). Measuring religion as quest: 2) Reliability concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 430-447.

- Benzein, E., Norberg, A., Saveman, B. (1998). Hope: future imagined reality. Meaning of hope as described by a group of healthy Pentecostalist. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1063-1070.
- Bryan, A., Schmiede, S.J., Broaddus M.R. (2007). Mediation analysis in Hiv/Aids research: Estimating multivariate path analytic models in a structural equation modeling framework. *AIDS and Behaviour*, 11, 365-383.
- Buckley, J., Herth, H. (2004). Fostering hope in terminally ill people. *Nursing Standard*, 19(10), 33-41.
- Chevalier, S.A. (1999). *Illustrations of the basic concepts involved in testing for moderator/mediator variable effects*. Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association: San Antonio, January 21-23.
- Cierpiąłkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Coleman, C.H.L., Holzemer, W.L. (1999). Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease, *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 10(1), 42-50.
- Commerford, M.C., Reznikof, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. *The Journal of Psychology*, 130, 1, 35-50.
- Craig, C., Wejnert, C., Walton, J., Drewiński-Robinson, B. (2006). Spirituality, chronic illness and rural life. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 27-35.
- Davis, T.L., Kerr, B.A., Kurpius, S.E. (2003). Meaning, purpose and religiosity in at-risk youth: the relationship between anxiety and spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 31(4), 356-365.
- Demir, M., Urberg, K.A. (2004). Friendship and adjustment among adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88(1), 68-82.
- Dezutter, J., Soenens, B., Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 807-818.
- Dufault, K., Martocchio, B. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Ellison, Ch.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.
- Fehring, R.J., Miller, J.E., Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-671. (published abstract)
- Fisher, J.W., Francis, L.J., Johnson, P. (2002). The personal and social correlates of spiritual well-being among primary school teachers. *Pastoral Psychology*, 51(1), 3-11.
- Francis, L.J. (2000). The relationship between bible reading and purpose in life among 13-15 year olds. *Mental Health, Religion and Culture*, 3(1), 27-36.
- Francis, L.J., Burton, L. (1994). The influence of personal prayer on purpose in life among Catholic adolescents. *Journal of Beliefs and Values*, 15(2), 6-9.
- Francis, L.J., Evans, T. (1996). The relationship between personal prayer and purpose in life among churchgoing and non-churchgoing twelve-to-fifteen year-olds in the UK. *Religious Education*, 91(1), 9-21.

- Francis, L.J., Kalder, P. (2002). The relationship between psychological well-being and Christian faith and practice in an Australian population sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 179-184.
- Frey, B.B., Daaleman, T.P., Payton, V. (2005). Measuring a dimension of spirituality for health research: validity of the Spirituality Index of Well-Being. *Research on Aging*, 27(5), 556-577.
- Geffken, G.R., Storch, E.A., Duke, D.C., Monaco, L., Lewin, A.B., Goodman, W.K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorder* (20), 614-629.
- George, A.S., Mcnamara, P.H. (1984). Religion, race and psychological wellbeing. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 23(4), 351-363.
- Gibson, L.M. (2003). Inter-relationship, sense of coherence, hope and spiritual perspective (inner resources) of African-American and European-American breast cancer survivors. *Applied Nursing Research*, 16(4), 236-244.
- Gorsuch, R.L., Venable, G.D. (1983). Development of an "Age Universal" I-E scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22, 181-187.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72. (published abstract)
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 538-548.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Irving, L.M., Snyder, C.R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, L., Hilberg, J., Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pre-treatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(4), 419-443.
- Jang, Y., Bornstein, A.R., Chiriboga, D.A., Phillips, K., Mortomer, J.A. (2006). Religiosity, adherence to traditional culture and psychological well-being among African American Elders. *The Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 343-355.
- Jaworski, R. (1989). *Psychologiczne korelaty religijności personalnej*: Lublin.
- Jaworski, R. (1998). *Psychologiczne badania religijności personalnej*. Zeszyty Naukowe KUL, 41, 3-4, 77-87.
- Johnson, E.V. (1992). *Od jutra nie piję: praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Kim, A.E. (2003). Religious influences on personal and societal well-being. *Social Indicators Research*, 62(63), 149-170.
- Laird, S.P., Snyder, C.R., Rapoff, M.A., Green, S. (2004). Measuring private prayer: development, validation, and clinical application of the Multidimensional Prayer Inventory. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(4), 251-272.

- Lazarus, R.S. (1999) Hope: An emotion and vital coping resource against despair. *Social Research*, 66(2), 653-678.
- Levin, J.S., Taylor, R.J. (1998). Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: Contemporaneous versus longitudinal effect. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 695-709.
- Lewis, C.A., Maltby, J., Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among U.K. adults. *Personality and Individual Differences*, 38, 1193-1202.
- Lewis, Ch.A. (2002). Church attendance and happiness among northern Irish undergraduate students: No association. *Pastoral Psychology*, 50(3), 191-195.
- Lewis, Ch.A., Shevlin, M., McGuckin, C., Navratil, M. (2001). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: confirmatory factor analysis. *Pastoral Psychology*, 49(5), 379-384.
- Lin, H., Bauer-Wu, S.M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69-80.
- Maltby, J. (1999). The internal structure of derived, revised, and amended measure of the religion orientation scale: The Age-Universal I-E Scale, *Social Behavior and Personality*, 27(4), 407-412.
- Maltby, J. (2002). The Age Universal I-E Scale-12 and Orientation Toward Religion: Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Psychology*, 136(5), 555-560.
- Maltby, J., Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 383-393.
- Maltby, J., Day, L. (2002). Religious experience, religious orientation and schizotypal personality traits. *Mental Health, Religion and Culture*, 5(2), 163-174
- Markstrom, C.A. (1999). Religious involvement and adolescent psychosocial development. *Journal of Adolescence*, 22, 205-221.
- Maselko, J., Kubzansky, L.D. (2006). Gender differences in religious practices spiritual experiences and health: result from the US General Social Survey. *Social Sciences and Medicines*, 62(11), 2848-2860.
- McNamara, P., Andresen, J., Gellard, J. (2003). Relation of religiosity and scores on fluency tests to subjective reports of health in older individuals. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 13(4), 259-271.
- Mickley, J., Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(8), 1171-1177. (published abstract)
- Milevsky, A., Levitt, M.J. (2004). Intrinsic and extrinsic religiosity in preadolescence and adolescence: Effect on psychological adjustment. *Mental Health, Religion and Culture*, 7(4), 307-321.
- Miller, J. (1989). Hope-inspiring strategies of the critically ill. *Applied Nursing Research*, 2(1), 23-29.
- Moeschberger, S.L., Dixon, D.N., Niens, U., Cairns, E. (2005). Forgiveness in Northern Ireland: a model for peace in the midst of the "troubles". *Journal of Peace Psychology*, 11(2), 199-214.

- Mookherjee, H.N. (2001). Effects of religiosity and selected variables on the perception of well-being. *The Journal of Social Psychology*, 134(3), 403-405.
- Navara, G.S., James, J. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 39-58.
- Nonnemaker, J.M., McNeely, C.A., Blum, R.W. (2003). Public and private domains of Religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2049-2054.
- Nooney, J., Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support effects on mental health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 359-368.
- Nudelman, A.E. (1976). Measuring religiosity by direct and indirect methods: a multiple replication. *Review of Religious Research*, 17(1), 102-106.
- O'Connor, B.P., Vallerand, J.R. (2001). Religious motivation in the elderly: a French-Canadian replication and an extension. *The Journal of Social Psychology*, 130(1), 53-59.
- Olszewska, E. (1994). Niepewność w pojmowaniu siebie. Terapia na gruncie ruchu Anonimowych Alkoholików jako szansa zmiany w obszarze samowiedzy człowieka. *Prace naukowe nauk ekonomiczno-społecznych Politechniki Wrocławskiej*, 1, 73-88.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K.I., Magyar, G.M., Benore, E., Mahoney, A. (2005). Sacrilege: a study of sacred loss and desecration and their implications for health and well-being in a community sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 59-78.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 16(4), 247-260.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Ellison, Ch.G., Wulff, K.M. (2001). Religious coping among the religious: The relationship between religious coping and well-being in the national sample of presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497-513.
- Pargament, K.I., Zinnbauer, B.J., Scott, A.B., Butter, E.M., Zerowin, J., Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 77-89.
- Parker, M., Roff, L.L., Klemmack, D.L., Koenig, H.G., Baker, P., Allman, R.M. (2003). Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging and Mental Health*, 7(5), 390-397.
- Peacock, J.R., Poloma, M.M. (1999). Religiosity and life satisfaction. Across the life course. *Social Indicators Research*, 48(3), 321-349.
- Phillips, R.E., Pargament, K.I., Lynn, Q.K., Crossley, C.D. (2004). Self-directing religious coping: a deistic God, abandoning God, or no God at all? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(3), 409-418.

- Pieper, Z.T. (2004). Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. *Mental Health, Religion and Culture*, 7(4), 349-363.
- Plante, T.G., Boccaccini, M.T. (1997a). Reliability and Validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45(6), 429-437.
- Plante, T.G., Boccaccini, M.T. (1997b). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45(6), 375-387.
- Ross, C.E. (1990) Religion and psychological distress. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(2), 236-245.
- Salsman, J.M., Carlson, Ch.R. (2005). Religious orientation, mature faith, and psychological distress: elements of positive and negative associations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(2), 201-209.
- Sawatzky, R., Ratner, P.A., Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationships between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Siegel, K., Anderman, S.J., Schrimsha, E.W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16(6), 631-653.
- Snyder, C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275
- Soydemir, G.A., Bastida, E., Gonzalez, G. (2004). The impact of religiosity on self-assessment of health and happiness: evidence from US Southwest. *Applied Economics*, 36, 665-672.
- Steinitz, L.Y. (1980). Religiosity, wellbeing and weltanschauung among the elderly. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(1), 60-67.
- Swinyard, W., Kau, A.K., Phua, H.Y. (2001). Happiness, materialism, and religious experience in the US and Singapore. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 13-42.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, E., Pearce, M.J., Kasl, S.V., Prigerson, H.G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657.
- Tarakeshwar, S., Pargament, K.L., Mahoney, A. (2003). Initial development of a measure of religious coping among Hindus. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 607-628.
- Weaver, A.J., Flannelly, K.J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Association*, 97, 210-214.
- Wnuk, M. (2007). Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 20(3), 289-302.
- Woronowicz, B.T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Zorn, C.R. (1997). Religious well-being in noninstitutionalized elderly women. *Health Care for Women International*, 18(3), 209-219.