

Dr hab. Jacek Śliwak, prof. KUL

*Instytut Psychologii*

*Wydział Nauk Społecznych*

*Katolicki Uniwersytet Lubelski*

Ks. dr hab. Mirosław Brzeziński

*Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej*

*Wydział Teologii*

*Katolicki Uniwersytet Lubelski*

Dr Dominika Zarosińska

*Instytut Psychologii*

*Wydział Nauk Społecznych*

*Katolicki Uniwersytet Lubelski*

## Religijne zmaganie się a poczucie osamotnienia u podopiecznych hospicjów

### Religious struggle and a feeling of loneliness in the group of wards in stationary and home hospices

#### Abstrakt:

Opracowanie prezentuje tematykę religijnego zmagania się i poczucia osamotnienia w grupie podopiecznych hospicjów stacjonarnych i domowych. W badaniach wykorzystano Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego, autorstwa A.M. Yali, J.J. Exline, B. Wood, E.L. Worthington, Jr. (*RC-SS*, w wersji eksperymentalnej B. Zarzyckiej) oraz Skalę Samotności Rascha, autorstwa J. de Jong-Giervelda i F. Kamphuisa (*S-Rascha*, w adaptacji J. Rembowskiego). Celem weryfikacji hipotez, z 40 badanych wyodrębniano podgrupy ze względu na płeć (po 20 kobiet i mężczyzn) lub formę opieki paliatywnej (po 20 podopiecznych hospicjów stacjonarnych i domowych).

Uzyskane wyniki analiz pokazały, że istnieją korelacje między odczuwanym poczuciem osamotnienia a religijnym zmaganiem się u podopiecznych hospicjów. Potwierdzono także hipotezy opisując związki analizowanych zmiennych w grupie kobiet i mężczyzn; oraz prezentując korelacje w podgrupach wyodrębnionych ze względu na formę opieki (hospicjum stacjonarne i hospicjum domowe).

**Słowa kluczowe:** religijne zmaganie się, poczucie osamotnienia, hospicja stacjonarne, hospicja domowe

#### Abstract:

This paper presents the subject of spiritual struggle and the feeling of loneliness in the group of wards in stationary and home hospices. In the research there was used *Religious Comfort and Strain Scale* by A.M. Yali, J.J. Exline, B. Wood, E.L. Worthington, Jr. (*RC-SS* in the experimental version by B. Zarzycka) and *Rasch-Type Loneliness Scale* by J. de Jon-Gierveld and F. Kamphuis (*S-Rascha*, version adapted by J. Rembowski). In order to conduce comparative analyses from the group of 40 examined people smaller groups were extracted, based on gender (20 women and 20 men) or a form of palliative care (20 wards of stationary hospices and the same for home hospices).

Presented results confirm the hypothesis 1 (H1: There are correlations between the experienced feeling of loneliness and the spiritual struggle of hospice wards). Hypothesis 2 and hypothesis 3 has been also confirmed. Hypothesis 4 and hypothesis 5 has been confirmed as well.

**Key words:** *spiritual struggle, feeling of loneliness, stationary hospices, home hospices*

## **Wprowadzenie**

Zjawisko samotności i poczucia osamotnienia dotyka każdego, młodych i starszych, zdrowych i chorych. Z doświadczenia wiadomo, że człowiek niekiedy sam świadomie do niego dąży, chcąc oderwać się od natłoku codziennych spraw. W innych okolicznościach bywa ono przytłaczającym, niemal miażdżącym ciężarem, zwłaszcza w sytuacjach ekstremalnych. Analogicznie religijność – zjawisko również dotyczące wszystkich ludzi – może być ujmowana jako źródło siły, pokoju czy harmonii, wsparcie w kryzysach życiowych czy codziennych zmartwieniach. Badania Koenig, McCullough, Larson, (2001), Pargament, (1997) pokazują, że duchowe wierzenia, praktyki czy relacje oparte na religijności, mogą stanowić bufor wobec negatywnych sytuacji, jakie mogą mieć wpływ na ludzkie samopoczucie, zdrowie czy życie. Różnego rodzaju trudne, ekstremalne doświadczenia życiowe mogą bowiem niszczyć indywidualny system wartości i więzi jednostki z innymi ludźmi. Mogą być one szczególnie destruktywne, gdyż zagrażają tym aspektom życia, które są kluczowe dla jednostki. Religijne zmaganie się jest więc ważnym sposobem radzenia sobie nie tylko w zwykłych codziennych wydarzeniach, ale i sytuacjach granicznych, a do takich zaliczyć należy niewątpliwie chorobę terminalną.

### **I. Teoretyczne podstawy badań**

#### **1. Religijne zmaganie się – definicja, typy, znaczenie**

Religijne zmaganie się określane jest za pomocą takich pojęć jak ból, złość, strach, wątpliwości, zmieszanie – dotyczy ono bowiem całego religijnego systemu znaczeń, znajdującego się w kryzysie. Exline (2003) uważa, że wewnętrzne religijne zmaganie się jest konfliktem pomiędzy poszukiwaniem cnotliwego życia (które jest wysoko cenione przez większość religii), a naturalnym, ludzkim dążeniem do realizacji własnych pragnień. Religijne zmaganie się definiuje się zatem jako „wysiłki do zachowania lub zmiany duchowości, która jest zagrożona” (Pargament, Murray-Swank, Magyar, Ano, 2004, s. 247). Literatura przedmiotu wyodrębnia trzy typy zmagania religijnego: interpersonalny, intrapsychiczny i boski (por. Ano, Pargament, 2013; Dein, 2013; Ellison, Bradshaw, Storch, Marcum, Hill, 2011; Ellison, Fang, Flannelly, Steckler, 2013; Ellison, Lee, 2010; Ellison, Roalson, Guillory, Flannelly, Marcum, 2010; Faigin, Pargament, Abu-Raiya, 2014; Zarzycka, Ziółkowska, Śliwak, 2017; Ziółkowska, 2013).

Interpersonalne religijne zmaganie się – rozumiane jest jako nieprzyjemne, negatywne kontakty z współwyznawcami jednej wiary. Jest ono możliwe do

zaobserwowania m.in. w grupach, wspólnotach czy społecznościach religijnych (Dein, 2013; Ellison, Roalson, Guillory, Flannelly, Marcum, 2010). Spotkania z członkami wspólnot mogą pociągać za sobą szereg nieprzyjemności, gdy oscylują wokół teologicznych czy doktrynalnych różnic, konfliktów wśród dostojników Kościoła czy jego spraw administracyjnych. Niekiedy mogą one dotyczyć także kwestii politycznych, takich jak np. wojna czy homoseksualizm (Ellison, Roalson, Guillory, Flannelly, Marcum, 2010; Krause, Chatters, Meltzer, Morgan, 2000). Badania naukowe (Ellison, Zhang, Krause, Marcum, 2009; Krause, Ellison, Wulff, 1998) udowodniły, że nieprawidłowe relacje między członkami Kościoła, korelują z niepożądanymi skutkami w samopoczuciu konkretnych jednostek. Konsekwencje te przewyższają tym samym pozytywne następstwa, wynikające z posługi duszpasterskiej Kościoła, takie jak np. wsparcie społeczne grupy. W badaniach Nielsen, (1998) weryfikowano już szkodliwy psychologiczny wpływ negatywnych interakcji społecznych. W innych projektach skupiono się więc na efektach niewłaściwych spotkań na terenie parafii (Krause, Ellison, Wulff, 1998; Pargament, Zinnbauer, Scott, Butter, Zerowin, Stanik, 1998). Nielsen (1998) odkrył, że 65% dorosłych zgłasza religijny konflikt w życiu. Większość z nich dotyczy właśnie stosunków międzyludzkich. Inne badania pozwoliły wyszczególnić następujące typy związków między parafianami: plotkowanie, powielanie stereotypów, hipokryzja niektórych księży i wyznawców oraz niezgodność wobec oficjalnej doktryny Kościoła. Działania te, co więcej, mogą być szczególnie dotkliwe, ponieważ dotyczą oczekiwań zachowania wobec innych wyznawców w zakresie wyrażania swoich wartości i przekonań religijnych (por. Krause, Chatters, Meltzer, Morgan, 2000).

Intrapsychiczne religijne zmaganie się - dotyczy chronicznych wątpliwości religijnych (Dein, 2013; Ellison, Roalson, Guillory, Flannelly, Marcum, 2010). Istnieje grupa naukowców (Batson, Schoenrade, Ventis, 1993; Krause, Ellison, 2009; Tillich, 1957) uważających, że pewien stopień religijnych wątpliwości jest niezbędny do dojrzałej wiary. Tillich (1957) uważa, że „wątpienie nie jest przeciwieństwem wiary; jest to element wiary” (tamże, s. 57). Z kolei Batson, Schoenrade i Ventis (1993, s. 171) wskazują, że „wątpienie jest korzystne i ostatecznie prowadzi do głębszej i pełniejszej wiary”. Papież Benedykt XVI stwierdził, że w każdą wiarę wpisane są wątpliwości. Sami wierzący także to potwierdzają, opisując swoje doświadczenia jako duchową walkę. Dla przykładu: tylko 35% badanych prezbiterian (wyznanie protestanckie) przyznało, że nigdy nie miało religijnych wątpliwości (Krause, Ingersoll-Dayton, Ellison, Wulff, 1999). Walka ta i wewnętrzne wątpliwości mogą skupiać się wokół duchowych motywacji i wokół wiary. Inne raporty (Pargament, 1997; Pargament, Murray-Swank, Magyar, Ano, 2004) wykazują z kolei, że permanentne i nierozwiązane wątpliwości mogą budzić poważny niepokój u wyznawców różnych religii. Mogą bowiem osłabiać one religijny system przekonań jednostki i obniżać spójność całego systemu znaczeń. W efekcie tego może dojść do przypisywania pejoratywnego znaczenia codziennym trudnościom i pesymistycznych interpretacji rzeczywistości. Człowiek

doświadczający tego typu wątpliwości, może niechętnie zabierać głos w swojej wspólnocie religijnej, co skutkować może wyizolowaniem się z niej i przewartościowaniem własnych religijnych zmagania. Odkrycia ostatnich lat (Ellison, 1991; Galek, Krause, Ellison, Kudler, Flannelly, 2007; Krause, 2006; Krause, Wulff, 2004) zgodnie pokazują związki religijnych wątpliwości i podwyższonego poziomu psychologicznego zamartwiania się, a także ich ujemne korelacje z satysfakcją i jakością życia. Także Ryan, Rigby i King (1993) zasugerowali, że religijność oparta na introjeksi (religijność wyrastająca z presji społecznej, frustracji, poczucia winy lub poczucia niskiej wartości) charakteryzuje się doświadczaniem konfliktu i stresu (w przeciwieństwie do religijności opartej na identyfikacji - religijność stanowiąca osobisty wybór cenionej wartości).

Boskie religijne zmaganie się - ujmuje problematyczną, „kłopotliwą” więź z Bogiem. Wiadomo, że kluczowym aspektem ludzkiej religijności jest formowanie intymnej relacji z Bogiem. Większość wierzących postrzega Boga jako wszechmocnego, troskliwego i kochającego, zaangażowanego w ich życie (Pargament, Hahn, 1986), ale wiadomym jest także, że nie każda więź z Bogiem jest prawidłowa, zdrowa czy konstruktywna. Niektóre doświadczenia indywidualne mogą bowiem przyczyniać się do napięć czy trudności w stosunkach z Bogiem. Dotyczy to zwłaszcza osobistych kryzysów życiowych. To właśnie one mogą przyćmić rzeczywisty obraz Boga, prowadząc do religijnego zmagania się z boskością. Wydarzenia tego typu mogą prowadzić człowieka do pytań o dobroć i miłosierdzie Boga (*Jak Bóg, który jest dobry, mógł pozwolić na coś tak strasznego?*), zakres Jego mocy (*Czy Bóg jest tak wszechmocny, że ma kontrolę nad wszystkimi zdarzeniami, nawet tymi najgorszymi?*) czy nawet Jego istnienie (*Skoro Bóg istnieje na prawdę, dlaczego dzieją się tak potworne rzeczy?*). Niektórzy ludzie, nawet głęboko i szczerze wierzący, czasem zastanawiają się czy Bóg ukarze ich za to, że czują złość czy gniew w stosunku do Niego, bo pozwolił, by różnego rodzaju nieszczęścia, dotknęły właśnie ich lub ich bliskich (Dein, 2013; Ellison, Roalson, Guillory, Flannelly, Marcum, 2010; Krause, Wulff, 2004). W odpowiedzi na codzienne trudności, ból i cierpienie wielu ludzi zmagają się więc z rekonstruowaniem swojej więzi z *sacrum*. Badania (Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, Nicholas, 1999; Pargament, Koenig, Perez, 2000) wykazują, że od 10% do 50% osób badanych przejawia negatywne emocje do Boga, włączając w to złość, strach, lęk czy poczucie opuszczenia.

Wskazując jeszcze raz na skutki religijnych zmagania, należy podkreślić, że mogą one prowadzić do napięć w życiu osobistym, kontaktach społecznych i relacji z Bogiem. Jeden typ religijnego zmagania się może korelować z trudnościami w innych sferach: konflikt w sferze *sacrum* może prowadzić do zmagania intrapsychicznych czy interpersonalnych. Sytuacja może być także odwrotna: religijne konflikty w rodzinie, z przyjaciółmi czy większą społecznością (np. grupą religijną), mogą prowadzić do napięć w stosunkach z Bogiem, a w konsekwencji do zmagania wewnętrznych. Powyższe tezy potwierdzają badania Pargament, Smith, Koenig, Perez (1998), w których dowiedziono istotnych korelacji między

wskaźnikami intrapersonalnymi i interpersonalnymi a boskim zmaganiem się. Religijne zmaganie się nie dotyczy wyłącznie niewielkiej grupy osób – jest ono zjawiskiem powszechnym. Podkreślić należy także, że zjawisko to nie jest równoznaczne z brakami w sferze duchowej. Jak się bowiem okazuje, nawet wielkie osobistości religijne<sup>1</sup> doświadczają religijnego zmagania się. Pamiętać należy również, iż mimo pewnych negatywnych konsekwencji, duchowość i praktyki religijne dla wielu ludzi częściej są źródłem wsparcia niż trudności (Exline, Yali, Sanderson, 2000; Pargament, Smith, Koenig, Perez, 1998; Pargament, Zinnbauer, Scott, Butter, Zerowin, Stanik, 1998).

## 2. Poczucie osamotnienia

Zjawisko samotności i osamotnienia jest trudno definiowalne, choć bywa odczuwane przez wszystkich ludzi, niezależnie od kultury, szerokości geograficznej czy etapu ich życia (Dubas, 2000; Łukaszewski, 1984). Literatura psychologiczna odróżnia pojęcie samotności (*aloneness, solitude*) od poczucia osamotnienia (*loneliness*) (por. Dyczewski, 1994; Heinrich, Gullone, 2006; Konieczna-Woźniak, 2005; Szczepański, 1978; Śliwak, Zarzycka, Dziduch, 2001).

Gajda (1987) opisuje samotność jako „stan złożony i trudny do jednoznacznej oceny, który charakteryzuje się występowaniem przynajmniej jednego z jej aspektów, jak: samotność fizyczna, psychiczna, moralna. Samotność fizyczna oznacza osłabienie lub brak więzi naturalnej z innymi ludźmi, kontaktów osobistych trwałych, życie w bardzo luźnym związku ze społeczeństwem lub poza nim (...) izoluje się lub jest izolowana od społeczeństwa. Samotność psychiczna (inaczej osamotnienie) związana jest ze sferą indywidualnych, subiektywnych odczuć jednostki i oznacza stan braku więzi psychicznych – bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem. Samotność moralna dotyczy orientacji sensu życia i oznacza stan przeżywania głębokiego kryzysu wartości, utraty tego sensu

<sup>1</sup> Przykład stanowić może historia biblijnego Hioba, doświadczającego religijnego zmagania się z powodu następujących po sobie trudności: zniszczenia majątku całego życia, śmierci dzieci, wreszcie ciężkich chorób (Dein, 2013). Intrapsychiczny typ religijnego zmagania się Hioba widoczny jest w religijnych wątpliwościach, dotyczących sprawiedliwości w świecie. Rozmawiając ze swoimi przyjaciółmi (współwyznawcami), Hiob doznaje religijnego zmagania się na płaszczyźnie interpersonalnej, ponieważ bliscy, pocieszyciele reagują nieadekwatnie do deklarowanych przez siebie, i Hioba, wartości. Ostatecznie, rozterki doprowadzają go do religijnego zmagania się z samym Bogiem. Innym przykładem jest interpersonalne religijne zmaganie się Jezusa w Ogrodzie Getsemani, tuż przed ukrzyżowaniem (Dein, 2013). Jezus zastaje swych uczniów śpiących, podczas gdy mieli czuwać na modlitwie. W czasie przygotowań do ukrzyżowania, Jezus przejawia wewnętrzne (intrapsychiczne) religijne zmaganie się, czując rozdźwięk między pragnieniami ludzkimi a wolą Ojca. Wreszcie doświadczają On także boskiego typu religijnego zmagania się, wołając donośnym głosem „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścić?”. Analogicznie sytuacja wygląda w przypadku Świętego Tomasza Apostoła, który znany jest z religijnych wątpliwości dotyczących zmartwychwstania Pańskiego: „Jeżeli na rękach Jego nie zobaczę śladu gwoździ i nie włożę palca mego w miejsce gwoździ, i nie włożę ręki mojej do boku Jego, nie uwierzę”.



i dezaprobaty wyznawanych przedtem wartości, ideałów i wzorów zachowań” (tamże, s. 86-90). Osamotnienie może zatem dotyczyć nie tylko sfery fizycznej czy psychicznej obecności innych ludzi, ale także braku więzi z Bogiem czy samym sobą. Jest to także sfera moralna człowieka, dająca mu poczucie braku cennych wartości, sensu czy celów w życiu (Dubas, 2000). Samotność jest więc określana za pomocą trzech płaszczyzn: społecznej (miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, wykształcenie, zawód, opinia środowiska, uroda i jej defekty), psychologicznej (cechy osobowości – np. introwersja, nieumiejętność nawiązywania kontaktów, kompleksy, poczucie niższości, wygórowany ideał miłości) i kulturowej (wartości, zasady, wzory, normy) (por. Gajda, 1987). Analogiczne aspekty samotności (społeczna, emocjonalna i egzystencjalna) opisuje Dołęga (2003; 2013).

Jeszcze inne rodzaje samotności przedstawia Weinbach (1986; za: Dubas, 2000). Wymienia on samotność kultystyczną (czyli związaną z religią – więzi człowieka z Bogiem przy jednoczesnym izolowaniu się od świata zewnętrznego), zsekularyzowaną (jednostka pozostawiona sama sobie, bez odniesienia do Boga), ontologiczną (podmiot jako istota wyjątkowa, a co za tym idzie samotny w swej niepowtarzalności), twórczą (zakłada ona rozwój, aktywność naukową, artystyczną i duchową), nihilistyczną (która wypływa z poczucia bezsensu i beznadziei), egzystencjalną (osoba zagubiona w niezrozumiałym dla siebie świecie, bez oparcia w Bogu), społeczną (ograniczenie lub utrata kontaktów interpersonalnych) i psychiczną (mającą swe źródła w osobowości człowieka).

Lake (1993) i Stochmiałek (2005) charakteryzują trzy fazy formowania się poczucia samotności. Pierwszy etap to okoliczności zewnętrzne, wpływające na ograniczenie lub całkowite uniemożliwienie kontaktów międzyludzkich. Druga faza następuje, gdy jednostka traci zaufanie do siebie i innych, a także wiarę we własne kompetencje w zakresie inicjowania i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych. Ostatnie – trzecie stadium – to rozkład umiejętności wchodzenia w interakcje społeczne i przekonanie o obojętności otoczenia.

Dubas (2000) i Skrzypczak (2005) wyodrębniają różnorodne okoliczności osamotnienia, wskazując na osamotnienie w rodzinie, małżeństwie, pracy, instytucjach oświatowych czy opiekuńczych, w nowym miejscu pracy lub zamieszkania, w tłumie i w towarzystwie, osamotnienie bezdomnego, emigranta, uchodźcy czy zesłańca, poczucie osamotnienia wobec czasu historycznego lub własnej biografii, aktualnej kultury i cywilizacji, w stosunku do Boga, śmierci własnej (jako samotności ostatecznej) i śmierci bliskich, ideologii, przyrody, osamotnienie w obliczu kataklizmów naturalnych, sytuacji trudnych czy przemian globalnych, osamotnienie egzystencjalne, w podejmowaniu decyzji, ale także poczucie osamotnienia w sukcesie, osamotnienie twórców, indywidualistów, innego (czyli osoby spostrzeganej przez społeczeństwo jako odmieniec), osamotnienie przestępców, samobójcy, płci, poczucie osamotnienia wobec samego siebie, osamotnienie

dziecka, adolescenta, dorosłego i osoby starszej, poczucie osamotnienia osób żyjących samotnie.

Samotność opisywana jest przez badaczy (Dubas, 2000) jako sytuacja nieunikniona, konieczna, a wręcz nawet naturalna i wynikająca z natury człowieka. Wśród innych jej cech charakterystycznych wymienia się wieloznaczność, niedefiniowalność i niewyraźność. Jest ona powszechna, uniwersalna i ponadczasowa. Niezwykle zindywidualizowana, gdyż przeżywana subiektywnie i bardzo konkretnie. Inaczej doświadczana przez każdego człowieka i inaczej przez każdego relacjonowana.

Samotność najczęściej przedstawiana jest w wymiarze negatywnym – jako osamotnienie. Zdecydowanie rzadziej mówi się natomiast o jej pozytywnych konotacjach. Nie sposób nie wspomnieć tu o poczuciu wewnętrznego ukojenia czy wewnętrznej satysfakcji, wpływającej z faktu bycia samotnym (Dubas, 2000). Samotność pozytywna to w pełni świadome wybieranie odosobnienia, zarówno w wymiarze fizycznym jak i duchowym, w celu głębszego rozumienia i kreowania własnej osobowości. Osamotnienie zaś, zawsze jest dokuczliwe i nieoczekiwane, a więc nie może być ono wybierane. Odczucia z nim korelujące to najczęściej smutek (33.3%) i chęć płaczu (20%). Na dalszym planie pojawia się też żal (9.7%), rezygnacja i niechęć do życia (każde z nich to 7.9%), ruminacje (rozmyślanie i wspomnianie – 7.3%), złe samopoczucie (6.1%), tęsknota (5.5%), lęk, strach i niepokój (4.8%), rozgoryczenie (3.6%), przygnębienie (3%), uczucie opuszczenia i przykrości (po 1.8% każde) czy inne uczucia trudne do określenia (2.7%), (Czekanowski, 1993; za: Dubas, 2000).

Samotność negatywna ogranicza rozwój podmiotu i zaburza jego normalne funkcjonowanie, gdyż jest doświadczeniem trudnym, obciążającym, a nierzadko także przekraczającym siły człowieka. Wiąże się ona z nadużywaniem alkoholu czy narkotyków (Szczupał, 2005), wrażliwością na problemy zdrowotne (Russell, 1996), zaburzeniami psychosomatycznymi (McWhirter, 1990), trudnościami w komunikacji (Perlman, Peplau, 1984), niższą jakością życia (Chipuer, Bramston, Petty, 2003), ogólną dyssatisfakcją, poczuciem beznadziejności, opuszczenia i nudą, obniżoną samooceną, wyobcowaniem, zewnętrznym poczuciem kontroli, agresją (por. Śliwak, Zarzycka, 2011), depresją (Szczupał, 2005), wrogością (Hansson, Jones, Carpenter, Remondet, 1986; Lau, Kong, 1999), tendencjami samobójczymi (Bjorck, Thurman, 2007; Edmondson, Park, Chaudoir, Wortmann, 2008; Exline, Yali, Sanderson, 2000).

Wspomniana wyżej samotność pozytywna, jest sytuacją pożądaną i świadomie poszukiwaną, wybieraną przez człowieka. Osoba samotna upatruje w swych okolicznościach szansy i daru, niekiedy nawet łaski, podchodząc do nich jako zadania rozwojowego. To właśnie wtedy jednostka formuje swą osobowość w oparciu o radość i sens życia (Dubas, 2000).

Mimo, że zjawisko to jest powszechne, nie wszyscy odczuwają je w tych samych sytuacjach i w takim samym natężeniu. Można bowiem mówić o dwóch zasadniczych biegunach nasilenia osamotnienia, częściowym (względny, fragmentaryczny) lub całkowitym (bezwzględny) (Dubas, 2000). Samotność całkowita oznacza absolutny brak kontaktów interpersonalnych przy jednoczesnym poczuciu braku więzi psychicznych z samym sobą, innymi i Bogiem. Częściej jednak występuje samotność częściowa, określająca brak relacji społecznych, więzi z Bogiem i z samym sobą, ale bez równoczesnego poczucia osamotnienia. Określenie nasilenia samotności przeżywanej przez jednostkę zawsze domaga się ujawnienia szerszego kontekstu i subiektywnych odczuć człowieka. Zarówno samotność, jak i poczucie osamotnienia, mogą dotyczyć bowiem sytuacji permanentnych (stałych, ciągłych, systematycznych) lub chwilowych (przydarzających się rzadko i sporadycznie, szybko przemijających). Pokrzepiającym jest więc fakt, że osamotnienie można przezwyciężać i przekształcać w doświadczenie pozytywne (co wymaga oczywiście czasu, w celu przeprowadzenia mentalnej reorientacji osobowości (por. Dubas, 2000; Osińska, 2009; Rurawski, 1988; Szyszkowska, 1988; Wojtyła, 1980). Stosowanie destrukcyjnych strategii radzenia sobie z poczuciem osamotnienia (takich jak agresja, alkohol czy narkotyki) nie jest więc jedynym rozwiązaniem problemu (Szyszkowska, 1988). Można zatem przyjąć, że samotność jest zjawiskiem ambiwalentnym: to człowiek decyduje czy będzie ona samotnością pozytywną czy negatywnym poczuciem osamotnienia (Dubas, 2000).

### **3. Sytuacja podopiecznych hospicjów**

Opieka paliatywna (hospicyjna) to całościowa, holistyczna opieka nastawiona na zaspokajanie wszystkich podstawowych potrzeb osoby chorej, w stanie terminalnym, a także najbliższych tej osoby, zarówno w czasie choroby jak i podczas żałoby (de Walden-Gałuszko, 2004a; Górecki, 2000; Kromolicka, 2016; Pyszkowska, 2006; Stawiarska, 2011). Chodzi tu zatem nie tylko o wyeliminowanie czy zredukowanie dolegliwości somatycznych, ale także pomoc psychologiczną, duchową czy socjalną.

Okres terminalny choroby poprzedza okres preterminalny (przedterminalny), w czasie którego zaprzestaje się leczenia przedłużającego życie, choć chory funkcjonuje w dość dobrym stanie ogólnym: jest aktywny ruchowo i nie zgłasza dolegliwości (de Walden-Gałuszko, 2004a; Górecki, 1999; Stawiarska, 2011). Okres ten trwa najczęściej kilka miesięcy czy tygodni, choć może się przedłużać nawet do paru lat. Pensjonariusze nie potrzebują wtedy opieki paliatywnej.

Stadium terminalne choroby następuje w sytuacji, gdy możliwości dalszego przedłużania życia stopniowo się kurczą, a lekarze nie są już w stanie oddziaływać bezpośrednio na przyczynę schorzenia. Stan pacjenta wymaga wtedy objęcia go szczególną opieką. We właściwym stanie terminalnym, człowiek przeżywa dolegliwości, które skutkują



nieodwracalnym obniżeniem jego sprawności fizycznej i pogorszeniem ogólnego stanu organizmu. Wtedy też najczęściej człowiek nie jest już w stanie wychodzić z domu. Jest to zatem okres właściwej opieki paliatywnej, która trwa przeciętnie ok. 6-8 tygodni (de Walden-Gałuszko, 2004a; Stawiarska, 2011).

Choroba kończy się okresem agonalnym, czyli okresem umierania, trwającym najczęściej 2-3 dni. Przejawia się on powolnie narastającą niewydolnością ważnych dla życia narządów oraz zaburzeniami świadomości (wynikającymi z zaburzeń metabolicznych) (de Walden-Gałuszko, 2004a; Stawiarska, 2011).

Choroba terminalna, niezależnie od swej przyczyny, charakteryzuje się: „narastającymi dolegliwościami fizycznymi, postępującym ograniczeniem sprawności ruchowej i związaną z tym izolacją społeczną, ograniczeniem dotychczas pełnionych ról społecznych” (de Walden-Gałuszko, 2004b, s. 164).

Z tym wszystkim zaś musi zmierzyć się zarówno sam pacjent, jak i jego najbliżsi. Pomocą w tych ekstremalnie trudnych chwilach, okazać się może właśnie opieka paliatywna i hospicyjna. Na tle innych działań medycznych, wyróżnia się ona nielimitowanym czasem służby, opieką całodobową i całotygodniową oraz „uwzględnieniem zjawiska bólu wszechogarniającego (totalnego) – chorego i jego bliskich – stwarzającego konieczność zaspokojenia ich potrzeb psychicznych, socjalnych i duchowych. Opieka paliatywna łączy się z towarzyszeniem choremu, którego podstawą jest umiejętne i nacechowane empatią komunikowanie się z chorym i jego najbliższymi” (Pyszkowska, 2006, s. 277; por. Stawiarska, 2011, s. 38). Wśród form tejże pomocy wyróżnia się: opiekę stacjonarną (hospicja stacjonarne lub oddziały opieki paliatywnej), opiekę dzienną (w której chorzy przebywają na stałe we własnych domach i są w stanie się przemieszczać), opiekę domową (gdzie pacjenci przebywają na stałe w swoich domach i są w nich pielęgnowani przez zespoły domowej opieki paliatywnej lub hospicyjnej), opiekę ambulatoryjną – poradnie opieki paliatywnej (dla osób, które są w stanie zgłosić się do placówki), zespoły wspierające na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych (opiekują się one umierającymi pacjentami danej placówki), zespoły poradnictwa rodzinnego (świadczące pomoc i wsparcie dla rodzin, opiekunów i osób osieroconych) oraz poradnie leczenia obrzęku limfatycznego (Kalinowski, 2007; Pyszkowska, 2006; Stawiarska, 2011).

## **II. Badania własne**

### **1. Problem i hipotezy**

Sytuacja choroby, zwłaszcza tak ekstremalnej, jaką jest choroba terminalna, stanowi nie lada wyzwanie zarówno dla pacjenta, jak i jego najbliższych. Wdzierając się w życie człowieka, całkowicie zmienia jego sposób funkcjonowania i spostrzegania świata.

Niejednokrotnie dezorganizuje przy tym także cały dotychczasowy system wierzeń, znaczeń i przekonań (w tym też przekonań religijnych). Równie często pojawiają się sytuacje dezorganizacji życia społecznego: osobistego, rodzinnego i zawodowego. Zdarza się, że pacjent zostaje opuszczony w tych trudnych chwilach, nie tylko poprzez fizyczny brak najbliższych, ale także osamotnienie psychiczne zarówno ze strony rodziny, jak i we własnej percepcji - ze strony Boga.

Prezentowany artykuł<sup>2</sup> stawia sobie dwa cele: teoretyczny - poszerzenie i aktualizacja obecnego stanu wiedzy na temat występowania i rodzaju religijnego zmagania się, u podopiecznych hospicjów, przeżywających różne odcienie poczucia osamotnienia. Drugim jest cel aplikacyjny - modyfikowanie oraz zapobieganie powstawaniu negatywnych emocji względem Boga, negatywnych interakcji społecznych oraz poczucia lęku i winy.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, zasadne wydaje się postawienie pytania: Czy istnieją powiązania, a jeżeli tak to jakie, między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia u podopiecznych hospicjów?

Do tak postawionego pytania, sformułowano następujące hipotezy:

H1: Istnieją korelacje między religijnym zmaganiem się a odczuwanym poczuciem osamotnienia u podopiecznych hospicjów.

H2: Podopieczni hospicjów, doświadczający nieprzyjemnych interakcji społecznych związanych z wyznawaną religią, silniej odczuwają utratę grupy towarzyskiej.

H3: Podopieczni hospicjów, doświadczający religijnego pocieszenia (korzyści z wyznawanej wiary, pozytywna relacja z Bogiem), odczuwają silniejsze więzi z grupą.

H4: Związki między analizowanymi zmiennymi (religijne zmaganie się i poczucie osamotnienia) w grupie kobiet i mężczyzn są różne.

H5: Związki między analizowanymi zmiennymi (religijne zmaganie się i poczucie osamotnienia) w grupie podopiecznych hospicjów stacjonarnych i hospicjów domowych są różne.

## 2. Charakterystyka zastosowanych metod

Celem uzyskania odpowiedzi na wyżej postawione pytanie badawcze, przygotowano zbiór metod, który obejmował instrukcję ogólną, arkusz biograficzny, Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RC-SS) oraz Skalę Samotności Rascha (S-Rascha).

*Arkusz biograficzny* zawierał ankietę, dotyczącą opisu demograficznego uczestników badania, celem scharakteryzowania respondentów. Do kontrolowanych zmiennych zaliczono: wiek, płeć, wykształcenie, zawód, stan cywilny, miejsce zamieszkania, nazwę hospicjum i okres przebywania w nim oraz schorzenie danej osoby. Metryczka zawierała

---

<sup>2</sup> Artykuł powstał na podstawie niepublikowanej pracy seminaryjnej, napisanej pod kierunkiem ks. dr hab. Mirosława Brzezińskiego (Ziółkowska, 2015).

ponadto pytania o członków aktualnej rodziny i relacje w niej panujące, a także informację o osobach odwiedzających i częstotści tych spotkań. Weryfikowano również poziom wyznawanej wiary.

Do opisu religijnego zmagania się, doświadczanego przez badanych, użyto *Skali Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RC-SS)*, autorstwa Ann M. Yali, Julie J. Exline, Benjamina Wood'a, Everetta L. Worthington'a, Jr. Do eksploracji tematu użyto wersji eksperymentalnej Beaty Zarzyckiej (2014). Metoda zawiera 29 stwierdzeń, ujętych w dwóch podskalach opisujących pocieszenie religijne – *Pozytywna relacja z Bogiem* oraz *Korzyści z wiary* – a także trzech podskalach ujmujących religijne napięcie: *Lęk-Wina* (rozumiane jako poczucie winy, nieprzebaczenia ze strony Boga i zaabsorbowanie swoimi grzechami), *Emocje negatywne względem Boga* (czyli negatywne uczucia w stosunku do Niego, postrzeganie Go jako opuszczającego, niegodnego zaufania i okrutnego) oraz *Negatywne interakcje społeczne związane z religią* (przedstawiające negatywne emocje i relacje wśród wierzących). Biorąc pod uwagę, że ilość itemów w podskalach jest różna, w obliczeniach wykorzystana jest średnia, a nie suma. Badani udzielają odpowiedzi poprzez wskazanie stopnia, w jakim każde ze stwierdzeń opisuje ich doświadczenia. Skala jest 10-punktowa; „0” oznacza, że opisane doświadczenia w ogóle nie występują, natomiast „10” – że badany przeżywa je bardzo silnie.

Celem opisu drugiej zmiennej – poczucia osamotnienia – zastosowano *Skalę Samotności Rascha (S-Rascha)*. Autorami metody są J. de Jong-Gireveld i F. Kamphuis; adaptacji zaś dokonał Józef Rembowski (de Jong-Gierveld, Kamphuis, 1985; por. także: Rembowski, 1992; Śliwak, Zarzycka, 2011; Śliwak, Zarzycka, Dziduch, 2001). Skala zawiera 30 pozycji, podzielonych na pięć podskal: *Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego*, *Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego*, *Poczucie utraty grupy towarzyskiej*, *Poczucie związku z grupą* oraz *Poczucie znaczących związków z ludźmi*. Metoda umożliwia wyodrębnienie dodatkowo samotności pozytywnej i negatywnej (bazując na treści konkretnych stwierdzeń). Badani udzielają odpowiedzi poprzez wskazanie stopnia, w jakim zgadzają się z każdym ze stwierdzeń (od całkowicie zgodne do całkowicie niezgodne).

### 3. Badane osoby

Grupa respondentów liczyła łącznie 40 osób: po 10 kobiet i 10 mężczyzn do każdej z form pomocy (stacjonarnej/domowej). Ankietowani zostali specjalnie wybrani z całości populacji (ze względu na płeć i formę leczenia)<sup>3</sup>. Grupą badaną są pensjonariusze dwóch lubelskich hospicjów: Hospicjum Dobrego Samarytanina (hospicjum stacjonarne) oraz „Pomocna Dłoń” (hospicjum domowe). Respondenci mieli pozytywny stosunek do sytuacji

<sup>3</sup> Autorzy opracowania zdają sobie sprawę z ograniczonej liczby respondentów, uwagę zwrócić należy jednak na ogólny stan zdrowia całej populacji chorych terminalnie, ich możliwości intelektualne i chęć współpracy w obliczu zbliżającego się kresu życia.

badania: chętnie udzielali odpowiedzi, a w razie niezrozumienia, dopytywali badaczy o znaczenie poszczególnych itemów. Średnia wieku wynosi  $M=70.00$ , odchylenie standardowe  $SD=12.00$ . Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: wykształcenie magisterskie - 25%, podstawowe - 22.5%, średnie - 20%, zawodowe - 17.5%. Jedna osoba ukończyła studia podyplomowe (2.5%); 12.5% - studia I stopnia. Jeśli chodzi o stan cywilny badanych, to większość pensjonariuszy znajduje się obecnie w związku małżeńskim (32.5%); niewiele mniej jest po rozwodzie (27.5%) lub w stanie wdowieństwa (25%). Najmniejsza część badanych to panny i kawalerowie (15%). Długość okresu przebywania w placówce u większości badanych osób wynosiła powyżej 180 dni. Najczęstszą przyczyną przebywania w hospicjum był nowotwór (32.5% badanych). Inne powtarzające się schorzenia to problemy w funkcjonowaniu układu krążenia (15%), a także niepełnosprawność fizyczna/paraliż, choroby weneryczne, stwardnienie rozsiane i odleżyny (po 5%). Wśród pozostałych chorób wskazano: impotencję, wrzody żołądka, cukrzycę, guz mózgu, chorobę Alzheimera, osteoporozę, glejaka mózgu, łuszczycę i mukowiscydozę. Trzy osoby (7.5%) nic nie mówiły o swojej chorobie (nie widziały lub te dane uważały za tajemnicę).

Analizując relacje wewnątrzrodzinne i ich jakość, zauważa się, że wielu badanych ocenia je jako bardzo dobre, niezależnie czy dotyczą one współmałżonka (9 osób), rodzeństwa (11 osób), dzieci (10 osób), wnuków (11 osób) czy prawnuków (2 osoby). Słabą relację deklaruje po 3 osoby w stosunku do współmałżonka, rodzeństwa, dzieci lub wnuków. Żaden badany nie ocenił żadnej ze swoich relacji (z współmałżonkiem, dziećmi, wnukami czy rodzeństwem) jako złej lub bardzo złej. Odpowiedzi na pytanie o częstotliwość odwiedzin udzieliło 35 badanych. Codziennie odwiedzanych jest 40% chorych (16 pacjentów). Siedmiu podopiecznych hospicjów nie jest odwiedzanych w ogóle, 1 osoba raz w miesiącu, 3 respondentów - raz na tydzień, 4 badanych - dwa razy w tygodniu. Po jednym badanym wskazuje na kontakt 2-3, 3, 4 lub 6 razy w tygodniu. W arkuszu biograficznym pytano również o deklarowany poziom wiary. Większość chorych to osoby zdecydowanie wierzące (47.5%; 17.5% *zgadza się*, 12.5% *raczej się zgadza*). Osoby, które zdecydowanie nie zgadzały się ze stwierdzeniem „jestem osobą wierzącą” to 7.5%. W grupie znalazły się również badani niewierzący (po 5% *raczej nie zgadzam się* lub *nie zgadzam się*) lub nie mający zdania odnośnie swojej wiary (5%).

#### 4. Uzyskane wyniki

Badana grupa podopiecznych hospicjów została scharakteryzowana ze względu na zmienne: religijne zmaganie się i poczucie osamotnienia, w podgrupach wyodrębnionych ze względu na płeć badanych oraz formę opieki paliatywnej, z której badany korzysta (hospicjum stacjonarne i domowe). W toku analiz dokonano ponadto testów nasilenia różnic istotnych statystycznie oraz korelacji.

#### 4.1. Religijne zmaganie się u kobiet i mężczyzn przebywających w hospicjum

Badani, pierwotnie, podzieleni zostali na dwie grupy, ze względu na płeć. Tabela 1 zawiera statystyki opisowe (średnie i odchylenia standardowe) w całej grupie badanych oraz w grupie kobiet i mężczyzn, dotyczące religijnego zmagania się.

Tabela 1. Religijne zmaganie się w badanych grupach, wyodrębnionych ze względu na płeć badanych (N=40)

Zmienna	Cała grupa		Kobiety		Mężczyźni	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pozytywna relacja z Bogiem	34.63	12.955	37.75	12.315	31.50	13.125
Korzyści z wiary	34.20	14.703	39.20	11.687	29.20	15.953
Lęk-Wina	22.75	14.038	23.55	15.115	21.95	13.217
Emocje negatywne względem Boga	18.58	14.593	18.65	16.665	18.50	12.626
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	21.63	15.628	24.45	17.012	18.80	13.968

Przeprowadzono analizę różnic między kobietami i mężczyznami w wynikach religijnego zmagania się (U Manna-Whitneya), co obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Różnice statystyczne w przeżywaniu religijnego zmagania się w grupie kobiet i mężczyzn (N=40)

Zmienna	Kobiety		Mężczyźni		U	p
	Mediana	Średnia ranga	Mediana	Średnia ranga		
Pozytywna relacja z Bogiem	39.50	23.43	34.00	17.58	1.588	0.112
Korzyści z wiary	41.00	24.60	30.00	16.40	2.237	0.025
Lęk-Wina	20.50	21.23	22.00	19.78	0.393	0.695
Emocje negatywne względem Boga	22.50	20.33	17.50	20.68	0.095	0.924
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	28.00	22.55	17.50	18.45	1.110	0.267

Z tabeli nr 2 wynika, że różnice istotne statystycznie na poziomie istotnym statystycznej  $p=0.025$  ( $U=2.237$ ), występują w doświadczanych przez chorych, korzyściach z wiary. Oznacza to, że kobiety częściej i w większym stopniu niż mężczyźni, odczuwają korzyści z wyznawanej wiary. Wiara jest dla nich źródłem siły, energii i harmonii. Daje im także poczucie sensu i celu w życiu oraz zapewnia wewnętrzny pokój. Występowanie pozostałych aspektów religijnego zmagania się nie wykazuje istotnych różnic.



Następnie badani podzieleni zostali ze względu na formę opieki hospicyjnej, z której korzystają – hospicjum stacjonarne (Hospicjum Dobrego Samarytanina) lub domowe (Pomocna Dłoń). Tabela 3 przedstawia statystyki opisowe w całej grupie badanych oraz w grupie podopiecznych hospicjum stacjonarnego i domowego, dotyczące zmiennej religijnego zmagania się.

Tabela 3. Religijne zmaganie się w badanych grupach wyodrębnionych ze względu na formę doświadczanej opieki (N=40)

Zmienna	Cała grupa		Hospicjum stacjonarne		Hospicjum domowe	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pozytywna relacja z Bogiem	34.63	12.955	41.70	10.549	27.55	11.307
Korzyści z wiary	34.20	14.703	39.25	16.629	29.15	10.654
Lęk-Wina	22.75	14.038	16.15	10.117	29.35	14.507
Emocje negatywne względem Boga	18.58	14.593	10.70	11.323	26.45	13.355
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	21.63	15.628	13.60	11.856	29.65	15.006

Analiza statystyczna dokonana przy pomocy testu U Manna-Whitneya, ujawniła wiele różnic istotnych statystycznie w odczuwanym religijnym zmaganiu się między wyodrębnionymi podgrupami: opieka stacjonarna i domowa (por. tabela 4).

Największe różnice (istotne statystycznie) między wyodrębnionymi grupami wystąpiły w wymiarze pozytywnej relacji z Bogiem ( $U=3.651$ ;  $p=0.001$ ) oraz emocjach negatywnych przeżywanych względem Boga ( $U=3.600$ ;  $p=0,001$ ) i negatywnych interakcjach z innymi wierzącymi ( $U=3.234$ ;  $p=0,001$ ). Różnice istotne statystycznie wykryto ponadto w odczuwanych korzyściach z wiary ( $U=2.946$ ;  $p=0.003$ ), a także na skali lęku-winy ( $U=3.073$ ;  $p=0.002$ ).

Tabela 4. Różnice statystyczne w przeżywaniu religijnego zmagania się w grupie podopiecznych hospicjum stacjonarnego i domowego (N=40)

Zmienna	Hospicjum				U	p
	Stacjonarne		Domowe			
	Mediana	Średnia ranga	Mediana	Średnia ranga		
Pozytywna relacja z Bogiem	45.00	27.23	31.50	13.78	3.651	0.001
Korzyści z wiary	48.50	25.90	30.00	15.10	2.946	0.003
Lęk-Wina	16.50	14.83	32.50	26.18	3.073	0.002
Emocje negatywne względem Boga	8.50	13.90	29.50	27.10	3.600	0.001
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	11.00	14.53	30.00	26.48	3.234	0.001

Powyższe dane oznaczają, że pensjonariusze w hospicjach stacjonarnych mają bardziej pozytywną (czyli bliższą, intymną) więź z Bogiem oraz częściej i w większym nasileniu doświadczają korzyści z wyznawanej wiary. Ich zdaniem, wszechwiedzący i wszechmogący Bóg troszczy się i dba o nich. Badani mają przeświadczenie, że Bóg opiekuje się nimi i ich wspiera. Chorzy czują się przez Niego kochani. Wiara stanowi dla podopiecznych hospicjów stacjonarnych źródło siły, energii i harmonii. Zapewnia im pokój wewnętrzny, poczucie sensu i celu w życiu. Osoby w hospicjach stacjonarnych rzadziej i słabiej odczuwają przy tym emocje negatywne zarówno względem Boga jak i innych wierzących. Natomiast pensjonariusze w hospicjach domowych niekiedy czują gniew wobec Boga i postrzegają Go jako niesprawiedliwego lub niedobrego, a nawet opuszczającego ich w trudnych chwilach. Mają poczucie, że Bóg ich zawiódł, nierzadko obawiają się potępienia i nieprzebaczenia grzechów przez Boga. Negatywne interakcje społeczne związane z religią, podopiecznym hospicjów domowych również nie są obce.

#### 4.2. Poczucie osamotnienia u podopiecznych hospicjum

Grupa badanych analizowana była także pod względem drugiej zmiennej, jaką stanowi poczucie osamotnienia. Tabela 5 przedstawia statystyki opisowe w całej grupie badanych oraz w podgrupach wyodrębnionych na podstawie płci.

Tabela 5. Poczucie osamotnienia w badanych grupach wyodrębnionych ze względu na płeć badanych (N=40)

Zmienna	Cała grupa		Kobiety		Mężczyźni	
	M	SD	M	SD	M	SD
Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	14.65	6.245	15.35	6.192	13.95	6.378
Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	15.18	6.759	17.70	6.899	12.65	5.724
Poczucie utraty grupy towarzyskiej	11.65	4.655	13.35	5.112	9.95	3.502
Poczucie związku z grupą	16.60	3.979	16.25	4.315	16.95	3.692
Poczucie znaczących związków z ludźmi	22.63	4.955	22.00	5.390	23.25	4.529

Następnie, przy pomocy testu nieparametrycznego U Manna-Whitneya, poszukiwano różnic między grupą kobiet i mężczyzn w poczuciu osamotnienia. Wyniki tych analiz prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Różnice statystyczne w doświadczanym poczuciu osamotnienia w grupie kobiet i mężczyzn (N=40)

Zmienna	Kobiety		Mężczyźni		U	p
	Mediana	Średnia ranga	Mediana	Średnia ranga		
Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	17.50	21.95	11.50	19.05	0.788	0.430
Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	17.00	24.88	11.00	16.13	2.379	0.017
Poczucie utraty grupy towarzyskiej	14.50	24.78	10.00	16.23	2.323	0.020
Poczucie związku z grupą	16.00	18.90	17.00	22.10	0.871	0.384
Poczucie znaczących związków z ludźmi	20.00	18.98	24.50	22.03	0.828	0.408

Przeprowadzone analizy pokazały, że między wyodrębnionymi ze względu na płeć grupami, istnieją dwie różnice istotne statystycznie w wymiarach poczucia osamotnienia. Różnice te dotyczą sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego ( $U= 2.379$ ;  $p=0.017$ ), oraz poczucia utraty grupy towarzyskiej ( $U=2.323$ ;  $p=0.020$ ). Oznacza to, że kobiety częściej i w większym nasileniu niż mężczyźni, odczuwają sytuacyjne odrzucenie społeczne oraz utratę grupy towarzyskiej w sytuacji choroby terminalnej. Pozostałe aspekty poczucia osamotnienia nie wykazują istotnych różnic.

Kolejnym przedmiotem analiz uczyniono zmienną poczucia osamotnienia. Próbowano odpowiedzieć na pytanie czy istnieją różnice istotne statystycznie w poczuciu osamotnienia u osób które znajdują się w hospicjum stacjonarnym albo hospicjum domowym. Wyniki tych poszukiwań prezentują tabele 7 i 8.

Tabela 7. Poczucie osamotnienia w badanych grupach wyodrębnionych ze względu na formę doświadczanej opieki (N=40)

Zmienna	Cała grupa		Hospicjum stacjonarne		Hospicjum domowe	
	M	SD	M	SD	M	SD
Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	14.65	6.245	10.25	3.462	19.05	5.226
Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	15.18	6.759	12.35	7.088	18.00	5.171
Poczucie utraty grupy towarzyskiej	11.65	4.655	10.20	5.248	13.10	3.538
Poczucie związku z grupą	16.60	3.979	18.25	4.241	14.95	2.964
Poczucie znaczących związków z ludźmi	22.63	4.955	26.00	3.598	19.25	3.669

Przeprowadzone analizy różnicowe (U Manna-Whitneya) dały bardzo ciekawy obraz powiązań, gdyż okazało się, że we wszystkich wymiarach poczucia osamotnienia istnieją różnice bardzo istotne statystycznie (por. tabela 8).

Tabela 8. Różnice statystyczne w doświadczanym poczuciu osamotnienia w grupie podopiecznych hospicjum stacjonarnego i domowego (N=40)

Zmienna	Hospicjum				U	p
	Stacjonarne		Domowe			
	Mediana	Średnia ranga	Mediana	Średnia ranga		
Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	10.00	12.50	20.00	28.50	4.350	0.001
Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	10.50	14.35	17.00	26.65	3.345	0.001
Poczucie utraty grupy towarzyskiej	9.00	16.00	14.00	25.00	2.445	0.014
Poczucie związku z grupą	17.50	25.23	15.50	15.78	2.572	0.010
Poczucie znaczących związków z ludźmi	26.50	28.48	19.00	12.53	4.330	0.001

Analizując, przy pomocy testu U Manna-Whitneya (tabela 8), różnice statystyczne między pensjonariuszami hospicjów stacjonarnych i domowych, zaobserwowano różnice istotne statystycznie na poziomie istotności statystycznej  $p=0.001$ , występujące w deprywacji potrzeby kontaktu społecznego ( $U=4.350$ ), w sytuacyjnym poczuciu odrzucenia społecznego ( $U=3.345$ ) oraz w poczuciu znaczących związków z ludźmi ( $U=4.330$ ). Różnice wykryto ponadto w poczuciu więzi z grupą ( $U=2.572$ ;  $p=0.010$ ) oraz poczuciu utraty grupy towarzyskiej ( $U=2.445$ ;  $p=0.014$ ).

Powyższe dane oznaczają, że pacjenci hospicjów stacjonarnych doznają słabszej deprywacji potrzeby kontaktu społecznego i mniejszego sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego, przy jednocześnie silniejszym i/lub częstszym poczuciu znaczących związków z ludźmi. W porównaniu z podopiecznymi hospicjów domowych, osoby przebywające w ośrodkach stacjonarnych, doświadczają niższego poczucia utraty grupy towarzyskiej i silniejszego poczucia więzi z grupą. Większość badanych z placówek stacjonarnych ma bliskich, przyjaciół, sąsiadów czy znajomych, którym może zaufać i na których może polegać. W hospicjach domowych zaś, badani z jednej strony deklarują związki z osobami znaczącymi; z drugiej zaś wskazują na silniejszą (niż pensjonariusze placówek stacjonarnych) deprywację potrzeby kontaktu, utratę grupy towarzyskiej i sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego. Wyjaśnieniem zaistniałej sytuacji może być silny i zadowalający kontakt z bliską rodziną (chorzy korzystają z opieki domowej) przy braku

kontaktu z grupą towarzyską: sąsiadami, znajomymi czy przyjaciółmi. Nie dziwi też fakt mniejszego sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego u chorych w placówkach stacjonarnych – ich aktualna sytuacja życiowa jest równie dramatyczna, co chorych w domach, jednak okoliczności, w jakich się znajdują (stała obecność personelu medycznego, a niekiedy także wolontariuszy) mogą niwelować poczucie izolacji społecznej, o którą łatwiej w sytuacji zamknięcia się w obrębie własnego domu?

#### 4.3. Korelacje pomiędzy religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia

Tabela 9 przedstawia analizy korelacji w całej grupie badanych, dotyczące związków pomiędzy religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia. Jest ona tym samym odpowiedzią na hipotezę 1 (*H1: Istnieją korelacje między religijnym zmaganiem się a odczuwanym poczuciem osamotnienia u podopiecznych hospicjów*).

Tabela 9. Współczynniki korelacji (rho Spermanna) między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia (N=40)

Zmienne		Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	Poczucie utraty grupy towarzyskiej	Poczucie związku z grupą	Poczucie znaczących związków z ludźmi
Pozytywna relacja z Bogiem	<i>r</i>	-0.347*	-0.180	-0.120	0.592***	0.632***
	<i>p</i>	0.028	0.266	0.461	0.001	0.001
Korzyści z wiary	<i>r</i>	-0.321*	-0.086	-0.024	0.444**	0.579***
	<i>p</i>	0.044	0.597	0.882	0.004	0.001
Lęk-Wina	<i>r</i>	0.578***	0.573***	0.475**	-0.178	-0.327*
	<i>p</i>	0.001	0.001	0.002	0.272	0.040
Emocje negatywne względem Boga	<i>r</i>	0.518***	0.363*	0.283	-0.292	-0.400*
	<i>p</i>	0.001	0.021	0.077	0.067	0.011
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	<i>r</i>	0.553***	0.581***	0.539***	-0.193	-0.319*
	<i>p</i>	0.001	0.001	0.001	0.234	0.045

\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.05

\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.01

\*\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.001



Umiarkowane, dodatnie korelacje istotne statystycznie na poziomie istotności statystycznej  $p=0.001$ , występują pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią a: deprawacją potrzeby kontaktu społecznego ( $r=0.553$ ), sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego ( $r=0.581$ ) oraz poczuciem utraty grupy towarzyskiej ( $r=0.539$ ). Analogicznie silne związki zauważono w przypadku emocji negatywnych względem Boga i deprawacji potrzeby kontaktu społecznego ( $r=0.518$ ) oraz korelacji pomiędzy lękiem-winą a: deprawacją potrzeby kontaktu społecznego ( $r=0.578$ ) i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego ( $r=0.573$ ).

Podobnie silne korelacje odnotowano między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: korzyściami z wiary ( $r=0.579$ ) i pozytywną relacją z Bogiem ( $r=0.632$ ). Korelacja między pozytywną relacją z Bogiem a poczuciem związku z grupą jest analogiczna ( $r=0.592$ ).

Umiarkowane, dodatnie korelacje istotne statystycznie, ale na poziomie poniżej  $p=0.01$  zaobserwowano także między lękiem-winą a poczuciem utraty grupy towarzyskiej ( $r=0.475$ ;  $p=0.002$ ) i między korzyściami z wiary a poczuciem związku z grupą ( $r=0.444$ ;  $p=0.004$ ).

Niska, dodatnia korelacja istotna statystycznie pojawia się pomiędzy emocjami negatywnymi względem Boga a sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego ( $r=0.363$ ;  $p=0.021$ ). Podobnie niskie korelacje istotne statystycznie, ale ujemne, dostrzeżono między deprawacją potrzeby kontaktu społecznego a: pozytywną relacją z Bogiem ( $r= -0.347$ ;  $p=0.028$ ) i korzyściami z wiary ( $r= -0.321$ ;  $p=0.044$ ).

Analogiczne związki wychwycono także między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: lękiem-winą ( $r= -0.327$ ;  $p=0.040$ ), emocjami negatywnymi względem Boga ( $r= -0.400$ ;  $p=0.011$ ) i negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią ( $r= -0.319$ ;  $p=0.045$ ).

Odkryto także dodatnią tendencję do korelacji istotnych statystycznie, występującą pomiędzy emocjami negatywnymi względem Boga a poczuciem utraty grupy towarzyskiej ( $r=0.283$ ;  $p=0.077$ ).

Z kolei tendencja ujemna widoczna jest w związkach emocji negatywnych względem Boga z poczuciem więzi z grupą ( $r= -0.292$ ;  $p=0.067$ ).

Pozostałe składowe religijnego zmagania się i poczucia osamotnienia nie wykazują między sobą istotnych korelacji ani tendencji statystycznych.

Przedmiotem analiz uczyniono następnie poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o korelacje religijnego zmagania się i poczucia osamotnienia w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć badanych (por. tabela 10 i 11) oraz formę otrzymywanej opieki (por. tabela 12 i 13).

Tabela 10. Współczynniki korelacji (rho Spermanna) między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia w grupie kobiet (N=20)

Zmienne		Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	Poczucie utraty grupy towarzyskiej	Poczucie związku z grupą	Poczucie znaczących związków z ludźmi
Pozytywna relacja z Bogiem	<i>r</i>	-0.573**	-0.247	-0.148	0.562**	0.794***
	<i>p</i>	0.008	0.294	0.533	0.010	0.001
Korzyści z wiary	<i>r</i>	-0.576**	-0.206	-0.140	0.487*	0.808***
	<i>p</i>	0.008	0.385	0.557	0.029	0.001
Lęk-Wina	<i>r</i>	0.817***	0.744***	0.526*	-0.201	-0.551*
	<i>p</i>	0.001	0.001	0.017	0.396	0.012
Emocje negatywne względem Boga	<i>r</i>	0.808***	0.469*	0.296	-0.431	-0.657**
	<i>p</i>	0.001	0.037	0.206	0.058	0.002
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	<i>r</i>	0.717***	0.684***	0.602**	-0.183	-0.408
	<i>p</i>	0.001	0.001	0.005	0.439	0.074

\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.05

\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.01

\*\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.001

Statystyka pozwoliła dostrzec wysokie dodatnie korelacje istotne statystycznie ( $p=0.001$ ), występujące u kobiet między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: pozytywną relacją z Bogiem ( $r=0.794$ ) i korzyściami z wyznawanej wiary ( $r=0.808$ ). Tak samo silne związki zauważono także między deprywacją potrzeby kontaktu społecznego a: lękiem-winą ( $r=0.817$ ), emocjami negatywnymi względem Boga ( $r=0.808$ ) oraz negatywnymi interakcjami społecznymi ( $r=0.717$ ). Korelacje między sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego a lękiem-winą są analogiczne ( $r=0.744$ ;  $p=0.001$ ).

Umiarkowane, dodatnie związki istotne statystycznie, odnotowano między negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego ( $r=0.684$ ,  $p=0.001$ ).

Podobne korelacje istotne statystycznie zaobserwowano również pomiędzy pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą ( $r=0.562$ ;  $p=0.010$ ) oraz pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi i poczuciem utraty grupy towarzyskiej ( $r=0.602$ ;  $p=0.005$ ). Analogicznie silne, ale ujemne, współzależności wykryto pomiędzy deprywacją

potrzeby kontaktu społecznego a: pozytywną relacją z Bogiem ( $r = -0.573$ ;  $p = 0.008$ ) i korzyściami z wiary ( $r = -0.576$ ;  $p = 0.008$ ). Związki występujące między emocjami negatywnymi względem Boga i poczuciem znaczących związków z ludźmi, też okazały się istotne i ujemne ( $r = -0.657$ ;  $p = 0.002$ ).

Zależności na najniższym poziomie istotności statystycznej odnaleziono także między emocjami negatywnymi względem Boga i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego ( $r = 0.469$ ;  $p = 0.037$ ). Korelacje wystąpiły też pomiędzy korzyściami z wiary i poczuciem związku z grupą ( $r = 0.487$ ;  $p = 0.029$ ). Relacje spostrzeżono ponadto między lękiem-winą i poczuciem utraty grupy towarzyskiej ( $r = 0.526$ ;  $p = 0.017$ ). Związki ujemne zarejestrowano zaś między lękiem-winą i poczuciem znaczących związków z ludźmi ( $r = -0.551$ ;  $p = 0.012$ ).

Badania własne pokazały także tendencje do ujemnych korelacji istotnych statystycznie - związki wychwycono między poczuciem związku z grupą i negatywnymi emocjami względem Boga ( $r = -0.431$ ;  $p = 0.058$ ). Na tendencje do odwrotnie proporcjonalnego współwystępowania wskazują też relacje między poczuciem znaczących związków z ludźmi i negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią ( $r = -0.408$ ;  $p = 0.074$ ).

Kolejna tabela prezentuje wyniki analogicznych analiz, ale w odniesieniu do grupy mężczyzn (por. tabela 11).

Tabela 11. Współczynniki korelacji (rho Spermanna) między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia w grupie mężczyzn (N=20)

Zmienne		Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	Poczucie utraty grupy towarzyskiej	Poczucie związku z grupą	Poczucie znaczących związków z ludźmi
Pozytywna relacja z Bogiem	r	-0.195	-0.364	-0.180	0.664***	0.612**
	p	0.409	0.115	0.449	0.001	0.004
Korzyści z wiary	r	-0.244	-0.315	-0.141	0.535*	0.614**
	p	0.300	0.176	0.554	0.015	0.004
Lęk-Wina	r	0.241	0.351	0.401	-0.080	-0.008
	p	0.305	0.130	0.080	0.738	0.972
Emocje negatywne względem Boga	r	0.163	0.213	0.153	-0.069	-0.098
	p	0.492	0.366	0.519	0.772	0.682
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	r	0.236	0.408	0.340	-0.088	-0.134
	p	0.316	0.074	0.143	0.711	0.573

\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.05; \*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.01

\*\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.001

W grupie mężczyzn, umiarkowane, dodatnie korelacje istotne statystycznie, wykryto między pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą ( $r=0.664$ ;  $p=0.001$ ). Równie silne korelacje, zauważono między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: pozytywną relacją z Bogiem ( $r=0.612$ ;  $p=0.004$ ) i korzyściami z wiary ( $r=0.614$ ;  $p=0.004$ ). Najniższy poziom istotności statystycznej w związku umiarkowanie silnym, dodatnim, zaobserwowano między poczuciem związku z grupą i korzyściami z wiary ( $r=0.535$ ;  $p=0.015$ ).

Wyniki analiz podkreśliły też dwie tendencje do korelacji istotnych statystycznie. Występują one między sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego i negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią ( $r=0.408$ ;  $p=0.074$ ), a także pomiędzy poczuciem utraty grupy towarzyskiej i lękiem-winą ( $r=0.401$ ;  $p=0.080$ ).

Jak wcześniej wspomniano, analizom poddano także korelacje religijnego zmagania się i poczucia osamotnienia w grupach wyodrębnionych ze względu formę otrzymywanej opieki (por. tabela 12 i 13).

Tabela 12. Współczynniki korelacji (rho Spermanna) między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia w grupie podopiecznych hospicjum stacjonarnego (N=20)

Zmienne		Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	Poczucie utraty grupy towarzyskiej	Poczucie związku z grupą	Poczucie znaczących związków z ludźmi
Pozytywna relacja z Bogiem	r	-0.273	0.164	-0.076	0.452*	0.414
	p	0.244	0.490	0.749	0.046	0.070
Korzyści z wiary	r	-0.129	0.264	0.083	0.299	0.347
	p	0.588	0.260	0.728	0.200	0.134
Lęk-Wina	r	0.378	0.365	0.243	-0.209	-0.339
	p	0.100	0.114	0.302	0.378	0.144
Emocje negatywne względem Boga	r	0.049	-0.104	-0.021	-0.512*	-0.380
	p	0.836	0.662	0.930	0.021	0.098
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	r	0.374	0.269	0.503*	-0.303	-0.242
	p	0.105	0.251	0.024	0.194	0.304

\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.05

Korelacje istotne statystycznie, dodatnie, umiarkowane dostrzeżono między negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią i poczuciem utraty grupy

towarzyskiej u pensjonariuszy hospicjum stacjonarnego ( $r=0.503$ ;  $p=0.024$ ). Związki analogiczne wykryto też między pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą ( $r=0.452$ ;  $p=0.046$ ). Korelacje odwrotnie proporcjonalne zaobserwowano natomiast między emocjami negatywnymi względem Boga i poczuciem związku z grupą ( $r= -0.512$ ;  $p=0.021$ ).

Analizy pozwoliły na wyróżnienie tendencji do korelacji istotnych statystycznie. Więzi dodatnie odnotowano między poczuciem znaczących związków z ludźmi i pozytywną relacją z Bogiem ( $r=0,414$ ,  $p=0.070$ ). Ujemne zaś - między poczuciem znaczących związków z ludźmi i emocjami negatywnymi względem Boga ( $r= -0.380$ ;  $p=0.098$ ).

Kolejna tabela prezentuje wyniki analogicznych analiz, ale w odniesieniu do grupy pensjonariuszy hospicjum domowego (por. tabela 13).

Tabela 13. Współczynniki korelacji (rho Spermanna) między religijnym zmaganiem się a poczuciem osamotnienia w grupie podopiecznych hospicjum domowego (N=20)

Zmienne		Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	Poczucie utraty grupy towarzyskiej	Poczucie związku z grupą	Poczucie znaczących związków z ludźmi
Pozytywna relacja z Bogiem	r	0.543*	0.151	0.269	0.590**	0.351
	p	0.013	0.525	0.251	0.006	0.129
Korzyści z wiary	r	0.321	0.185	0.354	0.279	0.386
	p	0.168	0.435	0.125	0.234	0.093
Lęk-Wina	r	0.489*	0.451*	0.397	0.355	0.346
	p	0.029	0.046	0.083	0.124	0.136
Emocje negatywne względem Boga	r	0.480*	0.368	0.332	0.454*	0.374
	p	0.032	0.110	0.153	0.044	0.104
Negatywne interakcje społeczne związane z religią	r	0.447*	0.374	0.322	0.386	0.311
	p	0.048	0.104	0.167	0.093	0.181

\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.05

\*\* korelacja istotna statystycznie na poziomie 0.01

Wyniki otrzymane przez podopiecznych hospicjum domowego, pozwoliły na odkrycie umiarkowanych, dodatnich korelacji istotnych statystycznie, występujących między poczuciem związku z grupą i pozytywną relacją z Bogiem ( $r=0.590$ ;  $p=0.006$ ). Nieco słabsze związki zaobserwowano także pomiędzy wieloma aspektami religijnego zmagania się (poza korzyściami z wiary) a deprywacją potrzeby kontaktu społecznego (por. tabela 13).



Podobne korelacje dostrzeżono też pomiędzy sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego i lękiem-winą ( $r=0.451$ ;  $p=0.046$ ). Współwystępowanie zarysowało się również między poczuciem związku z grupą i emocjami negatywnymi względem Boga ( $r=0.454$ ;  $p=0.044$ ).

Wychwycono także tendencje do dodatnich korelacji istotnych statystycznie. Relacje zauważono pomiędzy poczuciem znaczących związków z ludźmi i korzyściami z wyznawanej wiary ( $r=0.386$ ;  $p=0.093$ ), pomiędzy poczuciem utraty związku z grupą a lękiem-winą ( $r=0.397$ ;  $p=0.083$ ), a także pomiędzy poczuciem związku z grupą i negatywnymi interakcjami społecznymi ( $r=0.386$ ,  $p=0.093$ ).

### Podsumowanie

W ramach opisu wyników uzyskanych w poszczególnych zmiennych, weryfikowano różnice istotne statystycznie w odczuwanym religijnym zmaganiu się w grupie kobiet i mężczyzn. Rzeczony różnice (na korzyść kobiet) zauważono w zakresie korzyści odczuwanych z wyznawanej wiary (por. tabela 2). Analizowano także występowanie różnic istotnych statystycznie w zakresie drugiej zmiennej – poczucia osamotnienia – w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć badanych. Uzyskane dane pozwoliły na odkrycie różnic istotnych statystycznie w zakresie sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego i poczucia utraty grupy towarzyskiej (por. tabela 6). Okazało się, że kobietom przeżycia te towarzyszą częściej i w większym nasileniu niż mężczyznom.

Analogiczna statystyczna przeprowadzona została także po podziale badanych na pensjonariuszy hospicjów stacjonarnych i hospicjów domowych. Przy weryfikacji religijnego zmagania się chorych, zarejestrowano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi z hospicjów stacjonarnych i domowych na każdym z pięciu czynników religijnego zmagania się. Wyniki te oznaczają, że pensjonariusze w hospicjach stacjonarnych mają bardziej pozytywną (czyli bliższą, intymną) więź z Bogiem oraz częściej i w większym nasileniu doświadczają korzyści z wyznawanej wiary. Chorzy z tych placówek rzadziej i słabiej odczuwają ponadto emocje negatywne zarówno względem Boga, jak i innych wierzących oraz doświadczają mniejszego poczucia winy i słabszego uczucia nieprzebaczenia grzechów przez Boga (por. tabela 4). W opracowaniu poszukiwano także różnic istotnych statystycznie między podopiecznymi hospicjów stacjonarnych i domowych w zakresie drugiej zmiennej, czyli poczucia osamotnienia. Dane obrazują rzeczony różnice w zakresie każdego wymiaru poczucia osamotnienia (por. tabela 8). Dane te oznaczają, że pacjenci hospicjów stacjonarnych doznają słabszej deprywacji potrzeby kontaktu społecznego i mniejszego sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego, przy jednocześnie silniejszym i/lub częstszym poczuciu znaczących związków z ludźmi. W porównaniu z podopiecznymi

hospicjów domowych, osoby przebywające w ośrodkach stacjonarnych, doświadczają niższego poczucia utraty grupy towarzyskiej i silniejszego poczucia więzi z grupą.

Przedstawione wyniki badań potwierdzają hipotezę 1 (*H1: Istnieją korelacje między religijnym zmaganiem się a odczuwanym poczuciem osamotnienia u podopiecznych hospicjów*) zarówno w całej grupie badanych (tabela 9), jak i w podgrupach: kobiet (tabela 10), mężczyzn (tabela 11), podopiecznych hospicjum stacjonarnego (tabela 12) i domowego (tabela 13).

Badając wszystkich chorych, umiarkowane dodatnie korelacje istotne statystycznie odnaleziono bowiem pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią a: deprivacją potrzeby kontaktu społecznego, sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego i poczuciem utraty grupy towarzyskiej. Potwierdzono tym samym hipotezę 2 (*H2: Podopieczni hospicjów, doświadczający nieprzyjemnych interakcji społecznych związanych z wyznawaną religią, silniej odczuwają utratę grupy towarzyskiej*). Analogiczne korelacje – istotne, umiarkowane, dodatnie – dostrzeżono w przypadku emocji negatywnych względem Boga i deprivacji potrzeby kontaktu społecznego. Podobnie w związkach między lękiem-winą a: deprivacją potrzeby kontaktu społecznego i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego. Również umiarkowane, dodatnie korelacje zauważono między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: korzyściami z wiary i pozytywną relacją z Bogiem. Analogiczne związki dostrzeżono też między pozytywną relacją z Bogiem a poczuciem związku z grupą, oraz pomiędzy korzyściami z wiary a poczuciem związku z grupą. Tym samym potwierdzono więc hipotezę 3 (*H3: Podopieczni hospicjów, doświadczający religijnego pocieszenia (korzyści z wyznawanej wiary, pozytywna relacja z Bogiem), odczuwają silniejsze więzi z grupą*). Zbliżone dodatnie korelacje istotne statystycznie zaobserwowano także między lękiem-winą a poczuciem utraty grupy towarzyskiej. Niska dodatnia korelacja istotna statystycznie obserwowana jest także między emocjami negatywnymi względem Boga a sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego. Równie niskie korelacje istotne statystycznie, ale ujemne, zarejestrowano natomiast między deprivacją potrzeby kontaktu społecznego a: pozytywną relacją z Bogiem i korzyściami z wiary. Podobne (niskie, ujemne) związki odnotowano także między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: lękiem-winą, emocjami negatywnymi względem Boga i negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią.

Hipoteza 4 (*H4: Związki między analizowanymi zmiennymi (religijne zmaganie się i poczucie osamotnienia) w grupie kobiet i mężczyzn są różne*) także została potwierdzona. W grupie kobiet wysokie dodatnie korelacje istotne statystycznie dostrzeżono bowiem pomiędzy poczuciem znaczących związków z ludźmi a: pozytywną relacją z Bogiem i korzyściami z wyznawanej wiary. Podobnie silne związki uchwycono też między deprivacją potrzeby kontaktu społecznego a: lękiem-winą, emocjami negatywnymi względem Boga oraz negatywnymi interakcjami społecznymi. Korelacje między

sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego a lękiem-winą - analogiczne. Umiarkowane, dodatnie związki istotne statystycznie, zaobserwowano też pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego. Podobne korelacje odnotowano również pomiędzy pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą oraz pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi i poczuciem utraty grupy towarzyskiej. Analogicznie silne, ale ujemne, współzależności wychwycono pomiędzy deprywacją potrzeby kontaktu społecznego a: pozytywną relacją z Bogiem i korzyściami z wiary. Związki występujące między emocjami negatywnymi względem Boga i poczuciem znaczących związków z ludźmi, też okazały się istotne i ujemne. Zależności na nieco najniższym poziomie istotności statystycznej odkryto także między emocjami negatywnymi względem Boga i sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego. Związki wystąpiły też pomiędzy korzyściami z wiary i poczuciem związku z grupą. Relacje zarejestrowano ponadto między lękiem-winą i poczuciem utraty grupy towarzyskiej. Zależności ujemne wykryto zaś między lękiem-winą i poczuciem znaczących związków z ludźmi. W grupie mężczyzn natomiast, umiarkowane, dodatnie korelacje istotne statystycznie, odnotowano między pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą. Analogicznie silne korelacje, zauważono między poczuciem znaczących związków z ludźmi a: pozytywną relacją z Bogiem oraz korzyściami z wiary. Najniższy poziom istotności statystycznej w związku umiarkowanie silnym, dodatnim, pojawił się między poczuciem związku z grupą i korzyściami z wiary.

Hipoteza 5 (*H5: Związki między analizowanymi zmiennymi (religijne zmaganie się i poczucie osamotnienia) w grupie podopiecznych hospicjów stacjonarnych i hospicjów domowych są różne*) także została potwierdzona. U pensjonariuszy hospicjum stacjonarnego zauważono umiarkowane dodatnie korelacje istotne statystycznie pomiędzy negatywnymi interakcjami społecznymi związanymi z religią i poczuciem utraty grupy towarzyskiej. Podobnie silne związki zaobserwowano też między pozytywną relacją z Bogiem i poczuciem związku z grupą. Korelacje odwrotnie proporcjonalne odnotowano natomiast między emocjami negatywnymi względem Boga i poczuciem związku z grupą. W grupie podopiecznych hospicjum domowego, umiarkowane dodatnie korelacje istotne statystycznie, zarejestrowano zaś między poczuciem związku z grupą i pozytywną relacją z Bogiem. Nieco słabsze związki wychwycono także pomiędzy deprywacją potrzeby kontaktu społecznego a niemalże wszystkimi aspektami religijnego zmagania się (poza korzyściami z wiary). Podobne korelacje dostrzeżono też pomiędzy sytuacyjnym poczuciem odrzucenia społecznego i lękiem-winą. Współwystępowanie zarysowało się również między poczuciem związku z grupą i emocjami negatywnymi względem Boga.

Odnosząc się krytycznie do niniejszego opracowania, zwraca się uwagę na stosunkowo niewielką liczbę badanych, co jednak jest zrozumiałe, uwzględniając specyfikę grupy i powagę sytuacji zdrowotnej, w jakiej badani się znajdują. Jako perspektywy na

przyszłość proponuje się weryfikację niniejszych badań w oparciu o większą grupę pensjonariuszy, co prawdopodobnie przemieni obecne tendencje statystyczne w istotne statystycznie korelacje. Przed badaczami stoi także ścieżka eksploracji niniejszego zagadnienia w odniesieniu do grupy dzieci i młodzieży oraz podopiecznych innych niż hospicja stacjonarne i domowe, form opieki paliatywnej, np. ambulatoryjnej czy zespołów wspierających na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Wskazując na wnioski praktyczne wynikające z projektu, sugeruje się położenie większego akcentu na rozwój religijności, by zmagania, jakich w trudnych chwilach doświadczają podopieczni hospicjów, były dla nich religijnym pocieszeniem – by doprowadziły ich do głębszej i dojrzałej wiary, opartej na autentycznej, intymnej więzi z Bogiem i innymi wierzącymi. Dzięki temu możliwe będzie pomniejszenie ich poczucia osamotnienia. Jako że analizowane związki są dwustronne (model korelacyjny), proponuje się także pracę nad relacjami z najbliższą rodziną i otoczeniem chorych. W ten sposób, zmniejszając poczucie osamotnienia w jednej sferze (rodzinnej, sąsiedzkiej czy parafialnej), istnieje możliwość poprawy więzi z innymi wierzącymi i samym Bogiem. W konsekwencji może to obniżyć poczucie osamotnienia chorych, zwiększając doświadczane przez nich, korzyści z wyznawanej wiary. Dzięki temu uda się zapobiec religijnym napięciom, takim jak negatywne emocje względem Boga, negatywne interakcje społeczne związane z religią czy poczucie lęku i winy. Gdyby okazało się to niemożliwe, pojawi się sposobność ich zredukowania, by poczucie osamotnienia odczuwane przez badanych było jak najmniejsze.

#### **Bibliografia:**

- Ano, G.G., Pargamen, K.I. (2013), Predictors of spiritual struggles: an exploratory study, *Mental Health, Religion & Culture*, 16, 4, 419-434.
- Batson, C.D., Schoenrade, P., Ventis W.L. (1993), *Religion and the individual: A social-psychological perspective*, New York, NY, US: Oxford University Press.
- Bjorck, J.P., Thurman, J.W. (2007), Negative life events, patterns of positive and negative religious coping and psychological functioning, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46, 159-167.
- Chipuer, H., Bramston, P., Petty, G. (2003). Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: A developmental perspective. *Social Indicators Research*, 61, 1, 79-95.
- Dein, S. (2013). Religious doubts: Implications for psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 3, 201-221.
- de Jong-Gierveld J., Kamphuis F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 3, 289-299.
- de Walden-Gałuszko, K. (2004a). *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej*, (w:) *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden-Gałuszko (red.), 11-19, Warszawa: PZWL.
- de Walden-Gałuszko, K. (2004b). *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej*, (w:) *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden-Gałuszko (red.), 164-194, Warszawa: PZWL.
- Dołęga, Z. (2003). *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Dołęga Z. (2013). Skala do Badania Samotności (SBS). *Przegląd Psychologiczny*, 56, 3, 323-346.

- Dubas, E. (2000). *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dyczewski, L. (1994). *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Edmondson, D., Park, C.L., Chadoir, S.L., Wortmann, J.H. (2008). Death without God: Religious struggle, death concerns, and depression in the terminally ill. *Psychological Science*, 19, 8, 628-632.
- Ellison, Ch.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Ellison, Ch.G., Bradshaw, M., Storch, J., Marcum, J.P., Hill, T.D. (2011). Religious Doubts and Sleep Quality: Findings from a Nationwide Study of Presbyterians. *Religious Research Association*, 53, 119-136.
- Ellison, Ch.G., Fang, Q., Flannelly, K.J., Steckler, R.A. (2013). Spiritual Struggles and Mental Health: Exploring the Moderating Effects of Religious Identity. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 23, 214-229.
- Ellison, Ch.G., Lee, J. (2010). Spiritual Struggles and Psychological Distress: Is There a Dark Side of Religion?. *Social Indicators Research*, 98, 3, 501-517.
- Ellison, Ch.G., Roalson, R.A., Guillory, J.M., Flannelly, K.J., Marcum, J.P. (2010). Religious Resources, Spiritual Struggles, and Mental Health in a Nationwide Sample of PCUSA Clergy. *Pastoral Psychology*, 59, 3, 287-304.
- Ellison, Ch.G., Zhang, W., Krause, N., Marcum, J.P. (2009). Does negative interaction in church increase psychological distress? Longitudinal findings from the Presbyterian Panel Survey. *Sociology of Religion*, 70, 4, 409-431.
- Exline, J.J. (2003). Stumbling blocks on the religious road: Fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe. *Psychological Inquiry*, 13, 182-189.
- Exline, J.J., Yali, A.M., Sanderson, W.C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1481-1496.
- Faigin, C.A., Pargament, K.I., Abu-Raiya, H. (2014). Spiritual Struggles as a Possible Risk Factor for Addictive Behaviors: An Initial Empirical Investigation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 24, 201-214.
- Fitchett, G., Rybarczyk, D.B., DeMarco, G.A., Nicholas, J.J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 1-22.
- Gajda, J. (1987). *Samotność i kultura*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Galek, K.C., Krause, N., Ellison, Ch.G., Kudler, T.N., Flannelly, K.J. (2007). Religious doubt and mental health across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 14, 16-25.
- Górecki, M. (1999). Chory terminalnie i jego rodzina. *Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny*, LXI, 1, 263-278.
- Górecki, M. (2000). *Hospicjum w służbie umierającym*. Warszawa: ŻAK.
- Hansson, R.O., Jones, W.H., Carpenter, B.N., Remondet, I. (1986). Loneliness and adjustment to old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 24, 41-53.
- Heinrich, L.M., Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Kalinowski, M. (2007). *Wspólnoty Nadziei. Realizacja zasad życia społecznego w ruchu hospicyjnym*. Lublin: KUL.
- Koenig, H.G., McCullough, M., Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*, New York: Oxford University Press.



- Konieczna-Woźniak, R. (2005). Edukacja seniorów sposobem na samotność. Na podstawie doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce, (w:) *Przeciw samotności*, J. Twardowska-Rajewska (red.), 101-115, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Krause, N. (2006). Religious doubt and psychological well-being: a longitudinal investigation. *Review of Religious Research*, 50, 95-110.
- Krause, N., Chatters, L.M., Meltzer, T., Morgan, D.L. (2000). Negative interaction in the church: Insights from focus groups with older adults. *Review of Religious Research*, 41, 510-533.
- Krause, N., Ellison, Ch.G. (2009). *The doubting process: A longitudinal study of precipitants and consequences of religious doubt in older adults*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 48, 2, 293-312.
- Krause, N., Ellison, Ch.G., Wulff, K.M. (1998). Church-based support, negative interaction, and psychological well-being: Findings from a national sample of Presbyterians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 725-741.
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Ellison, Ch.G., Wulff, K.M. (1999). Aging, religious doubt, and psychological well-being. *The Gerontologist*, 39, 5, 525-533.
- Krause, N., Wulff, K.M. (2004). Religious doubt and health: exploring the potential dark side of religion. *Sociology of Religion*, 65, 35-56.
- Kromolicka, B. (2016). *Holistyczny charakter opieki nad przewlekle i terminalnie chorymi*. Pobrano dnia: 28.11.2016, adres: <http://apostol-milosierdzia.pl/holistyczny-charakter-opieki-nad-przewlekle-i-terminalnie-chorymi-2/>
- Lake, T. (1993). *Samotność. Jak sobie z nią radzić?* Warszawa: Książka i Wiedza.
- Lau, S., Kong, C.K. (1999). The acceptance of lonely others: Effects of loneliness and gender of the target person and loneliness of the perceiver. *Journal of Social Psychology*, 139, 2, 229-241.
- Łukaszewski, W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- McWhirter, B.T. (1990). Loneliness: A Review of current literature with implications for counseling and research. *Journal of Counseling and Development*, 68, 4, 417-422.
- Nielsen, M.E. (1998). An assessment of religious conflicts and their resolutions. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 181-190.
- Osińska, K. (2009). Doświadczenie samotności, (w:) *Samotność chciana i niechciana*, A. Matusiak (red.), 11-31, Kraków: Wydawnictwo eSPe.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press.
- Pargament, K.I., Hahn, J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 193-207.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Initial development and validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K.I., Murray-Swank, N.A., Magyar, G.M., Ano, G.A. (2004). Spiritual Struggle. A phenomenon of interest to psychology and religion, (in:) *Judeo-Christian Perspectives on Psychology: Human Nature, Motivation, and Change. (edition 1)*, W.R. Miller, H.D. Delaney (eds.), 245-268, Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- 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, 77-89.



- Perlman, D., Peplau, L.A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings, (in:) *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*, L.A. Peplau, S. E. Goldston (eds.), 13-46, Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health.
- Pyszkowska, J. (2006). Organizacja opieki paliatywnej, (w:) *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden-Gałuszko (red.), 274-283, Warszawa: PZWL.
- Rembowski J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Rurawski, J. (1988). Presja społeczna a samotność, (w:) *Samotność i osamotnienie*, M. Szyszkowska (red.), 19-38, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Russell, D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Ryan, R.M., Rigby S., King S. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientation and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 586-596.
- Skrzypczak, J. (2005). Samotność i osamotnienie ludzi starszych jako kategorie aksjologiczne, (w:) *Przeciw samotności*, J. Twardowska-Rajewska (red.), s.15-27, Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Stawiarska, P. (2011). *Wolontariat hospicyjny. Perspektywa interdyscyplinarna*. Warszawa: DIFIN.
- Stochmiątek, J. (2005). Samotność oraz starość w świetle koncepcji jakości życia, (w:) *Przeciw samotności*, J. Twardowska-Rajewska (red.), 29-46, Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Szczepański, J. (1978). *Sprawy ludzkie*. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
- Szczupał, B. (2005). Poczucie samotności dziecka przewlekle chorego jako problem pedagogiczny. (w:) *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*, A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.), 109-118, Kraków: IMPULS.
- Szyszkowska M. (1988). *Ucieczki od samotności i osamotnienia*, (w:) *Samotność i osamotnienie*, M. Szyszkowska (red.), 39-54, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Śliwak, J., Zarzycka, B. (2011). Niepokój jako korelat poczucia osamotnienia u homoseksualnych mężczyzn. *Roczniki Psychologiczne*, XIV, 1, 177-191.
- Śliwak, J., Zarzycka, B., Dziduch, A. (2001). *Typ samoświadomości a poczucie osamotnienia*. *Przegląd Psychologiczny*, 54, 3, 245-246.
- Tillich, P. (1957). *The Dynamics of faith*. New York: Harper & Row.
- Wojtyła, K. (1980). *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich*. Lublin: KUL.
- Zarzycka, B. (2014). Struktura czynnikowa polskiej adaptacji skali pocieszenia i napięcia religijnego. *Roczniki Psychologiczne*, XVII, 4, 683-696.
- Zarzycka, B., Ziółkowska, D., Śliwak, J. (2017). Wsparcie i zmagania religijne jako predyktory jakości życia Anonimowych Alkoholików – moderacja przez czas abstynencji. *Roczniki Psychologiczne*, XX, 1, 99-120.
- Ziółkowska, D. (2013). *Religijne zmaganie się a poczucie jakości życia u Anonimowych Alkoholików*, Lublin (niepublikowana praca magisterska w Bibliotece KUL).
- Ziółkowska, D. (2015). *Religijne zmaganie się a poczucie osamotnienia u podopiecznych hospicjów*, Lublin (niepublikowana praca seminaryjna w Bibliotece KUL).