

Związek siły wiary religijnej i duchowości ze stopniem akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. Część 2. Siła wiary religijnej i jej uwarunkowania oraz wpływ na akceptację choroby

The relationship between the strength of religious faith and spirituality and the level of acceptance of illness in a group of patients under home palliative care. Part 2. The strength of religious faith, its determinants, and its impact on the acceptance of the disease

Grzegorz Józef Nowicki¹, Renata Ziótek², Alina Deluga¹, Agnieszka Barbara Bartoszek¹, Zdzisława Cecyllia Szadowska-Szlachetka³, Barbara Janina Ślusarska¹

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Absolwentka, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

³Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Ocena siły wiary religijnej oraz jej determinantów i wpływu na poziom akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (NZOZ) w Radomiu. Pacjenci wypełniali ankiety w grudniu 2019 r. i styczniu 2020 r. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, w którego skład wchodziły: Kwestionariusz AIS – Skala Akceptacji Choroby oraz Kwestionariusz Siły Wiary Religijnej – SCSORF.

Wyniki: Pacjenci objęci domową opieką hospicyjną charakteryzują się wysoką siłą wiary religijnej, natomiast akceptacja choroby jest na poziomie średnim. Wyższą siłą wiary religijnej mieli respondenci, którzy mieszkali z więcej niż jedną osobą z rodziny i deklarowali, że są głęboko wierzący i wierzący. Badania wykazały, że zachodzi silna korelacja pomiędzy wyższym poziomem siły wiary religijnej a wyższym poziomem akceptacji choroby ($r = 0,446$; $p < 0,001$).

Wnioski: Siła wiary religijnej w grupie badanych pacjentów kształtuje się na wysokim poziomie, a poziom akceptacji choroby odczuwany przez chorych jest na średnim poziomie. Determinantami poziomu siły wiary religijnej jest liczba osób mieszkających razem z pacjentem oraz deklarowany przez chorego stosunek do wiary. Wraz ze wzrostem poziomu siły wiary religijnej rośnie poziom akceptacji choroby u pacjentów objętych domową opieką hospicyjną.

Słowa kluczowe: religijność, akceptacja choroby, opieka paliatywna.

Abstract

Introduction: To assess the strength of religious faith, its determinants, and its impact on the level of disease acceptance in a group of patients under home hospice care.

Material and methods: The study was conducted in a group of patients covered by home hospice care as part of the Private Health Care Center (NZOZ) in Radom. Patients completed questionnaires through December 2019 and January 2020. The method of diagnostic survey was used in the study, and the research tool was a questionnaire, which included: Disease Acceptance Scale and Religious Faith Questionnaire.

Results: Patients under home hospice care are characterized by high strength of religious faith, while acceptance of the disease is at an average level. A higher strength of religious faith had respondents who lived with more than one family member and declared themselves as deeply religious and believers. Studies have shown that there is a strong correlation between a higher level of religious faith and a higher level of disease acceptance ($r = 0.446$; $p < 0.001$).

Conclusions: The strength of religious faith in the group of patients studied is at a high level, and the level of acceptance of the disease felt by the patients is at a medium level. Determinants of the level of religious faith strength are the number of people living together with the patient and the attitude towards faith declared by the patient. With the increase in the level of religious faith, the level of acceptance of the disease in patients under home hospice care increases also raises.

Key words: religiosity, acceptance of illness, palliative care.

Adres do korespondencji

dr n. o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa Grzegorz Józef Nowicki, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin, e-mail: grzesiek_nowicki@interia.pl

WSTĘP

Współczesna medycyna jest w stanie zapewnić profesjonalną opiekę pacjentom z chorobą nowotworową od momentu rozpoznania aż do chwili, kiedy nie ma już możliwości leczenia przyczynowego. Są to m.in. chorzy objęci domową opieką hospicyjną. W takiej sytuacji często zmienia się sposób patrzenia na życie, które postrzega się w nowej perspektywie. Realne poczucie zagrożenia życia sprawia, że człowiek zmienia sposób działania, a wiele spraw, o które dotąd zabiegał, traci na ważności. Niepomyślne rokowanie stanowi silny stres nie tylko dla pacjenta, ale również jego rodziny, a towarzyszyć mu mogą wysoki poziom depresji, poczucia beznadziejności, lęk przed tym, co czeka chorego, myślenie o śmierci, także lęk przed śmiercią [1, 2]. W takiej sytuacji, przekraczającej możliwości kontroli, człowiek często szuka wsparcia w religii.

Psychologia religii podkreśla wieloznaczne rozumienie pojęcia religijności, która nie ma jednej powszechnie przyjętej definicji. Może być definiowana jako „zaangażowanie się w przekonania i praktyki charakterystyczne dla danej tradycji religijnej” [3] czy też „podmiotowe, indywidualne ustosunkowanie się człowieka wobec Boga i nadprzyrodzoneści, wyrażające się w sferze pojęć i przekonań, uczuć oraz zachowań jednostki” [4]. Religijność okazała się jednak niewystarczająca do adekwatnego przeżywania fenomenu religijnego. Powstała koncepcja duchowości, głównie z zakwestionowania instytucjonalnego wymiaru religii, która akcentuje autonomię oraz niepowtarzalność treści i emocji, których doświadcza człowiek w kontakcie z *sacrum*. Sullivan definiuje duchowość jako unikalną i indywidualną cechę osoby, która umożliwia nawiązywanie relacji z otaczającym światem, innymi osobami i bytami oraz może, lecz nie musi, odnosić się do wiary w Boga [5]. Religijność to przywiązanie do przekonań i praktyk religijnych typowych dla danej tradycji – widziana jest jako zewnętrznie wyznawana i rytualna ekspresja powiązana z organizacjami zinstytucjonalizowanego Kościoła, natomiast duchowość to ludzki stan pozwalający

odkrywać sens i cel życia, osobista afirmacja transcendencji. Zakres tych pojęć jest różny, jednocześnie nierozłączny [6].

Liczne badania psychologiczne podkreślają szczególną rolę religijności w procesie radzenia sobie z chorobą nowotworową, która daje siłę do godnego przejścia przez czas cierpienia, a nawet umiarkowania, przeżywania w pełni ostatnich chwil życia [7]. Badania sugerują także, że religijność pełni funkcję obniżającą lęk przed śmiercią [8, 9].

Czynnikiem istotnym w przystosowaniu się do choroby jest jej akceptacja. Jest to proces bardzo złożony i uzależniony od wielu czynników, m.in.: predyspozycji indywidualnych, czasu trwania choroby, dolegliwości somatycznych czy nasilenia objawów ubocznych leczenia onkologicznego [10]. Pełna akceptacja choroby jest niezwykle trudna do osiągnięcia, szczególnie gdy rokowanie jest niepewne, a złe samopoczucie może się pogłębić [10]. Wydaje się, że nie ma innej możliwości zrozumienia sensu choroby i cierpienia człowieka jak ta, która pozwala zrozumieć je tylko w relacji do wiary w Boga, a w konsekwencji przyjąć, że tylko Bóg może uzdrowić człowieka [12].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena siły wiary religijnej oraz jej determinantów i wpływu na poziom akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną. Wyodrębniono następujące problemy szczegółowe: 1) jaki jest poziom siły wiary religijnej w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną, 2) jakie zmienne wpływają na poziom siły wiary religijnej w badanej grupie, 3) czy siła wiary religijnej wpływa na poziom akceptacji choroby.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu przeprowadzonym metodą sondażu diagnostycznego w okresie od grudnia 2019 r. do stycznia 2020 r. wzięło udział 106 pacjentów

objętych domową opieką hospicyjną przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radomiu, zamieszkałych na terenie pięciu miejscowości: Radom, Białobrzegi, Zwolen, Lipsk oraz Krzyżanowice. Kryteria włączenia do badań obejmowały: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, stan umysłowy pozwalający na uczestnictwo w badaniu oraz objęcie pacjenta domową opieką hospicyjną. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, każdy pacjent został poinformowany o celu badań oraz mógł odstąpić od uczestnictwa w nim na każdym etapie bez podawania przyczyny. Procedura badawcza była zgodna z zasadami Deklaracji helsińskiej i została zatwierdzona przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Nr KE-0254/128/2018).

Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch standaryzowanych narzędzi – Kwestionariusza Siły Wiary Religijnej Santa Clara (SCORE) i Skali Akceptacji Choroby (AIS) – oraz pytań metryczkowych oceniających dane socjodemograficzne, zmienne związane z chorobą i środowiskiem zamieszkania badanych.

Siłę wiary religijnej pacjentów oceniono na podstawie SCORE. Narzędzie składa się z 10 pytań, a pytania zawarte w kwestionariuszu są niezależne od wyznania religijnego, do którego przynależy badany. Jednoczynnikowa miara dotyczy siły wiary w Boga, a najczęściej używanym w kwestionariuszu słowem jest słowo „wiera”. Narzędzie kładzie nacisk na wiarę w Boga, który jest źródłem pocieszenia, inspiracji, sensu i celu w życiu, stanowiąc centrum, wokół którego dokonuje się identyfikacja oraz kształtowanie poczucia tożsamości [13]. W badaniach zagranicznych rzetelność mierzona za pomocą współczynnika α Cronbacha w zależności od badanej grupy wahała się między 0,93 a 0,97 [14–16], natomiast w populacji polskiej w grupie anonimowych alkoholików wynosiła 0,95, a wśród studentów 0,94 [13].

Do oceny poziomu akceptacji choroby wykorzystano AIS. Narzędzie składa się z 8 twierdzeń, które określają różnorodne problemy związane z chorobą. Wszystkie twierdzenia są ułożone w pięciopunktowej skali (od 1 do 5). Zadaniem badanego jest odniesienie się do danego stwierdzenia, gdzie 1 oznacza wyrażenie zdecydowanej zgody z twierdzeniem, a 5 całkowitą negację twierdzenia. Miarą akceptacji choroby jest suma uzyskanych punktów, która mieści się w przedziale 8–40. Im mniej punktów, tym gorsza akceptacja choroby, a im więcej punktów, tym akceptacja wyższa. Wskaźnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha wynosi 0,85, stałość wyniku 0,64, co stanowi zadowalający wskaźnik rzetelności [17].

Kwestionariusz ankiety zakończony był metryczką, w której oceniano dane socjodemograficzne badanych oraz zmienne związane z chorobą i środowiskiem zamieszkania pacjenta. Pytania dotyczyły:

płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, liczby osób mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyznania i stosunku do wiary oraz czasu objęcia domową opieką hospicyjną.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany, dolnego i górnego kwartyla, minimum i maksimum oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą liczności i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Ocenę różnic pomiędzy trzema grupami wykonano z użyciem analizy wariancji ANOVA (wraz z testem post-hoc RIR Tukeya), a w przypadku niespełnienia warunków do jej zastosowania – testu Kruskala-Wallisa. Do sprawdzenia zależności pomiędzy siłą wiary religijnej a poziomem akceptacji choroby wykorzystano korelacje rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono na podstawie oprogramowania komputerowego Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

Do badania włączono 106 pacjentów objętych domową opieką hospicyjną, z czego większość stanowiły kobiety (52,83%). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 73,1 roku (SD = 5,5). Większość badanych mieszkała w rejonach wiejskich (65,09%), legitymowało się wykształceniem średnim (37,74%) oraz pozostawało w związku małżeńskim (50,94%). Szczegółowe dane socjodemograficzne badanych oraz zmienne związane z chorobą i środowiskiem zamieszkania przedstawiono w tabeli 1.

Siła wiary religijnej i jej uwarunkowania

W badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną średnia poziomu siły wiary religijnej wynosiła 31,71 (SD = 5,86), przy wartości środkowej równej 33, co należy interpretować jako wynik wysoki. Jakkolwiek wąski przedział kwartylowy, pomiędzy 30 a 35, wskazuje, że połowa ankietowanych osiągnęła taki wynik, co wskazuje na wysoki poziom siły przekonań religijnych.

Przeprowadzona analiza wykazała, że takie zmienne, jak: liczba osób pozostających z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym oraz

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Zmienna	n	%
Płeć		
kobiety	56	52,83
mężczyźni	50	47,17
Wiek		
do 70 lat	28	26,41
71–75 lat	37	34,91
76 lat i więcej	41	38,68
M ± SD	73,1 ± 5,5	
Me (Q1–Q3)	74 (70–77)	
Min.–Max.	56–83	
Miejsce zamieszkania		
miasto	37	34,91
wieś	69	65,09
Wykształcenie		
podstawowe	17	16,04
zawodowe	39	36,79
średnie	40	37,74
wyższe	10	9,43
Stan cywilny		
zamężna/zonaty	54	50,94
w wolnym związku	0	0,00
wdowa/-iec	45	42,45
w separacji	0	0,00
rozwidzona/-y	2	1,89
wolna/-y	5	4,72
Liczba osób w gospodarstwie domowym		
jedna osoba	32	30,19
2–3 osoby	59	55,66
4–5 osób	15	14,15
6 i więcej osób	0	0,00
Stosunek do wiary*		
niewierząca	1	0,94
obojętna religijnie	9	8,49
wierząca	66	62,27
głęboko wierząca	30	28,30
Długość pozostawiania pod domową opieką hospicyjną		
do 5 miesięcy	31	29,25
6–7 miesięcy	38	35,85
8 miesięcy i powyżej	37	34,90
M ± SD	6,4 ± 2,4	
Me (Q1–Q3)	7 (5–8)	
Min.–Max.	1–11	

*Wszyscy badani, którzy określili się jako wierzący, wskazali wyznanie rzymsko-katolickie
 N – liczba osób, M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie

stosunek do wiary deklarowany przez chorego, istotnie różnicują poziom siły jego wiary religijnej ($p < 0,05$). Natomiast takie zmienne, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny i czas objęcia domową opieką hospicyjną, nie wpływają istotnie na poziom siły wiary religijnej chorego ($p > 0,05$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że istotnie wyższy poziom siły wiary religijnej mieli badani, którzy mieszkali z 2–3 osobami ($M = 32,69$; $SD = 5,02$) w porównaniu z respondentami mieszkającymi z jedną osobą ($M = 29,34$; $SD = 5,17$) ($p = 0,011$).

Kolejną zmienną istotnie wpływającą na poziom siły wiary religijnej badanych był ich stosunek do wiary ($p < 0,001$). Istotnie wyższy poziom siły wiary religijnej miały osoby określające siebie jako głęboko wierzące ($M = 35,53$; $SD = 2,29$) i wierzące ($M = 32,33$; $SD = 2,61$) w porównaniu z badanymi, którzy określili siebie jako niewierzący i obojętni religijnie ($M = 16,1$; $SD = 3,57$).

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną należy określić jako średni. Średnia punktów w teście AIS wynosiła 25,42 pkt ($SD = 6,43$), natomiast wartość środkowa (mediana) – 26,5 pkt. Ponadto wąski przedział kwartyłowy, pomiędzy 23 a 29, wskazuje, że połowa ankietowanych osiągnęła wynik między 23 a 29 pkt.

Wpływ siły wiary religijnej na poziom akceptacji choroby w badanej grupie

Analiza korelacji siły wiary religijnej z poziomem akceptacji choroby wykazała istotną statystycznie dodatnią korelację ($r = 0,446$; $p < 0,001$). Wraz z większym poziomem siły wiary religijnej wzrasta poziom akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawiają tabela 3 i rycina 1.

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania miały na celu określenie związku siły wiary religijnej z poziomem akceptacji choroby. Większość badanych pacjentów objętych domową opieką hospicyjną charakteryzuje się wysokim poziomem siły wiary religijnej. Do takich wniosków doszli także Walczak i wsp. [18], gdyż grupa badanych przez nich chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej cechowała się większą siłą wiary i postawą religijną niż osoby zdrowe z grupy kontrolnej. Większe nasilenie siły wiary religijnej

Tabela 2. Wybrane uwarunkowania poziomu siły wiary religijnej w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

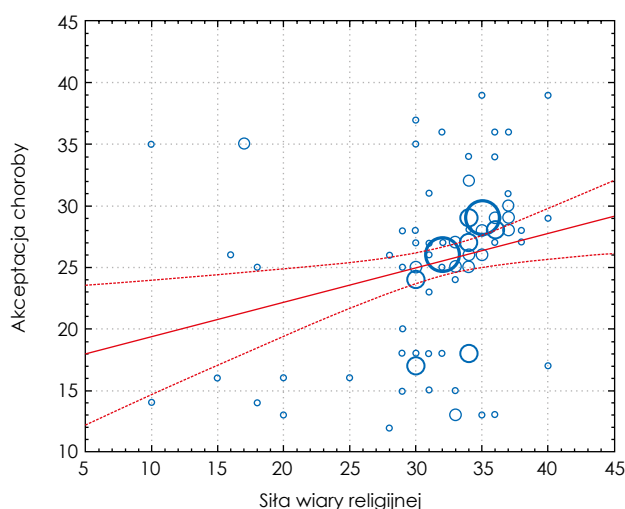
Czynniki socjodemograficzne	M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć						
kobiety	31,52	33,50	30,00	35,00	6,45	Z = 0,016 p = 0,987
mężczyźni	31,92	33,00	30,00	35,00	5,19	
Wiek						
do 70 lat	30,04	31,00	29,50	33,50	5,78	F = 1,618 p < 0,203
71–75 lat	32,08	33,00	31,00	35,00	5,32	
76 lat i powyżej	32,51	34,00	32,00	36,00	6,28	
Miejsce zamieszkania						
miasto	31,57	32,00	30,00	35,00	5,66	Z = -0,583 p = 0,560
wieś	31,78	33,00	30,00	35,00	6,01	
Wykształcenie						
podstawowe/zawodowe	31,45	33,00	30,00	34,00	5,46	Z = -1,348 p = 0,178
średnie/wyższe	32,00	34,00	30,00	36,00	6,33	
Stan cywilny						
zamężna/zonaty	32,63	34,00	31,00	36,00	5,17	Z = 1,874 p = 0,061
niebędący w związku małżeńskim	30,75	32,50	29,50	34,50	6,42	
Liczba osób w gospodarstwie domowym						
1 osoba	29,34	31,00	28,50	34,00	7,10	H = 9,002 p = 0,011 RM: 1 < 2
2–3 osoby	32,69	34,00	31,00	36,00	5,02	
4 osoby i więcej	32,87	35,00	31,00	36,00	4,84	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną						
do 5 miesięcy	30,13	31,00	29,00	34,00	6,14	F = 2,233 p = 0,112
6–7 miesięcy	31,63	32,00	30,00	35,00	5,11	
8 miesięcy i powyżej	33,11	34,00	33,00	36,00	6,15	
Stosunek do wiary						
niewierzący/obojętny religijnie	16,10	17,00	15,00	18,00	3,57	H = 48,345 p < 0,001 RM: 1 < 2, 1 < 3, 2 < 3
wierzący	32,33	32,00	30,00	34,00	2,61	
głęboko wierzący	35,53	35,50	34,00	37,00	2,29	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitney'a, H – test Kruskala-Wallisa, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe

Tabela 3. Analiza korelacji wpływu siły wiary religijnej na poziom akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

	Poziom akceptacji choroby	
	r	p
Siła wiary religijnej	0,446	< 0,001

może wynikać z faktu, że osoby nieuleczalnie chore powierzają swoje życie istocie wyższej, aby uzyskać akceptację życia z chorobą i procesu umierania. Istotnej zmianie ulega system wartości pacjenta. W badaniach przeprowadzonych przez Klatkiewicza [19] wykazano, że pacjentów chorujących na nowotwór charakteryzuje wyższy poziom wiary w porównaniu z osobami zdrowymi, co wskazuje na fakt, że ludzie dotknięci ciężkim doświadczeniem zawierają swo-



Rycina 1. Korelacja wpływu siły wiary religijnej na akceptację choroby

je życie sile wyższej, która daje im spokój, ukojenie oraz działa łagodząco na doznawane emocje.

Badana grupa pacjentów objętych domową opieką hospicyjną wykazała średni poziom akceptacji choroby ($M = 25,42$). Podobnie w doniesieniu Juczyńskiego [17] przeprowadzonym m.in. wśród kobiet z rakiem sutka i macicy poziom akceptacji choroby wynosił 28,13. Również Smoleń i wsp. [20], badając stopień akceptacji choroby u pacjentów onkologicznych, otrzymali wynik na poziomie $M = 25,03$. Średni poziom akceptacji choroby ($M = 27,21$) dominował również wśród pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego w badaniach Koziół i wsp. [21].

Okazuje się, że pełna akceptacja choroby nowotworowej przez pacjenta jest niezwykle trudna do osiągnięcia, szczególnie gdy rokowanie jest niepewne. Bardzo często jest to faza, w której chory podejmuje walkę o życie i zaczyna wierzyć, że ma realny wpływ na stan swojego zdrowia. Zapewnienie pomocy i wsparcia w odzyskiwaniu niezależności i samodzielności może przyczynić się do złagodzenia negatywnych emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego i ułatwiając choremu powrót do dobrego samopoczucia [12]. W badaniach własnych wykazano wysoce istotną korelację siły wiary religijnej z poziomem akceptacji choroby, podobnie jak w doniesieniu Kołpy i wsp. [11], gdzie osoby cierpiące na choroby nowotworowe, które określały siebie jako bardziej wierzące, cechowały się wyższym stopniem akceptacji choroby.

Religijność pacjentów może wpływać na sposób postrzegania przez nich choroby, a także na podejmowanie decyzji odnośnie do procesu leczenia, a nawet może stanowić motywację do wypełniania zaleceń lekarskich [5] a co za tym idzie – akceptacji choroby. Religijne osoby chore na nowotwór wydają się odnajdować w religii pewną przestrzeń, która ułatwia im akceptację choroby, redukuje wewnętrzne napięcie, bunt oraz prowadzi do ostatecznej akceptacji skończoności życia i nieuchronności śmierci [21].

WNIOSKI

Siła wiary religijnej w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną kształtuje się na wysokim poziomie, natomiast poziom akceptacji choroby odczuwany przez chorych jest na średnim poziomie.

Determinantami poziomu siły wiary religijnej w badanej grupie pacjentów jest liczba osób mieszkających razem z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym oraz deklarowany przez chorego stosunek do wiary.

Istnieje dodatnia korelacja między poziomem siły wiary religijnej a poziomem akceptacji choroby. Wraz ze wzrostem poziomu siły wiary religijnej rośnie poziom akceptacji choroby w grupie badanych pacjentów objętych domową opieką hospicyjną.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Arch Med Sci* 2013; 9: 127-131.
2. Pilecka B. Kryzys psychologiczny: wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
3. Pawlikowski J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać w trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiol Dypl* 2008; 7: 96-103.
4. Golan Z. Pojęcie religijności. W: Podstawowe zagadnienia psychologii religii. Głaz S (red.). WAM, Kraków 2006; 71-79.
5. Zolnierz J, Sak J. Modern research on religious influence on human health. *J Educ Health Sport* 2017; 7: 100-112.
6. Mucha A, Majda A, Nawalana A. Religijność i akceptacja choroby u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Piel Pol* 2019; 74: 345-353.
7. Mróz J. Pozytywny i negatywny afekt w procesie choroby. W: Człowiek chory – aspekt biopsychospołeczny. Janowski K, Gierus J (red.). Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej, Lublin 2009; 285-294.
8. Vail KE, Rothschild, ZK, Weise DR, et al. A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Pers Soc Psychol Rev* 2010; 14: 84-94.
9. Dzierżanowski T, Kozłowski M. Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. *Arch Med Sci* 2019; doi.org/10.5114/aoms.2019.85944.
10. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
11. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B i wsp. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 165-169.
12. Zimowski Z. Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre. Città del Vaticano 2012.
13. Wnuk M. Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Siły Wiary Religijnej dla populacji Anonimowych Alkoholików oraz studentów. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 588-594.
14. Plante TG, Boccaccini MT. Reliability and validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychol* 1997; 45: 429-437.
15. Lewis CA, Shevlin M, McGuckin C i wsp. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: confirmatory factor analysis. *Pastoral Psychol* 2001; 49: 379-384.
16. Strawser MS, Storch EA, Geffken GR i wsp. Religious faith and substance problems in undergraduate college students: a replication. *Pastoral Psychol* 2004; 55: 183-188.
17. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
18. Walczak T, Walczak E, Kowalewski W. Duchowość a jakość życia osób dotkniętych chorobą nowotworową. *Pomeranian J Life Sci* 2018; 64: 177-183.

19. Klatkiewicz A. Kryzys choroby czy szansa na zmianę swojego życia? Czynniki wpływające na postrzeganie i wykorzystanie sytuacji choroby jako możliwości zmiany swojego życia. W: Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne. Janowski K, Arytmiak M (red.). Wydawnictwo Polihymnia, Lublin 2009.
20. Smoleń E, Hombek K, Jarema M i wsp. Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *MONZ* 2018; 24: 37-43.
21. Kozieł P, Lomper K, Uchmanowicz B i wsp. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Med Paliat Prakt* 2016; 10: 28-36.
22. Zarzycka B, Rybarski R, Śliwak, J. The relationship of religious comfort and struggle with anxiety and satisfaction with life in roman catholic polish men: the moderating effect of sexual orientation. *J Relig Health* 2017; 56: 2162-2179.