

# Wpływ poziomu religijności na satysfakcję z życia

## *The influence of religiosity on life satisfaction*

Grzegorz Bejda<sup>1</sup>, Jolanta Lewko<sup>2</sup>, Agnieszka Kułak-Bejda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup>Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Streszczenie

**Wstęp:** Orientacja religijna może się wiązać z dobrostanem psychicznym dzięki traktowaniu niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego.

**Cel pracy:** Ocena korelacji pomiędzy satysfakcją z życia a poziomem religijności.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 790 osób. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego, Kwestionariusza Siły Przekonań Religijnych Santa Clara oraz standaryzowanej Skali Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction With Life Scale* – SWLS).

**Wyniki:** Trzy czwarte badanych zadeklarowało się jako osoby wierzące oraz praktykujące, a 60,1% jako wierzące i przestrzegające zasad wiary. Średnie wartości siły przekonań religijnych wynosiły 39,5 pkt, a średni poziom satysfakcji z życia – 22,8 pkt. Średnia wartość SWLS w grupie 18–24 lat wynosiła 24 pkt, a w pozostałych grupach wiekowych (25–49, 50–70 i > 70 lat) – 22,4, 22,3 i 22 pkt. W młodszych grupach wiekowych nie stwierdzono statystycznie istotnych zależności pomiędzy poziomem religijności a zadowoleniem z życia, natomiast w grupach wiekowych powyżej 50 lat zaznaczała się znamienna statystycznie korelacja pomiędzy tymi dwoma czynnikami ( $R < 0,30$ ).

**Wnioski:** Najwięcej osób ankietowanych oceniało swoją religijność wysoko lub bardzo wysoko i było raczej zadowolonych z życia. Ogólnie wraz z wiekiem poziom zadowolenia wykazywał tendencję spadkową. W grupie wiekowej 50–70 lat oraz 71 lat i powyżej zadowolenie z życia zwiększało się wraz ze wzrostem religijności.

**Słowa kluczowe:** satysfakcja z życia, religijność.

### Abstract

**Introduction:** Religiosity can be associated with mental well-being as a result of treating unfavorable life events as an opportunity for personal and spiritual development.

**The aim of the study:** To assess the correlation between life satisfaction and the level of religiosity.

**Material and methods:** The study involved 790 people and the method of a diagnostic survey using an original questionnaire, the Santa Clara Power Survival Questionnaire, and the Standardised Satisfaction with Life Scale.

**Results:** As many as 3/4 of the surveyed declared themselves as believers and practitioners, and 60.1% as believers and those who abiding the principles of faith. The average values of the Power of Religious Beliefs were 39.5 points, and the average level of satisfaction with life was 22.8. The average value of SWLS in the group of 18-24-year-olds was 24 points, and in the remaining age groups it was – 22.4, 22.3 i 22 points. In the younger age groups, there were no statistically significant relationships between the level of religiosity and life satisfaction, while starting from the 50-year-old age group, there was a statistically significant correlation between the two factors ( $R < 0.30$ ).

**Conclusions:** The majority of the surveyed people assessed their religiosity high or very high and were somewhat satisfied with life. Generally, with age, the level of satisfaction showed a downward trend. In the age group 50-70 years and aged 71 years and above, life satisfaction increased with increasing religiousness.

**Key words:** satisfaction with life, religiosity.

Adres do korespondencji

dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda, Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,  
e-mail: [agnieszka.kulak.bejda@gmail.com](mailto:agnieszka.kulak.bejda@gmail.com)

## WSTĘP

W literaturze podkreśla się, że orientacja religijna może być związana z dobrostanem psychicznym dzięki traktowaniu niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szanse rozwoju osobistego i duchowego. Ponadto umożliwia odnajdywanie głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach i zachowanie nadziei [1–4].

Wandrasz zwraca uwagę, że psychologia religii mówi o tzw. autopsychoterapeutycznym oddziaływaniu religijności człowieka, ponieważ odpowiada ona na ludzką potrzebę poczucia sensu życia i świata, pozwala na odnajdywanie wartości wszystkich sytuacji granicznych i doświadczeń egzystencjalnych, które trzeba samemu przeżyć (cierpienie, choroba, śmierć), odpowiada na potrzebę bezpieczeństwa, otwiera perspektywę transcendentną, biologiczną i społeczno-kulturową w patrzeniu na różne zdarzenia w życiu, zwłaszcza tragiczne, równowagę lub uwalnia poczucie zagrożenia pojawiające się w sytuacji, gdy jednostka dostrzega, iż nieodłącznym elementem życia jest niepewność, przemijanie i umieranie, oraz daje nadzieję na bliską i dalszą przyszłość, a także pozwala na zachowanie równowagi psychicznej [5].

Według literatury fachowej poszczególne religie różnią się nie tylko odniesieniem do kultury, istotą samej religii, w tym podejściem do zdrowia i choroby, ale mają też elementy indywidualizmu zależne od samej jednostki, która tę religię wyznaje [6, 7].

Udowodniono, że religijność jest dodatnio skorelowana z poziomem depresyjności (wyższy poziom religijności współwystępuje z niższym poziomem depresyjności) oraz otrzymywanego wsparcia społecznego, co skutkuje lepszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz większą motywacją do kontynuowania terapii i walki o wyzdrowienie [8–13].

Holmstrom jest przekonany, że człowiek wierzący w możliwość boskiej ingerencji w naturalny bieg życiowych zdarzeń podejmuje działania (często irracjonalne z punktu widzenia nauki), dzięki którym może nie poddać się chorobie i własnej bezradności, zmobilizować się do pozytywnego myślenia, a wiara staje się dla niego ewidentną siłą psychiczną dającą mu poczucie bezpieczeństwa, zwiększającą ufność i przekonanie, że wszystkie niepowodzenia go ominą [14].

Celem pracy była ocena korelacji pomiędzy satysfakcją z życia a poziomem religijności.

## MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002-434-2014 oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu i Dyrekcji Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem, Uniwersy-

teckiego Szpitala w Białymstoku, Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

Badanie prowadzono od listopada 2014 r. do listopada 2015 r. Objęto nim łącznie 790 osób, w tym 259 osób w wieku 18–24 lat (grupa I – rozdano 300 ankiet, zwrótnie otrzymano 280, w badaniu wykorzystano 259 kompletnie wypełnionych), 189 osób w wieku 25–49 lat (grupa II – rozdano 200 ankiet, zwrótnie otrzymano 190, do badania włączono 185 kompletnie wypełnionych), 188 osób w wieku 50–70 lat (grupa III – rozdano 200 ankiet, zwrótnie otrzymano 180, w badaniu wykorzystano 172 kompletnie wypełnione) oraz 173 osoby w wieku powyżej 70 lat (grupa IV – rozdano 200 ankiet, zwrótnie otrzymano 180, do badania włączono 173 kompletnie wypełnione).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i wykorzystano:

- autorski kwestionariusz ankietowy zawierający pytania o wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz deklarację traktowania siebie jako osoby wierzącej i praktykującej;
- standaryzowany Kwestionariusz Siły Przekonań Religijnych Santa Clara (*Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSORFQ*), użyczony przez dr. Marcina Wnuka. Przy jego użyciu można dokonać pomiaru siły wiary religijnej niezależnie od prezentowanego wyznania religijnego oraz praktyk religijnych charakterystycznych dla danej doktryny religijnej. Kładzie się w nim nacisk na wiarę w Boga, która jest źródłem pocieszenia, inspiracji, sensu i celu w życiu, stanowiąc centrum, wokół którego dokonuje się identyfikacja oraz kształtowanie poczucia tożsamości. Im wyższy jest wynik uzyskany w kwestionariuszu, tym wyższy poziom religijności [15];
- standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction With Life Scale – SWLS*) Dienera, Emmons, Larsena i Griffina w polskiej adaptacji Juczyńskiego [16]. Wyniki mogły się mieścić w granicach od 5 do 35 pkt, przy czym im wyższy był wynik, tym większe było poczucie satysfakcji z życia: 5–9 pkt – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia, 10–14 pkt – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia, 15–19 pkt – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia, 20 pkt – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia, 21–25 pkt – osoba raczej zadowolona ze swojego życia, 26–30 pkt – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia, 31–35 pkt – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia [16].

W badanej grupie najwięcej osób (259, 32,8%) było w wieku 18–24 lat, następnie w wieku 25–49 lat (189

osób, 23,9%) i 50–70 lat (188 osób, 23,8%), a najmniej w wieku 71 i więcej lat (154 osoby, 19,5%). W mieście mieszkało 62,2% (491 osób), a na wsi 37,8% (299 osób). Kobiety stanowiły 71,8% badanych (546 osób), a mężczyźni 28,2% (226 osób).

Większość ankietowanych określała swój stan zdrowia na poziomie średnim i powyżej średniego (średnia na skali 10-stopniowej –  $6,9 \pm 1,99$ ). Najwięcej badanych (20,1%) zaznaczyło 8, 126 osób (16,2%) – 7, 115 (14,8%) – 5, 108 (13,9%) – 9, 101 (13%) – 6, 75 (9,6%) – 10, 53 (6,8%) – 4, 36 (4,6%) – 3, 7 (0,9%) – 2, a 1 osoba (0,35) – 1.

Połowa respondentów deklarowała, że kontaktowała się z lekarzem w przypadku zachorowania (50,3%). Co szósty (14,8%) ankietowany odwiedzał lekarza przynajmniej raz w miesiącu. Częstsze wizyty zgłaszano sporadycznie.

W minionym roku najczęściej respondentów (50,3%, 397 osób) korzystało z opieki medycznej w razie potrzeby. Raz w miesiącu czyniło to 117 (14,8%)

badanych, kilka razy w roku – 110 osób (13,9%), raz na pół roku – 107 (13,5%), kilka razy w miesiącu – 38 (4,8%), kilka razy w tygodniu – 10 (1,3%), a raz w tygodniu – 4 (0,5%) badanych. Siedem osób (0,9%) nie korzystało z porad lekarza w badanym okresie.

Do najczęściej występujących dolegliwości respondentów zaliczali:

- codziennie: zmęczenie fizyczne (22%) i bóle kręgosłupa okolicy lędźwiowej (20,9%),
- raz w tygodniu: zmęczenie fizyczne (11,9%), bóle głowy (10,8%) i zmęczenie psychiczne (10,5%),
- raz w miesiącu: zmęczenie fizyczne (16,8%) i zmęczenie psychiczne (15,8%),
- czasami: ból brzucha (49,6%) i bóle głowy (49,5%).

Pozostałe wyniki zebrano w tabeli 1.

Osoby religijnie niezdeklarowane częściej oceniały swój poziom zachowań zdrowotnych jako niski (46,7%). Zależność ta jest na granicy istotności statystycznej ( $p = 0,0822$ ). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 1.** Częstość występowania wybranych dolegliwości u badanych

Odczuwane dolegliwości	Częstość występowania dolegliwości				
	codziennie	raz w tygodniu	raz w miesiącu	czasami	nigdy
bóle głowy	62 7,8%	85 10,8%	115 14,6%	391 49,5%	137 17,3%
bóle kręgosłupa okolicy lędźwiowej	165 20,9%	63 8,0%	111 14,1%	269 34,1%	182 23,0%
bóle kręgosłupa okolicy szyjnej	108 13,7%	48 6,1%	92 11,6%	269 34,1%	273 34,6%
ból brzucha	22 2,8%	43 5,4%	118 14,9%	392 49,6%	215 27,2%
bóle kończyn dolnych	137 17,3%	44 5,6%	111 14,1%	270 34,2%	228 28,9%
zmęczenie fizyczne	174 22,0%	94 11,9%	133 16,8%	294 37,2%	95 12,0%
zmęczenie psychiczne	117 14,8%	83 10,5%	125 15,8%	300 38,0%	165 20,9%
podatność na stres	145 18,4%	57 7,2%	120 15,2%	296 37,5%	172 21,8%
bezsenna noc	75 9,5%	50 6,3%	99 12,5%	306 38,7%	260 32,9%

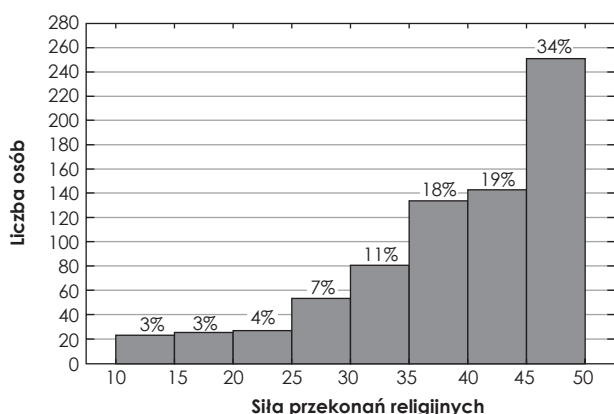
**Tabela 2.** Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą?

Poziom zachowań zdrowotnych	Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą? ( $p = 0,0822$ )			Razem
	tak	nie	trudno powiedzieć	
niski	205 (34,5%)	19 (41,3%)	57 (46,7%)	281 (37,3%)
przeciętny	254 (33,7%)	15 (32,6%)	48 (39,3%)	317 (40,8%)
wysoki	136 (22,9%)	12 (26,1%)	17 (13,9%)	165 (21,9%)
razem	595 (79%)	46 (6%)	122 (15%)	763 (100%)

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji

**Tabela 3.** Ocena własnej religijności przez badanych

	Liczba	Procent
<b>Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą?</b>		
tak	610	77,2%
nie	48	6,1%
trudno powiedzieć	132	16,7%
<b>Samoocena własnej religijności</b>		
głęboko wierzący zgodnie z zasadami własnej religii	169	21,4%
wierzący zgodnie z zasadami własnej religii	475	60,1%
niezdecydowany, wątpiący, poszukujący	53	6,7%
obojętny, religia nie ma dla mnie większego znaczenia	17	2,2%
wiara w istnienie absolu, niezwiązanego z żadną religią	19	2,4%
niewierzący, przywiązany do tradycji religijnej	8	1,0%
niewierzący, niezwiązany z tradycją religijną	10	1,3%
brak odpowiedzi	39	4,9%

**Ryc. 1.** Rozkład ocen religijności

W badanej grupie 728 osób (92,2%) zadeklarowało się jako katolicy. Pozostali badani wskazali, że są wyznania prawosławnego (2,4%, 19 osób), osobami niewierzącymi (2,7%, 21 osób), wyznawcami judaizmu lub muzułmanami (po 0,3%, 2 osoby), świadkami Jehowy (0,9%, 7 osób) albo wyznawcami luteranizmu (0,1%, 1 osoba). Problem z deklaracją miało 1,3% (10) badanych.

Z zastosowaniem wybranych statystyk opisowych wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów: średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej, mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze, a połowa większe od mediany, wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum), odchylenie standardowe ( $s$ ) – miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej,

25. i 75. centyl – liczby określające poziom, poniżej (powyżej) którego znajduje się co czwarty (25%) z najniższych (najwyższych) pomiarów. W analizie wykorzystano także test analizy wariancji i test niezależności  $\chi^2$ . Wyznaczono też współczynnik korelacji rang Spearmana.

## WYNIKI

W pierwszym etapie badań skupiono się na ocenie religijności. Jako osoby wierzące oraz praktykujące zadeklarowało się 75% respondentów, 60,1% określało się mianem wierzących i przestrzegających zasad wiary. Co piąty badany uważał się za osobę głęboko wierzącą. Osoby niezdecydowane, poszukujące, wątpiące i ateści stanowili niewielki odsetek analizowanej grupy. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

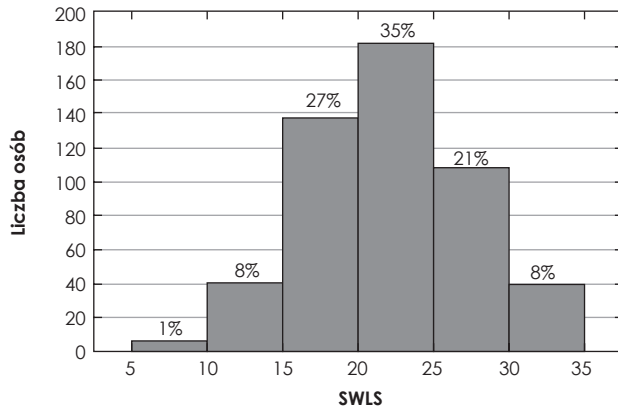
Oceny siły przekonań religijnych dokonano z użyciem standaryzowanego Kwestionariusza Siły Przekonań Religijnych Santa Clara (*The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire – SCSORFQ*) w grupie 736 osób, które wypełniły go w kompletny sposób. Jak widać z porównania wartości średniej i mediany, a także na podstawie zamieszczonego obok histogramu (ryc. 1), rozkład ocen religijności jest lewostronnie asymetryczny, co sugeruje, że największa część ankietowanych oceniała swoją religijność wysoko lub bardzo wysoko, a relatywnie mało osób – nisko lub bardzo nisko. Mediana ocen religijności wynosiła aż 42 pkt i była bliska wartości maksymalnej. Średnie wartości SCSORFQ wynosiły  $39,5 \pm 9,8$  pkt, przy minimalnej wartości 10 pkt i maksymalnej 50 pkt.

W drugim etapie oceniono zadowolenie z życia ankietowanych za pomocą kwestionariusza SWLS. Wyznaczona miara punktowa obejmuje wartości z zakresu 5–35 pkt, przy czym wyższe wartości odpowiadają większemu zadowoleniu z życia. Dodatkowo można dokonać klasyfikacji na podstawie punktowej wartości SWLS do 7-stopniowej skali przymiotnikowej opisującej poziom zadowolenia z życia. Stwierdzono, że średni poziom satysfakcji z życia był dość wysoki – wyniósł  $22,8 \pm 23$  pkt, co jest znacznie bliższe wyniku maksymalnego niż minimalnego. Mediana wynosiła 23 pkt, wartość minimalna 5 pkt, a maksymalna 35 pkt. Rozkład wartości SWLS po zgrupowaniu w przedziałach o rozpiętości 5 pkt przedstawiono na rycinie 2.

Procentowy udział poszczególnych ocen zadowolenia z życia przedstawiono w tabeli 4. Jak widać, przeważają określenia wyrażające zadowolenie z życia.

Badano również, czy poziom satysfakcji z życia – wyrażonej za pomocą punktowej miary SWLS – jest zależny od wieku. Okazało się, że taka zależ-





Ryc. 2. Wartości SWLS w badanej grupie

ność występowała, a poziom zadowolenia wykazywał tendencję spadkową wraz z wiekiem, przy czym wysokim poziomem zadowolenia z życia szczególnie wyróżniała się najmłodsza grupa wiekowa (średnia wartość SWLS w tej grupie to ok.  $24 \pm 5,4$  pkt w porównaniu z mniejszymi wartościami w pozostałych grupach wiekowych). Wyniki zebrano w tabeli 5.

W ostatnim etapie dokonano analizy korelacji zadowolenia z życia z poziomem religijności ankietowanych osób. Wykorzystano liczbową miarę SWLS oraz podobną miarę poziomu religijności. Wyznaczono współczynnik korelacji rang Spearmana, którego wartość zamieszczono w nagłówku wykresu rozrzutu ilustrującego rozważaną zależność. Korelacja pomiędzy siłą przekonań religijnych a zadowoleniem z życia była znamienne statystycznie, ale jej siła była bardzo znikoma ( $R$  nawet poniżej 0,10). Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane dla całej zbiorowości, nie można mówić o wpływie siły przekonań religijnych na zadowolenie z życia (ryc. 3).

Inną formą analizy jest porównanie poziomu zadowolenia z życia osób wierzących i niewierzących (ponieważ liczność grup na to pozwalała, dodatkowo uwzględniono także osoby niezdeklarowane). Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami w odniesieniu do zadowolenia z życia (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p$  wyznaczona za pomocą testu analizy wariancji znacząco przekracza 0,10). Wyniki przedstawiono w tabeli 6.

W odniesieniu do osób wierzących i niewierzących przedstawiono również klasyfikację wg poziomu zadowolenia z życia. Również w tym ujęciu nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy byciem osobą wierzącą a poziomem satysfakcji z życia (tab. 7).

W kolejnym etapie dla każdej grupy wiekowej przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy poziomem religijności i zadowoleniem z życia, a także porównano poziom zadowolenia z życia wśród osób wierzących i niewierzących. Odnotowano, że

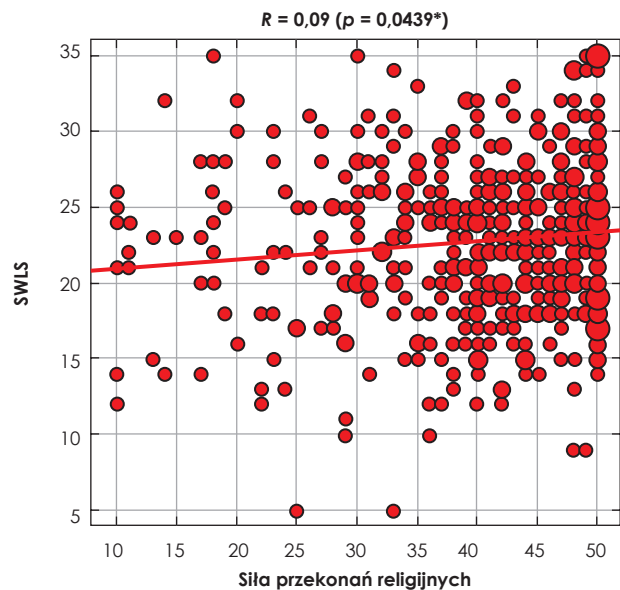
Tabela 4. Wyniki uzyskane w przymiotnikowej skali satysfakcji z życia w badanej grupie

Przymiotnikowa skala SWLS	Liczba	Odsetek
zdecydowanie niezadowolona	14	1,8%
bardzo niezadowolona	34	4,3%
raczej niezadowolona	<b>176</b>	<b>22,3%</b>
obojętna	78	9,9%
raczej zadowolona	<b>291</b>	<b>36,8%</b>
bardzo zadowolona	138	17,5%
zdecydowanie zadowolona	59	7,5%
razem	790	100%

Tabela 5. Poziom zadowolenia z życia a wiek badanych

Wiek [lata]	SWLS			
	n	$\bar{x}$	Me	s
18–24	259	24,0	24	5,4
25–49	189	22,4	22	4,8
50–70	188	22,3	22	5,4
> 70	154	22,0	22	5,4
$p$	0,0051**			

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji



Ryc. 3. Korelacja pomiędzy siłą przekonań religijnych a zadowoleniem z życia

Tabela 6. Średnie wartości zadowolenia z życia osób wierzących i niewierzących

Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą?	SWLS			
	n	$\bar{x}$	Me	s
tak	610	22,9	23	5,2
nie	48	21,7	23	5,0
trudno powiedzieć	132	22,5	22	6,3
$p$	0,4126			

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu analizy wariancji

**Tabela 7.** Określenia przymiotnikowe poziomu zadowolenia z życia u osób wierzących i niewierzących

Przymiotnikowa skala SWLS	Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą? ( $p = 0,7331$ )		Razem
	tak	nie	
zdecydowanie niezadowolona	7 (1,1%)	7 (3,4%)	14 (1,8%)
bardzo niezadowolona	17 (2,8%)	7 (3,4%)	34 (4,3%)
raczej niezadowolona	126 (20,7%)	50 (27,8%)	176 (22,3%)
obojętna	60 (9,8%)	18 (10%)	78 (9,9%)
raczej zadowolona	<b>244 (40%)</b>	<b>47 (26,1%)</b>	<b>291 (36,8%)</b>
bardzo zadowolona	105 (17,2%)	33 (18,3%)	138 (17,5%)
zdecydowanie zadowolona	42 (6,9%)	17 (9,4%)	59 (7,5%)
razem	610	180	790

**Tabela 8.** Poziom zadowolenia z życia w zależności od siły przekonań religijnych i wieku badanych

Poziom zadowolenia z życia	Wiek [lata]			
	18–24	25–49	50–70	≥ 71
	Siła przekonań religijnych			
SWLS	0,14 ( $p = 0,0847$ )	-0,05 ( $p = 0,5946$ )	0,26 ( $p = 0,0044^{**}$ )	0,26 ( $p = 0,0077^{**}$ )

**Tabela 9.** Poziom zadowolenia z życia w zależności od wieku badanych i deklaracji wiary

Czy jesteś osobą wierzącą i praktykującą?	SWLS											
	Wiek [lata]											
	18–24			25–49			50–70			> 70		
	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s
tak	610	24,2	5,1	76	22,2	4,7	113	22,6	5,4	105	22,4	5,2
nie	180	23,6	6,0	26	22,8	5,3	15	19,9	5,0	16	19,5	6,0
p	0,5622			0,6120			0,0655			0,0481*		

w młodszych grupach wiekowych nie występowały statystycznie istotne zależności pomiędzy poziomem religijności a zadowoleniem z życia. Natomiast w grupie wiekowej 50 lat i powyżej zaznaczała się znamienna statystycznie korelacja pomiędzy tymi dwoma czynnikami. Nie jest ona zbyt silna ( $R < 0,30$ ), ale zdecydowanie bardziej wyrazista, niż sugerowałyby to wcześniejsze wyniki. Dodatni znak współczynnika korelacji pozwolił stwierdzić, że wraz ze wzrostem religijności rosło zadowolenie z życia w grupie wiekowej 50–70 lat oraz 71 lat i powyżej (tab. 8).

W każdej grupie wiekowej dokonano podziału na osoby wierzące i niewierzące, a następnie porównano rozkład punktowej miary SWLS pomiędzy nimi. Oceny istotności różnic między osobami wierzącymi i niewierzącymi w zakresie zadowolenia z życia dokonano za pomocą testu  $t$  dla prób niezależnych. Wyniki potwierdzają wcześniejsze wnioski, że w grupie osób w wieku 50–70 lat występuje zbliżona do znamiennej statystycznie, a w grupie najstarszej znamienna statystycznie różnica dotycząca zadowolenia

z życia osób wierzących i niewierzących na korzyść tych pierwszych. Wyniki ukazują tabela 9 i rycina 4.

## DYSKUSJA

Chlewiński [17] stworzył katalog funkcji religijności w osobowości człowieka, do którego zaliczył: sens życia (religia wyjaśnia go, umożliwia zrealizowanie potrzeby transcendencji, pozwala interpretować życie, cierpienie, śmierć i inne sytuacje egzystencjalne jako wartościowe dla człowieka i społeczeństwa), system wartości (religia, stając się systemem wartości, organizuje i hierarchizuje wartości przyjmowane przez człowieka, dostarcza kryteriów wyboru właściwych sposobów postępowania, staje się czynnikiem integrującym ludzką osobowość i wytycza kierunek dążeń zgodny z przyjmowanymi przez człowieka wartościami), bezpieczeństwo i zaufanie (religia umożliwia człowiekowi uwolnienie się od poczucia zagrożenia, wprowadza zaufanie i gwarancję równowagi psychicznej, zapewnia o zwycięstwie

dobra nad złem oraz życia nad śmiercią i ugruntowuje przekonanie, że Bóg może rozwiązać problemy zagrażające poczuciu bezpieczeństwa), autoidentyfikację (w przekonaniach religijnych i religijnym systemie wartości człowiek odnajduje podstawy swego samookreślenia, co wiąże się z przeświadczeniem człowieka o sposobie traktowania go przez Boga), identyfikację z grupą (utrzymuje i przekazuje przez pokolenia stałe i trwałe wartości, głównie moralne i obyczajowe, wyzwała specyficzną więź międzyludzką), funkcję autopsychoterapeutyczną, sensotwórczą (religia jest czynnikiem redukującym źródła neurotycznych napięć, stwarza możliwość rozróżniania tego, co istotne i nieistotne, uwalnia człowieka od winy, ponieważ oferuje mu rytualne sposoby ekspiacji).

Zdaniem Wandrasza [5] głęboka religijność uczy człowieka szacunku dla innych oraz samego siebie, podkreśla jego wewnętrzną godność i wartość, a to może być pomocne w przezwyciężaniu poczucia osobistej nieadekwatności, bezwartościowości i niekompetencji.

W prezentowanym badaniu większość (77,2%) respondentów deklarowała się jako osoby wierzące, a co piąta osoba – jako głęboko wierząca.

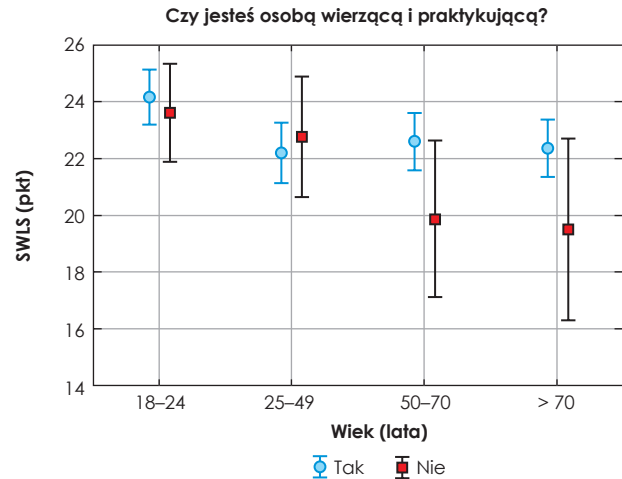
Wśród 391 nauczycieli badanych przez Krzysztof-Gogol ponad 80% respondentów identyfikowała się z wyznaniem rzymskokatolickim i większość otrzymała rzetelne wychowanie religijne [18].

W grupie 100 pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży badanych przez Krajewską-Kułąk i wsp. przeważały osoby wyznania katolickiego (95%), po jednej osobie było wyznania luterńskiego i prawosławnego, a 3% określiły się jako osoby niewierzące [19]. Za niereligijną uznała się tylko jedna osoba ze wsi, za raczej niereligijną – 9% chorych, a za obojętną religijnie – 4%. Jako raczej religijne określiło się 57% ankietowanych, w większości z miasta, a jako bardzo religijne – 29%, większości ze wsi [19].

Krajewska-Kułąk i wsp. [20] objęły badaniem 250 losowo wybranych mieszkańców Podlasia, wśród których dominowały osoby wyznania katolickiego (83,2%), inne wyznania religijne stanowiły: prawosławie (11,2%), muzułmanizm (1,2%), judaizm (0,4%), luteranizm (0,4%), świadkowie Jehowy (0,4%). Jako osoby niewierzące zadeklarowało się 3,2% respondentów.

W badaniu własnym aż 92,2% osób zadeklarowało się jako katolicy. Osoby niewierzące stanowiły jedynie 2,7% omawianej zbiorowości.

Czapiński wykazał, że wraz ze wzrostem aktywności religijnej Polaków wyżej oceniane są jakość życia, samopoczucie, zwiększa się nadzieja na przyszłość, radość z życia, zadowolenie ze stanu własnego zdrowia, a także z osiągnięć osobistych [21]. Uwarunkowania satysfakcji życiowej to kwestia zin-



Ryc. 4. Poziom zadowolenia z życia w zależności od wieku badanych i deklaracji wiary

dywidualizowana, złożona i wieloaspektowa. W literaturze przedmiotu [22–25] wyróżnia się dwa rodzaje wartości i celów, które mogą wpływać na satysfakcję z życia. Są to wartości wewnętrzne (*intrinsic*), np. samoakceptacja, poczucie przynależności oraz wspólnoty, sprawiające, że jednostka angażuje się w działania zmierzające do zaspokojenia ważnych potrzeb psychologicznych, takich jak rozwój, zakorzenienie, kompetencje czy autonomia, co wpływa korzystnie na poczucie szczęścia i satysfakcji, oraz wartości zewnętrzne (*extrinsic*), takie jak sukces materialny, popularność, atrakcyjny wizerunek, powiązane z uzyskaniem pozytywnej oceny innych osób i utrudniające angażowanie się w czynności mogące zaspokoić naturalne potrzeby i przyczynić się do wzrostu jakości życia. Badania przeprowadzone przez Kasserę i Ahuwię [23] wśród studentów z Singapuru, Ryana i wsp. [24] w Rosji oraz Schmucka i wsp. [25] w Niemczech i Stanach Zjednoczonych wykazały, że osoby zorientowane na wartości zewnętrzne z reguły doświadczają mniejszej samoakceptacji i witalności, prezentują mniej pozytywnych emocji i przejawiają więcej cech depresji i lęku. Z kolei osoby ceniące wartości społeczne i religijne funkcjonowały lepiej i były szczęśliwsze w wyniku uzyskiwanego wsparcia, natomiast osoby ceniące wartości materialne funkcjonowały gorzej, ponieważ nie miały tego wsparcia.

Zdaniem Juczyńskiego „ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji” [16].

W 2015 r. na zlecenie CBOS przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*) wspomaganym komputerowo (CAPI) badanie dotyczące zadowolenia z życia na liczącej 936 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców

Polski [26]. Okazało się, że 51% Polaków nie zaliczało siebie do jednoznacznie szczęśliwych ani pechowych, 39% uważało się za takich, którym sprzyja szczęście, a 10% sądziło, że na ogół ma w życiu pecha [26]. Prawie trzy czwarte (72%) było ogólnie zadowolonych z życia, 24% twierdziło, że są z niego średnio zadowoleni, a tylko 3% wyrażało ogólnie niezadowolenie (raczej niezadowoleni i bardzo niezadowoleni) z całego życia. Respondenci najczęściej deklarowali, że są zadowoleni ze swoich dzieci (91%), małżeństw (82%), relacji towarzyskich (81%) oraz miejsca zamieszkania (78%). Większość była zadowolona z przebiegu pracy zawodowej (63%), stanu swojego zdrowia (60%), wykształcenia (59%) i materialnych warunków bytu (56%). Jednocześnie najwięcej osób narzekało na swoje finanse (35%) oraz stan zdrowia (20%).

Średni poziom satysfakcji z życia w opisywanym badaniu był dość wysoki, przy czym najwyższy w najmłodszej grupie wiekowej.

Wielu autorów [15, 27–29] podkreśla, że osoby, dla których religia stanowi główną lub jedną z najważniejszych wartości w życiu, sens swojego życia odkrywają w powiązaniu z wartościami religijnymi, a agnostycy, ateści oraz osoby niereligijne, kierując się w życiu wartościami świeckimi, takimi jak opieka nad innymi, wartości związane z rodziną i wspólnotą, autonomia i niezależność, własny rozwój i odpoczynek, relacje rodzinne czy przyjaźń i miłość.

Steger i Frazier stwierdzili, że wśród studentów psychologii podejmowanie praktyk religijnych sprzyjało odkrywaniu sensu życia i pośrednio wpływało na satysfakcję z życia [30]. Również Chamberlain i Zika wykazali, że wśród kobiet religijność jest związana z poczuciem sensu życia i decyduje o ich satysfakcji z życia [31]. Diener z kolei uważa, że analogicznie można założyć, że także wartości świeckie mogą być źródłem poczucia sensu życia i wpływać pośrednio na satysfakcję z życia, uważaną za poznawczy aspekt dobrostanu i jakości życia [32].

## WNIOSKI

Największa grupa ankietowanych oceniała swoją religijność wysoko lub bardzo wysoko i była raczej zadowolona z życia.

Poziom zadowolenia zasadniczo wykazywał tendencję spadkową wraz z wiekiem.

W grupie wiekowej 50–70 lat oraz 71 lat i powyżej zadowolenie z życia rosło wraz ze wzrostem religijności.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

- Heszen I. Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem. W: Człowiek i dzieło. Suchocka L, Sztembis R (red.). Wyd. KUL, Lublin 2010; 215-223.
- Meraviglia MGM. The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 89-94.
- Heszen-Niejodek I, Gruszczynska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przeł Psychol* 2004; 1: 15-31.
- Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Pers Individ Differ* 2003; 34: 1209-1224.
- Wandrasz M. Religijność a postawa wobec chorób. RW KUL, Lublin 1998.
- Aleksandrowicz J. W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Studia Filozoficzne* 1972; 82: 79-83.
- Grom B. Psychologia religii. Wyd. WAM, Kraków 2009.
- Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically III hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 554-562.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 2004; 97: 1194-1200.
- Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. Templeton Foundation Press 2002.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiat* 1998; 155: 536-542.
- Koenig HG, Idler E, Kasl S i wsp. Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29: 123-131.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012; 2012: 278730.
- Holmstrom J. Kiedy modlitwa jest wysłuchana. Opowieści o cudownych uzdrowieniach. Wyd. Inny Świat, Bydgoszcz 1997.
- Wnuk M. Właściwości psychometryczne kwestionariusza Siły Wiary Religijnej dla populacji Anonimowych Alkoholików oraz studentów. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 4: 588-595.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Chlewiński Z. Psychologia religii. Wyd. Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 1982.
- Krzysztofik-Gogol E. Znaczenie religijności w życiu prywatnym nauczycieli. *Pogranicze. Studia Społeczne* 2014; 23: 249-264.
- Krajewska-Kułak E, Wróblewska K, Radziejewski P i wsp. Postawy chorych wobec przesądów i zabobonów. W: W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk CR, Lewko J (red.). Wyd. Duchno, Białystok 2011; 169-181.
- Krajewska-Kułak E, Kułak W, Radziejewski P i wsp. Current view of the traditional superstitions in general population of Podlaskie province. Preliminary study. *Prog Health Sci* 2011; 1: 76-83.
- Czapiński J. Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1994.
- Mudyń K, Pietras K. Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia. *Psychoterapia* 2007; 140: 5-25.
- Kasser T, Ahuvia A. Materialistic values and well-being in business students. *Eur J Soc Psychol* 2002; 32: 137-146.
- Ryan RM, Chirkov VI, Little TD i wsp. The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Person Soc Psychol Bull* 1999; 25: 1509-1524.
- Schmuck P, Kasser T, Ryan R. Intrinsic and extrinsic goals: their structure and relationship to well-being in German and U.S. college students. *Soc Indicators Res* 2000; 50: 225-241.



26. Kowalczyk K. Zadowolenie z życia. Badanie CBOS, nr 3/2015. Warszawa 2015; 1-9.
27. Bar-Tur L, Savaya R, Prager E. Sources of meaning in life for young and old Israeli Jews and Arabs. *J Aging Studies* 2001; 15: 253-269.
28. Stuckey JC. Faith, aging and dementia. Experiences of Christian, Jewish, and non-religious spousal caregivers and older adults. *Dementia* 2003; 2: 337-352.
29. Mądrzycki T. Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. UG, Gdańsk 2002.
30. Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *J Counseling Psychol* 2005; 52: 574-582.
31. Chamberlain K, Zika S. Religiosity, life meaning and well-being: Some relationship in a sample of women. *JSSR* 1988; 27: 411-420.
32. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull* 1984; 95: 542-575.