

Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar

Irena Heszen-Niejodek¹

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Uniwersytet Śląski

Ewa Gruszczyńska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

SPIRITUALITY AS A HUMAN DIMENSION, ITS IMPORTANCE IN HEALTH PSYCHOLOGY, AND ITS MEASUREMENT

Abstract. Recently growing interest in spirituality as a human dimension may be observed in psychology. The role of spirituality is especially appreciated in health psychology where it is recognized forth human dimension, in addition to physical, psychological and social ones. Extensive empirical evidence has been accumulated so far to prove the importance of spirituality as a factor protecting health. It is claimed in the paper that spirituality has become an interdisciplinary term and, among others, may also be studied from the psychological perspective. The paper seeks to answer the following questions: why spirituality is worth studying from such a perspective, what is spirituality from the psychological point of view, and how spirituality can be measured with psychological means. As a psychological term, spirituality has a status of a multidimensional theoretical construct referring to a specific domain of human activity. The essence of this domain is transcendence beyond actually experienced ego. Like other theoretical constructs in psychology, spirituality can be measured with self-descriptive questionnaires. An example of such a questionnaire is presented which has been elaborated by authors and meets strong psychometric criteria.

DLACZEGO WARTO BADAĆ DUCHOWOŚĆ Z PERSPEKTYWY PSYCHOLOGICZNEJ?

W ostatnich latach zaobserwować można przenikanie do psychologii pojęcia duchowości, znajdującego różne odniesienia na gruncie psychologicznym. W publikacjach, także autorów polskich, wyodrębniana jest sfera duchowa człowieka (Kościelska, 2000; Straś-Romanowska, 1992), mowa jest o jego duchowym rozwoju (Pietrasiński, 1990; Socha, 2000), a nawet o inteligencji duchowej (Zohar, Marshall, 2001). Jednym z poważniejszych argumentów na rzecz prowadzenia w psychologii badań nad duchowością jest związek tej ostatniej z podstawowymi kierunkami badań psychologicznych i głównymi dziedzinami zastosowania wiedzy psychologicznej. Zagadnienie rozwoju duchowego człowieka na przestrzeni życia wpisuje się w szeroki nurt badań nad aspektem rozwojowym; wymiar duchowy nadaje ton przeżyciom emocjonalnym człowieka i wykazuje związek z jego funkcjonowaniem poznawczym (por. Hill i in., 2000). W obszarze zastosowań psychologia zdrowia jest tą dziedziną, w której coraz bardziej doceniane jest znaczenie duchowości.

Pojęcie duchowości pojawia się w psychologii zdrowia w różnorodnych kontekstach. Odnoszone jest na przykład do pewnych form psychoterapii (terapia duchowa) czy problemów związanych z chorobą (potrzeby duchowe chorych, rozwój duchowy w chorobie). Jednak najbardziej istotnym i dobitnym wyartykułowaniem znaczenia duchowości w psychologii zdrowia jest potraktowanie jej jako wymiaru (dziedziny) zdrowia, w uzupełnieniu do trzech wymiarów wyodrębnionych wcześniej: somatycznego, psychicznego i społecznego (por. Harris i in., 1999; Hatch i in., 1998; Sartorius, 2000). Do takiego ujęcia skłaniają wyniki badań empirycznych, prowadzonych z rosnącą intensywnością i dowodzących znaczenia duchowości w obszarze szeroko rozumianego zdrowia. Choć są to badania niezwykle interesujące, ich systematyczny przegląd nie jest celem tego artykułu.

Ograniczymy się tutaj do paru ilustracji, pochodzących z dwóch typów badań. Były to badania epidemiologiczne oraz badania polegające na duchowej interwencji, przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych.

W badaniach epidemiologicznych rozumienie duchowości ograniczało się do religijności, i to traktowanej formalnie, zazwyczaj jako uczęszczanie do kościoła. Jest to oczywiście bardzo wąska, uboga i niewystarczająca koncepcja duchowości. Z drugiej strony, zaletą tych badań były bardzo liczne grupy badane, obejmujące kilka, a nawet parędziesiąt tysięcy osób. Ponadto w większości badania miały podłużny charakter. Stosowano też statystyczną kontrolę zmiennych, które jako kowarianty uczęszczania do kościoła mogły być związane ze zdrowiem, takich jak jego ogólny stan, sprawność w wykonywaniu czynności codziennych, płeć, zachowania zdrowotne, nałogi czy wsparcie społeczne. W wielu badaniach stwierdzono większe ryzyko śmierci w okresie

¹ Adres do korespondencji: Irena Heszen-Niejodek, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: heszen@us.edu.pl.

objętym obserwacją u osób rzadziej uczęszczających na nabożeństwa lub w ogóle nie biorących w nich udziału (Hummer i in., 1999; Oman, Reed, 1998; Strawbridge i in., 1997). Na przykład w pierwszej z przytoczonych prac, w grupie liczącej 21 204 badanych okazało się, że ryzyko śmierci w okresie 8-letnim było 1,87 razy większe u osób nie uczestniczących w nabożeństwach w porównaniu z tymi, które uczestniczyły w nich jeden raz w tygodniu lub częściej.

Badania drugiego typu, polegające na interwencji duchowej, można pod względem metodologicznym zaliczyć do procedury eksperymentalnej, upoważniającej do rozstrzygnięć w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Stosowano dotychczas dwa rodzaje takiej interwencji w celu uzyskania poprawy zdrowia somatycznego lub przedłużenia życia: modlitwę wstawienniczą i medytację. Intrigujące są rezultaty badań nad modlitwą wstawienniczą, w których respektowane były wszelkie zasady eksperymentu, jak udział grupy kontrolnej i randomizacja, kontrola zmiennych i zastosowanie podwójnie ślepej procedury (ani pacjenci, ani lekarze oceniający ich stan zdrowia nie wiedzieli, kto należał do grupy eksperymentalnej, za którą wznoszono modły, a kto do grupy kontrolnej). Powell, Shahabi i Thoresen (2003) w obszernym i krytycznym artykule przeglądowym uznali uzyskane dotychczas wyniki za znaczący dowód, że modlitwa wstawiennicza wpływa na korzystniejszy przebieg procesu zdrowienia w chorobach ostrych.

W odróżnieniu od modlitwy wstawienniczej, medytacja jest całkowicie świecką formą interwencji duchowej.

W badaniach nad zdrowotnymi skutkami medytacji spektakularne wyniki uzyskali Alexander, Langer, Newman, Chandler i Davis (1989). Uczestnikami badań byli pensjonariusze różnego rodzaju ośrodków dla osób starszych, mający średnio 81 lat. Zostali oni losowo podzieleni na cztery grupy: medytacji transcendentnej, „wypełnienia umysłu” wykonywaniem prostych zadań (*mindfulness*), relaksacji i kontrolną. Po upływie trzech lat jedynie w grupie medytacji transcendentnej nie stwierdzono żadnego zgonu, podczas gdy w grupie relaksacji i wśród pensjonariuszy nie uczestniczących w badaniach przeżycie wynosiło nieco ponad 60%.

Do niedawna badania nad wpływem duchowości na zdrowie somatyczne prowadzone były wyłącznie za granicą, przeważnie w Stanach Zjednoczonych. Od paru lat prowadzimy w naszym zespole badania kliniczne, w których rozumienie duchowości nie ogranicza się do behawioralnych przejawów religijności, ale jest znacznie szersze, zgodnie z koncepcją przedstawioną w dalszej części tego artykułu. Stwierdziliśmy w różnych grupach chorych, że duchowość sprzyja lepszej adaptacji do przewlekłej choroby somatycznej oraz postawie korzystnej dla leczenia. Przykładowo, pacjenci chorzy na raka z wyższym poziomem duchowości oceniali swoje aktualne samopoczucie jako lepsze, przypisywali sobie większy wpływ na przebieg choroby, częściej też deklarowali optymizm w przewidywaniach dotyczących jej dalszego przebiegu. W grupie pacjentów chorych na astmę okazało się, że istnieje niezbyt wysoka, ale wyraźna i istotna statystycznie korelacja dodatnia pomiędzy duchowością a oceną jakości życia z chorobą. W badaniach uwzględniono również związki negatywnych przeżyć pacjentów z duchowością, i tu kierunek zależności był odwrotny. U pacjentów onkologicznych z wyższym poziomem duchowości stwierdzono niższe wskaźniki lęku-stanu i depresji. W grupie alkoholików i w grupie położnic uzyskano negatywną korelację pomiędzy duchowością a lękiem-cechą – im wyższy poziom duchowości, tym mniejsza skłonność do reagowania lękiem (Heszen-Niejodek, 2003).

Dalsze nasze badania ukierunkowane były na znalezienie czynników pośredniczących pomiędzy duchowością a zdrowiem somatycznym i tłumaczących jej wpływ. Między innymi wzięto pod uwagę umiejscowienie poczucia kontroli w sprawach zdrowotnych, ważnego czynnika decydującego o zachowaniach ukierunkowanych na cele zdrowotne (zachowaniach zdrowotnych) oraz same zachowania tego typu. U kobiet chorych na nowotwór stwierdzono istotny dodatni związek pomiędzy duchowością a skłonnością do przypisywania kontroli personelowi medycznemu oraz wewnętrznym poczuciem kontroli (Siwy, 2003). Można przypuszczać, że te zależności przekładają się na większe zaangażowanie się w leczenie przez osoby z wyraźniej zaznaczonym wymiarem duchowym. Przy czym przypisywanie kontroli nad własnym zdrowiem personelowi może sprzyjać stosowaniu się do zaleceń lekarskich, a przekonanie o własnej kontroli – realizowaniu własnych pomysłów dotyczących leczenia. Związki pomiędzy duchowością a zachowaniami zdrowotnymi były przedmiotem badań podłużnych w grupie pacjentów po zawale serca. Chociaż nie wszystkie wyniki były zgodne z oczekiwaniami, stwierdzono między innymi, że pacjenci z wyższym poziomem duchowości deklarują po zawale i faktycznie wprowadzają więcej zmian w swoim stylu życia w kierunku sprzyjającym zdrowiu (Mateusiak, 2003). Zdawałoby się, że dane empiryczne, których przykłady pochodzące z jednej tylko dziedziny psychologii stosowanej przytoczono wyżej, stanowią poważny argument za potraktowaniem duchowości jako ważnego terenu badań i aplikacji. Taki postulat spotyka się jednak niekiedy z oporem, a nawet sprzeciwem ze strony środowiska psychologów lub pewnej jego części. Jakie są tego przyczyny?

CO POWSTRZYMUJE PSYCHOLOGÓW PRZED BADANIEM DUCHOŚCI?

WYMIAR DUCHOWY CZŁOWIEKA

Stanowisko przeciwstawiające się badaniu duchowości występuje w różnych formach. Wedle pierwszej, odwołującej się do argumentów natury metodologicznej, duchowość nie może być badana metodami naukowymi, bo z natury jest nieuchwytna i nie poddaje się takim badaniom. Druga sformułowana jest w kategoriach normatywnych i głosi, że nie należy badać duchowości, że nie powinna być ona badana. Istnieje również pogląd, że wprawdzie można i należy zajmować się duchowością, ale jest to raczej domena innych dziedzin niż psychologia, takich jak antropologia filozoficzna czy teologiczna. Wreszcie można przypuszczać, że jednym z powodów pewnej niechęci środowiska psychologów wobec zagadnień duchowości jest charakterystyczne dla tej grupy zawodowej małe zaangażowanie religijne. Zajmiemy się teraz pokrótce każdym z tych powodów. Zastrzeżeniem metodologicznym można przeciwstawić założenie przyjmowane przez różnych autorów, że duchowość traktowana jako właściwość człowieka ma status konstruktu teoretycznego czy zmiennej latentnej (np. Miller, Thoresen, 2003). Przy takim założeniu duchowość może być mierzona za pośrednictwem wskaźników empirycznych i włączana do badań na równi z innymi zmiennymi o podobnym statusie. Można dodać, że w psychologii z reguły posługujemy się konstruktami teoretycznymi, takimi jak inteligencja, osobowość czy styl radzenia sobie, do wyjaśniania różnych obszarów aktywności człowieka.

Pogląd, że nie powinno się badać duchowości lub pewnych jej przejawów, wynika z systemu wartości (Miller, Thoresen, 2003). Przykładem jest stanowisko w sprawie eksperymentów nad modlitwą wstawienniczą, wedle którego są one czymś niewłaściwym jako „testowanie Pana Boga”. Dla osób wierzących byłby to decydujący powód powstrzymania się od tego rodzaju badań, ale przy założeniu, że boska interwencja jest jedynym wytłumaczeniem ich wyników. Tymczasem jako jedno z alternatywnych wyjaśnień podaje się uzdrawianie na odległość (*distance healing*). W większości badań psychologicznych duchowość traktowana jest jako właściwość człowieka, bez żadnych założeń dotyczących istnienia czynników nadprzyrodzonych, a tym bardziej bez intencji sprawdzania ich mocy. Ocena etyczna tych badań, podobnie jak wszelkich badań nad ludźmi, zależy od bilansu korzyści i ewentualnych skutków ujemnych w postaci naruszenia ważnych wartości osób badanych. Wydaje się, że nie ma jakichś szczególnych przeciwwskazań natury etycznej do zajmowania się duchowością w badaniach psychologicznych.

Stanowisko, że istnieją dyscypliny bardziej niż psychologia kompetentne do zajmowania się duchowością, zasługuje na uwagę. Z pewnością teologia czy filozofia mają pod tym względem dłuższą tradycję, którą należy uszanować. Jednakże przy interdyscyplinarnym rozumieniu duchowości i traktowaniu jej w ramach psychologii jako atrybutu człowieka można oczekiwać, że perspektywa psychologiczna okaże się użyteczna dla pełniejszego, bardziej wszechstronnego poznawania duchowości.

Wreszcie jako powód małego zainteresowania czy wręcz niechęci psychologów do badania duchowości podaje się stosunkowo niskie proporcje w tej grupie zawodowej osób wierzących. I tak, podczas gdy w populacji Amerykanów udział osób wierzących wynosił 94%, tylko 34% psychologów deklaroowało wiarę w Boga osobowego. Jednakże przy potraktowaniu duchowości niezależnie od wiary, odsetek psychologów uważających ją za ważną lub dość ważną był znacznie wyższy i wynosił 73% (za: Hill i in., 2000). Nieuzasadnione okazały się też obawy, że brak religijności ze strony terapeutów może być przeszkodą w terapii religijnych pacjentów. W doskonale kontrolowanym eksperymencie religijna terapia poznawczo-behawioralna, prowadzona właśnie przez niereligijnych terapeutów, okazała się bardziej skuteczna w leczeniu depresji w porównaniu nie tylko z niereligijną terapią prowadzoną zarówno przez terapeutów religijnych, jak i niereligijnych, lecz także z religijną terapią oferowaną przez religijnych terapeutów (Propst i in., 1992).

Jak widać, kontrowersje dotyczące badania duchowości człowieka na gruncie psychologii w dużym stopniu wynikają z nie zawsze uzasadnionych przekonań na temat charakteru tych badań oraz z określonych, często niejawnych założeń dotyczących natury duchowości. W następnym fragmencie przedstawimy próbę konceptualizacji duchowości z perspektywy psychologicznej, która – jak się zdaje – nie powinna budzić sprzeciwu jako podstawa badań empirycznych.

CZYM JEST DUCHOWOŚĆ Z PSYCHOLOGICZNEGO PUNKTU WIDZENIA?

Chociaż badania nad wpływem duchowości na zdrowie zostały zapoczątkowane w Stanach Zjednoczonych i nadal są w tym kraju intensywnie prowadzone, z prac psychologów amerykańskich nie wylania się jednoznaczna odpowiedź na pytanie, jak należy rozumieć samo pojęcie duchowości. Autorzy podejmujący próbę jej konceptualizacji koncentrują się na ogół na relacji między pojęciami duchowości i religijności, zazwyczaj konstatując ich bliskość i pokrewieństwo znaczeniowe. Dlatego w pracach wielu autorów amerykańskich używany jest konstrukt łączący duchowość i religijność (*spirituality/religiosity* – RS). Znamiennym przykładem są prace panelu reprezentantów nauk behawioralnych i społecznych, powołanego przez Narodowe Instytuty Zdrowia (NHS) do badania związku duchowości/religijności ze zdrowiem (Fetzer Institute/National Institute on

Aging Working Group, 1999). Również próby ujęcia duchowości jako takiej przez autorów amerykańskich podejmowane są w kontekście koncepcji dotyczących religii i religijności (np. Thoresen, Harris, 2002). Systematyczny przegląd koncepcji duchowości i jej specyfiki w pracach psychologów amerykańskich wykracza poza ramy tego artykułu, spróbujemy jedynie przedstawić dwa ujęcia charakterystyczne, powtarzające się w pracach różnych autorów. Pierwsze z nich, wywodzące się z klasycznego ujęcia Jamesa (1902 – za: Miller, Thoresen, 2003), utożsamia duchowość z religią. Niektórzy współcześni autorzy nadal skłonni są przeciwstawiać się wyodrębnianiu duchowości i religii, definiując duchowość jako poszukiwanie świętości i realizowanie jej w swoim życiu (*spirituality can be understood as a search for the sacred, a process through which people seek to discover, hold on, and, when necessary, transform whatever they hold sacred in their lives* – Hill, Pargament, 2003, s. 65).

Drugi nurt, bliższy psychologii, uznaje religię i duchowość za konstrukty możliwe do rozróżnienia, przy czym duchowość odnoszona jest do indywidualnego i osobistego doświadczenia, podczas gdy religię traktuje się raczej jako fenomen społeczny i zinstytucjonalizowany. W tym nurcie centralnym pojęciem jest transcendencja, niekiedy rozumiana relacyjnie jako związek lub dążenie do związku z czymś przerastającym „ja” (Miller, Thoresen, 2003; Thoresen, Harris, 2002).

Oba nurty zbliżają się w ujęciach autorów uznających, że transcendencja ukierunkowana jest na *sacrum* (por. Thoresen, Harris, 2002), albo traktujących *sacrum* szeroko, właśnie jako „osobę, obiekt, zasadę lub pojęcie transcendentne w stosunku do ja”, którego umiejscowienie po spełnieniu określonych warunków jest możliwe także w obrębie „ja” (Hill i in., 2000, s. 64). Nasuwa się jednak uwaga, że pojęcie *sacrum* jest odległe od psychologii, a próby jego inkorporacji do psychologicznych ujęć duchowości poprzez poszerzenie zakresu pozbawiają go specyfiki i jednoznaczności. Wspólnym wątkiem obu orientacji jest uznanie duchowości za konstrukt złożony, wielowymiarowy (Hill i in., 2000; Miller, Thoresen, 2003, a także Socha, 2000).

Ujęcie duchowości – jako wielowymiarowego konstruktów teoretycznego, którego istotę stanowi transcendencja rozumiana jako wykroczenie poza czy ponad „ja realne” – zakorzenione jest w psychologii poznawczej. Stało się ono podstawą własnej próby konceptualizacji duchowości jako pojęcia psychologicznego, przedstawionej poniżej. W koncepcji tej przypisuje się duchowości, na wzór innych konstruktów teoretycznych, funkcję regulacyjną w stosunku do określonego zakresu aktywności człowieka. Ujmując to inaczej, konstrukt duchowości służyć ma wyjaśnianiu specyficznej aktywności polegającej na transcendencji.

Warto jeszcze wspomnieć o innym poważnym nurcie badań nad duchowością, rozwijanym w ramach psychologii egzystencjalnej. Nurt ten, wywodzący się z logoteorii Frankla, ma w Polsce wybitnego kontynuatora w osobie K. Popielskiego. Wyróżnia się w tym nurcie trzy wymiary egzystencji („bycia i stawania się”) człowieka: fizyczny (biologiczny), psychiczny i noetyczny, czyli duchowy. Temu ostatniemu przypisywane jest miejsce centralne, gwarantuje on „całościowość funkcjonowania egzystencji”, jest doświadczany jako najbardziej osobisty (Popielski, 1994, 1999). Popielski zwraca przy tym uwagę na ograniczone możliwości konceptualizacji duchowości na gruncie psychologii: „Pozostawić trzeba osobom kompetentnym, przede wszystkim filozofom i antropologom, uzasadnianie natury i sposobu istnienia tego, co duchowe w ludzkiej egzystencji” (1999, s. 27).

Należy uznać, że perspektywa egzystencjalna jest trafnym wyborem w badaniach nad wysoce subiektywną, związaną z wewnętrznym doświadczeniem, dynamiczną, a przy tym zindywidualizowaną sferą duchowości. Z drugiej jednak strony, podejście fenomenologiczne stwarza trudne do przezwyciężenia przeszkody, jeśli chce się w sposób spójny z nim zoperacjonalizować konstrukt w celu prowadzenia badań empirycznych. Pozostawienie rozważań nad istotą duchowości przedstawicielom innych dyscyplin wydaje się dyskusyjne, jeśli wziąć pod uwagę, że pojęcie duchowości używane jest w psychologicznych koncepcjach człowieka, pojawia się również coraz częściej w różnych obszarach zastosowań psychologii, czego dobrą ilustracją jest psychologia zdrowia.

We własnych badaniach przyjęto zatem, że pojęcie duchowości, podobnie jak wiele innych pojęć podstawowych dla rozumienia przez człowieka otaczającego świata i swego miejsca w tym świecie (czego przykładami jest pojęcie czasu czy zdrowia), **ma charakter interdyscyplinarny**. Zasadne staje się zatem rozpatrywanie duchowości z perspektywy różnych dyscyplin. Każda z tych dyscyplin ma określone ograniczenia, zarazem jednak może wnieść swój specyficzny wkład w rozumienie duchowości. W każdej też pojęcie to może być wykorzystane dla jej rozwoju zgodnie z własną logiką. Duchowość może być więc rozważana również z psychologicznego punktu widzenia. Jakie ograniczenia pociąga za sobą przyjęcie perspektywy psychologicznej w badaniach nad duchowością?

Respektując granice psychologii jako dyscypliny naukowej, należy skoncentrować się w badaniach psychologicznych na duchowości traktowanej jako **atrybut człowieka**. Zasady metodologii tych badań wymagają z kolei rezygnacji z założeń ontologicznych dotyczących czynników nadprzyrodzonych jako źródła duchowości. Takie założenia są nieweryfikowalne za pomocą środków oferowanych przez metodologię badań psychologicznych. Na gruncie tej metodologii wydaje się dość oczywiste, że duchowość ma status **konstruktów teoretycznego** i nie jest bezpośrednio mierzalna. Pod tym względem nie różni się od podstawowych pojęć

WYMIAR DUCHOWY CZŁOWIEKA

psychologicznych, jak: osobowość, inteligencja, poznanie, wola. Nasuwa się więc tutaj pytanie o specyfikę duchowości jako atrybutu człowieka.

Jak wiadomo, konstrukty teoretyczne wprowadza się w psychologii w celu wyjaśniania zachowania człowieka; podobną funkcję przypisać można duchowości. Duchowość jako konstrukt psychologiczny odpowiada za specyficzny zakres funkcjonowania osoby ludzkiej, obejmującego zarówno aktywność obserwowalną, jak i doświadczenie wewnętrzne. Nawiązując do dorobku innych dyscyplin, mających dłuższą historię w konceptualizowaniu duchowości, zwłaszcza do teologii, a także przytoczonych wyżej psychologicznych koncepcji duchowości proponowanych przez autorów amerykańskich, można przyjąć, że **istotą duchowości jest transcendencja**. W rozumieniu psychologicznym transcendencja polegałaby na aktywności wykraczającej poza aktualnie doświadczane *ja* czy jego aktualny obraz. „Wykraczanie” rozumie się tutaj nie jako jakiegokolwiek poszerzenie *ja*, nawet moralnie naganne, ale jako wzrost, rozwój, obrazowo – „ruch w górę”.

Kierunek transcendencji wyznaczony jest przez wartości osoby dotyczące sfery niematerialnej. Transcendencja może odbywać się zarówno w obrębie osoby (samorealizacja, samodoskonalenie, rozwój osobisty), jak i poza osobą. „Zewnętrzna” transcendencja może być ukierunkowana na **Wyższą Istotę lub Energię, na inną osobę, której przypisuje się szczególną wartość i której dobro stawia się wtedy wyżej niż własne dobro, a także na Uniwersum (wszechświat)**. Przedstawione tu ujęcie ma charakter relacyjny – transcendencja polega na określonej, dynamicznej relacji aktualnego *ja* z obiektem, na który jest ukierunkowana (por. Miller, Thoresen, 2003). Warto też zwrócić uwagę, że w takim rozumieniu nie jest konieczne przyjmowanie jakichkolwiek założeń dotyczących istnienia czynnika nadprzyrodzonego jako warunku transcendencji.

Powstaje pytanie, czy duchowość jest przymiotem każdego człowieka, czy tylko pewnej grupy osób spełniających wysokie kryteria. Obserwacja potoczna potwierdza indywidualne zróżnicowanie duchowości, odnoszące się zarówno do „ilości”, intensywności życia duchowego, jak i do jego jakości, treści wyznaczonej przez obiekty transcendencji. W skrajnych przypadkach powstają wątpliwości co do obecności u niektórych ludzi pierwiastka duchowego w ogóle. W rozstrzygnięciu tych wątpliwości pomocne jest podkreślenie, że duchowość, podobnie jak inne konstrukty psychologiczne, ma status dyspozycji. Może aktualizować się w procesie transcendencji, może też „nie dawać o sobie znać” nawet przez dłuższy czas. Przyjmujemy zatem, że **duchowość jest atrybutem każdego człowieka**.

Duchowość jako dyspozycja człowieka stanowi potencjał, który może się rozwijać. Specyfiką duchowości jest możliwość rozwoju w ciągu całego życia, nawet w późnym wieku, co potwierdzają badania empiryczne (Heszen-Niejodek, w druku). Rozwój wymiaru duchowego nie polega jednak na systematycznym wzroście bez względu na okoliczności zewnętrzne. W określonych warunkach obserwuje się wyrazisty przyrost duchowości. Taką okolicznością sprzyjającą rozwojowi duchowości może być wydarzenie kryzysowe, także w obszarze zdrowia. Przykładem jest poważna choroba somatyczna, zwłaszcza zagrażająca życiu, i związane z nią doświadczenia. Na koniec nasuwa się kilka pytań: Czy należy zgodzić się z autorami uznającymi duchowość za czwarty wymiar zdrowia (a szerzej – za czwarty wymiar człowieka), czy też ograniczyć się do przypisania jej skromniejszego statusu konstruktowi odpowiadającego za określony zakres aktywności człowieka? Czy i w jakim sensie duchowość ma charakter nadrzędny w stosunku do innych wymiarów zdrowia (szerzej – wymiarów osoby ludzkiej)? Odpowiedź na te pytania oznaczałaby przyjęcie dodatkowych założeń, które wydają się zbędne jako podstawa dalszych empirycznych badań nad duchowością.

CZY DUCHOWOŚĆ MOŻNA MIERZYĆ?

Próby pomiaru duchowości za pomocą metod kwestionariuszowych budzą zdziwienie, a nawet sprzeciw wielu psychologów. Jednak przyjęte wyżej założenia pozwalają na potraktowanie zagadnienia pomiaru duchowości tak samo, jak to się czyni w odniesieniu do innych konstruktywów teoretycznych w psychologii. Powtórzmy, że konstrukty te nie są bezpośrednio mierzalne, a ich ocena dokonywana jest za pośrednictwem ich obserwowalnych wskaźników. Pociąga to za sobą niestety błąd pomiaru, przeważnie znacznej wielkości, zwłaszcza że pomiar kwestionariuszowy opiera się zazwyczaj nie na relacji obiektywnego obserwatora, ale na samoobserwacji i samoopisie. Nie inaczej jest w przypadku pomiaru duchowości.

Punktem wyjścia w pracy nad własnym kwestionariuszem do pomiaru duchowości było założenie podzielane przez wielu cytowanych wyżej autorów, że duchowość jest konstruktem wielowymiarowym. Jakie są zatem wymiary duchowości? Dość klarowny ich obraz można uzyskać, wykorzystując przedstawione wyżej kierunki transcendencji. I tak, transcendencja może być ukierunkowana na realizację standardów dotyczących własnego ja, na Wyższą Istotę lub Energię, na inną osobę, której przypisuje się szczególną wartość, a także na Uniwersum (wszechświat) (por. Hill i in., 2000, s. 57). Ujęcie to proponuje cztery wymiary duchowości, niestety jest zbyt abstrakcyjne, aby na jego podstawie można było budować treść kwestionariusza.

W poszukiwaniu bardziej konkretnych przejawów duchowości wykorzystane zostały zarówno jej opisy w literaturze psychologicznej (Hill i in., 2000, Thoresen, Harris, 2002, Socha, 2000), jak i dyskusje na seminarium doktorancko-magisterskim, prowadzonym przez pierwszą autorkę. Opracowana została lista głównych przejawów duchowości, dostępnych w doświadczeniu wewnętrznym. Przy ustalaniu zawartości listy dążono do ujęcia możliwie szerokiego zakresu duchowości i starano się nie pominąć żadnego jej ważnego przejawu. Między innymi z tego powodu uwzględnione w niej kategorie nie są rozłączne. Nie jest to jednak poważnym mankamentem, bo i tak struktura kwestionariusza miała być określona na podstawie analizy czynnikowej. Przedstawiona niżej lista kategorii wraz z przykładami została w miarę możliwości uporządkowana według sformułowanych wyżej kierunków transcendencji (*ja*, Bóg, inni ludzie, świat). Kategorie te są następujące:

Rozwój. Znajomość siebie, samorealizacja i samodoskonalenie, korzystanie z nowych doświadczeń, spontaniczność, oryginalność i twórczość codziennych działań. Przykład: *Świadomie dążę do doskonalenia siebie.*

Wolność wewnętrzna. Kierowanie się własnymi standardami w wyborze celów i środków w ocenie efektów, brak wewnętrznego przymusu w działaniu. Przykład: *Silę i energię do działania znajduję w sobie, a nie w otoczeniu.*

Otwartość. Akceptacja zmian i nowych doświadczeń, wydarzeń życiowych, także niepomyślnych, wrażliwość, spontaniczność. Przykład: *Jestem otwarty na zmiany.*

Postawy religijne. Przeżycia religijne, ich znaczenie w codziennym życiu, ich wpływ na wybory moralne i postępowanie, stosunek do Boga. Przykład: *Wiara w Boga pozwala mi przetrwać trudne chwile w życiu.*

Wrażliwość etyczna. Wysokie miejsce wartości etycznych w hierarchii wartości, dbałość o zgodne z nimi postępowanie, skłonność do refleksji etycznej. Przykład: *Zastanawiam się nad takimi problemami, jak eutanazja, kara śmierci itp.*

Sprzeciw wobec zła. Protestowanie przeciwko przemocy, niesprawiedliwości, krzywdzie innych. Przykład: *Reaguję, kiedy komuś dzieje się krzywda.*

Stosunek do innych. Zrozumienie, tolerancja, szacunek, gotowość służenia sobą, umiejętność wybaczenia, altruizm. Przykład: *Istnieją takie sytuacje, w których postępowania innych nie należy oceniać.*

Zaangażowanie. Doświadczenie poczucia wspólnoty, uczestnictwa, odpowiedzialności, zgeneralizowanej miłości. Przykład: *Czuję w sobie miłość do innych ludzi.*

Sens. Poszukiwania sensu życia w ogóle, sensu poszczególnych wydarzeń, także niepomyślnych, i sensu własnej aktywności w świecie, poszukiwanie ogólnej zasady rządzącej światem. Przykład: *W sytuacjach, które mnie spotykają, widzę sens.*

Harmonia. Poszukiwanie harmonii ze światem, ładu wewnętrznego, spójności różnych form własnej aktywności. Przykład: *Mam poczucie, że jestem częścią tego świata.*

Dalsza praca nad kwestionariuszem polegała na konstruowaniu twierdzeń wokół tych przejawów, przy czym dla każdej z wyżej wymienionych kategorii sformułowano co najmniej 10 itemów. W ten sposób powstała pilotażowa wersja narzędzia licząca 123 pozycje. Przebadano nią zróżnicowaną pod względem demograficznym grupę 506 osób, a uzyskane dane zostały poddane wstępnemu opracowaniu statystycznemu przez Metlak (2002) w jej pracy magisterskiej.

Rezultatem tych obliczeń było narzędzie o 84 itemach, składające się z podskal wyłonionych na podstawie analizy czynnikowej z wymuszoną liczbą 10 czynników (Heszen-Niejodek, 2003). Czynniki te odpowiadały treściowo wymienionym wyżej kategoriom i tak zostały zinterpretowane. Z powodu zbyt małej ilości wariacji (poniżej 2%) tłumaczonej przez każdy z czterech ostatnich czynników powstała kolejna wersja narzędzia,

WYMIAR DUCHOWY CZŁOWIEKA

obejmująca tym razem 6 podskal. Były to podskale: postaw religijnych, wrażliwości etycznej, harmonii, wolności wewnętrznej, poczucia sensu oraz sprzeciwu wobec zła. Kwestionariusz ten miał zadowalające właściwości psychometryczne i został wykorzystany w kilku badaniach empirycznych (por. Mateusiak, artykuł na s. 33-46 w tym numerze). Nadal nie rozpoznana pozostawała jednak jego optymalna struktura, nie dająca się ustalić na podstawie analiz z arbitralnie ustaloną liczbą zmiennych ukrytych. Wymagało to dalszych procedur statystycznych.

Podjęto zatem próbę ponownego opracowania zgromadzonych danych. Rozpoczęto od sprawdzenia rozkładu odpowiedzi w poszczególnych pozycjach, następnie obliczono moc dyskryminacyjną. Zdecydowano się odrzucić te itemy, w których frekwencja jednego typu ustosunkowań na tle pozostałych możliwości była wyższa lub równa 50%. W dalszej analizie nie brano także pod uwagę pozycji testu korelujących z jego ogólnym wynikiem na poziomie mniejszym lub równym 0,30 (skorygowany współczynnik korelacji). W wyniku tej surowej selekcji wyjściowy zbiór 84 stwierdzeń ograniczono do 50 pozycji.

Kolejnym krokiem było przystąpienie do identyfikacji struktury kwestionariusza. Poszukiwano w tym celu grupy czynników najlepiej odzwierciedlających układ interkorelacji między zgromadzonymi wynikami. Test sferyczności Bartletta wykazał, iż należy odrzucić hipotezę mówiącą o uzyskanej macierzy korelacji jako macierzy jednostkowej ($\chi^2 = 6982,85$; $df = 595$; $p < 0,001$). Również otrzymana wysoka wartość wskaźnika Kaisera-Meyera-Olkina, wynosząca 0,933, uprawomocniła tezę, iż możliwe będzie wyodrębnienie czynników wspólnych. Wykonano zatem eksploracyjną analizę czynnikową. Ujawniła ona osiem wartości własnych większych od 1, co według kryterium Kaisera-Gutmana sugeruje istnienie ośmiu czynników. Test ospiska z kolei, aczkolwiek trudno poddający się tutaj jednoznacznej interpretacji, wskazywał na trzy bądź cztery czynniki.

W tej sytuacji postanowiono wykonać obliczenia z ograniczeniem liczby czynników kolejno do trzech, czterech i pięciu przy zastosowaniu rotacji *varimax*. Jako kryterium włączenia określonej pozycji do danego czynnika przyjęto wartość ładunku większą od wartości bezwzględnej 0,5 oraz jednocześnie niski stopień nasycenia pozostałymi czynnikami (Zakrzewska, 1994). Dokonując próby identyfikacji i interpretacji czynników stwierdzono, iż najbardziej spójną strukturę otrzymuje się przy trzech czynnikach. Wyjaśniają one łącznie 41,99% wariancji wyników, przy czym udział każdego z tych czynników jest zbliżony i wynosi odpowiednio: dla pierwszego – 15,61%, dla drugiego – 13,20% i dla trzeciego – 13,18%. Zdecydowano się zatem przyjąć to rozwiązanie jako podstawę do wyodrębnienia podskal narzędzia. Przeprowadzona analiza rzetelności pozycji składających się na poszczególne czynniki uwzględniła zarówno skorygowany współczynnik korelacji między wynikami pojedynczych itemów a wynikiem ogólnym tworzonej podskali, jak i wartość współczynnika α Cronbacha po usunięciu danego itemu z tworzonej podskali. Dążono w ten sposób do maksymalizacji zgodności wewnętrznej podskal. Ostatecznie uzyskano następujące podskale:

postawy religijne, 7 stwierdzeń, α Cronbacha = 0,90

wrażliwość etyczna, 7 stwierdzeń, α Cronbacha = 0,82

harmonia, 6 stwierdzeń, α Cronbacha = 0,81

Narzędzie do pomiaru duchowości, zwane Kwestionariuszem Samoopisu, w swej wersji finalnej liczy zatem 20 itemów wraz z towarzyszącymi im 5-punktowymi skalami typu Likerta. Wyodrębnione czynniki odpowiadają trzem spośród czterech możliwych, wymienianych przez różnych autorów, kierunków transcencji, wyznaczonych przez Boga, innych ludzi i wszechświat. Zabrakło czynnika reprezentującego czwarty kierunek, polegający na realizacji standardów dotyczących własnego *ja*. W ten sposób można było interpretować czwarty czynnik w 4-czynnikowej wersji narzędzia. Zdecydowano się zrezygnować z tego czynnika ze względu na jego gorszą charakterystykę psychometryczną (α Cronbacha = 0,65, procent wyjaśnionej wariancji – 7,33; ponadto korelował on ujemnie z czynnikiem „postawy religijne”). Decyzja ta może budzić kontrowersje, ponieważ oznacza rezygnację ze struktury narzędzia wynikającej z założeń teoretycznych na rzecz struktury bardziej prawidłowej z psychometrycznego punktu widzenia. Zamierzamy powrócić do tej sprawy w dalszych pracach nad doskonaleniem narzędzia.

Podjęto także próbę odpowiedzi na pytanie, czy struktura tego narzędzia ma postać hierarchiczną (Newcomb, 1990). Taka jej organizacja najlepiej odpowiadałaby teoretycznej konceptualizacji duchowości leżącej u podstaw konstrukcji kwestionariusza. Za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej testowano zatem model zakładający występowanie obok trzech czynników pierwotnych, tożsamy z wyłonionymi podskalami, czynnika wtórnego, który miałby odpowiadać naczelnemu konstruktowi, czyli duchowości. Uzyskane wyniki zawarte są w tabeli 1.

Tabela 1.

Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej Kwestionariusza Samoopisu – wskaźniki dobroci dopasowania

Model	χ^2	df	p	GFI	AGFI	CFI	TLI	RMSEA
Hierarchiczny	442,01	167	<0,001	0,92	0,89	0,94	0,90	0,06

Niehierarchiczny: z trzema niezależnymi czynnikiemami	807,71	170	<0,001	0,86	0,82	0,82	0,86	0,09
Niehierarchiczny: z jednym czynnikiem wspólnym	1329,76	170	<0,001	0,71	0,65	0,71	0,74	0,12

Jak widać, w każdym wypadku otrzymano istotną wartość indeksu χ^2 , co sugerowałoby brak trafności wszystkich modeli. Wskaźnik ten jednak, jako zależny od rozmiarów próby (Bentler, Bonett, 1980), nie jest uznawany za rozstrzygający. Koncentracja na pozostałych indeksach dobroci dopasowania pozwala stwierdzić, iż w odniesieniu do modelu hierarchicznego osiągnęły one najczęściej przyjmowaną wartość kryterialną 0,90. Z kolei wskaźnik RMSEA, wynoszący 0,06, przekraczał o 0,01 przyjętą granicę wysokiej trafności dopasowania, chociaż nadal mieścił się w obszarze mniejszym od 0,08, wyznaczającym rozsądny błąd aproksymacji (Arbuckle, Wothke, 1999).

Alternatywne modele, to znaczy bez czynnika drugiego rzędu² oraz z jednym czynnikiem wspólnym pierwszego rzędu, charakteryzowały się wyraźnie gorszymi parametrami. Warto także nadmienić, iż jedynie w modelu hierarchicznym wszystkie ładunki czynnikowe były większe od 0,5 i istotne statystycznie. Można go zatem uznać za raczej dobrze dopasowany do danych. Podsumowując, uzasadnione staje się stwierdzenie, iż opracowane przez nas narzędzie bada zarówno pewną ogólną zmienną ukrytą, czyli „duchowość” (α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,91), jak i wyodrębnia specyficzne trzy obszary jej przejawiania się.

Rzetelność narzędzia, mierzona w zróżnicowanej pod względem płci, wieku i wykształcenia grupie 131 osób metodą test-retest w odstępie dwutygodniowym, wyniosła 0,88 dla wskaźnika ogólnego, natomiast dla wskaźników uzyskiwanych z podskal odpowiednio: dla postaw religijnych – 0,94, dla wrażliwości etycznej – 0,77 i dla harmonii – 0,80. W trakcie tego pomiaru pozyskiwano także dane pozwalające na wstępne szacunki dotyczące **trafności teoretycznej** omawianego kwestionariusza. Wykorzystano w tym celu skale skonstruowane do oceny innych konstruktów pozostających w świetle badań empirycznych w istotnych relacjach ze zdrowiem. Wraz z duchowością (DUCH) mierzono zatem:

- poczucie koherencji (SOC) – polską adaptacją Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonovsky'ego (Dudek, Makowska, 1993);
- poczucie własnej skuteczności (GSES) – Skalą Uogólnioną Własnej Skuteczności Schwarzera, Jerusalema i Juczyńskiego (Juczyński, 2001);
- optymizm (LOT-O) i pesymizm (LOT-P) – Testem Orientacji Życiowej (LOT-R) Scheiera, Carvera i Bridgesa, w adaptacji Poprawy i Juczyńskiego (Juczyński, 2001);
- depresję (BDI) – Inwentarzem Samooceny Depresji (BDI) Becka (Beck, Steer, Garbin, 1988);
- neurotyzm (NEU) – podskalą z NEO-FFI Costy i McCrea, w adaptacji Zawadzkiego, Strelaua, Szczepaniaka i Śliwińskiej (1998);
- lęk-cechę (LEK) – skalą X-2 z kwestionariusza STAI Spielbergera, w adaptacji Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego (Sosnowski, Wrześniewski, 1983).

Tabela 2.

Wartości współczynników korelacji r Pearsona między wskaźnikiem ogólnym Kwestionariusza Samoopisu a miarami kryterialnymi

L.p.	Symbol zmiennej	1	2	3	4	5	6	7
1.	DUCH	-						
2.	SOC	0,37**	-					
3.	GSES	0,29**	0,51**	-				
4.	LOT-O	0,24*	0,55**	0,46**	-			
5.	LOT-P	-0,09	-0,44**	-0,28*	-0,35**	-		
6.	BDI	0,00	-0,52**	-0,41**	-0,41**	0,47**	-	
7.	NEU	-0,15	-0,62**	-0,49**	-0,54**	0,42**	0,61**	-
8.	LEK	-0,14	-0,70**	-0,52**	-0,53**	0,46**	0,65**	0,70**

² Model z występującymi korelacjami między czynnikami pierwszego rzędu z punktu widzenia matematycznego odpowiada modelowi hierarchicznemu z czynnikiem drugiego rzędu, dlatego nie poddawano go osobnej weryfikacji.

WYMIAR DUCHOWY CZŁOWIEKA

$N = 121$; * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Otrzymany obraz relacji między zmiennymi, jak ilustruje to tabela 2, jest generalnie zgodny z oczekiwanym. Wyniki w skali duchowości dodatnio korelują z dyspozycjami o charakterze prozdrowotnym, przy czym najsilniejszy związek łączy duchowość z poczuciem koherencji. Z kolei obserwuje się nieistotne – bliskie zeru bądź ujemne – relacje tego konstruktów z narzędziami wyrażającymi właściwości negatywnie łączące się ze zdrowiem. Jeżeli weźmie się pod uwagę niewielkie wartości wszystkich tych współczynników korelacji i zestawie się je ze znaczącymi interkorelacjami w obrębie pozostałych zmiennych, to można wysunąć hipotezę na temat wysokiej trafności dyskryminacyjnej analizowanego narzędzia. Nie wydaje się bowiem, by opisywało ono jedynie nieobecność depresji, pesymistycznych oczekiwań wobec przyszłości, lęku czy też neurotyzmu. Brak także przesłanek ku temu, by uznać je za redundantne w stosunku do miar poczucia koherencji, zgeneralizowanego poczucia własnej skuteczności lub optymizmu. Wypada uznać, że jest to kolejny argument na rzecz podejmowania wysiłków zmierzających do systematycznego włączenia duchowości w nurt badań empirycznych dotyczących zdrowia.

Na koniec warto umiejscowić ten nowo powstały kwestionariusz wśród innych narzędzi zmierzających do ujęcia omawianej sfery funkcjonowania człowieka. Trzeba bowiem zauważyć, iż mimo pytań o zasadność czy też możliwość operacjonalizacji duchowości, próby takie podejmowane są już od lat. Na gruncie polskim warto wymienić chociażby Skalę Postaw Religijnych W. Prężyny, zainspirowaną pracami Thurstone'a, a powstałą już w 1968 roku (Prężyna, 1968). Te najstarsze metody za punkt wyjścia obierały właśnie pojęcie postawy, wskazując jedynie na szczególny jej przedmiot. Jako następny etap daje się wyróżnić koncentracja na pomiarze religijności, czyli na obserwowalnych zachowaniach związanych z określonymi praktykami religijnymi (Hill, Pargament, 2003). W ten sposób, o czym już wspomniano, uzyskiwane były dane w badaniach epidemiologicznych.

Obecnie podkreśla się wprost konieczność tworzenia narzędzi odchodzących od tak redukcjonistycznego ujmowania duchowości. Prezentowany tutaj kwestionariusz wpisuje się w ten właśnie nurt. Postawy religijne występują w nim jako jeden, lecz nie jedyny, z obszarów wyrażania się duchowości. Również zgodne z ogólnymi trendami pozostaje w warstwie treściowej odwoływanie się do Boga oraz silne naznaczenie itemów wpływami tradycji chrześcijańskiej (por. Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group, 1999). Narzędzia usiłujące uchwycić fenomen duchowości powinny bowiem uwzględniać warunki społeczno-kulturowe³ wyznaczające kontekst jej przejawiania się. Między innymi z tego właśnie powodu zrezygnowano z adaptacji propozycji autorów amerykańskich na rzecz skonstruowania własnego kwestionariusza.

Podsumowując można stwierdzić, iż Kwestionariusz Samoopisu to obiecujące narzędzie służące operacjonalizacji duchowości. Istnieje jednak pilna potrzeba dalszych studiów empirycznych zmierzających do określenia jego najbardziej optymalnej struktury, trafności zewnętrznej i przydatności, a w szerszej perspektywie – do rozpoznania sfery duchowej człowieka.

*

Autorki artykułu przedstawiły pierwszą i zapewne pod wieloma względami niedoskonałą próbę konceptualizacji i operacjonalizacji duchowości na gruncie psychologii poznawczej. Jest to próba odpowiedzi na określone zapotrzebowanie społeczne, adresowane do psychologów. W ostatnich latach obserwujemy bowiem rosnące zainteresowanie zagadnieniem duchowości w szerokich kręgach, nie tylko wśród osób zajmujących się w ten czy inny sposób duchowością w ramach swojej profesji, ale także wśród nieprofesjonalistów. To zainteresowanie może być wskaźnikiem ważnych potrzeb społecznych, nie znajdujących zaspokojenia w świecie konsumpcji i wartości materialnych. Wkład psychologów w studia nad duchowością człowieka może być znaczny i prowadzić między innymi do istotnego poszerzenia perspektyw badań nad zdrowiem.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, C. N., Langer, E. J., Newman, R. I., Chandler, H. M., Davis, J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- Arbuckle, J. L., Wothke, W. (1999). *Amos 4. 0. User's Guide*. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bentler, P. M., Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Dudek, B., Makowska, Z. (1993). Psychometric characteristics of the orientation to life questionnaire for measuring the sense

³ Tworzenie kwestionariuszy zmierzających do określania w większym stopniu „czystej duchowości” być może stanie się kolejnym etapem badań nad tym konstruktorem. Trzeba jednak zauważyć, iż pojawią się wówczas trudności w formułowaniu itemów, bezwzględnie wymagające dyskusji interdyscyplinarnej.

WYMIAR DUCHOWY CZŁOWIEKA

- of coherence. *Polish Psychological Bulletin*, 4, 309-318.
- Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., McCullough, M. E., Larson, D. B. (1999). Spiritually and Religiously-Oriented Health Interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-434.
- Hatch, R. L., Burg M. N., Naberhaus, D. S., Hellmich, L. K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *The Journal of Family Practice*, 46, 476-486.
- Heszen-Niejodek, I. (2003). Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. [W:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 33-47). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Heszen-Niejodek, I. (w druku). Zmienność i stałość wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka. *Kolokwia Psychologiczne*.
- Hill, P. C. Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologists*, 58, 64-74.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Jr., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B. Zinbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77.
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U. S. adult morality. *Demography*, 36, 272-285.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kościelska, M. (2000). Psychologia kliniczna dziecka. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 623-648). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mateusiak, J. (2003, listopad). *Duchowość a zachowania zdrowotne pacjentów po zawale serca*. Referat na Warsztatach Psychologicznych „Psychologiczne problemy w chorobie niedokrwiennej serca – implikacje terapeutyczne”. Kraków.
- Metlak, A. (2002). *Kwestionariusz Samoopisu do pomiaru duchowości*. Nie publikowana praca magisterska, Uniwersytet Śląski, Katowice.
- Miller, W. R., Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24-35.
- Newcomb, M. D. (1990). What structural equation modeling can tell us about social support. [W:] B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. Pierce (red.), *Social support: An interactional view* (s. 26-63). Nowy York: John Wiley & Sons.
- Oman, D., Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88, 1469-1475.
- Pietrasiański, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: PW „Wiedza Powszechna”.
- Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Popielski, K. (1999). Noopsychozomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 17-41.
- Powell, L. H., Shahabi, L., Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.
- Prężyna, W. (1968). Skala Postaw Religijnych. *Roczniki Filozoficzne*, 16, 475-489.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. (1992). Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Sartorius, N. (2000, lipiec). *Promotion of health and the identity of psychologist*. Referat na XXVII International Congress of Psychology, Sztokholm, Szwecja.
- Siwy, A. (2003). *Duchowość a lokalizacja kontroli w sprawach zdrowotnych*. Nieopublikowana praca magisterska. Uniwersytet Śląski, Katowice.
- Socha, P. (red.) (2000). *Duchowy rozwój człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sosnowski, T., Wrześniewski, K. (1983). Polska adaptacja Inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny*, 26, 393-412.
- Straś-Romanowska, M. (1992). O potrzebie zróżnicowanego podejścia badawczego w psychologii osobowości. *Przegląd Psychologiczny*, 35, 497-508.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Thoresen, C. E., Harris, A. H. S. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 3-13.
- Zakrzewska, M. (1994). *Analiza czynnikowa w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik do polskiej adaptacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zohar, D., Marshall, I. (2001). *Inteligencja duchowa*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.