

Dr hab. Dariusz Krok, prof. UO
Wydział Teologiczny
Katedra Psychologii i Pedagogiki Rodziny
Uniwersytet Opolski
dkrok@uni.opole.pl

Opole, 13.03.2018

Autoreferat

1. IMIĘ I NAZWISKO

Dariusz Krok

2. POSIADANE DYPLOMY, STOPNIE NAUKOWE / ARTYSTYCZNE

- Doktor habilitowany nauk teologicznych w zakresie teologii pastoralnej, Uniwersytet Opolski, Wydział Teologiczny, Opole, 2010;
- Doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Lublin, 2004;
- Absolutorium z psychologii na podstawie ukończenia studiów magisterskich odbytych w latach 1997-2001 (bez obrony pracy mgr), Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Lublin, 2001;
- Magister teologii, Uniwersytet Opolski, Wydział Teologiczny, Opole, 1996.

3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH / ARTYSTYCZNYCH

Od 01.10.2015 – profesor nadzwyczajny w Katedrze Psychologii i Pedagogiki Rodziny, Uniwersytet Opolski, kierownik katedry

Od 10.10.2004 do 30.09.2015 – adiunkt w Katedrze Psychologii i Pedagogiki Rodziny, Uniwersytet Opolski

4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA WYNIKAJĄCEGO Z ART. 16 UST. 2 USTAWY Z DNIA 14 MARCA 2003 R. O STOPNIACH NAUKOWYCH I TYTULE NAUKOWYM ORAZ O STOPNIACH I TYTULE W ZAKRESIE SZTUKI (DZ. U. 2016 R. POZ. 882 ZE ZM. W DZ. U. Z 2016 R. POZ. 1311.):

A) tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego

W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej.

B) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy),

Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Recenzenci wydawniczy:

Prof. dr hab. Stanisława Steuden, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Prof. dr hab. Zdzisław Kroplewski, Uniwersytet Szczeciński

C) Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Książka *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej* jest zwięźczeniem moich kilkuletnich badań nad radzeniem sobie ze stresem i jego konsekwencjami w kontekście czynników religijnych i niereligijnych. Były one związane z ogólnym nurtem moich zainteresowań badawczych, który dotyczył problematyki psychologicznych aspektów religijności, jakości życia i radzenia sobie. W ich ramach dążyłem do całościowego ujęcia problematyki religijnego i niereligijnego radzenia oraz jego konsekwencji dla przystosowania psychicznego. Proces ten przebiegał w trzech zasadniczych etapach: (1) uporządkowanie wiedzy teoretycznej dotyczącej religijnego i niereligijnego radzenia (bazującego głównie na kategorii znaczenia) oraz jego konsekwencji dla przystosowania psychicznego; (2) przeprowadzenie badań empirycznych wśród osób chorych na nowotwory; (3) empiryczna weryfikacja założonego modelu badawczego.

Powyższy projekt badawczy był kontynuacją wcześniejszych eksploracji naukowych w zakresie psychologii religii, osobowości i zdrowia. Od czasu pracy doktorskiej, napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Zdzisława Chlewińskiego i dotyczącej przetwarzania i recepcji informacji religijno-moralnych, moje zainteresowania naukowe na gruncie psychologii (obok

zainteresowań badaniami z zakresu teologii) koncentrowały się wokół zagadnień relacji między religijnością a psychospołecznym funkcjonowaniem osób. Wynikiem tego były m.in. artykuły: Krok, D. (2007). Psychologiczna analiza perswazji w przekazie informacji religijno-moralnych. *Roczniki Psychologiczne*, 10, 1, 71-92 czy Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion and Culture*, 11, 7, 643-653. Zwieńczeniem prowadzonych badań w obszarze teologii pastoralnej, uwzględniającej jednak mocno wyniki badań psychologicznych, była moja książka wydana w 2009 r.: *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw WT UO (przedstawiona została jako podstawa do przewodu habilitacyjnego z teologii).

W ostatnich 8 latach, po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego z teologii, moje badania naukowe z psychologii koncentrowały się głównie w dwóch obszarach: (1) relacji religijności z osobowością i zdrowiem psychicznym oraz (2) uwarunkowaniach dobrostanu psychicznego i jakości życia. Były one teoretycznym i empirycznym rozwinięciem wcześniejszych badań w obszarze religijności, zdrowia i jakości życia. Równocześnie wpisywały się one wyraźnie w obszerny nurt badań analizujących powiązania między czynnikami religijnymi a zdrowiem (Koenig, King, Carson, 2012; Paloutzian, Park, 2013) oraz dobrostanem psychicznym i jakością życia (Diener, 2013; Lopez, Snyder, 2009). Powyższe dwie ścieżki wytyczały kierunek podejmowanych przeze mnie badań empirycznych.

W ich trakcie zauważyłem, że kategorią psychologiczną, obecną zarówno w czynnikach religijnych, jak i niereligijnych, a odgrywającą istotną rolę w zdrowiu fizycznym i psychicznym osób jest *znaczenie*. Myśl ta znajduje swoje uzasadnienie w perspektywie transakcyjnej teorii stresu, głównie w zmodyfikowanym transakcyjnym modelu radzenia (Folkman, Moskowitz, 2007) i modelu tworzenia znaczeń (Park, 2010, 2013b, 2017; Park, Folkman, 1997). Znaczenie występuje zarówno na poziomie zasobów osobistych, np. religijny system znaczeń czy poczucie sensu życia, jak i poziomie radzenia sobie, np. radzenie skoncentrowane na znaczeniu, silnie wpływając na przystosowanie psychiczne jednostek (Baumeister, 2005; George, Park, 2013a; Steger i in., 2015). Badając rolę znaczenia w funkcjonowaniu osobowości i przystosowaniu psychicznym, zauważyłem, że jest ono szczególnie ważne dla osób chorych, które zmagają się z poważnymi i silnie stresogennymi chorobami. Spostrzeżenie to doprowadziło mnie do podjęcia szeroko zakrojonych badań nad funkcją znaczenia w radzeniu sobie ze stresem u osób chorych na nowotwory, czego rezultatem jest książka: Krok, D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*.

Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Problematyka znaczenia stanowi jeden z najbardziej interesujących, ale i zarazem złożonych obszarów badawczych obecnych w ostatnich latach w wielu dziedzinach psychologii, m.in. psychologii pozytywnej, stresu, zdrowia czy emocji.

Prezentowana książka opiera się na dwóch zasadniczych założeniach, które wyznaczają jej strukturę. Po pierwsze, choroba nowotworowa jest zbiorem wydarzeń krytycznych, z którymi chory zmagają się na przestrzeni czasu (diagnoza, leczenie). Choroba staje się źródłem stresu, z czym wiąże się zaburzenie i dezorganizacja dotychczasowego funkcjonowania, co prowadzi do podjęcia szeregu działań, tj. radzenia sobie. Po drugie, procesy zachodzące w trakcie zmagania się z chorobą można zrozumieć w perspektywie transakcyjnej koncepcji stresu (Lazarus, Folkman, 1984), a szczególnie zmodyfikowanego transakcyjnego modelu radzenia (Folkman, Moskowitz, 2007) i modelu tworzenia znaczeń (Park, 2007, 2010, 2013b, 2017; Park, Folkman, 1997). Poniżej przedstawię krótko mój wkład do rozwoju wiedzy na temat roli znaczenia w radzeniu sobie ze stresem u chorych onkologicznie i jego konsekwencjach dla przystosowania psychicznego, przy uwzględnieniu czynników religijnych i niereligijnych.

1. Część teoretyczna książki

W części teoretycznej najpierw zaprezentowałem medyczną i psychologiczną charakterystykę choroby nowotworowej, skupiając się na jej cechach klinicznych i objawowych oraz wskazując na jej stresogenny charakter (rozdział 1). Aktualnie nowotwory stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, najbardziej rozpowszechnioną chorobę oraz najczęstszą przyczynę zgonów. Równocześnie wskazuje się, że w ciągu najbliższych kilku dekad choroby nowotworowe mają stać się najczęstszą przyczyną śmiertelności na świecie (Meder, 2014). U podstaw powstawania nowotworów leżą nieprawidłowości w informacji genetycznej, w wyniku których komórki organizmu dzielą się bez ograniczeń w sposób niekontrolowany, a nowo powstające komórki nowotworowe nie spełniają odpowiednich dla ich pochodzenia czynności. Konsekwencją jest pojawienie się struktur organicznych, które stanowią zagrożenie dla jego prawidłowego funkcjonowania i uruchamiają szereg reakcji na poziomie fizjologicznym, psychicznym i społecznym.

Z tego względu choroba nowotworowa wywiera silny wpływ na psychikę osoby chorej i wymaga od niej wielkiej siły oraz determinacji w pokonywaniu ograniczeń i trudności dnia codziennego. Wyraźnie pokazałem tutaj, że choroba nowotworowa dotyka całego człowieka we wszystkich sferach życia: fizycznej, psychicznej i społecznej,

powodując szereg dramatycznych zmian w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu. Będąc silnym źródłem stresu, choroba nowotworowa uruchamia szerokie spektrum reakcji, determinujących myślenie, regulację emocji oraz mechanizmy zachowania na różnych etapach jej diagnozy i leczenia (de Walden-Gałaszko, 2011; Carr, Sosa, 2013). Powoduje nie tylko zagrożenie życia, ale wydatnie destabilizuje i blokuje ludzkie dążenia i cele, wymusza modyfikacje dotychczasowego stylu życia, ogranicza pełnienie ról społecznych i zaburza relacje interpersonalne. Nie jest zatem niczym zaskakującym, że osoba chora uruchamia szereg strategii radzenia, mających na celu opanowanie obciążających wymagań związanych z chorobą i obniżenie doświadczanych negatywnych stanów emocjonalnych.

Następnie omówiłem kategorię znaczenia, ze szczególnym uwzględnieniem roli systemu znaczeń w psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki oraz przedstawiłem funkcję czynników religijnych oraz niereligijnych na poziomie zasobów osobistych (rozdział 2). Psychologiczne rozumienia znaczenia (*meaning*) bazuje na założeniu, że ludzie w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym posługują się osobistymi przekonaniem i teoriami o sobie samych, innych osobach, otaczającym świecie i zachodzących w nim zjawiskach. Dążą do poznania głównych cech powyższych elementów, aby zrozumieć przyczyny i móc przewidywać potencjalne skutki w przyszłości (Baumeister, 2005; Schlegel, Hicks, 2017). Uwzględnienie znaczenia w badaniach psychologicznych wynika z obserwacji, że dla człowieka w ostatecznej interpretacji rzeczywistości ważne są nie tylko obiektywne cechy danego zjawiska, ale również jego subiektywne rozumienie i pojmowanie w kategoriach umysłowej reprezentacji.

W perspektywie poznawczej Spilka i współpracownicy (2003) definiują znaczenie jako „poznawczą ważność stymulacji sensorycznej i percepcyjnej oraz informacji dla nas” (s. 16). Wychodzą oni z podstawowego założenia, że człowiek funkcjonuje w ramach trzech głównych wymiarów: poznania, motywacji i życia społecznego. Wymiar poznawczy wiąże się ze znaczeniem; wymiar motywacyjny koncentruje się na potrzebie jednostki do sprawowania kontroli nad sobą samą i środowiskiem, natomiast wymiar społeczny wyraża konieczność życia w ramach relacji z innymi ludźmi w celu przeżycia i rozwoju. Zdaniem Baumeistera (2005), znaczenie jest poznawczą reprezentacją relacji mogących zaistnieć między rzeczami, wydarzeniami i zachodzącymi związkami. W tym rozumieniu znaczenie stanowi konstrukt umożliwiający powiązanie umysłowych reprezentacji rzeczywistości wewnętrznej (myśli, uczucia) z zewnętrzną (wydarzenie) w spójną i satysfakcjonującą całość. Interesującą propozycję określenia znaczenia podaje Steger (2009, 2012a), który traktuje je jako istotny element psychiki umożliwiający szeroko rozumianą adaptację do środowiska, a

konkretnie identyfikację, interpretację i zaangażowanie się w działania z najważniejszymi cechami otaczającego jednostkę środowiska.

Odwołując się do aspektów funkcjonalnych znaczenia wskazałem, że może być ono traktowane jako charakterystyka psychiczna, umożliwiająca zrozumienie świata, kierowanie i organizowanie wszelkich napotykanym przez jednostkę bodźców, począwszy od prostych elementów percepcyjnych do złożonych pytań egzystencjalnych. Pogląd ten rozwijany jest przez Park (2010, 2013b, 2017) w ramach modelu tworzenia znaczeń, który obecnie wywiera bardzo silny wpływ na badania z zakresu psychologii stresu i radzenia sobie, dostarczając wiele interesujących rezultatów i stymulując kolejne prace badawcze. Park (2013a) traktuje znaczenie funkcjonalnie jako element systemu poznawczego jednostki, który zapewnia przewidywanie i wyjaśnienie wszelkich zjawisk i wydarzeń, zarówno o charakterze psychicznych, jak i fizycznym. Znaczenie związane jest z ludzkim dążeniem do: (1) posiadania świadomości celu i kierunku działania; (2) poczucia, że poszczególne działania mają jakiś ostateczny cel (*ultimate purpose*) oraz (3) spostrzegania codziennych wysiłków i starań w szerszym kontekście (tzw. *bigger picture*).

Zaproponowane przez Park funkcjonalne ujęcie znaczenia posiada dużą wartość eksplikacyjną, gdyż umożliwia zrozumienie i wyjaśnianie ludzkich zachowań przez pryzmat sensu i wartości, które osoby nadają swoim osobistym doświadczeniom, np. chorobie czy radzenia sobie ze stresem. Widoczne jest to szczególnie w ramach dwóch czynników posiadających bezpośrednio odniesienie do znaczenia: religijnego systemu znaczeń i poczucia sensu życia. Religijny system znaczeń, obejmujący sfery orientacji i sensu, spełnia funkcję ram pojęciowych, ułatwiających radzenie sobie ze stresem poprzez dawanie nadziei, dostarczanie wsparcia emocjonalnego i wskazywanie potencjalnych metod działania (Krok, 2014). Poczucie sensu życia, oparte na spostrzeganiu znaczenia w życiu i posiadaniu istotnych celów, wiąże się z konstruktywnym radzeniem sobie ze stresem i lepszym przystosowaniem psychicznym.

W kolejnym etapie ukazałem specyfikę radzenia skoncentrowanego na znaczeniu i religijnego radzenia w kontekście zmodyfikowanego transakcyjnego modelu radzenia i modelu tworzenia znaczeń oraz jego konsekwencje dla przystosowania do choroby nowotworowej (rozdział 3). Jest to o tyle ważne i interesujące, gdyż decydujący nurt badań w psychologii stresu w ostatnich kilkunastu latach koncentrował się na analizie uwarunkowań i konsekwencji transakcji stresowej w kontekście rodzajów radzenia zorientowanych przede wszystkim na problem, emocje czy unikanie (zob. Cooper, Quick, 2017; Folkman, 2013; Heszen, 2013, 2017). Relatywnie mało badań dotyczyło radzenia skoncentrowanego na

znaczeniu czy też, szerzej, roli kategorii znaczenia w transakcji stresowej. Wyniki badań wskazują natomiast, że ten rodzaj radzenia może być szczególnie istotny dla osób chorych na nowotwory, u których inne rodzaje radzenia mogą być albo trudno do zastosowania, albo niewystarczające (Jaarsma i in., 2007; Park, 2013a).

W ramach zmagania się z chorobą nowotworową, osoby podejmują szereg działań o charakterze poznawczym i behawioralnym, których celem jest przywrócenie równowagi funkcjonowania organizmu w kontekście skutków leczenia, odzyskanie równowagi emocjonalnej oraz osiągnięcie indywidualnie satysfakcjonującej jakości życia. W tym miejscu podkreśliłem, że bardzo ważnym czynnikiem w radzeniu sobie ze stresem w sytuacji choroby jest znaczenie nadawane doświadczanej chorobie, które jednocześnie jest wykorzystywane w procesie przewartościowywania aktualnie niezwykle trudnej i wymagającej sytuacji życiowej. Znaczenie choroby w istotnym stopniu warunkuje przebieg radzenia sobie, wpływa na stosowane strategie oraz konsekwencje na poziomie przystosowania do choroby (Park, 2013a). Postulują to wyraźnie, opisane przez mnie szczegółowo, transakcyjny model radzenia (Folkman, Moskowitz, 2007) i model tworzenia znaczeń (Park, 2010, 2013b, 2017). Ten ostatni model jest relatywnie mało znany na gruncie polskim, dlatego jego przybliżenie wydaje się stanowić ważny wkład prezentowanej pracy.

Następnie wskazałem, że radzenie sobie ze stresem skoncentrowane na znaczeniu może mieć charakter zarówno niereligijny, jak i religijny (Pargament i in., 2013; Park, 2013b). Konsekwencją procesu radzenia jest przystosowanie do choroby rozumiane jako wynik doświadczenia schorzenia i procesu adaptacji do niego. Jak wykazano, przystosowanie do choroby zależne jest od zasobów osobistych pacjenta, percepcji choroby oraz stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. W tym sensie odzwierciedla ono następstwa choroby nowotworowej i efektywność radzenia sobie osoby, która – w konfrontacji z wymaganiami i obciążeniami schorzenia – dąży do satysfakcjonującej adaptacji do aktualnych warunków życia i wypracowania nowych sposobów funkcjonowania.

2. Część empiryczna książki

Część empiryczna prezentuje metodologię badań, ich wyniki oraz dyskusję. W rozdziale czwartym przedstawiłem plan badań własnych obejmujący problem badawczy, cel badań, pytania i hipotezy badawcze, a także opis uczestników badań, zastosowanych metod i procedury badań. Głównym celem prezentowanych badań było poznanie i empiryczne wyjaśnienie przebiegu transakcji stresowej u osób chorych na nowotwory przewodu pokarmowego w perspektywie kategorii znaczenia. Cel ten obejmował cztery szczegółowe

cele, które pozwalają precyzyjniej ustalić funkcję znaczenia na poszczególnych etapach transakcji stresowej oraz określić związki zachodzące między czterema czynnikami uwzględnionymi w modelu badawczym: zasobami osobistymi, oceną choroby, radzeniem sobie i przystosowaniem do choroby. Szczegółowymi celami badań były: (1) ustalenie związków zasobów osobistych bazujących na znaczeniu i oceny choroby z radzeniem sobie; (2) określenie relacji między zasobami osobistymi bazującymi na znaczeniu a przystosowaniem do choroby nowotworowej w mediacyjnej perspektywie radzenia sobie; (3) zbadanie związków między oceną choroby a przystosowaniem do choroby nowotworowej w kontekście mediacyjnej roli radzenia sobie; (4) określenie globalnej funkcji znaczenia w transakcji stresowej w chorobie nowotworowej oraz stworzenie ogólnego modelu transakcji stresowej uwzględniającego zasoby osobiste, ocenę choroby, radzenie sobie i przystosowanie do choroby w perspektywie kategorii znaczenia.

Aby zrealizować założone cele, przeprowadziłem badania empiryczne wśród osób chorych na nowotwory przewodu pokarmowego leczonych radykalnie, tj. z intencją wyleczenia, za pomocą chemioterapii, radioterapii lub leczenia skojarzonego. Wybór grupy badawczej wynikał z dwóch zasadniczych przyczyn wiążących się z uwarunkowaniami choroby nowotworowej. Po pierwsze, nowotwory przewodu pokarmowego stanowią porównywalną i spójną kategorię chorób onkologicznych pod względem medycznym (objawy kliniczne oraz biologia i przebieg nowotworów). Po drugie, w wielu opracowaniach naukowych nowotwory przewodu pokarmowego są traktowane jako samodzielna kategoria chorób nowotworowych pod względem klinicznym, co wynika z budowy i funkcji układu pokarmowego (Cassidy i in., 2015; Jeziorski, 2015). W badaniach wzięło udział 317 osób chorych na nowotwory przewodu pokarmowego. Grupa badawcza obejmowała 160 kobiet (50,5%) i 157 mężczyzn (49,5%). Średnia wieku osób badanych wynosiła $M = 57,72$ lat ($SD = 12,30$); minimalny wiek osoby był 27 lat, a maksymalny – 83 lata.

Badania miały charakter kwestionariuszowy. Zastosowano dziesięć narzędzi do badania następujących zmiennych: (1) zasoby osobiste – Skala Religijnego Systemu Znaczeń i Kwestionariusz Poczucia Sensu Życia, (2) ocena choroby – Skala Oceny Własnej Choroby i Skala Zmiany Przekonań i Celów w Chorobie, (3) radzenie sobie – Skala Religijnego Radzenia Sobie (Brief RCOPE) i Kwestionariusz Radzenia Sobie, (4) przystosowanie do choroby – Skala Akceptacji Życia z Chorobą, Skala Dobrostanu Psychicznego, Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS-M i Kwestionariusz Oceny Jakości Życia QLQ-C30. Warto nadmienić, że w celu oszacowania stopnia, w jakim choroba wpływa na modyfikację posiadanego przez chorych systemu przekonań i celów, skonstruowałem Skalę Zmiany

Przekonań i Celów w Chorobie. Teoretyczną podstawą i inspiracją dla zbudowania skali był model tworzenia znaczeń Park (2010, 2013b, 2017; Park, George, 2013).

Aby uzyskać precyzyjny, a zarazem adekwatny do modelu badawczego, obraz zależności między zmiennymi, zdecydowałem się ustrukturyzować sposób statystycznych analiz danych. Uwzględniając przyjęty model badawczy, wydzieliłem następujące obszary opracowywania wyników badań: (1) określenie związków między uwarunkowaniami przebiegu radzenia sobie (zasoby osobiste i ocena choroby) a radzeniem sobie (rozdział 5); (2) zbadanie relacji zasobów osobistych z przystosowaniem do choroby w kontekście mediacyjnej perspektywy radzenia sobie (rozdział 6); (3) określenie powiązań między oceną choroby a przystosowaniem do choroby przy uwzględnieniu radzenia jako mediatora (rozdział 7); (4) zbadanie globalnej funkcji znaczenia w ramach zależności: zasoby osobiste – ocena choroby – radzenie sobie – przystosowanie do choroby (rozdział 8). Poniżej przedstawię główne osiągnięcia w ramach kolejnych rozdziałów.

W rozdziale 5. wykazałem, że istnieją strukturalne powiązania między zasobami osobistymi bazującymi na znaczeniu a oceną choroby. Ich charakter uwarunkowany jest wewnętrzną strukturą religijnego systemu znaczeń i poczucia sensu życia, jak i specyfiką wymiarów subiektywnej oceny choroby i oceny zmiany systemu znaczeń w chorobie. Niniejsze wyniki pokazały, że im silniejsza jest religijność osób chorych bazująca na sferze orientacji i sensu, tym bardziej oceniają oni swoją chorobę w kategoriach wartości wyższej, która, pomimo trudności w zrozumieniu i akceptacji, posiada jednak głębszy sens. U takich osób choroba jest spostrzegana jako potencjalność rozwojowa, będąca szansą na docenienie wartości życia i otwierającą nowe perspektywy życiowe. Co interesujące, chorzy ci w mniejszym stopniu oceniają własną chorobę jako ograniczenie dotychczasowych możliwości, planów i celów oraz jako niesprawiedliwość i krzywdę życiową. Rezultaty te zgodne są z wcześniejszymi wynikami badań pokazujących religijność jako czynnik ułatwiający jednostce orientację w aktualnie przeżywanych doświadczeniach oraz zrozumienie własnego życia (Pargament i in., 2013; Park, 2013b).

Następnie wykazałem, że religijny system znaczeń i obecność sensu życia dodatnio wiążą się ze stosowaniem pozytywnego religijnego radzenia oraz radzenia skoncentrowanego na problemie i na znaczeniu. Wynika to z motywacyjnego charakteru tych zasobów osobistych, które w istotnym stopniu bazują na kategorii celów, umożliwiających konstruowanie wzorców ludzkich zachowań i aktywizowanie działań podejmowanych w sytuacji choroby (Emmons, Schnitker, 2013). Relacje religijnego systemu znaczeń i poczucia sensu życia z religijnymi i niereligijnymi rodzajami radzenia rzucają nowe światło na

mechanizmy funkcjonowania osób chorych na nowotwory, gdyż wskazują na istotną rolę znaczeń w ich zmaganiu się ze stresem. Zarówno religijny system znaczeń, jak i poczucie sensu życia odzwierciedlają, w dużej części, sposoby, w jaki jednostki rozumieją własne życie, spostrzegają znaczenie w swoim życiu i dążą do ważnych życiowych celów.

Ponadto rezultaty moich badań wskazały, że ocena choroby nowotworowej jako sytuacji krzywdzącej i ograniczającej realizację dążeń jest związana z wykorzystywaniem przez osoby chore na nowotwory religijnego negatywnego radzenia oraz radzenia skoncentrowanego na: problemie, emocjach i znaczeniu. Wyjaśniłem, że wynika to z procesu oceny pierwotnej transakcji stresowej, w ramach której osoby poszukują rozumienia sytuacji stresowej, co następnie pociąga za sobą stosowanie właściwych strategii radzenia. Jeśli chodzi o niereligijne radzenie, to wymiary wyzwania, wartości i znaczenia wiązały się dodatnio ze stosowaniem radzenia skoncentrowanego na problemie, emocjach i znaczeniu. Można zatem stwierdzić, że spostrzeganie przez osoby swojej choroby nowotworowej jako trudnej sytuacji, którą należy wytrwale pokonywać, wartości wyższej i potencjalności rozwojowej oraz istotnego wydarzenia życiowego wiąże się ze stosowaniem radzenia ukierunkowanego na rozwiązanie problemów, regulowanie przeżywanych stanów emocjonalnych oraz poszukiwanie znaczenia aktualnych sytuacji.

W rozdziale 6. wykazałem, że zasoby osobiste bazujące na znaczeniu wiążą się z przystosowaniem do choroby nowotworowej. Jednak co ważne, charakter tych związków uzależniony jest od specyficznych cech zasobów i przystosowania. Religijny system znaczeń i obecność sensu życia dodatnio wiązały się z akceptacją choroby, dobrostanem psychicznym oraz wybranymi wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem, natomiast ujemnie – z reakcjami emocjonalnymi lęku, depresji i rozdrażnienia/agresji oraz reakcjami fizjologicznymi nudności i wymiotów. Odwrotnie było w przypadku poszukiwania sensu życia, które charakteryzowało się ujemnymi relacjami z akceptacją choroby, dobrostanem psychicznym i funkcjonowaniem emocjonalnym jakości życia. Interpretując te wyniki podkreśliłem, że w badaniach nad poczuciem sensu życia nieodzownym jest uwzględnienie różnych jego wymiarów.

Interesującym wynikiem w tym rozdziale było pokazanie, że tylko religijne negatywne radzenie ujemnie wiązało się z akceptacją choroby, dobrostanem psychicznym oraz większością wymiarów jakości życia związanej ze zdrowiem. Spośród niereligijnych rodzajów radzenia, przede wszystkim radzenie skoncentrowane na znaczeniu i skoncentrowane na problemie wiązały się z przystosowaniem do choroby. Wyniki te uszczegóławiają dotychczasowe rezultaty (Koenig, King, Carson, 2012; Tarakeshwar i in.,

2006), pokazując, że osoby chore na nowotwory, chcąc uzyskać satysfakcjonujący poziom przystosowania do choroby, koncentrują się bardziej na unikaniu negatywnych strategii religijnego radzenia takich jak napięcia i konflikty z Bogiem czy negatywne przewartościowanie danego zdarzenia jako kary Bożej niż pozytywnych strategiach opartych na ufności i poczuciu bezpieczeństwa w relacjach z Bogiem lub poszukiwaniu wsparcia duchowego. Równocześnie, w przeciwieństwie do niekorzystnej roli religijnego negatywnego radzenia, korzystanie w sytuacji choroby ze strategii bazujących na pozytywnym przewartościowaniu, adaptacyjnym przekształcaniu celów i znajdowaniu korzyści w aktualnej sytuacji oraz strategii ukierunkowanych na poprawę niekorzystnej relacji między wymaganiami a możliwościami poprzez konkretne działania i rozwiązywanie problemów sprzyja przystosowaniu do choroby.

Na podstawie wyników równań strukturalnych pokazałem, że religijne negatywne radzenie oraz radzenie skoncentrowane na znaczeniu, i częściowo radzenie skoncentrowane na problemie, okazały się mediatorami w związkach zasobów osobistych z przystosowaniem do choroby. Wynik ten należy uznać za interesujący i cenny, gdyż wskazuje na bardziej pośredni niż bezpośredni charakter relacji między zasobami a przystosowaniem w chorobie nowotworowej. Wykazanie mediacyjnej funkcji religijnego negatywnego radzenia, radzenia skoncentrowanego na znaczeniu i na problemie wpisuje się w nurt badań podkreślających ważność pośrednich relacji między zasobami osobistymi a przystosowaniem do choroby (Schmidt i in., 2012; Thuné-Boyle i in., 2013). Jak mocno podkreśliłem w interpretacji tych wyników, znajduje to uzasadnienie w modelu tworzenia znaczeń (Park, 2010) zakładającym, że istotną rolę w przebiegu adaptacji do choroby odgrywają zasoby osobiste oraz procesy radzenia bazujące na znaczeniu.

W rozdziale 7. wykazałem, że pozytywna subiektywna ocena choroby wiąże się dodatnio z przystosowaniem do choroby, natomiast negatywna ocena choroby charakteryzuje się ujemnymi związkami z przystosowaniem do choroby nowotworowej. Ponadto, im wyższa była ocena zmiany systemu znaczeń (przekonania i cele), tym niższy był poziom przystosowania do choroby. Wyniki te potwierdzają wcześniejsze dane, że sposób myślenia o chorobie i formułowane oceny odnośnie różnych aspektów schorzenia odgrywają fundamentalną rolę w poznawczych, emocjonalnych i społecznych procesach adaptacji do choroby. Nowym elementem moich badań było zwrócenie uwagi na powiązania między oceną choroby dokonywaną w perspektywie znaczenia a szczegółowymi wskaźnikami przystosowania do choroby nowotworowej.

Wartościowym rezultatem prezentowanych badań było wykazanie, w oparciu o metodę równań strukturalnych, mediacyjnej roli radzenia sobie w relacjach oceny choroby i przystosowania do choroby nowotworowej. Spośród rodzajów religijnego radzenia, rolę mediatorów spełniały negatywne i pozytywne radzenie, natomiast wśród niereligijnych rodzajów mediatorami były radzenie skoncentrowane na znaczeniu i skoncentrowane na problemie. Niniejsze wyniki poszerzają wcześniejsze badania (Cha, Han, 2016) wskazując, że zależności między oceną choroby a przystosowaniem do choroby nowotworowej są złożone i wymykają się prostym związkom bezpośrednim. W przystosowaniu psychicznym u chorych na nowotwory liczy się nie tylko sposób myślenia i oceny własnej, lecz, w istotnym stopniu, charakter zastosowanych strategii radzenia.

W rozdziale 8., na podstawie analizy skupień i testów ANOVA, wykazałem, że osoby chore o wysokim poziomie przystosowania do choroby charakteryzują się wyższym poziomem zasobów osobistych oraz bardziej pozytywną oceną choroby niż osoby o niskim i, w przeważającej mierze, umiarkowanym przystosowaniu. Ponadto osoby wysoko przystosowane w porównaniu z nisko i umiarkowanie przystosowanymi charakteryzowały się częstszym stosowaniem radzenia skoncentrowanego na problemie i skoncentrowanego na znaczeniu, tj. uznawanych za adaptacyjne formy radzenia, natomiast rzadszym – religijnego negatywnego radzenia, tj. obejmującego nieadaptacyjne strategie. Brak różnic między grupami wystąpił w zakresie religijnego negatywnego radzenia i radzenia skoncentrowanego na emocjach. Wyniki te uszczegóławiają wcześniejsze analizy korelacyjno-regresyjne zastosowane w poprzednich rozdziałach, wskazując, że w sytuacji choroby nowotworowej, osoby polegają na zasobach osobistych bazujących na znaczeniu i stosują adaptacyjne strategie radzenia, uwzględniające znaczenie.

Interesującym wynikiem uzyskanym w tym rozdziale było wykazanie, że w transakcji stresowej osób chorych na nowotwory, kategoria znaczenia odgrywa centralną rolę, co widoczne jest w charakterze relacji między zasobami osobistymi, oceną choroby, radzeniem sobie i przystosowaniem do choroby, a także w roli radzenia skoncentrowanego na znaczeniu w tej transakcji. Rezultaty równań strukturalnych pokazały, że uwarunkowania procesu radzenia (tj. zasoby osobiste i ocena choroby) wiązały się z wybranymi rodzajami radzenia (religijne negatywne, skoncentrowane na problemie i skoncentrowane na znaczeniu) w relacjach do poszczególnych wymiarów przystosowania do choroby: akceptacji choroby, dobrostanu psychicznego, reakcji emocjonalnych i jakości życia związanej ze zdrowiem. Pewnym poznawczym „zdziwieniem” był brak udziału radzenia skoncentrowanego na emocjach w powyższych relacjach. Uwzględniając silne natężenie emocji u chorych na

nowotwory można było bowiem przypuszczać jego wystąpienie. Zinterpretowałem ten niespodziewany wynik w ramach modelu tworzenia znaczeń jako tendencję do wzbudzania emocji pozytywnych pośrednio poprzez korzystanie ze strategii skoncentrowanych na znaczeniu. Interesującym wynikiem było stwierdzenie łącznego występowania czynników religijnych i niereligijnych bazujących na znaczeniu, zarówno na poziomie zasobów osobistych, jak i rodzajów radzenia.

Wnioski te uważam za jedne z najciekawszych rezultatów mojej pracy, gdyż wskazują one na niezwykle istotną rolę znaczenia w procesie radzenia sobie z chorobą nowotworową. W pewnym sensie rzuca to nowe światło na rozumienie procesów radzenia w chorobie nowotworowej i potwierdza wysoką użyteczność modeli akcentujących radzenie skoncentrowane na znaczeniu (Folkman, Moskowitz, 2007; Park, 2010, 2013b) dla badań nad przystosowaniem psychicznym u chorych onkologicznie. Wykorzystanie tego typu radzenia w znaczącym stopniu ułatwia człowiekowi choremu pomyślną adaptację do choroby.

Innym interesującym wynikiem uzyskanym w pracy była rola drugiego mediatora: radzenia skoncentrowanego na problemie w relacjach zasobów, oceny choroby i przystosowania. Jak pokazały ostateczne modele strukturalne, jego funkcja wyrażała się głównie we wzmocnieniu efektów radzenia skoncentrowanego na znaczeniu. Świadczy to, że aktywność chorego ukierunkowana na rozwiązanie problemu poprzez zmianę zagrażającego otoczenia lub własnego, niekorzystnego zachowania, jest pomocna w aktywizacji zmagania zorientowanego na znaczenie (Folkman, 2013; Heszen, 2013). Podkreśliłem, że pomimo tego, że konceptualnie i empirycznie są one odrębnymi rodzajami radzenia sobie, to jednak łączą się one na płaszczyźnie praktycznego wykorzystania przez osoby w sytuacjach stresujących, np. dążenie do wypracowania planu określającego, co należy robić w chorobie nowotworowej (strategia skoncentrowana na problemie) może ułatwiać pozytywne przewartościowanie celów i działań jednostki (strategia skoncentrowana na znaczeniu), w konsekwencji czego prawdopodobieństwo przystosowania do choroby wzrasta.

W ostatnim rozdziale 9. dokonałem syntezy wyników i przeprowadziłem dyskusję podsumowującą badania. Odwołując się do teoretycznych podstaw badań, głównie transakcyjnego modelu radzenia i modelu tworzenia znaczeń, wskazałem, że w przystosowaniu do choroby nowotworowej, znaczenie odgrywa istotną rolę zarówno na poziomie zasobów osobistych (religijny system i poczucie sensu życia), jak i radzenia sobie (radzenie skoncentrowane na znaczeniu, religijne negatywne radzenie). Wydaje się to uzasadnione, jeśli weźmiemy pod uwagę stresogenny charakter nowotworu, wymuszający multilateralne zmiany, zarówno w przekonaniach i celach osoby, jak i jej zachowaniach.

Nowotwór jest zdarzeniem o dużym wskaźniku niekontrolowalności i nieprzewidywalności (Carr, Sosa, 2013). W takiej sytuacji stosowanie strategii zadaniowych, samoregulacji emocji czy unikowych stanowi znaczny problem dla chorych, gdyż może przekraczać ich możliwości działania i nadmiernie obciążać organizm. Pomocna może być wówczas koncentracja i sięgnięcie do tych zasobów i strategii, które są mniej wyczerpujące i obejmują dłuższą perspektywę czasową, opartą na motywacyjnej roli celów, sensu i wartości tj. odnoszących się do kategorii znaczenia.

W dalszej części tego rozdziału omówiłem ograniczenia związane z przeprowadzonymi badaniami, np. poprzeczny charakter badań czy rola inwazyjności leczenia na możliwe odpowiedzi badanych, a także wskazałem na potencjalne, przyszłe projekty badawcze, np. zastosowanie badań podłużnych lub uwzględnienie koncepcji wzrostu potraumatycznego u chorych onkologicznie. Następnie przedstawiłem praktyczne implikacje przeprowadzonych badań, które mogą być pomocne zarówno dla chorych na nowotwory i ich rodzin, jak i personelu psychologicznego i medycznego, opiekującego się chorymi. Wynika z nich, że radzenie sobie pacjenta z chorobą i jego przystosowanie można stymulować poprzez odpowiednie metody pracy i interwencje terapeutyczne, które uwzględniać będą system znaczeń osoby i specyfikę zmagania się z chorobą nowotworową.

3. Aplikacyjna użyteczność rezultatów przeprowadzonych badań

Wyniki moich badań mają przede wszystkim wartość poznawczą. Wskazują one, że w procesie radzenia sobie i przystosowaniu do choroby nowotworowej niezwykle ważna jest kategoria znaczenia, obecna zarówno na poziomie zasobów osobistych, jak i strategii radzenia. O ile istnieje spora liczba badań nad radzeniem skoncentrowanym na problemie, emocjach i unikaniu, to relatywnie niewiele projektów empirycznych przeprowadzono dotychczas w zakresie radzenia skoncentrowanego na znaczeniu. W tego względu wyniki prezentowanej pracy poszerzają rozumienie tego typu radzenia, wskazują na jego ważną funkcję i stanowią bodziec do kontynuacji tego nurtu poszukiwań badawczych na gruncie psychologii.

Aplikacyjna wartość przedstawionych badań dotyczy osób cierpiących na nowotwory i wskazuje na potencjalne możliwości oddziaływania w zakresie pomocy psychologicznej i medycznej. Choroba nowotworowa uruchamia często u osób chorych dążenie do poszukiwania i wyjaśniania przyczyn swojej choroby jako rezultatu własnych cech psychicznych oraz czynników ryzyka związanych ze stylem życia i środowiskiem. Wyraża się to często w pytaniach pojawiających się po rozpoznaniu choroby: „Dlaczego ja?”, „Co

Załącznik B do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego

zrobiłem/am niewłaściwego, że zachorowałem/am?”. Wyniki moich badań wskazują, że w relacjach z pacjentami onkologicznymi ważne jest dostarczanie im takich informacji o przyczynach choroby, które podkreślają, że choroba nie jest „karą” za przeszłe zachowania, i że osoba nie powinna obwiniać siebie za jej powstanie. Przeciwnie, wskazane jest ukierunkowanie ich myślenia na możliwości przeformułowania i reorganizacji dotychczasowych celów, sposoby osiągania nowych celów, zdolności realizacji cenionych wartości i rozwijanie umiejętności proaktywnego radzenia sobie.

Psychologowie i klinicyści świadczący pomoc psychologiczną i medyczną również winni zwrócić uwagę na istotną rolę celów i wartości u osób chorych na nowotwory. Istotnym wsparciem byłoby tutaj zachęcanie chorych do celowego nadawania codziennym wydarzeniom pozytywnego znaczenia i koncentrowania uwagi na tych zdarzeniach i zachowaniach, które dostarczają pozytywnej emocji i uczuć. Tworzenie pozytywnych znaczeń choroby ułatwia bowiem pacjentom akceptację ograniczeń wynikających z choroby, pogodzenie się ze stanem swojego zdrowia oraz przenoszenie uwagi z choroby na inne sfery życia związane z pozytywnymi doznaniem.

Uzyskane wyniki wskazują także, że w przebiegu transakcji stresowej u osób chorych i ich przystosowaniu do choroby istotne jest kompleksowe traktowanie czynników religijnych i niereligijnych odnoszących się do sfery znaczeń. W tym miejscu ważne jest rozróżnienie na dojrzałe i niedojrzałe formy religijności stosowane w radzeniu sobie z chorobą nowotworową. Podstawowym warunkiem tego, aby czynniki religijne spełniały korzystną funkcję w chorobie jest wykorzystanie ich dojrzałych i pozytywnych form opartych na kategoriach sensu i orientacji, miłości Boga, autonomii motywacji religijnej oraz poszukiwaniu religijnego wsparcia duchowego. Równocześnie dążyć należy do obniżania negatywnych form religijnego radzenia, takich jak: relacje z Bogiem oparte na lęku, duchowe niezadowolenie czy spostrzeganie wydarzeń jako kary Bożej, które – jak wykazały badania – ujemnie wiążą się z poziomem przystosowania do choroby, szczególnie w zakresie akceptacji choroby.

Przeprowadzone przeze mnie badania nie przyniosły wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, tym niemniej ich wyniki przybliżyły nas do tych odpowiedzi, a także wskazały na potencjalne ścieżki przyszłych eksploracji badawczych. Mogą one stanowić inspirację zarówno dla rozwijania dalszych badań nad radzeniem i przystosowaniem psychicznym u chorych na nowotwory, jak i budowania praktycznych strategii niesienia pomocy psychologicznej i terapeutycznej tym osobom i ich rodzinom w szerszym kontekście. Obecnie kontynuuję nurt badań uwzględniający kategorię znaczenia, rozpoczynając nowy projekt dotyczący roli znaczenia w procesach radzenia sobie dla potraumatycznego wzrostu w

dwóch grupach osób chorych na: nowotwory oraz choroby wieńcowe. Porównanie specyfiki tych form radzenia i ich konsekwencji w obydwóch grupach może nas przybliżyć do głębszego zrozumienia funkcji znaczenia w różnych trudnych kontekstach życia człowieka.

5. OMÓWIENIE POZOSTAŁYCH OSIĄGNIĘĆ NAUKOWO – BADAWCZYCH

Moje pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze obejmują badania w dwóch głównych obszarach: (a) psychologiczne badania nad religijnością oraz (b) badania nad jakością życia w zdrowiu i chorobie. W ich ramach opublikowałem 3 prace zbiorowe, których byłem współredaktorem oraz 62 artykuły naukowe w czasopismach zagranicznych i polskich oraz pracach zbiorowych. Poniżej zaprezentuję główne kierunki i najbardziej istotne wyniki tych badań.

A. Psychologiczne badania nad religijnością i duchowością

Moje badania nad religijnością obejmują cztery obszary tematyczne:

- A.1. Rola religii w radzeniu sobie ze stresem u osób zdrowych i chorych,
- A.2. Relacje religijności i duchowości z osobowością i zdrowiem,
- A.3. Rola religijności w relacjach społecznych,
- A.4. Funkcje religijności w obszarze zdrowia, dobrostanu psychicznego i jakości życia,

A.1. Rola religii w radzeniu sobie ze stresem u osób zdrowych i chorych

Badania prowadzone w obrębie psychologii religii i psychologii zdrowia wskazują, że religijność odgrywa istotną rolę w procesach radzenia sobie ze stresem (Koenig, King, Carson, 2012; Pargament i in., 2013; Tarakeshwar i in., 2006). Rozwijając ten nurt, w swoich badaniach koncentrowałem się na wskazaniu tych czynników obecnych w strukturze religijności, które mogą być sprzyjające *vs.* niesprzyjające w zdrowiu i przystosowaniu psychicznym zarówno u osób zdrowych, jak i chorych. Uzyskane wyniki dostarczyły głębszej wiedzy na temat specyfiki i wielowymiarowego charakteru zależności między powyższymi czynnikami. Ponadto ukazały, że relacje między religijnością a zdrowiem i przystosowaniem psychicznym mają często charakter bardziej pośredni (mediacyjny) niż bezpośredni.

- 1) Krok, D. (2010). Rola religijności w procesie radzenia sobie ze stresem. *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*, 30, 186–200.

- 2) Krok, D., Rock, K. (2010). Religijne style poznawcze a radzenie sobie ze stresem u osób chorych na nowotwór. W: J. Dzierżanowska-Peszko (red.), *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy* (s. 195–217). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 3) Krok, D. (2014). The mediating role of coping in the relationships between religiousness and mental health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 5–13.
- 4) Krok, D. (2014). Religijny system znaczeń i religijne radzenie sobie ze stresem a eudajmonistyczny dobrostan psychiczny. *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 647–664.
- 5) Krok, D. (2014). Mediacyjna rola poczucia sensu życia w relacjach religijności i radzenia sobie ze stresem. W: K. Skrzypińska, H. Grzymała-Moszczyńska, M. Jarosz (red.), *Nauka wobec religijności i duchowości człowieka* (s. 147–167). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- 6) Krok, D. (2015). Religious coping and well-being in middle adulthood: The mediational role of meaning in life. W: V. Adkins (red.), *Subjective well-being: Psychological predictors, social influences and economical aspects* (s. 21–38). New York: NOVA Publishers.
- 7) Krok, D. (2015). Value systems and centrality of religiosity as predictors of non-religious and religious coping with stress in early adulthood. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 21–31.
- 8) Krok, D. (2015). The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2292–2308.
- 9) Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence*, 45, 196–203.
- 10) Krok, D. (2016). Sense of coherence mediates the relationship between the religious meaning system and coping styles in Polish older adults. *Aging and Mental Health*, 10(20), 1002–1009.

A.2. Relacje religijności i duchowości z osobowością i zdrowiem

W ostatnich 20 latach w psychologii religii zauważa się wzrastające zainteresowanie problematyką duchowości, która nie koniecznie musi wiązać się z religią (zob. Paloutzian, Park, 2013). Wynika to z jednej strony z zachodzących zmian kulturowych i społecznych, a z drugiej strony – z przeformułowania paradygmatu badań psychologii religii ze strukturalnego na funkcjonalny. Włączając się w ten kierunek poszukiwań, starałem się wskazać na podobieństwa i różnice między religijnością a duchowością w kontekście ich związków z czynnikami osobowościowymi i zdrowotnymi. Wyniki moich badań pokazały, że religijność i

duchowość są innymi, chociaż zbliżonymi konstruktami, które wykazują zróżnicowane związki z osobowością i zdrowiem psychicznym. Różnice te stawały się szczególnie widoczne, gdy badałem powyższe powiązania w perspektywie mediacyjnej, np. wprowadzając poczucie sensu życia jako mediator. Wyniki ukazały także wyraźne odniesienie tych zależności do kategorii znaczenia, która wydaje się leżeć u podłoża struktury religijności i duchowości, i dzięki temu odgrywać rolę w ich związkach ze wskaźnikami zdrowia psychicznego.

- 1) Krok, D. (2009). Strukturalne powiązania religijności i duchowości w kontekście czynników osobowościowych. W: H. Gasiul, E. Wrocławska-Warchała (red.), *Osobowość i religia* (s. 280–299). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- 2) Krok, D. (2010). System wartości a poznawcze i społeczne wymiary religijności. *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), 161–182.
- 3) Krok, D. (2014). The mediational perspective in the relationship between spirituality and subjective well-being. W: E. Maierová, R. Procházka, M. Dolejš, O. Skopal (red.), *Phd existence 2014* (s. 239–247). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 4) Krok, D., Jarosz, M. (2015). Religijność czy duchowość? Poszukiwanie struktury konstruktów. *Przegląd Psychologiczny*, 58(4), 441–459.
- 5) Krok, D. (2015). Striving for Significance: The relationships between religiousness, spirituality, and meaning in life. *Implicit Religion*, 18(2), 233–257.
- 6) Krok, D. (2016). Współzależność religijności z poczuciem sensu życia i nadzieją w okresie późnej adolescencji. *Psychologia Rozwojowa*, 21(1), 65–76.
- 7) Krok, D. (2016). The importance of meaning in life as a mediator of religiousness and hope in late adolescents. W: R. Cooper (red.), *Religiosity: Psychological perspectives, individual differences and health benefits* (s. 15–30). New York: NOVA Publishers.
- 8) Krok, D. (2016). Relacje duchowości i szczęścia w perspektywie mediacyjnej funkcji poczucia sensu życia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2(21), 238–254.

A.3. Rola religijności w relacjach społecznych

Jedno z podstawowych założeń psychologii religii stwierdza, że religia nie jest wyizolowanym aspektem rzeczywistości, lecz nierozzerwalnie wiąże się z czynnikami społecznymi. Potwierdza to wiele badań pokazujących wieloaspektowe powiązania religijności z mechanizmami społecznego funkcjonowania jednostek (Nielsen, Hatton, Donahue, 2013; Spilka i in., 2003). Starając się zbadać w/w powiązania, w swoich badaniach skoncentrowałem się na analizie tych sfer życia społecznego, w których udział czynników

religijnych może modyfikować zachowanie, np. autorytaryzm, relacje rodzinne czy społeczny wymiar *sacrum*. Rezultaty przeprowadzonych badań wskazały m.in. na dwustronny charakter zależności religia – czynniki społeczne, tj. z jednej strony religia może posiadać korzystny i niekorzystny wpływ na zachowania ludzi, a z drugiej – uwarunkowania społeczne mogą modyfikować ujawnianie się specyficznych cech religii. Jednym z czynnikami, który odgrywa tutaj centralną rolę jest typ religijności, np. dojrzały i konstruktywny vs. niedojrzały i destruktywny.

- 1) Krok, D. (2010). Religia: kryzysy i nadzieja (ujęcie psychologiczne). W: R. Chałupniak (red.), *Współczesna katecheza: kryzysy i nadzieja* (s. 19–34). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 2) Krok, D. (2011). Związek autorytaryzmu z zaangażowaniem religijnym i religijnymi stylami poznawczymi. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16(2), 123–140.
- 3) Krok, D. (2011). Skala Religijnego Systemu Znaczeń (SRSZ). W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 153–168). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- 4) Krok, D. (2012). Psychologiczna koncepcja poszukiwania *sacrum* w religijności i duchowości. *Analecta Cracoviensia*, 44, 39–53.
- 5) Krok, D., Bronowicka, A. (red.) (2013). *Jednostka i religia w relacjach społecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego. ss. 400.
- 6) Krok, D. (w druku). Examining the role of religion in a family setting: Religious attitudes and quality of life among parents and their adolescent children. *Journal of Family Studies*; doi.org/10.1080/13229400.2016.1176589. Published online: 03.06.2016. Artykuł zaakceptowany do publikacji.

A.4. Funkcje religijności w obszarze zdrowia, dobrostanu i jakości życia

Swoje badania nad funkcjonalnymi aspektami religijności realizowałem także w odniesieniu do sfery zdrowia, dobrostanu i jakości życia. Celem tych badań była ocena znaczenia poznawczego i motywacyjnego religijności dla takich wymiarów jak: hedonistyczny i eudajmonistyczny dobrostan, ogólne zdrowie psychiczne i szczegółowy wskaźnik pozytywnego funkcjonowania w postaci przebaczenia. Najbardziej istotnym wynikiem tych badań jest wykazanie, że warunkiem pozytywnej roli religijności w sferze zdrowia i jakości życia jest oparcie na kategorii znaczenia, co wiąże się z motywacyjnym charakterem celów i wartości, obecnymi w strukturze znaczenia. W przypadku, gdy religijność nie bazuje na znaczeniu, mamy często do czynienia z szeregiem negatywnych konsekwencji religii dla wskaźników zdrowia, np. neurotyzm, brak satysfakcji z życia czy

obecność emocji negatywnych. Jako szczególnie interesujące chciałbym wskazać wyniki świadczące, że relacje religijności ze zdrowiem i jakością życia mają przede wszystkim charakter mediacyjny, co potwierdza ich złożoność i zakotwiczenie w czynnikach psychologicznych.

- 1) Krok, D. (2011). Przebaczenie w ujęciu psychologii pozytywnej – istota i główne funkcje. W: K. Glombik (red.), *Sakrament pokuty wobec problemów współczesności* (s. 37–54). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 2) Krok, D. (2012). Poczucie sensu życia jako mediator w związkach duchowości i eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego. *Psychologia Jakości Życia*, 11(2), 145–162.
- 3) Krok, D. (2014). The religious meaning system and subjective well-being: The mediational perspective of meaning in life. *Archive for the Psychology of Religion*, 36(2), 253–273.
- 4) Krok, D. (2014). Religiousness and social support as predictive factors for mental health outcomes. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 65–76.
- 5) Krok, D. (2014). Religijny system znaczeń i poczucie sensu życia jako predyktory eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego u osób chorych na nowotwór. *Studia Psychologica*, 14(2), 25–40.
- 6) Krok, D. (2016). Social support as a mediator of the relationship between the religious meaning system and psychological well-being in older adults. W: C. Castillo (red.), *Social support: Gender differences, psychological importance and impacts on well-being* (s. 121–141). New York: NOVA Publishers.

B. Badania nad jakością życia w zdrowiu i chorobie

Obok psychologicznej analizy religijności, w swoich badaniach naukowych koncentruję się na poszukiwaniu uwarunkowań i funkcji jakości życia u osób zdrowych i chorych. Są one prowadzone w nurcie psychologii pozytywnej i klinicznej psychologii zdrowia. Poniżej przedstawiam główne osiągnięcia tych badań.

Moje badania nad jakością życia w zdrowiu i chorobie obejmują pięć obszarów tematycznych:

- B.1. Radzenie sobie ze stresem u osób zdrowych oraz chorych
- B.2. Relacje rodzinne a jakość życia – uwarunkowania i funkcje
- B.3. Jakość życia osób chorych i uzależnionych

B.4. Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia i dobrostanu psychicznego u osób zdrowych

B.5. Społeczne funkcjonowanie człowieka

B.1. Radzenie sobie ze stresem u osób zdrowych i chorych

Moje zainteresowania problematyką radzenia sobie ze stresem, obok obszaru psychologii religii, realizowałem także w obrębie niereligijnym, bazując na transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman. Koncentrowałem się tutaj głównie na roli poczucia sensu życia, samooceny i nadziei w procesach radzenia u młodzieży szkolnej i akademickiej, radzeniu sobie z wypaleniem zawodowym oraz czynnikach ułatwiających zmaganie się z chorobą nowotworową. Wyniki tych badań ujawniły, że wybrane cechy osobowości mogą sprzyjać stosowaniu adaptacyjnych strategii radzenia sobie, a także, że ważnym elementem buforującym doświadczanie stresu może być poczucie sensu życia. Ten ostatni czynnik jest niezbyt często uwzględniany w obecnych badaniach nad radzeniem, a jak wykazały moje badania – odgrywa on ważną rolę w procesach zmagania się z trudnymi i obciążającymi wydarzeniami życia.

- 1) Krok, D. (2010). Rola poczucia sensu życia w radzeniu sobie ze stresem wśród młodzieży akademickiej. W: D. Borecka-Biernat (red.), *Sytuacje konfliktu w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym* (s. 260–287). Warszawa: Difin.
- 2) Krok, D., Kluz, A. (2014). Doświadczenie choroby nowotworowej jako sytuacji trudnej a poziom religijności i poczucia sensu życia u chorych. W: J. Dzierżanowska-Peszko, P. Landwójtowicz (red.), *Człowiek wobec sytuacji trudnych. Poradnictwo i terapia* (s. 17–51). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 3) Krok, D., Kołodziej, S. (2015). Nadzieja i samoocena jako predyktory radzenia sobie ze stresem u młodzieży szkół średnich. W: M. Kornaszewska-Polak (red.), *Wystarczająco dobre życie. Konteksty psychologiczne* (s. 39–59). Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas.
- 4) Krok, D. (2016). Can meaning buffer work pressure? An exploratory study on styles of meaning in life and burnout in firefighters. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 31–42.

B.2. Relacje rodzinne a jakość życia – uwarunkowania i funkcje

W obrębie moich zainteresowań badawczych nad jakością życia ważna rola przypadła sferze relacji rodzinnych. Była to naturalna konsekwencja mojej pracy zawodowej w

Instytucie Nauk o Rodzinie Uniwersytetu Opolskiego oraz prowadzenia zajęć na tym kierunku. Rozwijając psychologiczne zagadnienia związków między relacjami rodzinnymi a jakością życia, byłem współredaktorem 2 książek zbiorowych, odpowiedzialnym za ich części psychologiczne oraz autorem/współautorem 11 artykułów naukowych. Ich wyniki ukazały, że satysfakcja i zadowolenie w związkach małżeńskich oraz rodzinnych są trafnymi predyktorami globalnej jakości życia. Za szczególnie wartościowe uważam wykazanie istotnej roli poznawczych i emocjonalnych wskaźników dobrostanu w formowaniu relacji rodzinnych oraz wydzielenie pozytywnych i negatywnych elementów komunikacji interpersonalnej małżonków dla hedonistycznego i eudajmonistycznych składników dobrostanu.

- 1) Krok, D., Landwójtowicz, P. (red.) (2010). *Rodzina w nurcie współczesnych przemian. Studia interdyscyplinarne*. Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego. ss. 454.
- 2) Krok, D., Rychtarczyk, K. (2010). Wpływ relacji z ojcem na percepcję wizerunku ciała u kobiet w wieku późnej adolescencji. W: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie współczesnych przemian. Studia interdyscyplinarne* (s. 231–254). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 3) Krok, D. (2010). Systemowe ujęcie rodziny w badaniach dobrostanu psychicznego jej członków. W: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie współczesnych przemian. Studia interdyscyplinarne* (s. 359–368). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 4) Krok, D., Klejnowski-Różycki, D. (red.) (2011). *Relacje rodzinne i społeczne w kulturze środkowoeuropejskiej i chińskiej*. Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego. ss. 274.
- 5) Krok, D. (2011). Funkcjonowanie systemów rodzinnych w tradycjach polskich i chińskich w perspektywie koncepcji indywidualizm – kolektywizm. Analiza psychologiczna. W: D. Krok, D. Klejnowski-Różycki (red.), *Relacje rodzinne i społeczne w kulturze środkowoeuropejskiej i chińskiej* (s. 47–72). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 6) Krok, D., Murlowska, M. (2011). Komunikacja interpersonalna między małżonkami a poziom satysfakcji z małżeństwa. W: D. Krok, D. Klejnowski-Różycki (red.), *Relacje rodzinne i społeczne w kulturze środkowoeuropejskiej i chińskiej* (s. 126–149). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.

- 7) Krok, D. (2011). Charakter relacji rodzinnych a dobrostan psychiczny. *Family Forum*, 1, 63-78.
- 8) Cyranka, K., Rutkowski, K., Król, J., Krok, D. (2012). Różnice w komunikacji małżeńskiej i postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1. *Psychiatria Polska*, 46(4), 523–538.
- 9) Krok, D., Kubicz, W. (2013). Dobrostan psychiczny i wizerunek ciała u kobiet po mastektomii i ich córek. W: D. Krok, A. Bronowicka (red.), *Jednostka i religia w relacjach społecznych* (s. 139–166). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 10) Krok, D. (2015). Satysfakcja ze związku małżeńskiego a poziom hedonistycznego i eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego małżonków. *Family Forum*, 5, 141–160.
- 11) Krok, D. (2016). Marriage and psychological well-being: Examining the role of marital relations and communication styles among Polish couples. W: R. Bowers (red.), *Psychological well-being: Cultural influences, measurement strategies and health implications* (s. 157–174). New York: NOVA Publishers.
- 12) Krok, D., Preis, A. (2016). Dopasowanie małżonków w zakresie inteligencji emocjonalnej a style ich komunikacji i dobrostan psychiczny. W: P. Landwójtowicz (red.), *Matrimonio et familiae. Z problematyki małżeństwa i rodziny* (s. 277–301). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 13) Krok, D., Lewoska, I. (2016). Płeć psychologiczna a zadowolenie ze związku małżeńskiego i własnego życia. *Family Forum*, 6, 59–78.

B.3. Jakość życia osób chorych i uzależnionych

W kontekście jakości życia w swojej pracy badawczej zajmowałem się funkcjonowaniem osób chorych i uzależnionych. Podkreślałem w nich, że jakość życia osób chorych i uzależnionych jest mocno uwarunkowana, po pierwsze specyfiką doświadczanych trudności, oraz, po drugie, sposobem pomiaru poszczególnych sfer życia. Za szczególnie wartościowe uważam badania przeprowadzone we współpracy z pracownikami Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach i Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II nad powiązaniem między oceną zdrowia i choroby a jakością życia pacjentów onkologicznych i osób starszych, które zostały opublikowane w prestiżowym wydawnictwie NOVA w Stanach Zjednoczonych w pracy zbiorowej: C. Carlson (red.) (2017). *Mental health services, assessment and perspectives*. New York: NOVA Publishers. Ich wyniki wykazały, że kategoria znaczenia obecna na poziomie oceny choroby i cech

osobistych w istotnym stopniu warunkuje przystosowanie psychiczne osób chorych oraz starszych. Osoby będące w trudnym położeniu przywiązują silną uwagę do posiadanych przekonań i celów oraz dokonują ich poznawczej reorganizacji w celu podniesienia poziomu przystosowania psychicznego i adaptacji do aktualnej sytuacji życiowej.

- 1) Krok, D. (2010). Indywidualny i społeczny wymiar jakości życia związanej ze zdrowiem. W: J. Dzierżanowska-Peszko (red.), *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy* (s. 181–194), Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 2) Krok, D. (2013). Uzależnienia behawioralne a zmiana jakości życia w perspektywie kontrowersji nad DSM-V. W: P. Morciniec (red.), *Zniewoleni działaniem. Uzależnienia behawioralne a rodzina* (s. 9–26). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 3) Krok, D., Gałążewska, I. (2016). Dylematy uzależnienia – impulsywność i radzenie sobie ze stresem u mężczyzn uczestniczących w terapii uzależnień. *Studia Socialia Cracoviensia*, 2(15), 206–230.
- 4) Krok, D., Brudek, P., Telka, E. (2017). Meaning and mental health: The relationships between meaning structures and mental adjustment among cancer patients. W: C. Carlson (red.), *Mental health services, assessment and perspectives* (s. 1–24). New York: NOVA Publishers.
- 5) Brudek, P., Krok, D., Telka, E. (2017). The health assessment and the dimensions of positive mental functioning among elderly people. W: C. Carlson (red.), *Mental health services, assessment and perspectives* (s. 25–48). New York: NOVA Publishers.
- 6) Krok, D., Telka, E. (w druku). (2017). Meaning in life in cancer patients: relationships with illness perception and global meaning changes. *Health Psychology Report*. Published online: 06.12.2017; doi.org/10.5114/hpr.2018.71636. Artykuł zaakceptowany do publikacji.

B.4. Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia i dobrostanu psychicznego u osób zdrowych

Paralelnie, do powyżej opisanych eksploracji zagadnienia jakości życia u osób chorych, zajmowałem się psychospołecznymi uwarunkowaniami jakości życia i dobrostanu psychicznego wśród osób zdrowych. Na ich podstawie wskazałem, że ważnymi predyktorami jakości życia i dobrostanu są takie czynniki, jak: system wartości, poczucie sensu życia, nadzieja i poczucie koherencji. Poszerzyło to wiedzę w zakresie czynników

osobowościowych sprzyjających globalnej jakości życia i szczęściu, a także pokazało, że w badaniach nad dobrostanem konieczne jest rozróżnienie na wymiar: hedonistyczny (wyrażający satysfakcję i zadowolenie) oraz eudajmonistyczny (akcentujący wartości i cele życiowe). Najważniejszym osiągnięciem w tym obszarze jest wykazanie mediacyjnego charakteru optymizmu w relacjach poczucia koherencji z hedonistycznym i eudajmonistycznym dobrostanem, co zostało opublikowane w czasopiśmie *Personality and Individual Differences*.

- 1) Krok, D. (2011). Powiązania preferencji wartości z dobrostanem psychicznym w ujęciu hedonistycznym i eudajmonistycznym. *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*, 31, 253-276.
- 2) Krok, D. (2011). Poczucie sensu życia a dobrostan psychiczny. *Psychologia Jakości Życia*, 10(2), 95–115.
- 3) Krok, D. (2012). Sport jako wartość w psychologicznej perspektywie jakości życia. W: J. Kostorz (red.), *Euro 2012 – w poszukiwaniu wartości* (s. 29–49). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 4) Krok, D. (2013). Nadzieja jako predyktor wymiarów dobrostanu psychicznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(2), 157–172.
- 5) Krok, D. (2013). Style poczucia sensu życia i ich związek z hedonistycznym i eudajmonistycznym dobrostanem psychicznym. W: D. Krok, A. Bronowicka (red.), *Jednostka i religia w relacjach społecznych* (s. 53–83). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 6) Krok, D. (2013). Jak mierzyć sens życia w psychologii? Wielowymiarowe podejście do metod pomiaru. W: A. Bartkowiak (red.), *Sens życia w teorii i badaniach naukowych* (s. 45–64). Leszno: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej.
- 7) Krok, D. (2015). The mediating role of optimism in the relations between sense of coherence, subjective and psychological well-being among late adolescents. *Personality and Individual Differences*, 85, 134–139.
- 8) Krok D. (w druku). When is search for meaning in life most beneficial to young people? Styles of meaning in life and well-being among late adolescents. *Journal of Adult Development*. Published online: 30.11.2017; doi.org/10.1007/s10804-017-9280-y. Artykuł zaakceptowany do publikacji.

B.5. Społeczne funkcjonowanie człowieka

Ostatnim obszarem moich poszukiwań badawczych jest społeczne funkcjonowanie człowieka, na który to temat opublikowałem 4 artykuły dotyczące strategii manipulacji w sektach, metod rozwiązywania konfliktów międzygrupowych, psychologicznych aspektów wystąpień publicznych i osobowościowych aspektów sukcesów sportowych. Dwa z nich *Poznawcze i emocjonalne strategie psychomanipulacji perswazyjnej w sektach* i *Psychologiczne metody konstruktywnego rozwiązywania konfliktów międzygrupowych* zostały napisane w ramach udziału w międzynarodowym grancie Komisji Europejskiej Jean Monnet Chair: *Ecumenical ways of reconciliation in Europe* (154615 – LLP – 1 – 2009). Pokazały one, że w sytuacjach trudnych (kontekst działania sekt oraz konflikty międzygrupowe), jednostki, bazując na posiadanych schematach poznawczych, korzystają głównie z takich strategii, które są zgodne z posiadanymi postawami i które wzmacniają samoocenę. Podejmowanie decyzji w tych sytuacjach obejmuje, m.in. ustalanie priorytetów spraw, ocenianie prezentowanych propozycji czy uwzględnienie zysków i kosztów każdej ze stron.

- 1) Krok, D. (2011). *Poznawcze i emocjonalne strategie psychomanipulacji perswazyjnej w sektach*. W: M. Gajewski (red.), *Kontrowersyjne grupy kultowe i sekty. Analiza psychologiczna i prawna* (s. 43–66). Kraków 2011: Wydawnictwo WAM.
- 2) Krok, D. (2012). *Psychologiczne metody konstruktywnego rozwiązywania konfliktów międzygrupowych*. W: S. Rabiej (red.), *Pojednanie w Europie zadaniem polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej* (s. 53–74). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.
- 3) Krok, D. (2014). *Trema w mówieniu i działaniu o charakterze publicznym. Perspektywa psychologiczna*. W: A. Żądło (red.), *Liturgia i psychologia* (s. 116–134). Katowice: Wydział Teologiczny UŚ.
- 4) Krok, D. (2015). *Osobowość trenera a sukces sportowy zawodników*. W: J. Kostorz, A. Rogowska (red.), *Osobowość trenera – wychowawcy w kulturze fizycznej* (s. 29–46). Opole: Redakcja Wydawnictw WT Uniwersytetu Opolskiego.

Podsumowanie

W trakcie swojej pracy naukowej w latach 2009-2018 opublikowałem 31 artykułów w czasopismach recenzowanych i 31 rozdziałów w pracach pod redakcją, które przedstawiam do przewodu habilitacyjnego z psychologii. Z tej ogólnej liczby 62 prac, 20 zostało opublikowanych w języku angielskim, w większości za granicą w czasopismach i książkach pod redakcją. Wśród artykułów z czasopism recenzowanych, 8 znajduje się na liście A (tzw.

Załącznik B do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego

Liście Filadelfijskiej) (w takich czasopismach jak: *Personality and Individual Differences*, *Journal of Adolescence*, *Journal of Religion and Health*, *Archive for the Psychology of Religion*, *Aging and Mental Health*, *Journal of Family Studies*, *Journal of Adult Development*, *Psychiatria Polska*) i 11 w czasopismach indeksowanych w bazie ERIH/ERIH+.

Byłem autorem 1 monografii, współredaktorem 3 prac zbiorowych oraz autorem/współautorem 31 rozdziałów w pracach pod redakcją (w tym 7 w języku angielskim = 6 opublikowanych w USA w uznanym wydawnictwie NOVA Publishers i 1 wydane w Czechach). W sumie moje publikacje mają 515 punktów MNiSW. Sumaryczny Impact Factor według listy Journal Citation Reports (JCR), zgodnie z rokiem opublikowania = 9,9. Liczba cytowań publikacji według bazy Web of Science (WoS) = 34, natomiast indeks Hirscha według bazy Web of Science (WoS) = 4.

W latach 2010-2018 wziąłem udział w 23 konferencjach międzynarodowych i polskich, w ramach których byłem autorem lub współautorem 25 wystąpień. Ponadto wygłosiłem 10 wykładów na uczelniach zagranicznych (Uniwersytet Londyński i Uniwersytet Trnavski) jako zaproszony gość oraz w ramach Programu Erasmus+. Są one wymienione w wykazie dorobku. Uprawianie nauki łączę z działalnością organizacyjną i popularyzatorską, co również przedstawiłem w wykazie dorobku habilitacyjnego.

Cytowana literatura innych autorów

- Baumeister, R. F. (2005). *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. New York: Oxford University Press.
- Carr, F. N., Sosa, E. M. (2013). Inflammation, chronic disease, and cancer: Is psychological distress the common thread?. W: B. I. Carr, J. Steel (red.), *Psychological aspects of cancer* (s. 13–30). New York: Springer US.
- Cassidy, J., Bissett, D., Spence, R. A. S., Payne, M., Morris-Stiff, G. (red.). (2015). *Oxford handbook of oncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Cha, J., Han, D. (2016). Relationships between meaning-focused coping, depression and health status in patients with hemodialysis. *Journal of Health Informatics and Statistics*, 41(2), 194–202.
- Cooper, C. L., Quick, J. C. (red.). (2017). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. Oxford: John Wiley & Sons.
- De Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Diener, E. (2013). The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 663-666.
- Emmons, R. A., Schnitker, S. A. (2013). Gods and goals: Religion and purposeful action. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 256–273). New York: The Guilford Press.
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and coping. W: M. D. Gellman, J. R. Turner (red.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (s. 1913–1915). New York: Springer.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. Van Den Bos, M. Stroebe (red.), *The scope of social psychology: Theory and applications: Essays in honour of Wolfgang Stroebe* (s. 193–208). Hove and New York: Psychology Press.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I. (2016). Kliniczna psychologia zdrowia. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 517–540). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Ranchor, A. V., Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 241–248.
- Jeziorski, A. (2015). Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie. W: A. Jeziorski (red.), *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek* (s. 93–166). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Koenig, H., King, D., Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R. (red.) (2009). *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Meder, J. (2014). Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. W: A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski* (s. 50–85). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Nielsen, M. E., Hatton, A. T., Donahue, M. J. (2013). Religiousness, social psychology, and behavior. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 312–329). New York: The Guilford Press.

- Paloutzian, R. F., Park, C. L. (red.) (2013). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Falb, M. D., Ano, G. G., Wachholtz, A. B. (2013). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 560–579). New York: The Guilford Press.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301.
- Park, C. L. (2013a). Positive psychology perspectives across the cancer continuum: meaning, spirituality, and growth. W: B. I. Carr, J. Steel (red.), *Psychological aspects of cancer* (s. 101–117). New York: Springer US.
- Park, C. L. (2013b). Religion and meaning. W: R. F. Paloutzian, C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 357–378). New York: The Guilford Press.
- Park, C. L. (2013c). The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *The European Health Psychologist*, 15(2), 40–47.
- Park, C. L. (2017). Distinctions to promote an integrated perspective on meaning: global meaning and meaning-making processes. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(1), 14–19.
- Park, C. L., George, L. S. (2013). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 483–504.
- Schlegel, R. J., Hicks, J. A. (2017). Reflections on the scientific study of meaning in life. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(1), 26–31.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033–1040.
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion. An empirical approach*. New York: The Guilford Press.
- Steger, M. F. (2009). Meaning in life. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 679–687). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Steger, M. F. (2012a). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. W: P. T. P. Wong (red.), *The Human quest for meaning: Theories, research, and applications* (s. 165–184). New York: Routledge.
- Steger, M. F., Fitch-Martin, A. R., Donnelly, J., Rickard, K. M. (2015). Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health variables among American undergraduates. *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 583–597.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646–657.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., Newman, S. P. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22(3), 646–658.

Dariusz Krok