

Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka

Modern research on religious influence on human health

Joanna Żołnierz¹, Jarosław Sak¹

¹ Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Department of Ethics and Human Philosophy, Medical University of Lublin, Poland

mgr Joanna Żołnierz¹, dr hab. n. med. Jarosław Sak¹

Słowa kluczowe: Religia, duchowość, zdrowie fizyczne i psychiczne

Key words: Religion, spirituality, physical and mental health

Streszczenie

Wprowadzenie: Prace naukowe na temat religijności i jej wpływu na zdrowie psychiczne człowieka mają już swoją ponad 100-letnią historię. Pomimo to badania nad związkiem religijności ze zdrowiem fizycznym człowieka zostały podjęte stosunkowo niedawno.

Cel pracy: Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie procesu rozwoju badań naukowych w dziedzinie nauk społecznych i medycznych w kontekście relacji pomiędzy religijnością a zdrowiem.

W pracy zostaną przedstawione wybrane wyniki badań naukowych podejmowanych od początku XX wieku.

Skrócony opis stanu wiedzy: Osiągnięcia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ religii na zdrowie psychiczne, społeczne i fizyczne człowieka. Religijność i duchowość stanowi ważny aspekt zdrowia i wpływa na jakość życia człowieka. W grupach osób bardziej religijnych obserwuje

się m.in. niższy poziom lęku, większą odporność na stres, zmniejszone ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo–naczyniowego oraz niższy wskaźnik umieralności w przebiegu chorób przewlekłych. Religijność wspiera także powstawanie pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz ma związek z zadowoleniem pacjentów z jakości udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Podsumowanie: Pacjenci deklarują potrzebę podejmowania tematów z zakresu religijności i duchowości oraz włączenia tych treści w proces leczenia. Mimo to nadal poziom wiedzy i przygotowania personelu medycznego w Polsce w tej dziedzinie jest niewystarczający.

Summary

Introduction: Scientific work on religion and its impact on the mental health of man are already over 100-years history. Despite this fact, research on the relationship of religion with physical health have been taken relatively recently.

Aim: The aim of this article is to present the process of the development of scientific research in the social and health sciences on the relationship between religion and health. Selected results of research undertaken since the beginning of the twentieth century will be presented in this article.

Brief description of the research: Scientific achievements confirm the positive effect of religion on mental, social and physical health. Religion and Spirituality are important aspects of health and affects the quality of human life. In groups of more religious people can be observed e.g.: a lower level of anxiety, increased stress resistance, reduced risk of diseases of the cardiovascular system and lower chronic disease mortality. Religion also supports the formation of positive health behavior and affects patient satisfaction with the quality of the provided health care.

Results: Patients express the need to include issues on spirituality and religion in the healing process. They declare also need to talk about these topics with medical staff. Although the high demand, the level of knowledge and preparation of medical personnel in Poland are still inadequate in this area.

Wstęp

Holistyczna opieka nad pacjentem uwzględniająca zarówno sferę cielesną, jak i duchową była realizowana od początków medycyny europejskiej zarówno w okresie starożytności, średniowieczu, jak i w początkach epoki nowożytnej. Rozdzielenie przez filozofię kartezjańską *res cogitans* od *res extensa* zapoczątkowało rugowanie „substancji” duchowej poza obszar sztuki medycznej. Po upływie ponad dwóch stuleci od czasów ogłoszenia przez Kartezjusza racjonalistycznej koncepcji człowieka zaznaczyła się w zachodniej kulturze medycznej potrzeba sięgania do sfery duchowej człowieka w celu lepszego zrozumienia zjawiska choroby i rozwikłania

strategii radzenia sobie przez pacjentów z sytuacją choroby. W na przełomie XIX i XX w. wychodząc z różnych tradycji badawczych (zarówno tradycji teologicznej, filozoficznej, psychologicznej, jak i biomedycznej) dostrzegano konieczność realizowania w praktyce medycznej holistycznego modelu opieki nad pacjentem uwzględniającego aspekty psychologiczne, religijne a nawet duchowe. Pierwsze prace naukowe nad zagadnieniem religijności w kontekście zdrowia pojawiły się w latach 20. XX w. i przez długi czas koncentrowały się jedynie wokół psychicznego wymiaru ludzkiego zdrowia. Choć należy zauważyć znaczący wzrost zainteresowania środowisk naukowych relacjami pomiędzy religijnością i zdrowiem, w tym zdrowiem fizycznym, prace naukowe z tego obszaru badawczego obarczone są nieścisłościami, a nawet błędami metodologicznymi, a wiele hipotez mających wyjaśnić istotę tych zależności wciąż pozostaje nierozstrzygniętych. Jedną z tego typu trudności jest konieczność zmierzenia się z problemem odmiennych sposobów definiowania pojęć duchowości i religijności, co zasadniczo wpływa na otrzymywane rezultaty i utrudnia ich porównywanie pomiędzy poszczególnymi pracami badawczymi.

Celem artykułu jest przedstawienie procesu kształtowania się i rozwoju badań naukowych w dziedzinie nauk społecznych i medycznych w odniesieniu do wpływu duchowości i religijności na zdrowie człowieka. W artykule zostaną także zaprezentowane wybrane trudności w podejmowaniu badań empirycznych oraz rezultaty najbardziej aktualnych prac badawczych w tym zakresie.

1. Problematyka religijności i duchowości w badaniach nad zdrowiem człowieka

Szeroko pojęte zagadnienie zdrowia ludzkiego od czasów antycznych nierozzerwalnie związane było z duchowo-religijnym wymiarem egzystencji. Liczne mity i wierzenia pojawiające się wśród starożytnych cywilizacji i plemion wyrażały nadzieję, że zdrowie, podobnie jak inne aspekty życia ludzkiego, podlega zwierzchnictwu bóstw. Obrzędy i rytuały o charakterze sakralnym miały na celu wyjednanie przychylności bogów, obdarzenie zdrowiem i witalnością, ewentualnie zapewnienie powrotu do pełni sił i wyleczenie z choroby. Osoby sprawujące funkcję liderów religijnych (szamani, kapłani) często zajmowali się także leczeniem ludzi, byli otoczeni czcią i posługiwali w obiektach sakralnych, świątyniach.

Na przestrzeni wieków doszło do licznych przemian kulturowych i gospodarczych, wpływających na mentalność i obyczajowość społeczeństw, mimo to idea opieki nad chorym w swym podstawowym wymiarze znacząco się nie zmieniła. Jak zauważa E. C. Fradelos i wsp. nawet najbardziej prymitywne formy sprawowania opieki nad chorym od starożytności po czasy

nowożytnie obejmowały także troskę o jego wymiar duchowy¹. I tak począwszy od izb chorych przy Asklepejonach, poprzez przytułki i schroniska, kończąc na bizantyjskich ksenodochiach, stanowiących prawzory dla nowożytnych szpitali, osoba pomagająca nie tylko karmiła, podawała leki i myła pacjenta, ale ponadto dbała o zapewnienie minimum komfortu i udzielała wsparcia psychicznego. Realizowana w praktyce koncepcja holistycznej opieki nad chorym była propagowana już od samych początków rozwoju pielęgniarstwa jako nauki², co wyjaśniałoby stosunkowo większe zainteresowanie zagadnieniem religijności pacjenta w podejmowanych w obrębie tej dziedziny naukowej badaniach³.

W odróżnieniu od mającej długą tradycję w całościowym ujmowaniu potrzeb pacjenta praktyki pielęgniarstwa, pierwsze naukowe opracowania dotyczące kwestii relacji pomiędzy religijnością i zdrowiem pojawiają się dzięki rozwojowi psychologii, szczególnie psychologii religii na przełomie XIX i XX w. i przez długi czas pozostają w obrębie zainteresowań szczególnie tej dziedziny naukowej⁴. Jednym z pierwszych przykładów są badania E. Durkheima opublikowane w 1897 r., wskazujące, że religijność stanowi czynnik zmniejszający ryzyko popełnienia samobójstwa⁵. Odkrycia te wyznaczyły nowy kierunek w badaniach naukowych w zakresie religijności i duchowości⁶.

Następnymi znaczącymi dla historii badań nad religijnością – „które mogły doprowadzić nawet do zaniechania prac naukowych w tym obszarze⁷ – były teorie J. Charcot i Z. Freuda. Poglądy naukowe tych badaczy wskazywały na religijność jako przyczynę powstawania nerwic i hysterii. Mimo że pojawiały się stanowiska odmienne – C.G. Junga, ucznia Z. Freuda, opisującego religijność jako ważny czynnik integrujący osobowość człowieka oraz G. Allporta, który w latach 50. XX w. podjął badania nad dojrzałością religijną i jej wpływem na jednostkę, ostatecznie hipotezy o powstawaniu zaburzeń psychicznych o podłożu religijnym zweryfikowano dopiero w latach 80. XX w.⁸. I choć w 1962 r. powstało wydawane do chwili obecnej czasopismo naukowe *Journal of Religion and Health*⁹, w latach 70tych XX w. wciąż kwestionowano występowanie

1 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives*, „*Materia Socio-Medica*” 2015, t. 27, nr 5, s. 355.

2 S. Zyga, *Assessing Patients Spirituality: A New Age Holistic Approach or a Forgotten Nursing Practice?*, „*Health Science Journal*” 2015, t. 9, nr 3, s. 1; E. Jaksz-Recmanik, J. Zalewska-Puchała, *Zachowania zdrowotne uwarunkowane religijnie na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, „*Problemy pielęgniarstwa*” 2014, R. 22, nr 4, s. 534.

3 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie*, „*Kardiologia po Dyplomie*” 2009, t. 8, nr 1, s. 88.

4 R. M. Bonelli, H. G. Koenig, *Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review*, „*Journal of Religion and Health*” 2013, t. 52, s. 658.

5 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 88.

6 P. Zagożdżon, *Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*, „*Polski Mercuriusz Lekarski*” 2012, t. 32, nr 191, s. 350.

7 R. M. Bonelli, H. G. Koenig, *op.cit.*, s. 658.

8 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 89.

9 J. Pawlikowski, *Problemy metodologiczne w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem*, „*Studia Metodologiczne*” 2013, nr 30, s. 125.

pozytywnego wpływu religijności na zdrowie. W odpowiedzi na opublikowane w 1969 roku na łamach *American Journal of Psychiatry* stanowisko V. Sanua, głoszące, że nie ma wystarczających dowodów empirycznych potwierdzających taką zależność, D. B. Larson i wsp. dokonali analizy opublikowanych badań naukowych z zakresu psychiatrii poruszających kwestię religijności. Wyniki ich prac badawczych zakwestionowały poglądy V. Sanua, wykazując że 72% badań ilościowych opublikowanych w dwóch wiodących czasopismach z psychiatrii potwierdziło pozytywny wpływ zaangażowania religijnego na zdrowie psychiczne¹⁰. W latach 80. XX w. doceniono znaczenie religijności w praktykach psychoterapeutycznych, co przyczyniło się do powstania kilku programów leczenia opartych o wartości duchowe i przeznaczonych dla pacjentów z różnymi uzależnieniami¹¹.

W ostatnich dekadach XX w. zauważa się wzrost ilości publikacji medycznych odnoszących się do wpływu religijności na stan zdrowia. Jak wynika z metaanalizy przeprowadzonej przez zespół Muellera z Mayo Clinic spośród 1200 badań opublikowanych w latach 1970–2000, 850 odnosiło się do relacji pomiędzy religijnością a zdrowiem psychicznym, pozostała część – dotyczyła zdrowia fizycznego¹². Wzrost zainteresowania religijnością w kontekście zdrowego trybu i długości życia oraz częstości zachorowań na choroby przewlekłe w opinii E. C. Fradelosa i wsp. związany jest między innymi, z ogłoszonym przez WHO w 1998 r. raportem, w świetle którego religijność i duchowość stanowi ważny aspekt zdrowia i wpływa na jakość życia człowieka¹³. Aktualnie w bazie PubMed znajduje się ponad 71000 indeksowanych artykułów naukowych dotyczących tematyki religijności i duchowości (wyszukiwanie hasłowe: „religio*” 55135 publikacji, „spiritual*” 16447 publikacji, dane z dnia 09.03.2017)¹⁴.

O ile prace naukowe nad religijnością w kontekście zdrowia psychicznego człowieka mają już swoją ponad 100–letnią historię, o tyle podobne badania w odniesieniu do zdrowia fizycznego podjęto stosunkowo niedawno. Najbardziej zasłużonym badaczem specjalizującym się w poszukiwaniu związków religijności ze zdrowiem somatycznym jest Harold G. Koenig, który wykazał, że ludzie religijni uzyskują lepsze wyniki morfologiczne, bardziej dbają o zdrowie i żyją dłużej¹⁵.

Obecnie badania nad związkiem religijności i zdrowia prowadzone są w ośrodkach naukowych i instytutach badawczych na całym świecie, choć wydaje się, że z największą

10 R. M. Bonelli, H. G. Koenig, *op.cit.*, s. 658.

11 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 125.

12 P. S. Mueller, D.J. Plevak, T. A. Rummans, *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*, „Mayo Clinic Proceedings” 2001, t. 76, nr 12, s. 1225-1235; J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 126.

13 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 356.

14 Podobną metodę wyszukiwania piśmiennictwa zastosowano w metaanalizie: H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis*, „Cancer” 2015, t. 121, nr 21, s. 3761.

15 M. Jarosz, *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 9; H. G. Koenig, D. E. King, V. B. Carson, „Handbook of religion and health”, 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.

intensywnością w Stanach Zjednoczonych, co najprawdopodobniej jest wynikiem wieloreligijności populacji amerykańskiej i sporego dorobku naukowego w tej dziedzinie. Zagadnienia religijności i jej roli w sprawowaniu opieki nad pacjentem w 2004 r. zostały wprowadzone do programu studiów na 100 ze 132 uczelni medycznych w tym kraju, a na kilku z nich powołano także specjalne ośrodki naukowe zajmujące się badaniem relacji religijności i zdrowia (Duke Center for Spirituality, Theology and Health przy Duke University Medical Center, George Washington Institute of Spirituality and Health na George Washington University School of Medicine, Center for Spirituality and Healing na University of Minnesota)¹⁶. W 2011 roku liczba uczelni, które wprowadziły treści z zakresu religijności nie zmieniła się i wciąż wynosiła około 79%, jednak na 75% z nich wymagano od studentów uczestnictwa w co najmniej jednych zajęciach o tej tematyce¹⁷. W Europie wiodącym ośrodkiem badawczym jest Research Institute for Spirituality and Health w Szwajcarii, którego celem jest tworzenie europejskiej sieci badań nad religią, duchowością i zdrowiem oraz organizowanie konferencji i warsztatów naukowych, w celu poszerzenia oraz upowszechnienia wiedzy w tej dziedzinie¹⁸.

Intensywny wzrost zainteresowania tematyką religijności w medycynie, jakiego doświadcza Europa Zachodnia i Stany Zjednoczone, wciąż jeszcze nie dotyczy polskich środowisk naukowo-badawczych, choć zagadnienia z zakresu religijności i duchowości były podejmowane w obrębie takich nauk jak: pielęgniarstwo¹⁹, socjologia medycyny czy psychologia religii. Na uznanie zasługują szczególnie prace zespołu badawczego ostatniej z wymienionych dziedzin naukowych, których efektem jest między innymi wydany w 2011 roku podręcznik *Psychologiczny pomiar religijności* pod redakcją M. Jarosza. Jest to pierwsza pozycja naukowa, zawierająca narzędzia psychometryczne umożliwiające badanie związków między religijnością a zdrowiem w warunkach polskich²⁰. Dostrzegana konieczność podniesienia jakości opieki medycznej i upowszechnienia wiedzy na temat potrzeb religijnych chorych skłoniło przedstawicieli różnych specjalizacji i dziedzin naukowych do założenia Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM)²¹. Celem tego stowarzyszenia jest, między innymi, wypracowanie standardów kształcenia specjalistów sprawujących w pełni profesjonalną opiekę nad chorymi²².

16 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 126–127.

17 S. R. Weber, K. I. Pargament, *The role of religion and spirituality in mental health*, „Current opinion in Psychiatry” 2014, t. 27, nr 5, s. 359.

18 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 127.

19 E. Jaksz-Recmanik, J. Zalewska-Puchała, *Zachowania zdrowotne uwarunkowane religijnie na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, „Problemy pielęgniarstwa” 2014, t. 22, z. 4, s. 534.

20 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 127.

21 A. Malec, *Dusza pacjenta jest tak samo ważna jak ciało. Opieka duchowa w medycynie*, „Aleteia Polska”, <http://pl.aleteia.org/2017/02/11/dusza-pacjenta-jest-tak-samo-wazna-jak-cialo-opieka-duchowa-w-medycynie/> (dostęp: 2017.03.10).

22 A. Jaluwska, *Powołano Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM)*, „Newsletter Bioetyczny” 2016, nr 20, s. 1.

2. Problemy metodologiczne w badaniu relacji pomiędzy religijnością i duchowością a zdrowiem

Większość badaczy relacji pomiędzy religijnością a stanem zdrowia człowieka wskazuje na „nieostrość” definicji religijności. Problem ten zaistniał w szóstej i siódmej dekadzie XX wieku, kiedy rozpoczęto posługiwać się pojęciem *duchowość* w oderwaniu od pojęcia *religijność* i jak zauważa zespół M. da Silva Borgesa, mogłoby się wydawać, że dokonywanie rozróżnienia pomiędzy tymi dwoma pojęciami jest zbędne, konsekwencje w ich dowolnym czy zamiennym stosowaniu mają duże znaczenie w pracach badawczych, przekładając się na otrzymywane w ich wyniku rezultaty. Wskazywana przez autorów trudność może skutkować wadliwością procesu badawczego, a brak konsekwencji w stosowaniu odpowiednich warunków – brakiem spójności i trafności badań prowadzonych w obrębie tej dziedziny²³. W innej metaanalizie stwierdzono, że w grupach pacjentów onkologicznych stosowanie różnych definicji religijności i duchowości może wpływać na uzyskiwanie innych, wykluczających się wyników badań²⁴. Inni z kolei sygnalizują, że problemy tego typu uniemożliwiają porównywanie wyników poszczególnych badań naukowych [25]. Mimo to nie ma dokładnie określonych i powszechnie akceptowanych przez środowisko naukowe definicji religijności i duchowości – część badaczy stosuje dość często zamiennie te dwa pojęcia, inni z kolei zdecydowanie je rozróżniają²⁶.

Zarówno termin duchowości, jak i religijności, jak zostało to wcześniej zaznaczone, nie ma jednej powszechnie przyjętej definicji. Uważa się, że zakres pojęcia *duchowość* jest szerszy, dzięki czemu zdaje się lepiej opisywać pozafizyczne i pozapsychiczne doświadczenia pacjenta. Jak zauważa E. C. Fradelos i wsp. duchowość łączona jest z takimi określeniami jak: znaczenie, sens, system wierzeń, wiara, nadzieja, czy relacyjność. Wskazują oni ponadto, że większość badaczy skłania się ku stanowisku, że duchowość to w zasadzie proces poszukiwania sensu życia, który jest zawsze indywidualny, przebiega w odmienny i charakterystyczny dla jednostki sposób i dokonuje się na skutek osobistych doświadczeń i autoekspresji²⁷. Pogląd ten podtrzymują w swojej metaanalizie J. P. B. Gonçalves i wsp. którzy przytaczają stanowiska kilku badaczy począwszy od lat 90. XX w.. Otóż W. Sullivan w 1993 roku definiuje duchowość jako unikalną i indywidualną cechę osoby, która umożliwia nawiązywanie relacji z otaczającym światem, innymi osobami i bytami oraz może, lecz nie musi, odnosić się do wiary w Boga. C. Puchalski w 2012 roku na

23 M. da Silva Borges, M. B. C. Santos, T. G. Pinheiro, *Social representations about religion and spirituality*, „Revista Brasileira de Enfermagem” 2015, t. 68, nr 4, s. 525.

24 H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *op.cit.*, s. 3760.

25 J. P. B. Gonçalves, G. Lucchetti, P. R. Menezes i wsp., *Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials*, „Psychological Medicine” 2015, t. 45, s. 2937.

26 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 129.

27 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 355.

łamach *Annals of Oncology* opisuje duchowość jako sposób odnajdowania sensu życia poprzez relację jednostki z *sacrum*. O relacyjności, zdolności do transcendencji i kontakcie z *sacrum* mówi także H. Koenig, wskazując na te aspekty jako najistotniejsze przy definiowaniu zjawiska duchowości²⁸. Zgodnie z przytoczonymi opiniami zespół E. C. Fradelosa konkluduje, że tak rozumiane pojęcie duchowości może wyrażać się jako łączność człowieka z Bogiem, czy inaczej rozumianą istotą wyższą lub dotyczyć jedynie zażyłych relacji z samym sobą, innymi ludźmi lub światem materialnym, naturą. Co więcej, wskazują że część badaczy zwraca uwagę także na możliwość określania duchowości jako jedności i integralności wymiarów osobowych człowieka, jakimi są umysł, ciało i duch. Duchowe doświadczenia są głęboko osobowe i unikalne oraz często związane z odczuwaniem spokoju wewnętrznego oraz zadowolenia, co może wpływać znacząco na proces zdrowienia²⁹.

Istotnym rozróżnieniem, którego można dokonać na podstawie przedstawionych powyżej koncepcji duchowości jest wskazanie, że część z nich odnosi się do relacji z Bogiem, *sacrum* lub siły wyższej, część natomiast odrzuca konieczność interpretowania tego fenomenu w kontekście tych relacji. Do końca XX w. duchowość rozpatrywana była zawsze w kontekście relacji z Bogiem i praktyk religijnych. Zauważono jednak, że pomimo braku tego typu relacji, potrzeba odnalezienia sensu życia i spełnienia, poszukiwanie znaczenia i celu istnienia są wciąż bardzo silnymi potrzebami³⁰. Z tego powodu część badaczy, w tym H. Koenig, przychyliła się do stanowiska, by dla pełnej realizacji celów opieki zdrowotnej włączać w zakres pojęcia duchowości zarówno powszechnie uznawane przejawy religijności, jak i doświadczenia pozareligijne, z uwzględnieniem także przekonań samego pacjenta. To pozwoliłoby na pełne zidentyfikowanie i zaspokojenie potrzeb duchowych pacjentów, niezależnie od tego, jak są one interpretowane i rozumiane. Dzięki takiemu sposobowi definiowania zjawiska duchowości można objąć i trafnie określić potrzeby duchowe znacznie szerszej grupy pacjentów, co ma przełożenie na jakość i efektywność udzielanej im pomocy medycznej. Wśród pacjentów mogą znaleźć się bowiem osoby niereligijne, ale o bogatym życiu duchowym, wewnętrznym³¹.

Pojęcie religijności określa się natomiast najczęściej jako zinstytucjonalizowany aspekt odniesienia do *sacrum*, któremu towarzyszy przyjęcie określonego systemu wartości i zasad moralnych. J. Pawlikowski zauważa, że przejawem tak rozumianej religijności są różne formy indywidualnych i grupowych praktyk i zachowań, wyrażających przynależność do określonej społeczności, wyznającej te same zasady. Zachowania te i praktyki mają przeważnie charakter społeczny, są obiektywnie obserwowalne oraz często sformalizowane. Pomimo pojawiających się w

28 J. P. B. Gonçalves, G. Lucchetti, P. R. Menezes i wsp., *op.cit.*, s. 2937.

29 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 355.

30 *Ibidem*, s. 355.

31 M. da Silva Borges, M. B. C. Santos, T. G. Pinheiro, *op.cit.*, s. 525.

literaturze przedmiotu klasyfikacji różnych typów religijności oraz odmiennego jej rozumienia w różnych tradycjach religijnych, wydaje się jednak, że korzystniejsze jest posługiwanie się w badaniach naukowych tym terminem, ze względu na większe możliwości pomiaru w badaniach psychologicznych aniżeli ma to miejsce w przypadku duchowości³².

3. Wpływ religijności i duchowości na stan zdrowia

Badania naukowe mające na celu ustalenie związku pomiędzy religijnością i duchowością a zdrowiem człowieka koncentrowały się początkowo wokół aspektu zdrowia psychicznego. Z czasem zaczęto coraz częściej podejmować problematykę wpływu religijności na zdrowie fizyczne, szczególnie w kontekście opieki paliatywnej oraz chorób przewlekłych³³, w szczególności schorzeń układu sercowo-naczyniowego i chorób nowotworowych³⁴. Jak donoszą przedstawiciele różnych środowisk naukowych w swoich pracach przeglądowych - część badań dotyczyła także AIDS, przewlekłego bólu i starzenia się³⁵ oraz problematyki długości życia³⁶. Istotne dla tego obszaru badawczego było określenie religijności i duchowości jako czynników istotnie wpływających na jakość życia. Dowiedziono, że duchowy dobrostan ma ścisły związek z radzeniem sobie z chorobami i zaburzeniami, zarówno fizycznymi, jak i psychicznymi³⁷.

Występowanie zależności pomiędzy religijnością a stanem zdrowia określa się najczęściej za pomocą badań częstotliwości uczestnictwa w praktykach religijnych (np. udział w nabożeństwach, modlitwa indywidualna, lektura treści religijnych, medytacja) oraz własnego postrzegania religijności przez respondentów³⁸. Wnioskowanie natomiast o przyczynach występowania tego rodzaju związków jest problematyczne ze względu na stopień złożoności zjawisk objętych interpretacją³⁹. Dlatego też są konstruowane modele pozwalające dokonać interpretacji uzyskanych rezultatów. Ciekawą teorię wyjaśniającą przyczyny pozytywnego wpływu religijności na stan zdrowia fizycznego przedstawiają w swojej metaanalizie H. S. L. Jim i wsp.⁴⁰. Badacze wyróżniają dwa czynniki: behawioralną oraz emocjonalną samoregulację. Pierwszy z nich odnosi się do zaobserwowanych związków pomiędzy przynależnością religijną a prozdrowotnymi zachowaniami. Do behawioralnej samoregulacji zalicza się bezpośrednie oddziaływanie społeczności religijnej na chorego, jakimi są wszelkie czynności związane z udzieleniem pomocy w zakresie opieki

32 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 129–132.

33 K. S. Issaac, J. L. Hay, E. I. Lubetkin, *Incorporating Spirituality in Primary Care*, „Journal of Religion and Health”, <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-016-0190-2> (dostęp: 2016.01.30).

34 P. Zagożdżon, *op.cit.*, s. 350.

35 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 356.

36 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 91.

37 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 356.

38 P. Zagożdżon, *op.cit.*, s. 350.

39 J. Pawlikowski, *op.cit.*, s. 135–138.

40 H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *op.cit.*, s. 3760.

zdrowotnej, np. zapewnienie posiłków, przewiezienie na wizytę lekarską. Z kolei pojęcie emocjonalnej samoregulacji zostało zdefiniowane jako pozytywny wpływ wspólnoty religijnej w zakresie dostarczenia wsparcia społecznego i wzmocnienia pozytywnych emocji. Ważnym aspektem dopełniającym tę definicję jest podkreślenie pozytywnej roli wiary i praktyk religijnych w powstawaniu cennych i pożądaných dla jednostki emocji, stanowiących rodzaj korzyści emocjonalnych. Autorzy w ten sposób dokonują podsumowania prezentowanych w literaturze przedmiotu teorii wpływu religijności na funkcjonowanie organizmu człowieka. Według nich za emocjonalną samoregulację, w wyniku której dochodzi do zmniejszenia częstotliwości występowania stanów zapalnych, zmniejszenia reaktywności układu sercowo-naczyniowego oraz osi nadnercza – podwzgórze – przysadka mózgowa, odpowiedzialna jest ochronna funkcja religijności przed stresem⁴¹. Wskazanie na praktyki religijne, jako czynnik chroniący przed doświadczaniem stresu i jego negatywnych skutków jest stosunkowo nowym ujęciem, nie pojawiającym się wcześniej w literaturze⁴². Zespół naukowy H. S. L. Jima opisując emocjonalną samoregulację zwraca uwagę na możliwość pozytywnego wzmocnienia samoregulacji behawioralnej. Badacze powołując się na stanowisko C. M. Aldwina i wsp. opublikowane w 2013 roku zauważają, że złe nawyki zdrowotne mogą mieć charakter kompensacyjny w stosunku do doświadczanych negatywnych emocji, a religijność – dzięki dostarczeniu korzyści emocjonalnych wpływa na poprawę nastroju – zapobiegając tym samym podejmowaniu innych aktywności mających przynieść podobny efekt⁴³.

Inną, równie ciekawą klasyfikację czynników wyjaśniających wpływ religijności na zdrowie prezentują badacze z *The Ohio State University Wexner Medical Center*. Dokonują analizy relacji pomiędzy religijnością i zdrowiem psychicznym, a opisane zależności grupują w trzy kategorie. Choć zaproponowana przez nich klasyfikacja w porównaniu do tej opisanej wcześniej, wydaje się być znacznie mniej precyzyjna, pozwala lepiej prześledzić pojawiające się w historii badań nad religijnością tendencje, szczególnie w obszarze psychologii i psychiatrii. S.R. Weber i K.I. Pargament wskazali, że sfera duchowa może wpływać na psychikę człowieka poprzez metody religijnego radzenia sobie, wsparcie religijne oraz pozytywne przekonania⁴⁴. Część analizowanych badań ujawniła, że już sama obecność we wspólnocie religijnej dostarczającej wsparcia ma pozytywny wpływ na zdrowie respondentów. Ostatnia grupa z zaproponowanego przez badaczy czynników dotyczy wierzeń i przekonań religijnych. Autorzy przytaczając liczne wyniki badań zaznaczają, że religijność zapewnia szczególnie poczucie sensu życia i nadziei oraz pozwala nadać znaczenie doświadczanym sytuacjom stresowym. Bardzo ciekawe jest odnotowane przez badaczy

41 H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *op.cit.*, s. 3760.

42 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 91.

43 H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *op.cit.*, s. 3760.

44 S. R. Weber, K. I. Pargament, *op.cit.*, s. 359–360.

spostrzeżenie, że część badań łączy pozytywny wpływ na zdrowie nie tyle z przynależnością religijną, co z wiarą w Boga i Jego pozytywnym obrazem⁴⁵.

Podjmując próbę ogólnego przedstawienia badań nad religijnością i duchowością w kontekście zdrowia, należy stwierdzić, że znaczna większość z nich potwierdza pozytywny wpływ religijności zarówno na zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka, jak również na jego społeczny dobrostan.

U badanych z wyższym poziomem religijności obserwuje się niższy poziom lęku, mniejszą częstotliwość występowania negatywnych objawów stresu oraz takich zaburzeń, jak: zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości, depresja, schizofrenia⁴⁶. Wyższa religijność związana jest ponadto z odpornością na stres, optymizmem i pozytywną orientacją życiową oraz mniejszym ryzykiem popełnienia samobójstwa⁴⁷. Religijność wspiera powstawanie pozytywnych zachowań zdrowotnych takich jak: stosowanie się do zaleceń lekarza, unikanie nadużywania substancji szkodliwych dla zdrowia oraz ryzykownych zachowań seksualnych⁴⁸. W grupach osób bardziej religijnych zmniejsza się także ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym choroby wieńcowej serca, nadciśnienia tętniczego oraz zachorowania na choroby nowotworowe⁴⁹. Wyższa religijność jest także pozytywnie skorelowana z niższymi wskaźnikami umieralności w przebiegu chorób przewlekłych⁵⁰.

Zakończenie

Prowadzone współcześnie w różnych ośrodkach naukowych i instytutach badawczych na

45 S. R. Weber, K. I. Pargament, *op.cit.*, s. 359–360.

46 Ibidem, s. 359–360; R. M. Bonelli, H. G. Koenig, *op.cit.*, s. 663–668; E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. s. 356; B. Woźniak, *Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, t. 61, nr 2, s. s. 221.

47 S. R. Weber, K. I. Pargament, *op.cit.*, s. 359–360; P. Zagożdżon, *op.cit.*, s. 350; G. Lucchetti, L. G. Camargo de Almeida, A. L. Granero, *Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?*, „The Jornal Brasileiro de Nefrologia” 2010, t. 32, nr 1, s. 128; N. Ogińska-Bulik, *Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2014, t. 10, nr 3, s. 12–15; J. L. Griffith, N. Myers, M. T. Compton, *How can community religious groups aid recovery for individuals with psychotic illnesses?*, „Community Mental Health Journal” , <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-015-9974-1> (dostęp: 2015.12.28); A. Wu, J.Y. Wang, C-X. Jia, *Religion and completed suicide: a Meta-Analysis*, „PLoS One” 2015, t. 10, nr 6, s. 5–10; A. C. Sherman, T. V. Merluzzi, J. E. Pustejovsky, *A Meta-Analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients*, „Cancer” 2015, t. 121, nr 21, s. 3782.

48 R. M. Bonelli, H. G. Koenig, *op.cit.*, s. 663–668; M. da Silva Borges, M. B. C. Santos, T. G. Pinheiro, *op.cit.*, s. 525; H. S. L. Jim, J. E. Pustejovsky, C. L. Park i wsp., *op.cit.*, s. 3760.

49 J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 91; D. Kobayashi, T. Shimbo, O. Takahashi, R. B. Davis, C. C. Wee, *The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan: a large-scale cohort study*, „The Journal of the American Society of Hypertension” 2015, t. 9, nr 7, s. 553–562; S. J. Charlemagne-Badal, J. W. Lee, *Intrinsic Religiosity and Hypertension Among Older North American Seventh-Day Adventists*, „Journal of Religion and Health” 2016, t. 55, nr 2, s. 695–708; J. J. Naghi, K. J. Philip, A. Phan, L. Cleenewerck, E. R. Schwarz, *The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure*, „Journal of Religion and Health” 2012, t. 51, nr 4, s. 1124–1136.

50 P. Zagożdżon, *op.cit.*, s. 350.; J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *op.cit.*, s. 91; C. Darviri, A. Artemiadis, X. Tigani, P. Darviri, C. Gnardellis, *Religiosity as a Predictor of Mortality: A Retrospective Cohort Study in 1,519 Rural Citizens in Greece*, „Psychology & Health” 2016, t. 5, s. 1–24.

świecie badania empiryczne nad religijnością i duchowością potwierdzają występowanie ich pozytywnego wpływu na zdrowie człowieka. Udowodniono, że w przypadku chorych cierpiących na chroniczne lub poważne zaburzenia zdrowotne występowanie depresji jest tak powszechne, że może dotyczyć nawet co drugiego pacjenta⁵¹. Co więcej, jak dowiedziono na podstawie części tych prac, religijność pacjentów może wpływać na sposób postrzegania przez nich choroby i zdrowia, a także na podejmowanie decyzji odnośnie procesu leczenia, a nawet może stanowić motywację do wypełniania zaleceń lekarskich. Pacjenci deklarują potrzebę podejmowania tematów z zakresu religijności i duchowości oraz włączenia tych treści w proces leczenia. Nierespektowanie ich oczekiwań może wpłynąć negatywnie na jakość ich życia, zadowolenie z opieki zdrowotnej, a nawet sprawić że leczenie będzie podejmowane bezskutecznie⁵².

Bibliografia

References

1. Best M., Butow P., Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns.* 2015; 98: 1320-1328.
2. Bonelli R. M., Koenig H. G. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *J Relig Health.* 2013; 52: 657-673.
3. Charlemagne-Badal S. J., W. Lee J. Intrinsic Religiosity and Hypertension Among Older North American Seventh-Day Adventists. *J Relig Health.* 2016; 55(2): 695-708;
4. da Silva Borges M., Santos M. B. C., Pinheiro T. G. Social representations about religion and spirituality. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(4): 524-531.
5. Darviri C., Artemiadis A., Tigani X., Darvyri P., Gnardellis C. Religiosity as a Predictor of Mortality: A Retrospective Cohort Study in 1,519 Rural Citizens in Greece. *Psychol Health.* 2016; 5: 1-24.
6. Fradelos E. C., Tzavella F., Koukia E. i wsp. Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *Mater Sociomed.* 2015; 27(5): 354-358.
7. Gonçalves J. P. B., Lucchetti G., Menezes P. R. i wsp. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015; 45: 2937-2949.
8. Griffith J. L., Myers N., Compton M. T. How can community religious groups aid recovery for individuals with psychotic illnesses?. *Community Ment Hlt J.* <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-015-9974-1> (dostęp: 2015.12.28).
9. Issac K. S., Hay J. L., Lubetkin E. I. Incorporating Spirituality in Primary Care, *J Relig Health.* <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-016-0190-2> (dostęp: 2016.01.30).
10. Jaksz-Recmanik E., Zalewska-Puchała J. Zachowania zdrowotne uwarunkowane religijnie na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego. *Probl Pielęg.* 2014; 22(4): 533-538.
11. Jalowska A., Powołano Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM). *Newsletter Bioetyczny.* 2016; 20: 1-2.

51 E. C. Fradelos, F. Tzavella, E. Koukia i wsp., *op.cit.*, s. 356.

52 M. Best, P. Butow, I. Olver, *Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review*, „Patient Education and Counseling” 2015, 98, s. 1321; A. Moreira-Almeida, H.G. Koenig, G. Lucchetti, *Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines*, „Revista Brasileira de Psiquiatria” 2014, t. 36, nr 2, s. 177–178; M. da Silva Borges, M. B. C. Santos, T. G. Pinheiro, *op.cit.*, s. 525.

12. Jarosz M. (red.). Psychologiczny pomiar religijności. Lublin: TN KUL; 2011.
13. Jim H. S. L., Pustejovsky J. E., Park C. L. i wsp. Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*. 2015; 121(21): 3760-3768.
14. Kobayashi D., Shimbo T., Takahashi O., Davis R. B., Wee C. C. The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan: a large-scale cohort study. *J Am Soc Hypertens*. 2015; 9(7): 553-562.
15. Koenig H. G., King D. E., Carson V. B. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
16. Lucchetti G., Camargo de Almeida L. G., Granero A. L. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?. *J Bras Nefrol*. 2010; 32(1): 126-130.
17. Malec A. Dusza pacjenta jest tak samo ważna jak ciało. Opieka duchowa w medycynie. Aleteia Polska, <http://pl.aleteia.org/2017/02/11/dusza-pacjenta-jest-tak-samo-wazna-jak-cialo-opieka-duchowa-w-medycynie/> (dostęp: 2017.03.10).
18. Moreira-Almeida A., Koenig H.G., Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(2): 176-182.
19. Mueller P. S., Plevak D.J., Rummans T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(12): 1225-1235.
20. Naghi J. J., Philip K. J., Phan A., Cleenewerck L., Schwarz E. R. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health*. 2012; 51(4): 1124-1136.
21. Ogińska-Bulik N. Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatr Psychother*. 2014;10(3): 3-16.
22. Pawlikowski J. Problemy metodologiczne w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem. *Studia Metodologiczne*. 2013; 30: 123-144.
23. Pawlikowski J., Sak J., Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie. *Kardiol Dypł*. 2009; 8(1): 87-94.
24. Sherman A. C., Merluzzi T. V., Pustejovsky J. E. A Meta-Analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*. 2015; 121(21): 3779-3788.
25. Weber S. R., Pargament K. I. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(5): 358-363.
26. Woźniak B. Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. *Sociological Review*. 2012; 61(2): 207-242.
27. Wu A., Wang J.Y., Jia C-X. Religion and completed suicide: a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015; 10(6): 1-14.
28. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol Merkuriusz Lek*. 2012; 32(191): 349-353.
29. Zyga S. Assessing Patients Spirituality: A New Age Holistic Approach or a Forgotten Nursing Practice?. *Health Science Journal*. 2015; 9(3): 1-3.