

Żołnierz Joanna, Sak Jarosław, Brzozowska Agnieszka. Religiosity and religious crises of medical students and their opinions on the usefulness of chaplains' service and religion in coping with illness. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):377-388. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.816330> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4544>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 03.06.2017. Revised: 20.06.2017. Accepted: 23.06.2017.

Religijność i kryzysy religijne studentów medycyny a ich opinie na temat przydatności posługi kapelanów i religii w radzeniu sobie z chorobą

Religiosity and religious crises of medical students and their opinions on the usefulness of chaplains' service and religion in coping with illness

Joanna Żołnierz¹, Jarosław Sak¹, Agnieszka Brzozowska²

¹ Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa kluczowe: Religijność, kryzysy religijne, religia, kapelani szpitalni

Key words: Religiosity, religious crises, religion, hospital chaplains

mgr Joanna Żołnierz¹, dr hab. n. med. Jarosław Sak¹, mgr Agnieszka Brzozowska²

Streszczenie

Cel: Celem pracy było uzyskanie informacji na temat religijności studentów medycyny, wraz z uwzględnieniem występowania zjawiska kryzysu religijnego. W pracy podjęto także próbę zweryfikowania czy występują zależności pomiędzy centralnością religijności a sposobem odpowiedzi na pytania o przydatność posługi księży kapelanów i funkcję religii w radzeniu sobie z chorobą.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono wśród 273 studentów kierunku lekarskiego (19 – 27 r.ż.). Dane uzyskano z wykorzystaniem Skali Kryzysu Religijnego W. Prężyny (SKR),

Skali Centralności Religijności S. Hubera (tłum. Beata Zarzycka) (C-15) oraz kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Wyniki: Badani, którzy byli przekonani o tym, że religia i kontakt z kapłanem zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi częściej nie mieli kryzysu religijności w porównaniu z badanymi, którzy uważali, że religia raczej pomaga, bądź byli zdania, że religia nie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi. Odnotowano wyższą centralność religijności w poszczególnych wymiarach treściowych w grupie ankietowanych, którzy uważali, że religia oraz kontakt z księdzem kapłanem w szpitalu zdecydowanie pomagają w radzeniu sobie z chorobą niż w grupie ankietowanych, którzy uważali, że raczej pomagają, bądź nie pomagają lub nie potrafili ocenić.

Wnioski: Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że studenci, którzy doświadczają kryzysu religijnego częściej niż niedoświadczający kryzysów nie przypisują religii i posłudze kapłanów dużej roli w radzeniu sobie z problemami życiowymi. Badani, którzy uważali, że zarówno religia, jak i kontakt z księdzem kapłanem pomaga w radzeniu sobie z trudnościami charakteryzują się wysoką częstotliwością podejmowania osobistych praktyk religijnych.

Summary

Aim: The aim of the study was to obtain information on the religiosity of medical students, including the occurrence of the phenomenon of religious crisis. The paper also attempts to verify whether there is a relationship between the centrality of religiosity and the way to answer questions about the usefulness of ministry of chaplains and the role of religion in coping with illness.

Method: The study was conducted among 273 medical students, aged 19-27. Data was obtained using Scale of the Religious Crisis by W. Prężyny (SKR), Scale of Centrality of the Religions of S. Huber in translation of B. Zarzycka and a self-devised questionnaire.

Results: Respondents who were convinced that religion and contact with the chaplain helps to cope with life difficulties, compared to those who believed that religion rather helps, or those who thought religion does not help, experience a religious crisis less often. In the groups of people who believed that religion and the priest's in-hospital contact definitely helps to cope with the disease, in comparison to those who thought it rather helps or than those who thought it does not help, a higher centrality of religiosity in the various subscales was observed.

Conclusion: Studies have shown that students who do not attribute religion and chaplaincy to a large role in coping with life problems experience a religious crisis more often than those who do not experience crises. Respondents who believed that both religion and priest's in-

hospital contact help in coping with difficulties were characterized by high frequency of personal religious practices.

WSTĘP

Prace badawcze poświęcone zjawisku religijności cieszą się coraz większą popularnością w dziedzinach nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Obserwuje się różnice w zakresie jakości życia i funkcjonowania w wymiarze psychicznym, społecznym, a także fizycznym wśród badanych o wysokim i niskim poziomie religijności (Koenig, 2012). Większa religijność koreluje z lepszymi wynikami morfologicznymi pacjentów, niską śmiertelnością i zapadalnością na określone choroby (Żołnierz, Sak, 2017). Religijność może być także wykorzystywana w procesie radzenia sobie z sytuacją stresową, jaką jest utrata zdrowia lub perspektywa zbliżającej się śmierci (Klimasiński, 2017). Dowiedziono także, że otoczenie odpowiednią opieką duchową pacjentów jest ściśle związane z jego zadowoleniem z pracy personelu medycznego oraz ze znacznym ograniczeniem wydatków świadczonej opieki zdrowotnej (Krajnik, 2016). Dostrzeżona duża potrzeba uwrażliwienia personelu medycznego na potrzeby duchowe pacjentów spowodowała zmiany w programach kształcenia na wielu uczelniach medycznych w USA i Europie Zachodniej (Pawlikowski, 2013).

Celem artykułu jest zaprezentowanie opinii studentów medycyny dotyczących roli religii i posługi księży kapelanów w radzeniu sobie z chorobą i trudnościami życiowymi, z uwzględnieniem poziomu centralności religijności oraz doświadczanych kryzysów religijnych.

SKALA KRYZYSU RELIGIJNEGO W. PRĘŻYNY (SKR)

Władysław Prężyna był pierwszym z polskich psychologów, który podjął próbę stworzenia narzędzia psychometrycznego do badania kryzysu religijnego. Choć początkowo tworzona skala miała stanowić narzędzie kontrolne do Skali Intensywności Postawy Religijnej, to zapoczątkowane przez W. Prężynę prace pozwoliły na opracowanie podstaw do stworzenia metody mającej na celu w rzetelny sposób mierzyć zjawisko kryzysu religijnego. Zjawisko to było rozumiane przez W. Prężynę jako stan nacechowany przykrym napięciem emocjonalnym, zmianami zachowań oraz wątpliwościami związanymi ze sferą religijną

(Nowosielski, Bartczuk, 2011), co zgodne jest ze sposobem rozumienia tego pojęcia przez wielu innych psychologów, podejmujących w swoich pracach tę tematykę (Nowosielski, 2012).

Skala Kryzysu Religijnego po przeprowadzonych analizach składa się z 5 stwierdzeń. Odpowiedzi umieszczone są na 7-stopniowej skali Likerta. SKR umożliwia zbadanie natężenia kryzysu religijnego zarówno wśród osób dorosłych, jak i młodzieży, w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Uzyskane wyniki niskie oznaczają brak kryzysu, a wysokie – jego występowanie. Jak zaznaczają M. Nowosielski i R. Bartczuk, pomimo że skala jest krótkim narzędziem i jest wrażliwa na zakłócenia wynikające ze zmiennej aprobaty społecznej, to jest dobrym narzędziem pozwalającym na dokonanie selekcji i świetnie sprawdza się jako podstawowa metoda diagnozy występowania kryzysu religijnego (Nowosielski, Bartczuk, 2011).

SKALI CENTRALNOŚCI RELIGIJNOŚCI S. HUBERA (TŁUM. B. ZARZYCKA) (C-15)

Skala Centralności S. Hubera została opracowana przez niego w oparciu o teorię religijności Glocka i Starka oraz Allporta. S. Huber poszerzył i zoperacjonalizował przedstawione modele religijności, co pozwoliło na zbadanie także aspektu motywacyjnego. Skala opracowana przez S. Hubera zawierała pięć wymiarów religijności, a aspekt motywacyjny określany był za pomocą częstotliwości i ważności podejmowania określonych treści (Zarzycka, 2007). Jeśli określonym treściom przypisywana była większa ważność i częstość, oznaczało to, że religijność funkcjonuje w osobowości jako konstrukt autonomiczny i bardziej centralny wśród pozostałych w systemie jednostki, zatem będzie mieć większy wpływ na kształtowanie zachowań.

Zastosowanie polskiej wersji Skali C-15 pozwala oszacować centralność religijności, jako wartość globalną uzyskaną przez sumowanie wyników z poszczególnych podskalach. Niski wynik ogólny dostarcza informacji o występowaniu religijności marginalnej, wyższe – o religijności heteronomicznej, a wysokie o wysokiej, autonomicznej religijności (Zarzycka, 2011). Wyniki uzyskane w podskalach pozwalają zaś na określenie aspektu motywacyjnego: im wyższe wyniki uzyskane w podskali „zainteresowanie problematyką religijną”, tym badany częściej podejmuje rozważania intelektualne dotyczących religii, w podskali „przekonania religijne” – większe przekonanie o istnieniu Istoty Wyższej badanego, natomiast w podskali „modlitwa” – częściej podejmowane są przez niego i postrzegane jako ważne różne formy indywidualnych praktyk religijnych. Wysokie wyniki w podskali

„doświadczenie religijne” świadczą o wysokiej częstotliwości doświadczenia rzeczywistości transcendentnej oraz w podskali „kult”, o tym, że ważne są społeczne podstawy zbiorowych zachowań o charakterze religijnym (Zarzycka, 2011).

Skala Centralności Religijności S. Hubera w tłumaczeniu B. Zarzyckiej jest metodą bardzo pomocną w określeniu rodzaju religijności, zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych.

ANALIZA WYNIKÓW

PROCEDURA BADANIA

Badania zostały przeprowadzone od listopada 2015 r. do lutego 2016 r. wśród studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Grupa badana obejmowała 273 osoby w wieku od 19 do 27 r.ż., z czego 62,27% stanowiły kobiety (n=170), a mężczyźni 37,73% (n=103). Wśród badanych 79,85% (n=218) stanowili katolicy, 14,66% (n=44) osoby niewierzące, pozostali badani byli innego wyznania¹.

Dane uzyskane w wyniku badań ankietowych zostały poddane analizie statystycznej za pomocą oprogramowania komputerowego STATISTICA 13.0 (StatSoft, Polska). Parametry mierzalne przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych - licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

W analizie użyto testu jednorodności χ^2 do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami (dla niepowiązanych cech jakościowych), a do wykrycia zależności - testu niezależności χ^2 . Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa.

WYNIKI I DYSKUSJA

Wśród badanych studentów 41,03% (n=112) z nich udzieliło odpowiedzi, że religia raczej pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi, 25,64% (n=70) stwierdziło, że zdecydowanie im pomaga, natomiast 20,52% (n=56) nie potrafiło ocenić. 8,06% (n=22)

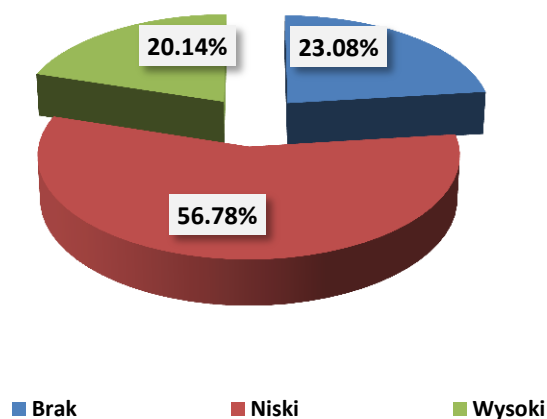
¹ Szczegółowy opis grupy badanej w artykule: Żołnierczak J., Wac K., Brzozowska A., Sak J. Poczucie własnej skuteczności, religijność a opinie na temat roli religii w radzeniu sobie z trudnościami studentów medycyny. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(4): 185-201. (<http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4341>)

badanych udzieliło odpowiedzi, że religia raczej nie pomaga, a 4,76% (n=13), że zdecydowanie nie pomaga.

Na pytanie o to, czy kontakt z księdzem kapłanem w szpitalu pomaga w radzeniu sobie z chorobą 45,42% (n=124) badanych odpowiedziało, że pomaga, natomiast 16,85% (n=46) stwierdziło, że zdecydowanie pomaga. Wśród badanych 21,98% (n=60) nie potrafiło ocenić czy taki kontakt jest pomocny, 9,52% (n=26) stwierdziło, że raczej nie jest, natomiast 6,23% (n=17) uznało, że zdecydowanie nie.

Skala SKR

Wśród ankietowanych u 23,08% (n=63) nie stwierdzono kryzysu religijnego (1-2 decyl), natomiast u 56,78% (n=155) kryzys był nieznaczny (3-8 decyl), zaś u 20,14% (n=55) występował kryzys religijności (9-10 decyl) (ryc.1).



Ryc. 1. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem poziomu kryzysu religijności

Z badań wynika, że ankietowani, którzy byli przekonani o tym, że religia zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi częściej nie mieli kryzysu religijności (50,00%) w porównaniu z badanymi, którzy uważali, że religia raczej pomaga (16,96%) lub nie potrafili powiedzieć (7,14%), bądź byli zdania, że religia nie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi (14,29%). Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ($p < 0,00001$), (tabela 1).

Tabela 1. Ocena kryzysu religijności (SKR) z uwzględnieniem opinii, czy religia pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi

Czy religia pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi	SKR- kryzys religijności			Ogółem
	Brak	Niski	Wysoki	
	n %	n %	n %	n %
Zdecydowanie nie/raczej nie	5 14,29%	20 57,14%	10 28,57%	35 100,00%
Trudno powiedzieć	4 7,14%	37 66,07%	15 26,79%	56 100,00%
Raczej tak	19 16,96%	67 59,82%	26 23,22%	112 100,00%
Zdecydowanie tak	35 50,00%	31 44,29%	4 5,71%	70 100,00%
Razem	63 23,08%	155 56,78%	55 20,14%	273 100,00%
<i>Analiza statystyczna : $\chi^2=44,31$; $p<0,00001$*</i>				

Przeprowadzona analiza wykazała, że ankietowani, którzy uważali, że kontakt z księdzem kapelanem w szpitalu zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z chorobą częściej nie mieli kryzysu religijności (45,65%) niż badani, którzy raczej tak uważali (19,35%) lub nie potrafili ocenić (15,00%) albo uważali, że zdecydowanie nie pomaga (20,03%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,006$), (tabela 2).

Tabela 2. Ocena kryzysu religijności (SKR) z uwzględnieniem opinii, czy kontakt z księdzem kapelanem w szpitalu pomaga w radzeniu sobie z chorobą

Czy kontakt z księdzem pomaga w radzeniu sobie z chorobą	SKR- kryzys religijności			Ogółem
	Brak	Niski	Wysoki	
	n %	n %	n %	n %
Zdecydowanie nie/raczej nie	9 20,93%	23 53,49%	11 25,58%	43 100,00%
Trudno powiedzieć	9 15,00%	38 63,33%	13 21,67%	60 100,00%
Raczej tak	24 19,35%	73 58,87%	27 21,78%	124 100,00%
Zdecydowanie tak	21 45,65%	21 45,65%	4 8,70%	46 100,00%
Razem	63 23,08%	155 56,78%	55 20,14%	273 100,00%
<i>Analiza statystyczna : $\chi^2=18,18$; $p=0,006$*</i>				

Skala C-15

Z badań wynika, że najwyższy poziom centralności religijności miał miejsce w podskali: Modlitwa i Przekonania religijne, zaś niższy w : Zainteresowanie problematyką religijną oraz Doświadczenie religijne, (tabela 3).

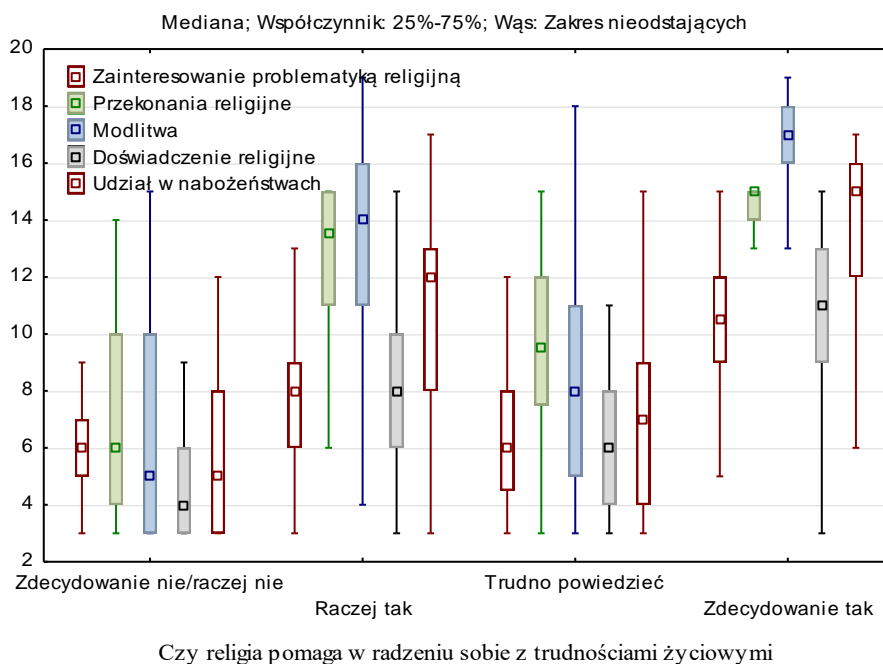
Tabela 3. Ocena centralności religijności

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch.std
Zainteresowanie problematyką religijną	7,95	8,00	6,000	10,00	2,73
Przekonania religijne	11,60	13,00	9,000	15,00	3,73
Modlitwa	11,96	13,00	7,000	17,00	5,24
<i>Doświadczenie religijne</i>	7,94	8,00	5,000	10,00	3,46

Z badań wynika, że centralność religijności była wyższa w poszczególnych Podskala w grupie ankietowanych, którzy uważali, że religia zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi niż w grupie ankietowanych, którzy uważali, że raczej pomaga, bądź nie pomaga lub nie potrafili ocenić, ($p < 0,001$), (tabela 4; ryc. 2).

Tabela 4. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem opinii, czy religia pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi

Podskale	Zdecydowanie nie/raczej nie			Trudno powiedzieć			Raczej tak			Zdecydowanie tak			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
Zainteresowanie problematyką religijną	5,80	6,00	1,71	6,29	6,00	2,15	8,04	8,00	2,23	10,21	10,50	2,55	91,08	<0,001*
Przekonania religijne	7,11	6,00	3,61	9,66	9,50	3,12	12,55	13,50	2,90	13,89	15,00	2,67	105,28	<0,001*
Modlitwa	6,54	5,00	3,71	8,38	8,00	3,97	12,84	14,00	4,16	16,11	17,00	4,15	119,58	<0,001*
Doświadczenie religijne	4,69	4,00	2,39	6,00	6,00	2,30	8,23	8,00	2,93	10,66	11,00	3,20	94,30	<0,001*
Udział w nabożeństwach	5,80	5,00	2,70	7,09	7,00	3,09	10,76	12,00	3,52	13,19	15,00	3,78	103,68	<0,001*

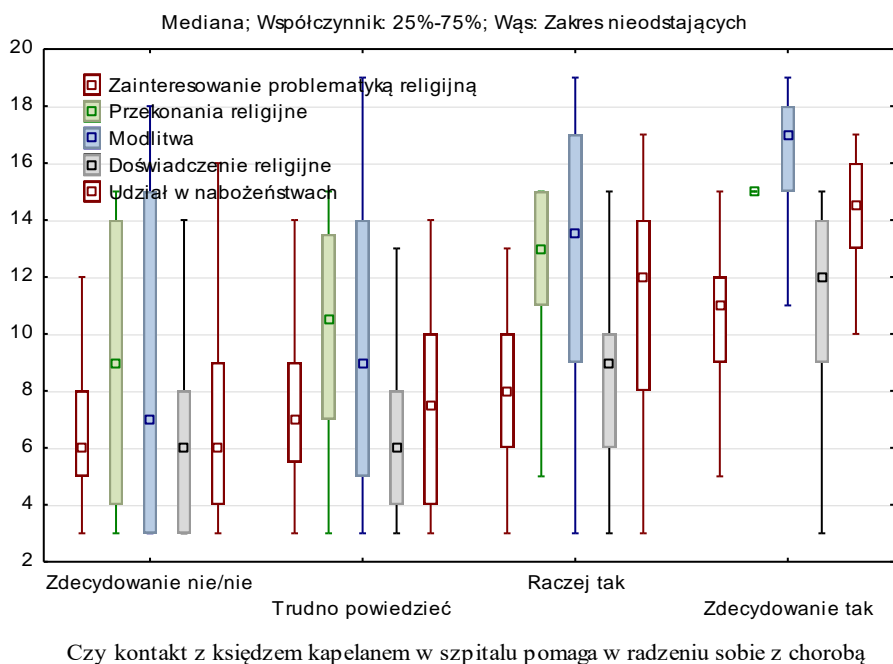


Ryc. 2. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem opinii, czy religia pomaga w radzeniu sobie z trudnościami żywymi

Z badań wynika, że centralność religijności była wyższa w poszczególnych Podskalach w grupie ankietowanych, którzy uważali, że kontakt z księdzem kapłanem w szpitalu zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z chorobą niż w grupie ankietowanych, którzy uważali, że raczej pomaga, bądź nie pomaga lub nie potrafili ocenić, ($p < 0,0001$), (tabela 5; ryc. 3).

Tabela 5. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem opinii, czy kontakt z księdzem kapłanem w szpitalu pomaga w radzeniu sobie z chorobą

Podskale	Zdecydowanie nie/raczej nie			Trudno powiedzieć			Raczej tak			Zdecydowanie tak			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odcz.std	Średnia	Mediana	Odcz.std	Średnia	Mediana	Odcz.std	Średnia	Mediana	Odcz.std	H	p
	Zainteresowanie problematyką religijną	6,49	6,00	2,63	6,87	7,00	2,40	8,02	8,00	2,34	10,52	11,00	2,41	58,52
Przekonania religijne	9,19	9,00	4,53	10,38	10,50	3,62	12,11	13,00	3,18	14,09	15,00	2,37	51,12	<0,0001*
Modlitwa	9,12	7,00	5,75	9,82	9,00	4,82	12,61	13,50	4,72	15,63	17,00	3,93	48,21	<0,0001*
Doświadczenie religijne	6,05	6,00	3,24	6,35	6,00	2,66	8,20	9,00	3,01	11,09	12,00	3,35	60,18	<0,0001*
Udział w nabożeństwach	6,86	6,00	3,73	7,48	7,50	3,33	10,94	12,00	3,84	13,63	14,50	3,09	83,92	<0,0001*

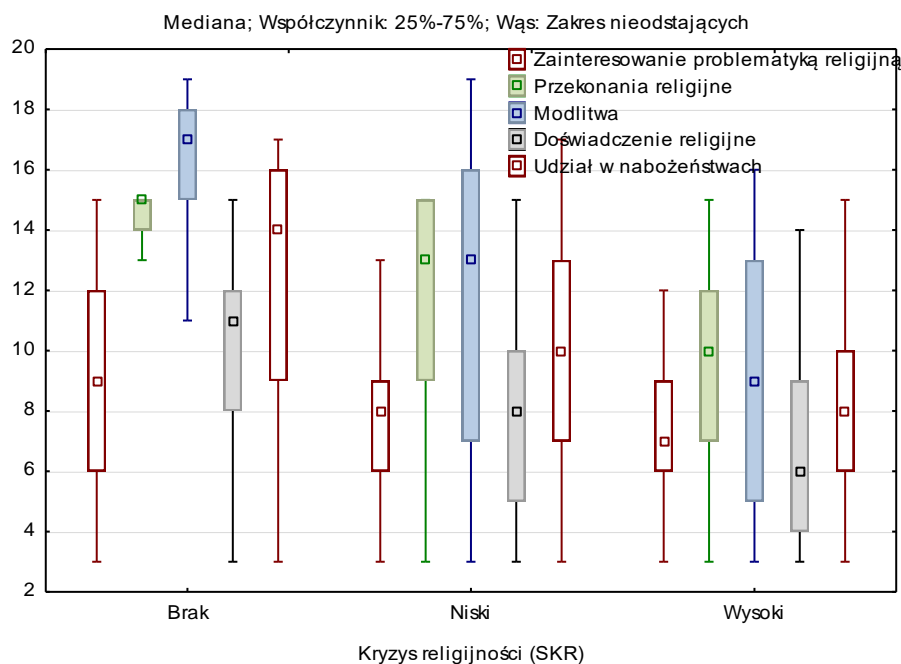


Ryc. 3. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem opinii, czy kontakt z księdzem kapłanem w szpitalu pomaga w radzeniu sobie z chorobą

Badania wykazały, że ankietowani u których kryzys religijności nie występował mieli istotnie wyższy poziom centralności religijności w poszczególnych podskalach niż badani z niskim poziomem kryzysu religijności lub wysokim, ($p < 0,001$), (tabela 6; ryc. 4).

Tabela 6. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem oceny kryzysu religijności

Podskale	Brak			Niski			Wysoki			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	Średnia	Mediana	Odch.std	H	p
	Zainteresowanie problematyką religijną	9,03	9,00	3,37	7,79	8,00	2,50	7,15	7,0	2,16	14,13
Przekonania religijne	13,29	15,00	3,74	11,60	13,00	3,60	9,69	10,0	3,16	47,20	<0,0001*
Modlitwa	14,83	17,00	5,44	11,65	13,00	5,00	9,53	9,0	4,19	41,59	<0,0001*
Doświadczenie religijne	9,95	11,00	3,65	7,67	8,00	3,22	6,40	6,0	2,83	32,08	<0,0001*
Udział w nabożeństwach	12,10	14,00	4,99	9,90	10,00	3,97	7,85	8,0	3,03	33,17	<0,0001*



Ryc. 4. Ocena centralności religijności z uwzględnieniem oceny kryzysu religijności

PODSUMOWANIE

Podjęcie próby zbadania opinii studentów medycyny na temat oceny przydatności religii oraz posługi kapelanów szpitalnych w radzeniu sobie z trudnościami i chorobą jest uzasadnione, szczególnie na gruncie polskim. Świadomość występujących zależności pomiędzy religijnością a stanem zdrowia i jakością życia pacjentów wydaje się nie być duża. O ile niemal połowa studentów ocenia religię jako raczej pomocną w procesie radzenia sobie z trudnościami życiowymi, to grupa osób, które twierdzą, że religia zdecydowanie pomaga, jest niewielka. W badanej grupie zaobserwowano, że ci spośród badanych, którzy doświadczają kryzysu religijnego częściej niż niedoświadczający kryzysów nie przypisują religii i posłudze kapelanów dużej roli w radzeniu sobie z problemami życiowymi. Natomiast ci studenci, którzy zarówno stwierdzili, że religia, jak i posługa kapelanów w szpitalu zdecydowanie pomaga w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi, częściej niż pozostali badani wykazują wysoką częstotliwość podejmowania indywidualnych praktyk religijnych, otwartość na transcendencję i spójność własnych przekonań z obowiązującą doktryną (Zarzycka, 2011).

PIŚMIENNICTWO

References

- Klimasiński M.W. Płocka M. Neumann-Klimasińska N. Pawlikowski J. Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań, *Med. Prakt* 2017; 3: 128–133.
- Koenig H. King D. Carson V. *Handbook of Religion and Health*. 2 ed. Oxford University Press; 2012.
- Krajnik M. Komentarz. W: Puchalski Ch.M.: Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. *Med. Prakt.* 2016; 5: 122-124.
- Nowosielski M. Bartczuk R. Skala Kryzysu Religijnego W. Prężyny. W: Psychologiczny pomiar religijności. Jarosz M. (red.). Lublin: TN KUL; 2011: 73-88.
- Nowosielski M. Pojęcie i przyczyny powstawania kryzysu religijnego. *Studia Psychologica UKSW* 2012; 12(2): 95-105.
- Pawlikowski J. Problemy metodologiczne w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem. *Studia Metodologiczne*. 2013; 30: 123-144.
- Zarzycka B. Skala Centralności Religijności S. Hubera, *RPs*. 2007; 10(1): 133-157.
- Zarzycka B. Skala Centralności Religijności S. Hubera. W: Psychologiczny pomiar religijności. Jarosz M. (red.). Lublin: TN KUL; 2011: 231-261.
- Żołnierz J. Wac K. Brzozowska A. Sak J. Poczucie własnej skuteczności, religijność a opinie na temat roli religii w radzeniu sobie z trudnościami studentów medycyny. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(4): 185-201.