



REDAKTOR DZIAŁU  
dr hab. n. med.  
Andrzej Kleinrok  
Oddział Kardiologii  
Samodzielny Publiczny  
Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II  
w Zamościu

# Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie

Jakub Pawlikowski,<sup>1</sup> Jarosław Sak,<sup>1</sup> Krzysztof Marczewski<sup>2</sup>

#### Adres

<sup>1</sup>Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu  
Medycznego w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Bioetyki, Antropologii i Ogólnej Teorii  
Medycyny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji  
w Zamościu

#### Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr filozofii Jakub Pawlikowski  
Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Katedry Nauk  
Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego  
w Lublinie; ul. Szkolna 18; 20-124 Lublin;  
e-mail: jpawlikowski@wp.pl

**B**adania dotyczące zależności pomiędzy religijnością a szeroko pojętymi kwestiami zdrowotnymi mają już swoją historię. Na przełomie XIX i XX wieku pojawiły się pierwsze opracowania z psychologii religii, które wskazują na związek religijności z różnego rodzaju zachowaniami mającymi wpływ na zdrowie. Emile Durkheim [1] w swoim dziele o samobójstwie z 1897 roku wskazuje na religijność jako jeden z czynników przeciwdziałających samobójstwu. Z kolei w latach 20. XX wieku Zygmunt Freud spopularyzował hipotezę rozwoju nerwic na podłożu religijnym, zajmując przeciwstawne stanowisko wobec religii. Hipoteza ta została zweryfikowana w latach 80. Po przeanalizowaniu wyników 24 badań nie stwierdzono żadnego związku pomiędzy religijnością a patologicznymi zaburzeniami psychicznymi [2]. Przeciwny pogląd prezentuje Jung (uczeń Freuda) wskazując, że religijność jest ważnym spoiwem osobowości i jej utrata może zniszczyć życie osobowe człowieka. W latach 50. XX wieku Gordon Allport podejmuje badania nad dojrzałością religijną i wpływem religijności na jednostkę, a w kolejnej dekadzie zaczynają się badania nad wpływem religijności na zdrowie i powstaje czasopismo *Journal of Religion and Health* (1962 r.). W latach 80. zaczęto dostrzegać rolę religijności w psychoterapii. Coraz większa liczba publikowanych badań nad znaczeniem religijności i duchowości w różnych sytuacjach związanych z praktyką medyczną doprowadziła do wprowadzenia tego zagadnienia do programu studiów na większości uczelni medycznych w Stanach Zjednoczonych (na 132 uczelnie medyczne w tym kraju, w 1993 roku prowadzono takie kursy na 3 uczelniach, a w roku 2004 już na około 100 uczelniach) [3-5].

W Stanach Zjednoczonych na kilku uniwersyteckich wydziałach medycyny istnieją nawet specjalne ośrodki badawcze ukierunkowane na tę tematykę (np. Duke Center for Spirituality, Theology and Health przy Duke University Medical Center [6], Center for Spirituality and Healing na University of Minnesota przy Academic Health Center [7], The George Washington Institute of Spirituality and Health na George Washington Uni-

versity School of Medicine [8]). Nie jest to tylko domena uczelni medycznych, ponieważ także inne szkoły (np. The Center on Religion and the Professions na Missouri School of Journalism przy University of Missouri-Columbia) [9] rozwijają badania w tym zakresie i proponują ofertę edukacyjną dla przedstawicieli różnych profesji, w tym pracowników ochrony zdrowia.

Co pewien czas organizowane są międzynarodowe konferencje naukowe na ten temat, zarówno przez wyżej wymienione ośrodki, jak i inne organizacje, np. Religion, Spirituality and Mental Health (Londyn, 2007) organizowana przez brytyjskie The Royal Society of Medicine czy Kościół Adwentystów (II National Conference on Spirituality and Health Melbourne, 2007) [10]. W kilku czasopismach publikowane są wyniki badań naukowych nad tymi zagadnieniami, np.: *Journal of Religion & Health*, *Zygon: Journal of Religion & Science*, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, *Journal of Religion, Disability & Health*, *Studies in Religion/Sciences religieuses* czy *Mental Health, Religion & Culture*.

Można zauważyć, że najaktywniej badania są prowadzone w Ameryce Północnej. Wynika to prawdopodobnie z wielokulturowości, a tym samym wieloreligijności na tym kontynencie. W ostatnich latach zainteresowano się także tego typu badaniami w Europie, głównie w Wielkiej Brytanii. Zapewne jest to następstwem coraz większej dywersyfikacji kulturowej Starego Kontynentu, związanej przede wszystkim z ruchami migracyjnymi. W Polsce natomiast nie ma zbyt wielu publikacji dotyczących tego tematu – jedynym wyjątkiem są nieliczne prace z socjologii medycyny prof. Libiszowskiej-Żółtkowskiej [11,12].

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wyników badań nad związkiem między religijnością a osobowością oraz między religijnością a zdrowiem. Religijność i duchowość były dotychczas używane dość rzadko jako zmienne w badaniach medycznych. W latach 1991-95 tylko 1,2% badań opublikowanych na łamach 4 dużych czasopism psychiatrycznych [13] i internistycznych uwzględniło powyższe kwestie [14]. Jedynie w badaniach publikowanych na łamach czasopism dotyczących zdrowia młodzieży oraz zdrowia psychicznego (przeznaczonych dla pielęgniarek) odsetek ten był wyższy (odpowiednio 11,8 i 10%) [15,16].

## Pojęcie religijności

W literaturze przedmiotu religijność (religious involvement, religiosity, religiousness) odnosi się najczęściej do stopnia zaangażowania danej osoby w wiarę i praktyki religijne określonej społeczności religijnej. Niekiedy jednak autorzy niektórych opublikowanych badań stosowali pojęcie religijności zamiennie z pojęciem duchowości (spirituality), co jednak w polskiej tradycji jest rozróżniane.

Należy zauważyć, że różne tradycje religijne postrzegają religijność na inny sposób. Na przykład dla żydów jej podstawą jest uczestnictwo w życiu wspólnoty i posiadanie żydowskich przodków, dla protestantów jest determino-

wana bardziej przez osobiste wybory, a dla katolików jest czymś pomiędzy podejściem żydowskim i protestanckim. Przejawia się to również w hierarchizacji swoich życiowych doświadczeń, np. dla żydów najważniejsze są najczęściej wydarzenia o charakterze społecznym, a dla protestantów o charakterze osobistym [17].

Według Koeniga [4] główne wymiary religii, które poddaje się badaniu, to: wierzenia religijne, identyfikacja wyznaniowa, zewnętrzny wymiar religijności (społeczne praktyki obrzędowe, udział w nabożeństwach), wewnętrzny wymiar religijności (indywidualne praktyki religijne, prywatna modlitwa, medytacja), subiektywne przekonanie o znaczeniu religii dla własnego życia, motywacja religijna, religijne doświadczenie, religijne wsparcie, wiedza religijna i duchowy dobrostan.

## Religijność a osobowość

Pierwsze badania nad związkami pomiędzy religijnością a osobowością przynosiły rozbieżne wyniki. Niektóre wykazywały, że osoby religijne są częściej perfekcjonistami, cechuje je większy brak pewności siebie, skłonność do depresji, liczne zmartwienia, większy poziom męskości u kobiet i kobiecości u mężczyzn, tendencja do uwewnętrzniania gniewu czy wypieranie problemu w przypadku konfliktu między ideologią religijną a świecką. Inne z kolei wskazywały, że wierzący są bardziej optymistycznie nastawieni do przyszłości, bardziej harmonijnie kształtują relacje w rodzinie, mają więcej wiary we własne siły i wyższy poziom poczucia bezpieczeństwa wewnętrznego w porównaniu z niewierzącymi, preferują częściej wartości społeczne i teoretyczne, cechuje je większa wrażliwość i emocjonalność w kontaktach z ludźmi oraz większe poczucie odpowiedzialności [18].

Późniejsze badania wykazały jednak, że istotniejszy niż sama religijność jest jej typ, wskazujący na jej umiejscowienie w strukturze osobowości. Współczesna psychologia religii wylicza różne typy i podziały religijności. Popularnym podziałem jest wyróżnienie religijności zewnętrznej, wewnętrznej i poszukującej. W przypadku religijności zewnętrznej dana jednostka dostrzega funkcje religii i jej rolę, ale wybiera najczęściej to, co zgadza się z jej interesem, praktykuje okolicznościowo i pod wpływem drugorzędnych motywów. W tym przypadku religijność i wartości religijne pełnią rolę instrumentalną – są narzędziem realizacji innych potrzeb, takich jak pozycja społeczna, bezpieczeństwo czy bliskość innych ludzi. Religijność wewnętrzna natomiast przenika całe życie człowieka, łącząc jego potrzeby i wartości z normami społecznymi. Dla takich jednostek wartości religijne są absolutnie najwyższe i okazują się one osobami mniej skłonnymi do egocentryzmu i uprzedzeń niż osoby o religijności zewnętrznej, słabej lub niezróżnicowanej. Z kolei osoby o religijności poszukującej charakteryzują się otwartym, nieortodoksyjnym, ale pozytywnym stosunkiem do religii, a jego istotą jest dynamika poszukiwania dialogu z problemami egzystencjalnymi wynikłymi ze sprzeczności i dramatów życia [18].

Władysław Prężyna [18,19], na podstawie skal do pomiaru intensywności i centralności postawy religijnej oraz kryzysu religijnego, wyróżnił grupy o wysokiej i niskiej intensywności postawy religijnej oraz grupy z centralną i peryferyjną postawą religijną. Okazało się, że intensywna i centralna postawa religijna sprzyja formowaniu się bardziej zintegrowanej osobowości, stanowi istotny element ogólnego światopoglądu, ułatwia odnalezienie poczucia sensu życia, pomaga w rozwoju przystosowania społecznego i psychologicznego oraz sprzyja formowaniu się większej odporności na frustrację. Osoby o dużej intensywności pozytywnej postawy religijnej zazwyczaj są ludźmi serdecznymi, uczuciowymi, bardziej ufny, otwartymi i nastawionymi altruistycznie. Osoby o dużej intensywności negatywnej postawy religijnej i o niskiej intensywności postawy religijnej (postawie obojętnej) w kontakcie z otoczeniem statystycznie częściej są ostrożne, powściągliwe, podejrzliwe, rywalizujące, mniej zaangażowane w sprawy innych, z przejawami egocentryzmu, a ich kontakty personalne nie są pozbawione agresji.

Autorzy amerykańscy wyróżniają z kolei 5 typów religijności: humanistyczną (ukierunkowaną na samotranscendującego ducha ludzkiego, niezwiązaną z żadną religią, z wysoko rozwiniętym systemem etycznym), nieokreśloną (elity kulturalne, indywidualistyczną, bez związku z instytucją, obecna wiara w energię, naturę, astrologię, parapsychologię), wschodnią (buddyzm, hinduizm, taoizm, szintoizm i in.), zachodnią typu I (może występować w większości odłamów chrześcijańskich, muzułmańskich i żydowskich, cechuje ją poczucie zależności od Boga osobowego, zażyła relacja z Bogiem przejawiająca się w konkretnych modlitwach, dążeniu do rozpoznania woli bożej i wierze, że Bóg może interweniować w świecie), określoną zachodnią typu II (większość chrześcijan, muzułmanów i żydów w Stanach Zjednoczonych; wiara w zależność życia ludzkiego od Boga, ale mniej bezpośrednia relacja z nim, modlitwy mniej konkretne, bardziej refleksyjne, słabsze dążenie do rozpoznania woli bożej) [4].

Psychologowie religii wyróżnili kilka funkcji, które religijność może spełniać w stosunku do osobowości. Funkcje te można podzielić na poznawcze i pozapoznawcze. Te pierwsze przejawiają się wtedy, kiedy religijność pełni dla jednostki rolę czynnika ułatwiającego zrozumienie siebie i świata, nadaje sens życiu, pozwala odnaleźć swoje miejsce w świecie i odpowiada na istotne problemy człowieka. W funkcjach pozapoznawczych zapewnia człowiekowi poczucie bezpieczeństwa, jest źródłem siły w pokonywaniu trudności życiowych i zapewnia większą równowagę ducha [18,19].

## Religijność a zdrowie

Największą trudnością w badaniach nad związkiem między religijnością a zdrowiem jest odpowiednie dopracowanie metodyki badań i dobór narzędzi badawczych. Trudność ta wynika z faktu, że przedmiotem badań jest obszar interdyscyplinarny, który można badać z wielu

stron i eksplorowany jest on zarówno przez psychologię, teologię, filozofię, antropologię, socjologię, jak i medycynę. Pojawia się z tego powodu także problem uzasadnionej ekstrapolacji wyników badań uzyskanych przez różne dyscypliny i odniesienie ich do aspektu interesującego konkretnych badaczy, np. zdrowia populacji.

Pomimo tych trudności takie badania są realizowane. Autorzy z kliniki Mayo, przeprowadzając metaanalizę badań dotyczących religijności i zdrowia, stwierdzili, że w piśmiennictwie w latach 1970-2000 opublikowano wyniki około 1200 badań nad tym zagadnieniem, z czego większość (850) dotyczyła związku religijności ze zdrowiem psychicznym, a około 350 publikacji opisywało zależność między zdrowiem fizycznym a religijnością [20]. W 2001 roku Koenig, McCullough i Garson [4] opracowali nawet ponad 600-stronicowy podręcznik pod tytułem „Religion and Health”, wydany przez Oxford University Press.

## RELIGIJNOŚĆ A DŁUGOŚĆ ŻYCIA

W ciągu ostatniego trzydziestolecia pojawiło się co najmniej 18 badań sugerujących, że religijność może korelować z długością życia człowieka. Badania te dotyczyły zarówno całych społeczności, jak i specyficznych grup. W 1997 r. w *American Journal of Public Health* opublikowano 28-letnie obserwacje grupy 5286 dorosłych (wiek 21-65 lat), które ujawniły, że częste ( $\geq 1$  w tygodniu) uczestnictwo w praktykach religijnych korelowało z mniejszym o 23% prawdopodobieństwem zgonu w obserwowanym okresie (HR 0,77). Badacze przeprowadzili korektę wyników z uwzględnieniem wieku, płci, grupy etnicznej, wykształcenia, ogólnego stanu zdrowia, BMI, praktyk zdrowotnych i statusu społecznego. Co ciekawe, osoby niepełnosprawne w większości należały do grupy osób często praktykujących [21]. Z kolei w 5-letniej obserwacji 1931 osób powyżej 55 roku życia uzyskano podobne wyniki. Osoby często praktykujące charakteryzowała niższa o 24% śmiertelność w porównaniu z grupą niepraktykujących (HR 0,76) – po uwzględnieniu wieku, płci, stanu cywilnego, dochodu, wykształcenia, zatrudnienia, grupy etnicznej, ogólnego stanu zdrowia, sprawności fizycznej, zachowań związanych ze zdrowiem (np. palenie tytoniu, aktywność fizyczna), funkcjonowania w grupie społecznej, wsparcia i zdrowia psychicznego [22]. Podobną zależność stwierdzono w trakcie 6-letniej obserwacji 3968 osób w wieku powyżej 65 lat. Śmiertelność w grupie często praktykujących (częściej niż raz w tygodniu) była o 28% niższa w porównaniu do grupy rzadko praktykujących (rzadziej niż raz w tygodniu) (HR=0,72) po uwzględnieniu zmiennych społeczno-demograficznych, ogólnego stanu zdrowia i praktyk zdrowotnych [23]. Warto jeszcze wspomnieć o badaniu obserwacyjnym reprezentatywnej grupy ponad 22 000 dorosłych Amerykanów (wiek  $>20$  lat), w którym, po uwzględnieniu zmiennych społeczno-demograficznych, zdrowotnych i ekonomicznych, uzyskano wyniki wskazujące na 1,87 razy wyższe ryzyko zgonu w grupie osób niepraktykujących w porównaniu do grupy osób często praktykujących ( $p < 0,01$ ) [24].

Opublikowana w 2000 roku metaanaliza 42 badań przeprowadzonych na blisko 126 tysiącach osób, wykazała, że osoby o wysokiej religijności mają o 29% wyższe szanse przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami (OR 1,29; 95% PU 1,20-1,39). Autorzy podkreślili, że nie zauważyli tendencji w opublikowanych badaniach [25]. Tylko jedno badanie przeprowadzone w grupie 1010 hospitalizowanych kombatantów nie wykazało zależności pomiędzy religijnością i śmiertelnością [20].

### **RELIGIJNOŚĆ A CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO**

Wiele publikacji wskazuje na związek wysokiej religijności ze zmniejszonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego. Spośród 16 badań opublikowanych w ostatnich latach 12 wykazało związek pomiędzy religijnością a zmniejszoną chorobowością i śmiertelnością z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego [4]. W prospektywnym badaniu z najdłuższym, 23-letnim okresem obserwacji przeprowadzonym w grupie 10 059 żydowskich mężczyzn, uzyskano wyniki wskazujące na zmniejszenie o 20% ryzyka wystąpienia ciężkiej postaci choroby wieńcowej (fatal coronary heart disease) u ortodoksyjnych żydów w porównaniu z mężczyznami nieregeligijnymi (po uwzględnieniu takich czynników, jak: wiek, wartości ciśnienia krwi, palenie tytoniu, cukrzyca, stężenie lipidów we krwi, BMI i stopień zaawansowania choroby wieńcowej) [26]. Wykazano również korelacje pomiędzy religijnością a nadciśnieniem tętniczym. Dla przykładu, badanie przeprowadzone w grupie 3963 osób powyżej 65 roku życia w trzech różnych okresach (po uwzględnieniu wieku, płci, grupy etnicznej, wykształcenia, sprawności fizycznej, BMI, wcześniejszych wartości ciśnienia krwi) wykazało, że w grupie osób o dużej częstotliwości praktyk religijnych (co najmniej raz w tygodniu) stwierdzano niższe wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi w porównaniu do grupy osób rzadko praktykujących. Osoby religijne były bardziej systematyczne i konsekwentne w swoim leczeniu (more compliant), jednak to nie wyjaśniało obserwowanych różnic w wartościach ciśnienia tętniczego krwi [27]. Spośród 16 badań nad związkiem religijności z nadciśnieniem aż 14 wykazało pozytywną korelację pomiędzy zaangażowaniem religijnym a zmniejszonym ryzykiem choroby nadciśnieniowej, a spośród 13 klinicznych badań nad wpływem praktyk religijnych i duchowych (modlitwa, medytacja) na wartość ciśnienia tętniczego, 9 wykazało, że korelują one z istotnie niższymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi [4].

### **RELIGIJNOŚĆ A ZDROWIE PSYCHICZNE**

Badano również zależności pomiędzy zdrowiem psychicznym a religijnością. Spośród 29 badań przeprowadzonych w ostatnich latach na temat związku pomiędzy religijnością a depresją 24 wskazują, że osoby religijnie zaangażowane mają rzadziej depresję (a w przypadku wystąpienia objawy depresyjne są słabiej wyrażone), natomiast w 5 badaniach nie stwierdzono takiej zależności [28]. Duża religijność może być również ważnym czyn-

nikiem ochronnym przed epizodami depresji w trakcie choroby przewlekłej oraz istotnym czynnikiem prognostycznym. W badaniu przeprowadzonym w grupie 850 hospitalizowanych mężczyzn (powyżej 65 lat), którzy nie mieli wcześniej żadnych objawów chorób psychicznych, duża religijność była jedyną zmienną, która pozwalała przewidzieć zmniejszone ryzyko wystąpienia depresji w ciągu kolejnych 6 miesięcy [29].

Zaangażowanie religijne w wielu badaniach okazało się istotnym czynnikiem zmniejszającym lęk psychotyczny. Wyniki blisko 70 badań przekrojowych i prospektywnych wykazały związek pomiędzy zaangażowaniem religijnym i mniejszym lękiem [4]. Podobna zależność (odwrotnie proporcjonalna) występuje w przypadku religijności i skłonności do samobójstw. Wskazywał na nią już Durkheim w roku 1897 [1], a od tego czasu potwierdziły tę zależność liczne badania. Duże zaangażowanie religijne koreluje ze zmniejszoną częstością występowania myśli samobójczych i zmniejszoną skłonnością do samobójstwa – takie wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w 19 krajach zachodnich i wśród Amerykanów różnych ras (białej, czarnej i pochodzenia latynoskiego) [30-32].

Osoby religijne są również mniej skłonne do nadużywania substancji uzależniających. Wykazały to już badania przeprowadzone w latach 70. XX w. [33], a kolejne przeprowadzone w latach 90. potwierdziły te zależności [34]. Osoby uzależnione częściej też deklarują mniejszą religijność [35]. Randomizowane badanie (MATCH) wykazało także istotną statystycznie wyższą skuteczność psychoterapii wzbogaconej o elementy religijne i duchowe (np. refleksja nad znaczeniem i celem życia czy modlitwa) nad standardową terapią uzależnień od alkoholu [20].

Pacjenci bardziej religijni lepiej radzą sobie również w obliczu choroby, cierpienia i niepełnosprawności [36,37]. Badania wykazały również, że duża religijność koreluje z wysokim wskaźnikiem jakości życia zależnej od zdrowia (HRQOL) u osób z HIV, chorobą nowotworową i innymi chorobami przewlekłymi oraz u osób po amputacji kończyn [38]. Terminalnie chorzy o wysokiej religijności cechują się lepszym samopoczuciem w tym okresie oraz łatwiej akceptują śmierć – jest to statystycznie niezależne od intensywności ich wiary w życie po śmierci [36,39]. Należy również podkreślić, że osoby cierpiące i umierające mają większe zapotrzebowanie na religię i duchowe wsparcie, ponieważ dla wielu jest to okres szczególnie nasilonej refleksji egzystencjalnej [40,41]. Większość osób w stanie terminalnym czerpie siłę i nadzieję z wiary i swojej duchowości oraz wykazuje znacznie większą religijność i głębszą duchowość w porównaniu ze zdrowymi [42,43].

Należy również wspomnieć o kilku doniesieniach sugerujących negatywny wpływ religijności na zdrowie. Przekonania religijne mogą niekiedy wpływać na unikanie lub zaprzestanie konwencjonalnego leczenia, unikanie niektórych skutecznych działań prozdrowotnych (np. szczepień dzieci, opieki prenatalnej) czy lekceważenie okresowych badań kontrolnych. Niekiedy osoby o silnej religijności mają nierealnie wysokie wymagania i oczekiwania wobec siebie, co prowadzi do izolacji, stresu, lęku,

czy wyobcowania z grupy, która nie podziela ich wierzeń. Należy też pamiętać o grupach religijnych, zwłaszcza o charakterze sekciarskim, które mogą propagować niezdrowe formy kultu i fanatyczny system wierzeń przekazywany metodami prowadzącymi do destrukcji osobowości [20]. U niektórych osób wiara może mieć astenizujący wpływ na ich życie i wzbudzać nadmierne poczucie winy, powodując urazy emocjonalne [18].

## Problem wnioskowania o związku przyczynowym między religijnością a zdrowiem

Liczba badań oceniających zależności pomiędzy religijnością a zdrowiem jest duża, jednak wiele z nich spotkało się z licznymi zastrzeżeniami metodologicznymi. Najczęściej dotyczyły one stosowania nieprecyzyjnych i niewystandaryzowanych narzędzi badawczych, niewłaściwych metod statystycznych, np. brak analiz wieloczynnikowych, niedokładnego odróżniania zmiennych zależnych i niezależnych, nieuwzględniania w analizie podstawowych zmiennych (np. wieku), zbyt krótkiego okresu obserwacji i zbyt małej liczebności grup poddanych badaniu. Z tego powodu związki jakie się ujawniały były słabe i niespójne [44].

Mueller i wsp. [20], autorzy obszernej metaanalizy dotyczącej badań nad religijnością i zdrowiem, uważają jednak, że zależności pomiędzy intensywnością religijności a lepszymi stanem zdrowia nie wydają się zależnościami pozornymi. Związek ten wykazany został w wielu badaniach o różnej metodyce (badania prospektywne, retrospektywne) i w różnych populacjach. O ile w starszych badaniach nie uwzględniano wielu zmiennych mogących wpływać na ten wynik, o tyle w nowszych badaniach starano się wynik skorygować uwzględniając wszystkie potencjalnie interferujące czynniki.

Pozostaje natomiast pytanie: czy jest to związek przyczynowy? Levin [45] podaje 9 cech związku przyczynowego w badaniach epidemiologicznych: siła (strength), stałość (consistency), swoistość (specificity), czasowość (temporality), gradient biologiczny (biological gradient), wiarygodność (plausibility), spójność (coherence), eksperymentalne potwierdzenie (experiment) i analogia (analogy). Niektóre z tych cech (jak siła, stałość, czasowość, wiarygodność, analogia) w wielu opublikowanych badaniach zostały potwierdzone, ale dla pozostałych nie ma jeszcze wystarczającego potwierdzenia. Z tego powodu do dotychczasowych wyników należy podchodzić ostrożnie i nie przeceniać ich wartości [20].

Interesujące jest pytanie o mechanizm, w którym religijność może pozytywnie wpływać na stan zdrowia. Wpływ ten odbywać się może przez związek z zachowaniami prozdrowotnymi, takimi jak właściwa dieta, aktywność fizyczna, rzucenie palenia czy lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich. Powyższe czynniki nie wyjaśniają jednak w pełni tej zależności. Pozytywny wpływ religijności na zdrowie odbywa się także poprzez praktyki stricte religijne, jak na przykład medytacja, modli-

stwa, różne akty kultu, które wzmacniają pozytywne emocje i uczucia, takie jak nadzieja, miłość, zadowolenie, przebaczenie i ograniczają negatywne emocje, np. wrogość. Pozytywne emocje zmniejszają aktywność współczulnej części autonomicznego układu nerwowego i osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (zmniejszając tym samym wydzielanie hormonów stresowych, takich jak noradrenalina i kortyzol), co ma zarówno skutki psychologiczne (zmniejszenie lęku), jak i fizjologiczne (obniżenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstości pracy serca i zużycia tlenu) i może przyczyniać się do lepszego stanu zdrowia tych osób [46]. Nie są to prawdopodobnie jedyne mechanizmy i z pewnością rolę odgrywa jeszcze wiele innych czynników psychologicznych, behawioralnych i biologicznych, które wymagają dalszych badań.

## Podsumowanie

Większość (56%) lekarzy amerykańskich uważa, że religijność ma wpływ na zdrowie pacjenta, ale tylko 6% sądzi, że wpływa ona znacząco na twarde medyczne wyniki badań – raczej pomaga pacjentowi lepiej znosić chorobę, poprawia stan psychiczny i zapewnia emocjonalne i praktyczne wsparcie poprzez członkostwo we wspólnotie religijnej [47]. Choć większość pacjentów chciałaby, aby ich stan duchowy był uwzględniany przez lekarza w trakcie rozmowy z nimi, i choć prawie wszyscy (96%) lekarze rodzinni uważają, że dobrostan duchowy (spiritual well-being) jest ważnym czynnikiem prozdrowotnym, to wyniki badań wskazują, że powyższe potrzeby pacjentów są przez lekarzy niedostrzegane lub traktowane tylko powierzchownie [48]. Jest to być może wynikiem mniejszej religijności lekarzy w stosunku do pacjentów (95% amerykańskich pacjentów wierzy w Boga, natomiast wśród lekarzy taką deklarację składa tylko 64%), co może skłaniać ku lekceważeniu potrzeb duchowych pacjentów lub onieśmielać przed ich wyrażaniem [49,50].

Wiedza o zależności pomiędzy religijnością a zdrowiem oraz uwzględnienie potrzeb religijnych i duchowych pacjenta, przyczynić się może do poprawy opieki nad nim. W Stanach Zjednoczonych można już nawet mówić o rodującym się modelu biopsychosocjoduchowym, który mógłby poszerzyć dotychczasowy model biopsychospołeczny. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca lekarzom pytanie pacjentów o ich religijną orientację i duchową kondycję, aby można było proces leczenia lepiej dopasować do osoby chorej. Został nawet opracowany specjalny kwestionariusz do oceny sfery duchowej i religijności pacjentów (HOPE) [51] oraz algorytm postępowania w trakcie wywiadu na ten temat (FICA) [52].

Sloan i wsp. [44], odnosząc się do stanowiska niektórych autorów sugerujących, że lekarz nie powinien pytać pacjenta o jego życie religijne czy duchowe, ponieważ jest to jego prywatna sprawa, wskazują, że elementem wywiadu lekarskiego są pytania dotyczące sfery seksualnej życia człowieka, pomimo tego, że jest ona również

uważana za prywatną (pytania te są uzasadnione możliwym wpływem niektórych zachowań seksualnych na stan zdrowia czy zachorowanie na niektóre choroby). Analogicznie więc powinno się zwrócić uwagę na potrzeby religijne pacjenta, gdy może to być istotne, szczególnie w chorobach przewlekłych i w opiece paliatywnej – unikając osądzania, ale uwzględniając ich kliniczną wagę. Wydaje się, że życie religijne pacjenta powinno być traktowane podobnie jak jego życie rodzinne, które także wpływa na stan jego zdrowia. Nie wydaje się natomiast wskazane zalecanie przez lekarza pogłębienia aktywności religijnej czy życia duchowego, podobnie jak niewłaściwe byłoby zalecanie małżeństwa czy posiadanie dzieci, choć wiele badań sugeruje, że jest to związane z lepszym stanem zdrowia.

Mueller i wsp. [20] wyrażają przekonanie, że lekarz powinien wiedzieć o stanie duchowym i potrzebach religijnych pacjenta oraz starać się je zaspokoić z kilku powodów: dla większości pacjentów zdrowie fizyczne i duchowe jest tak samo ważne, religijność wzmacnia pacjenta w cierpieniu i walce z chorobą, zrozumienie potrzeb religijnych i duchowych pacjenta wzmacnia relację lekarz-pacjent i wreszcie dlatego, aby móc, w myśl starej maksymy „leczyć, kiedy jest to możliwe, a łagodzić cierpienie zawsze”.

## Piśmiennictwo

- Durkheim É: Samobójstwo. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2006.
- Bergin AE: Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. *Prof Psychol Res Pract* 1983, 14: 170-184.
- Levin JS, Larson DB, Puchalski CM: Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education. *JAMA* 1997, 278 (9): 792-793.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB: *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, New York, 2001.
- Puchalski CM: Spirituality and Health: Implications for Clinical Practice. *Integrative Wellness Symposium On Mind/Body Medicine*. <http://hipusa.com/downloads/intwellness/SpiritSympPostMail.pdf> (20-05-2006).
- [www.dukespiritualityandhealth.org/](http://www.dukespiritualityandhealth.org/)
- [www.csh.umn.edu/csh/home.html](http://www.csh.umn.edu/csh/home.html)
- [www.gwish.org](http://www.gwish.org)
- [rpp.missouri.edu/disciplines/D18.shtml](http://rpp.missouri.edu/disciplines/D18.shtml)
- <http://www.spiritualityhealth.org.au/page.asp?parentid=49>
- Libiszowska-Żółtkowska M: Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii. W: Piątkowski W. [red.] *Szkice z socjologii medycyny*. Wyd. UMCS, Lublin, 1998.
- Libiszowska-Żółtkowska M: Religia wobec fenomenu śmierci. Wierzenia i postawy. W: Piątkowski W. [red.] *Szkice z socjologii medycyny*. Wyd. UMCS, Lublin, 1998, s.137-151.
- Weaver AJ, Samford JA, Larson DB, et al.: A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 187-190.
- Orr RD, Isaac G: Religious variables are infrequently reported in clinical research. *Fam Med*. 1992, 24: 602-606.
- Weaver AJ, Flannelly LT, Flannelly KJ, et al.: An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991-1995. *Issues Ment Health Nurs* 1998, 19: 263-276.
- Weaver AJ, Samford JA, Morgan VJ, et al.: Research on religious variables in five major adolescent research journals: 1992 to 1996. *J Nerv Ment Dis* 2000, 188: 36-44.
- Cohen AB, Hill PC: Religion as culture: Religious individualism and collectivism among American Catholics, Jews, and Protestants. *J Pers* 2007, 75: 709-742.
- Wandrasz M: Religijność a postawa wobec choroby. TN KUL, Lublin, 1998.
- Prężyna W: Symptomy dojrzałej religijności. W: Turek W, Mariński J. [red.] *Kościół w służbie człowieka*, TN KUL, Lublin, 1990, s. 269-278.
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA: Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for clinical Practice. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76 (12): 1225-1235.
- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA: Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997, 87: 957-961.
- Oman D, Reed D: Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *Am J Public Health* 1998, 88: 1469-1475.
- Koenig HG, Hays JC, Larson DB, et al.: Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999, 54: 370-376.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG: Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999, 36: 273-285.
- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, et al.: Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 2000, 19: 211-222.
- Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH: Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees: a 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology* 1993, 82: 100-121.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 536-542.
- McCullough ME, Larson DB: Religion and depression: a review of the literature. *Twin Res* 1999, 2: 126-136.
- Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al.: Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992, 149: 1693-1700.
- Hovey JD: Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychol Rep* 1999, 85: 171-177.
- Neeleman J, Halpern D, Leon D, Lewis G: Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychol Med* 1997, 27: 1165-1171.
- Neeleman J, Wessely S, Lewis G: Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 12-16.
- Gorsuch RL, Butler MC: Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychol Bull* 1976, 83: 120-137.
- Gartner J, Larson DB, Allen GD: Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *J Psychol Theology* 1991, 19: 6-25.
- Miller WR: Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction* 1998, 93: 979-990.
- Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, et al.: Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Arch Fam Med* 1998, 7: 118-124.
- Idler EL, Kasl SV: Religion among disabled and nondisabled persons, II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997, 52: 306-316.
- Riley BB, Perna R, Tate DG, et al.: Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* 1998, 79: 258-264.
- Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S: The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol* 1995, 51: 202-204.
- Baider L, Russak SM, Perry S, et al.: The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an Israeli sample. *Psychooncology* 1999, 8: 27-35.

41. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ: Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage* 1998,16: 29-40.
42. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB: Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 176: 166-172.
43. Reed PG: Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Res Nurs Health* 1986, 9: 35-41.
44. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, et al.: Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 2000, 342: 1913-1916.
45. Levin JS: Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Soc Sci Med* 1994, 38: 1475-1482.
46. Seybold KS, Hill PC: The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Curr Directions Psychol Sci* 2001, 10: 21-24.
47. Curlin FA, Sellergren SA, Lantos JD, Chin MH: Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med* 2007, 167 (7): 649-54.
48. Ehman JW, Ott BB, Short TH: Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999, 159: 1803-1806.
49. Curlin FA, Lantos JD, Roach ChJ, et al.: Religious Characteristics of U.S. Physicians. A National Survey. *J Gen Intern Med* 2005, 20 (7): 629-634.
50. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP: Religion, spirituality and health care: Social, ethical and practical considerations. *Am J Med* 2001, 110 (4): 283-287.
51. Anandarajah G, Hight E: Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001, 63: 81-89.
52. Puchalski CM, Romer L: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Pall Med* 2000, 3: 129-137.