

**Maciej Wiktor Klimasiński¹, Joanna Theda², Szczepan Cofta³,
Daria Springer³, Katarzyna Wieczorowska-Tobis⁴**

¹ Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu

² Student Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii oraz Onkologii Pulmonologicznej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, UM Poznań

⁴ Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, UM Poznań

Opieka duchowa w medycynie: duchowość a postrzeganie choroby, radzenie sobie z cierpieniem – ankietowe badanie ilościowe na polskiej populacji dorosłych chorych przewlekle

Spiritual care in medicine: spiritual perception of illness,
spiritual coping with suffering – a quantitative survey
study on the Polish population of chronically ill adults

STRESZCZENIE

Opieka duchowa jest odpowiedzią na potrzeby duchowe chorych. Aby rozwijać tę dziedzinę w Polsce, potrzebne jest rozpoznanie, co jest dla polskich pacjentów najbardziej pomocne. Celem pracy jest ustalenie, jak duchowość wpływa na postrzeganie choroby przewlekłej oraz jakie czynności podejmują chorzy, aby radzić sobie z cierpieniem. W badaniu ankietowym opartym na autorskim kwestionariuszu uczestniczyło 204 pacjentów.

Dla ponad połowy wiara stanowiła źródło wsparcia w chorobie. Najczęściej wybieranym przekonaniem było to, że Bóg ma plan na ich życie i nie dopuścił choroby bez powodu. Najczęściej podejmowanymi przez chorych czynnościami duchowymi były: modlitwa, przyjmowanie sakramentów i uczestnictwo w nabożeństwach. Najsilniejszym predyktorem dla podejmowania tych praktyk było postrzeganie wiary jako źródła wsparcia w chorobie. Otrzymane wyniki wskazują na to, że perspektywa duchowa umożliwiła wierzącym pacjentom nadanie sensu trudnemu doświadczeniu

Adres do korespondencji: klimasinski@gmail.com, ORCID: Maciej Wiktor Klimasiński – 0000-0003-1575-2531; Szczepan Cofta – 0000-0002-8849-5487; Katarzyna Wieczorowska-Tobis – 0000-0003-4017-3013

Brak źródeł finansowania

choroby. Dlatego należy wspierać ich w korzystaniu z zasobów religijnych. Natomiast do pozostałych chorych szczególnie kierować należy pozareligijną opiekę duchową.

Słowa kluczowe: opieka duchowa, duchowe radzenie sobie, postrzeganie choroby

ABSTRACT

Spiritual care is an answer to the spiritual needs of the sick. In order to develop this field in Poland, recognition is needed about what exactly is helpful for the patients. The purpose of this research is to determine how spirituality affects the perception of chronic illness and what spiritual actions patients undertake to cope with suffering. 204 people filled in an original questionnaire. For more than half of them, faith is a source of support in illness. The most often selected answer was the belief that God has a plan for their lives and did not allow illness without a reason. The most frequent spiritual activities chosen by the patients were: prayer, receiving the sacraments and participating in services. The strongest predictor for undertaking those practices was the perception of faith as a source of support in illness. The obtained results show that the spiritual perspective enables some patients to find meaning in the difficult experience of a chronic disease. Therefore, they should be supported in using religious resources. Non-religious spiritual care should be especially available for other patients.

Keywords: spiritual care, spiritual coping, perception of illness

Wprowadzenie

Choroba przewlekła, nawet optymalnie leczona, ale wciąż związana z okresami zaostrzeń, uciążliwą terapią i innymi niedogodnościami, stanowi źródło głębokiego cierpienia zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym, jak i duchowym (Johnson-Taylor, 2008; Pawlak, 2000; Bartoszek i wsp., 2017). W swojej sytuacji osoba chora zmaga się z różnymi ograniczeniami, niejednokrotnie odczuwając przy tym frustrację i bezsilność. Przeżywaniu choroby, szczególnie śmiertelnej lub nieuleczalnej, towarzyszy świadomość przemijalności i kruchości ludzkiego istnienia (Bartoszek i wsp., 2017). W obliczu trudnych doświadczeń pojawiają się refleksje egzystencjalne – chorzy weryfikują, co jest dla nich naprawdę istotne i wartościowe, zadają sobie pytania o sens życia, nadzieję i przebaczenie (Pawlak, 2000; Kromolicka, 2011; Puchalski, 2012, 2013; Uchmanowicz, 2012; Park, 2014).

Próby zrozumienia cierpienia kierują uwagę chorych ku transcendencji, czyli rzeczywistości niedostępnej poznaniu zmysłowemu

(Kromolicka, 2011; Uchmanowicz, 2012; Heszen-Niejodek i wsp., 2004; Sajja i wsp., 2017). Wyraża się to w postawie przyjmowanej wobec „siły wyższej”, czynnika wiecznego, kosmicznego oraz w relacji z drugim człowiekiem (Kromolicka, 2011; Sajja i wsp., 2017; Puchalski i wsp., 2014; Anandarajah i wsp., 2001). Dla osób wierzących fundamentem duchowych przekonań jest istnienie Boga, któremu powierzają kontrolę nad swoją egzystencją (Dyess, 2011) i w którym upatrują źródła życia, pokoju oraz inspiracji (Puchalski i wsp., 2014; Łuczak, 2009). Jakkolwiek często duchowość wiąże się z religijnością, stanowi ona atrybut każdego człowieka, również gdy nie identyfikuje się on z żadnym wyznaniem (Puchalski, 2012; Puchalski i wsp., 2014; Heszen-Niejodek i wsp., 2004; Łuczak, 2009; Pronk, 2005). Można ją rozumieć jako wewnętrzny zasób zdrowia, będący źródłem wsparcia w radzeniu sobie z ciężarem choroby (Büssing, 2010; Vincensi, 2019). Niektóre z przekonań duchowych, takie jak nadzieja na życie po śmierci, pozwalają choremu ujrzeć przeżywane cierpienie w innej, nadprzyrodzonej

perspektywie, pomagając mu zaakceptować trudne okoliczności oraz odnaleźć optymizm pomimo braku nadziei na powrót do zdrowia (Vincensi, 2019).

Duchowość determinuje stosunek pacjentów do przeżywanej choroby oraz ich możliwości radzenia sobie z cierpieniem (Motyka i wsp., 2019; Galanter i wsp., 2009; Renz i wsp., 2015). Wielu z nich chciałoby, żeby lekarze uwzględniali ten czynnik w procesie leczenia (Klimasiński i wsp., 2017). Rozpoznawanie potrzeb duchowych pacjentów i odpowiedź na nie stanowi cel opieki duchowej, która skierowana jest do wszystkich chorych bez względu na wyznanie (Anandarajah i wsp., 2001; Pronk, 2005). Specjalistyczne kompetencje w dziedzinie wsparcia duchowego posiadają kapłani, natomiast każdy pracownik szpitala może udzielić pomocy duchowej w podstawowym zakresie, m.in. poprzez cierpliwe wysłuchanie pacjenta (Anandarajah i wsp., 2001). Choć znaczenie opieki duchowej stopniowo wzrasta, czego dowodem jest powołanie w 2015 roku Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, potrzeby duchowe pacjentów są często marginalizowane przez personel medyczny, który utożsamia je z praktykami religijnymi, pozostającymi domeną kapłanów szpitalnych (Büssing i wsp., 2010). Lekarze nie są dobrze przygotowani, by radzić sobie z duchowym wymiarem choroby pacjenta, ponieważ jest to aspekt bardzo osobisty i trudny do uchwycenia (Bergamo i wsp., 2016). Wobec wyraźnej potrzeby rozwoju opieki duchowej w medycynie konieczne jest poszerzenie badań w tym zakresie.

Cel pracy

Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na następujące pytania: w jaki sposób duchowość pacjentów wpływa na postrzeganie przez nich swojej choroby; jakie czynności ze sfery duchowej pacjenci podejmują, aby radzić sobie z cierpieniem; którzy pacjenci szczególnie korzystają z praktyk duchowo-religijnych?

Opis grupy badanej

Ankiety wypełniło 204 pacjentów. 61,4% badanych stanowiły kobiety, a 38,6% mężczyźni. Średnia wieku wyniosła 52,9 lata (18–94 lat). Najczęściej zgłaszanym rozpoznaniem była mukowiscydoza (25,4%), następnie: inna choroba płuc (11,6%), pierwotna choroba serca (11,1%), nowotwór (11,1%), POChP (10,6%), nadciśnienie tętnicze (10,1%), choroba układu (5,3%), astma (4,2%), cukrzyca (3,7%), zapalenie płuc (3,7%), bezdech senny (3,2%). Ponad połowa badanych określiła, że ich choroba zagraża życiu (59,6%). Prawie wszyscy badani (89,5%) określili się jako katolicy, 6,5% jako ateści, a 4,0% jako osoby innego wyznania. 62% badanych podało, że nie uczestniczy w życiu grupy/wspólnoty religijnej.

Na przeprowadzenie badania zgodę wyraziła dyrekcja Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Kryteria włączenia do badania obejmowały: hospitalizację na Oddziałach: Pulmonologii, Alergologii, Onkologii, Kardiologii, Hipertensjologii i Chorób Metabolicznych lub leczenie w Poradni Leczenia Mukowiscydozy w Poznaniu w latach 2017–2018 oraz wyrażenie świadomej zgody na udział. Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu badania i miały zapewnioną poufność.

Metoda i narzędzia

Autorski kwestionariusz porusza szereg zagadnień związanych z religijnością, wiarą, duchowością i ich wpływem na postrzeganie choroby: wyznanie religijne (pytanie C1, wielokrotnego wyboru), uczestnictwo w życiu konkretnej wspólnoty/grupy religijnej (pytanie C2, dychotomiczne), traktowanie wiary jako źródła siły do radzenia sobie z chorobą (pytanie C3, skala Likerta), przekonania duchowe związane z chorobą (pytanie C4, wielokrotnego wyboru) oraz czynności duchowe podejmowane w celu radzenia sobie z cierpieniem (pytanie C5, wielokrotnego wyboru, podzielone na dwa wskaźniki: „ogólnoduchowe” i „typowo religijne”). Część M zawierała

pytania demograficzne, rozpoznanie chorobowe oraz pozycję mającą określić nasilenie choroby w ocenie subiektywnej pacjenta: czy uważa Pan/Pani, że choroba realnie zagraża Pana/Pani życiu (skala Likerta). We wszystkich pytaniach zawierających skalę Likerta częstość występowania danego zjawiska obliczano za pomocą dodawania częstości odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak”. Kwestionariusz został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (Uchwała nr 709 z dnia 16.06.2016).

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 25. Za jego pomocą wykonano testy Shapiro–Wilka, szereg analiz korelacji r Pearsona oraz ρ Spearmana, a także testy t Studenta dla prób niezależnych wraz z testem Manna–Whitneya. Za poziom istotności przyjęto $\alpha < 0,05$. Analizę wieloczynnikową wykonano za pomocą programu Statistica 12, wykorzystując regresję logistyczną dla dychotomicznych zmiennych zależnych oraz regresję liniową dla ilościowych zmiennych zależnych.

Wyniki

Niewiele więcej niż połowa wszystkich pacjentów (54,7%) podała, że wiara jest dla nich źródłem siły do radzenia sobie z ciężarem choroby. Najczęstszym (51,1%) przekonaniem duchowym związanym z chorobą było stwierdzenie, że Bóg ma plan na ich życie i nie dopuścił choroby bez powodu. Tylko 13% osób nie zaznaczyło żadnej odpowiedzi, zatem można podsumować, że 87% dzięki wierze nadaje różne znaczenia doświadczeniu choroby. Pozostałe przekonania umieszczono w Tabeli 1. Najczęstszą czynnością podejmowaną w celu radzenia sobie z cierpieniem była modlitwa (76%). Pozostałe czynności umieszczono w Tabeli 2.

Rozpoczynając analizy zależności, sprawdzono, jak wyglądają rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wykonano podstawowe statystyki opisowe oraz test Shapiro–Wilka (Tabela 3).

Wyniki testu informują o tym, że rozkłady wszystkich zmiennych są istotnie statystycznie różne od rozkładu normalnego.

Tabela 1. Jak chorzy postrzegają swoją chorobę przez pryzmat wiary?

Postrzeganie choroby	Częstość
Wierzę, że Bóg ma plan na moje życie, nie dopuścił choroby bez powodu	51,1%
Wierzę, że Bóg może mnie uzdrowić	37,1%
Czuję, że cierpienie uczy mnie posłuszeństwa, cierpliwości, pokory	33,7%
Dzięki wierze jestem pogodzony ze swoją chorobą	33,1%
Cierpienie jest tajemnicą	31,5%
Mam nadzieję na życie wieczne bez cierpienia	24,2%
Dzięki chorobie jestem mniej skoncentrowany na sobie, czuję miłość do innych	23,6%
Poprzez chorobę pokutuję za swoje grzechy	20,2%
Choroba jest wartością, mogę ofiarować swoje cierpienie za innych	16,3%
Choroba jest dla mnie możliwością naśladowania, przybliżenia się do Chrystusa	15,2%
Przyjmuję chorobę jako dar	9,0%
Dzięki chorobie doznałem nawrócenia	7,9%

Tabela 2. Jakie praktyki podejmują chorzy, aby radzić sobie z cierpieniem?

Rodzaj praktyk	Częstość
Wskaźnik „praktyki ogólnoduchowe”	
Podejmuję osobistą modlitwę	76%
Powierzam swoją sytuację Bogu	27%
Podejmuję służbę innym ludziom	23%
Rozmawiam z innymi o Bogu i wierze	21%
Ofiarowuję swoje cierpienie w intencji innych osób	14%
Dzielę się swoją wiarą	13%
Czytam lektury o tematyce duchowej	10%
Podejmuję posty, umartwienia	10%
Wskaźnik „praktyki typowo religijne”	
Przyjmuję sakramenty	43,5%
Biorę udział w nabożeństwach	38,4%
Śpiewam religijne pieśni	18%
Adoruję Najświętszy Sakrament	17,5%
Modłę się we wspólnocie	13%
Czytam Pismo Święte	11%

Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testowaniem normalności rozkładu

Zmienne ilościowe	M	Mdn	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Max.	S-W	p
wiek	52,91	58,00	19,70	-0,24	-1,09	18,00	94,00	0,95	<0,001
czy choroba realnie zagraża życiu?	3,60	4,00	1,16	-0,42	-0,92	1,00	5,00	0,88	<0,001
czy wiara jest zasobem w chorobie?	3,35	4,00	1,32	-0,49	-0,71	0,00	5,00	0,90	<0,001
sposoby ogólnoduchowe	1,70	1,00	1,88	1,76	2,81	0,00	8,00	0,76	<0,001
sposoby typowo religijne	1,24	0,00	1,66	1,35	0,93	0,00	6,00	0,76	<0,001

Tabela 4. Analiza korelacji pomiędzy zmiennymi

Rodzaj praktyk	Wiek	Płeć	Choroba zagraża życiu	Uczestnictwo w życiu grupy religijnej	Wiara zasobem w chorobie
Sposoby ogólnoduchowe	<i>rho</i> Spearmana 0,22	<i>t</i> studenta 2,10	<i>rho</i> Spearmana -0,02	<i>t</i> studenta 2,89	<i>rho</i> Spearmana 0,47
	$p < 0,002$	$p < 0,038$	$p < 0,760$	$p < 0,005$	$p < 0,001$
Sposoby typowo religijne	<i>rho</i> Spearmana 0,29	<i>t</i> studenta 2,89	<i>rho</i> Spearmana -0,11	<i>t</i> studenta 3,23	<i>rho</i> Spearmana 0,43
	$p < 0,001$	$p < 0,005$	$p < 0,134$	$p < 0,002$	$p < 0,001$

Tabela 5. Wieloczynnikowa regresja liniowa; metoda „wprowadzania”

Zmienna „praktyki ogólnoduchowe”; skorygowane $R^2 = 0,227$				
Predyktor	<i>B</i>	Błąd standardowy	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Wiara zasobem w chorobie	0,455	0,105	0,306	< 0,001
Wiek	0,021	0,007	0,216	< 0,002
Uczestnictwo w życiu grupy religijnej	0,750	0,268	0,192	< 0,006
Płeć	-0,369	0,264	-0,096	< 0,164
Zmienna „praktyki typowo religijne”; skorygowane $R^2 = 0,228$				
Predyktor	<i>B</i>	Błąd standardowy	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Wiara zasobem w chorobie	0,362	0,092	0,280	< 0,001
Wiek	0,019	0,006	0,231	< 0,001
Uczestnictwo w życiu grupy religijnej	0,688	0,234	0,203	< 0,004
Płeć	-0,397	0,230	-0,118	< 0,086

Znaczne odchylenie od krzywej Gaussa potwierdza także wartość skośności przekraczająca umowną wartość bezwzględną równą 1. W związku z tym wykonane zostały testy nieparametryczne.

W Tabeli 4 zebrano wyliczone współczynniki korelacji zmiennych ilościowych oraz wyniki testów *t* Studenta dla zmiennych dychotomicznych. Do istotnych statystycznie należą związki pomiędzy podejmowaniem praktyk „ogólnoduchowych” oraz „typowo religijnych”

a wiekiem, płcią, uczestnictwem w życiu grupy religijnej oraz traktowaniem wiary jako zasobu w chorobie.

Następnie wykonano analizę wieloczynnikową, aby dowiedzieć się, który z wyżej wymienionych predyktorów (zmiennych niezależnych) jest najsilniejszy (Tabela 5). Zarówno dla podejmowania praktyk „ogólnoduchowych” oraz „typowo religijnych” najsilniejszym predyktorem okazała się „wiara jako zasób w chorobie”, a słabszymi: wiek oraz

uczestnictwo w życiu grupy religijnej. Płeć okazała się nie być niezależnym predyktorem dla żadnego wskaźnika.

Dyskusja

Dostępny jest instrument służący do oceny różnych aspektów duchowo-religijnych istotnych dla pacjentów chorych przewlekle o nazwie SpREUK (Büssing i wsp, 2014). Był walidowany w Polsce i zawiera pytania podobne do użytych w obecnym badaniu (dotyczące zaufania sile wyższej, przekonania, że dostęp do treści duchowych może mieć pozytywny wpływ na chorobę, przekonania, że choroba ma sens, jest szansą na rozwój, przekonania, że śmierć nie jest końcem). Jego autorzy opisują również inne narzędzia służące do pomiaru duchowości dostępne w języku polskim. Jeden z nich, Kwestionariusz Samoopisu, w odróżnieniu do SpREUK nie jest wprost skierowany do osób chorych oraz odwołuje się bezpośrednio do Boga i tradycji chrześcijańskiej (Heszen-Niejodek, 2004). Zawiera m.in. pozycję: „wiera w Boga pozwala mi przetrwać trudne chwile w życiu”.

W obecnym badaniu 54,7% badanych podało, że wiara jest dla nich wsparciem w radzeniu sobie z chorobą. Jest to wynik podobny do doniesień Koeniga (1998). Przeprowadził on kwestionariusz wśród 455 pacjentów powyżej 60. roku życia hospitalizowanych na oddziałach kardiologii, neurologii i medycyny ogólnej w USA. Ponad 40% spontanicznie zgłosiło, że wiara jest najważniejszym czynnikiem, który umożliwił im radzenie sobie z chorobą. Inna sytuacja ma miejsce w Niemczech, gdzie według Büssinga i wsp. (2013) tylko dla 29% z 213 pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane wiara jest ostoją w trudnych chwilach. Dostępne są również badania z innych kręgów kulturowych. Kumar i wsp. (2017) ankietowali ponad 1000 pacjentów leczonych radioterapią w Indiach. 45% z nich wskazało, że duchowość pomaga im radzić sobie z chorobą. Badana populacja składała się w 73% z wyznawców hinduizmu, 21% sikhizmu i 3,5% islamu.

Autorów obecnego badania interesowało poznanie, jakie dokładnie przekonania duchowe posiadają chorzy na temat choroby. Najczęściej podawanym przez ankietowanych było: *Bóg ma plan na moje życie i nie dopuścił choroby bez powodu*. Wg Godlewskiej i Gebreselassie (2018) dla osób wierzących cierpienie jest często postrzegane jako wola Boża, z którą należy się pogodzić i przyjąć. Nie jest to jednak równe postawie bierności. Duchowość umożliwia traktowanie niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju i odnajdywanie w nich głębszego sensu (Godlewska, Gebreselassie, 2018), co prowadzi do nadania im bardziej pozytywnego znaczenia. Ogińska-Bulik (2014) badała 90 osób chorych przewlekle. 40% z nich ujawniło wysoki poziom potraumatycznego rozwoju (m.in. w zakresie doceniania życia i w relacjach z innymi) w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń.

Autorów interesowało również to, jakie konkretne aktywności z zakresu duchowości podejmują osoby chore przewlekle, aby poradzić sobie z cierpieniem. Najczęściej podawanym sposobem była modlitwa (75,7%). Jest to nawet większy odsetek niż podawany przez Kumara i wsp. (2017), gdzie 58% badanych przez nich pacjentów podało, że praktykuje w tym celu medytację. Otwarte pozostaje pytanie, czy modlitwa i medytacja działają na chorych pozytywnie tylko poprzez relaksację i zmniejszenie poziomu stresu. Następne aktywności podejmowane przez chorych w obecnym badaniu (w kolejności pod względem częstości) to: przyjmowanie sakramentów (43,5%) oraz branie udziału w nabożeństwach (38,4%). Traktowanie choroby jako wynik działania „tajemnych mocy” i podejmowanie wysiłków, aby uzyskać przychylność „siły wyższej” poprzez składanie ofiar czy modlitwę, może mieć cechy myślenia magicznego (Godlewska, Gebreselassie, 2018). Może jednak nie być całkowicie jałowe. McCullough i wsp. (2000) w metaanalizie 42 badań, które obejmowały łącznie około 126 tysięcy osób, wykazali, że osoby regularnie uczestniczące w nabożeństwach religijnych mają o 29%

wyższą szansę na dłuższe życie w porównaniu do osób mniej religijnych. W obecnym badaniu 38,4% ankietowanych podało, że bierze udział w nabożeństwach, aby radzić sobie z cierpieniem.

Większość religii zawiera treści związane z sensem cierpienia oraz dodawaniem otuchy człowiekowi cierpiącemu. Przykładowo, Kościół Katolicki naucza, że cierpienie jest okazją do okazania miłosierdzia drugiemu człowiekowi (Jan Paweł II, 1984: KKK 1522). Uznaje także możliwość ofiarowania go Bogu w intencji innych ludzi, podobnie jak ofiarowuje się modlitwą czy post (Jan Paweł II, 1984). Dzięki temu pacjent może podjąć „niezastąpioną służbę”, przyczyniając się do zbawienia innych ludzi (KKK 1521). Wielebski (2015) pytał 350 chorych przebywających w szpitalach w Otwocu, Poznaniu i Lublinie, czy podejmują ofiarowanie cierpienia w intencji innych osób. Następnie powtórzył badanie po 16 latach na grupie 204 chorych przebywających w tych samych szpitalach. W 1998 roku aż 67,7% osób odpowiedziało pozytywnie, a w 2014 roku 27,1%. Można zatem zauważyć malejący trend co do tej praktyki, gdyż w bieżącym badaniu (2017/2018 rok) jedynie około 15% osób podało, że ofiarowuje swoje cierpienie.

Wyszczególniono trzy ważne ograniczenia obecnego badania. Pierwszym jest to, że nie jest ono długofalowe i nie określa, czy podejmowanie praktyk duchowych zmienia się w czasie. Co za tym idzie, nie zawsze można ustalić, co było przyczyną, a co skutkiem. Przykładowo: czy przez to, że pacjent jest zaangażowany w życie grupy religijnej, częściej podejmuje osobistą modlitwę? Czy może fakt, że często podejmuje taką praktykę, doprowadził do tego, że zaangażował się w uczestnictwo we wspólnocie religijnej?

Drugim ograniczeniem jest brak analizy tego, czy nastąpiła jakakolwiek zmiana w postrzeganiu wiary jako wsparcia w chorobie i podejmowania praktyk duchowych po rozpoznaniu choroby. Turhal i wsp. (2016) opisali 235 tureckich pacjentów, z których część była chora na raka, a część na choroby przewlekłe. 98% z nich było muzułmanami. Najbardziej

znaczące zmiany po rozpoznaniu choroby to: 45-procentowy spadek w podejmowaniu postów i 25-procentowy spadek dotyczący pielgrzymowania. Natomiast Kumar i wsp. (2017) odnotowali, że u 69% z ponad 1000 ankietowanych Hindusów doszło do wzrostu wiary z powodu choroby. Również Roberts i wsp. (1997) donieśli, że 49% ze 108 kobiet chorujących na nowotwór układu rozrodczego stało się bardziej religijne od czasu diagnozy, natomiast żadna nie stała się mniej religijna.

Trzecim ograniczeniem jest to, że obecne badanie nie weryfikuje, czy podejmowane sposoby radzenia sobie z chorobą są skuteczne. Czy wpływają w jakikolwiek sposób na: intensywność objawów, zadowolenie ze skuteczności leczenia oraz na zadowolenie z życia? Wachholtz i wsp. (2007) dokonali przeglądu literatury dotyczącej wpływu religijności na tolerancję bólu. Korzystanie z duchowości korelowało z większym poczuciem spokoju wewnętrznego, zmniejszeniem lęku i poprawą samopoczucia, a bardziej pozytywny nastrój korelował ze zmniejszoną wrażliwością na ból.

Wnioski

Jak nakreślili Motyka oraz Jedynak (2019) w nowoczesnych społeczeństwach często nie dostrzega się żadnej pozytywnej wartości cierpienia spowodowanego chorobą i stara się je wyeliminować za wszelką cenę, nawet poprzez eutanazję. Skoro duchowość umożliwia pacjentom nadanie sensu trudnemu doświadczeniu choroby przewlekłej, to należy ich w tym wspierać, co zapewnia im wzrost. Te osoby, dla których wiara jest źródłem wsparcia w chorobie, mają często zaufanie do Boga i nie załamują się, znajdują sens cierpienia poprzez modlitwę, przyjmowanie sakramentów i uczestnictwo w nabożeństwach. Pozostaje natomiast pytanie co z osobami, które są niewierzące, „wierzące, ale niepraktykujące” albo które uczestniczą w życiu Kościoła, ale wiara nie jest dla nich źródłem sensu, wsparcia i nadziei. Nawet osoba bardzo religijna doświadczona szczególnie nieszczęściem przeżywa

konflikt i napięcie w obszarze wiary i może buntować się przeciwko Bogu, czuć się przez niego karana i utracić z nim relację.

Pozareligijna opieka duchowa jest odpowiedzialnością na te sytuacje, gdyż nie ma nic wspólnego z prozelityzmem, a stanowi pomoc w poszukiwaniach egzystencjalnych. Rolą personelu medycznego jest udzielanie pozareligijnego wsparcia poprzez nawiązywanie odpowiedniej relacji z chorym. Odbywa się to poprzez okazywanie zainteresowania i współczucia, dostosowanie stylu komunikacji, dawanie otuchy. Z pewnością konieczne są dalsze badania, które umożliwią wypracowanie najlepszego modelu takiej opieki duchowej w Polsce.

Piśmiennictwo

- Anandarajah G., Hight E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*, 63, 81–89.
- Bartoszek A., Wuwer A., Surmiak W., Kania W. (2017). *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Bergamo D., White D. (2016). Frequency of Faith and Spirituality Discussion in Health Care. *Journal of Religion and Health*, 55, 2, 618–630.
- Büssing A. (2010). Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions*, 1, 9–17.
- Büssing A., Franczak K., Surzykiewicz J. (2016). Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness in Polish Patients with Chronic Diseases: Validation of the Polish Version of the SpREUK Questionnaire. *Journal of Religion and Health*, 55, 1, 67–84.
- Büssing A., Koenig HG. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1, 18–27.
- Büssing A., Wirth A.-G., Humbroich K., Gerbershagen K., Schimrigk S., Haupts M., Baumann K., Heusser P. (2013). Faith as a resource in patients with multiple sclerosis is associated with a positive interpretation of illness and experience of gratitude/awe. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*, 128 575.
- Dyess S. (2011). Faith: A concept analysis. *J Adv Nurs*, 67, 2723–2731.
- Galanter M., Glickman L., Dermatis H., Tracy K., McMahon C. (2009). Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia. *Psychiatria po Dyplomie*, 6, 1, 28–35.
- Godlewska D., Gebreselassie J. (2018). Religia a zdrowie i choroba. *Język. Religia. Tożsamość*, 1, 17, 223–236.
- Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, 47, 1, 15–31.
- Jan Paweł II (1984). *List Apostolski Salvifici Doloris*, 7. *Miłosierny Samarytanin*; pkt 30.
- Jan Paweł II (1984). *List Apostolski Salvifici Doloris*, 6. *Ewangelia cierpienia*; pkt 27
- Johnston-Taylor E. (2008). *Co powiedzieć?* Kraków: WAM.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Kanon 1521.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Kanon 1522
- Klimasiński M.W., Płocka M., Neumann-Klimasińska N., Pawlikowski J. (2017). Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań. *Medycyna Praktyczna*, 3, 128–133.
- Koenig H. (2008). *Medicine, Religion and Health*. West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Koenig H.G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 13, 4, 213–224.
- Kromolicka B. (2011). Holistyczny charakter opieki nad przewlekłe i terminalnie chorymi. Kraków: P. (red.), *Przewlekłe chory w domu*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 258–272.
- Kumar D., Goel N.K., Pandey A.K., Dimri K. (2017). Perspectives of cancer patients regarding spirituality and its role in cancer cure. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3, 8, 2248–2257.
- Łuczak J. (2009). Kapelan szpitalny – oczekiwania personelu medycznego. Moćko K. (red.), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym – zapis konferencji. Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 14–24.
- McCullough M.E., Hoyt W.T., Larson D.B., Koenig H. G., Thoresen C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 3, 211.
- Motyka M., Jedynek W. (2019). Egzystencjalna rola choroby. *Zeszyty Naukowe KUL*, 62, 3, 247.
- Ogińska-Bulik N. (2014). Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10, 3, 3–16.
- Park C. (2014). Meaning, spirituality, and health. *Rev Pstis Prax Teol Pastor Curitiba*, 6, 17–31.

- Pawlak Z. (2000). Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. *Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna II*, 1, 83–84.
- Pronk K. (2005). Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care*, 22, 419.
- Puchalski C.M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 23, 49–55.
- Puchalski C.M. (2013). Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*, 123, 491–497.
- Puchalski C.M., Vitillo R., Hull S.K., Reller N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med*, 17, 642–656.
- Renz M., Mao MS., Omlin A. i wsp. (2015). Spiritual experiences of transcendence in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 32, 178–188.
- Roberts J. A., Brown D., Elkins T., Larson D.B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 1, 166–72.
- Sajja A., Puchalski C.M. (2017). Healing in modern medicine. *Ann Palliat Med*, 6, 206–210.
- Turhal N.S., Akinci F., Haciabdullahoglu Y., Dolmanci M., Sari A., Gurhan N., Mutlu A., Ozdemir F., Artac M., Kilickap S. (2016). Changes in lifestyle upon diagnosis of cancer or other chronic illnesses: A Turkish Oncology Group study. *Journal of Health Psychology*, 23, 4, 561–566.
- Uchmanowicz E. (2012). Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Piel Zdr Publ*, 1, 2, 67–72.
- Vincenzi B.B. (2019). Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 6, 2, 104–110.
- Wachholtz A.B., Pearce M.J., Koenig H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med*, 30, 311–318.

Praca zgłoszona do czasopisma: 3.03.2020 / praca zaakceptowana do druku: 14.04.2020

Manuscript received: 3.03.2020 / manuscript accepted: 14.04.2020