

# Wpływ przekonań religijnych na ocenę pracy pielęgniarki w percepcji pacjentów

*The impact of nurses' faith on their work in the patients' perception*

Agnieszka Lankau<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>, Irena Wrońska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup>Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

## Streszczenie

**Wstęp:** Praktyki religijne są jednym z najważniejszych czynników pozwalających przewidywać dobrostan psychiczny.

**Cel pracy:** Ocena wpływu przekonań religijnych na pełnienie funkcji zawodowych przez pielęgniarki w percepcji pacjentów.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 150 pacjentów i wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy.

**Wyniki:** Zdaniem 45,3% chorych wyznanie nie wpływa na wybór zawodu, jakość wykonywanych zadań zawodowych (62,3%), ale wpływa na np. przetaczanie krwi (50%). Ponad połowa (60%) uznała, że wyznanie pielęgniarki nie ma znaczenia. W przypadku sprzeczności terapii z poglądami religijnymi chorego pielęgniarka powinna skonsultować swoje działanie z inną pielęgniarką (42%), a gdy z jej wyznaniem – przekazać opiekę nad pacjentem innej osobie (47,3%). W szpitalu chorzy mają prawo do opieki duszpasterskiej (93,3%), swobodnego dostępu do kapłana (87,2%) i do praktyk religijnych (88,7%). Uwzględnianie w pracy sfery duchowej chorego przez lekarza miało znaczenie dla 36% pacjentów, a przez pielęgniarkę dla 37,3% osób.

**Wnioski:** Pacjenci w większości określali się jako osoby wierzące i praktykujące, twierdząc, że religia w ich życiu odgrywa bardzo ważną rolę, a zachętą do pogłębiania życia religijnego byłyby życiowe problemy i kłopoty (choroby, śmierć). Wartościami najbardziej preferowanymi przez chorych były szczęście rodzinne, dobre zdrowie oraz wiara/religia. Większość chorych zadeklarowała, że wyznanie nie wpływa na wybór zawodu, jakość wykonywanych zadań zawodowych i nie ma znaczenia wyznanie pielęgniarki sprawującej nad nimi opiekę. W opinii większości chorych w przypadku zaistnienia sprzeczności terapii z poglądami religijnymi chorego lub pielęgniarki powinna ona przekazać opiekę nad pacjentem innej pielęgniarence.

**Słowa kluczowe:** wyznanie, pacjent, pielęgniarka.

## Abstract

**Introduction:** Religious practices are one of the most important factors for predicting psychological well-being.

**Aim of the study:** To assess the impact of nurses' faith on the professional functions of in the patients' perception.

**Material and methods:** The study included 150 patients. We used the original questionnaire.

**Results:** According to the majority of patients, religion does not affect the choice of a profession (45.3%), the quality of professional tasks (62.3%), but affects to some treatments, such as blood transfusion (50%). Sixty percent of the respondents reported that the nurse religion did not matter. In case of conflict with the religious views of therapy, the patient nurse should consult their action with another nurse (42%). And, when it conflicts with nurse belief, she should transfer the patient to another nurse (47.3%). When patients staying in a hospital, they have the rights to pastoral care (93.3%), to free access to a priest (87.2%), and the religious practices (88.7%). According to 36% of the physicians and 37% of nurses the patients' faith was important.

**Conclusions:** According to patients, most preferred values were family happiness, good health, and faith. The majority of patients declared that religion did not affect the choice of a profession, and on nurses care. Most of the patients reported that in the case of faith conflicts with therapy, the patient should be transferred to another nurse.

**Key words:** faith, patient, nurse.

Adres do korespondencji:

Prof. Elżbieta Krajewska-Kulać, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, email: elzbieta.krajewska@wp.pl

Kultura zdrowotna, za Tobiasz-Adamczyk [1], obejmuje szeroko rozumiany „system wartości przypisywanych zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, obiektywnemu i subiektywnemu, jednostkowemu i publicznemu, przejawiając się w świadomym regulowaniu relacji człowiek – środowisko, w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz wrażliwości na potrzeby zdrowotne, a zwłaszcza na cierpienia innych osób”.

Field [2], w zależności od uwarunkowań kulturowych, wyróżnia pięć rodzajów reakcji na chorobę:

- religijną – akceptacja choroby i śmierci bez zastrzeżeń, ze względu na ich uwarunkowanie działaniem sił wyższych niepodlegających kontroli człowieka, i przypisywanie im znaczenia symbolicznego („Bóg dał, Bóg wziął”, „kara za grzechy”);
  - magiczną – próba zajęcia postawy czynnej wobec choroby traktowanej jako rezultat działania bogów lub innych tajemnych mocy, których przychylność trzeba zdobyć (np. modlitwa za zmarłego, składanie ofiar);
  - opiekuńczo-pielęgniacyjną – związaną z psychologiczną opieką i emocjonalnym wsparciem pacjenta, ukierunkowaną na zmniejszenie stresu pacjenta i wzbudzenie poczucia zaufania i bezpieczeństwa;
  - medyczną (instrumentalną) – obejmującą świadczenia związane z opanowaniem choroby za pomocą środków naukowych.
- Pargament [3] natomiast zwraca uwagę na trzy sposoby „religijnego” radzenia sobie z chorobą:
- współpracujący – traktowanie choroby jako aktywny kontakt z Bogiem, a religii jako części któregoś z etapów procesu radzenia sobie ze stresem (np. osoba interpretuje sytuację stresową w kategoriach kary, próby, zadania albo łaski);
  - pasywny – uznanie, że religia wpływa na cały proces radzenia sobie z chorobą, prowadzi do zaakceptowania choroby i uznania jej za swój los, czego konsekwencją może być np. odwlekanie wyborów i decyzji dotyczących leczenia;
  - aktywny – religia stanowi skutek procesu w wyniku jakiegoś istotnego przewartościowania w zakresie postaw religijnych.

W opinii Libiszowskiej-Żółtkowskiej [4] religia spełnia w odniesieniu do zdrowia pięć ważnych funkcji, takich jak:

- eksplikacyjna i sensotwórcza – objaśniająca i przydająca znaczenia zjawisku zdrowia, choroby i śmierci w kontekście zdefiniowanego religijnie sensu życia i idei Boga;

- normatywna i kontrolna – będąca systemem nakazów i zakazów, sankcjonującym indywidualne i społeczne zachowania wobec zdrowia, choroby i śmierci oraz wyznaczająca granice medycznym eksperymentem, zwłaszcza w dziedzinie genetyki i zapłodnienia pozaustrojowego;
- opiekuńcza i charytatywna – świadczona chorem z pobudek religijnych przez zgromadzenia zakonne, instytucje dobroczynne oraz osoby świeckie;
- terapeutyczna – będąca duchowym wsparciem przez kapłana i wspólnotę wyznaniową;
- uzdrowieńcza – będąca przywracaniem zdrowia mocą sakramentów, praktyk religijnych (zwłaszcza modlitwy), miejsc świętych i relikwii, wstawiennictwa Maryi i świętych, a także charyzmatycznych uzdrowicieli.

Celem pracy była ocena wpływu przekonań religijnych na sprawowanie funkcji zawodowych przez pielęgniarki w percepcji pacjentów.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody nr R-I-002/244/2009 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2010–2011. Badaniem objęto 150 pacjentów. Ogółem rozdano 180 ankiet, do badania wykorzystano 150.

Zasadnicze badania zostały poprzedzone badaniem pilotażowym w grupie 50 pacjentów, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach.

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza składającego się z trzech części:

- I – ogólnej, zawierającej 7 pytań dotyczących: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, zawodu, częstości korzystania z usług szpitalnych, oddziału, na jakim chory jest hospitalizowany, powód hospitalizacji;
- II – złożonej z 14 pytań dotyczących samooceny religijności, w tym m.in. pytania o: wyznanie, w jakich i jak często praktykach religijnych choroby uczestniczą, o znaczenie religii w ich życiu codziennym, preferowane wartości w życiu, czy ma dla nich znaczenie, aby istotnym momentom życiowym, takim jak np. narodziny, ślub czy śmierć, towarzyszył obrządek religijny, oceny, czy religia odgrywa obecnie na świecie większą czy też mniejszą rolę niż dawniej, o opinie, czy wyznanie religijne powinno wpływać na wybór zawodu, ja-

kie mogą być przyczyny podjęcia lub zwielokrotnienia ich dotychczasowych praktyk religijnych, czy wyznanie religijne mogłoby być powodem nienawiązywania znajomości/przyjaźni, czy wyznanie religijne może być przeszkodą w wykonywaniu zadań zawodowych pielęgniarki;

- III – złożonej z 14 pytań dotyczących oceny przez chorych wpływu religii na funkcje zawodowe pielęgniarki, w tym m.in. o: preferencje co do wyznania religijnego pielęgniarki, która będzie się nim opiekować, czy gdyby podczas pobytu w szpitalu mieli możliwość zmiany pielęgniarki na taką, która by była tego samego wyznania co chory, skorzystaliby z tej szansy, na jakiego typu zabiegi terapeutyczne i pielęgnacyjne może mieć wpływ wyznanie religijne pacjenta i pielęgniarki, co powinna uczynić pielęgniarka, jeżeli staje przed koniecznością wykonania u pacjenta terapii lub zabiegów pielęgnacyjnych, których stosowanie jest sprzeczne z jego lub jej przekonaniem religijnym, a nie ma żadnej alternatywnej terapii, czy choremu w placówkach ochrony zdrowia przysługuje prawo do opieki duszpasterskiej, preferencji co do wyznania pacjenta z sali szpitalnej, czy podczas pobytu w szpitalu chorzy chcieliby mieć możliwość kontaktu z kapłanem, czy podczas pobytu w szpitalu mieli swobodny dostęp do wykonywania praktyk i posług religijnych i jakiego typu były to praktyki, czy lekarze i pielęgniarki powinni włączyć do swojej praktyki medycznej również sferę duchową pacjenta.

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział 150 pacjentów, w tym 39,3% mężczyzn i 59,3% kobiet. Od 1,3% badanych nie uzyskano precyzyjnej odpowiedzi w tej kwestii.

W badanej grupie dominowały osoby w wieku ponad 50 lat (prawie 60% ankietowanych). Respondenci do 20 lat stanowili 0,7% grupy, w wieku 21–30 lat – 11,3%, 31–40 lat – 9,3%, 41–50 lat – 16%, 51–60 lat – 22,7%, 61–70 lat – 25,3%, a powyżej 70. roku życia – 14%. Odpowiedzi nie udzieliło 0,7% badanych.

Większość (63%) ankietowanych pacjentów zamieszkiwała w miastach, na wsi – 35,3% osób, a 2% nie wskazało żadnego miejsca.

W badanej zbiorowości było relatywnie niewiele osób z wykształceniem wyższym (licencjackim – 5,3%, lub magisterskim – 13,3%). Największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (40,7%), pozostałe miały wykształcenie zawodowe (20,7%) i podstawowe (20%).

W omawianej grupie największy odsetek (50%) stanowiły osoby będące na emeryturze bądź rencie. Około 1/3 ankietowanych była aktywna zawodowo, w tym umysłowo pracowało 13,3% osób, fizycz-

nie – 10,7%, a 3,3% jeszcze się uczyło. Aż 22,7% nie wskazało jednoznacznie wykonywanego zawodu.

Większość ankietowanych osób (68,7%) była w szpitalu rzadziej niż raz na rok, 14% było hospitalizowanych co pół roku, 12,7% raz na kwartał, a 4,7% raz w miesiącu.

Najwięcej pacjentów przebywało na oddziałach kardiologicznych (42,7%), pozostali na oddziałach internistycznych (15,3%), neurologicznych (7,3%), urologicznych lub ginekologicznych (po 6,7%), chirurgicznych (4,7%), pediatrycznych (3,3%), ortopedycznych (2,5%), reumatologicznych lub psychiatrycznych (po 0,7%) lub innych (10%).

Najczęstszą przyczyną pobytu pacjentów w szpitalu były choroby układu krążenia (42%) oraz ciąża (6%). Inne przyczyny hospitalizacji to: choroby nerek (4,7%), udary/wylewy (4%), złamanie kończyny lub cukrzyca (po 3,3%), miażdżyca lub choroby układu krążenia (po 2,7%), bóle kręgosłupa, duszność lub operacje tarczycy (po 2%), łagodny rozrost gruczołu krokowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub choroby płuc (po 1,3%), tętniaki, zespół Wolffa-Parkinsona-White'a lub anemia (po 0,7%) oraz inne (19,3%).

Zdecydowana większość pacjentów deklarowała przynależność do kościoła katolickiego (97,3%), pozostali do kościoła prawosławnego (1,3%) lub twierdzili, że są niewierzący (0,7%). Problem z deklaracją miało 0,7% badanych.

Za osoby wierzące i praktykujące uważało się 91,3% chorych. Odmiennej opinii wyraziło 0,7% osób, a 9% nie wypowiedziało się jednoznacznie. Jako „raczej niereligijny” określiło się 2% chorych, jako „obojętny religijnie” – 2% badanych, jako „raczej religijny” – 48% chorych, a jako „bardzo religijny” – 42,7% ankietowanych. Niezdecydowanych w tej kwestii było 5,3% chorych.

Pacjenci deklarowali, że w praktykach religijnych uczestniczą codziennie – 7,4%; kilka razy w tygodniu – 10,7%; raz w tygodniu – 52,3%; kilka razy w miesiącu – 17,4%; kilka razy w roku – 6%, lub tylko z okazji ważnych świąt – 4%. W praktykach religijnych nie uczestniczyło 1,3% badanych, a 0,7% nie wypowiedziało się na ten temat.

W opinii niewielkiego odsetka chorych rola religii w codziennym życiu nie jest ważna (1,3%) lub raczej nie jest ważna (2,7%). Jej rola wydawała się nieistotna 5,3% chorych, a pozostali twierdzili, że rola religii jest raczej ważna (30,7%), bardzo ważna (56,7%) lub jej waga zależy od okoliczności (2%). Problem z odpowiedzią miało 1,3% chorych.

Za najważniejsze wartości w życiu pacjenci uznali szczęście rodzinne (82,7%) i zachowanie dobrego zdrowia (70,7%). Pozostali wymieniali: wiarę/religię (54%), spokój rodziny (52,7%), szacunek do innych ludzi (48,7%), pracę zawodową (40,7%), dobre wykształcenie (39,3%), grono zaufanych przyjaciół

(38%), dobro ojczyzny (36,7%), kontakt z kulturą (10%), dobrobyt/bogactwo (6,7%), możliwość udziału w życiu społeczno-politycznym (5,3%) lub życie pełne przygód i sławę (po 2%).

Badani chorzy za obrzędy bardzo ważne w ich życiu uznali zarówno chrzest (84,7%), ślub (77,3%), jak i pogrzeb (82,7%). Chrzest był raczej ważny dla 10% osób, obojętny lub raczej nieważny – dla po 1,3% chorych, a nieważny dla 0,7% osób. Ślub był raczej ważny dla 13,3% osób, obojętny dla 3,3%, raczej nieważny dla 2% chorych, a nieważny dla 1,3% z nich. Pogrzeb był raczej ważny dla 10,7% osób, a dla po 0,7% obojętny, raczej nieważny lub nieważny. Problem z jednoznaczną deklaracją miało 2% badanych odnośnie do chrztu, 2,7% odnośnie do ślubu i 4,7% odnośnie do pogrzebu.

Respondenci najczęściej uczestniczyli w takich praktykach religijnych, jak: wigilia i kolęda księdza (po 88%), śniadanie wielkanocne (84,7%), sakrament komunii (74%), procesja Bożego Ciała (72,7%), Pierwsza Komunia Święta (68,7%), nawiedzanie kościoła (68%), bierzmowanie (64,7%), śpiewanie kolęd (62,7%) lub pielgrzymki (29,3%). W innych praktykach, bez sprecyzowania jakich, uczestniczyło 8% chorych.

Powodami, które skłoniłyby pacjentów do wzmocnienia aktywności religijnej, byłyby: choroba w rodzinie (42,7%), możliwość poznania Boga (40,7%), strata bliskiej osoby (39,3%), własna choroba lub kontynuowanie tradycji rodzinnej (po 37,3%), potrzeby emocjonalne (34%), piękno liturgii (18,7%), lęk przed negatywną opinią rodziny (2,7%) lub znajomych (1,3%), wstyd przed innymi lub inne bliżej nieokreślone przyczyny (po 2%).

Zdaniem 75% chorych wyznanie nie ma wpływu na nawiązywanie znajomości. Inaczej sądziło 5% ankietowanych, a 20% nie było pewnych, jak odpowiedzieć.

W opinii 25,3% chorych wyznanie odgrywa istotną rolę przy wyborze zawodu. Odmienną opinię wyraziło 45,3% badanych, a 29,3% nie miało w tej kwestii zdania.

Wyznanie nie wpływa na jakość wykonywanych zadań zawodowych wg 62,3% osób, wpływa zaś wg 10,7% chorych. Problem z deklaracją miało 26,8% ankietowanych.

W przypadku prawie 2/3 ankietowanych pacjentów (60%) nie ma znaczenia wyznanie pielęgniarki, która sprawuje nad nimi opiekę medyczną. Co trzecia osoba (32%) wolałaby jednak, żeby była takiego samego wyznania co pacjent, a 8% nie wyraziło jednoznacznie swojej opinii w tej kwestii. Mniej więcej co siódmy respondent (13,3%) gdyby mógł, chciałby zmienić pielęgniarkę na taką, która ma podobny światopogląd religijny.

Zdaniem połowy pacjentów (50%) religia ma wpływ przede wszystkim na wykonywanie zabiegu

przetaczania krwi. W opinii 28% wpływa na podejście do problemu eutanazji, a wg 21,3% do problemu przeszczepu narządów. Niestety, aż 41,7% respondentów nie wyraziło w tej kwestii jednoznacznej opinii.

Zdaniem pacjentów wyznanie pielęgniarki w mniejszym stopniu wpływa na dokonywane przez nią zabiegi medyczne. Aż 42% respondentów stwierdziło, że nie ma ono znaczenia. Jeżeli jednak wyznanie wpływałoby na dokonywane przez pielęgniarkę zabiegi, to dotyczyło to przede wszystkim przetaczania krwi (29,3%), eutanazji (26%) oraz transplantacji (13,3%). Inne zabiegi wskazało 5,3% badanych, a 10% miało problem z odpowiedzią.

Pacjenci w większości byli zdania, że jeżeli dochodzi do sprzeczności terapii z poglądami religijnymi chorego, to pielęgniarka powinna skonsultować swoje działanie z inną pielęgniarką (42%). W opinii 12% badanych powinna mimo wszystko wykonać taki zabieg, a zdaniem 10% odstępować od niego, informując o tym pacjenta. Część (7,3%) chorych uważało, że powinna postąpić inaczej, niż podano powyżej, ale nie sprecyzowali jak, zaś 28,7% miało kłopot z jednoznaczną deklaracją.

Podobnie kształtowały się odpowiedzi na kolejne pytanie dotyczące sytuacji, gdy działania lecznicze byłyby niezgodne z poglądami religijnymi pielęgniarki. W takim przypadku zdaniem chorych powinna ona przekazać opiekę nad pacjentem innej pielęgniarence (47,3% pacjentów), wykonać zabieg sprzeczny z jej przekonaniami (14%), odstępować od zabiegu, informując o tym pacjenta (10%), lub postąpić inaczej, niż podano powyżej, ale nie sprecyzowali jak (2,7%). Problem z odpowiedzią miało 26% badanych.

W przypadku 3/4 respondentów (74,4%) nie miało znaczenia, czy na sali szpitalnej przebywają razem z osobami innych wyznań, 18,7% chciałoby, aby byli to chorzy tego samego wyznania, ale 4% wolałoby, aby do takiej sytuacji nie dochodziło. Nie wypowiedziało się w tej kwestii 2,7% badanych.

Zdecydowana większość chorych (82,7%) uważała, że w szpitalu zawsze powinien być zagwarantowany swobodny dostęp do kapłana jako niezbywalne prawo pacjenta. Odmienną opinię wyraziło 1,3%, nie miało to znaczenia dla 13,3% badanych, a 2,7% miało kłopot z jednoznaczną odpowiedzią.

Również większość pacjentów (88,7%) była zdania, że podczas pobytu w szpitalu chory zawsze powinien mieć prawo do praktyk religijnych. Nie zgadzało się z tym 1,3% badanych, w przypadku 6,7% nie miało to znaczenia, a 3,3% wahało się, jakiej udzielić odpowiedzi.

Ankietowani chorzy zapytani o to, jak powyższe ma się do tego, co obecnie zapewnia szpital, deklarowali w większości (93,3%), że mieli zapewnioną opiekę duszpasterską. Nie miało to znaczenia jedynie dla

4% badanych, a jednoznacznie nie wypowiedziało się 2,7% osób. Chorzy nie mieli problemu z dostępem do podstawowych praktyk religijnych. Najmniejszy odsetek respondentów (50%) wskazał na możliwość swobodnej modlitwy podczas pobytu na sali szpitalnej. Możliwość pójścia do kaplicy podkreślało 76% badanych, możliwość kontaktu z duchownym – 69,3% chorych, a możliwość przyjęcia sakramentu komunii – 68%. Inne możliwości odbywania praktyk religijnych w szpitalu wskazało 1,3% badanych, ale nie sprecyzowali tego bliżej. Wątpliwości, jaką podać odpowiedź, miało 4% respondentów.

W przyszłości chorzy oczekiwali od szpitala przede wszystkim możliwości dostępu do kaplicy (74,7%), możliwości przyjęcia sakramentu komunii (70,7%), ale także kontaktu z osobą duchowną (68,7%) i swobodnej modlitwy w sali chorych (52,7%). Inne preferencje, bez podania jakie, zadeklarowało 1,3% chorych, zaś 6,7% badanych miało kłopot, co odpowiedzieć.

Dla 36% pacjentów miało znaczenie to, czy lekarz w procesie leczenia uwzględnia również sferę duchową chorego. Odminną odpowiedź w tej kwestii podało 15,3% badanych, a 20% zadeklarowało, iż jest im to obojętne. Problem z odpowiedzią miało 28,7% chorych.

Bardzo podobnie kształtowały się odpowiedzi na pytania dotyczące uwzględniania przez pielęgniarki potrzeb duchowych pacjenta. O tym, że powinny je uwzględniać, przekonanych było 37,3% chorych. Odmienne zdanie miało 13,3% badanych, nie miało to znaczenia dla 20,7% chorych, a niezdecydowanych w tej kwestii było 28,7% respondentów.

Na koniec badania poproszono ankietowanych o wskazanie osób, które mogą stanowić autorytet dla wykonujących zawód pielęgniarki. Respondenci najczęściej wskazywali Matkę Teresę z Kalkuty (14,7%) oraz papieża Jana Pawła II (12,7%). Inni twierdzili, że może to być każdy papież (8%), Dalajlama (6,7%), każdy misjonarz, zakonnik, pop, ksiądz (4,75), Jezus (3,3%), Maksymilian Maria Kolbe (2,7%), ojciec Pio (2,7%), Mahomet (1,3%), Hiob, księżna Diana, prof. Zbigniew Religa, Budda, Mahatma Gandhi lub Florence Nightingale (po 0,7%). Problem ze wskazaniem właściwej osoby miało aż 65,3% badanych.

## DYSKUSJA

Medycyna i religia, za Patryn [5], od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku, a problem transkulturowości opieki nad pacjentem od lat podejmowały już kraje zamieszkiwane przez wiele narodowości, np. Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania czy Szwecja.

Jeden z najznamienitszych psychoanalityków Carl Gustaw Jung [6] podkreślał znaczenie doświadczenia religijnego w procesie terapii, pisząc: „Od 30 lat mam pacjentów z całego świata, różnych kultur... W wieku około 35. roku życia nie było ani jednego pacjenta, u którego nie znalazłoby się problemów religijnych. Każdy z nich chorował dlatego, bo brakło mu tego, co od wieków daje religia. Nikt nie wyzdrowiał, o ile nie wróciło u niego jakieś odnowienie zaniedbanego życia religijnego”.

Matthews i wsp. [7] badali grupę 177 osób i ustalili, że wybitna religijność wiązała się nie tylko z mniejszym ryzykiem depresji, lecz także z powrotem do zdrowia tych, którzy cierpieli z powodu depresji na początku programu badań. U 95 mężczyzn chorych somatycznie (w wieku 60 lat i powyżej) ze współwystępującą depresją uwzględniono 27 zmiennych. Wewnętrzna religijność okazała się istotnie związana z większym prawdopodobieństwem remisji i faktycznie szybszą remisją depresji [7].

W badaniach Koenig i wsp. [8] okazało się, że pacjenci, którzy korzystali z terapii poznawczo-behawioralnej z treściami religijnymi lub tylko opieki duszpasterskiej, mieli po terapii znacząco mniejszą depresję w porównaniu z tymi, u których stosowano standardową terapię poznawczo-behawioralną.

Z innych badań Koeniga i wsp. [9], w których uczestniczyło 3000 chorych, wynika, że religijne zaangażowanie wiązało się ze zmniejszeniem lęku (stanu) oraz lęku w ciągu życia (cechy) u osób w przedziale wieku 18–39 lat, ale nie u najstarszych (60–79 lat).

W literaturze przedmiotu [10–12] podkreśla się, iż pacjenci religijni pokładają ufność w czymś więcej niż tylko w umiejętnościach osób leczących. Coraz częściej podkreśla się także rolę religijności w procesie „duchowego uzdrawiania”, które polega na zastosowaniu modlitwy do zredukowania przyczyn negatywnego stanu emocjonalnego, w powiązaniu z głęboką wiarą, i które nierzadko znajduje swój zewnętrzny skutek także w stanie somatycznym lub w tym, że pacjent zostaje zainspirowany do przezwycięzania dolegliwości [10–12].

Powszechnie deklarowana wiara w Boga, na co zwraca się uwagę w opracowaniu CBOS z 2009 r. [13], jest trwałą cechą Polaków, utrzymującą się w ostatnich dwudziestu latach na niemal niezmiennym poziomie. Badania przeprowadzono na reprezentatywnej próbie losowej 1048 dorosłych Polaków. Autorzy raportu [13] podkreślają, że z systematycznie prowadzonych badań wynika, że od początku lat 90. niezmiennie prawie wszyscy ankietowani (93–97%) określali się jako wierzący, z czego mniej więcej co dziesiąty oceniał swoją wiarę jako głęboką. Odsetek osób zaliczających się do raczej lub całkowicie niewierzących również pozostawał na mniej więcej stałym, stosunkowo niskim poziomie (3–7%) [13].

We wspomnianym wyżej raporcie CBOS [13] wyraźnie widać, że w porównaniu z sytuacją z przełomu wieków podwoił się (z ok. 3% do ok. 6%) odsetek osób niezdecydowanych, obojętnych religijnie lub niewierzących, a od czasu śmierci papieża Polaka, po początkowo istotnym wzroście, z roku na rok zmniejsza się liczba deklaracji stosowania się do wskazań Kościoła, przybyło natomiast tych, którzy przyznali, że wiarę przeżywają na swój własny sposób. Jak podkreśla się w raporcie, na podstawie tego wskaźnika trudno jednak jednoznacznie stwierdzić, czy zarysowująca się tendencja wskazuje na szerszy trend odchodzenia od religijności instytucjonalnej czy też jest jedynie powrotem do stanu z początku obecnego stulecia i na tym poziomie się ustabilizuje [13].

Ostatnie dwudziestolecie nie przyniosło radykalnych zmian w deklaracjach wiary młodych Polaków, ponieważ ciągle nieco ponad 90% osób w wieku od 18 do 24 lat uznało się za wierzące lub głęboko wierzące [13]. Co jednak dość istotne, od początku lat 90. odsetek respondentów głęboko wierzących zmniejszył się niemal o połowę – z ok. 9% do ok. 5%. Prawie nie zmieniła się natomiast w tym czasie liczba osób określających się jako niewierzący (10% wszystkich badanych w wieku od 18 do 24 lat) [13].

Z badań CBOS z 2012 r. [14] na reprezentatywnej grupie 1000 Polaków wynika, że zdecydowana większość dorosłych Polaków (93%) niezmiennie uznaje się za katolików. Wyznawcy innych religii, wg własnych deklaracji, stanowią jedynie 1,8% ogółu badanych. W ciągu ostatnich trzech lat wzrósł natomiast dwukrotnie (z 2,1% do 4,2%) odsetek osób, które zaliczają się do grona bezwyznaniowych, ateistów lub agnostyków [14]. Zdecydowana większość (94%) spośród ogółu badanych uważało się za wierzących, z czego co jedenasty ankietowany (9%) określał swoją wiarę jako głęboką. Tylko co szesnasty ankietowany (6%) twierdził, że jest niewierzący, w tym jedynie trzech na stu (3%) mówiło o całkowitym braku wiary. Według deklaracji dotyczących praktyk religijnych 54% badanych brało w nich udział co najmniej raz w tygodniu, w tym 6% praktykowało kilka razy w tygodniu. Niespełna co piąty dorosły Polak (18%) praktykował średnio jeden lub dwa razy w miesiącu, a tylko nieco większy odsetek badanych (20%) uczestniczył w nabożeństwach religijnych kilka razy w roku. Co dwunasty (8%) w ogóle nie praktykował [14].

W obecnym badaniu za wierzących uznało się 91% pacjentów, a przynajmniej raz w tygodniu brało udział w praktykach religijnych 52% z nich.

Zdecydowana większość (87%, w tym 51% to osoby zdecydowanie o tym przekonane) badanych przez CBOS w 2006 r. [15] w projekcie oceniającym stosunek Polaków do różnych religii i zasad moralnych katolicyzmu uważała, że każda religia jest

tak samo dobra, o ile pomaga człowiekowi jak najlepiej przeżyć życie. Prawie 3/4 ogółu ankietowanych (72%) twierdziło, że Bóg czczony w różnych religiach, bez względu na to, jak jest nazywany, to w rzeczywistości ten sam Bóg. Tyle samo respondentów (72%) sądziło, że wszystkie religie mają tak naprawdę jeden cel, do którego prowadzą człowieka [15].

W opinii 75% badanych pacjentów wyznanie religijne nie ma znaczenia przy nawiązywaniu znajomości, przyjaźni z daną osobą, dla prawie dwóch wyznanie pielęgniarki, która sprawuje nad nimi opiekę medyczną, nie miało znaczenia, ale co trzecia osoba wołałaby, żeby była ona również wyznania katolickiego.

W badaniu CBOS z 2009 r. [13] stwierdzono, że tym, co nadaje sens ludzkiemu życiu, jest przede wszystkim szczęście rodzinne (81% badanych). Na kolejnych miejscach wśród czynników, które sprawiały, że życie ma sens, Polacy wymieniali satysfakcjonującą pracę (44%), zaufanie innych ludzi (39%), miłość (36%) oraz spokojne życie (36%). Głęboka wiara religijna zajęła w tym rankingu szóstą pozycję – *ex aequo* z potrzebą znalezienia własnego miejsca w społeczeństwie. Wśród wartości nadających sens życiu na czynniki te wskazało po 29% ankietowanych [13].

O tym, że religia w codziennym życiu ma bardzo duże znaczenie, przekonanych było 56% badanych pacjentów, którzy za najważniejsze wartości w życiu uznali szczęście rodzinne, zachowanie dobrego zdrowia oraz wiarę/religię.

W wyżej wspomnianym badaniu CBOS z 2009 r. [13] postrzeganie wiary religijnej w kategoriach czynnika nadającego sens życiu w największym stopniu zależało od zaangażowania respondentów w praktyki religijne. Spośród tych, którzy uczestniczyli w obrzędach religijnych częściej niż raz w tygodniu, przekonanie, że wiara nadaje sens życiu, wyrażało 57% ankietowanych, podczas gdy wśród w ogóle niepraktykujących zaledwie 5%. Ponadto na wiarę religijną w kontekście sensu życia częściej niż pozostali wskazywały osoby starsze, gorzej wykształcone, respondenci nienajlepiej sytuowani, emeryci, renciści oraz mieszkańcy wsi. Częściej też były to kobiety niż mężczyźni [13].

W obecnym opracowaniu codziennie w praktykach religijnych uczestniczyło 7% pacjentów, a 85% z nich przypisywało istotne znaczenie takim obrzędom religijnym, jak chrzest, ślub oraz pogrzeb.

Krajewska-Kułał i wsp. [16] badaniem objęli 100 pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Za osoby wierzące i praktykujące uważało się 83% badanych. Pomimo deklaracji wyznania katolickiego 5% ankietowanych nie uważało się za osoby wierzące i praktykujące, a 12% nie miało w tej kwestii zdania. Za osobę

w ogóle niereligijną uznała się jedna osoba ze wsi, za raczej niereligijną 9% badanych, a za obojętne religijnie – 4%. Jako raczej religijne określiło się 57% ankietowanych (57 osób, 18 ze wsi i 39 z miasta), a jako bardzo religijne – 29% (29 osób – 10 ze wsi i 19 z miasta) [16].

W innym badaniu Krajewska-Kuřak i wsp. [17] badaniem objęli 250 losowo wybranych mieszkańców Podlasia. Za osoby wierzące i praktykujące uważało się 88,8% badanych, inni – za osoby niepraktykujące (6%) lub mieli problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi (5,2%). Pomimo deklaracji własnej religijności 3,2% uważało się za osobę w ogóle nie religijną, 90,4% za raczej religijną, a 6,4% za bardzo religijną [17].

W raporcie CBOS z 2009 r. [13] 95% ogółu badanych uważało się za wierzących, z czego co ósmy (13%) określał swoją wiarę jako głęboką. Tylko co 20. ankietowany (5%) twierdził, że jest niewierzący, w tym jedynie dwóch na stu (2%) mówił o całkowitym braku wiary [13]. Ponad połowa badanych (54%) brała udział w praktykach religijnych co najmniej raz w tygodniu, z czego co 20. (5%) robił to kilka razy w tygodniu. Niespełna co piąty dorosły Polak (18%) praktykował średnio jeden lub dwa razy w miesiącu i niemal tyle samo (19%) uczestniczyło w nabożeństwach religijnych kilka razy w roku. Co jedenasty badany (9%) w ogóle nie praktykował. Z deklaracji respondentów wynikało, że 42% spośród ogółu badanych modliło się codziennie, ponad 1/4 (27%) robiło to przynajmniej raz w tygodniu, a 1/10 (10%) co najmniej raz w miesiącu. Co ósmy respondent (13%), zgodnie z własnymi deklaracjami, modlił się kilka razy w roku, a nieliczni (w sumie 3%) – raz na rok lub rzadziej. Co 20. Polak (5%) w ogóle się nie modlił [13].

W obecnym badaniu za osobę wierzącą i praktykującą uważało się 91% pacjentów, jedynie niecały 1% chorych uznało się za osobę niewierzącą. Jako „raczej religijny” określiło się 48% badanych. Chorzy najczęściej uczestniczyli w takich praktykach religijnych, jak: Wigilia Bożego Narodzenia i kołęda księdza.

W literaturze przedmiotu [18] podkreśla się, że strategie przystosowawcze podejmowane przez chorych nie wyłączają pierwiastka religijnego istniejącego w osobowości. W tym procesie tworzą się różne postawy wobec aktualnie przeżywanego cierpienia i choroby, w których religijność przyjmuje dominującą funkcję [18].

Rękas [19], długoletni duszpasterz chorych, wyróżnia cztery postawy pozytywne i cztery postawy negatywne wobec choroby. Pozytywna postawa charakteryzuje się tym, że chory akceptuje swoją chorobę jako zgodną z wolą Bożą i nie traci nadziei na wyzdrowienie (tzw. chory opanowany). Może też traktować chorobę jako szansę doskonalenia się we-

wnętrznego poprzez pokonywanie trudności (chory wzniosły). Choroba może przenieść uwagę człowieka ze spraw ziemskich na sprawy ducha. Wówczas pełniej odkrywa swoje przeznaczenie do życia wiecznego (chory duchowy) [19]. Pacjent może także przyjmować cierpienie w łączności z Chrystusem i składać je jako ofiarę za zbawienie świata (chory ofiarny) [19].

Chorzy przyjmujący negatywne postawy wobec choroby są zrażeni, zniechęceni, rozgoryczeni, zrozpaczeni, poddają się poczuciu bezradności i beznadziei. Niektórzy traktują chorobę jako sposób uzyskania różnego rodzaju korzyści (zainteresowanie ze strony innych osób, uczucia, zwolnienie z odpowiedzialności) [19].

Obecnie badani pacjenci zapytani o motyw podjęcia lub zwielokrotnienia dotychczasowych praktyk religijnych najczęściej wymieniali chorobę w rodzinie.

Według badań Koeniga [18] 60% pacjentów kliniki chorób płuc przy Uniwersytecie w Pensylwanii stwierdziło, że przekonania religijne wpłynęłyby w sposób istotny na ich proces podejmowania decyzji dotyczących zalecanej terapii, zaś 80% chorych uznało, że byłoby otwarci na rozmowy o ich przekonaniach religijnych, prowadzone z personelem medycznym.

W 28-letnim badaniu, w którym oceniano grupę 5286 dorosłych (w wieku 21–65 lat), Kark i wsp. [20], wykazali, iż wśród osób uczestniczących przynajmniej raz na tydzień w obrzędach i uroczystościach religijnych prawdopodobieństwo śmierci było o 23% mniejsze (błąd ryzyka 0,77).

Podobnie Strawbridge i wsp. [21] w 5-letnim badaniu 1931 osób (w wieku 55 lat i powyżej) wykazali, że prawdopodobieństwo śmierci było o 24% mniejsze wśród osób często uczęszczających na nabożeństwa niż wśród osób nieuczestniczących w obrzędach religijnych.

Meraviglia [22] zbadał 60 dorosłych osób, głównie kobiet, w wieku 33–83 lat, z rozpoznanym rakiem płuca. Wykazał, iż częstsza modlitwa wpływała pozytywnie na stan emocjonalny i fizyczny chorych [22].

Badania Halla i wsp. [23] dotyczące 154 hospitalizowanych dorosłych doświadczających bólu (od poziomu umiarkowanego do wysokiego) ujawniło, że modlitwa była drugim, po lekach przeciwbólowych (76–82%), środkiem radzenia sobie z cierpieniem.

Rozwój nauk medycznych i technizacja służby zdrowia, poza niewątpliwymi korzyściami, niesie za sobą również pewne zagrożenia, a wśród nich uprzedmiotowienie pacjenta, który stał się obiektem różnego rodzaju procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Zatrącenie więc znaczenia osoby pacjenta w relacjach interpersonalnych z pracownikami służby

zdrowia wzbudza uzasadniony niepokój i refleksje etyczne. Najczęstsze zagadnienia ujęte we współczesnych pielęgniarskich kodeksach etycznych dotyczą [24, 25]: relacji pielęgniarki ze współpracownikami, odpowiedzialności za zgłaszanie niekompetencji innych pracowników służby zdrowia, zasad rozliczania pielęgniarki za przekazywanie własnych funkcji komu innemu, odpowiedzialności w stosunku do pacjenta, kompetencji zawodowych, szacunek dla życia i godności pacjenta, nie dyskryminowania żadnego pacjenta, obowiązku chronienia prywatności pacjenta, równouprawnienia pacjentów oraz potrzeby chronienia pacjenta przed krzywdą.

W obecnym badaniu zdaniem 62% pacjentów wyznanie religijne nie może być przeszkodą w wykonywaniu zadań zawodowych pielęgniarki.

Janus [24] podkreśla, iż w codziennym życiu zawodowym pielęgniarek pojawiają się problemy i dylematy natury poznawczej lub praktycznej, których sposób rozwiązania budzi określone zastrzeżenia i wątpliwości natury moralnej. Problemy natury poznawczej dotyczące braku wiedzy, nieumiejętności nawiązania kontaktu z pacjentem/rodziną (nie wiem, jak to wykonać, jak to zrobić) – mogą być rozwiązywane poprzez odwołanie się do rady koleżanek bądź poprzez wzbogacanie wiedzy w drodze samokształcenia lub zorganizowanego procesu doskonalenia [24].

W literaturze przedmiotu [24, 25] dostrzega się, iż dylematy etyczne mogą powstawać także na podłożu określonych sytuacji, właściwych dla określonych specjalności pielęgniarskich lub zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej pielęgniarstwa oraz atmosfery panującej w określonej jednostce organizacyjnej służby zdrowia.

W obecnym badaniu, w przypadku gdy terapia stoi w sprzeczności z poglądami religijnymi chorego, pielęgniarka powinna skonsultować swoje działania z inną pielęgniarką (42%), a gdy w sprzeczności z wyznaniem pielęgniarki – przekazać opiekę nad pacjentem innej pielęgniarence (47,3%).

Dziewięćdziesiąt dwa procent ankietowanych osób z opracowania Flakus [26] przywiązywało wagę do swojej duchowości, mimo że nie zetknęło się z opieką hospicyjną.

W opinii Bjorcka i wsp. [27], Holland i wsp. [28], Onga i wsp. [29] oraz Wandrasz [30], przynależność religijna może pomagać w radzeniu sobie w terminalnej fazie choroby, a szczególnie w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Zdaniem autorów [27–30] pacjenci ze światopoglądem religijnym mogą często odwoływać się do wartości moralnych i takiego modelu zachowania, który umożliwi im nadanie głębszego znaczenia swojemu życiu i realizowanie wyższych wartości.

Zdaniem Wandrasz [30], głęboka religijność uczy człowieka szacunku dla innych i siebie samego,

podkreślając jego wewnętrzną godność i wartość, co może być pomocne w przezwyciężaniu poczucia osobistej bezwartościowości, nieadekwatności i niekompetencji.

Na jakość pobytu w szpitalu i poczucie satysfakcji wpływa również możliwość uczestniczenia pacjentów w praktykach religijnych oraz możliwość kontaktu z duszpasterzem.

Małkowski [31] w swoich badaniach wykazał, iż chorzy umierający z powodu choroby nowotworowej spośród praktyk religijnych najbardziej wspierających w cierpieniu, z reguły wymieniali mszę świętą (53,4% wskazań) i modlitwę różańcową (62,3%), a w dalszej kolejności – nabożeństwo drogi krzyżowej (20,7%), rozważanie tekstów Pisma Świętego (18,4%), lekturę książek religijnych (17,8%) lub modlitwy litanijne (10,3%) [31].

W badaniach Chlewińskiego [32], 84% respondentów porządkując ważność motywów wiary, wybrała odpowiedź, iż religia nadaje sens ludzkiemu życiu, 64% wybrało, że świat bez Boga byłby niezrozumiały, natomiast dla 47% religia była czynnikiem dającym siłę do życia.

Opieka duszpasterska nad chorymi pacjentami szpitali, za Knychala [33], ma umocowanie prawne, zawarte w ustawach okołokonkordatowych. Dyrektor danej placówki ma obowiązek zapewnić swoim pacjentom możliwość posługi religijnej. Mówiąc o posłudze religijnej, nie mamy na myśli tylko wyznania katolickiego. Ustawa ta jest w znakomitej większości placówek realizowana, dyrektorzy szpitali zatrudniają kapelanów, organizują kaplice czy miejsca modlitwy. Duchowni zatrudnieni w szpitalach na umowę o pracę realizują swoje zadania wg własnych inwencji i własnych pomysłów [33].

W obecnym badaniu zdecydowana większość chorych (ponad 80%) uważała, że swobodny dostęp do kapłana podczas pobytu w szpitalu jest niezbywalnym prawem pacjenta. Również większość była zdania, że ma prawo do praktyk religijnych podczas pobytu w szpitalu. Chorzy przede wszystkim oczekiwali od placówki możliwości dostępu do kaplicy, możliwości przyjęcia komunii i kontaktu z osobą duchowną.

W psychologicznym ujęciu cierpienia, za Lukas [cyt. za 34], człowiek nie cierpi z powodu sytuacji naturalnej, w jakiej się znajduje, ale z powodu braku jej sensu, nie dlatego, że nie zaspokaja swoich potrzeb, ale dlatego, że nie znajduje dla tego niezaspokojenia żadnego uzasadnienia.

W obliczu cierpienia, za Makselon [35], u ludzi mogą się ujawnić różnorodne postawy. Cierpienie może być odrzucone albo przyjęte na drodze akceptacji, iluzji lub nadziei. Postawa akceptująca może przybierać formę akomodacji, gdy człowiek zmienia się na tyle, aby cierpienie stało się dla niego bardziej znośne, lub asymilacji, w której próbuje dla

własnej korzyści wydobyć z cierpienia jak najwięcej korzyści. Wyróżnia się także akceptację bierną, która przejawia się w biernym przyjmowaniu wydarzeń i akceptację czynną, przebiegającą na drodze aktywnego poszukiwania sensu. Postawa iluzoryczna chroni człowieka przed lękiem i poczuciem winy oraz usuwa z jego świadomości nieprzyjemne zdarzenia i myśli. Występują w niej mechanizmy obronne racjonalizacji, projekcji lub ucieczki w świat fantazji. Postawa nadziei, wg Makselon, wyraża się w przyjęciu daru cierpienia Chrystusa, który uczynił je rzeczą użyteczną i aktywnym przewyciężaniem zła [35].

W obecnym badaniu jedynie dla 36% pacjentów miało znaczenie to, czy lekarz, a dla 37,3% czy pielęgniarka, uwzględniają w pracy sferę duchową chorego.

Franek i wsp. [36] przeprowadzili badania w grupie 35 pielęgniarek pracujących w swoim zawodzie i równocześnie uzupełniających wyższe wykształcenie pielęgniarskie w formie studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo ATH w Bielsku-Białej. Spośród wszystkich badanych osób zdecydowana większość, bo aż 71%, uznała historyczne wzory osobowe pielęgniarek za nadal aktualne. W wypowiedziach osób badanych pojawiła się kilka razy postać Hanny Chrzanowskiej, poza tym wymieniano takie nazwiska, jak Florence Nightingale oraz Dorothy Orem i Betty Neuman. Osoby, które deklarowały posiadanie wzoru, wymieniały przede wszystkim Jana Pawła II (dla 35% stanowi wzorzec ogólny, dla 11% wzorzec społeczny i altruistyczny) [36].

W przedstawianym badaniu za osobę reprezentującą różne religie, która mogłaby być autorytetem dla pielęgniarki w trakcie wykonywania jej pracy zawodowej, pacjenci wymieniali przede wszystkim Matkę Teresę z Kalkuty.

## WNIOSKI

Pacjenci w większości określali się jako osoby wierzące i praktykujące, twierdzili, że religia w ich życiu codziennym odgrywa bardzo ważną rolę, a zachętą do pogłębiania życia religijnego byłyby życiowe problemy i kłopoty (choroby, śmierć).

Wartościami najwyższej preferowanymi przez chorych były szczęście rodzinne, dobre zdrowie oraz wiara/religia.

Większość chorych zadeklarowała, że wyznanie nie wpływa na wybór zawodu, na jakość wykonywanych zadań zawodowych i nie ma znaczenia wyznanie pielęgniarki sprawującej nad nimi opiekę.

W opinii większości chorych w przypadku zaistnienia sprzeczności terapii z poglądami religijnymi chorego lub pielęgniarki powinna ona przekazać opiekę nad pacjentem innej pielęgniarce.

## PIŚMIENNICTWO

1. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. UJ, Kraków 1998.
2. Field MG. System zdrowia a system społeczny. W: Socjologia a zdrowie. Sokołowska M (red.). Wyd. PWN, Warszawa 1976; 133-154.
3. Pargament KI. Of means and ends: Religion and the search for significance. *Int J Psychol Relig* 1992; 2: 201-229.
4. Libiszowska-Żółtkowska M. Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii. W: Szkice z socjologii medycyny. Libiszowska-Żółtkowska M, Ogryzko-Wiewiórowska M, Piątkowski W (red.). Wyd. UMCS, Lublin 1998; 39-62.
5. Patryk R, Pawlikowski J, Sak J, Przygoda-Dreher A, Marczewski K. Wpływ przekonań religijnych na decyzje terapeutyczne w opinii studentów medycyny. *Ann UMCS* 2005; 60: 241-244.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009; 128-136.
7. Plużek Z. Psychologia pastoralna. Wyd. Księży Misjonarzy, Kraków 2002; 47.
8. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 536-542.
9. Koenig HG, Idler E, Kasl S i wsp. Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29: 123-131.
10. Faricy R. Modlitwa o uzdrowienie wewnętrzne. Kraków 1993.
11. Heron BM. Modlitwa o uzdrowienie. Wyd. Wyzwanie, Kraków 1992.
12. Sadowska L, Przygoda Ł. Opieka hospicyjna jako alternatywa eutanazji. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2005; 4: 327-379.
13. Boguszewski R. Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych. Raport CBOS BS/34/2009, Warszawa 2009; 1-19.
14. Boguszewski R. Zmiany w zakresie wiary i religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II. Raport CBOS BS/49/2012, Warszawa 2012; 1-27.
15. Raport CBOS, BS/81/2006. Znaczenie religii w Życiu Polaków, BS/81/2006. Warszawa 2006; 1-12.
16. Krajewska-Kułać E, Wróblewska K, Radziejewski P i wsp. Postawy chorych wobec przesądów i zabobonów. W: W drodze do brzozy życia. Krajewska-Kułać E, Łukaszuk CR, Lewko J (red.). Wyd. Duchno, Białystok 2011; 169-181.
17. Krajewska-Kułać E, Kułać W, Radziejewski P i wsp. Current view of the traditional superstitions in general population of Podlaskie province. Preliminary study. *Prog Health Sci* 2011; 1: 76-83.
18. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 2004; 97: 1194-1200.
19. Rękas M. Tajemnica cierpienia. Wyd. Apostolstwa Chorych, Katowice 1949.
20. Kark J. D., Shemi G., Friedlander Y. i wsp. Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health* 1996; 87: 957-961.
21. Strawbridge WJ, Cohen RD, Sherma SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997; 87: 957-996.
22. Meraviglia MGM. The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 89-94.
23. Hall BA. Ways of maintaining hope in HTV disease. *Res Nurs Health* 1994; 17: 283-293.
24. Janus B. Konferencja „Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa”. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, 14.10.2005.

25. Wrońska I, Mariański J. *Etyka w pracy pielęgniarskiej*. Wyd. Czelej, Lublin 2002.
26. Flakus J. Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. Działalność hospicjów w opinii różnych grup społecznych. *Med Paliat* 2009; 1: 33-39.
27. Bjorck JP, Cohen LH. Coping with threat, losses and challenges. *J Soc Clin Psychol* 1993; 12: 56-72.
28. Holland JC, Passik S, Kash KM i wsp. The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma. *Psychooncology* 1999; 8: 14-26.
29. Ong LML, Visser MRM, van Zuuren FJ i wsp. Cancer patients' coping styles and doctor – patient communication. *Psychooncology* 1999; 8: 155-166.
30. Wandrasz M. *Religijność a postawa wobec chorób*. RW KUL, Lublin 1998.
31. Małkowski P. Kulturowe uwarunkowania w transplantologii. W: *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Krajewska-Kulak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red.). Wyd. PZWL, Warszawa 2010; 327-337.
32. Chlewiński Z. Z badań obrazu religii w świadomości społecznej. *Więź* 1980; 2: 13-31.
33. Knychala J. Opieka religijna w szpitalu. Kapelan na dyżurze. *Menadżer Zdrowia* 2006; 9: 74-76.
34. Wilczek-Różyczka E, Zajkowska E, Wojtas K. Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia. *Psychoterapia* 2008; 1: 79-89.
35. Makselon J. Z psychologii cierpienia. *Homo Dei* 1987; 56: 41-46.
36. Franek G, Budka M, Grzywna T, Łukasz-Paluch K. Wzory osobowe pielęgniarek w procesie kształtowania postaw społecznych. *Probl Piel* 2008; 16: 94-99.