

Aldona Wróbel^{1,2}, Anna Majda¹

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Małopolskie Centrum Immunologii, Reumatologii i Rehabilitacji w Krakowie

Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Religiousness and acceptance of disease among patients with rheumatoid arthritis

STRESZCZENIE

Wstęp. Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), to przewlekła autoimmunologiczna choroba układowa tkanki łącznej, prowadząca do niepełnosprawności. Religijność i akceptacja choroby pomagają pacjentom lepiej znosić chorobę. Lekarz, pielęgniarka powinni uwzględniać w swojej praktyce potrzeby pacjentów nie tylko natury biologicznej, ale także psychospołeczne i duchowe. Branie pod uwagę sfery duchowo-religijnej pacjentów może przyczynić się do poprawy opieki oraz wyników leczenia.

Cel. Celem pracy była ocena religijności i akceptacji choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz zbadanie zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Materiał i metody. Badaniami objęto 100 osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i szacowania. Zastosowano dwa wystandaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Religijności Personalnej, Skalę Akceptacji Choroby oraz autorski kwestionariusz ankiety. Do analizy statystycznej użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona.

Wyniki. W badanej grupie wskaźnik religijności wyniósł średnio 3,6, wahał się między 1,6 a 4,9. Większość badanych (89%) charakteryzowało się religijnością personalną. Wskaźnik akceptacji choroby wyniósł średnio 25, wahał się między 11. a 40. Ponad połowa badanych (58%) akceptowała swoją chorobę na średnim poziomie. Religijność pacjentów nie miała istotnego wpływu na akceptację choroby ($r = -0,0041$; $p = 0,9677$).

Wnioski. Nie każdy badany pacjent z reumatoidalnym zapaleniem stawów przejawiał religijność personalną, jak również w istniejącej sytuacji klinicznej potrzeby duchowo-religijne nie miały istotnego znaczenia w akceptacji choroby.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 220–226

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów; religijność personalna; akceptacja choroby

ABSTRACT

Introduction. Rheumatoid arthritis is chronic autoimmune disease of connective tissue system, which leads to disability. Religiousness and acceptance of disease help patients to abolish disease better. Doctors and nurses should pay attention not only to biological character of their patients' needs, but also to psychosocial and spiritual requirements. Taking patients' spiritual and religious sphere into consideration can contribute to improving healthcare and treatment results.

Aim. Assessment of religiousness and acceptance of disease among patients with rheumatoid arthritis, and researching of interdependence between these variables.

Material and method. Research was conducted on 100 patients with rheumatoid arthritis. Diagnostic survey method and estimate were used in this study. Two standardised research tools were used: the scale of personal religiousness, the scale of disease acceptance and the authorial questionnaire. To do the statistical analysis, Pearson correlation was used.

Adres do korespondencji: mgr piel. Aldona Wróbel, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Czerwieńskiego 10/68, 31–319 Kraków, tel. kom.: 600 525 040, e-mail: aldona_kedziora@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0037

Results. In the examined group the indicator of religiousness amounted to 3.6 on average, hesitated between 1.6 and 4.9. The majority examined (89%) was characterized by a personal religiousness. The indicator of disease acceptance amounted to 25 on average, hesitated between 11 and 40. Over half examined (58%) accepted their disease on the average level. The religiousness of patients didn't have a significant influence on approval of illness ($r = -0.0041$; $p = 0.9677$).

Conclusions. Not every examined rheumatoid arthritis patient displayed the personal religiousness. In the clinical existing situation, spiritual-religious needs didn't mean considerable for acceptance of disease.

Nursing Topics 2015; 23 (2): 220–226

Key words: rheumatoid arthritis; personal religiousness; acceptance of disease

Wstęp

W Polsce żyje około 400 tys. osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Jest to choroba układowa dotycząca tkanki łącznej o charakterze przewlekłym. Destrukcja przebiegająca w stawach prowadzi do występowania silnych bólów oraz deformacji stawów. Współtowarzyszące temu zmiany pozastawowe powodują niewydolność wielu narządów. Naprzemienne okresy zaostrzeń i względnych remisji w konsekwencji prowadzą do niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci [1–4].

Często długotrwała, uporczywa terapia w początkowej fazie niedająca efektów, wymaga od pacjentów cierpliwości. Ograniczenie ruchomości, bóle stawów, sztywność poranna wymuszają dotychczasową zmianę stylu życia, a niekiedy nawet zależność od drugiej osoby. Dlatego opieka nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna być prowadzona w sposób kompleksowy, przez wykwalifikowany zespół lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, kapelana szpitalnego, przy współpracy rodziny i osób bliskich. Pacjent powinien być traktowany jako podmiot opieki. Tylko podejście holistyczne, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb wynikających ze stanu biologicznego, psychicznego, społecznego i duchowego, może pomóc w akceptacji choroby, poczuciu bezpieczeństwa i zafiancowaniu do służby zdrowia [5–8].

Ludzie chorzy bardziej doceniają głębię i moc modlitwy. W trudnych chwilach próbują poprzez modlitwę odnowić relacje z Bogiem i bliźnimi. Staje się ona wówczas swoistą terapią modlitewną, która pomaga w dźwiganie cierpienia, poprzez intymny kontakt z Bogiem. Wiara może wyjaśnić choremu sens jego cierpienia, nadać mu wartość, wyzwolić nadzieję oraz dodać siły do walki o zdrowie [9–12].

Wymiar duchowy człowieka we wszystkich religiach ma istotny wpływ na sposób życia, funkcjonowania, dokonywania wyborów. W zależności od głębi przeżywanego kontaktu z Bogiem, człowiek charakteryzuje się typem przeżywanej religijności. Osoby z religijnością personalną wyróżniają się wysokim stopniem nasilenia relacji z Bogiem. Osoby z religijnością apersonalną traktują Boga reistycznie (narzędziowo), w kontakcie z Nim nie aktualizują osobowych odniesień [13].

Florence Nightingale — prekursorka nowoczesnego pielęgniarstwa, jako pierwsza teoretyczka pielęgniarstwa ukazała ważność podejścia holistycznego w stosunku do pacjenta, zauważając znaczenie religii w opiece nad nim [14]. Dlatego w badaniach starano się znaleźć odpowiedź na pytanie, czy kontakt z Bogiem, wiara pomagają w istotny sposób zaakceptować swój stan zdrowia w chorobie przewlekłej?

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny religijności i akceptacji choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz zbadanie występowania zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Materiał i metody

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Technika badawczą jaką zastosowano była technika ankiety. Narzędziem badawczym, jakim się posłużono był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Zawierał 12 pytań dotyczących danych socjo-demograficznych. Kolejną metodą, którą wykorzystano w badaniach była metoda szacowania. Zastosowano dwa wystandaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Religijności Personalnej (SRP) oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scales*).

Skala Religijności Personalnej, której autorem jest Jaworski, składała się z 30 zdań. Badani określali na skali Likerta 1–5 (gdzie: 1 — nie, nie zgadzam się; 5 — tak zgadzam się) swoje przekonania związane z treścią twierdzeń. Liczba zdobytych punktów dzieliła respondentów na osoby o religijności personalnej i apersonalnej. Skala była podzielona na cztery podskale, dotyczące: wiary (pytania nr: 1, 3, 4, 7, 10, 16, 19, 28), moralności (pytania nr: 9, 11, 12, 14, 17, 20, 21), praktyk religijnych (pytania nr: 2, 6, 8, 13, 18, 23, 26, 27, 29), selfu religijnego (autoidentyfikacji) (pytania nr: 5, 15, 22, 24, 25, 30), które określały wymiary religijności. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosiła 150, a minimalna 30. W celu ułatwienia analizy tej skali, można było uzyskaną liczbę punktów przez badanych podzielić przez liczbę pytań, czyli 30, co dało zakres wyników 1–5 [13]. Autorki dla potrzeb tej pracy przyjęły, że osoby, które uzyskały

w skali więcej punktów, tj. $\geq 3,03$ charakteryzowały się religijnością personalną, natomiast osoby, które uzyskały $< 3,03$ religijnością apersonalną.

Skala Akceptacji Choroby skonstruowana przez Felton, Revenson i Hinrichsen w adaptacji Juczynskiego zawierała 8 zdań. Badani określali na skali Likerta 1–5 (gdzie: 1 — zdecydowanie zgadzam się; 5 — zdecydowanie nie zgadzam się) swoje odczucia związane z treścią każdego stwierdzenia. Zliczone punkty kwalifikowały badanych do odpowiednich grup ze względu na poziom akceptacji choroby: niski (8–15 pkt.), średni (16–28 pkt.), wysoki (29–40 pkt.) [15].

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Związek między poziomem religijności i jej wymiarami a skalą akceptacji choroby analizowano, szacując współczynniki korelacji liniowej Pearsona (R). Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne na poziomie $p < 0,01$.

Badania przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym o profilu zachowawczym na oddziałach Reumatologii, Rehabilitacji i poradni Reumatologicznej w Krakowie. W badaniach wzięło udział 100 pacjentów chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów, którzy deklarowali, że są osobami wierzącymi. Prawie wszyscy badani — 97% było chrześcijanami, wyznania rzymsko-katolickiego, tylko 3% należało do Świadków Jehowy. Wśród nich znalazło się 70% kobiet oraz 30% mężczyzn. Wiek badanych przedstawiał się następująco: osoby poniżej 20. roku życia nie brały udziału w badaniu, następną najmniej liczną grupę badanych stanowiło 3% osób powyżej 79. roku życia, kolejno 19% było w przedziale wiekowym 20–39, 36% w wieku 60–79 lat, najliczniejszą grupę, bo aż 42% stanowili badani w przedziale wiekowym 40–59 lat. W badaniu najmniej osób — 6% posiadało wykształcenie zawodowe, inne poziomy wykształcenia rozkładały się w miarę po równo: średnie — 29%, zawodowe — 31%, wyższe — 34%. Najwięcej ankietowanych — 39% mieszkało na wsi, w mieście do 50 tys. mieszkańców — 24%, w mieście powyżej 100 tys. — 20%, natomiast najmniej badanych — 17% mieszkało w mieście od 50–100 tys. mieszkańców. Wśród badanych najwięcej osób — 37% pracowało, 34% było na emeryturze, 20% na rencie, tylko 9% było bezrobotnych, natomiast nikt spośród badanych nie był w trakcie nauki. Wszyscy ankietowani zadeklarowali, że chorują na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). W badanej grupie, na RZS 24% osób chorowało krócej niż 5 lat, 28% — 6–10 lat, 25% — 11–20 lat, więcej niż 20 lat — 23%.

Wyniki

Wskaźnik religijności mierzony za pomocą skali SRP w badanej grupie wyniósł średnio 3,6 (mediana

3,67). Zakres wyników mieścił się w przedziale od 1,6 do 4,9. Wśród badanych można było wyróżnić 89% osób o religijności personalnej oraz 11% o religijności apersonalnej.

Prawie połowa badanych (48%) uważała, że Bóg jest bardziej miłującym Ojcem, niż sędzią. Tylko 7% badanych wiara nie pomagała zrozumieć sensu życia. Ankietowani w 46% uważali, że Bóg jest Sędzią surowym i nie będzie miał miłosierdzia dla ludzi (tab. 1). Niespełna połowa badanych, bo 47% chciałoby, aby każdy czyn był znakiem ich miłości do Boga. Tylko 4% badanych nie uważało, że człowiek jest odpowiedzialny przed Bogiem za wszystko, o czym myśli, co czuje. Postępowanie moralne u 39% badanych wynikało z ich przekonań religijnych. Ankietowani w 41% uważali, że wybór ich sposobu życia powinien odpowiadać temu, czego oczekuje od nich Bóg (tab. 2). Większość badanych (72%) wiele praktyk religijnych wykonywało i raczej wykonywało ze względu na opinię środowiska. Najmniej ankietowanych — 6% twierdziło, że modlitwa dziękczynna raczej nie jest ich częstą formą modlitwy. Tylko 23% badanych miało satysfakcję z zaangażowania w życie Kościoła (tab. 3). Połowa badanych (51%) deklarowała bycie dumnym z tego, że są chrześcijanami, natomiast tylko 5% uważało, że bycie chrześcijaninem, to nie powód do dumy. Zdaniem badanych, w 66% na pogłębienie ich religijności nie pozwalała i raczej nie pozwalała ich zewnętrzna sytuacja życiowa (tab. 4). Spośród badanych, kobiety posiadały nieco wyższy wskaźnik religijności (3,75) w porównaniu z mężczyznami (3,25). Osoby w przedziale wiekowym 20–39 uzyskały wskaźnik religijności 3,01, badani w przedziale wiekowym 40–59 uzyskali — 3,71, osoby między 60. a 79. rokiem życia uzyskały 3,77, natomiast osoby powyżej 79. roku życia — 3,93.

Wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie, mierzony za pomocą skali AIS wyniósł 25 punktów (mediana 25 pkt.) i uplasował grupę na średnim poziomie. Zakres wyników wahał się od 11 do 40 punktów, natomiast połowa wyników mieściła się w zakresie od 20 do 30 punktów. Wśród badanych 58% charakteryzowało się wysokim poziomem akceptacji choroby, średni poziom dotyczył 33%, natomiast 9% deklarowało niski poziom. Ponad jedna trzecia badanych — 33% zdecydowanie nie zgadzała się z tym, że ludzie przebywający z nimi często czują się zakłopotani z powodu ich choroby oraz 31% zdecydowanie nie zgadzała się z twierdzeniem, że choroba sprawia, że są ciężarem dla swojej rodziny. Natomiast 20% badanych przyznało, że z powodu swojej choroby nie jest w stanie robić tego, czego najbardziej lubi. Tylko 7% ankietowanych zdecydowanie twierdziło, że ich

Tabela 1. Odpowiedzi badanych na pytania dotyczące podskali — wiara**Table 1.** The responses to questions about subscale — faith

Nr pytania	Treść pytania	Nie	Raczej nie	Nie mogę się zdecydować	Raczej tak	Tak
1	Wiara pomaga mi zrozumieć sens życia	7%	8%	20%	27%	38%
3	Moim zdaniem Bóg jest bardziej miłującym Ojcem niż Sędzią	9%	6%	16%	21%	48%
4	To co dla innych jest „zrządzeniem losu” ja odbieram jako wolę Bożą	10%	13%	22%	23%	32%
7	Kiedy widzę wszystkie nieszczęścia tego świata i pomyślę, że Bóg jest wszechmocny, czuję bunt przeciw Niemu	12%	10%	10%	32%	36%
10	Bóg, w którego wierzę, jest Bogiem biernym — nie wchodzi w relację z człowiekiem.	16%	13%	18%	19%	34%
16	Jestem przekonany, że Bóg jest we mnie	11%	7%	26%	29%	27%
19	Bóg jest Sędzią surowym i nie będzie miał miłosierdzia dla ludzi	11%	6%	14%	23%	46%
28	Nie sądzę, by Bóg miał wobec mnie jakieś określone plany	13%	21%	28%	23%	15%

stan zdrowia sprawia, że nie czują się pełnowartościowymi ludźmi.

Badając zależność między wskaźnikiem religijności a akceptacją choroby w badanej grupie, nie stwierdzono żadnych istotnych korelacji ($R = -0,0041$; $p > 0,05$).

Biorąc pod uwagę podskale zawarte w Skali Religijności Personalnej, można zauważyć, że wskaźnik wiary w badanej grupie to średnio 3,61. Wskaźnik moralności wyniósł średnio 3,67, wskaźnik praktyk religijnych — średnio 3,50, wskaźnik selfu religijnego — średnio 3,66. Można zauważyć, że wartości te nie różniły się znamienne między sobą, aczkolwiek odbywanie praktyk religijnych miało najniższy wskaźnik (tab. 5).

Badając zależność między wymiarami religijności a akceptacją choroby w grupie badanych nie stwierdzono żadnych istotnych korelacji ($p > 0,05$) (tab. 6).

Dyskusja

Obecnie opieka nad pacjentem chorującym na reumatoidalne zapalenie stawów opiera się przede wszystkim na zaspokajaniu potrzeb natury psychofizycznej, czyli walce z bólem i depresją, eliminowaniu trudności w codziennym funkcjonowaniu. Wymiar duchowy pacjenta zostaje często sprowadzony do roli drugoplanowej, a niekiedy bywa zupełnie pomijany zarówno przez personel medyczny, jak i osoby chore [8, 9].

Od lat starano się zbadać, jak wierzenia religijne wpływają na zdrowie, na chorobę, czy występuje między nimi zależność. W dostępnej literaturze badającej religijność można dowiedzieć się o jej pozytywnym wpływie na choroby psychiczne. W artykule „Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych” Zagożdżon wskazał na badanie Koeniga, w którym wykazano, że wśród chorych na depresję, u których wyjściowo był wyższy poziom religijności, najszybciej dochodziło do zdrowienia [16]. Zdaniem Zagożdżon można również obserwować korzystny wpływ religii na uzależnienia, jak na przykład alkoholizm. Staje się ona czynnikiem terapeutycznym, ukazującym nowy sens życia, prowadząc do duchowego uzdrowienia. Jego zdaniem trudno jest dowieść wpływu religii na wymiar fizyczny/somatyczny człowieka. Spowodowane jest to poprzez tak zwane czynniki zakłócające, do których należą: płeć, wiek, wykształcenie, status socjoekonomiczny [16].

Wyniki przedstawione w badaniach własnych ukazują, że brak jest znamiennej istoty zależności między wskaźnikiem religijności a akceptacją choroby wśród badanych pacjentów z RZS, którzy prawie wszyscy deklarowali bycie chrześcijanami, wyznania rzymsko-katolickiego. Można jedynie stwierdzić, że religijność badanych wzrastała wraz z wiekiem i była nieco wyższa u kobiet.

Warto zwrócić uwagę, że badani przejawiali zróżnicowaną religijność. Zdecydowana większość z nich

Tabela 2. Odpowiedzi badanych na pytania dotyczące podskali — moralność**Table 2.** The responses to questions about subscale — morality

Nr pytania	Treść pytania	Nie	Raczej nie	Nie mogę się zdecydować	Raczej tak	Tak
9	Wybór naszego sposobu życia powinien odpowiadać temu, czego oczekuje od nas Bóg	11%	8%	11%	41%	29%
11	Człowiek jest odpowiedzialny przed Bogiem za wszystko, o czym myśli, co czuje	4%	6%	36%	42%	36%
12	Religia w sposób istotny wpływa na moje codzienne decyzje życiowe	10%	18%	18%	29%	25%
14	Boję się, by Bóg mnie nie ukarał i dlatego unikam pewnych czynów	15%	27%	13%	30%	15%
17	Staram się odczytywać wole Bożą i odpowiadać na nią swoim życiem	13%	7%	15%	37%	28%
20	Chciałbym, aby każdy mój czyn był dla Boga znakiem mojej miłości	3%	3%	18%	29%	47%
21	Moje postępowanie moralne wynika z moich przekonań religijnych	12%	6%	10%	33%	39%

Tabela 3. Odpowiedzi badanych na pytania dotyczące podskali - praktyki religijne**Table 3.** The responses to questions about subscale - religious practices

Nr pytania	Treść pytania	Nie	Raczej nie	Nie mogę się zdecydować	Raczej tak	Tak
2	Wiele praktyk religijnych wykonuję, ze względu na opinię środowiska	8%	13%	7%	28%	44%
6	Kontemplacja religijna jest mi obca	10%	18%	17%	21%	34%
8	Ustawicznie staram się pogłębiać moją wiedzę religijną	13%	18%	15%	33%	26%
13	Często modłę się za innych	13%	14%	10%	35%	33%
18	Praktyki religijne nie odgrywają w moim życiu większej roli	16%	23%	12%	22%	32%
23	Rozmyślenia religijne są dla mnie źródłem radości	12%	12%	28%	29%	24%
26	Częstą formą mojej modlitwy jest modlitwa dziękczynna	15%	6%	18%	28%	38%
27	Zaangażowanie w życie Kościoła jest źródłem mojej satysfakcji	19%	18%	25%	20%	23%
29	Często myślę na tematy związane z Bogiem	9%	11%	24%	29%	32%

charakteryzowała się religijnością o typie personalnym, czyli religijnością cechującą się bliskimi relacjami interpersonalnymi z Bogiem, postępowaniem zgodnym z przykazaniami Bożymi, stosowaniem Jego nauki w codziennym życiu. Analizując Skalę Reli-

gijności Personalnej, w wymiarze selfu religijnego, aż 80% badanych było dumnych i raczej dumnych z faktu bycia chrześcijanami, w wymiarze wiary 65% deklarowało, że wiara pomaga im zrozumieć sens życia, natomiast 70% twierdziło, że wybór sposobu

Tabela 4. Odpowiedzi badanych na pytania dotyczące podskali — self religijny**Table 4.** The responses to questions about subscale — religious self

Nr pytania	Treść pytania	Nie	Raczej nie	Nie mogę się zdecydować	Raczej tak	Tak
5	Boże sprawy są moimi sprawami	12%	13%	23%	26%	31%
15	Mam świadomość, że trwam w kontakcie z Bogiem nawet wtedy, gdy zajmuję się pracą lub zabawą	12%	14%	14%	33%	32%
22	Często odczuwam bliskość Boga	11%	13%	19%	38%	24%
24	Jestem dumny, że jestem chrześcijaninem	5%	8%	12%	29%	51%
25	W moim codziennym życiu nie odczuwam związku z Bogiem	13%	15%	20%	25%	32%
30	Na pogłębienie mojej religijności nie pozwala mi moja zewnętrzna sytuacja życiowa	10%	13%	16%	24%	42%

Tabela 5. Wymiary religijności wśród badanych**Table 5.** Dimensions of religiosity among the respondents

	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył	Maksimum
Wiara	3,61	0,77	1,37	3,12	3,62	4,12	5
Moralność	3,67	0,8	1,57	3,29	3,71	4,29	5
Praktyki religijne	3,5	0,92	1,33	2,89	3,56	4,11	5
Self religijny	3,66	0,91	1	3,12	3,83	4,33	5

Tabela 6. Związek między wymiarami religijności a akceptacją choroby**Table 6.** The relationship between the dimensions of religiosity and acceptance of the disease

Podskale SRP	R	p
Wiara	0,0975	0,3346
Moralność	0,0086	0,9325
Praktyki religijne	-0,093	0,3572
Self religijny	0,0044	0,9554

życia powinien odpowiadać temu, czego oczekuje Bóg. W wymiarze moralności 65% badanych starało się odczytywać wolę Bożą i odpowiadać na nią swoim życiem. W wymiarze odbywania praktyk religijnych aż 72% badanych wykonywało i raczej wykonywało wiele praktyk ze względu na opinię środowiska. Wydawałoby się, że osoby, które są blisko związane z Bogiem, odczytują wolę Bożą i odpowiadają na nią

całym swoim życiem, powinny w pełni akceptować wszystko, co ich spotyka, w tym także chorobę. Badania własne tego nie potwierdziły, gdyż nie wykazano w nich istotnej zależności między wskaźnikiem religijności a akceptacją choroby. Być może badania te, dla porównania przeprowadzone wśród osób duchownych chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów, bądź wśród osób świeckich z innymi chorobami przewlekłymi, dałyby odmienny wynik. Niewykluczone, że religijność badanych na RZS pozostawała tylko w sferze deklaracji, a zbyt mało była zinternalizowana (wskazywać może na to niski wynik w podskali praktyki religijne), a może powodem była sama choroba, której skutki odczuwane były bardziej w sferze fizycznej, niż psychicznej. Niemożliwym stało się porównanie uzyskanych wyników badań własnych z innymi, gdyż autorkom nie udało się dotrzeć do podobnych badań.

Potwierdzenie istotnej zależności między religijnością i akceptacją choroby mogłoby przyczynić się do poprawy opieki nad pacjentami bądź zmiany

kierunku prowadzonej opieki. Być może rozbudzenie i umacnianie potrzeb religijnych osób wierzących prowadziłoby do większej ulgi w cierpieniu, znoszeniu trudów choroby przewlekłej.

Wnioski

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość badanych charakteryzowała się religijnością o typie personalnym.
2. Ponad połowa badanych akceptowała swoją chorobę na średnim poziomie. Pozostali oceniali poziom akceptacji choroby jako wysoki, a tylko nieliczni jako niski.
3. Nie stwierdzono istotnej korelacji między religijnością oraz jej wymiarami, czyli wiarą, poczuciem moralności, odbywaniem praktyk religijnych, selfem religijnym (autoidentyfikacją) a akceptacją choroby wśród badanych.

Piśmiennictwo

1. Filipowicz-Sosnowska A. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Zimmermann-Górska I. (red.). Postępy reumatologii klinicznej. Wyd. 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014; 43–63.
2. Zimmermann-Górska I. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Zimmermann-Górska I. (red.). Reumatologia kliniczna. Wyd. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 495–517.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tlustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatol.* 2012; 2: 83–90.
4. Wiland P., Maciążek-Chyra B. Stan reumatologii w Polsce w 2012 roku. *Reumatol.* 2012; 4: 263–275.
5. Zimmermann-Górska I. Reumatologia — postępy 2013. *Medyc. Prakt.* 2014; 4: 36–47.
6. Bączyk G., Gacek L. Ocena sprawności funkcjonalnej chorych na reumatoidalne zapalenie stawów na podstawie funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem. *Reumatol.* 2011; 1: 40–61.
7. Traczewski P. Reumatoidalne zapalenie stawów: ocena aktywności choroby i wyników leczenia. *Medyc. Dypl.* 2011; 10: 35–40.
8. Wisłowska M., Kanecki K., Tyszko P., Kapała A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatol.* 2010; 2: 104–111.
9. Nęcek R. Moralno-religijne aspekty opieki medycznej. *Przegl. Lek.* 2012; 69: 271–274.
10. Pawlikowski J., Marczewski K. Religia a zdrowie — czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 — wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiol. Dypl.* 2008; 7 (10): 96–103.
11. Pawlikowski J., Sak J., Marczewski K. Religia a zdrowie — czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie. Część 2 — Religijność a zdrowie. *Kardiol. Dypl.* 2009; 8 (1): 87–94.
12. Niebrój L.T. The influence of religious beliefs on health care: between medical futility and refusal of treatment. *J. Physiol. Pharmacol.* 2006; 57: 241–249.
13. Jaworski R. Psychologiczna analiza religijności personalnej. W: Fita S. (red.). *Zeszyty Naukowe KUL. Lublin 1998; 77–88.*
14. Poznańska S. Florencja Nightingale u podstaw pielęgniarstwa. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.). *Wybrane Modele Pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 33–57.*
15. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegl. Psychol.* 1999; 4: 43–57.
16. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol. Merk. Lek.* 2012; 191: 349–353.