

prof. UKSW, dr hab. Jan Tylka
UKSW, Warszawa

ZNACZENIE RELIGIJNOŚCI I DUCHOWOŚCI W PROFILAKTYCE I TERAPII CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH

Choroby cywilizacji współczesnej w sposób istotny różnią się od plag chorobowych nękających społeczeństwa w okresie średniowiecza, kiedy to zakażenia powodowały epidemie wyniszczające masowo populacje ludzi bez względu na wiek.

Epidemie naszych czasów tylko częściowo związane są z zakażeniami (np. zmutowanymi wirusami grypy), a bardziej są następstwem industrializacji, której towarzyszy określony styl życia.

Składowe stylu życia są zarówno natury psychologicznej (np. sposoby reagowania, preferowane wartości i formy zachowań), jak i wynikające ze społecznej kultury (np. społeczne wzorce, zwyczaje, trendy mody).

Szkodliwy zdrowotnie styl życia opisywany jest we współczesnej nauce (zwłaszcza w medycynie) jako charakteryzujący się:

- niską aktywnością fizyczną (siedzący tryb życia);
- niewłaściwym sposobem odżywiania się (żywność wysoko przetworzona z nadmiarem tłuszczu zwierzęcego, węglowodanów);
- stosowaniem używek w tym przede wszystkim palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu;
- częstym pozostawianiem w psychofizycznym stresie (brakiem umiejętności radzenia sobie ze stresem), przy czym czynnikami wywołującymi stan stresu są zarówno wyzwania otoczenia jak i własne usposobienie – osobowość jednostki.

W konsekwencji takiego stylu życia dochodzi do wzrostu zachorowań na takie choroby jak: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby nowotworowe, depresja. Choroby te przyjmują charakter epidemii i stanowią

zagrożenie dla coraz młodszych grup wiekowych prowadząc do przedwczesnych zgonów.

Mimo intensywnych działań podejmowanych przez wyspecjalizowane instytucje lecznicze zmierzających do ograniczenia inwazji chorób cywilizacyjnych i ich następstw, uzyskanie znaczącej poprawy nie będzie możliwe bez osobistego zaangażowania poszczególnych jednostek i grup społecznych w promowanie zdrowia i profilaktykę.

Psychologia zdrowia i medycyna behawioralna wskazują na potrzebę szerokiej edukacji społecznej zmierzającej do usytuowania zdrowia jako istotnego w hierarchii wartości i ukazania znaczenia czynników warunkujących jego utrzymanie.

W szeroko rozumianej edukacji chodzi nie tylko o wzrost świadomości na temat szkodliwości określonych zachowań, ale również ukazanie potencjału zdrowotnego tkwiącego w każdej jednostce.

Od czasu kiedy m.in. dzięki psychologii humanistycznej zmieniło się podejście do zagadnień związanych z rozwojem i funkcjonowaniem człowieka, całościowe holistyczne ujmowanie osoby w jej zdrowiu i chorobie zyskuje coraz większe uznanie, wypierając podejście patogenne.

Idea holistycznej koncepcji zdrowia rozumiana jest jako proces systemowych i systematycznych działań na rzecz wzmocnienia i kreacji rozwoju osobowości jednostki w aspektach: fizycznym, psychicznym (emocjonalnym i intelektualnym), społecznym i duchowym. Wymiar duchowy osoby spostrzegany jest jako ważny obszar życia mający znaczenie dla rozwoju osobowego, zachowania psychofizycznej równowagi (utrzymania zdrowia), a także kształtowania pozytywnych relacji z otoczeniem. Holistyczna koncepcja człowieka zakłada zatem pełny rozwój osobowy połączony z odkrywaniem sensu i wartości (najlepiej pozaosobistych), co urzeczywistnić się może poprzez doświadczenie religijne i pogłębienie życia duchowego.

Jan Paweł II (1978) pisał:

„Wśród tych wszystkich dziedzin, w których człowiek ujawnia się jako istota poszukująca jest jedna najgłębsza, najgłębiej sięgająca w samo sedno człowieczeństwa, najbardziej związana z sensem całego życia ludzkiego. Człowiek jest istotą szukającą Boga”.

Psychologia humanistyczna mówi o rozwoju osobowości zmierzającym ku:

- pełnej realizacji swoich możliwości - aktualizacji swojego potencjału,
- osobowości dojrzałej w pełni funkcjonującej.

To pełne funkcjonowanie przejawiać się powinno poprzez rozwijanie potencjału intelektualnego, umiejętne kontrolowanie emocji, uporządkowanie hierarchii wartości, przyjęcie postawy ku ludziom i budowanie pozytywnych relacji z innymi.

Wielu autorów (m.in. Allport, 1968, 1988; Rogers, 2002ab; Maslow, 1986, 1990; May, 1995) uważa, że ważne miejsce w kształtowaniu osobowości dojrzałej zajmuje religia. Według Allporta (1988) religia człowieka dojrzałego musi stanowić dla niego wartość najważniejszą, aby mogła spełniać postulat jednoczącej filozofii życia, nadawać temu życiu sens.

Konieczne jest zatem spojrzenie na problem zdrowia i choroby jednostki przez pryzmat jej dojrzałości, jej wszechstronnego rozwoju w tym duchowego i związanego z nim zaangażowania religijnego.

1. Przesłanki dla zajmowania się problematyką religijności i duchowości w związku ze zdrowiem

Do przesłanek związanych ze zdrowiem należą:

- doświadczenia lekarzy praktyków,
- przesłanie uczonych, myślicieli (filozofów, etyków, teologów, medyków, psychologów),
- holistyczna koncepcja człowieka.

Religia i medycyna splatały się ze sobą przez wieki. Kapłani nie tylko „leczyli” zagubione dusze, ale zalecali również pewne specyfiki o charakterze leczniczym, odprawiali czynności rytualne, używając środków, które współcześnie moglibyśmy nazwać fizykoterapią.

Elementy psychoterapii zawarte były w sposobach postępowania z chorym i przekazywanych zaleceniach.

Księgi Starego i Nowego Testamentu przekazują wiele treści odnoszących się do zdrowia i choroby. To Mojżesz kazał sporządzić miedzianego węża, aby ochronić swój lud przed jadem węży, które atakowały Izraelitów.

Jeden z najznamienitszych psychoanalityków Carl Gustaw Jung 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” (za: Płużek, 2002, s. 47).

Wybitny lekarz humanista prof. Julian Aleksandrowicz widział medycynę jako dyscyplinę naukową i sztukę leczenia mocno zintegrowaną z filozofią, psychologią, etyką, co wyraził w słowach... „gdy medycyna traci kontakt z filozofią i etyką, to dotyka ją los rośliny odciętej od korzeni – usycha”.

Religijność i duchowość to dwa spójne ze sobą pojęcia, z których pierwsze oznacza religijne uczestnictwo bądź stopień zaangażowania lub wierności wierzeniom i praktykom zorganizowanej religii, drugie (szersze od religijności) - określa dynamiczny, osobisty i empiryczny proces.

Cechami duchowości są:

- poszukiwanie znaczenia i celu,
- transcendencja (a więc poczucie, że bycie człowiekiem jest czymś więcej niż tylko egzystencjalną materią),
- poczucie bliskiego związku (np. z innymi, przyrodą, z Bogiem),
- rozwijanie wartości (np. miłość, współczucie, sprawiedliwość).

Według Owena (1991) nasza duchowość wywodzi się z poczucia łączności z siłą, czy też porządkiem potężniejszym niż my sami. Jeśli przyjmiemy, że istoty ludzkie są stworzeniami duchowymi, musimy również przyjąć, iż zdrowie ma związek z duchowością.

Empirycznie obydwie pojęcia mogą oznaczać poszukiwanie znaczenia i celu, transcendencję, poczucie związku oraz wartości. Zatem - religijne zaangażowanie jest podobne do duchowości.

Religijność i duchowość są jednymi z najważniejszych czynników kulturowych, które kształtują strukturę i nadają znaczenie ludzkim wartościom, zachowaniom oraz doświadczeniom.

2. Holistyczna koncepcja człowieka – miejsce religijności

Holistyczna koncepcja człowieka zakłada pełny rozwój osoby połączony z odkrywaniem sensu i wartości (najlepiej pozaosobistych).

W psychologii mówi się o rozwoju osobowości zmierzającym ku:

- pełnej realizacji swoich możliwości – aktualizacji swojego potencjału,
- osobowości dojrzałej w pełni funkcjonującej.

Doskonale oddają ten sens rozwoju osoby słowa Tischnera (1995, s. 9):

„O człowieku nie można powiedzieć, że jest, albowiem człowiek jest w stadium ciągłego stawania się. Sens tego stawania się leży w tym, by człowiek z osoby, jaką jest przez swoją naturę, przekształcił się w osobowość, to znaczy, by doszedł do pełnego rozkwitu swoich władz *duchowych i cielesnych*. Im bardziej człowiek jest osobowością, tym bardziej jest człowiekiem”.

W pracach psychologów nurtu humanistycznego odnajdujemy liczne odniesienia do religijnego i duchowego wymiaru osoby ludzkiej.

Spranger sądził, że religia jest wartością, która najsilniej może zintegrować inne postawy i uczynić harmonijną osobowość.

Według Allporta religia tylko wtedy stanowi jednoczącą filozofię życia, gdy jest:

- celem sama w sobie, bez utylitaryzmu i bez traktowania jej jako specyficznego mechanizmu obronnego,
- gdy jest wartością leżącą u podstaw wszelkich wartości, stanowi coś najważniejszego w życiu i jest celem dla całego działania,
- staje się elementem motywacyjnym i integrującym zachowanie osoby (za: Płużek, 2002).

Doświadczenie religijne jest procesem dynamicznym zmierzającym ku większej integracji i większej dojrzałości. Proces ten przebiega równolegle z dojrzewaniem osobowości.

3. Religijność a wyniki badań medycznych dotyczących zdrowia

W badaniach populacyjnych wykazano, że ponad 90% badanych wierzy w Istotę Wyższą (King i wsp. 1994; Maugans i Wadland, 1991); 94% pacjentów uważa swoje życie duchowe i zdrowie fizyczne za równie ważne (Ehman i wsp. 1999; Deeleman i Nease, 1999).

W badaniu Ellisa i wsp. (1999) przeprowadzonym wśród lekarzy rodzinnych 96% z nich wskazywało, że duchowy dobrostan ich pacjentów jest ważnym czynnikiem zdrowia.

Większość z ponad 400 badań (dostępnych w piśmiennictwie) dotyczących zdrowia fizycznego i około 900 dotyczących zdrowia psychicznego, w których uwzględniano zmienne religijności i duchowości wykazano, że te zmienne są związane z lepszymi wynikami zdrowia.

Niewielka ilość programów badawczych dotyczyła związków religijności ze śmiertelnością w różnych grupach osób. Przynajmniej 18 prospektywnych badań wykazało, że osoby religijne żyją dłużej.

W 28-letnim badaniu (Kark i wsp. 1996) grupy 5286 dorosłych (w wieku 21-65 lat) wykryto, że wśród osób uczestniczących przynajmniej raz na tydzień w obrzędach i uroczystościach religijnych, prawdopodobieństwo śmierci było o 23% mniejsze (błąd ryzyka 0.77).

W badaniu tym uwzględniono następujące zmienne: wiek, płeć, pochodzenie etniczne, wykształcenie, podstawowy stan zdrowia, wskaźnik BMI, stosowanie praktyk zdrowotnych i więzi społeczne.

Podobnie Strawbridge i wsp. (1997) w 5-letnim badaniu 1931 osób (wiek 55 lat i powyżej) wykazali, że prawdopodobieństwo śmierci było o 24% mniejsze wśród osób często uczęszczających na nabożeństwa niż wśród osób nie uczestniczących w obrzędach religijnych.

W dziewięcioletnim okresie obserwacji (Clark, 1999) przeprowadzonej w USA, opartej na reprezentatywnej grupie 22080 dorosłych Amerykanów (w wieku od 20 lat

i powyżej), stwierdzono, że ryzyko śmierci dla nie uczęszczających na religijne obrzędy było 1.87 wyższe od ryzyka osób praktykujących (p.01).

Koenig i wsp. (1998) dokonali metaanalizy wyników 42 programów badawczych, w których uczestniczyło blisko 126 000 osób. Wykazano, że wysoce religijne osoby miały o 29% wyższe prawdopodobieństwo przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami.

Interesujące badania dotyczyły związków religijności z zapadalnością i przeżywalnością osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

McCullough ze wsp. (2000) analizowali związek religijnego zaangażowania z zapadalnością na zawał serca wśród osób żydowskiego pochodzenia. Niewierzący Żydzi w porównaniu z ortodoksami mieli znacząco większe prawdopodobieństwo pierwszego zawału mięśnia sercowego (wynosiło ono 4.2 u mężczyzn i 7.3 u kobiet). Wśród czynników uwzględnianych w analizie znalazły się: wiek, pochodzenie etniczne, wykształcenie, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, wskaźnik masy ciała (BMI). W prospektywnym (23-letnim) programie badawczym, opartym na dużej próbie populacyjnej 10 059 Izraelitów głównie pracowników służb cywilnych oraz samorządów lokalnych, wykazano, że mężczyźni ortodoksyjni Żydzi mieli 20% mniejsze ryzyko choroby wieńcowej niż niereligijni Żydzi. Kolejne badanie prospektywne 232 osób (w wieku 55 lat i powyżej), które przeszły operację serca, pozwoliło na stwierdzenie, że brak uczestnictwa w spotkaniach i działaniach grup społecznych, a także brak pocieszenia pochodzącego z religii, stanowiły najbardziej niezmiennie predykatory zgonu.

Kolejną jednostką chorobową rozważaną w świetle religijności było nadciśnienie tętnicze. Koenig i wsp. (2001) poddali analizie relacje między aktywnością religijną a ciśnieniem krwi u 3 963 osób mieszkańców pewnej wspólnoty (w wieku 65 lat i powyżej). W programie badań wykorzystano dane z trzech okresów i uwzględniono następujące zmienne: wiek, płeć, pochodzenie etniczne, wykształcenie, stan wydolności fizycznej, wskaźnik BMI, poprzednie pomiary ciśnienia. W wyniku przeprowadzonej analizy ustalono, że osoby przynajmniej raz w tygodniu uczestniczące w uroczystościach religijnych - w porównaniu z rzadko uczestniczącymi - miały niższe skurczowe i rozkurczowe

ciśnienie krwi. Ponadto prawdopodobieństwo nadciśnienia rozkurczowego (>90 mm Hg) wśród często uczestniczących i prywatnie religijnie zaangażowanych (modlących się na co dzień) było 40% mniejsze niż wśród nie uczestniczących i prywatnie religijnie biernych.

Interesujące badania prowadzono na temat zależności między religijnością a przeżywalnością osób po zabiegach kardiochirurgicznych.

Oxman i wsp. (1996) zajęli się analizą przeżywalności pacjentów w starszym wieku po przebytej operacji na otwartym sercu i wykazali, że znamienymi czynnikami ryzyka zgonu w okresie 6 miesięcy po zabiegu były:

- brak przynależności do grup społecznych, stąd brak wsparcia społecznego,
- brak wypływającego z wiary poczucia siły i komfortu.

Oba czynniki były niezależnie związane z ryzykiem zgonu. Osoby, u których występowały te czynniki trzykrotnie częściej narażone były na ryzyko zgonu po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych.

Znaczący odsetek (około 10%) badań dotyczy związku zaangażowania religijnego ze zdrowiem psychicznym.

Matthews i wsp. (1993) badali grupę 177 osób i ustalili, że wybitna religijność wiązała się nie tylko z mniejszym ryzykiem depresji, ale także z powrotem do zdrowia tych, którzy cierpieli z powodu depresji na początku programu badań. Depresja jest tym zjawiskiem, które w sposób istotny komplikuje przebieg i skuteczną terapię chorób somatycznych (m.in. zawału serca). 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.

Koenig i wsp. (1996) dokonali porównania standardowej terapii poznawczo-behawioralnej ze standardową terapią poznawczo-behawioralną, ale z treściami religijnymi oraz tylko z opieką duszpasterską u osób religijnych leczonych z powodu depresji. 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.

Niemal powszechnym zjawiskiem jest lęk, który występuje jako specyficzne zaburzenie zdrowia lub towarzyszy innym zjawiskom chorobowym.

Z badań Koeniga i wsp. (1998), w których uczestniczyło 3 000 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).

Również w odniesieniu do nałogów Mueller i wsp. (2001) przytaczają wyniki badań (Hixon i wsp., Oleckno i wsp., Azhar i wsp.), które pokazały, że osoby religijne są mniej skłonne używać lub nadużywać alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Prospektywne badanie grupy 1 014 mężczyzn (studentów medycyny) wykazało, że w ciągu 20-letniego okresu kontrolnego prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu wśród religijnych studentów było o wiele mniejsze niż wśród ich niereligijnych kolegów.

Dolegliwości bólowe i radzenie sobie z chorobą to ważny obszar problemów występujących w przypadku niemal każdej choroby.

Badania Halla i wsp. (1994) dotyczące 154 hospitalizowanych dorosłych doświadczających bólu (od poziomu umiarkowanego do wysokiego) ujawniło, że modlitwa była drugim po lekach przeciwbólowych (76% do 82%) środkiem poradzenia sobie z cierpieniem.

Przedstawione badania są jedynie sygnalizacją ważnych zagadnień jakimi holistyczna medycyna powinna się zajmować, aby – jak pisał Lius Lasagne - „zwracać się ku całemu człowiekowi, ku jego biologicznym, psychicznym i duchowym właściwościom i w ten sposób przynieść mu ulgę w cierpieniu i poprawić jakość jego życia. W przeciwnym razie jego istnienie będzie niczym innym niż zwykłą egzystencją komórek posępnego biologicznego zegara”.

Bibliografia:

Allport G.W. (1968). *The Person in Psychology*. Boston: Beacon Press.

Allport G.W. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Clark K.M., Friedman H.S., Martin L.R. (1999). *A longitudinal study of religiosity and mortality risk*. J. Health Psychol., 4, pp. 381-391.

- Daaleman T.P., Nease D. E. Jr. (1994). *Patients attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues*. J. Fam.Pract.,39, pp. 654-658.
- Ehman J.W., Ott B.B., Short T.H., Ciampa R.C., Hansen-Flaschen J. (1999). *Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?* Arch. Intern. Med., 159, pp. 1803-1806.
- Ellis M., Vinson D.C., Ewigman B. (1999). *Addressing spiritual concerns of patients*. J. Fam. Pract., 48, pp. 105-109.
- Hall B.A. (1994). *Ways of maintaining hope in HTV disease*. Res. Nurs. Health., 17, pp. 283-293.
- Jung C.G. (1995). *Psychologia a religia*. (tłumacz. J. Prokopczuk), Warszawa.
- Kark J.D., Shemi G., Friedlander Y., Martin O., Manor O., Blondheim S.H. (1996). *Does religious observance promote health ? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel*. Am. J. Public Health, 87, pp. 957-961.
- King D.E., Bushwick B. (1994). *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer*. J. Fam. Pract., 39, pp. 349-352.
- Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L. (1998). *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*. Am. J. Psychiatry., 155, pp. 536-542.
- Koenig H.G., Idler E., Kasl S. i inni (1999). *Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics*. Int. J. Psychiatry Med., 29, s. 123-131.
- Koenig H.G., McCullough M.E., Larson D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York, Oxford University Press.
- Lowen A. (1991). *Duchowość ciała*. Agencja Wyd. Jacek Santorski i Co. Warszawa.
- Matthews D.A., Larson D.B., Barry C.P. (1993). *The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects*. Vol1.Rockville, National Institute for Healthcare Research.
- Maugans T.A., Wadland W.C. (1991). *Religion and family medicine: a survey of physicians and patients*. J. Fam. Pract. 32, pp. 210-213.
- May R. (1995). *O istocie człowieka*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- McCullough M.E., Hoyt W.T., Larson D.B., Koenig H.G., Thoresen C. (2000). *Religious involvement and mortality: a meta-analytic review*. Health Psychol., 19, pp. 11-222.
- Maslow A.H. (1986). *W stronę psychologii istnienia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Maslow A.H. (1990). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Mueller P. S., Plevak D.J., Rummans T.A. (2001). *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*. Mayo Clinic Proceedings., 76, pp. 1225-1235.
- Płużek Z. (2002). *Psychologia Pastoralna*. Wyd. Księży Misjonarzy, Kraków.
- Rogers C.R. (2002a). *O stawianiu się osobą*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Rogers C.R. (2002b). *Sposób bycia*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Strawbridge W.J., Cohen R. D., Sherma S. J., Kaplan G.A. (1997). *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years*. *Am. J. Public Health.*, 87, pp. 957-961.

Tischner J. (1995). *Jak żyć?* Wyd. Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław.