

Religijność i nasilenie stresu u pacjentów z chorobą przewlekłą

Religiosity and severity of stress in patients with chronic disease

Zdzisława Cecyllia Szadowska-Szlachetka¹, Oliwia Oleszczak², Bożena Krzysiak-Rydel¹,
Marta Łuczcyk¹, Renata Domżał-Drzewicka¹, Marcin Rząca¹, Monika Zan¹, Anna Mróz³

¹Zakład Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

²Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

³Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

Streszczenie

Wstęp: Stres towarzyszy człowiekowi na różnych etapach życia, zwłaszcza w trudnych sytuacjach. Choroba przewlekła stanowi długotrwały stresor, wymagający nieustannej adaptacji i radzenia sobie z jej konsekwencjami. W takim kontekście religia i duchowość pełnią istotną rolę jako źródło wsparcia i ukojenia. Zwrot ku religii może stanowić skuteczne narzędzie redukujące stres związany z chorobą. Celem pracy było przedstawienie religijności i nasilenia stresu u pacjentów chorych przewlekle.

Materiał i metody: Badania prowadzono zgodnie z metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano narzędzia: polską wersję skali Duke religiosity index – DUREL, oraz termometr dystresu autorstwa National Comprehensive Cancer Network. W badaniu wzięło udział 188 osób. Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 28,2 roku. Najczęstsze schorzenia u badanych to choroby tarczycy i metaboliczne (20,7%), depresja (12,2%) oraz cukrzyca (11,2%).

Wyniki: Stopień religijności badanych był wyższy niż przeciętny. Osoby w związkach małżeńskich oraz starsi wykazywali wyższy poziom religijności. Badani posiadali większe niż przeciętne nasilenie stresu. Wykazano, iż badani z wykształceniem wyższym posiadali istotnie statystycznie niższe nasilenie stresu. Główne czynniki stresogenne wskazywane przez respondentów to praca/szkola, problemy fizyczne (zmęczenie) oraz problemy emocjonalne (podenerwowanie, martwienie się). Istotnie wyższą religijność przejawiali chorzy na choroby autoimmunologiczne/alergie oraz nadciśnienie tętnicze, a najniższą chorzy na depresję.

Wnioski: Badanie pozwoliło zdobyć informacje na temat religijności i nasilenia stresu u pacjentów chorych przewlekle. Należy zwrócić uwagę, iż im bardziej religijni byli badani, tym mniej byli zestresowani, a im byli mniej religijni, tym większe nasilenie stresu im towarzyszyło. Zwrot ku religijności jako strategii radzenia sobie ze stresem przynosi istotne korzyści.

Słowa kluczowe: dystres, choroba przewlekła, religijność.

Abstract

Introduction: Stress accompanies humans at various stages of life, especially in difficult situations. Chronic illness is a long-term stressor, requiring constant adaptation and coping with its consequences. In such a context, religion and spirituality play an important role as a source of support and solace. Turning to religion can therefore be an effective tool for reducing the stress of illness. The purpose of this study was to report on religiosity and the severity of stress in patients with chronic illness.

Material and methods: Diagnostic survey method. Tools used: the Polish version of the Duke University Religion Index (DUREL) and the distress thermometer by the National Comprehensive Cancer Network. A total of 188 people participated in the study. The average age of all patients was 28.2 years. The most common conditions in the subjects were thyroid and metabolic disorders (20.7%), depression (12.2%), and diabetes (11.2%).

Results: The degree of religiosity of the subjects was higher than average. Married people and the elderly showed higher levels of religiosity. The respondents had higher than average levels of stress. It was shown that respondents with higher education had statistically significantly lower stress intensity. The main stressors indicated by respondents were work/school, physical problems (fatigue), and emotional problems (irritation, worry). Significantly higher religiosity was manifested by patients with autoimmune diseases/allergies and hypertension, and the lowest by patients with depression.

Conclusions: The study allowed us to gain information on religiosity and severity of stress in patients with chronic diseases. It should be noted that the more religious the respondents were, the less stressed they were, and the less religious they were, the higher stress intensity that accompanied them. Turning to religiosity as a strategy for coping with stress has significant benefits.

Key words: distress, chronic illness, religiosity.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Zdzisława Cecyllia Szadowska-Szlachetka, Zakład Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska
e-mail: zszadowska@wp.pl

WSTĘP

Stres towarzyszy człowiekowi na każdym etapie jego życia. Bezskuteczne byłoby szukanie osoby, która z całą pewnością twierdziłaby, że nigdy nie była zestresowana. Pojęcie „stres” choć tak różnie rozumiane jest zjawiskiem wszechobecnym w życiu społecznym i jednostki. Stres można opisać jako niespecyficzną reakcję organizmu pojawiającą się w odpowiedzi na wszelkiego rodzaju trudne sytuacje i może być on wywołany z powodu pozytywnych, jak i negatywnych czynników.

Do trudnych czynników bez wątpienia można zaliczyć zdiagnozowaną chorobę przewlekłą. Dostosowanie się do nowej sytuacji poprzez modyfikację stylu życia, diety i innych czynników mających wpływ na dobrostan człowieka dotkniętego jednostką chorobową powoduje obawy i myśli o charakterze pesymistycznym.

Każdy człowiek, a szczególnie ten, którego dotknął kryzys, dąży do dobrostanu. Jak napisała Porczyńska: *Dobrostan psychiczny, doświadczanie szczęścia i zadowolenie z życia oraz poczucie sensu, czyli pozytywne stany umysłu pełnią niesamowicie ważną funkcję motywacyjną – dają one człowiekowi siły do zmagania się z przeciwnościami losu, dzięki czemu sprzyjają powodzeniom życiowym, które z kolei czynią człowieka szczęśliwszym* [1].

Zwracanie się w stronę religii i duchowości to bez wątpienia jeden z elementów szukania ukojenia w sytuacji trudnej. Celem pracy było przedstawienie religijności i nasilenia stresu u pacjentów chorych przewlekle.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 188 osób obciążonych chorobami przewlekłymi. Kobiety stanowiły 69,7% uczestników, mężczyźni 30,3%. Na potrzeby analiz respondentów przyporządkowano do grup wiekowych: 21 lat i mniej (16,5%), 22–24 (29,8%), 25–30 (27,1%), 31–40 (20,2%) oraz ponad 40 lat (6,4%). Osoby stanu wolnego stanowiły 56,9%, pozostali żyli w związku z partnerem (nieformalnym) – 13,8%,

i małżeńskim – 27,7%. Trzy osoby były po rozwodzie (1,6%) – na potrzeby analiz zostały one włączone do grupy osób stanu wolnego (suma – 58,5%). Większość respondentów posiadało wyższe wykształcenie – 56,4%, wykształcenie średnie miało – 41%, zawodowe – 2,1%, a podstawowe – 1 osoba. Osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym zostały włączone do grupy osób z wykształceniem średnim (suma – 43,6%). W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i techniki wywiadu oraz dwa standaryzowane narzędzia badawcze: polską wersję skali Duke religiosity index – DUREL, oraz termometr dystresu autorstwa National Comprehensive Cancer Network.

Polska wersja skali DUREL

Duke religiosity index (DUREL) jest skalą mierzącą religijność. Została opracowana przez naukowców z Duke University w Stanach Zjednoczonych. Polską wersję skali DUREL opracowali naukowcy z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Skala DUREL często wykorzystywana jest w badaniach naukowych. Składa się z trzech pytań, które dotyczą religijności respondenta: 1) Jak często chodzisz do kościoła lub na inne spotkania religijne? 2) Jak często poświęcasz czas na prywatne praktyki religijne, takie jak modlitwa, medytacja lub czytanie Biblii? 3) Jak ważna jest religia w Twoim życiu? Odpowiedzi na te pytania respondent udziela w pięciostopniowej skali Likerta. Cyfra „1” na skali oznacza „nigdy” lub „mało ważne”, cyfra „5” oznacza „bardzo często” lub „bardzo ważne” [2].

Termometr dystresu

Poziom stresu u respondentów badany był również za pomocą termometru dystresu (ang. *distress thermometer* – DT). Jest to narzędzie opracowane przez American Cancer Society. W niniejszej pracy użyto narzędzia w polskiej adaptacji Jolanty Życińskiej, Ewy Wojtyny, Alicji Heydy i Anny Syskiej-Bielak. Termometr dystresu to skala zawierająca 0–10 punktów. Badany zakreśla na niej poziom od-

czuwanego dyskomfortu. Wyższa cyfra oznacza większy dystres. Jeżeli badany zakreśli cyfrę „4” lub więcej, powinien otrzymać listę problemów i zakreślić te, które aktualnie trapią go, powodując tak wysoką ocenę odczuwania dystresu. Jeśli badany zakreśli cyfrę „4” lub więcej, może to być sygnał, iż należy skierować go na pogłębioną diagnostykę z powodu ryzyka występowania u takiej osoby zaburzeń lękowych lub depresyjnych. W kolejnej części respondent udziela odpowiedzi na trzydzieści pięć pytań, biorąc pod uwagę minione siedem dni włącznie z dniem, w którym wypełnia ankietę. Pytania w ankiecie są zamknięte, odpowiedź brzmi „tak” lub „nie” i dotyczą pięciu kategorii:

- problemy praktyczne – wychowywanie dziecka, mieszkanie, ubezpieczenie/finanse, transport/korzystanie ze środków lokomocji, praca/szkola,
- problemy rodzinne – relacje z dziećmi, relacje z partnerem,
- problemy emocjonalne – depresja, lęki, podenerwowanie, smutek, martwienie się, utrata zainteresowania codziennymi zajęciami,
- problemy religijne/duchowe,
- problemy fizyczne – wygląd, mycie się/ubieranie, oddychanie, zmiany w oddawaniu moczu, zaparcia, biegunka, spożywanie posiłków, zmęczenie, wrazenie opuchnięcia, gorączka, przemieszczanie się, niestrawność, pamięć/koncentracja, zmiany chorobowe w jamie ustnej, nudności, suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny, ból, seksualność, suchość skóry/swędzenie, sen, mrowienie w dłoniach/stopach [3].

WYNIKI

Wśród badanych najczęściej było osób wyznania katolickiego (83%), innego chrześcijańskiego wyznania było 3,7% (w tym prawosławie $n = 1$, ewangelicyzm $n = 4$, inne: Kościół Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich $n = 1$), innego wyznania niechrześcijańskiego 6,9% (w tym agnostycy $n = 8$, islam $n = 2$, świadek Jehowy $n = 2$, inne: mariawityzm $n = 1$). Osoby nieuznające istnienia Boga – ateści, stanowili 6,4% ogółu badanych.

Przewlekłe chorzy zmagali się z chorobą 1–5 lat – 36,7%, dłużej niż 10 lat – 30,9%, 6–10 lat – 20,2%, krócej niż rok – 12,2%. U badanych odnotowano wiele schorzeń, dlatego wybrano chorobę wiodącą, którą przyporządkowano do grupy 14 problemów zdrowotnych. Najczęstsze u badanych były schorzenia tarczycy i metaboliczne, jednak bez cukrzycy (20,7%), depresja (12,2%), cukrzyca (11,2%), częste były choroby układu oddechowego – głównie astma i choroby zatok (9%), zaburzenia/choroby psychiczne (6,9%).

Wyniki opracowano na podstawie narzędzia PoLDUREL, gdzie zakres punktów wynosił 5–27,

im większa wartość, tym większy stopień religijności badanych.

Średnia wartość wyrażająca religijność badanych wynosiła $M = 19,61$ pkt, wahając się od minimum do maksimum (5–27 pkt), znajdując się w trzecim kwartylu jako wartość wyższa niż przeciętna. Zatem stopień religijności badanych był wyższy niż przeciętny. Wykazano, iż istotnie statystycznie wyższy poziom religijności przejawiali starsi badani (dodatnia korelacja $r = 0,34$, $p < 0,0001$), a także osoby żyjące w związkach małżeńskich aniżeli badani stanu wolnego i żyjący w związkach nieformalnych ($M = 21,69$ vs $19,67$ vs $15,19$ pkt, $p < 0,001$). Płeć, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania nie różnicowały istotnie statystycznie stopnia religijności badanych pacjentów, $p > 0,05$.

Wykazano, że im dłużej badani chorowali na schorzenie przewlekłe, tym posiadali istotnie statystycznie wyższy stopień religijności ($r = 0,19$, $p < 0,01$). Rodzaj choroby przewlekłej także różnicował istotnie stopień religijności, najwyższą religijność przejawiali chorzy na choroby autoimmunologiczne/alergie ($M = 23,86$ pkt) i na nadciśnienie tętnicze ($M = 22$ pkt), a najniższą chorzy na depresję ($M = 17,83$ pkt, $p < 0,04$) (tab. 1).

Przeanalizowano składowe narzędzia PoLDUREL. Częstość chodzenia do kościoła lub na inne spotkania religijne wyrażała wartość $M = 4,51$ pkt (w zakresie 1–6), częstość poświęcania czasu na prywatne praktyki religijne wartość $M = 3,91$ pkt. W największym stopniu badani zgadzali się ze stwierdzeniem, iż ich przekonania religijne są podstawą ich podejścia do życia ($M = 3,84$ pkt), a także ze stwierdzeniem, iż w ich życiu doświadczali obecności Boga ($M = 3,71$ pkt), a rzadziej twierdzili, iż bardzo starali się, aby ich religia rzutowała na wszystkie sfery ich życia ($M = 3,58$ pkt) (tab. 2).

Ocena nasilenia stresu i jego przyczyn u pacjentów z chorobami przewlekłymi

Termometr stresu badał nasilenie zjawiska stresu u badanych, które określali wartością całkowitą w zakresie 0–10. Im większa wartość, tym większe nasilenie stresu. Badani mieli większe niż przeciętne nasilenie stresu ($M = 5,84$ pkt), uzyskując wartości 0–10, najczęściej wybierając wartość 7 i 8 pkt. Wykazano, iż badani z wykształceniem wyższym posiadali istotnie statystycznie niższe nasilenie stresu aniżeli z wykształceniem średnim ($M = 5,46$ vs $6,32$ pkt, $p < 0,02$). Pozostałe zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania) nie różnicowały istotnie statystycznie nasilenia stresu u badanych osób z chorobami przewlekłymi, $p > 0,05$.

Wykazano na podstawie analizy, iż wyznanie nie różnicowało istotnie statystycznie nasilenia stresu u badanych ($p > 0,05$). Zaobserwowano, iż niższe wartości stresu przejawiali katolicy ($M = 3,50$ pkt),

Tabela 1. Ocena stopnia religijności badanych, analiza opisowa

PoIDUREL	M	SD	Me	Min.	Maks.	Statystyka	
						Wartość testu	p
Razem	19,61	6,03	21,00	5,00	27,00		
Choroba przewlekła (wiodąca)							
Cukrzyca/insulinooporność	19,52	6,49	22,00	5,00	26,00	H = 8,27	0,041
Depresja	17,83	6,20	18,00	6,00	27,00		
Tarczycy/metaboliczna	19,26	6,39	20,00	6,00	27,00		
Nadciśnienie tętnicze	22,00	3,87	24,00	17,00	26,00		
Choroba/zaburzenia psychiczne	19,23	7,17	23,00	5,00	26,00		
Przewodu pokarmowego	20,75	6,02	22,00	7,00	27,00		
Ginekologiczna	19,38	6,50	20,50	5,00	26,00		
Kardiologiczna	20,78	4,94	22,00	11,00	26,00		
Neurologiczna	19,36	5,08	19,50	9,00	26,00		
Układu ruchu/RZS	18,57	8,02	22,00	7,00	26,00		
Skóry/tłuszczycza	19,33	8,36	21,50	5,00	27,00		
Układu oddechowego	19,47	5,32	20,00	10,00	27,00		
Autoimmunologiczna/alergia	23,86	2,54	25,00	20,00	26,00		
Nowotworowa	21,20	4,97	19,00	16,00	27,00		
Czas leczenia choroby							
< 1 rok	18,30	6,83	19,00	5,00	26,00	r = 0,19	0,007
1–5 lat	18,91	5,71	20,00	5,00	27,00		
6–10 lat	19,63	5,37	20,00	6,00	27,00		
> 10 lat	20,95	6,35	24,00	5,00	27,00		

M – średnia, Me – mediana, Min.–Maks. – minimum-maksimum, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Szczegółowa ocena stopnia religijności, analiza opisowa

PoIDUREL	Zakres wyniku	M	SD	Me	Min.	Maks.
Częstość						
Chodzenia do kościoła/na inne spotkania religijne	1–6	4,51	1,46	5	1	6
Poświęcania czasu na prywatne praktyki religijne	1–5	3,91	1,75	5	1	6
Stwierdzenia						
W moim życiu doświadczam obecności Boga	1–5	3,78	1,31	4	1	5
Moje przekonania religijne są podstawą całego mojego podejścia do życia	1–5	3,84	1,27	4	1	5
Bardzo się staram, aby moja religia rzutowała na wszystkie inne sfery życia	1–5	3,58	1,37	4	1	5

M – średnia, Me – mediana, Min.–Maks. – minimum-maksimum, SD – odchylenie standardowe

świadkowie Jehowy ($M = 5,76$ pkt), a także agnostycy ($M = 5,50$ pkt) i ateści ($M = 5,92$ pkt), a najwyższe osoby o wyznaniu prawosławnym ($M = 9,00$ pkt).

Wykazano, iż czas trwania choroby przewlekłej i rodzaj choroby nie różnicowały istotnie statystycznie nasilenia stresu u badanych respondentów ($p > 0,05$). Nieznacznie większe nasilenie stresu przejawiali badani chorujący na chorobę przewlekłą krócej niż rok ($M = 6,09$ pkt), a także badani z chorobą nowotworową ($M = 6,40$ pkt) i zaburzeniami lub chorobą psychiczną ($M = 7,38$ pkt). Najmniej zestresowani byli chorzy na nadciśnienie tętnicze ($M = 4,71$ pkt).

Ocena przyczyn stresu – na podstawie wyników termometru dystresu

Czynniki wpływające na poczucie bycia zestresowanym związane z problemami praktycznymi obejmowały zwłaszcza pracę/szkołę (70,7%), rzadziej ubezpieczenia/finanse (38,3%), mieszkanie (34,6%), transport/korzystanie ze środków lokomocji (29,8%), najrzadziej wychowywanie dziecka (14,4%). Praca lub szkoła jako czynnik stresogenny istotnie rzadziej wpływał na stres u badanych leczących chorobę przewlekłą – 1–5 lat (59,4% vs pozostali: 387%, 84,2%, 69%, $p < 0,01$). Wykazano także, iż transport/

korzystanie ze środków lokomocji istotnie częściej było przyczyną stresu u badanych z wysokim poziomem religijności aniżeli średnim i niskim (80,6% vs 65,1% i 60,6%, $p < 0,05$).

Najczęstsze przyczyny stresu u chorych przewlekle to:

- w zakresie problemów praktycznych: praca/szkoła (70,7%),
- w zakresie problemów rodzinnych: relacje z partnerem (35,6%), relacje z dziećmi (11,7%),
- w zakresie problemów emocjonalnych: podenerwowanie (82,4%), martwienie się (82,4%), smutek (62,8%), lęk (54,8%),
- problemy w kwestiach religijnych/duchowych (28,7%),
- problemy natury fizycznej: zmęczenie (84,6%), sen (55,3%), wygląd (47,9%), ból (46,8%), pamięć/koncentracja (45,7%).

Ocena związków nasilenia odczuwanego stresu przez badanych z chorobami przewlekłymi ze stopniem religijności

Wykazano, iż korelacja nasilenia stresu (wynik ogólny) u badanych z stopniem religijności była odwrotnie proporcjonalna i istotna statystycznie ($r = -0,19$, $p < 0,01$). Im badani byli bardziej religijni, tym byli mniej zestresowani, a im byli mniej religijni, tym towarzyszyło im większe nasilenie stresu.

Przeanalizowano także związki składające się na religijność badanych z odczuwanym przez nich nasileniem stresu. Wykazano, iż istotnie statystycznie w mniejszym stopniu stres odczuwali badani, którzy częściej chodzili do kościoła/na inne spotkania religijne ($r = -0,17$, $p < 0,02$), którzy częściej poświęcali czas na prywatne praktyki religijne ($r = -0,16$, $p < 0,03$), a także badani, którzy w większym stopniu zgadzali się ze stwierdzeniami, iż w życiu przekonania religijne są podstawą podejścia do życia ($r = -0,15$, $p < 0,04$), oraz ze stwierdzeniem, iż bardzo starali się, by ich religia rzutowała na inne sfery życia ($r = -0,18$, $p < 0,01$). Mniejszy stres odczuwali także badani, którzy byli przekonani, iż w swoim życiu częściej odczuwali obecność Boga, ale oceniana zależność nie była istotna statystycznie, $p > 0,05$.

DYSKUSJA

Choroba przewlekła jest bez wątpienia jednym ze stresorów, który może dotknąć człowieka w każdym wieku. Jest to skomplikowana i trudna sytuacja pod względem poznawczym, emocjonalnym, społecznym i egzystencjalnym. Wymaga od osoby chorej, a często także od jej bliskiego otoczenia, radzenia sobie z tymi trudnościami. Choroba przewlekła powoduje zwiększone obciążenie problemami, co stwarza

sytuację stresową [4]. Jedną z metod radzenia sobie ze stresem w obliczu choroby przewlekłej i wyzwania dnia codziennego jest zwrot jednostki ku religii, a co się z tym wiąże wzrost zaangażowania w praktyki religijne.

Badania własne miały na celu określenie poziomu religijności i nasilenia stresu u pacjentów chorych przewlekle.

Zgodnie z przedstawionym w niniejszej pracy modelem stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkmana religijność może pozytywnie wpływać na radzenie sobie ze stresem poprzez prywatną modlitwę, uczestnictwo we wspólnotce, nadawanie głębszego znaczenia wydarzeniom [5]. Badania własne wykazały, iż stopień religijności badanych był wyższy niż przeciętny.

Nowicki i wsp. w badaniach na grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną uzyskali wyniki mówiące, iż religijność osób objętych badaniem kształtuje się na wysokim poziomie. Warty z uwzględnienia jest fakt, iż wraz ze wzrostem religijności wzrastał poziom akceptacji choroby [6]. Potwierdza to zatem pogląd Lazarusa jakoby religijność była jedną z metod radzenia sobie z silnym stresorem, jakim niewątpliwie jest nieuleczalna choroba [7].

Kossakowska i wsp. zauważyły, iż chorzy na stwardnienie rozsiane przejawiają większy wzrost duchowości w aspekcie religijności niż osoby zdrowe. Kossakowska i wsp. stwierdzają zatem, że zdiagnozowanie u pacjenta stwardnienia rozsianego powoduje u niego wzrost praktyk religijnych [8]. Można domniemać, że pacjenci chorzy przewlekle charakteryzują się wyższym niż przeciętny poziomem religijności.

Jednym z założeń niniejszej pracy było, iż religijność badanych (uczęszczanie do kościoła lub spotkania religijne, czasokres poświęcany religii, doświadczanie obecności Boga, ważność przekonań religijnych, odniesienie religii do innych sfer życia) zależy od czynników socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, oraz od rodzaju choroby przewlekłej i czasu jej leczenia.

Badania własne pokazały, że im dłużej badani chorowali na schorzenie przewlekłe, tym posiadali istotnie statystycznie wyższy stopień religijności. Rodzaj choroby przewlekłej także różnicował istotnie stopień religijności, największą religijność przejawiali cierpiący na choroby autoimmunologiczne/alergie i na nadciśnienie tętnicze, a najmniejszą chorzy na depresję. Uzyskano także wyniki mówiące, iż istotnie statystycznie wyższy poziom religijności przejawiały osoby starsze oraz osoby żyjące w związkach małżeńskich aniżeli badani stanu wolnego i żyjący w związkach nieformalnych. Płeć, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania nie różnicowały istotnie statystycznie stopnia religijności badanych pacjentów.

Inaczej kształtowały się wyniki badań przeprowadzonych przez Sikorę i wsp., których celem była ocena stopnia religijności oraz zachowań zdrowotnych pacjentów chorych na depresję. W wyniku przeprowadzonych przez autorów badań ustalono, iż pacjenci z depresją cechują się znacznym stopniem religijności [9].

Ziarko w badaniach na grupie chorych przewlekle zauważa, iż zwrot chorego ku religii zależy od rodzaju choroby przewlekłej. Chorzy na każdą z porównywanych chorób przewlekłych wykazują różne nasilenie stopnia religijności. Osoby cierpiące na reumatoidalne zapalenie stawów miały najwyższy stopień nasilenia zachowań religijnych, niższy osoby z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca, a najniższy chorzy na cukrzycę [10]. Kossakowska zauważyła, iż zwracanie się w stronę religii przez chorych na stwardnienie rozsiane jest związane z płcią i wiekiem zachorowania. Wyższy poziom religijności wykazywały chore kobiety oraz osoby, które zachorowały wcześniej [8].

Stefańska zauważa, iż chorzy z cukrzycą wykazują przeciętny poziom religijności, większą religijność wykazują kobiety. W tych samych badaniach autorka podaje, iż inne czynniki socjodemograficzne, takie jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, nie różnicuje istotnie poziomu religijności respondentów [11].

Również Wróbel i wsp. potwierdzają, iż kobiety cechował nieco wyższy wskaźnik religijności w porównaniu z mężczyznami. Ta sama autorka podaje, iż poziom religijności respondentów jest dodatnio skorelowany z ich wiekiem [12].

Można zatem postawić hipotezę, iż wzrost religijności wraz z wiekiem respondentów spowodowany jest poczuciem nieuchronnej śmierci i lękiem przed tym, co nieznanne.

Także badania Radwańskiej mówią, iż kobiety ze zdiagnozowaną niewydolnością serca przejawiają wyższy poziom religijności niż mężczyźni z tym schorzeniem [13]. Biorąc pod uwagę powyższe aspekty, można stwierdzić istnienie zależności między poziomem duchowości a płcią. Te same badania nie są jednak zgodne z poprzednimi pod względem korelacji wieku z poziomem duchowości. Poziom ten niezależnie od wieku był podobny [14].

Należałoby zatem przeprowadzić badania na większej grupie respondentów ze zróżnicowanymi chorobami przewlekłymi, aby móc jednoznacznie stwierdzić, czy wiek wpływa na poziom religijności u pacjentów chorujących przewlekle.

Według raportu „Polacy a stres” przeprowadzonego przez ARC Rynek i Opinia w 2020 r. wynika, że aż 49% badanych przyznaje się do niemal codziennego odczuwania stresu. Badania te przeprowadzone zostały na 1045 respondentów powyżej 18. roku życia. Wynika z nich, że kobiety

znacznie częściej odczuwają stres niż mężczyźni (50% w porównaniu z 38%). Polacy do jednego z najbardziej stresujących czynników zaliczyli własne problemy zdrowotne oraz problemy ze zdrowiem swoich najbliższych (33%) [14].

Jak już wspomniano w niniejszej pracy, choroba przewlekła jest czynnikiem obciążającym człowieka w tak dużym stopniu, że niemal zawsze wiąże się z odczuwaniem stresu. Można zatem założyć, iż nasilenie stresu u osób chorujących przewlekle jest wysokie.

Badania własne częściowo potwierdziły to założenie. Badani wykazywali większe niż przeciętne nasilenie stresu, określając jego nasilenie w skali 0–10, najczęściej wybierając wartość 7 i 8 pkt. Z badań wynika, iż prawie połowa badanych (46,8%) odczuwała stres o wysokim nasileniu (7–10 pkt), 22,9% o średnim nasileniu (5–6 pkt), a 29,3% o niskim nasileniu (1–4 pkt). Kurtyłek i wsp. w badaniu z użyciem podskali mierzącej poziom dystresu potwierdzili to założenie w Kwestionariuszu psychospołecznego dostosowania się do choroby. Pacjenci z twardziną układową wykazują podwyższony poziom dystresu, uzyskując wynik 7,9 [15].

Wyniki innych badań dotyczących chorych z wyżej wymienioną jednostką chorobową wykorzystując tę samą metodę, kształtują się podobnie. Malcarne i wsp. podają, iż badani przez nich chorzy również wykazywali podwyższony poziom dystresu, uzyskując wynik 7,4 [16]. Mianowana i wsp. w badaniach na grupie 100 chorych poddawanych hemodializie zaobserwowali, że u 74,0% badanych w związku z rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego występował silny stres [17]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach na grupie chorujących na nadciśnienie tętnicze prowadzonych przez Maciaka i wsp. Ponad połowa respondentów zadeklarowała, iż w codziennym życiu towarzyszy im stres w bardzo dużym stopniu. Respondenci, którzy mieli prawidłowe wartości ciśnienia odpowiadali najczęściej, że stres raczej nie towarzyszy im w dniu codziennym [18].

Biorąc pod uwagę badania własne, badania przeprowadzone przez innych autorów, a także literaturę przedmiotu można z całą pewnością stwierdzić, iż w większości przypadków konfrontacja pacjenta z chorobą przewlekłą powoduje wzmożony stres i napięcie.

Kolejną badaną przez nas zależnością była korelacja pomiędzy nasileniem stresu u badanych a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, oraz rodzaj choroby przewlekłej i czas jej leczenia.

W badaniach własnych wykazano, iż respondenci z wykształceniem wyższym podawali istotnie statystycznie niższe nasilenie stresu aniżeli z wykształceniem średnim. Pozostałe zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania)

oraz czas trwania choroby przewlekłej i rodzaj choroby nie różnicowały istotnie statystycznie nasilenia stresu u badanych osób z chorobami przewlekłymi.

Peyort i wsp. na podstawie badań na grupie chorych na cukrzycę typu 2 wskazali, że dłuższy okres chorowania na cukrzycę wiązał się istotnie z wyższym poziomem stresu. Również wyższy poziom stresu i gorsze samopoczucie miały związek z kumulacją powikłań związanych z cukrzycą [19].

Badania te pokrywają się z wcześniej przytoczonymi badaniami Maciaka i wsp., z których wynika, iż towarzyszące symptomy choroby, a także wynikające z niej powikłania znacząco wpływają na poziom odczuwanego stresu [18]. Taki stan rzeczy powoduje, iż przed personelem medycznym, zwłaszcza pielęgniarskim, z racji wynikających z zawodu zadań, staje olbrzymie wyzwanie w obszarze profilaktyki i edukacji pacjentów będących w grupie narażonej na choroby przewlekłe, by skutecznie zapobiegać możliwym powikłaniom, co w efekcie zredukuje odczuwany przez nich stres.

Hyphantis i wsp. podobnie jak Peyort i wsp. zauważyli w badaniach na grupie osób z twardziną układową, iż psychologiczny dystres jest pozytywnie skorelowany z czasem trwania choroby [19]. Zatem, badania te nie potwierdzają wniosku z badań własnych, jakoby dłuższy czas chorowania na chorobę przewlekłą powodował zwiększenie odczuwanego stresu u pacjenta.

Łuczyk i wsp. w badaniach na grupie 101 osób z rozpoznaniem nowotworem złośliwym, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia chirurgicznego, wskazali, iż czynniki socjodemograficzne, a także rodzaj rozpoznanego nowotworu nie wpływały na występowanie i nasilenie dystresu u pacjentów onkologicznych przygotowywanych do zabiegu chirurgicznego [20]. Inne badania prowadzone przez Jędrycha i wsp., w których respondentami byli pacjenci leczeni kardiologicznie z miażdżycą tętnic, mówią, iż zarówno kobiety, jak i mężczyźni będący w zróżnicowanym wieku, zamieszkujący zarówno miasta, jak i wsie, w znaczącej części uznali swój styl życia za stresujący [21].

Badania te są zgodne z badaniami własnymi, jakoby wyżej wymienione zmienne socjodemograficzne nie miały wpływu na odczuwany przez chorych stres. Główne czynniki wskazywane przez respondentów wpływające na poczucie bycia zestresowanym związane z problemami praktycznymi obejmowały zwłaszcza pracę/szkolę (70,7%), rzadziej ubezpieczenia/finanse (38,3%), mieszkanie (34,6%), transport/korzystanie ze środków lokomocji (29,8%), najrzadziej wychowywanie dziecka (14,4%) i inne.

Podobne wyniki uzyskano we wcześniej wspomnianych badaniach przeprowadzonych przez Łuczyk i wsp. na grupie 101 osób z rozpoznaniem nowotworem złośliwym, którzy zostali zakwalifi-

kowani do leczenia chirurgicznego. Wynika z nich, że najczęściej wskazywanym przez chorych problemem były trudności w pracy i szkole [20].

Inaczej kształtowały się wyniki badań przeprowadzonych przez Szadowską-Szlachetką i wsp. W badaniach na grupie 62 pacjentów objętych opieką hospicjum stacjonarnego i domowego uzyskano wyniki wskazujące, że najczęściej wymienianym przez chorych problemem praktycznym powodującym stres to trudności mieszkaniowe (48,39%) [22]. Wyniki tych badań nie pokrywają się z wynikami badań własnych, jednak należy mieć na względzie, iż wynikać to może ze specyfiki grupy objętych badaniem, którzy w odróżnieniu do grupy z badań własnych są objęci opieką hospicjum.

Kolejne zagadnienie dotyczyło wpływu czynników socjodemograficznych na przyczyny stresu u ankietowanych. Badania własne wykazały brak istotnego związku pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a przyczynami stresu.

Ślusarska i wsp. w badaniach na grupie chorych z nadciśnieniem tętniczym również nie otrzymali istotnych różnic nasilenia stresu ze względu na czynniki socjodemograficzne [23].

Starczewska i wsp. na podstawie badań przeprowadzonych na grupie pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii wskazali, iż tylko wiek miał wpływ na poziom odczuwanego stresu [24].

Inne są wyniki badań przeprowadzonych przez Jędrycha i wsp. na grupie pacjentów leczonych kardiologicznie. Wynika z nich, iż głównym źródłem stresu zwłaszcza u kobiet w młodszym wieku zamieszkujących miasta jest praca, natomiast dla mężczyzn w starszym wieku mieszkających na wsi problemy zdrowotne [21]. Ostatnim badanym aspektem w niniejszej pracy było zweryfikowanie zależności pomiędzy religijnością (uczęszczanie do kościoła lub spotkania religijne, czasokres poświęcany religii, doświadczanie obecności Boga, ważność przekonań religijnych, odniesienie religii do innych sfer życia) oraz wyznawaną religią a nasileniem stresu u osób chorych przewlekle.

Badania własne pokazały silną zależność stopnia nasilenia zachowań religijnych od stresu. Im badani byli bardziej religijni, tym odczuwali niższy poziom stresu, a im byli mniej religijni, tym częściej towarzyszyło im większe nasilenie stresu.

Również Rybarski w badaniach na grupie 130 osób hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej wskazał, iż zaangażowanie religijne przejawiające się w poszukiwaniu wiedzy religijnej czy udziałem w praktykach religijnych wspólnoty obniżają lęk przed śmiercią. Taki stan rzeczy w konsekwencji zwiększa poczucie jakości życia na każdej płaszczyźnie, również tej związanej z odczuwaniem stresu. Pacjenci niezaangażowani religijnie odczu-

wają większy lęk przed śmiercią, co skutkuje niższą jakością życia i większym natężeniem stresu [25].

Z badań przeprowadzonych przez Woźniak, gdzie próbą objęto 367 osób starszych, tj. w wieku 65 lat i powyżej, zamieszkałych na terenie Krakowa wynika, iż to wiara i zaangażowanie religijne zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn korzystnie wpływały na poczucie satysfakcji z życia i odczuwany stres [26].

Chociaż w badaniach tych nie ma wzmianki jakoby respondenci cierpieli na choroby przewlekłe, możemy założyć, iż wiek, który osiągnęli respondenci, predysponuje do zapadalności na choroby przewlekłe.

Brak jest badań, które mówiłyby o zależnościach pomiędzy religijnością a wyznawaną religią i natężeniem stresu u osób chorych przewlekłe. Należałoby zatem przeprowadzić badania na zróżnicowanej pod względem wyznania i chorób przewlekłych grupie, by móc jednoznacznie stwierdzić, czy wyznawany światopogląd ma wpływ na poziom odczuwanego stresu u pacjentów chorych przewlekłe.

Bazując na wynikach z badań własnych, a także analizując prace innych badaczy, można zaobserwować, że stres jest nieodłącznym elementem życia codziennego pacjentów z chorobą przewlekłą. Religijność jest częstym wyborem tych pacjentów jako strategią radzenia sobie ze stresem. Respondenci biorący udział w badaniach charakteryzowali się tym mniejszym poziomem stresu, im bardziej zaangażowani byli w praktyki religijne. Wynika z tego, iż dla pacjentów znajdujących się na oddziałach szpitalnych posługą kapłana (zgodnie z wyznawaną religią) jest niezwykle istotnym elementem w procesie zdrowienia i akceptacji swojej sytuacji. Przed personelem medycznym staje zatem wyzwanie, by zapewnić potrzeby pacjenta w sferze religijnych, która niestety tak często jest pomijana na rzecz potrzeb fizycznych.

PODSUMOWANIE

Okolo połowę badanej grupy (44,1%) charakteryzował średni poziom religijności (uczęszczanie do kościoła lub na spotkania religijne, czasokres poświęcany religii, doświadczania obecności Boga, ważność przekonań religijnych, odniesienie religii do innych sfer życia), wysoki poziom religijności dotyczył 38,3% badanych, a niski poziom 17,6%.

Istotnie statystycznie wyższy poziom religijności przejawiali:

- osoby starsze,
- pacjenci żyjący w związkach,
- chorzy na choroby autoimmunologiczne/alergie i na nadciśnienie tętnicze, istotnie najniższą chorobą na depresję,

- katolicy, nieznacznie niższe inni chrześcijanie, niższy osoby wyznania niechrześcijańskiego,
- dłużej chorujący na schorzenia przewlekłe.

Prawie połowa badanych (46,8%) odczuwała stres o wysokim nasileniu (7–10 pkt z możliwych do uzyskania 10 pkt), 22,9% o średnim nasileniu (5–6 pkt), a 29,3% o niskim nasileniu (1–4 pkt).

Istotnie statystycznie niższe nasilenie stresu dotyczyło osób wyższym wykształceniem.

Problemy natury religijno-duchowej jako powód stresu istotnie częściej dotyczyły osób ze średnim i wysokim poziomem religijności oraz chrześcijan.

Im badani prezentowali większe nasilenie zachowań religijnych (uczęszczanie do kościoła lub spotkania religijne, czasokres poświęcany religii, doświadczania obecności Boga, ważność przekonań religijnych, odniesienie religii do innych sfer życia), tym istotnie statystycznie odczuwali niższe natężenie stresu.

Należy zwrócić uwagę, iż im badani byli bardziej religijni, tym byli mniej zestresowani, a im byli mniej religijni, tym większe nasilenie stresu im towarzyszyło. Zwrot ku religijności jako strategii radzenia sobie ze stresem przynosi istotne korzyści.

DEKLARACJE

1. Zgoda Komisji Bioetycznej na badania: Nie dotyczy.
2. Zewnętrzne źródła finansowania: Brak.
3. Konflikt interesów: Brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Porczyńska A. Cechy osobowości a doświadczanie szczęścia. W: Prace komisji naukowych. Polska Akademia Nauk Oddział w Katowicach, Katowice 2008, 32: 55-58.
2. Zygmunt Z, Jurek K, Pilewska-Kozak AB i wsp. Polska adaptacja skali Duke university religion index (DUREL). Rocz Psychol 2013; 16: 179-191.
3. Życińska J i wsp. Polska adaptacja skali Distress Thermometer i Problem List. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych. X Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna. 11–12 września, Władysławowo 2009. Abstrakt wystąpienia. Tryb dostępu: http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=151. Data dostępu: 25.08.2023 r.
4. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2014, 31-43.
5. Mudyń K, Pietras K. Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia. Psychoterapia 2007; 1: 5-14.
6. Nowicka G, Ziótek R, Deluga A, Bartoszek AB, Szadowska-Szlachetka ZC, Ślusarska BJ. Związek siły wiary religijnej i duchowości ze stopniem akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. Med Paliat 2020; 12: 131-137.
7. Bartczuk R, Jarosz M. Funkcja religijności w procesie radzenia sobie ze stresem koncepcja Kennetha I. Pargementa Rocz Psychol 2006; 9: 37-52.
8. Kossakowska M, Zemła-Sieradzka L. Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych

- na stwardnienie rozsiane. *Postępowanie Psychiatr Neurol* 2011; 20: 259-267.
9. Sikora A, Majda A, Kurowska A. Religijność i zachowania zdrowotne pacjentów z depresją. *Piel Pol* 2021; 1: 11-18.
 10. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2014, 31-43.
 11. Stefańska M. Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą. *Piel Pol* 2019; 2: 156-164.
 12. Wróbel A, Majda A. Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Probl Piel* 2015; 23: 220-226.
 13. Radwańska E. Związek poziomu duchowości z jakością życia pacjentów z niewydolnością serca. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Polskich Wrocławiu, Wrocław 2020, 1-5.
 14. Polacy a stres. Raport dla Sanprobi, ARC Rynek i Opinia, wrzesień 2020. Available from: <https://biznes.newseria.pl/files/1097841585/raport-sanprobi-polacy-a-stres-09.2020.pdf> (dostęp: 03.03 2024).
 15. Kurtyłek A, Steuden S, Bogaczewicz J, Sysa-Jędrzejowska A, Woźniacka A. Uwarunkowania jakości życia chorych na twarżynę układową. *Reumatologia* 2008; 46: 84-90.
 16. Malcarne VL, Greenbergs HL. Psychological adjustment to systemic sclerosis. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 51-59.
 17. Mianowana V, Sałgut A, Mianowana K i wsp. Przyczyny stresu u pacjentów dializowanych. *Pielęgni XXI W* 2016; 15: 13-17.
 18. Maciak A, Maniecka-Bryła I, Bryła M. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego wśród uczestników Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia w mieście średniej wielkości. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 325-331.
 19. Peyort M, Skovlund SE, Radzio R, Kokoszka A. Wskaźnik dobrego samopoczucia i poziom stresu związanego z cukrzycą w różnych stadiach cukrzycy typu 2 w pierwszym międzynarodowym. *Diabet Prakt* 2019; 5: 178-187.
 20. Łuczyk M, Śniszewska K, Łuczyk R i wsp. Występowanie i nasilenie dystesu u pacjentów z nowotworem złośliwym w okresie przygotowania do leczenia chirurgicznego. *J Edu Health Sport* 2016; 6: 498-512.
 21. Jędrych M, Ewelina Ruta, Barbara Jodłowska-Jędrych, Anna Kusio. Rola stresu w życiu pacjentów leczonych na oddziałach kardiologicznych. *Med Og N Zdr* 2011; 17: 116-122.
 22. Szadowska-Szlachetka Z, Makuch J, Pietraszek A i wsp. Radzenie sobie z bólem a odczuwanie stresu przez pacjentów hospicjum. *Med Paliat* 2018; 10: 80-87.
 23. Ślusarska B, Lalik S, Kulina D, Zarzycka D. Nasilenie odczuwanego stresu w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz jego związek z samokontrolą leczenia choroby. *Arterial Hypertension* 2013; 17: 369-376.
 24. Starczewska M, Kapuścińska K, Rybicka A, Stanisławska M, Grochans E. Wpływ czynników socjodemograficznych na poziom nasilenia odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem pacjentów poddanych zabiegom koronarografii. *Probl Pielęgni* 2018; 26: 151-156.
 25. Rybarski RJ. Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych Instytut Psychologii, Lublin 2018.
 26. Woźniak B. Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. *Przeg Socjol* 2012; 61: 207-242.