PRACE ORYGINALNE

Piel. Zdr. Publ. 2016, **6**, 3, 205–213
DOI: 10.17219/pzp/60297
© Copyright by Wroclaw Medical University
ISSN 2082-9876

Agnieszka Lankau[1, A–D], Elżbieta Krajewska-Kułak[1, A, C, D, F], Irena Wrońska[2, E, F]

Wpływ przekonań religijnych pielęgniarek na ich pracę oceniany przez studentów pielęgniarstwa

The Impact of Religious Beliefs on the Assessment of Nurse Work from the Perspective of Nursing Students

[1] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
[2] Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

A – koncepcja i projekt badania; **B** – gromadzenie i/lub zestawianie danych; **C** – analiza i interpretacja danych; **D** – napisanie artykułu; **E** – krytyczne zrecenzowanie artykułu; **F** – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zachowania religijne mają związek z większym wsparciem społecznym oraz lepszym zdrowiem psychicznym.
Cel pracy. Zbadanie opinii studentów pielęgniarstwa na temat wpływu przekonań religijnych pielęgniarek na sprawowanie funkcji zawodowych.
Materiał i metody. Badaniem objęto 150 studentów pielęgniarstwa, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Według 82,4% badanych osób wyznanie nie jest przeszkodą w nawiązywaniu kontaktów ani przy wyborze zawodu – 57,3% i wykonywaniu zadań zawodowych – 48,7%. Zdaniem 25,8% respondentów wyznanie pacjenta wpływa na decyzje terapeutyczne pielęgniarek. Przekonania religijne chorego mogą najczęściej stwarzać problemy w uzyskaniu zgody na przetaczanie krwi (44,7%). Aż 66% ankietowanych było zdania, że nie można jednoznacznie określić sytuacji odmowy przez pielęgniarkę wykonania konkretnego zabiegu, gdy ma na to wpływ jej przynależność religijna. Jeśli przekonania religijne pacjenta są sprzeczne z proponowaną terapią, pielęgniarka powinna odstąpić od leczenia chorego, informując go o tym (28,7%), a gdy sprzeczne z jej przekonaniami – przekazać pacjenta innej pielęgniarce (30%). Za autorytet dla pielęgniarek badani uznali: Jana Pawła II (35,3%) i Matkę Teresę z Kalkuty (17,3%).
Wnioski. Studenci w zdecydowanej większości określali się jako osoby wierzące i praktykujące, a religia w ich życiu codziennym jest bardzo ważna. Potrzeby emocjonalne były najsilniejszą motywacją dla studentów do zwielokrotnienia praktyk religijnych. Studenci twierdzili, że światopogląd pielęgniarki nie powinien przeszkadzać jej w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ale mieli w większości problem ze wskazaniem działań, jakie powinna podjąć pielęgniarka, gdy przekonania religijne pacjenta lub jej są sprzeczne z proponowaną terapią (**Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 3, 205–213**).

Słowa kluczowe: pielęgniarka, wyznanie, studenci pielęgniarstwa.

Abstract

Background. Religious practices are associated with stronger social support and better mental health.
Objectives. To assess the impact of religious beliefs on the performance of nurses from the perspective of nursing students.
Material and Methods. The study included 150 nursing students. The author's questionnaire has been used.
Results. Religion is not an obstacle to establish personal connections (82.4%), to choose a profession (57.3%), or to perform professional tasks (48.7%). According to 25.8% of the respondents, the patient's faith affects the therapeutic decisions of the nurses. The patients religious beliefs may cause problems to obtain consent for blood transfusion (44.7%). Sixty-six percent of respondents claimed that it is difficult to assess whether the nurse's refusal to perform a specific treatment was due to her religious beliefs or not. When a treatment contrary to the patient's beliefs is proposed, the nurse should refrain from treating the patient, having informed him or her about it (28.7%). When

the treatment is contrary to the nurse's beliefs, she should refer the patient to another nurse (30%). As the authority figure for the nurses the respondents indicated: Pope John Paul II (35%) and Mother Teresa of Calcutta (17.3%).
Conclusions. The vast majority of students identified themselves as believers and practitioners, claiming that religion is very important in their daily lives. Emotional needs were for them the strongest motivation to intensify religious practices. The students claimed that the nurses' world view should not interfere with making therapeutic decisions, but they had trouble to indicate the actions the nurse should take in case of her or the patient's beliefs being contrary to the treatment proposed (**Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 3, 205–213**).

Key words: nurse, faith, nursing students.

Lektura dostępnego piśmiennictwa [1–5] potwierdza, że orientacja religijna może być związana z dobrostanem psychicznym na skutek traktowania niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego, a także przez odnajdywanie głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach i w zachowaniu nadziei, co koreluje także dodatnio ze szczęściem i satysfakcją z życia.

Według Thorsona i Powella [6] przeżywanie choroby, problemów, konfliktów staje się okazją do stawania się bardziej cierpliwym, rozmodlonym i zjednoczonym z Bogiem, a identyfikowanie się z wolą Bożą przynosi poczucie spokoju, wytchnienia i bezpieczeństwa.

Zdaniem Flanelly et al. [7] oraz Kinney et al. [8] osoby bardziej religijne częściej są skłonne do zachowań prozdrowotnych, tj. niepalenia, abstynencji alkoholowej itp.

Badania Koeniga et al. [9] prowadzone w grupie osób w wieku podeszłym wykazały, że zachowania religijne, postawy i doznania duchowe były u nich powszechne i miały związek z większym wsparciem społecznym oraz lepszym zdrowiem psychicznym.

W literaturze przedmiotu [10–12] podkreśla się, że religijność podlega przemianom w procesie ontogenezy i wyróżnia się 9 stadiów rozwoju religijnego:

– stadium areligijne (1. rok życia), w którym nie odnotowuje się przejawów religijności poza ewentualnym naśladowaniem gestów religijnych niemających znaczenia religijnego;

– stadium początków religijności (2–3 rok życia) – może się tu pojawiać zainteresowanie praktykami religijnymi rodziców, a treści religijne mogą być włączane przez dziecko do tematyki zabaw; w tym też stadium dzieci zaczynają odmawiać swe pierwsze modlitwy, zwykle bezpośrednio związane z ich codziennymi troskami lub potrzebami;

– stadium religijności magicznej (4–7 rok życia), w którym dzieci stają się wrażliwe na treści religijne, lecz nie zmienia się tu znacznie charakter ich modlitw – nadal ich celem jest przekazanie próśb o zaspokojenie konkretnych potrzeb dziecka;

– stadium religijności autorytarno-moralnej (8–12 rok życia) – religijność jest tu silnie uzależniona od autorytetów, przy czym zasadniczą rolę w jej kształtowaniu odgrywa autorytet osób znaczących (najczęściej rodziców);

– stadium kształtowania się religijności autonomicznej (13–17 rok życia), w którym wyobrażenie Boga przybiera formę uduchowioną, a stosunek do niego podlega indywidualizacji;

– stadium kształtowania się religijności autentycznej (18–25 rok życia) – uważane za decydujące o dalszym przebiegu rozwoju religijnego, w którym kształtują się światopogląd i postawy religijne jednostki; w tej fazie życia odnotowuje się najwięcej przypadków odejścia od religii, ale również w tym okresie następuje zwykle ukształtowanie stabilnego, osobistego stosunku do Boga; na praktyki religijne bardziej wpływają przekonania jednostki, a nie autorytety;

– stadium stabilności religijnej (25–40 rok życia);

– stadium dojrzałości religijnej (40–60/70 rok życia) – jest to faza pogłębiania własnego życia religijnego jednostki, nadawania mu cech stabilizacji, co jest typowe również dla innych sfer rozwoju człowieka w tym okresie;

– stadium religijności eschatologicznej (powyżej 60/70 roku życia), w którym obserwuje się zarówno zmniejszenie nasilenia tej cechy, jak i jej wzrost, ale wydaje się, że przeważa zwiększanie poziomu religijności [10–12].

Z badań Czapińskiego [13] wykonanych w ramach tzw. weryfikacji „cebulowej" teorii szczęścia wynika, że aktywność religijna Polaków sprzyjała wyższej ocenie jakości życia, lepszemu samopoczuciu, większej nadziei na przyszłość, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, radości życia, zadowoleniu ze stanu własnego zdrowia oraz z osiągnięć osobistych [13].

Celem pracy była ocena wpływu przekonań religijnych na sprawowanie funkcji zawodowych przez pielęgniarki z punktu widzenia studentów pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2010–2011 po uzyskaniu zgody (nr R-I-002/244/2009) Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W badaniu wzięło udział 150 studentów kierunku pielęgniarstwo studiów stacjonarnych i niestacjonarnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ogółem

rozprowadzono 180 ankiet, a do badania wykorzystano 150.

Niniejsze badania poprzedzono badaniem pilotażowym w grupie 50 studentów, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza składającego się z 3 części:

– I – ogólnej, zawierającej 6 pytań dotyczących: wieku, płci, trybu, roku i kierunku studiów, miejsca zamieszkania;

– II – złożonej z 14 pytań dotyczących samooceny religijności, w tym m.in. pytania o: wyznanie; w jakich i jak często praktykach religijnych uczestniczą; znaczenie religii w ich życiu codziennym; preferowane wartości w życiu; czy ma dla nich znaczenie, aby w ważnych momentach życia, takich jak np. narodziny, ślub lub śmierć, towarzyszył im obrządek religijny; oceny, czy religia odgrywa obecnie na świecie większą, czy też mniejszą rolę niż dawniej; opinię, czy wyznanie religijne powinno wpływać na wybór zawodu; jakie mogą być przyczyny podjęcia lub zwielokrotnienia ich dotychczasowych praktyk religijnych; czy wyznanie religijne może być powodem nienawiązywania znajomości/przyjaźni albo przeszkodą w wykonywaniu zadań zawodowych pielęgniarki;

– III – zawierającej 13 pytań dotyczących samooceny wpływu religii na funkcje zawodowe pielęgniarki, w tym m.in. o: częstość pytania przez pielęgniarkę o wyznanie religijne pacjentów; jakiego wyznania pacjentów ma najwięcej; opinię, czy przekonania religijne pacjenta są istotne w podejmowaniu przez pielęgniarkę decyzji terapeutycznych i pielęgnacyjnych, a jeżeli tak, to w jakich; czy w powyższym ważne są przekonania religijne pielęgniarki; na jakiego typu zabiegi terapeutyczne i pielęgnacyjne może mieć wpływ rodzaj wyznania religijnego 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 przekonaniami religijnymi, a nie ma żadnej alternatywnej terapii; opinii na temat przydatności w nauczaniu treści związanych z problemami wielokulturowości; czy taki przedmiot powinien być obowiązkowy; jakie powinny być tematy dotyczące wpływu wyznania religijnego na uwarunkowania zdrowotne pacjentów i funkcje zawodowe pielęgniarek.

Wyniki

W grupie badanej dominowały kobiety (94,6%). Mężczyźni stanowili jedynie 5% studentów. Przeważały w niej także osoby młode mające mniej niż 20 lat (47,3%). Respondenci w wieku 21–29 lat stanowili 28%, w wieku 30–30 lat – 7,3%, 40–49 lat – 14,7%, a w wieku 50 lat i więcej – 2,7% badanych. Większość ankietowanych osób – 61% pochodziło z miast, a 33% ze wsi.

Studenci byli zdania, że religia odgrywa obecnie mniejszą rolę na świecie (46%) i nieco mniejszą w Polsce (43,3%). Największy jednak odsetek ankietowanych deklarował, że w ich życiu osobistym (42%), rodzinnym (50%) i zawodowym (44%) rola religii nie zmieniła się. Pozostali badani twierdzili, że: jest ona o wiele mniejsza w Polsce (27,3%), w ich życiu osobistym (12%), w rodzinie (6%) i w życiu zawodowym (6,7%), jest nieco mniejsza na świecie (24%), w ich życiu osobistym (14%), w rodzinie (16%) i w życiu zawodowym (10,7%); taka sama na świecie (10%), w Polsce (13,3%), w rodzinie (11,3%) i w życiu zawodowym (10,7%); nieco większa na świecie (4%), w Polsce (7,3%), w ich życiu osobistym (14,7%), w rodzinie (11,3%) i w życiu zawodowym (10,7%) lub o wiele większa na świecie (2,7%), w Polsce (3,3%), w ich życiu osobistym (14,7%), w rodzinie (12,7%) i w życiu zawodowym (4%). Trudności w określeniu roli religii na świecie miało 13,3% badanych, w Polsce – 5,3%, we własnym życiu osobistym – 2,7%, w rodzinie – 4% i w życiu zawodowym – 24%.

Zdecydowana większość (87%) studentów pielęgniarstwa należała do Kościoła katolickiego, 6,7% – do Kościoła prawosławnego, 0,7% to świadkowie Jehowy, a innego wyznania było 2% respondentów (bez sprecyzowania). Osoby niewierzące stanowiły 2,7% badanych, a 0,7% nie określiło swojego wyznania.

Na pytanie dotyczące określenia własnego światopoglądu relatywnie najwięcej studentów (74,7%) uznało się za osobę wierzącą i praktykującą. Niewierzących i niepraktykujących było 10%, a 15,3% miało problem z deklaracją.

Najwięcej osób (58%) oceniając swoje zaangażowanie religijne, wybrało „jestem raczej religijny", „bardzo religijny" – 23,3% studentów, „niereligijny" lub „raczej niereligijny" – po 4% osób, a „obojętny religijnie" – 2% badanych. Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 8,7% respondentów.

Codziennie w praktykach religijnych uczestniczyło 4,7% studentów, kilka razy w tygodniu – 6,7% z nich, raz w tygodniu – 39,3%, kilka razy w miesiącu – 24,7%, kilka razy w roku – 14,7%, a 6% tylko z okazji najważniejszych świąt. Nie uczestniczyło w żadnych praktykach religijnych 3,3% badanych, a 0,7% nie zdeklarowało się w tej kwestii jednoznacznie.

W przypadku największej liczby studentów religia była raczej bardzo ważnym (46,7%) bądź bardzo ważnym (38,7%) elementem życia. Znaczenie religii różnymi okolicznościami warunkowało

5,3% badanych. Religia była obojętna dla 6,7% studentów, raczej nieważna dla 2%, a w ogóle nie ważna dla 0,7% osób.

Respondentów poproszono o wskazanie 5 określeń obrazujących wartości najważniejsze w ich życiu. Za najważniejsze studenci uznali szczęście rodzinne (76%), grono zaufanych przyjaciół (69,3%), dobre wykształcenie (64,7%), zachowanie dobrego zdrowia (55,3%), szacunek innych ludzi i pracę zawodową (po 48%), wiarę/religię (41,3%) i spokój (30%). Wymieniali także kontakt z kulturą lub dobrobyt/bogactwo (po 19,3%), dobro ojczyzny (14,7%), życie pełne przygód (12%), udział w życiu społeczno-politycznym (6,7%) oraz sukces i sławę (2,7%).

Studentów zapytano także o znaczenie wybranych obrzędów religijnych w ich życiu. Badani uznali za bardzo ważny w ich życiu chrzest (80%), ślub (73,3%) i pogrzeb (82,7%). Chrzest w odczuciu 13,3% badanych był raczej ważny, dla 2,7% obojętny, dla 2% raczej nieważny, a dla 1,3% w ogóle nieważny. Ślub w odczuciu 14% respondentów był raczej ważny, dla 6% obojętny, dla 2,7% raczej nieważny, a dla 2% w ogóle nieważny. Pogrzeb w odczuciu 10% ankietowanych był raczej ważny, dla 2,7% obojętny, dla 1,3% raczej nieważny lub w ogóle nieważny (1,3%). Problem z określeniem znaczenia chrztu miało 0,7% badanych, a ślubu i pogrzebu po 2% studentów.

Ankietowani najczęściej uczestniczyli w takich uroczystościach religijnych, jak Wigilia i śniadanie wielkanocne (po 92%), kolęda księdza (79,3%), bierzmowanie (78,7%), sakrament komunii (74,7%), Pierwsza Komunia Święta (76,6%), nawiedzanie kościoła (73,3%), śpiewanie kolęd (71,3%), procesja Bożego Ciała (59,3%), pielgrzymka (38,7%) lub inne (8,7%), bez wymienienia jakie.

Najsilniejszym motywem do zwielokrotnienia praktyk religijnych byłyby dla studentów potrzeby emocjonalne (70,7%), chęć poznania Boga (50%), strata bliskiej osoby (36,7%), choroba w rodzinie (34%), własna choroba (28,7%) lub chęć kontynuowania tradycji rodzinnych (22,7%). Inni podkreślali, ze mogłoby ich zmotywować piękno liturgii (20%), lęk przed negatywną opinią rodziny (7,3%), lęk przed negatywną opinią znajomych (5,3%), wstyd przed innymi (1,3%) lub inne bliżej nieokreślone przez badanych powody (9,3%).

W opinii 82,4% respondentów wyznanie nie jest przeszkodą w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Nie zgadzało się z powyższym 5,4% ankietowanych, a 12,2% nie było pewnych, jak odpowiedzieć.

Studenci twierdzili w większości, że wyznanie nie wpływa na wybór zawodu (57,3%). Odmienną opinię wyraziło 17,3% badanych, a problem z deklaracją miało 25,3% z nich.

Zdaniem 48,7% ankietowanych nie powinno mieć też wpływu na wykonywanie zadań zawodowych, ale 16% zasugerowało, że może stanowić taki problem, a aż 35,4% nie wyraziło jednoznacznej opinii na ten temat.

Według 10% studentów pielęgniarki pytają pacjentów o ich wyznanie, 45,3% uważa, że nie ma to miejsca, a 31,3% było zdania, że takie sytuacje pojawiają się sporadycznie.

Studenci byli przekonani, że pacjenci będący pod opieką pielęgniarek najczęściej przynależą do Kościoła katolickiego (78%), Kościoła prawosławnego (36%), Kościoła zjednoczeniowego (świadkowie Jehowy – 18,7%), wyznawców islamu (1,3%) lub judaizmu (0,7%). Niewielki odsetek (0,7%) twierdził, że jest innego niż powyższe wyznania, ale nie sprecyzował jakiego, a aż 22% nie wypowiedziało się na ten temat.

Odpowiedzi studentów dotyczące wpływu wyznania pacjenta na decyzje terapeutyczne pielęgniarek były bardzo zróżnicowane. Co 4. respondent (25,8%) uznał, że taka zależność istnieje, 28% było przeciwnego zdania, 8% że zdarza się to czasami, a co 3. student (38,7%) miał problem z jednoznacznym określeniem odpowiedzi.

Problem wpływu wyznania pielęgniarki na podejmowane przez nią decyzje lecznicze przedstawiał się już nieco bardziej jednoznacznie, tzn. większość studentów (42%) było zdania, że światopogląd pielęgniarki nie powinien przeszkadzać jej w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Odmienną opinię wyraziło 18% badanych, a 4,7% uważało, że ma to miejsce czasami. Aż 35,3% respondentów nie udzieliło niestety konkretnej odpowiedzi.

W opinii studentów w populacji pacjentów (ze względu na ich przekonania religijne) najczęściej mogą pojawić się problemy w uzyskaniu zgody na przetaczanie krwi (44,7%), rzadziej na dokonanie przeszczepów (19,3%) lub wykonanie zabiegu chirurgicznego (6%). Inne problemy przedstawiono w tabeli 1.

Większość studentów (66%) była zdania, że nie można jednoznacznie określić sytuacji odmowy przez pielęgniarkę wykonania konkretnego zabiegu, jeżeli chodzi o wpływ na to jej przynależności religijnej. Osiem procent badanych uważało, że wyznanie religijne nie powinno mieć nigdy wpływu na wykonywanie obowiązków zawodowych przez pielęgniarki. Niewielki odsetek respondentów uznał, że pielęgniarki największy dylemat mogą mieć podczas asystowania przy takich zabiegach, jak aborcja i przetaczanie krwi (po 5,3%), transplantacja narządów (4%), eutanazja lub zabiegi chirurgiczne (po 1,3%). Inne przeszkody w tej kwestii uwzględniono w tabeli 2.

Opinie respondentów na temat tego, jakie działania powinna podjąć pielęgniarka, gdy prze-

Tabela 1. Zabiegi terapeutyczne, na wykonywanie których ma wpływ wyznanie pacjenta – w opinii studentów

Table 1. Therapeutic treatments influenced by the patient's religion – in the opinion of students

Wpływ wyznania pacjenta na wykonywanie zabiegów terapeutycznych	n	%*
Przetaczanie krwi	67	44,7
Przeszczepy	29	19,3
Zabiegi chirurgiczne	9	6,0
Aborcja	5	3,3
Na żadne	4	2,7
Dieta	2	1,3
Eutanazja	1	0,7
Zapłodnienie *in vitro*	1	0,7
Inne	5	3,3
Trudno powiedzieć	73	48,8

* Suma nie musi wynosić 100%, gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Tabela 2. Zabiegi terapeutyczne, na wykonywanie których ma wpływ wyznanie pielęgniarki – w opinii studentów

Table 2. Therapeutic treatments influenced by the nurse's religion – in the opinion of students

Wpływ wyznania pielęgniarki na wykonywanie zabiegów terapeutycznych	n	%*
Brak wyboru	19	12,7
Na żadne	12	8,0
Przetaczanie krwi	8	5,3
Aborcja	8	5,3
Przeszczepy	6	4,0
Inne	5	3,3
Eutanazja	2	1,3
Zabiegi chirurgiczne	2	1,3
Trudno powiedzieć	99	66,0

* Suma nie musi wynosić 100%, gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

konania religijne pacjenta są sprzeczne z proponowaną terapią, były bardzo różnorodne. Najczęściej (29,3%) badani mieli problem z udzieleniem odpowiedzi lub deklarowali, że pielęgniarka powinna odstąpić od leczenia pacjenta i poinformować go o tym (28,7%). Pozostałe wypowiedzi zawarto w tabeli 3.

Podobnie różnorodne były opinie studentów na temat tego, jakie działania powinna podjąć pielęgniarka, gdy jej przekonania są sprzeczne z proponowaną terapią. Najczęściej (37,3%) badani mieli problem z udzieleniem odpowiedzi lub deklarowali, by przekazać pacjenta innej pielęgniarce

Tabela 3. Opinia studentów na temat działania pielęgniarki, gdy zachodzi sprzeczność terapii z przekonaniami religijnymi pacjenta

Table 3. The students opinion on a nurse's action, when the proposed treatment is contrary to the patient's religious beliefs

Działania pielęgniarki, gdy zachodzi sprzeczność terapii z przekonaniami religijnymi pacjenta	n	%
Trudno powiedzieć	44	29,3
Odstąpić od leczenia pacjenta i poinformować go o tym	43	28,7
Postąpić jeszcze inaczej	33	22,0
Przekazać pacjenta innej pielęgniarce	18	12,0
Wykonać zabieg sprzeczny z jego przekonaniami	12	8,0

Tabela 4. Opinia studentów na temat działania pielęgniarki, gdy zachodzi sprzeczność terapii z przekonaniami religijnymi pielęgniarki

Table 4. The students opinion on a nurse's action, when the proposed treatment is contrary to the nurse's religious beliefs

Działania pielęgniarki, gdy zachodzi sprzeczność terapii z przekonaniami religijnymi pielęgniarki	n	%
Trudno powiedzieć	56	37,3
Przekazać pacjenta innej pielęgniarce	45	30,0
Odstąpić od leczenia pacjenta i poinformować go o tym	22	14,7
Wykonać zabieg sprzeczny z jego przekonaniami	15	10,0
Postąpić jeszcze inaczej	12	8,0

(30%). Odstąpić od leczenia pacjenta i poinformować go o tym sugerowało 14,7% badanych, wykonanie zabiegu – 10%, a 8% studentów postąpiłoby inaczej, ale nie sprecyzowali jak.

W kolejnej części badania poproszono badanych o wpisanie nazwisk 3 osób, które ich zdaniem mogą stanowić autorytet dla wykonujących zawód pielęgniarki. Za takie osoby badani uznali: Jana Pawła II (35,3%), Matkę Teresę z Kalkuty (17,3%), Dalajlamę (13,3%), każdego papieża lub misjonarza/zakonnika/popa/księdza (po 4,7%), prof. Zbigniewa Religę lub Florence Nightingale (po 3,3%), Jezusa (2,7%), ojca Pio (2%), każdego świętego (1,3%), Buddę lub Mahatmę Gandhi (po 0,7%). Kłopot z wytypowaniem właściwej osoby miało aż 46,7% studentów.

Omówienie

W literaturze przedmiotu [14–17] podkreśla się, że religijność i koncentracja na wartościach duchowych wpływa nie tylko na zdrowie psychiczne, ale również fizyczne. Zaobserwowano pozytywny wpływ szeroko rozumianej religijności na choroby, takie jak np. nadciśnienie tętnicze, nowotwory, a także na długość życia.

Badanie przeprowadzone przez Koeniga [18] wśród 337 pacjentów oddziałów: internistycznego, kardiologicznego i neurologicznego wykazało, że aż dla 90% badanych religia była sposobem radzenia sobie z chorobą, a 40% respondentów sądziło, że religia była ważnym czynnikiem dającym im nadzieję na pokonanie choroby [18].

Zdaniem Pargamenta [19] religia może być wyjątkowo cenna w sytuacjach, gdy zostają wyczerpane osobiste i społeczne zasoby radzenia sobie, a człowiek staje w obliczu własnej ograniczoności.

W fachowym piśmiennictwie [1, 20–22] podkreśla się, że skierowanie się ku wartościom religijnym stwarza możliwość uzyskania swoistego (duchowego) wsparcia, poczucia istnienia siły wyższej, wytyczenia nowych celów życiowych oraz alternatywnych interpretacji obecnej sytuacji. Duchowość staje się bowiem swoistym zasobem pomagającym w przezwyciężeniu fizycznego i psychicznego kryzysu, przyczyniającym się do zmniejszenia poziomu stresu, lęku i depresji, a także podniesienia jakości życia oraz przystosowania do choroby i wynikających z niej ograniczeń. Pozytywny skutek związany z radzeniem sobie przez religię (*religious coping*) zaobserwowano w przypadku pacjentów chorych na raka, a także osób starszych, doświadczających ograniczeń związanych z pogorszeniem się sprawności, zdrowia i mniejszą aktywnością życiową [1, 20–22].

W opinii Janiszewskiej [23] i Wandrasz [24] dyskusja na temat wpływu religijności na życie pacjenta w odniesieniu do badań medycznych jest trudna, ponieważ wymaga przeformułowania ludzkiej duchowości na protokoły badawcze. Zdaniem autorek [23, 24] w literaturze przedmiotu często jest stawiane pytanie: co religia i medycyna mają wspólnego? Opisywane są w niej także przykłady chorych, którzy w religijności odnajdują źródło siły, dzięki czemu są w stanie przezwyciężać niewyobrażalne cierpienia i swoją postawą dają przykład innym [23, 24].

King i Bushwick [23] podają, że w ramach prowadzonego przez nich projektu badawczego 48% hospitalizowanych pacjentów wyrażało pragnienie uczestnictwa ich lekarza prowadzącego we wspólnej z nimi modlitwie.

W badaniach Libiszowskiej-Żółtkowskiej [25], obejmujących ogólnopolską próbę inteligenckich zawodów, w grupie lekarzy stwierdzono największą religijność (77,2%) i najmniejszy odsetek ateistów (9,1%).

Holland et al. [26] objęli badaniami grupę chorych na czerniaka i stwierdzili zależności między poziomem religijności a poziomem stresu i efektywnością mechanizmów adaptacyjnych. Pacjenci, którzy uzyskiwali wysokie wyniki na skali religijności częściej wykorzystywali aktywno-poznawcze sposoby radzenia sobie, pod pojęciem których autorzy rozumieli indywidualny sposób akceptacji własnej choroby polegający na tym, że chorzy usiłowali dostrzec pozytywne strony swojej sytuacji. Zdaniem badaczy uzyskane wyniki wskazują na związek między wiarą religijną a aktywną formą poznawczego radzenia sobie oraz na to, że przekonania religijne mogą być pomocne w nadawaniu znaczenia doświadczeniom choroby [26].

W niniejszym badaniu studenci byli zdania, że religia odgrywa obecnie mniejszą rolę na świecie i nieco mniejszą w Polsce, mimo to największy odsetek ankietowanych deklarował, że w ich życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym rola religii się nie zmieniła. Dziesięć procent studentów było pewnych, że pielęgniarki pytają pacjentów o ich wyznanie. Byli też przekonani, że chorzy będący pod opieką pielęgniarek najczęściej przynależą do Kościoła katolickiego.

Badanie CBOS z 2012 r. [27] przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 1000 Polaków wykazało, że zdecydowana większość dorosłych Polaków (93%) niezmiennie uznaje się za katolików. Wyznawcy innych religii, według własnych deklaracji, stanowią jedynie 1,8% ogółu badanych. W ciągu ostatnich 3 lat zwiększył się natomiast dwukrotnie (z 2,1 do 4,2%) odsetek osób, które zaliczają się do grona bezwyznaniowych, ateistów lub agnostyków [27]. Aż 94% spośród ogółu badanych uważało się za wierzących, z czego co 11. (9%) określał swoją wiarę jako głęboką. Tylko co 16. ankietowany (6%) twierdził, że jest niewierzący, w tym jedynie 3 na 100 (3%) mówiło o całkowitym braku wiary. Deklaracje dotyczące praktyk religijnych sugerują, że ponad połowa badanych (54%) brała w nich udział co najmniej raz w tygodniu, w tym 6% praktykowało kilka razy w tygodniu. Niespełna co 5. dorosły Polak (18%) praktykował średnio 1 lub 2 razy w miesiącu, a tylko nieco większy odsetek badanych (20%) uczestniczył w nabożeństwach religijnych kilka razy w roku. Co 12. ankietowany (8%) w ogóle nie praktykował [27].

W niniejszym badaniu 74,7% studentów to osoby wierzące i praktykujące, a przynajmniej raz w tygodniu bierze udział w praktykach religijnych 39,3% z nich.

Na podstawie badania CBOS z 2009 r. [28] 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 6. pozycję – ex aequo z potrzebą znalezienia własnego miejsca w społeczeństwie. Wśród wartości nadających sens życiu na czynniki te wskazało po 29% ankietowanych [28].

Tishchenko et al. [29] objęli badaniem 325 studentów Uniwersytetu Medycznego w Grodnie i wykazali, że wiara i religia stanowią ważną część życia studentów. W związku z tym, że zdrowie psychiczne studentów jest poddawane presji życia i nauki, proces przystosowania do trybu studiów u studentów pierwszego roku i rozczarowanie wyborem życiowym u studentów starszych lat wpływa negatywnie na ich zdrowie psychiczne, a wiara i religia pomagają studentom patrzeć na życie z optymizmem, widzieć „światełko w tunelu" w trudnych sytuacjach życiowych, dlatego można je traktować jako czynniki stabilizujące zdrowie psychiczne młodzieży [29].

O tym, że religia w codziennym życiu ma bardzo duże znaczenie było przekonanych 46,7% badanych przez autorów niniejszej pracy studentów, którzy za najważniejsze wartości w życiu uznali szczęście rodzinne (76%), grono zaufanych przyjaciół (69,3%), dobre wykształcenie (64,7%).

Wyniki raportu CBOS z 2006 r. [30] wykazały, że uczestnictwo w mszach, nabożeństwach lub spotkaniach religijnych co najmniej raz w tygodniu deklarowała ponad połowa badanych (56%), niemal co 5. (19%) przyznał, że w tego typu praktykach uczestniczy raz lub 2 razy w miesiącu, a co 6. (17%) kilka razy w roku. Do całkowitej absencji przyznaje się zaledwie 8% ankietowanych [30].

W opinii badanych przez autorów niniejszej pracy studentów wyznanie nie jest przeszkodą w nawiązywaniu kontaktów (82,4%) i nie wpływa na wybór zawodu (57,3%). Bardzo ważne znaczenie, jak się okazuje, mają dla Polaków obrzędy religijne związane z takimi wydarzeniami z życia, jak narodziny, małżeństwo czy śmierć. Aż 89% ogółu badanych za ważną uznało ceremonię pogrzebu, z czego dla niemal trzech czwartych (72%) obrzęd ten miał szczególną wartość. Podobnie oceniali oni istotę chrztu – dla 87% z nich ceremonia ta była ważna w ich życiu, w tym dla 70% badanych była bardzo ważna. Nieco mniejsze znaczenie, choć i tak relatywnie duże, nadawali respondenci kościelnym obrzędom związanym z zawarciem związku małżeńskiego. Ceremonię ślubu uznało za ważną 84% badanych, w tym dwie trzecie (65%) przypisało jej bardzo duże znaczenie. Szczególne znaczenie wspomnianym obrzędom nadawały osoby regularnie praktykujące religijnie, mające 65 lat i więcej, mieszkające na wsiach i w najmniejszych miastach oraz mające wykształcenie podstawowe, ale zależności w tym kontekście nie były tak bardzo silne, jak w przypadku samoidentyfikacji religijnej czy oceny znaczenia religii w codziennym życiu [30].

W badaniu CBOS z 2009 r. [28] 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 5. dorosły Polak (18%) praktykował średnio 1 lub 2 razy w miesiącu i niemal tyle samo (19%) uczestniczyło w nabożeństwach religijnych kilka razy w roku. Co 11. badany (9%) w ogóle nie praktykował. Z deklaracji respondentów wynikało, że 42% spośród ogółu badanych modliło się codziennie, ponad jedna czwarta (27%) robiła to przynajmniej raz w tygodniu, a jedna dziesiąta (10%) co najmniej raz w miesiącu. Co 8. 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 [28].

W niniejszym badaniu studenci za bardzo ważny w ich życiu uznali zarówno chrzest (80%), ślub (73,3%), jak i pogrzeb (82,7%), a najczęściej uczestniczyli w takich uroczystościach religijnych, jak Wigilia, śniadanie wielkanocne (po 92%), kolęda księdza (79,3%), bierzmowanie (78,7%).

W literaturze przedmiotu [13] 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 [13].

Koenig et al. [31] dokonali metaanalizy wyników 42 programów badawczych, w których uczestniczyło prawie 126 000 osób. Autorzy wykazali, że bardzo religijne osoby miały o 29% większe prawdopodobieństwo przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami [31].

W obecnym badaniu studenci byli przekonani, że wyznanie religijne nie powinno wpływać ani na wykonywanie zadań zawodowych (48,7%), ani na decyzje terapeutyczne pielęgniarek (25,8%). Jednocześnie jednak twierdzili, że przekonania religijne chorego mogą najczęściej stwarzać problemy w uzyskaniu zgody na przetaczanie krwi lub przeszczep narządów. Większość była zdania, że nie można jednoznacznie określić sytuacji odmowy przez pielęgniarkę wykonania konkretnego zabiegu, jeżeli chodzi o wpływ na to jej przynależności religijnej, ale podkreślali, że w sytuacji, gdy przekonania religijne pacjenta są sprzeczne z proponowaną terapią, pielęgniarka powinna odstąpić od leczenia pacjenta, informując go o tym, a gdy sprzeczne z jej przekonaniami, to przekazać pacjenta innej pielęgniarce.

W ostatnim okresie, za Flanelly [7], w fachowym piśmiennictwie zwraca się uwagę na możliwość także niewłaściwego oddziaływania religii na zdrowie psychiczne i somatyczne człowieka. Przykładem może być np. dezadaptacyjny wpływ religijnych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, to jest: pasywny styl radzenia sobie, w którym jednostki w dużej mierze poddają się, rezygnują z walki lub odpowiedzialności za problemy; poczucie opuszczenia przez Boga; wiara, że osobiste problemy są odbiciem Bożego osądu lub kary; uczucie złości do Boga [7].

Podkreśla się również związek między posługiwaniem się tymi negatywnymi sposobami radzenia sobie a wynikami testów psychologicznych, niskimi wskaźnikami poprawy stanu zdrowia oraz zwiększonego ryzyka śmierci [7].

Powyższe nabiera szczególnego znaczenia w związku z tym, że począwszy od 1990 r. do 2008 status prawny uzyskało 129 wyznań, co stanowi 74% uwzględnionej w analizie i opisach zbiorowości 179 wyznań, tzn. wszystkich figurujących w wykazie i bazach danych GUS [32]. Szacuje się, za danymi z GUS opublikowanymi w publikacji „Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006–2008" z 2010 r., że w Polsce wyznanie katolickie liczy 33 795,4 tys. wyznawców, prawosławne – 504,6 tys., protestanckie – 158,0 tys., islamskie – 2,7 tys., judaistyczne – 1,4 tys., orientalne – 9,1 tys. oraz pozostałe, które w swej doktrynie nawiązują do innych nurtów niż wymienione, a są reprezentowane tylko przez jeden lub dwa zarejestrowane związki, a także takich, które odwołują się w swej nauce do wielu nurtów (synkretyczne) – 133,7 tys. [32].

Odnosząc się do wyżej opisanych danych, okazało się, że zdecydowana większość studentów miała problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi także na najważniejsze pytania, co prawdopodobnie jest związane z brakiem treści dotyczących problematyki wielokulturowości i religijno-etycznej w procesie nauczania medycyny. Wydaje się więc zasadne, aby pracownicy ochrony zdrowia, w tym także studenci kierunków medycznych, znali i rozumieli wszystkie aspekty etyczne i czynniki kulturowe danej społeczności oraz odpowiednio je uwzględniali w procesach planowania i realizowania opieki. W swojej codziennej pracy muszą bowiem dokonać adekwatnych wyborów mających na celu jak najlepsze sprawowanie opieki w aspekcie biopsychospołecznym, a także z zakresu ochrony praw pacjenta, z uwzględnieniem wszelkich zasad etyki i poszanowania zróżnicowania kulturowego i religijnego.

Wnioski

Studenci w zdecydowanej większości określali się jako osoby wierzące i praktykujące, a religia w ich codziennym życiu jest bardzo ważna.

Potrzeby emocjonalne były najsilniejszą motywacją dla studentów do zwielokrotnienia praktyk religijnych.

Studenci twierdzili, że światopogląd pielęgniarki nie powinien przeszkadzać jej w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ale większość z nich miała problem ze wskazaniem działań, jakie powinna podjąć pielęgniarka, gdy przekonania religijne pacjenta lub jej są sprzeczne z proponowaną terapią.

Piśmiennictwo

[1] **Meraviglia M.G.M.:** The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer. Oncol. Nurs. Forum 2004, 31, 89–94.

[2] **Heszen-Niejodek I.:** Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. [W:] Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Red.: Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Wyd. UŁ, Łódź 2003, 33–47.

[3] **Maltby J., Day L.:** Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being. Person. Indiv. Differ. 2003, 34, 1209–1224.

[4] **Swinyard R.W., Kau A.K., Phua H.Y.:** Happiness, materialism and religious experience in the US and Singapore. J. Happ. Stud. 2001, 2, 13–32.

[5] **Bergan A., McCoantha J.T.:** Religiosity and life satisfaction. Activit. Adapt. Aging 2000, 24, 23–34.

[6] **Thorson J.A., Powell F.C.:** Meanings of death and intrinsic religiosity. J. Clin. Psychol. 1990, 46, 379–391.

[7] **Flanelly K.J., Ellison C.G., Strock A.L.:** Methodologic issues in research on religion and health. South. Med. J. 2004, 97, 1231–1241.

[8] **Kinney A.Y., Bloor L.E., Dudley W.N., Millikan R.C., Marshall E., Martin C., Sandler R.S.:** Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among blacks and whites. Am. J. Epidemiol. 2003, 158, 1097–1107.

[9] **Koenig H.G., George L.K., Titus P.:** Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. Am. Geriatr. Soc. 2004, 52, 554–562.

[10] **Domagała H., Grzymała-Moszczyńska H., Socha P.:** Psychologia religii. Wyd. UJ, Kraków 1984.

[11] **Kuczkowski S.:** Psychologia religii. Wyd. WAM, Kraków 1993.

[12] **Wosińska W.:** Psychologia życia społecznego. Wyd. GWP, Gdańsk 2004.

[13] **Czapiński J.:** Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1994, 1–195.

[14] **Koening H.G., Idler E., Kasl S., Hays J.C., George L.K., Musick M., Larson D.B., Collins T.R, Benson H.:** Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. Int. J. Psychiatry Med. 1999, 29, 123–131.
[15] **Francis L.J., Robbins M., Lewis C.A., Quigley C.F., Wheeler C.:** Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb and O'Connor. Person. Indiv. Differ. 2004, 37, 485–494.
[16] **Levin J.S., Markides K.S.:** Religion and health in Mexican Americans. J. Rel. Health 1985, 26, 9–36.
[17] **Oman D., Reed D.:** Religion and mortality among the community-dwelling elderly. Am. J. Public Health 1998, 88, 1469–1475.
[18] **Koening H.G., McCullough M.E., Larson D.B.:** Handbook of religion and health. Oxford University Press, London 2001.
[19] **Pargament K.I.:** Of means and ends: Religion and the search for significance. Int. J. Psychol. Relig. 1992, 2, 201–229.
[20] **Laubmeier K.K., Zakowski S.G., Bair J.P.:** The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. Int. J. Behav. Med. 2004, 11, 48–55.
[21] **Cummings S.M., Neff J.A., Husaini B.A.:** Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity and social support. Health Soc. Work. 2003, 28, 23–32.
[22] **Parker M., Roff L.L., Klemmack D.L., Koenig H.G., Baker P.:** Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. Aging Ment. Health 2003, 7, 390–397.
[23] **Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M.:** Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego. Pol. Merk. Lek. 2006, 21, 197–200.
[24] **Wandrasz M.:** Religijność a postawa wobec chorób. RW KUL, Lublin 1998.
[25] **Libiszowska-Żółtkowska M.:** Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii. [W:] Szkice z socjologii medycyny. Red.: Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowska M., Piątkowski W. Wyd. UMCS, Lublin 1998, 39–62.
[26] **Holland J.C., Passik S., Kash K.M., Russak S.M., Gronert M.K., Sison A., Lederberg M., Fox B., Baider L.:** The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma. Psychooncology 1999, 8, 14–26.
[27] **Boguszewski R.:** Zmiany w zakresie wiary i religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II. Raport CBOS BS/49/2012, Warszawa 2012, 4, 1–27.
[28] **Boguszewski R.:** Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych. Raport CBOS BS/34/2009, Warszawa 2009, 3, 1–19.
[29] **Herth K.:** Hope in the family caregiver of terminally ill people. J. Adv. Nursing 1993, 18, 538–548.
[30] Raport CBOS, BS/107/2006: Polacy wobec różnych religii i zasad moralnych katolicyzmu. BS/107/2006, Warszawa 2006, 6, 1–6.
[31] **Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L.:** Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. Am. J. Psych. 1998, 155, 536–542.
[32] **Gudaszewski G., Chmielewski M.:** Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006–2008. GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010, 1–348.

Adres do korespondencji:
Elżbieta Krajewska-Kułak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a
15-096 Białystok
e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do druku: 20.08.2015 r.
Po recenzji: 30.09.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 20.10.2015 r.

Received: 20.08.2015
Revised: 30.09.2015
Accepted: 20.10.2015