

JAKUB PAWLIKOWSKI

Problemy metodologiczne w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem

Wstęp

W ostatnich dwóch dekadach w piśmiennictwie medycznym można było obserwować dynamiczny rozwój publikacji naukowych dotyczących relacji pomiędzy religijnością a zdrowiem. Badania takie najintensywniej są prowadzone w Stanach Zjednoczonych, co wynika prawdopodobnie z faktu wielokulturowości, a tym samym wieloreligijności na tym kontynencie. Natomiast w Europie przez wiele dziesięcioleci była to niezbyt chętnie podejmowana tematyka. Taki stan rzeczy na naszym kontynencie mógł wynikać z dominacji modelu pozytywistyczno-biomedycznego w medycynie, który nie dawał teoretycznych podstaw do tego typu badań, a zbyt radykalnie pojęty rozdział nauki i religii powodował, że środowisko naukowe niechętnie oceniało inicjatywy badawcze dotyczące związku pomiędzy religijnością i zdrowiem. W ostatnich latach można jednak również w Europie zauważyć ożywienie naukowo-badawcze w tym obszarze, co w pewnej części może być związane z coraz większą dywersyfikacją kulturową Starego Kontynentu, wynikającą z intensywnych ruchów migracyjnych i wzrostu w populacji liczby osób starszych, które cechują się większymi potrzebami religijnymi.

Badania nad relacjami pomiędzy religijnością a zdrowiem sytuują się w jednym z obszarów związków pomiędzy medycyną a religią, który przez współczesnych socjologów medycyny określany jest funkcją tera-

peutyczno-wspierającą albo uzdrowieńczą religii. Spośród innych funkcji, jakie religia może spełniać w stosunku do medycyny, wyróżnia się eksplikacyjno-sensotwórczą (wpływa na rozumienie niektórych pojęć, np. choroba, cierpienie, śmierć, poprzez odniesienie do Boga i religijnie zdefiniowanego sensu życia), normatywno-kontrolną (określa normy oceny moralnej i kształtuje stosunek wobec wielu kwestii (np. bioetycznych), opiekuńczo-charytatywną (stymuluje do organizowania pomocy chorym, niekiedy również w wymiarze instytucjonalnym, np. szpitale, hospicja) [Tobiasz-Adamczyk, 2000].

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza najważniejszych problemów metodologicznych pojawiających się w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem. Rozważania metodologiczne poprzedzone zostały historycznym wprowadzeniem ukazującym dynamikę rozwoju badań naukowych w tym obszarze oraz opisującym stan aktualny – obecnie liczba publikacji na ten temat przekroczyła kilkanaście tysięcy, a przedstawiciele tego nurtu postulują poszerzenie dotychczasowego biopsychospołecznego modelu rozumienia choroby o wymiar egzystencjalno-duchowy. W poszczególnych rozdziałach omówiono kwestie związane z definiowaniem pojęcia religijności i duchowości oraz metody stosowane w pomiarze tych sfer, wskazując narzędzia najbardziej adekwatne do polskich warunków. Na końcu omówiono problem wnioskowania o związku przyczynowo-skutkowym pomiędzy religijnością a zdrowiem oraz kwestie dotyczące opracowania modelu teoretycznego, wyjaśniającego mechanizm oddziaływania religijności na zdrowie.

Zarys historii badań naukowych nad związkiem pomiędzy religijnością i zdrowiem

Pierwsze opracowania wskazujące na zależności pomiędzy religijnością a osobowością oraz zachowaniami mającymi związek ze zdrowiem pojawiły się na przełomie XIX i XX wieku. Na przykład Émile Durkheim w swoim dziele o samobójstwie z 1897 roku wskazuje na religijność jako jeden z czynników przeciwdziałających [Durkheim, 2006]. W latach 20.

XX wieku Sigmund Freud popularyzował swoją hipotezę rozwoju nerwic na podłożu religijnym, w której wyraził negatywną opinię wobec religii¹. Natomiast jego uczeń, Carl Gustav Jung, zajął przeciwstawne stanowisko, wskazując, że religijność jest ważnym spoiwem osobowości człowieka i jej utrata może zniszczyć życie osobowe człowieka (podobnie uważał Erich Fromm [Fromm, 1996]). Pierwsze systematyczne badania nad dojrzałością religijną i wpływem religijności na jednostkę opublikował w latach 50. XX wieku Gordon Allport, a w kolejnej dekadzie zaczęło pojawiać się więcej badań nad wpływem religijności na zdrowie. W roku 1962 powstało wydawane do dzisiaj naukowe czasopismo *Journal of Religion and Health* (1962), które od wielu lat znajduje się również na tzw. Liście Filadelfijskiej. W latach 80. zaczęto dostrzegać rolę religijności w psychoterapii i opracowano kilka programów psychoterapeutycznych dla osób uzależnionych, uwzględniających odwołanie do wartości religijnych.

W ostatnich dekadach XX wieku religijność i duchowość jako zmienne w badaniach medycznych były używane dość rzadko, np. w latach 1991–1995 tylko 1,2% badań opublikowanych na łamach czterech dużych czasopism psychiatrycznych [Weaver, Samford, Larson i in., 1998] i internistycznych zawierało powyższe zmienne [Orr, Isaac, 1992]. Jedynie w badaniach publikowanych na łamach czasopism dotyczących zdrowia młodzieży oraz czasopism przeznaczonych dla pielęgniarek dotyczących zdrowia psychicznego odsetek ten był wyższy (odpowiednio 11,8% i 10%) [Weaver, Flannelly, Flannelly i in., 1998; Weaver, Samford, Morgan i in., 2000]. Zauważa się jednak w tym względzie tendencję wzrostową. Autorzy z *Mayo Clinic* w swojej metaanalizie badań nad związkiem religijności i zdrowia stwierdzili, że w latach 1970–2000 opublikowano w literaturze medycznej około 1200 badań nad tym zagadnieniem, z czego większość (850) dotyczyła związku religijności ze zdrowiem psychicznym, a około 350 publikacji opisywała zależności między zdrowiem fizycznym a reli-

¹ Hipoteza Freuda została przetestowana przez badaczy w latach 80., ale po przeanalizowaniu 24 badań nie znaleziono związku pomiędzy religijnością a patologicznymi zaburzeniami psychicznymi [Bergin, 1983]. Niektórzy podkreślają też, że obserwacje Freuda opierały się na ograniczonej liczbie przypadków, specyficznej grupie pacjentów i zdaniem wielu bezpodstawnie uogólnił on swoje obserwacje [Wandrasz, 1998].

gijnością [Mueller, Plevak, Rummans i in., 2001]. Z kolei w latach 2005–2009 opublikowano około osiem tysięcy artykułów indeksowanych w bazie Medline dotyczących tej tematyki².

Narastająca liczba publikowanych badań nad znaczeniem religijności i duchowości dla zdrowia, jakości życia zależnej od zdrowia i zachowań zdrowotnych pacjentów doprowadziła do powstania nowego modelu biopsychosocjoduchowego w opiece nad pacjentem, który według jego autorów miałby zastąpić i poszerzyć model biopsychospołeczny. Zagadnienia dotyczące roli religijności/duchowości w opiece nad pacjentem wprowadzono do programu studiów w większości uczelni medycznych w Stanach Zjednoczonych (na 132 uczelnie medyczne w tym kraju, w 1993 roku prowadzono takie kursy na 3 uczelniach, a w roku 2004 już na około 100 uczelniach) [Levin, Larson, Puchalski, 1997; Koenig, McCullough, Larson, 2001]. W roku 2001 Oxford University Press wydało ponad 600-stronicowy podręcznik autorstwa H.G. Koeniga, M. McCullougha, D.B. Larsona pod tytułem *Religion and Health* (w roku 2012 ukazała się rozszerzona, druga jego edycja), a Cambridge University Press w roku 2009 wydało podręcznik *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Aktywna na polu wydawniczym jest również Fundacja Templetona, która wspomogła finansowo ukazanie się m.in. takich pozycji jak: *Faith in the Future: Healthcare, Aging and the Role of Religion* (2004), *Spirituality in Patient Care* (2007) czy *Medicine, Religion and Health* (2008).

Obecnie w Stanach Zjednoczonych na kilku uniwersyteckich wydziałach medycyny istnieją specjalne ośrodki badawcze ukierunkowane na badanie związków pomiędzy religijnością/duchowością a zdrowiem. Najszerszą działalność naukową i edukacyjną prowadzi Duke Center for Spirituality, Theology and Health przy Duke University Medical Center³, ale aktywne są również George Washington Institute of Spirituality and

² Materiały prywatne z warsztatów naukowych: Summer Research Workshops on Spirituality and Health (19–23 July). *The Duke Center for Spirituality, Theology and Health*, 2010, s. 70.

³ www.dukespiritualityandhealth.org/. Autor artykułu w 2010 roku miał możliwość uczestniczenia w letnich warsztatach naukowych prowadzonych w tym ośrodku (*Summer Duke Research Workshop*) przez dr. H. Koeniga, skąd zostało zaczerpniętych wiele informacji prezentowanych w artykule.

Health na George Washington University School of Medicine czy Center for Spirituality and Healing na University of Minnesota przy Academic Health Center. W Europie w ostatnich latach powstał w Szwajcarii Research Institute for Spirituality and Health⁴, który organizuje cykliczne konferencje naukowe oraz integruje europejskich badaczy w tej dziedzinie⁵.

Istnieje obecnie także kilka czasopism ukierunkowanych na publikacje badań naukowych nad związkami pomiędzy religijnością/duchowością a zdrowiem, np.: *Journal of Religion & Health*; *Zygon: Journal of Religion & Science*; *Journal of Religion, Spirituality & Aging*; *Journal of Religion, Disability & Health*; *Studies in Religion/Sciences religieuses*; czy *Mental Health, Religion, & Culture*. Natomiast w Polsce nie ma zbyt wielu publikacji dotyczących tej tematyki – jedynym wyjątkiem do niedawna były nieliczne prace z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii autorstwa prof. Libiszowskiej-Żółtkowskiej [Libiszowska-Żółtkowska, 1998]. W ostatnim roku pojawił się pierwszy podręcznik w języku polskim opisujący metody badań psychometrycznych stosowanych w pomiarze religijności, który może stanowić bazę do podejmowania w najbliższym czasie rzetelnych badań nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem w Polsce [Jarosz, 2011].

Pojęcie religijności i duchowości

Badania nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem muszą zmierzyć się z problemami natury pojęciowo-terminologicznej i kwestią definicji podstawowych pojęć. W nauce powinno się unikać tworzenia definicji niejasnych, zakresy różnych pojęć powinny być odrębne, a do-

⁴ <http://www.rish.ch>

⁵ Badacze specjalizujący się w tej tematyce oraz osoby zainteresowane spotykają się co pewien czas na międzynarodowych konferencjach naukowych organizowanych zarówno przez wyżej wymienione ośrodki, jak i inne uniwersytety (Harvard Spirituality and Healing Conference, Mayo Spiritual Health Conference, John Hopkins Spirituality and Aging Conference) oraz inne organizacje, np. brytyjskie The Royal Society of Medicine, czy Kościół Adwentystów Dnia Siódmego.

datkowo w naukach przyrodniczych i społecznych należy zoperacjonalizować pojęcia używane w definicji, czyli nadać im sens podlegający empirycznej kontroli. W definicjach na użytek praktyki klinicznej te rygory pojęciowo-terminologiczne nie muszą być tak ściśle przestrzegane, ale również należy zadbać o to, aby dało się mierzyć określoną cechą. W przypadku takich pojęć jak „religia”, „religijność” istnieją trudności z ich precyzyjnym zdefiniowaniem (nie wspominając o dodatkowych trudnościach związanych z definiowaniem „zdrowia” i „choroby”), co rodzi przeszkody w skonstruowaniu jednolitego i powszechnie akceptowalnego narzędzia badawczego. Wpływ na zamieszanie pojęciowe ma również często zamiennie stosowanie pojęć „duchowość” i „religijność” (zwłaszcza w literaturze anglojęzycznej).

Słowo „religia” pochodzi od łacińskiego *religare* i powstało w obrębie kultury europejskiej. Istnieje spór co do jego etymologii: jedna tradycja, wywodząca się od Cyserona, wyprowadza *religio/relegere* od *legere* (zbierać, gromadzić), druga, wywodząca się od Laktancjusza i Tertuliana, wskazuje na pierwowzór w czasowniku *ligare* (wiązać, spajać). Najogólniej można powiedzieć, że podstawowym elementem religii jest usystematyzowane i społecznie zorganizowane doświadczenie duchowe pewnej grupy ludzi, które zostaje odniesione do poziomu transcendentnego [Kudelska, 2005]. Z kolei pojęcie „religijność” (w piśmiennictwie anglojęzycznym: *religious involvement*, *religiosity*, *religiousness*) odnosi się najczęściej do stopnia zaangażowania danej osoby w wiarę i praktyki religijne określonej społeczności religijnej. W takim też znaczeniu pojęcie to będzie używane w niniejszym artykule.

W literaturze przedmiotu odróżnia się często pojęcia: „religia” i „duchowość”, ale bywają one też stosowane zamiennie. Termin „duchowość” pochodzi od łacińskiego *spiritualitas* oznaczającego „oddech”. Duchowość jest zazwyczaj pojmowana szerzej niż religia czy religijność i odnosi się do bardziej podstawowego i osobistego doświadczenia rzeczywistości transcendentnej. Na duchowość składa się poszukiwanie celu i sensu życia uwzględniające pozamaterialny, transcendentny, wymiar człowieka, natomiast religijność jest bardziej usystematyzowanym odniesieniem do rzeczywistości boskiej oraz przyjęciem określonego systemu aksjologicznego, czemu towarzyszy najczęściej poczucie wspólnoty z innymi ludźmi

wyznającymi podobne zasady. W tym ujęciu religia i religijność jest bardziej sposobem społecznego czy publicznego wyrazu osobistej duchowości [Mueller, Plevak, Rummans, 2001]. Również autorzy podręcznika *Religion and Health* rozumieją religię i religijność jako zjawisko bardziej społeczne, obiektywnie obserwowalne, ze sformalizowanym i zorganizowanym systemem wierzeń, praktyk i zachowań, a duchowość jako zjawisko indywidualne, słabo obserwowalne i mierzalne, mniej formalne i ukierunkowane bardziej na przeżycia wewnętrzne niż zewnętrzne formy kultu [Koenig, McCullough, Larson, 2001]. Zakresy pojęć religijności i duchowości nakładają się w dużym stopniu na siebie, ale bywają ludzie, o których można powiedzieć, że są mało religijni (bo np. nie uczęszczają na wspólnotowe praktyki religijne i nie manifestują swojej wiary), ale mają bogate życie duchowe. W polskiej tradycji semantycznej duchowość jest pojęciem dość szerokim i wieloznacznym. Z jednej strony może oznaczać pewne sformalizowane sposoby rozwoju duchowego (mówi się np. o duchowości karmelitańskiej, ignacjańskiej, salezjańskiej czy benedyktyńskiej), ale również ogólne odniesienie do rzeczywistości pozamaterialnej i świata doświadczeń pozazmysłowych (np. duchowość chrześcijańska, duchowość wschodnia lub zachodnia, duchowość *New Age*). Pojęcie duchowości jest szersze niż pojęcie religijności, ale i trudniej definiowalne, co powoduje większe trudności w jego pomiarze, dlatego w badaniach wydaje się, że lepiej posługiwać się pojęciem religijności.

Podsumowując rozważania terminologiczne, należy jeszcze zwrócić uwagę na dynamikę zmiany treści pojęć, np. pojęcie duchowości dawniej było postrzegane niejako wewnątrz pojęcia religii, potem zaczęło wykraczać poza jego zakres treściowy, a współcześnie zaczyna obejmować nawet zagadnienia psychologiczno-egzystencjalne związane z poczuciem celu i sensu życia, dobrostanu (np. *spiritual well-being*) itp. Należy też zauważyć, że na postrzeganie i rozumienie religijności wpływ ma także określona tradycja religijno-kulturowa. Różne tradycje bowiem postrzegają ją inaczej, na przykład dla żydów jej podstawą jest uczestnictwo w życiu wspólnoty i posiadanie żydowskich przodków, dla protestantów jest determinowana bardziej przez osobiste wybory, a dla katolików jest czymś pomiędzy podejściem żydowskim i protestanckim. Przejawia się to również w hierarchizacji życiowych doświadczeń, np. dla żydów najważ-

niejsze są wydarzenia o charakterze społecznym, a dla protestantów o charakterze osobistym. Dla katolików natomiast jedne i drugie mają podobne znaczenie [Cohen, Hill, 2007].

Typologia religijności

Współczesne badania nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem wykorzystują przede wszystkim narzędzia psychometryczne, a z kolei większość tych narzędzi badawczych opiera się na koncepcji typologii religijności. Klasyfikacje typologiczne uwarunkowane są różnymi czynnikami niezależnymi od badacza (np. konteksty użycia pojęć w danym czasie historycznym), ale również czynnikami subiektywnymi (np. cel, dla którego sporządzana jest klasyfikacja, perspektywa teoriopoznawcza, ale również perspektywa socjologiczna badacza, w tym dziedzina uprawianej nauki, jak psychologia, socjologia, teologia). Wybór określonej typologii będzie też wpływał na konstrukcję i wybór narzędzia badawczego stosowanego w jej pomiarze.

Współczesna psychologia religii wylicza różne typy i podziały religijności. Dość popularny jest podział na religijność zewnętrzną, wewnętrzną, poszukującą. W przypadku religijności zewnętrznej dana jednostka dostrzega funkcje religii i jej rolę, ale wybiera najczęściej to, co zgadza się z jej interesem, praktykuje okolicznościowo i pod wpływem drugorzędnych motywów. W tym przypadku religijność i wartości religijne pełnią rolę instrumentalną – narzędzia w realizacji innych potrzeb, takich jak pozycja społeczna, bezpieczeństwo czy bliskość innych ludzi. Religijność wewnętrzna natomiast przenika całe życie człowieka, łącząc jego potrzeby i wartości z normami społecznymi. Dla takich jednostek wartości religijne są absolutnie najwyższe [Wandrasz, 1998]. Z podziałem na religijność wewnętrzną i zewnętrzną pokrywa się podział na religijność centralną i peryferyjną, zaproponowany przez ks. Władysława Prężynę. W przypadku tej pierwszej postawy wartości religijne znajdują się w centrum struktury osobowości i znacząco wpływają na myślenie, uczucia i zachowania jednostki. Natomiast jeśli religijność znajduje się na obrzeżu zaintereso-

wań jednostki, to w niewielkim stopniu wpływa na jej życie i bywa wykorzystywana instrumentalnie [Prężyna, 1968]. Niektórzy wyróżniają także orientację poszukującą, charakteryzującą się otwartym, nieortodoksyjnym, ale pozytywnym stosunkiem do religii, a jego istotą jest dynamika poszukiwania dialogu z problemami egzystencjalnymi wynikłymi ze sprzeczności i dramatów życia [Wandrasz, 1998].

Inny podział wyodrębnia religijność personalną i apersonalną. Ta pierwsza charakteryzuje się aktywnością i zaangażowaniem wynikającym z wewnętrznej relacji do Boga rozumianego osobowo i będącego wartością naczelną (allocentryczna). Z tej wewnętrznej relacji do Boga wynika także autonomiczność zachowania religijnego (tzn. przekonania religijne są wynikiem wewnętrznego wolnego wyboru), poczucie wolności i odpowiedzialności, świadomość celowości własnej egzystencji. Cechuje się ona także spontanicznością i twórczością pozwalającą na łatwe przyswajanie odkrywanej wartości, otwartością na inne prądy myślowe i postawy oraz stabilnością umożliwiającą przetrwanie kryzysów. Religijność apersonalna charakteryzuje się cechami przeciwnymi do wyżej wymienionych. W przypadku natomiast religijności niespójnej występuje brak zgodności między przekonaniem podstawowym, naturalnym i instytucjonalnym [Wandrasz, 1998].

Autorzy amerykańscy (Koenig i in.) wyróżniają z kolei pięć typów duchowości: humanistyczną (ukierunkowana na samotranscendującego ducha ludzkiego, niezwiązana z żadną religią, z wysoko rozwiniętym systemem etycznym), nieokreśloną (elity kulturalne, indywidualistyczna, bez związku z instytucją, obecna wiara w energię, siły natury, astrologię, parapsychologię), określoną typu wschodniego (buddyzm, hinduizm, taoizm, szintoizm i in.), określoną typu I zachodniego (może występować w większości odłamów chrześcijańskich, muzułmańskich i żydowskich; cechuje ją poczucie zależności od Boga osobowego, zażyła relacja z Bogiem przejawiająca się w konkretnych modlitwach, dążenie do rozpoznania woli Bożej i wiara, że Bóg może interweniować w świecie), określoną typu II zachodniego (większość chrześcijan, muzułmanów i żydów w USA; wiara w zależność życia ludzkiego od Boga, ale mniej bezpośrednia relacja z Nim, modlitwy mniej bezpośrednie i mniej konkretne, bardziej reflek-

syjne, słabsze dążenie do rozpoznania woli Bożej) [Koenig, McCullough, Larson, 2001].

Na religijność można również spojrzeć w aspekcie jej dojrzałości. Trudno ściśle zdefiniować dojrzałość religijną; ponieważ jej rozwój nigdy nie jest zakończony za życia jednostki, większość autorów podejmuje ten problem w sposób negatywny, tzn. charakteryzują religijność dojrzałą poprzez negację cech niedojrzałej religijności. Niektórzy próbują jednak wyróżniać cechy dojrzałej religijności chrześcijańskiej, do których najczęściej zaliczają: zróżnicowanie (bogactwo zainteresowań religijnych i otwartości na Boga na wielu płaszczyznach życia codziennego), dynamizm (ciągły rozwój przez włączanie nowych doświadczeń do posiadanego obrazu świata), integralność (spójność wiary i postępowania), interioryzacja wartości religijnych; autonomiczność (motywacje aktów religijnych tkwią w przedmiocie religijnym, a nie we własnych potrzebach); personalistyczna relacja z Bogiem, właściwy obraz Boga (transcendentnego, wykraczającego poza zwykłe wyobrażenia o nim) [Wandrasz, 1998; Allport 1998]. Prężyna podkreśla, że religijność dojrzała jest wynikiem świadomego samowychowania i indywidualnego wysiłku, a wyżej wymienione cechy mogą być według niego „probierzem” tego, na ile rozwój religijny zmierza we właściwym kierunku, a nie ścisłym kryterium dyskryminacyjnym [Prężyna, 1998].

Oprócz klasyfikacji psychologicznych możemy jeszcze wyróżnić typologie, które opierają się na kryteriach doktrynalnych, np. wyznania tradycji chrześcijańskiej, hinduistycznej, muzułmańskiej itp. Istnieją również klasyfikacje prawne, np. związki wyznaniowe o uregulowanej sytuacji prawnej i niezarejestrowane związki wyznaniowe – te podziały nie odgrywają jednak istotnej roli w konstrukcji narzędzi badawczych używanych w interesującym nas obszarze badań.

Metody i narzędzia badawcze

W badaniach psychometrycznych dotyczących religii można prezentować podejście przedmiotowe, analizując jej podstawy i spójność głoszonego systemu prawd, lub podmiotowe, skupiając się na postrzeganiu

i akceptacji prawd religijnych przez człowieka. W badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem dominuje podejście podmiotowe. Niełatwym zadaniem jest jednak dopracowanie właściwej metodyki i dobór odpowiednich narzędzi badawczych zarówno do pomiaru religijności, jak i odpowiednich parametrów zdrowotnych. W pomiarze religijności w chwili obecnej dominują metody kwestionariuszowe. Zdaniem Marka Jarosza podejście eksperymentalne w badaniach nad religijnością ma małe zastosowanie z powodu rygorystycznych wymogów i posłużono się nim w niewielkim odsetku badań [Jarosz, 2011, s. 9]. Osobną kwestią, wynikającą z interdyscyplinarności obszaru badań, jest ekstrapolacja wyników uzyskanych przez różne dyscypliny (psychologia, socjologia, filozofia, religioznawstwo, fizjologia, zdrowie publiczne) i odniesienie ich do aspektu interesującego konkretnych badaczy, np. zdrowia populacji.

W badaniach nad związkiem religijności i zdrowia stosuje się metody jakościowe, ilościowe i mieszane (ilościowo-jakościowe). W metodach jakościowych obok klasycznych (wywiad, obserwacja uczestnicząca) stosuje się niekiedy także nowatorskie pomysły, jak gry komputerowe uwzględniające wartości moralne i religijne, monitoring zachowań i inne.

Dla badań ilościowych opracowano szereg skal do pomiaru religijności. W początkach badań dotyczących relacji między religią i zdrowiem uwzględniano przede wszystkim zmienną wyznania, a religijność określano poprzez ocenę częstości praktyk religijnych. W kolejnych latach zwrócono uwagę na możliwość pomiaru pewnych innych jej wymiarów. Początkowo bazowano na typologii wewnętrznej lub zewnętrznej religijności. Współcześnie uwzględnia się takie parametry, jak identyfikacja wyznaniowa, zewnętrzny wymiar religijności (społeczne praktyki obrzędowe, udział w nabożeństwach), wewnętrzny wymiar religijności (indywidualne praktyki religijne, prywatna modlitwa, medytacja), wierzenia religijne, subiektywne przekonanie o znaczeniu religii dla własnego życia, religijna motywacja, doświadczenie religijne, wsparcie religijne, wiedza religijna, religijny dobrostan (*religious well-being*) i konsekwencje decyzji opartych na wartościach religijnych [Koenig, McCullough, Larson, 2001]. W Polsce próbę stworzenia skali do pomiaru religijności podjął ks. Władysław Prężyński, opracowując je dla intensywności i centralności postawy religijnej oraz kryzysu religijnego. Na podstawie tych metod wyróżnił grupy o wy-

sokiej i niskiej intensywności postawy religijnej oraz grupy z centralną i peryferyjną postawą religijną, a następnie badał korelaty motywacyjne i osobowościowe związane z różnymi postawami religijnymi [Prężyna, 1968]. Skala ta w dużej mierze bazowała na typologii Allporta i jej podziale na zewnętrzny i wewnętrzny rodzaj motywacji religijnej. Wśród nich można wyróżnić takie, które odnoszą się do konkretnej tradycji religijnej, zwłaszcza chrześcijańskiej (najwięcej skal dotyczy tradycji protestanckiej i katolickiej; wśród tych ostatnich należy zwrócić uwagę na polską Skalę Postaw Religijnych wg Prężyny), żydowskiej, hinduskiej, buddyjskiej, muzułmańskiej, a nawet duchowości New Age (*New Age Orientation Scale* Grangvista). Brak jest natomiast skal do pomiaru religijności w nowych i mniej licznych ruchach religijnych (np. mormoni, świadkowie Jehowy). Jest to zatem grupa narzędzi, która opiera się na doktrynalnym podziale religijności, niekiedy uwzględniając korelaty socjologiczne i kulturowe charakterystyczne dla danej społeczności wyznaniowej.

Do skal najczęściej używanych na świecie w pomiarze religijności i duchowości należą: *Fetzer Institute Multi-dimensional R/S Scale*, skala Hoge'a i skala Allporta (opierają się na podziale na religijność zewnętrzną i wewnętrzną), *Duke Religiosity Index* – DUREL, Skala Hubera (szczególnie popularna w Europie), *RCOPE Scale* (Pargamenta), *Religious Coping Index* (Koenig, bardzo krótka – jedynie trzy itemy), *Krause Religious Support Scale*, *Religious History Scale*, *Palousian & Ellison's Spiritual Well-being Scale*, *Daily Spiritual Experience Scale* (Fetzera – sześć itemów), *Facit-Sp* (skala poczucia egzystencjalnego i duchowego sensu życia), *Spiritual Transcendence Scale* (Piedmonta) i wiele innych. Z polskich skal należy wymienić Skalę Postaw Religijnych i Skalę Kryzysu Religijnego Prężyny. Kwestia religijności i duchowości zaczyna być również uwzględniana w praktyce klinicznej w USA, gdzie zaproponowano nawet specjalny algorytm zbierania wywiadu uwzględniającego potrzeby religijno-duchowe (CSI-MEMO). Można zauważyć, że wśród wymienionych wyżej narzędzi są zarówno skale odnoszące się do religijności, jak i duchowości. Ta druga jest jednak trudniejszym przedmiotem badań i często należy ustalić, co respondent rozumie pod tym pojęciem. Łatwiejsza do zbadania jest religijność, ponieważ obejmuje więcej elementów uzewnętrznianych, poddających się pomiarowi.

Do narzędzi badawczych najbardziej godnych polecenia w przypadku projektów międzynarodowych należy zaliczyć skalę Hubera (tym bardziej, że istnieje jej polska adaptacja; popularna zwłaszcza w badaniach publikowanych w piśmiennictwie psychologicznym), DUREL (szczególnie ze względu na krótkość skali, która składa się z pięciu itemów, ale, niestety, nie ma jeszcze wersji polskojęzycznej; popularna zwłaszcza w badaniach publikowanych w piśmiennictwie medycznym), *Hoge Intrinsic Religiosity Scale*, a do pomiaru wsparcia („copingu”) religijnego (np. w chorobie) najbardziej adekwatna jest *RCOPE Scale* – Skala Religijnego Radzenia Sobie (istnieje jej polska adaptacja). W badaniach krajowych korzystać można ze skal opracowanych w języku polskim, jak: Skala Postaw Religijnych (obecnie powstały z niej dwa narzędzia: Skala Centralności Postawy Religijnej i Skala Intensywności Postawy Religijnej), Skala Kryzysu Religijnego, Skala Spójności Przekonań Religijnych, Skala Lęku i Fascynacji, Skala Personalnej Relacji do Boga (opiera się na personalnej i apersonalnej typologii religijności), czy Skala Religijnego Systemu Znaczeń. Z narzędzi zagranicznych zaadaptowane do warunków polskich zostały: Skala Relacji Religijnych i Skala Przekonań Postkrytycznych D. Hutsebauta, Skale Hubera (centralności religijności i Skala Emocji do Boga) i Skala Religijnego Radzenia Sobie (*Brief RCOPE*) [Jarosz 2011].

Trudności interpretacyjne obserwowanych zależności pomiędzy religijnością a zdrowiem

Zdecydowana większość badań dotyczących związku pomiędzy religijnością a zdrowiem wskazywała na pozytywny związek pomiędzy zmienną religijności a zdrowiem fizycznym (wyższa długość życia, zmniejszona chorobowość w zakresie schorzeń sercowo-naczyniowych, nadciśnienia i innych chorób cywilizacyjnych) i psychicznym (rzadsze epizody depresji, lęku, zmniejszona częstość uzależnień, samobójstw itp.). W badaniach dotyczących zdrowia fizycznego uwzględniano dodatkowe zmienne, takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, grupa etnicz-

na, zatrudnienie, dochód, ogólny stan zdrowia, sprawność fizyczna, ciśnienie krwi, palenie papierosów, cukrzyca, stężenie lipidów we krwi, BMI (*Body Mass Index*), zachowania związane ze zdrowiem (np. palenie papierosów, aktywność fizyczna), funkcjonowanie w grupie społecznej, poziom wsparcia, zdrowie psychiczne, a także systematyczność i konsekwencje w stosowaniu się do zaleceń lekarskich (*compliance*). W badaniach dotyczących zdrowia psychicznego uwzględniano więcej zmiennych, a ich liczba dochodziła nawet do 27 [Koenig, George, Peterson, 1998].

Niektóre z badań dotyczących zależności pomiędzy religijnością a zdrowiem spotkały się z zastrzeżeniami metodologicznymi. Najczęściej dotyczyły one stosowania nieprecyzyjnych i niewystandaryzowanych narzędzi badawczych, niewłaściwych metod statystycznych, np. braku analiz wieloczynnikowych, niedokładnego odróżniania zmiennych zależnych i niezależnych, nieuwzględniania w analizie podstawowych zmiennych (np. wieku), zbyt krótkiego okresu obserwacji i zbyt małej liczebności grup poddanych badaniu. Z tego powodu związki, jakie się ujawniały, były słabe i niespójne.

Mueller i in., dokonując obszernej metaanalizy badań nad związkiem religijności i zdrowia, stwierdzili jednak, że zależności pomiędzy intensywnością religijności a lepszymi wynikami stanu zdrowia nie wydają się zależnościami pozornymi. Wykazane one zostały w wielu badaniach o różnej metodyce (badania przekrojowe, ale również prospektywne i retrospektywne) i na różnych populacjach. O ile w starszych badaniach nie uwzględniano wielu zmiennych mogących wpływać na ten wynik, o tyle w nowszych starano się wynik skorygować, uwzględniając wszystkie potencjalnie interferujące czynniki [Mueller, Plevak, Rummans, 2001].

Powstaje natomiast pytanie: czy obserwowany związek jest związkiem przyczynowym? W interpretacji badań między religijnością a zdrowiem opartych na statystyce należy wystrzegać się przede wszystkim mylenia związku zależności ze związkiem przyczynowości. Większość wyników podawanych jest jako istotna statystycznie korelacja lub różnica, jednak to nie uprawnia do bezpośredniego wnioskowania o związku przyczynowo-skutkowym pomiędzy zmiennymi. Na przykład stwierdzenie statystycznej zależności pomiędzy częstością chodzenia do kościoła a sprawnością

fizyczną może prowadzić do wniosku, że religijność sprzyja zachowaniu większej sprawności, jak i do konkluzji, że lepsza sprawność fizyczna sprzyja wyższej religijności. Należy również pamiętać, że na obserwowany związek statystyczny wpływ może mieć ukryta zmienna, nieuwzględniona w badaniu, która wyjaśniłaby ten związek bez odwoływania się do religijności (np. dane demograficzne). Dopiero, jeśli inne zmienne nie wyjaśniają całościowo obserwowanego efektu, można wnioskować, że religijność odgrywa istotną rolę w obserwowanych wynikach. W dalszej kolejności należy uwzględnić wpływ zmiennych pośredniczących (*mediating variables*), np. wydarzeń stresowych, wsparcia społecznego, zachowań zdrowotnych. Te zmienne można już jednak postrzegać jako elementy mechanizmu oddziaływania religijności na zdrowie [Koenig, McCullough, Larson, 2001, s. 491–492].

Levin podaje dziewięć cech związku przyczynowego w badaniach epidemiologicznych: siła (*strength*), stałość (*consistency*), swoistość (*specificity*), czasowość (*temporality*), gradient biologiczny (*biological gradient*), wiarygodność (*plausibility*), spójność (*coherence*), eksperymentalne potwierdzenie (*experiment*) i analogia (*analogy*) [Levin, 1994]. Niektóre z tych cech (jak siła, stałość, czasowość, wiarygodność, analogia) w wielu opublikowanych badaniach zostały potwierdzone, ale dla pozostałych nie ma jeszcze wystarczającego potwierdzenia. Z tego powodu do dotychczasowych wyników należy podchodzić ostrożnie i nie przeceniać ich [Mueller, Plevak, Rummans, 2001].

Większość dotychczasowych obserwacji zależności pomiędzy religijnością a zdrowiem opierała się jednak na badaniach przekrojowych lub retrospektywnych, natomiast rzadkie są badania prospektywne. Badania prospektywne dają możliwość obserwacji zmiennych i zależności pomiędzy nimi w określonym przedziale czasowym, co uprawnia do bardziej uzasadnionych wniosków dotyczących związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy nimi, choć nie dają gwarancji, że w obserwowanych wynikach nie odgrywają istotnej roli jakieś czynniki nieuwzględnione w badaniu, które wpływają zarówno na religijność, jak i na stan zdrowia. O związku przyczynowo-skutkowym w najpełniejszy sposób mogłyby informować badania interwencyjne lub eksperymentalne (np. randomizowane badania kliniczne z grupą kontrolną), jednak specyfika przedmiotu

(należałoby zaplanować długi okres obserwacji, ponieważ w krótkim, jedno- lub dwuletnim okresie, raczej trudno byłoby wykazać istotny wpływ religijności na zdrowie) i koszty są czynnikami ograniczającymi ich przeprowadzenie.

Model teoretyczny oddziaływania religijności na zdrowie

Innym problemem związanym z interpretacją wyników badań (jak również wpływającym na planowanie kolejnych badań) jest stworzenie adekwatnego modelu teoretycznego, który wyjaśniałby mechanizm oddziaływania religijności na zdrowie. W proponowanych modelach brakuje zwłaszcza precyzyjnego oddzielenia religijności/duchowości od innych zmiennych psychospołecznych – taki brak może rodzić wątpliwość co do zasadności badania religijności w miejsce ogólnego wsparcia psychogenego, tym bardziej, że niektórzy badacze, wprowadzając zmienną religijności, nie badają obok niej innych zmiennych psychicznych, ale jedynie zmienne behawioralne, społeczne i biologiczne.

Wielu badaczy przyjmuje, że wpływ religijności na zdrowie odbywać się może przez związek z zachowaniami prozdrowotnymi, takimi jak właściwa dieta, aktywność fizyczna, zaprzestanie palenia papierosów czy lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich. Dodatkowo, regularne obchodzenie dni świętych sprzyja odpoczynkowi, ponownej mobilizacji sił fizycznych i psychicznych oraz uporządkowaniu życiowych celów i zamierzeń [Seybold, Hill, 2001]. Powyższe czynniki nie wyjaśniają jednak w pełni obserwowanych zależności. Okazuje się, że pozytywny wpływ religijności na zdrowie odbywa się także poprzez indywidualne i wspólnotowe praktyki *stricte* religijne, jak medytacja, modlitwa, obrzędy pojednania, pokuty i przebaczenia, czyli różne akty kultu, które wzmacniają pozytywne uczucia, takie jak nadzieja, miłość, zadowolenie, przebaczenie i ograniczają negatywne emocje, np. wrogość. Wspólnotowe spotkania obrzędowe mogą również pełnić funkcję psycho- i socjoterapii, będąc źródłem wsparcia i poczucia przynależności do większej wspólnoty. Mechanizm oddziaływania religijności poprzez uczucia i emocje można na-

wet oprzeć na podstawach fizjologicznych, ponieważ wiadomo, że pozytywne emocje zmniejszają aktywność współczulnej części autonomicznego układu nerwowego i osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (zmniejszając tym samym wydzielanie hormonów stresowych, takich jak noradrenalina i kortyzol), co ma zarówno skutki psychologiczne (zmniejszenie lęku), jak i fizjologiczne (obniżenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstości pracy serca i zużycia tlenu) i w ten sposób może przyczyniać się do lepszego stanu zdrowia [Seybold, Hill 2001; Mueller, Plevak, Rummans, 2001]. Model oddziaływania czynników psychospołecznych na zdrowie fizyczne poprzez mechanizmy neuroendokrynne i immunologiczne, które wywołują zmiany na poziomie molekularnym i komórkowym, jest już dość dobrze ugruntowany w psychologii zdrowia [Miller, Chen, Cole, 2009]. Nie są to prawdopodobnie jedyne mechanizmy i z pewnością w tym efekcie odgrywa rolę jeszcze wiele innych czynników psychologicznych, behawioralnych i biologicznych, które wymagają dalszych badań.

Podobny model proponował dziesięć lat temu Harold Koenig w swojej monografii *Religion and Health* [Koenig, McCullough, Larson, 2001]. Według niego religia miała oddziaływać na zdrowie psychiczne i fizyczne w mechanizmie wpływania na poziom hormonów stresowych, system immunologiczny, autonomiczny system nerwowy, ale również zachowania zdrowotne ograniczając palenie papierosów, ryzykowne zachowania seksualne, nadużywanie alkoholu i stosowanie narkotyków. Oddziaływanie to miało powodować efekty w postaci spadku infekcji, zachorowalności na nowotwory, choroby serca, nadciśnienie, udar, choroby przewodu pokarmowego i inne choroby wewnętrzne, choroby przenoszone drogą płciową oraz wypadki. Z kolei na samą religijność wpływały takie czynniki jak: wychowanie, autonomiczne decyzje w życiu dorosłym, przyjęte wartości, cechy osobowościowe, płeć, wiek, rasa, wykształcenie, a nawet dochód i czynniki genetyczne [Koenig, McCullough, Larson, 2001].

Model oddziaływania religijności na zdrowie proponowany przez Koeniga do przygotowywanego drugiego wydania *Religion and Health* jest już bardziej skomplikowany. Wyróżnia się w nim trzy poziomy: 1) duchowy (wierzeń religijnych), 2) decyzji, wyborów życiowych i zachowań

zdrowotnych oraz 3) efektów w zdrowiu psychicznym i fizycznym. Na poziomie duchowym wychodzi z centralnej roli źródła wierzeń religijnych (Bóg, Brahman, inna postać bóstwa), którego obraz modyfikowany jest przez wspólnotę religijną lub światopoglądową, do której człowiek przynależy, a relację z Nim buduje poprzez rozwijanie cnót teologicznych (w chrześcijaństwie), życie według czterech szlachetnych prawd (w budyzmie) czy argumenty rozumowe (w światopoglądach laickich), co wyraża się w praktykach publicznych, prywatnych, moralności, zaangażowaniu społecznym i doświadczeniach religijnych. Te duchowo-religijne elementy wpływają następnie na codzienne decyzje i zachowania poprzez rozwijanie pozytywnych cech osobowościowych (uczciwość, odwaga, samodyscyplina, altruizm, cierpliwość, skłonność do przebaczenia, wdzięczność, pokora), które wzmacniają pozytywne uczucia, neutralizują negatywne emocje i wpływają na sieć kontaktów społecznych. Oprócz tego decyzje i zachowania są jeszcze modyfikowane przez czynniki genetyczne, osobiste doświadczenia życiowe i osobowość⁶. Model wymaga jednak potwierdzenia eksperymentalnego, co, biorąc pod uwagę jego poziom komplikacji, nie będzie zadaniem łatwym.

Porównując powyższy model z wcześniejszym, można zauważyć stopniowe wydzielanie wymiaru duchowo-religijnego jako głębszego, bardziej podstawowego poziomu decyzyjnego w porównaniu z innymi elementami sfery psychospołecznej. Precyzyjne oddzielenie sfery duchowo-religijnej od psychospołecznej jest jednak niewątpliwie poważnym zadaniem (nie wiadomo, czy wykonalnym) dla propagatorów wspomnianego na początku modelu biopsychosocjoduchowego. Być może w kolejnych latach będziemy obserwować w tej kwestii nawiązywanie do biblijnego podziału na ducha, duszę i ciało, koncepcji neoplatońskich, czy współczesnych prac Maxa Schelera i proponowanego przez niego podziału i hierarchizacji wartości, w tym wartości duchowych.

⁶ Autor opierał się na materiałach z warsztatów: *Summer Research Workshops on Spirituality and Health* (19–23 July), *The Duke Center for Spirituality, Theology and Health*, 2010, s. 79 oraz podręczniku autorstwa H. Koeniga *Religion and Health*, London, Oxford University Press, 2012.

Podsumowanie

Badania nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem rozwijają się dynamicznie, ale borykają się w wieloma problemami natury teoretycznej. Zróżnicowanie narzędzi badawczych, spory wokół interpretacji wyników, brak satysfakcjonującego modelu teoretycznego wskazują, że jest to nurt badań będący jeszcze w fazie tworzenia. Część problemów wynika z obiektywnych ograniczeń przyjmowanych metod badawczych (np. badania statystyczne, które nie informują jednoznacznie o związkach przyczynowo-skutkowych), a inne z niedopracowania podstaw teoretycznych, które jednak z biegiem czasu mogą dojrzewać i dawać lepszy fundament dla badań obserwacyjnych i ich właściwej interpretacji.

Niezależnie od trudności metodologicznych związanych z prowadzeniem i interpretacją badań dotyczących związku pomiędzy religijnością/duchowością i zdrowiem należy zauważyć rosnące zainteresowanie tą tematyką w środowisku medycznym i włączanie tych treści w praktykę kliniczną. Został nawet opracowany specjalny kwestionariusz do oceny sfery duchowej i religijności pacjentów (HOPE) [Anandarajah, Hight, 2001] oraz algorytm postępowania w trakcie wywiadu na ten temat (FICA) [Puchalski, Romer, 2000]. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca lekarzom pytanie pacjentów o ich religijno-duchową kondycję i orientację, aby można było lepiej dopasować proces leczenia do osoby chorej. Istnieje spór o to, czy nie są to pytania nadmiernie ingerujące w sferę prywatną, ale niektórzy autorzy uważają, że życie religijne pacjenta powinno być traktowane podobnie jak jego życie rodzinne, które w niektórych sytuacjach wpływa na stan jego zdrowia [Puchalski, Romer, 2000]. Choć tylko 6% lekarzy amerykańskich sądzi, że religijność wpływa znacząco na „twarde” medyczne wyniki badań, to większość (56%) uważa, że pomaga pacjentowi lepiej znosić chorobę, poprawia stan psychiczny i zapewnia wsparcie poprzez członkostwo we wspólnocie religijnej [Curlin, Sellergen, Lantos i in., 2007]. Dlatego Mueller i in. wyrażają przekonanie, że lekarz powinien uwzględniać w swojej praktyce potrzeby duchowo-religijne pacjentów, tym bardziej, że niezależnie od wpływu na zdrowie pacjenta, wzmacnia to również relację lekarz-pacjent [Mueller, Plevak, Rummans, 2001]. Z pewnością uwzględnienie sfery duchowo-

-religijnej pacjentów, zwłaszcza osób starszych i osób z chorobami przewlekłymi, przyczynia się do poprawy opieki nad nimi, należy jednak również pamiętać o tym, że pacjenci cechują się zróżnicowaną religijnością i nie każdy może przejawiać potrzeby duchowo-religijne, jak również nie w każdej sytuacji klinicznej mają one istotne znaczenie.

Bibliografia

- Allport G.W., (1998), *Osobowość i religia*. Warszawa, PAX.
- Anandarajah G., Hight E., (2001), „Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment”, *American Family Physician*, 63, s. 81–89.
- Bergin A.E., (1983), „Religiosity and Mental Health: a Critical Reevaluation and Meta-Analysis”, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, s. 170–184.
- Cohen A.B., Hill P.C., (2007), „Religion as Culture: Religious Individualism and Collectivism among American Catholics, Jews, and Protestants”, *Journal of Personality*, 75, s. 709–742.
- Curlin F.A., Sellergren S.A., Lantos J.D., Chin M.H., (2007), „Physicians’ Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health”, *Archives of Internal Medicine*, 167(7), s. 649–654.
- Durkheim É., (2006), *Samobójstwo*, Warszawa, Oficyna Naukowa.
- Fromm E., (1966), *Szkice z psychologii religii*, Warszawa, KiW.
- Jarosz M., (2011), *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin, TN KUL.
- Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L., (1998), „Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients”, *American Journal of Psychiatry*, 155, s. 536–542.
- Koenig H.G., McCullough M.E., Larson D.B., (2001), *Handbook of Religion and Health*. New York, Oxford University Press.
- Koenig H.G., McCullough M.E., Larson D.B., (2012), *Handbook of Religion and Health*, New York, Oxford University Press.
- Kudelska M., (2005), Wstęp, [w:] *Wartości etyczne w różnych tradycjach religijnych*, [red.] M. Kudelska, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 8–11.
- Levin J.S., (1994), „Religion and Health: Is there an Association, Is It Valid, and Is It Causal?”, *Soc Sci Med*, 38, s. 1475–1482.
- Levin J.S., Larson D.B., Puchalski C.M., (1997), „Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education”, *Journal of American Medical Association* 278(9), s. 792–793.
- Libiszowska-Żółtkowska M., (1998), „Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii”, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, [red.] W. Piątkowski, Lublin, Wydawnictwo UMCS.

- Libiszowska-Żółtkowska M., (1998), „Religia wobec fenomenu śmierci. Wierzenia i postawy”, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, [red.] W. Piątkowski, Lublin, Wydawnictwo UMCS, s. 39–62.
- Miller G., Chen E., Cole S.W., (2009), „Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health”, *Annual Review of Psychology*, 60, s. 501–524.
- Mueller P.S., Plevak D.J., Rummans T.A., (2001), „Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice”, *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), s. 1225–1235.
- Orr R.D., Isaac G., (1992), „Religious Variables are Infrequently Reported in Clinical Research”, *Family Medicine*, 24, s. 602–606.
- Prężyna W., (1968), „Skala postaw religijnych”, *Roczniki Filozoficzne*, 16(4), s. 75–89.
- Prężyna W., (1990), „Symptomy dojrzałej religijności”, [w:] *Kościół w służbie człowiekowi*, [red.] W. Turek, J. Mariański, Lublin, TN KUL, s. 269–278.
- Puchalski C.M., Romer L., (2000), „Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully”, *Journal of Palliative Medicine*, 3, s. 129–137.
- Seybold K.S., Hill P.C., (2001), „The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health”. *Current Directions in Psychological Science*, 10, s. 21–24.
- Tobiasz-Adamczyk B., (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wandrasz M., (1998), *Religijność a postawa wobec choroby*, Lublin, TN KUL.
- Weaver A.J., Flannelly L.T., Flannelly K.J., Koenig H.G., (1998), „An Analysis of Research on Religious and Spiritual Variables in Three Major Mental Health Nursing Journals, 1991–1995”, *Issues in Mental Health Nursing*, 19, s. 263–276.
- Weaver A.J., Samford J.A., Larson D.B., Lucas L.A., (1998), „A Systematic Review of Research on Religion in Four Major Psychiatric Journals: 1991–1995”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86, s. 187–190.

Methodological Problems in the Research on the Relationship Between Religiosity and Health

ABSTRACT. The article presents the most important methodological problems, which appear in the research on the relationship between religiosity and health. It describes matters concerning the definition of religiosity, and spirituality and the research methods used in measuring them (indicating those that would be most appropriate for the Polish society). Finally, the article discusses the difficulties concerning the cause-and-effect relationship between religiosity and health, and the difficulties connected to creating a theoretical model explaining the mechanisms of influence of religiosity on health.

KEY WORDS: religiosity and health research, methods, cause-and-effect relationship, theoretical model

dr n. med. Jakub Pawlikowski, Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Szkolna 18, 20–124 Lublin, e-mail: jpawlikowski@wp.pl