



RELIGIJNOŚĆ I AKCEPTACJA CHOROBY U PACJENTÓW PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

RELIGIOUSNESS AND ACCEPTANCE OF THE DISEASE IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Agata Mucha^{1, a}, Anna Majda^{2, b}, Anna Nawalana^{2, c}

¹ Centrum Medyczne „Luxmed” w Krakowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

^a <https://orcid.org/0000-0002-8291-0088>

^b <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

^c <https://orcid.org/0000-0002-2937-5346>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.46>

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu krążenia, w tym zawał serca, niezmiennie od wielu lat znajdują się w czołówce przyczyn zgonów wśród Polaków. Współczesne techniki rozpoznawania i leczenia zawałów serca pozwalają na dalsze przeżycie, jednakże zazwyczaj konieczną jest modyfikacja dotychczasowego stylu życia i akceptacja zmian, które z niego wynikają. W zaakceptowaniu choroby może pomóc nie tylko wsparcie bliskich, ale także realizowanie potrzeb religijnych. Poznanie tych czynników może okazać się znaczące dla pracowników ochrony zdrowia w opiece nad pacjentem.

Cel. Celem niniejszej pracy było zbadanie religijności i akceptacji choroby oraz związków między nimi u pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody. Badania prowadzono od lutego do kwietnia 2018 roku wśród pacjentów, którzy przebywali w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. W badaniu uczestniczyły 92 osoby. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz Skalę Indywidualnej Religijności i Skalę Akceptacji Choroby. Wszyscy badani zadeklarowali, iż są osobami wierzącymi, wyznającymi religię rzymsko-katolicką. Do analizy uzyskanych wyników wykorzystano parametryczne i nieparametryczne testy.

Wyniki. Grupa ankietowanych pacjentów charakteryzowała się wysokim poziomem religijności i wysokim poziomem akceptacji choroby. Kobiety oraz osoby starsze cechowały się wyższym poziomem religijności, co z kolei nie miało znamiennego wpływu na akceptację choroby.

Wnioski. Realizacja potrzeb religijnych może przyczynić się do lepszego funkcjonowania pacjenta po przebytych poważnych incydentach sercowych i sprzyjać zaakceptowaniu nowej sytuacji zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: zawał serca, religijność, akceptacja choroby.

ABSTRACT

Introduction. Cardiovascular diseases including myocardial infarction have been among the leading causes of death among Poles for many years. Modern techniques of diagnosing and treating heart attacks allow for further survival. However, it is usually necessary to modify the existing lifestyle and accept the changes that result from it. Not only support from relatives, but also the implementation of religious needs can be helpful in accepting the disease. Understanding these factors can turn out to be significant for healthcare professionals in caring for the patient.

Aim. The aim of this research was to study the religiosity and acceptance of the disease and the relationships between them in patients after myocardial infarction.

Material and methods. The studies were conducted from February to April 2018 among patients of the University Hospital in Krakow. A group of 92 people participated in the study. The author's original questionnaires, the Individual Religiousness Scale and the Disease Acceptance Scale were used in the study. All respondents declared themselves as believers, professing Roman Catholic faith. During the data analysis parametric and nonparametric tests were used.

Results. The group of patients was characterized by a high level of religiousness and disease acceptance. Women and the elderly were characterized by a higher level of religiousness, which in turn had no significant effect on the acceptance of the disease.

Conclusions. The implementation of religious needs may contribute to a better functioning of the patient after serious cardiac events and help to accept a new health situation.

KEYWORDS: myocardial infarction, religiousness, acceptance of disease.

Wprowadzenie

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania zawałów mięśnia sercowego zwracają uwagę na występowanie przewlekłej choroby wieńcowej (ang. *Coronary Artery Disease* – CAD). Rocznie ponad 7 milionów osób na świecie umiera z powodu CAD, która jest jedną z przyczyn występowania zawałów, co stanowi 12,8% wszystkich zgonów [1]. Szacuje się, że w naszym kraju liczba przypadków zawałów serca to około 90 tysięcy rocznie. Jeden na sześciu mężczyzn i jedna na siedem kobiet w Europie umiera z powodu tego schorzenia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2013 roku z przyczyn kardiologicznych zmarło ponad 177 tys. osób, co stanowiło 45,8% wszystkich zgonów. Spośród chorób układu krążenia przyczyną największej liczby zgonów była choroba niedokrwienna serca, co stanowiło 23% zgonów kardiologicznych, w tym 9% zgonów spowodowanych było przez zawał mięśnia sercowego [2].

Współczesna medycyna jest w stanie zapewnić profesjonalną opiekę pacjentowi, który doświadczył zawału mięśnia sercowego, jeśli ten będzie odpowiednio wcześniej zdiagnozowany i zostanie wdrożone odpowiednie leczenie. Po dokonaniu leczenia, pacjenta zazwyczaj czeka okres rehabilitacji, ale jest to także czas, w którym chory powinien wyeliminować dotychczasowe czynniki ryzyka oraz zmodyfikować swój styl życia. W tym okresie ważne jest zaakceptowanie przez pacjenta swojej choroby, zmian i ograniczeń, jakie się z nią wiążą. Pomocne w tym okresie może okazać się wsparcie najbliższych, dostęp do opieki medycznej, a także czynniki psychologiczne i religijne.

W psychologii religii można zauważyć wieloznaczne rozumienie pojęcia religijność [3–8]. Może być ona definiowana, jako „zaangażowanie się w przekonania i praktyki charakterystyczne dla danej tradycji religijnej” [3]. Inne spojrzenie na definicję religijności zakłada, że religijność to „podmiotowe, indywidualne ustosunkowanie się człowieka wobec Boga, i nadprzyrodzoności, wyrażające się w sferze pojęć i przekonań, uczuć oraz zachowań jednostki” [6]. Kolejna definicja religijności prezentuje, że jest to „osobiste lub grupowe poszukiwanie świętości, które rozwija się w ramach tradycyjnego, sakralnego kontekstu” [6]. W ostatnich latach pojęcie religijności okazało się niewystarczającym do adekwatnego wyrażania nowych form przeżywania fenomenu religijnego. Wyrosła koncepcja duchowości, głównie z zakwestionowania instytucjonalnego wymiaru religii, akcentująca autonomię oraz niepowtarzalność treści i emocji, których doświadcza człowiek w kontakcie z sacrum. Religijność to przywiązanie do przekonań i praktyk religijnych typowych dla danej tradycji, widziana jest jako zewnętrznie wyznawana i rytualna ekspre-

sja, powiązana z organizacjami zinstytucjonalizowanego Kościoła, zaś duchowość to ludzki stan pozwalający odkrywać sens i cel swojego życia, osobista afirmacja transcendencji. Tocząca się dyskusja nad statusem obu pojęć, wskazuje, że ich zakres jest różny i nierozłączny. Znani amerykańscy psychologowie religii – Zinnbauer i Pargament [7] uważają, że religijność i duchowość są złożonymi konstruktami. Pierwszy broni nadrzędnego statusu pojęcia duchowość i twierdzi, że poszerza rozumienie religii do sacrum, drugi uważa, że religijność jest pojęciem zakresowo szerszym niż duchowość. Dyskusja wskazuje, że nie można aktualnie tych pojęć uznać za jednoznaczne i doprecyzowane.

Religijność indywidualna to pojęcie, które dla każdego człowieka może przybierać różne formy [9]. Według autorów Skali Indywidualnej Religijności: Pawła Sochy oraz Andrzeja Latały indywidualna religijność składa się z czterech składników: doktryny religijnej, moralności religijnej, kultu religijnego i stosunku do Kościoła katolickiego [10]. Doktryna religijna to poglądy, które dotyczą natury oraz charakterystycznych cech sfery sacrum. Moralność religijna winna opierać się na woli Boga oraz na stosunku między Nim a człowiekiem. To zbiór zasad i norm, które określają, co jest dobre, a co złe. W moralności religijnej ocena i rozróżnianie dobra od zła pochodzi od Boga, który sam wskazuje swoim wierzącym dobre i złe aspekty postępowania. Integralnym składnikiem każdej religii jest także kult religijny. Oznacza on czynności, które osoby wierzące wykonują w imię swojej wiary, a także rytuały, które odprawiane są ku czci sacrum. Pozwala on na zaspokojenie potrzeb religijnych [11]. Stosunek do Kościoła katolickiego, zwłaszcza w pozytywnym wymiarze, stanowi ważny wyznacznik osobistej religijności. Jeśli jednostka nie ma zaufania do Kościoła oraz ocenia jego instytucję w sposób negatywny, wówczas istnieje większe ryzyko do ograniczenia przez nią udziału w praktykach religijnych, a nawet osłabienia swojej wiary [12].

Opieka medyczna poza swoim oczywistym aspektem – klinicznym, ma też wymiary: moralny, filozoficzny, psychologiczny, a także religijny [13]. Uczestnictwo w różnego rodzaju praktykach religijnych, takich jak modlitwa, oraz własne, indywidualne postrzeganie religijności może przyczyniać się do zwiększonego poczucia życiowego celu, wewnętrznego spokoju i zwiększonej świadomości wsparcia społecznego. Skutkiem tego mogą być pozytywnie zmienione zachowania zdrowotne, a co za tym idzie; lepsze zdrowie fizyczne i psychiczne [13–14].

Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych w latach 90. wynika, że około 94% pacjentów, którzy zgłaszają się na konsultacje lekarskie, uważa, że ich zdrowie duchowe ma dla nich równie wielką wartość,

jak zdrowie fizyczne. Większość z nich wyrażała chęć, aby ich duchowe samopoczucie również było uwzględniane przez lekarza przeprowadzającego badanie. Inne liczne doniesienia pokazują, że wiara może mieć istotny wpływ na rozumienie takich pojęć jak zdrowie i choroba, a także na reagowanie na chorobę, postrzeganie ludzkiego ciała, stosunek do bólu czy dbałość samego pacjenta o stan zdrowia. U pacjentów z wyższym poziomem religijności można zaobserwować mniejszą częstość występowania negatywnych objawów stresu, niższy poziom lęku oraz rzadziej występujące zaburzenia osobowości czy depresję. Jak pokazują współczesne badania, wyższa religijność ma związek z odpornością pacjentów na stres, wpływa na ich optymizm i pozytywną energię życiową. Religijność pomaga w powstawaniu pozytywnych zachowań zdrowotnych, do których można zaliczyć: stosowanie się do zaleceń lekarskich, ograniczenie lub unikanie nadużywania substancji szkodliwych, jak alkohol, papierosy i narkotyki czy też niepodejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych. W grupach osób o wyższym poziomie religijności, które regularnie odbywają praktyki religijne, zmniejsza się ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym nadciśnienia tętniczego, zawału mięśnia sercowego czy choroby wieńcowej [14–16]. Wprawdzie postępowanie zgodnie z zasadami religii ma w większości pozytywny wpływ na zachowanie dobrego zdrowia, to należy pamiętać, że każda religia ma odmienne filary, a religijność opiera się na innych zasadach, stanowiących dla jednostki wytyczne, jak żyć i postępować. W pewnych grupach wyznaniowych niektóre praktyki medyczne, choć wydawałyby się najwłaściwsze, są trudne do zaakceptowania. Jedną z takich sytuacji jest przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych u świadków Jehowy [17]. Zrozumienie przez lekarza, czy pielęgniarkę potrzeb religijnych pacjenta pozwala na zwiększenie jego zaufania do świadczących opiekę oraz poprawę efektywności wzajemnej współpracy [3, 13].

Zawał mięśnia sercowego, jako stan bezpośrednio zagrożenia życia, często niesie ze sobą nieuniknione konsekwencje, które dotyczą psychicznej sfery pacjenta. W takiej sytuacji, poza poczuciem zagrożenia życia, które po ustąpieniu uciążliwych dolegliwości schodzi na dalszy plan, pojawia się obawa, która związana jest z niepewnością – czy po takim incydencie pacjent będzie mógł wrócić do swoich obowiązków w takim wymiarze, jak przed wystąpieniem zawału serca. Pojawiają się wówczas wątpliwości dotyczące dalszej samodzielności i całkowitej niezależności od innych. Pacjent zaczyna obawiać się, czy dalej będzie tak wydolny, jak przed wystąpieniem zawału, który często okazuje się być pierwszym objawem już zaawansowanych zmian chorobowych w układzie krążenia [18].

Schorzenia przewlekłe są obecnie najpoważniejszym z problemów społecznych oraz zdrowotnych w populacji. Najlepszą strategią do radzenia sobie z nimi jest akceptacja choroby. Wiąże się ona z uznaniem możliwości, ograniczeń, jakie choroba przewlekła stawia przed pacjentem. Oznacza umiejętność rozpoznania i zrozumienia strat, które z tego schorzenia wynikają. Im wyższy stopień akceptacji, tym lepsze jest przystosowanie się do codzienności oraz zdecydowanie mniejsze odczuwanie negatywnych emocji, mniejsze poczucie dyskomfortu, mniejszy stres i jednocześnie zachowanie poczucia własnej wartości [19–20]. Zaakceptowanie choroby przez pacjenta pomaga nie tylko jemu w przystosowaniu się do nowej sytuacji, ale także personelowi medycznemu podczas wdrażania procesu terapeutycznego i pielęgnacyjnego. Pacjent akceptujący swoje schorzenie wykazuje zdecydowanie bardziej optymistyczne podejście do życia, ma większe zaufanie do personelu medycznego oraz metod leczenia i pielęgnowania, które są wdrażane. Ponadto człowiek akceptujący swoją chorobę rozumie jej istotę, czynnie uczestniczy w procesie leczenia i pielęgnowania oraz aktywnie wdraża pozytywne zmiany do swojego stylu życia. Taka postawa przyczynia się do poprawy stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego [19]. Ważnym działaniem ze strony personelu medycznego, mającym na celu edukację pacjenta i przygotowanie go do samoopieki, jest pomoc w zaakceptowaniu schorzenia i stworzenie jego adekwatnego obrazu [18–19]. Świadomość tego, co pomaga pacjentowi zaakceptować sytuację zdrowotną, w jakiej się znalazł, może przyczynić się do bardziej dostosowanych do oczekiwań pacjenta form opieki sprawowanych przez zespół terapeutyczny.

Cel pracy

Celem pracy było określenie związku między poziomem religijności a poziomem akceptacji choroby przez pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Zawierał on 14 pytań dotyczących danych socjodemograficznych, wyznawanej wiary oraz schorzenia – zawału mięśnia sercowego. Drugą metodą, jaką posłużono się podczas przeprowadzania badań, była metoda szacowania. W ramach tej metody wykorzystano dwa wystandaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Indywidualnej Religijności (SIR) oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS).

Skala Indywidualnej Religijności (SIR) została skonstruowana przez Pawła M. Sochę oraz Andrzeja Latafę

w 1981 roku. Służy ona do badania postaw wobec religii katolickiej. Mierzy tzw. religijną ortodoksję katolicką; w jakim stopniu religijność badanej osoby jest zbieżna z normatywnym, behawioralnym i społeczno-kulturowym wzorcem. To inaczej stopień zbieżności deklarowanych przekonań religijnych z ogólnym modelem religijności. Twierdzenia zawarte w skali dotyczą składowych tej religijności: doktryny religijnej (wiedzy religijnej oraz moralności religijnej), kultu religijnego oraz organizacji religijnej – stosunku do Kościoła katolickiego. Skala składa się z 25 twierdzeń. Ankietowani mieli za zadanie ustosunkować się do poszczególnych zdań, zaznaczając na skali Likerta (skala od 1–5, gdzie 1 oznacza „nie zgadzam się”, a 5 – „zgadzam się”), na ile zgadzają się z podanym twierdzeniem. Suma punktów możliwych do uzyskania to 120 (pozycja nr 7: „Jestem wierzący”, nie była brana pod uwagę w ogólnych obliczeniach, gdyż była traktowana jako deklaracja religijna). Wynik wysoki uzyskany przez ankietowanych świadczył o religijności bardzo zbliżonej do uznawanego oficjalnego wzorca ortodoksji rzymsko-katolickiej, zaś wynik niski przeciwnie – świadczył o niskim stopniu religijności, gdyż potwierdzał religijność odmienną od powszechnie uznawanego wzorca [10].

Skala Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale* – AIS) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego zawiera 8 pytań dotyczących ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób, samowystarczalności, a także wpływu choroby na poczucie własnej wartości. Ankietowani określali w skali 1–5 (skala Likerta) swoje odczucia związane z treścią każdego stwierdzenia, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, co jest potwierdzeniem złego przystosowania się do choroby, a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”, co jest równoznaczne z pełną akceptacją schorzenia. Minimalna suma punktów to 8, zaś maksymalna, jaką można było uzyskać wynosi 40. Im wyższy wynik uzyskany przez pacjenta tym lepsza akceptacja choroby [21].

W celu doboru odpowiednich metod weryfikacji hipotez wykonano analizę zgodności rozkładu zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Większość zmiennych nie wykazała zgodności z rozkładem normalnym, zatem do weryfikacji postawionych hipotez wykorzystane zostały testy nieparametryczne, takie jak test U Manna-Whitneya oraz test korelacji rang Spearmana. Jako graniczny przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w dwóch oddziałach kardiologicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w okresie od lutego do kwietnia 2018, po uprzednim uzyskaniu zgody od kierowników oddziałów oraz Dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego, zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej [22]. Badaniom zostali

poddani pacjenci, którzy przeszli zawał mięśnia sercowego w przeszłości, deklarujący się, jako wyznawcy religii rzymsko-katolickiej. Pacjenci zostali poinformowani, że badania są dobrowolne i anonimowe; oraz zapewnieni o możliwości odstąpienia od nich na każdym z ich etapów. Każdy z pacjentów wyraził zgodę na udział w badaniu. Rozdano 96 kwestionariuszy. Większość pacjentów samodzielnie wypełniła ankietę, część chorych potrzebowała pomocy przy udzielaniu odpowiedzi. Odrzucono cztery kwestionariusze, ze względu na niekompletne wypełnienie arkuszy przez ankietowanych. Siedem osób odmówiło udziału w badaniach.

Wyniki

W badaniu uczestniczyły 92 osoby, z czego kobiety stanowiły 44,6% badanej grupy, a mężczyźni 55,4%. Najbardziej liczną grupę, bo 56,6% stanowiły osoby w wieku 60–79 lat. W wieku 20–39 lat było zaledwie 3,3%, w wieku 40–59 lat 26,1%, a w wieku powyżej 80 lat 14,1% badanych. Nieco ponad połowa badanych, bo 51,1% – była na emeryturze. Zawodowo nadal pracowało 32,6%. Jedna osoba uczyła się, a dwie osoby nie pracowały. Na rencie było 13% badanych. Pracę fizyczną wykonywało 37% badanych, pracę siedzącą/za biurkiem 22,8%, a pracę zarówno fizyczną, jak i siedzącą 40,2%. Badani deklarowali, że są zadowoleni ze swojej pracy – nieco ponad połowa badanych, bo 52,2% – wybrała odpowiedź „zdecydowanie tak”, a 43,5%, że „raczej tak”. U 48,9% badanych zawał mięśnia sercowego wystąpił w okresie powyżej 1 roku. W ciągu ostatniego miesiąca zawał serca wystąpił u 23,9% badanych, w przedziale od 2 do 5 miesięcy u 16,3%, a w przedziale od 6 miesięcy do 1 roku u 10,9% badanych. Większość badanych, bo 95,7% zadeklarowało, że choruje na inne przewlekłe choroby. Wśród chorób współistniejących dominowały takie schorzenia, jak: nadciśnienie tętnicze (73,9%), hipercholesterolemia (33,0%), choroba niedokrwienności serca (31,8%), cukrzyca (27,3%) oraz miażdżyca (25%). Badanych zapytano również, od jak dawna cierpią na wybrane choroby współistniejące. Ponad połowa badanych, bo 58%, wybrała odpowiedź, że chorują więcej niż 10 lat. W przedziale od 6–10 lat chorowało 17% badanych, od 2–5 lat 22,7%, a poniżej roku zaledwie 2,3%. Badanych poproszono również o określenie, czy w najbliższej rodzinie występowały zawały serca. Odpowiedź twierdzącą wybrało 46,7% badanych, a odpowiedź przeczącą 30,4%. Najczęściej podawane były takie osoby, jak: mama, ojciec, dziadek, babcia. W kolejnym pytaniu badani mieli określić swój styl życia. Odpowiedź, że starają się, aby ich tryb życia był zdrowy, ale przychodzi im to z trudem, wybrało 31,5%, że starają się jeść zdrowo, ale nie uprawiają żadnej aktywności zawodowej wskazało 30,4% badanych, że starają się

jeść zdrowo i są dość aktywni fizycznie – 17,4%. Zdrowy styl życia zadeklarowało zaledwie 2,2%, zdecydowanie niezdrowy – 5,4 osób, niezbyt zdrowy, siedzący styl – 13,0%. Na pytanie dotyczące wiary wszyscy jednogłośnie zadeklarowali, że są wierzący. Również pod względem wyznania wszyscy badani wybrali wyznanie rzymsko-katolickie. Wśród badanych 76,1% zadeklarowało, że są osobami wierzącymi praktykującymi. Badanych poproszono również o określenie, jakie znaczenie ma dla nich wiara. Odpowiedź „bardzo duże znaczenie” wybrało 32,6% badanych, a odpowiedź „dość duże znaczenie” – 41,3% ankietowanych. Wiara była ważna, ale nie najważniejsza dla 16,3% ankietowanych. Dla 4,3% wiara miała drugorzędne znaczenie, a dla 5,4% nie miała większego znaczenia.

Religijność w badanej grupie

W tabeli 1 przedstawiono odpowiedzi, jakich udzielali ankietowani w kwestionariuszu Skali Indywidualnej Religijności (SIR). W trzynastu twierdzeniach najczęściej zaznaczanymi odpowiedziami były „i tak i nie”, oraz „zgadzam się”. Jedynie przy dwóch twierdzeniach największa liczba badanych zaznaczała odpowiedź „nie zgadzam się”. Przy pozostałych zdaniach wyraźnie dominowała odpowiedź „zgadzam się” (Tabela 1).

Tabela 1. Skala Indywidualnej Religijności – odpowiedzi respondentów
Table 1. Individual Religiousness Scale – answers of respondents

Odpowiedzi respondentów Answers of respondents	1	2	3	4	5
<i>Twierdzenie/Statement</i>					
Duch Święty czuwa nad nami/ <i>The Saint Spirit watches over us</i>	2	3	9	19	59
Lekcje religii najlepiej wychowują młodzież/ <i>Religion lessons bring up young people best</i>	15	14	18	20	25
Zbawienie jest celem mojego życia/ <i>Salvation is the aim of my life</i>	7	1	10	19	55
Bóg opiekuje się człowiekiem/ <i>God cares for a man</i>	2	0	10	14	66
Uczestniczę w procesjach religijnych/ <i>I participate in religious processions</i>	15	3	18	16	40
Na końcu świata będzie Sąd Ostateczny/ <i>At the end of the world there will be the Last Judgment</i>	9	4	6	15	58
Jestem wierzący* <i>I am a believer*</i>	1	0	7	5	79
W Środę Popielcową uczestniczę w posypywaniu głowy popiołem/ <i>On Ash Wednesday I participate in sprinkling my head with ash</i>	11	10	18	17	36
Moim obowiązkiem jest przyjmowanie Sakramentów Świętych/ <i>The reception of saint sacraments is my duty</i>	8	2	13	12	57

Uczestniczę we Mszy Świętej/ <i>I participate in the Holy Mass</i>	3	6	14	13	56
Istnieje Bóg w Trójcy Świętej/ <i>There is God in the Holy Trinity</i>	3	1	8	8	72
Uczestniczę w życiu kulturalnym organizowanym przez Kościół/ <i>I participate in the cultural life organized by the Church</i>	33	14	17	11	17
Pismo Święte jest głosem Boga/ <i>The Sacred Scriptures are the voice of God</i>	4	1	8	16	63
Spowiedź oczyszcza mnie z grzechów/ <i>The confession cleans me of my sins</i>	3	1	5	12	71
Unieważnić małżeństwo może tylko Sąd Kościelny/ <i>Only the Church Court can annul a marriage</i>	8	3	9	12	60
Modłę się wieczorem/ <i>I pray in the evening</i>	13	4	16	9	50
Dzięki Świętym otrzymujemy łaski/ <i>Thanks to saints we obtain mercy</i>	6	6	15	8	57
Spowiadam się/ <i>I go to confession</i>	8	1	20	10	53
Zabiegam o dostąpienie łaski Bożej/ <i>I endeavour of approaching the divine mercy</i>	5	1	18	14	54
Organizacja Kościoła jest wzorem dla innych instytucji/ <i>The organization of the Church sets an example for other institutions</i>	22	8	25	14	23
Szczęście człowieka jest w Bogu/ <i>The happiness of the man is in God</i>	8	7	10	10	57
Wspomagam działalność misyjną Kościoła/ <i>I support the missionary activity of the Church</i>	15	11	18	24	24
Przystępuję do Komunii Świętej/ <i>I commune</i>	9	1	24	7	51
Prawdziwe szczęście osiągnę dopiero w Niebie/ <i>The true happiness I will reach only in heaven</i>	9	4	18	14	47
Czytam książki lub czasopisma religijne/ <i>I read books or religious periodicals</i>	31	9	16	22	14

* pozycja nr 7 „Jestem wierzący” nie była brana pod uwagę w ogólnych obliczeniach, gdyż była traktowana, jako deklaracja religijna

* the position No. 7 'I am a believer' was not considered in general calculations, because it was treated as the religious declaration

Źródło: opracowanie własne na podstawie Skali Indywidualnej Religijności [10]

Source: author's own analysis based on the Individual Religiousness Scale [10]

Średni wynik wśród badanych osób po zawale serca na Skali Indywidualnej Religijności (SIR) kształtował się na poziomie wysokim. Średni wynik wynosił: 94,32, odchylenie standardowe: 23,22, mediana: 100. Najwyższy uzyskany wynik wynosił 120 punkty, a najniższy 24 punkty. Po przeprowadzeniu analizy z wykorzy-

staniem testu U Manna Whitneya stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem poziomu religijności ($U = 749,0$; $Z = -2,330$; $p < 0,05$). Kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem religijności (średnia = 100,05, odchylenie standardowe = 20,52) w porównaniu z mężczyznami (średnia = 89,71, odchylenie standardowe = 24,41). Na podstawie analizy korelacji rang Spearmana wykazano związek pomiędzy wiekiem a religijnością ($\rho = 0,268$; $p < 0,05$). Związek był dodatni, co oznacza, że osoby starsze charakteryzowała większa religijność niż osoby młodsze. Z przeprowadzonej analizy korelacji rang Spearmana wynika, iż istnieje związek pomiędzy czasem od wystąpienia zawału a religijnością ($\rho = 0,209$; $p < 0,05$). Był on dodatni, co oznacza, że im dłuższy czas upłynął od zawału serca, tym osoba była bardziej religijna.

Akceptacja choroby w badanej grupie

W tabeli 2 przedstawiono odpowiedzi, jakich udzielali ankietowani w kwestionariuszu Skali Akceptacji Choroby (AIS). W pięciu stwierdzeniach najwięcej pacjentów zaznaczyło pozytywną odpowiedź: „zdecydowanie nie zgadzam się”. W dwóch twierdzeniach najwięcej badanych opowiedziało się za pośrednią wartością. Tylko w jednym twierdzeniu odpowiedziami dominującymi były: „zdecydowanie zgadzam się” i „zgadzam się” (Tabela 2).

Tabela 2. Skala Akceptacji Choroby – odpowiedzi respondentów
Table 2. Disease Acceptance Scale – answers of respondents

Odpowiedzi respondentów/ Answers of respondents	1	2	3	4	5
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę/ <i>I have trouble adapting to the limitations imposed by the disease</i>	9	21	25	18	19
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię/ <i>Due to my own state of health I am not able to do, what I like the most</i>	23	23	18	19	9
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/ <i>The disease makes me feel unnecessary sometimes</i>	6	10	12	11	53
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę <i>Health problems cause that I am dependent on others more than I want</i>	10	22	15	16	29

Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół/ <i>The illness makes me a burden to my family and friends</i>	6	7	11	11	57
---	---	---	----	----	----

Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem/ <i>My state of health does not make me feel fully valuable</i>	10	8	19	12	43
---	----	---	----	----	----

Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być <i>I will never be self-sufficient in a degree I would like to be</i>	19	19	26	15	13
--	----	----	----	----	----

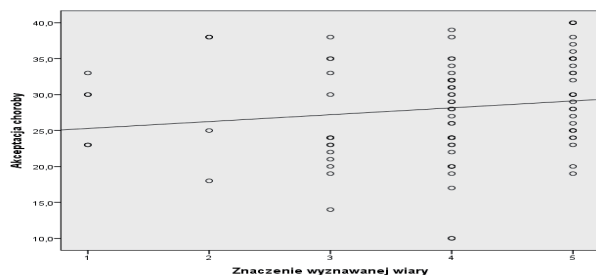
Myślę, że ludzie przebywający ze mną często są zakłopotani z powodu mojej choroby <i>I think that people spending time with me are often distressed due to my illness</i>	1	8	22	9	52
--	---	---	----	---	----

Źródło: opracowanie własne na podstawie Skali Akceptacji Choroby [21]
Source: author's own analysis based on the Disease Acceptance Scale [21]

Analizując wyniki Skali Akceptacji Choroby (AIS), można zauważyć, iż średni wynik wśród badanych osób po zawale serca kształtował się na poziomie wysokim (średnia = 28,08; odchylenie standardowe = 6,69; mediana = 28,5). Najwyższy uzyskany wynik wynosił 40 punktów, a najniższy 10 punktów. Na podstawie przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu U Manna Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem poziomu akceptacji choroby ($U = 1041,5$; $Z = -0,031$; $p > 0,05$). Analiza korelacji rang Spearmana nie wykazała związku istotnego statystycznie pomiędzy wiekiem a akceptacją choroby ($\rho = -0,043$; $p > 0,05$) oraz pomiędzy czasem, jaki upłynął od wystąpienia zawału, a akceptacją choroby ($\rho = -0,129$; $p > 0,05$).

Zależność pomiędzy religijnością a akceptacją choroby

Po przeprowadzeniu analizy statystycznej z wykorzystaniem testu U Manna Whitneya wykazano brak istotnej statystycznie różnicy w poziomie akceptacji choroby wśród osób praktykujących i niepraktykujących ($U = 711,5$; $Z = -0,537$; $p > 0,05$). Analiza korelacji rang Spearmana wykazała, że pomiędzy znaczeniem wyznawanej wiary a akceptacją choroby istniał związek istotny statystycznie ($\rho = 0,227$; $p < 0,05$). Im dla pacjenta wiara miała większe znaczenie, tym łatwiej przychodziła mu akceptacja choroby (Rycina 1).



Rycina 1. Związek pomiędzy znaczeniem wyznawanej wiary, a akceptacją choroby wśród badanych osób

Figure 1. The relationship between the meaning of the faith and the acceptance of the disease in a group of the respondents

*Znaczenie wyznawanej wiary: 5 – bardzo duże znaczenie, 4 – dość duże znaczenie, 3 – jest dla mnie ważna, lecz nie najważniejsza, 2 – ma drugorzędne znaczenie, 1 – nie ma dla mnie większego znaczenia

*The meaning of the faith: 5 – is of great importance, 4 – is quite important, 3 – is for me important, but not the most important, 2 – it has the secondary importance, 1 – it is not of great importance for me

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza korelacji rang Spearmana nie wykazała związku istotnego statystycznie pomiędzy religijnością a akceptacją choroby ($\rho = 0,175$; $p > 0,05$).

Dyskusja

Jednym z dominujących zagrożeń dla zdrowia i życia Polaków wciąż pozostają schorzenia układu sercowo-naczyniowego, głównie choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze i zawał mięśnia sercowego. To ostatnie schorzenie jest zwykle następstwem obecności w stylu życia pacjenta wielu czynników ryzyka, często związanych z niewłaściwym sposobem odżywiania, ograniczeniem uprawiania aktywności fizycznej, intensywnością trybu życia, ale także postępującego rozwoju cywilizacji. Choroby układu krążenia prowadzą do ograniczenia wynikającego z uszczerbku na zdrowiu i długotrwałej rekonwalescencji, ale także do obniżenia poczucia własnej wartości, niezadowolienia czy wystąpienia zmian w pełnieniu ról społecznych [23].

Będąc przedmiotem niniejszej pracy badanie, miało na celu określenie, czy istnieją jakiegokolwiek zależności pomiędzy religijnością, a akceptacją choroby u pacjentów po przebytych zawale serca. Starano się znaleźć odpowiedź na następujące pytania: Jak pacjent, który doświadczył tak poważnego uszczerbku na zdrowiu odnajduje się w swoim otoczeniu? Czy akceptuje swoją chorobę? Czy jego religijność ma wpływ na to, jak postrzega siebie i stan swojego zdrowia?

Podczas analizy zebranego materiału badawczego wykorzystano test Shapiro-Wilka, test U Manna-Whitneya oraz analizę korelacji rang Spearmana. W badaniach uczestniczyły 92 osoby, które przeszły zawał

mięśnia sercowego, deklarujące się jako osoby wierzące, wyznające wiarę rzymsko-katolicką. W pierwszej kolejności poddano opracowaniu zależności pomiędzy religijnością, a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, tj. płcią, wiekiem i czasem, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca. Analiza wyników pokazała, że kobiety charakteryzowały się wyższym stopniem religijności w porównaniu z mężczyznami, ponadto wiek pacjentów także miał wpływ na ich religijność, bowiem osoby starsze charakteryzowały się wyższą religijnością, niż osoby młodsze. Kolejne zależności dotyczyły porównania wybranych zmiennych socjodemograficznych ze stopniem akceptacji choroby. Tutaj również brano pod uwagę płeć, wiek oraz czas, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca. W żadnym z tych przypadków nie uzyskano zależności istotnej statystycznie. W dalszej części poddano analizie zależności pomiędzy praktykami religijnymi a akceptacją choroby. Tutaj analiza wykazała, iż nie występowała istotna statystycznie różnica pomiędzy osobami praktykującymi i niepraktykującymi, zatem w badanej grupie praktyki religijne nie miały wpływu na akceptację choroby. Następną zależnością był związek między znaczeniem dla pacjenta wyznawanej wiary a akceptacją choroby. Wynik okazał się istotny statystycznie – im dla danego pacjenta wiara miała większe znaczenie, tym łatwiej przychodziło mu zaakceptowanie swojej choroby. Ostatnią analizą była zależność pomiędzy religijnością a akceptacją choroby, która wykazała, że nie ma związku istotnego pomiędzy nimi.

W badanej grupie nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy poziomem religijności a poziomem akceptacji choroby. Na wysoki deklarowany poziom religijności mogła mieć wpływ zmienna aprobaty społecznej, bowiem jak pisze E. Zasępa za Karyłowskim – są nią nasycone narzędzia mierzące uczucia i zachowania moralne [24]. Nie oznacza to jednak, że religijność nie miała żadnego wpływu na zaakceptowanie stanu zdrowia i tego, co w związku ze zdrowiem się zdarza. Badanie własne wykazało, że znaczenie wyznawanej wiary dla pacjenta miało większą wagę przy akceptowaniu przez niego choroby niż sam poziom religijności, w tym przypadku badany za pomocą Skali Indywidualnej Religijności (SIR).

Podobne badania dotyczące religijności i akceptacji choroby przeprowadziła M. Stefańska, badając pacjentów z cukrzycą, posługując się Skalą Religijności Personalnej oraz Skalą Akceptacji Choroby. Wśród badanych osób zarówno poziom religijności, jak i akceptacji choroby był przeciętny. Wyższą religijnością cechowały się kobiety, natomiast większą akceptację choroby zaobserwowano u mężczyzn i osób aktywnych zawodowo. Ponadto z badań Stefańskiej wynika, że im wyższy

wskaźnik religijności personalnej, tym niższy poziom akceptacji choroby [25]. Do zbliżonych wniosków doszły w swoich badaniach A. Wróbel i A. Majda, badając pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, z użyciem Skali Religijności Personalnej. Z ich publikacji wynika, że religijność nie miała istotnego wpływu na akceptację choroby, która u tych pacjentów, podobnie jak w badaniach M. Stefańskiej, utrzymywała się na średnim poziomie [26].

Z publikacji autorstwa M. Kołpy i wsp. [27] wynika, że wśród pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe, te osoby, które określały siebie jako bardziej wierzące, cechowały się wyższym stopniem akceptacji choroby. Być może wynikało to z tego – jak podają autorki – że niektórzy pacjenci poszukując sensu swojej choroby doszukują się w niej przekazu dla losu od Boga.

Paweł Zagożdżon w swoim artykule z 2012 roku [14] zawarł przykład badań dotyczących występowania remisji stanów depresyjnych i głębokiej depresji u pacjentów z tym schorzeniem. W badaniu tym wykazano, że najszybciej dochodzili do zdrowia pacjenci, u których wykazano wyższy poziom religijności wewnętrznej – tej będącej dojrzałą formą przeżyć i zachowań religijnych. Zdaniem Marcina Wnuka i Jerzego Marcinkowskiego [28] dojrzała religijność jest fenomenem ujawniającym się też w radzeniu sobie ze stresem.

Wyniki prezentowanych badań nie są jednoznaczne, gdyż jak wspomniano wcześniej, deklarowany poziom religijności, choć wysoki, nie miał istotnego związku z akceptacją choroby, a jedynie zależność taka wystąpiła między deklarowanym przez badanych znaczeniem wyznawanej wiary a akceptacją choroby. Nie znaczy to jednak, że aspekty religijne nie powinny być brane pod uwagę w holistycznej opiece nad pacjentem. Dane uzyskane z przeglądu literatury potwierdzają to, że człowiek chory cierpi nie tylko somatycznie wskutek odczuwanych np. dolegliwości bólowych, przeprowadzanych interwencji medycznych czy ograniczeń fizycznych, ale także cierpi w aspekcie psychologicznym, odczuwając pogorszenie samopoczucia psychicznego, a czasem też obniżenie poczucia własnej wartości, niekiedy czując, że staje się ciężarem dla swoich bliskich. W opiece nad pacjentem należy także brać pod uwagę jego potrzeby religijne. Pacjent, dla którego wiara ma duże lub bardzo duże znaczenie, w momencie choroby powinien mieć możliwość zrealizowania swoich religijnych potrzeb, które stoją wówczas na równi z potrzebami natury fizycznej [27].

Podsumowując, należy kontynuować badania na temat religijności i akceptacji choroby, gdyż w Polsce jest ich zbyt mało, dokonując pomiaru na większych grupach pacjentów lub wybierając inne standaryzowane

narzędzia pomiaru, gdyż liczba dobrej jakości kwestionariuszy do badania religijności rośnie [29–31].

Wnioski

W oparciu o zaprezentowany w niniejszej pracy materiał badawczy oraz analizę wyników, sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Poziom religijności u pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego był wysoki. Ponadto był on istotnie zależny od płci, wieku oraz czasu, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca.
2. Poziom akceptacji choroby u pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego utrzymywał się na wysokim poziomie. Był on niezależny od takich zmiennych, jak: płeć, wiek i czas, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca.
3. W grupie pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego nie wystąpiła istotna statystycznie zależność pomiędzy realizowaniem praktyk religijnych, a akceptacją choroby.
4. W badanej grupie pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego wystąpiła istotna zależność pomiędzy znaczeniem dla pacjenta wyznawanej wiary a poziomem akceptacji choroby, który był tym wyższy im większe było znaczenie wiary dla pacjenta.
5. Poziom akceptacji choroby wśród pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego nie był istotnie uzależniony od ich poziomu religijności.

Piśmiennictwo

1. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. *Kardiol Pol.* 2012; 70; supl. VI: 255–318.
2. Główny Urząd Statystyczny. Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia, 2016 (data dostępu: 18.01.2019) <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/statystyka-zgonow-i-umieralnosc-i-z-powodu-chorob-ukladu-krazenia,22,1.html>
3. Pawlikowski J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać w trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiol Dopl.* 2008; 7(10): 96–103.
4. Pettet JR. Approaching spirituals problems in psychotherapy: A conceptual framework. *J Psychother Pract and Res.* 1994; 3: 237–245.
5. Krok D. Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii. *Polskie Forum Psychologiczne* 2009; 14 (1): 126–141.
6. Golan Z. Pojęcie religijności. W: Głaz S. (red.) *Podstawowe zagadnienia psychologii religii.* Kraków: WAM; 2006. 71–79.
7. Zinnbauer BJ, Pargament KI. Religiousness and spirituality. W: Paloutzian RF, Park CL. (red.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality.* New York: Guilford Press; 2005. 21–42.

8. Kasik M. Religijność a osobowość: typy postaw religijnych a obraz siebie. *Studia Włocławskie* 1998; 1:169–178.
9. Molenda A. Indywidualna religijność narzędziem wykluczenia. Przewycięzenie projekcji celem religijnej edukacji. W: Hameniuk M, Paszenda I. (red). *Między ekskluzją a inkluzją w edukacji religijnej*. Wrocław: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego; 2017. 208–216.
10. Łatała A, Socha P. Technika do badania indywidualnej religijności. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego* 1981; 612: 119–141.
11. Szocik K. Religijne i świeckie rozumienie moralności (Uwagi dyskusyjne). *Res Humana* 2012; 3: 31–33.
12. Mariański J. Postawy Polaków wobec Kościoła Katolickiego – analiza socjologiczna. *Zeszyty Naukowe KUL*. 2014; 1 (225): 81–106.
13. Nęcek R. Moralno-religijne aspekty opieki medycznej. *Prze Lek.* 2012; 69 (6): 271–274.
14. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol Merkurys Lek.* 2012; XXXII (191): 349–353.
15. Żołnierz J, Sak J. Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7 (4): 100–112.
16. Pawlikowski J, Sak J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać w trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie. *Kardiol Dypl.* 2008; 8 (1): 87–94.
17. Żaba G, Świdorski P, Żaba Z, Klimberg A, Przybylski Z. Zgoda Świadców Jehowy na leczenie preparatami krwi – aspekty prawne i etyczne. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007; LVII: 138–143.
18. Kubica A. Psychologiczny aspekt zawału serca – niedoceniana zmienna w procesie rehabilitacji. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009; 4 (4): 197–199.
19. Andrzejewicz A, Kubica A, Nowik M, Marzec A, Banaszkiwicz M. Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Probl Pielęg.* 2014; 22 (3): 239–245.
20. Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęg Chir Angiol.* 2014; 2: 62–70.
21. Juczyński Z. Skala Akceptacji Choroby – AIS. W: Juczyński Z. (red.). *NPPPPZ – Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009. 168–172.
22. Deklaracja Helsińska (2013) (data dostępu: 15.08.2018) http://www.nil.org.pl/data/assets/pdf_file/0008/93248/ Deklaracja-Helsinska-przyjeta-na-64-ZO-WMA-pazdziernik-2013_pelny-tekst.pdf
23. Błaszczak I, Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Lisiak M, Obiegło M. Jakość życia u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2012; 1 (4): 76–80.
24. Zasepa E. Personalny wymiar religijności a struktura osobowości. *Roczniki Psychologiczne* 2002; 5: 161–179.
25. Stefańska M. Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą. Niepublikowana praca magisterska, WNZ UJCM, Kraków 2017.
26. Wróbel A, Majda A. Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Probl Pielęg.* 2015; 23 (2): 220–226.
27. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, Grochowska A. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęg Chir Angiol.* 2015; 3: 165–169.
28. Wnuk M, Marcinkowski JT. Dojrzała religijność – struktura oraz przejawy w życiu człowieka. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93 (1): 244–247.
29. Socha PM. Skale do badania religijności – aktualny stan i zagadnienia psychometryczne. *Przegląd Religioznawczy* 2003; 3 (209): 203–216.
30. Jarosz M. Psychologiczny pomiar religijności. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2011.
31. Polak J, Grabowski D. Wstępna charakterystyka psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10-PL) Everetta Worthingtona i współpracowników. *Roczniki Psychologiczne* 2017; XX (1): 191–212.

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.01.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 22.03.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Nawalana
ul. Michałowskiego 12
31–126 Kraków
tel. 12 634 33 97 wew. 19
e-mail: anna.nawalana@uj.edu.pl
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie