

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα: Πως
επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ
ΠΑΠΑΤΡΕΧΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:1854**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

**ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2011-2012**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή	σελίδα... 2
Κεφάλαιο 1.....	Θρησκευτικότητα και πνευματικότητα.....3
1.1.Ιστορική αναδρομή.....	3
1.2.Δυσκολίες μελέτης θρησκευτικότητας/πνευματικότητας.....	5
1.3.Στόχοι της παρούσας εργασίας.....	13
Κεφάλαιο 2.....	Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα και υγεία 14
2.1.Υγιεινές συμπεριφορές στην καθημερινότητα των ανθρώπων.....	16
2.2.Ψυχολογικές καταστάσεις.....	17
2.3.Αντιμέτωπιση στρεσογόνων καταστάσεων.....	17
2.4.Κοινωνική υποστήριξη.....	20
Κεφάλαιο 3.....	Χρόνιες ασθένειες..... 21
3.1.Θνησιμότητα.....	24
3.2.Ποιότητα ζωής.....	26
3.3.Κατάθλιψη και στρες.....	28
3.4. Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα και καρκίνος (ερευνητικά δεδομένα).....	32
3.5. Θρησκευτικότητα/πνευματικότητα και καρδιαγγειακή λειτουργία (ερευνητικά δεδομένα).....	36
Συμπεράσματα.....	42
Βιβλιογραφία.....	45

Εισαγωγή

Μια σημαντική εξέλιξη, όσον αφορά τον επιστημονικό τομέα της θρησκείας στις προηγούμενες δεκαετίες, συνέβη με το μεγάλο αριθμό ερευνών που πραγματοποιήθηκαν και έδειξαν θετική συσχέτιση στην εμπλοκή της θρησκείας σε θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας (Miller & Thoresen, 2003).

Πολύ συχνά, η ψυχική και σωματική υγεία αλληλεπιδρούν και για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να παρατηρούνται ξεχωριστά. Εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι τα οφέλη στη σωματική υγεία που προκύπτουν από τη θρησκευτικότητα, επιτυγχάνονται μέσω των οφελών στη ψυχική υγεία, όπως οι ανεπτυγμένες κοινωνικές σχέσεις, η αυτοπεποίθηση κλπ. Αντίστοιχα η σωματική υγεία επηρεάζει τις προσπάθειες να διατηρηθεί η ψυχική υγεία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, λειτουργεί η αμοιβαία επιρροή μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Τα όρια αυτών των δύο είναι πολλές φορές δυσδιάκριτα, όπως σε καταστάσεις χρόνιου πόνου ο οποίος δε μπορεί να χαρακτηριστεί αμιγώς σωματικός ή ψυχικός.

Στην παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί να μελετηθούν οι παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, το κατά πόσο επηρεάζουν και με ποιους τρόπους τον τομέα της υγείας σε καταστάσεις χρόνιων ασθενειών. Στα πρώτα κεφάλαια θα γίνει ιστορική αναδρομή και αποσαφήνιση των παραγόντων της θρησκείας και της πνευματικότητας. Στη συνέχεια θα ερευνηθεί η σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας με τον τομέα της υγείας και το τρίτο μέρος περιλαμβάνει στοιχεία αποκλειστικά για τις χρόνιες ασθένειες. Στο κομμάτι αυτό έχουν συμπεριληφθεί έρευνες που έχουν γίνει πάνω στην θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ασθενείς με καρκίνο και καρδιαγγειακές ασθένειες. Το τελευταίο μέρος της εργασίας είναι τα συμπεράσματα.

1.Θρησκευτικότητα και πνευματικότητα

1.1 Ιστορική αναδρομή

Πάνω από έναν αιώνα πραγματοποιούνται έρευνες που μελετούν τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και υγείας: “ το ιατρικό πρόβλημα έγκειται στο να... αναγνωριστεί η πραγματική λειτουργία του ψυχικού και πνευματικού καθώς και του υλικού στοιχείου στην άμβλυνση των ανθρώπινων ασθενειών (Paulsen, 1926). Το ίδιο περιοδικό τόνισε ότι η θρησκεία φαίνεται ότι επηρεάζει τους περισσότερους ανθρώπους και μπορεί να βοηθήσει στην ύπαρξη υψηλότερων προσδοκιών όσον αφορά την υγεία.

Στο τομέα της ψυχολογίας, πολλές απόψεις έχουν γραφτεί τόσο υπέρ όσο και κατά της συσχέτισης αυτής. Στο *Varieties of Religious Experience* (1902/196), ο William James παρατήρησε ότι θετικές μορφές της θρησκείας είναι ικανές να βοηθήσουν στην ίαση κάποιων ατόμων. Ο James αναφέρει ότι η θρησκεία, ειδομένη μέσα από το πρίσμα της υγείας, “αποτρέπει κάποιες μορφές ασθένειας, όπως ακριβώς η επιστήμη, και σε κάποια άτομα μάλιστα, ακόμα καλύτερα και από την επιστήμη.”(p 110).

Σε αντίθετη απολύτως άποψη, ο Sigmund Freud απόρριψε με σθένος την ιδέα της θρησκείας, παρομοιάζοντας την με παιδική νεύρωση (Freud,1927). “ Η θρησκεία είναι μια προσπάθεια να ελέγξουμε τον αισθητήριο κόσμο, στον οποίο ζούμε, χρησιμοποιώντας κάποια μέσα από έναν επιθυμητό κόσμο, τα οποία τα έχουμε αναπτύξει μέσα μας ως αποτέλεσμα βιολογικών και ψυχολογικών αναγκών. [...] Εάν κάποιος επιχειρήσει να τοποθετήσει τη θρησκεία στην πραγματική της θέση μέσα στην ανθρώπινη εξέλιξη, φαίνεται ως κάτι παράλληλο της νεύρωσης την οποία ένα πολιτισμένο άτομο πρέπει να την ξεπεράσει στο δρόμο από την παιδική ηλικία στην ωριμότητα.” (Freud, 1939). Αν και ο Freud δεν κατάφερε να παρουσιάσει συστηματικά, εμπειρικά στοιχεία προς υποστήριξη των απόψεών του, παρέμειναν στο προσκήνιο και επηρέασαν πολλούς επιστήμονες του 20^{ου} αιώνα.

Πριν τη δεκαετία του 1990, οι επιστήμονες αδιαφορούσαν για τις μεταβλητές της θρησκείας, υποβαθμίζοντάς τες από τη μεθοδολογική ανάλυση και τα αποτελέσματα

των ερευνών τους. Σπανίως διατυπώνονταν συγκεκριμένες υποθέσεις όσον αφορά δείκτες για τη θρησκεία και τη πνευματικότητα και αν και παρουσιαζόταν ισχυρή συσχέτιση των μεταβλητών αυτών και της υγείας, δε γινόταν περαιτέρω ανάλυση (Larson et al., 1992)

Στη δεκαετία του '90, αυτός ο τομέας άρχισε να ωριμάζει, έρευνες με συγκεκριμένες υποθέσεις άρχισαν να διεξάγονται και προσφέρονταν πολλές επιστημονικές συζητήσεις για το πώς θα ενισχυθεί η μεθοδολογία της έρευνας για τη μελλοντική μελέτη της θρησκείας, της πνευματικότητας και της υγείας. (Larson et al. 1998). Επίσης παρουσιάστηκαν ειδικά άρθρα σχετιζόμενα με τη θρησκεία και την πνευματικότητα σε επιστημονικά περιοδικά όπως : American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation (Underwood –Gordon, Peters, Bijur, & Fuhrer, 1997), the Annals of Behavioral Medicine (Mills, 2002), the Journal of Contemporary Criminal Justice (Lucken, 2000), the Journal of Health Psychology (Thoresen & Harris, 1999) κ.α .

1.2 Δυσκολίες μελέτης θρησκευτικότητας/πνευματικότητας

Όπως προαναφέρθηκε, είναι σχετικά λίγα τα χρόνια που η έρευνα της θρησκείας και της πνευματικότητας άρχισε να ανθίζει. Αυτή η δυσπιστία, οφείλεται και στο ασαφές των εννοιών αυτών. Είναι φυσικό να υπάρχει σύγχυση στο πως μπορούν να μελετηθούν αυτοί οι παράγοντες και πως επηρεάζουν τον τομέα της υγείας, αφού ως έννοιες δεν τις αντιλαμβάνονται όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο. Επίσης στη μελέτη της πνευματικότητας και της θρησκείας οι αποφάσεις για το που πρέπει να επικεντρωθεί η έρευνα, τί πρέπει να μελετηθεί και τί όχι, αντικατοπτρίζουν τις πεποιθήσεις και τις αξίες που πρεσβεύουν οι ίδιοι οι επιστήμονες (H. Kendler, 1999). Κατ' επέκταση, δημιουργούνται διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων που σχετίζονται με το αν επιτρέπεται να μελετηθεί ή όχι κάποιο θέμα. Αυτές οι διαφωνίες είναι κατά βάση ηθικής χροιάς. Ωστόσο, τα επιστημονικά ευρήματα, μπορεί να σχετίζονται με συζητήσεις περί ηθικής (και επομένως δεοντολογίας), αλλά ούτε καθορίζουν, ούτε αποδεικνύουν τις φιλοσοφικές προϋποθέσεις και τους αξιακούς προσανατολισμούς από τους οποίους προκύπτουν αυτές οι διενέξεις.

Τα επιστημονικά άρθρα αυτού του επιστημονικού τομέα επιχειρούν να διαχειριστούν τα ευρήματα, που ,σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, παρουσιάζουν θετική σχέση ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και την ευρωστία των ατόμων, όσο και αν οι αιτίες της συσχέτισης αυτής παραμένουν ακόμα ασαφείς. Σε διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, η πλειοψηφία έχει δηλώσει πίστη στο Θεό και θρησκευτική συμμετοχή, ενώ κάποια άτομα έχουν δηλώσει πως η πίστη τους είναι η πιο σημαντική επιρροή στη ζωή τους (Gallup, 1985, 1995), και η σημαντικότητα της είναι σε γενικές γραμμές αυξημένη στα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες (Baider et al., 1999. Dein & Stygal, 1997 . Ehman et al, 1999). Η πνευματικότητα έχει φανεί ότι αποτελεί ένα σημαντικό και μοναδικό στοιχείο σε ασθενείς που έχουν καταφέρει να ανταπεξέλθουν επιτυχώς σε σοβαρές και χρόνιες ασθένειες. (Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999. Ehman et al, 1999. Roberts, Brown, Elkins & Larson, 1997). Ακόμα και στην καθαυτή έννοια της υγείας έχουν συμπτυχθεί και άλλα χαρακτηριστικά που την διαχωρίζουν από μια πιο βιολογική λειτουργία. Η έννοια της υγείας έχει επηρεαστεί έντονα από πολιτισμικούς, κοινωνικούς και φιλοσοφικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης και της ύπαρξης νοήματος και σκοπού στη ζωή, καθώς και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Ornish, 1999 . Ryff & Singer, 1998).

Θρησκευτικοί και πνευματικοί παράγοντες έχουν σχετιστεί με καλύτερα του κανονικού αποτελέσματα και σε ψυχική και σε σωματική υγεία. Ανάμεσα στα σημαντικά ευρήματα συγκαταλέγονται έρευνες που δείχνουν σχέση πνευματικών και θρησκευτικών παραγόντων με χαμηλές τιμές αρτηριακών ασθενειών, εμφυσήματος, κίρρωσης του ήπατος και αυτοκτονιών (Comstock & Partridge, 1972), χαμηλής πίεσης (Larson, Koenig, & Kaplan, 1989), μειωμένα επίπεδα πόνου σε ασθενείς με καρκίνο (Yates, Chalmer, St. James, Follansbee, & McKegney, 1981), γενικότερα μειωμένη θνησιμότητα (McCullough, Larson, Hoyt, Koenig, & Thoresen, 2000), και αυξημένες υγιεινές συνήθειες και μακροβιότητα (Seybold & Hill, 2001).

Αν και η σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και σωματικής υγείας έχει παρουσιαστεί πολλές φορές, όσον αφορά τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και ψυχικής υγείας τα ευρήματα είναι ποικίλα. Σε μια ανασκόπηση ερευνών που μελετούσαν αυτό το θέμα, ο Koenig (2001) βρήκε θετική συσχέτιση ανάμεσα σε θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές και δείγματα ψυχολογικής ευρωστίας και αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και το άγχος. Επιπλέον, εντόπισε έρευνες που παρουσίαζαν αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη θρησκευτική ενασχόληση του ατόμου και στην κατάθλιψη ενώ κάποιες άλλες έρευνες παρουσίαζαν μεικτά αποτελέσματα (κάποιοι μελετητές δε βρήκαν συσχέτιση θρησκείας και κατάθλιψης ενώ άλλοι βρήκαν θετική συσχέτιση).

Παρόλο τον όγκο της βιβλιογραφίας που δείχνει αυτή τη θετική σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και υγείας, πολλοί επιστήμονες δείχνουν αδιαφορία και παραμένουν ανεννημέρωτοι για το θέμα αυτό. Οι λόγοι που υπάρχει δισταγμός για την επιστημονική μελέτη της πνευματικότητας είναι κυρίως δύο:

Ο πρώτος πιθανός λόγος έγκειται στο επιχείρημα ότι εφόσον η πνευματικότητα είναι άυλη και δε μπορεί να γίνει περιγραφή της μέσω των αισθήσεων, δεν υπάρχει και αντικείμενο μελέτης. Η γενικότερη, υλιστική, θέση ατόμων που έχουν την άποψη αυτή είναι πως οτιδήποτε είναι πέραν της απτής πραγματικότητας δε μπορεί να υπάρξει και αναγκαστικά η έρευνα πάνω σε αυτό είναι μια πολυτέλεια αφού δαπανούνται ασκόπως χρηματικά ποσά, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για άλλες πιο “σοβαρές” έρευνες. Ωστόσο, ακόμα και από αυτήν την “υλική” οπτική, εξακολουθεί να υφίσταται η απορία του γιατί και πώς να άτομα αναπτύσσουν θρησκευτικές πεποιθήσεις και ποιος είναι ο λόγος που αυτές επηρεάζουν την υγεία τους. (Targ, 1997).

Ο δεύτερος πιθανός λόγος είναι το επιχείρημα πως η επιστήμη, εξ ορισμού, αδυνατεί να μελετήσει την πνευματικότητα (Thomson, 1996). Οι ερευνητικές μέθοδοι, δηλαδή, που χρησιμοποιεί η επιστήμη δεν προσφέρουν σωστούς και ικανούς τρόπους να μελετηθεί αυτό ο φαινόμενο, ασχέτως εάν έχει σχέση με την υγεία και την ίαση του ασθενούς. Εφόσον κάτι που είναι πνευματικό είναι στοιχειωδώς υποκειμενικό και δύσκολο να οριστεί, η έννοια της πνευματικότητας δε μπορεί να προσεγγιστεί με μεθόδους που βασίζονται στην παρατήρηση και στην επανάληψη. Αυτό το επιχείρημα, αν και είναι βάσιμο, έχει περισσότερο φιλοσοφική παρά επιστημονική βάση.

Η επιστήμη δεν οριοθετείται, πόσο μάλλον σε έναν τομέα που αποδεδειγμένα επηρεάζει τους ανθρώπους, όπως αυτός της θρησκείας και της πνευματικότητας. Το ότι ως φαινόμενα δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμα δεν μπορεί να μειώσει την ένταση της έρευνας που σχετίζεται με αυτά.

Έτσι και αλλιώς, υπάρχουν και άλλοι τομείς της επιστήμης που τα αντικείμενα μελέτης δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμα. Μέγιστο παράδειγμα, και μάλιστα στον τομέα της φυσικής, είναι η θεωρία των χορδών. Η θεωρία αυτή συνδέει τη θεωρία της σχετικότητας και τη θεωρία κβαντικού πεδίου και προτείνει την ύπαρξη 6 επιπλέον διαστάσεων (εκτός των διαστάσεων του μήκους, πλάτους, ύψους και χρόνου) καμιά από τις οποίες δεν είναι ακόμα παρατηρήσιμη (Taubes, 1999). Παρομοίως, μη αντικειμενικές καταστάσεις αποτελούν αντικείμενα μελέτης και σε κοινωνικές και σε φυσικές επιστήμες (Dennett, 1991 . Forman, 1998 . Westen, 1998). Το πιο πιθανόν είναι πως κάποια χαρακτηριστικά της πνευματικότητας να μην προσεγγισθούν πλήρως μέσω επιστημονικών μεθόδων. Όμως, σίγουρα κάποια χαρακτηριστικά της μπορούν να μελετηθούν με έναν σωστό τρόπο, ειδικά από επιστήμονες που συνεργάζονται με άτομα που μελετάνε τις θρησκείες καθώς και με ιερείς, ώστε να εξασφαλιστεί η ποιότητα της έρευνας (Barbour, 2000).

Σε γενικές γραμμές, δεν υπάρχει επιστημονικός λόγος η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα να θεωρηθούν ότι δε γίνεται ή δεν πρέπει να μελετηθούν. Φαινόμενα όπως αυτά και η μελέτη τους απαιτούν διπλά την προσοχή και την αντικειμενικότητα του ερευνητή, μιας και ξεπερνούν τα φυσικά όρια. Οι συγγραφείς του Persuasion and Healing (Frank & Frank, 1991), πολύ πετυχημένα, αναφέρουν: “τα άτομα που ασκούν βιοϊατρική, σε γενικές γραμμές, αρνούνται να πάρουν σοβαρά υπόψη τους τις αποδείξεις ότι η διαδικασία της ίασης μπορεί να συμβεί μέσα από διαδικασίες που ενέχουν το στοιχείο του παραφυσικού και του μεταφυσικού. Στη προσπάθεια να διατηρήσουμε την

αντικειμενικότητα, θα προσπαθήσουμε να διαπλεύσουμε μεταξύ της Σκύλας του περιφρονητικού σκεπτικισμού και της Χάρυβδης της αφέλειας. Ο υπερβολικός σκεπτικισμός μπορεί να τυφλώσει τον παρατηρητή απέναντι στα γνήσια φαινόμενα που δε μπορούν να επαληθευτούν από τις κλασικές επιστημονικές μεθόδους, ενώ, αντίθετα, μια πιο πρόθυμη ετοιμότητα στο να πιστέψει, μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή ακόμα και κατάφωρων απατών όπως η “ψυχική εγχείρηση” των Φιλιπινέζων.” (σελ.88).

Πολλές προκλήσεις πρέπει να αντιμετωπίσει αυτός ο ερευνητής που επιζητά να διατυπώσει έναν γενικευμένο, ευρέως αποδεχόμενο ορισμό της θρησκείας ή της πνευματικότητας (Miller & Thoresen, 2003). Ο William James (1902/1961) αναφέρει ότι η θρησκεία είναι: “αισθήματα, πράξεις, εμπειρίες κάποιου ατόμου μέσα στη μοναξιά του... σε σχέση με καθετί που θεωρεί αυτό το άτομο θείο” (σελ.42). όπως γίνεται κατανοητό ο James εξίσωσε τη θρησκεία με την πνευματικότητα και αγνόησε το θεσμικό χαρακτήρα της θρησκείας (Hauerwas, 2001) Οι Simpson και Weiner (1991) στο English Oxford Dictionary, παρουσίασαν ένα αξιολογικό 10σέλιδο υλικό σχετικά με την έννοια της πνευματικότητας. Δύο είναι τα θέματα που υπερτερούν: Πρώτο είναι η αξία του να δίνει κάποιος σημασία στην πιο έντονη και ζωντανή ποιότητα της ζωής, που συχνά περιγράφεται ως το να δίνει ζωή ή ενέργεια στα πιο ουσιώδη ανθρώπινα στοιχεία του ατόμου. Ο William James και άλλοι επιστήμονες του 20^{ου} αιώνα σχέτισαν την πνευματικότητα με το χαρακτήρα, την προσωπικότητα και τη διάθεση του ατόμου, δίνοντας έμφαση στο συναισθηματικό και κοινωνικό τρόπο ζωής του κάθε ατόμου. Είναι εμφανές ότι η ανθρώπινη εμπειρία είναι στοιχειώδες στοιχείο για να κατανοήσουμε την πνευματικότητα. Δεύτερον, η πνευματικότητα εστιάζει στα άυλα χαρακτηριστικά της ζωής, που δε γίνονται εμφανή από τις αισθήσεις. Οι κύριες θρησκείες χρησιμοποιούν παρόμοια ορολογία για να αναφερθούν σε αυτό που θεωρείται ιερό, άγιο ή θεϊκό (π.χ. Άγιο Πνεύμα).

Αυτό που είναι πνευματικό γενικότερα κατανοείται ως κάτι που υπερβαίνει τα συνηθισμένα φυσικά όρια χρόνου και χώρου, ύλης και ενέργειας. Παρόλα αυτά, κάποια χαρακτηριστικά της πνευματικότητας είναι παρατηρήσιμα (πνευματικές τεχνικές). Κάποιοι αντιλαμβάνονται την πνευματικότητα ως μια υπερβατική σχέση με αυτό που θεωρείται ιερό στη ζωή (Walsh, 2000) ή ως κάτι θεϊκό που ξεπερνά τον εαυτό (Emmons, 1999). Αν και η πνευματικότητα συχνά εξισώνεται με τη θρησκευτική πίστη, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «ο τρόπος που τα άτομα αντιλαμβάνονται τις ζωές τους μέσα από το πρίσμα του απόλυτου νοήματος και αξίας»(Muldoon M, King N. 1995). Γενικότερα για την έννοια της πνευματικότητας

είναι πιο εύκολο να αναφερθεί τι δεν είναι (μη-υλικό) παρά τι είναι. Η ίδια η έννοια της πνευματικότητας αποτελείται από πολλούς παράγοντες και δεν έχει ευδιάκριτα όρια. Για το λόγο αυτόν αποφεύγεται να της δοθεί κάποιος συγκεκριμένος ορισμός. Υπό αυτήν την έννοια, έχει κοινά προβλήματα με έννοιες όπως ο χαρακτήρας, η αγάπη, η ειρήνη και η υγεία (Levin, 2000 , Oman & Thoresen, 2002).

Το πιο πιθανό είναι πως όποιος ορισμός και αν δοθεί στην πνευματικότητα θα διαφέρει από αυτό που εννοεί ο κάθε πιστός με τον όρο αυτό. Οι επιστήμονες μελετούν αισθήματα και πεποιθήσεις για την πνευματικότητα ή συμπεριφορές και αντιδράσεις όσον αφορά τη θρησκεία αλλά όλα αυτά ίσως αδυνατούν να περιγράψουν την ουσία: την ουσία του τι βιώνεται ως πνευματικό. Αν και οι επιστήμονες προσπαθούν να μελετήσουν κάτι που δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμο, τα ερευνητικά εργαλεία ανταποκρίνονται σε φυσικές, υλικές μεταβλητές. Ο πιστός, αντίθετα, σίγουρα όταν αναφέρεται στην έννοια της πνευματικότητας δεν εννοεί μια νευροβιολογική αντίδραση.

Όσον αφορά τη θρησκεία, μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα φαινόμενο με θεσμικό χαρακτήρα. Αν και πολλές φορές σχετίζεται με την πνευματικότητα, οι θρησκείες είναι κοινωνικοί θεσμοί, έχουν όρια και ορίζονται. Οι διάφορες θρησκείες διαφέρουν σε συγκεκριμένες πεποιθήσεις, πρακτικές, απαιτήσεις από τα μέλη τους και μορφές κοινωνικής οργάνωσης. Μπορεί να έχουν σχέση με την πνευματικότητα αλλά χαρακτηρίζονται και από μη πνευματικούς στόχους (πολιτισμικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς). Έτσι, ενώ η θρησκεία μπορεί να παρατηρηθεί ως ένα κοινωνικό φαινόμενο, η πνευματικότητα γίνεται συνήθως κατανοητή στο βαθμό του ατόμου μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο (Thoresen, 1998). Υπό αυτό το πρίσμα, η θρησκεία είναι για την πνευματικότητα, ότι η φαρμακευτική για την ιατρική.

Αν και η θρησκεία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, μπορεί να κάποιος να συλλάβει την έννοια της θρησκευτικότητας (ή ακόμα και της θρησκείας) στο βαθμό του ατόμου. Το άτομο μπορεί να αυτοχαρακτηριστεί ως θρήσκο, εννοώντας κάποιες πεποιθήσεις, πράξεις ή κανόνες της θρησκείας. Στο πλαίσιο αυτό, είναι δυνατόν να αντιληφθούμε τόσο ιδιωτικές, όσο και δημόσιες μορφές θρησκευτικότητας και η σύμπτυξη με την πνευματικότητα γίνεται προφανής. Η θρησκευτικότητα μπορεί να οριστεί ως κάτι που έχει σχέση με τη θρησκεία, ενώ η πνευματικότητα, σε προσωπικό επίπεδο τουλάχιστον, μπορεί να έχει και μπορεί να μην έχει σχέση με τη θρησκεία. Αυτή η γλωσσολογική διαφοροποίηση επιτρέπει να δημιουργηθούν καταστάσεις που μπορεί να φαίνονται παράταιρες: μη πνευματική θρησκευτικότητα (ένα άτομο να

συμμετέχει σε μια θρησκεία αποσκοπώντας σε κοινωνικά οφέλη) ή μη θρησκευτική πνευματικότητα (μυστικιστικές εμπειρίες ατόμων που συμβαίνουν χωρίς θρησκευτικό περιεχόμενο (May, 1982)). Επιπλέον, η θρησκευτικότητα μπορεί, για κάποια άτομα, να είναι αυτονόητο ότι συμβαδίζει με την πνευματικότητα, ενώ για κάποια άλλα (ακόμα και της ίδιας θρησκείας) να μην υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα στα δύο. Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει πως η θρησκεία και οι πρακτικές της είτε διευκολύνουν είτε παρεμποδίζουν την πνευματική ανάπτυξη του ατόμου (Thoresen, Oman & Harris, 2005). Έτσι όπως φαίνεται η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, ενώ διαφέρουν σε άλλα.

Κάποιες έρευνες πάνω στην γλωσσική χρήση επεξηγούν αυτή τη θεώρηση. Σε μια έρευνα (Zinnbauer et al., 1997) δόθηκαν στους συμμετέχοντες ερωτηματολόγια για να παρατηρήσουν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα, όπως και κλίμακες που επικεντρώνονταν στις πεποιθήσεις και συμπεριφορές απέναντι στο Θεό, για τον εαυτό τους και για τους άλλους. Η πιο συχνή απάντηση ήταν ότι πνευματικότητα και θρησκευτικότητα συμπίπτουν αλλά δεν είναι το ίδιο (42%), καθώς και η απάντηση ότι η πνευματικότητα είναι πιο ευρεία έννοια που συμπεριλαμβάνει τη θρησκευτικότητα (39%). Λίγοι (10%) ανέφεραν ότι η θρησκευτικότητα είναι πιο ευρεία έννοια.

Σε άλλη έρευνα, οι Woods και Ironson (1999) πήραν συνεντεύξεις από 60 άτομα με σοβαρές ασθένειες. Οι ερευνητές ρώτησαν τους συμμετέχοντες τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές που έχουν απέναντι στην πνευματικότητα και τη θρησκεία. Από τους συμμετέχοντες το 43% αυτοχαρακτηρίστηκε ως πνευματικό, το 37% ως θρήσκο και το 20% και τα δύο. Αυτές οι υποομάδες είχαν πολλά κοινά (πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη, πίστη στο πόσο σημαντική είναι η πνευματικότητα και/ή η θρησκεία μέσα στη ζωή τους) αλλά είχαν και διαφορές. Π.χ. τα άτομα που θεώρησαν τους εαυτούς τους πνευματικούς αντιμετώπιζαν το Θεό ως πιο αγαπητικό, συγχωρητικό και μη-επικριτικό, ενώ τα άτομα που αυτοχαρακτηρίστηκαν ως θρήσκα αντιμετώπιζαν το Θεό ως πιο επικριτικό δημιουργό.

Στην έρευνα των Shahabi et al. (2002) το 52% των 1422 συμμετεχόντων περιέγραψε τον εαυτό του ως και πνευματικό και θρήσκο, ένα 10% μόνο πνευματικό, επίσης 10% μόνο θρήσκο και το 28% ούτε το ένα, ούτε το άλλο. Αυτοί που αυτοχαρακτηρίστηκαν ως πνευματικοί ήταν νεότεροι, πιο πιθανόν να ήταν γυναίκες και πιο μορφωμένοι από τη μεγαλύτερη σε άτομα και ηλικία των ατόμων που είχαν

δηλώσει. θρήσκοι και πνευματικοί. Τα άτομα που αυτοχαρακτηρίστηκαν μόνο θρήσκοι ήταν πιο απόλυτοι στα πιστεύω τους, πιο επικριτικοί και πιο ανυπόμονοι από όλες τις άλλες ομάδες.

Ακόμα και στην καθημερινή χρήση οι έννοιες αυτές συμπίπτουν αλλά έχουν και διαφορετική σημασία. Είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί, ότι η σημασία αυτών των λέξεων συνεχίζει να εξελίσσεται, με τις έννοιες που αφορούν την θρησκεία να τείνουν να αποκτούν πιο στενή, περιορισμένη μορφή, και τις έννοιες που έχουν σχέση με την πνευματικότητα να τείνουν να διευρύνονται (Pargarent, 1999 . Roof, 1993). Ο βαθμός διάκρισης των εννοιών αυτών διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό.

1.3 Στόχοι της παρούσας εργασίας

Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως στόχο την διερεύνηση της σχέσης θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και υγείας. Θα αναλυθούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και θα ερευνηθούν συγκεκριμένοι τρόποι-μηχανισμοί που σχετίζονται και επηρεάζουν την υγεία. Στην συνέχεια, η εργασία θα επικεντρωθεί στις χρόνιες ασθένειες. Θα μελετηθούν κάποια κοινά χαρακτηριστικά των ασθενειών αυτών και θα δοθεί ιδιαίτερο βάρος στη σχέση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας με κάθε ένα τέτοιο χαρακτηριστικό. Επίσης, θα επιχειρηθεί να διερευνηθεί η σχέση της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας με δύο κύριες κατηγορίες χρόνιων ασθενειών. Μέσα από τη βιβλιογραφία θα παρουσιαστούν έρευνες που μελετούν τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε σχέση με την ασθένεια του καρκίνου και σε σχέση με ασθένειες που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα του ανθρώπου.

Η βιβλιογραφία, στην οποία στηρίζεται η συγκεκριμένη εργασία είναι ως επί το πλείστον προϊόν εκτεταμένης ανασκόπησης της συνολικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη θρησκευτικότητα/πνευματικότητα και υγεία. Ένα μέρος της, δόθηκε από τον επιβλέποντα καθηγητή, κάποιος αριθμός άρθρων συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου του Ρεθύμνου, ενώ το υπόλοιπο τμήμα της συγκεκριμένης βιβλιογραφίας συλλέχθηκε, μέσω του διαδικτύου, από τη βάση δεδομένων του PubMed. Προτιμήθηκε βιβλιογραφία η οποία να σύγχρονη. Ειδικά, όσον αφορά τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τον καρκίνο και τις καρδιαγγειακές ασθένειες, αλλά και για όλο το κεφάλαιο που είναι αφιερωμένο στις χρόνιες ασθένειες η βιβλιογραφία έπρεπε να ήταν από το 2000 και μετά. Επιλέχθηκαν άρθρα και έρευνες που το περιεχόμενό τους ταυτιζόταν με το περιεχόμενο της συγκεκριμένης εργασίας. Τέλος, ένα στοιχείο που ήταν πολύ σημαντικό ήταν οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν να παρουσίαζαν στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

2. Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα και υγεία

Επειδή, ακριβώς, επικρατεί σύγχυση πάνω στον τομέα της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας και για να μπορέσουν να ερευνηθούν τα ενδεχόμενα παρατηρήσιμα οφέλη των εννοιών αυτών στον τομέα της υγείας, οι ερευνητές που ασχολούνται με τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και υγείας έχουν αναγνωρίσει κάποιους μηχανισμούς αιτιότητας-μεταβλητές συσχέτισης (Levin 1996. Oman & Thoresen 2002). Αυτοί, σύμφωνα με τους Oman και Thoresen (2005) είναι:

- «Υγιεινές συμπεριφορές: θρησκευτικές και πνευματικές ομάδες ενδέχεται να αποθαρρύνουν τα μέλη τους να καπνίζουν ή να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα αλκοόλ, καθώς επίσης και να ενθαρρύνουν δραστηριότητες όπως η σωματική άσκηση, οι συχνές επισκέψεις σε νοσοκομείο(check-up) και παρόμοιες συμπεριφορές που ουσιαστικά έχουν να κάνουν με την άποψη ότι το σώμα είναι ένα εργαλείο που βρίσκεται στην υπηρεσία του Θεού και επομένως πρέπει να προφυλάσσεται.
- Ψυχολογικές καταστάσεις: Η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά την ψυχική υγεία του ατόμου και να βελτιώσουν την ψυχολογική του κατάσταση προσφέροντάς του χαρά, ελπίδα, συμπόνια κλπ ενισχύοντας έτσι την υγεία του αφού μειώνεται το ψυχολογικό βάρος του ατόμου που επηρεάζει και τα σωματικά του όργανα. Αυτή η έννοια αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως μειωμένη «αλλοστατική φόρτιση» (McEwen, 1998).
- Αντιμετώπιση καταστάσεων: Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να υιοθετήσει πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και γεγονότων. Οι πιο υγιείς (ψυχικά) και πιο αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων θα οδηγήσουν στην ενίσχυση της υγείας του ατόμου, εξαλείφοντας καταστροφικές για την υγεία συμπεριφορές (χρήση ναρκωτικών ουσιών) και βελτιώνοντας τη ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (λιγότερος χρόνιος θυμός, λιγότερη πίεση κλπ.)
- Κοινωνική υποστήριξη: Μέσω της πνευματικότητας και της θρησκείας, το άτομο αναπτύσσει ευρύτερα και πιο συμπαγή κοινωνικά δίκτυα καθώς και

μεγαλύτερη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης για το άτομο. Ο παράγοντας αυτός είναι πολύ σημαντικός, αφού ενισχύεται η υγεία του ατόμου με το να αντιδρά πιο άμεσα και αποτελεσματικά σε αγχογόνα ερεθίσματα.»

Αυτοί οι μηχανισμοί δε φαίνεται δρουν μεμονωμένα αλλά αλληλοσυμπληρώνονται. Ένα άτομο που γίνεται μέλος μιας θρησκευτικής ομάδας-κοινότητας μπορεί να έχει αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, κάτι που θα το οδηγήσει στη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης, στην καλύτερη αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, στη γενικότερη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας που αυτό με τη σειρά του ενδέχεται να το οδηγήσει σε ακόμα πιο αυξημένη κοινωνική υποστήριξη (Ryff και Singer, 1998). Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αναφέρουν πως η ψυχολογική ευμάρεια του ατόμου και η υψηλή του κοινωνικοποίηση μπορούν να ενισχύσουν το ανοσοποιητικό σύστημα και να οδηγήσουν σε καλύτερη καρδιαγγειακή λειτουργία του ατόμου κάτι που το κάνει αυτόματα πιο υγιές.

Στο σημείο αυτό, όμως, δημιουργείται το εύλογο ερώτημα: η σχέση της υγείας/πνευματικότητας και υγείας είναι σχέση αιτίου-αιτιατού; Εάν η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα επηρεάσουν το άτομο ώστε να αποβάλλει κάποιες κακές συνήθειες (κάπνισμα, ποτό, ναρκωτικά) κι επομένως βοηθήσουν στην ενίσχυση της υγείας του, αυτό σημαίνει ότι υφίσταται αιτιακή σχέση θρησκείας/πνευματικότητας και υγείας; Παράγοντες που αφορούν τη θρησκεία και που είναι βοηθητικοί για την επίτευξη καλύτερης κατάστασης της υγείας, μπορούν να ερμηνευτούν ως αποτελέσματα ευρύτερης κοινωνικής υποστήριξης του ατόμου. Αυτού του είδους σύγχυση που δημιουργείται αφορά και το επιστημονικό πεδίο (Sloan και Bagiella, 2001). Έτσι, μπορεί κάποιος παράγοντας θρησκευτικότητας/πνευματικότητας να φαίνεται ότι βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις αλλά έγκειται στον ερευνητή ένα θα δεχτεί το στοιχείο αυτό ως έχει ή θα το θεωρήσει μέρος της ευρύτερης ομάδας «κοινωνική υποστήριξη»(όρος ομπρέλα). Σε αντιστοιχία, το ίδιο πρόβλημα μπορεί να προκύψει και από την άλλη μεριά: έρευνες που ισχυρίζονται την ύπαρξη θετικής συμβολής της θρησκευτικότητας στην υγεία δε μετρούν ή αγνοούν πλήρως παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη. Έτσι και οι δύο παραπάνω κατηγορίες ερευνών μπορούν ακόμα και να χαρακτηριστούν ως μεροληπτικές αφού η προσωπική άποψη του ερευνητή αποκρύπτει, στην ουσία, κάποια στοιχεία, είτε επιλέγοντας να μην τα

συμπεριλάβει στα αποτελέσματα της έρευνας, είτε υποτιμώντας τα, είτε ,τέλος, αγνοώντας τα εντελώς (Thoresen και Harris, 2004). Δυστυχώς αυτή η σύγχυση είναι πολύ δύσκολο να εξαλειφθεί.

Στη συνέχεια της εργασίας, θα επιχειρηθεί να προσδιοριστεί η σχέση της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας με την υγεία και δη με τον τομέα της υγείας που αφορά τις χρόνιες ασθένειες. Θα επιχειρηθεί να εντοπιστούν, να σκιαγραφηθούν και να αξιολογηθούν τομείς της υγείας που σχετίζονται και επηρεάζονται από τις μεταβλητές θρησκευτικότητας/πνευματικότητας, αρχής γενομένης από τους τέσσερις παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω.

2.1 Υγιεινές συμπεριφορές στην καθημερινότητα των ανθρώπων

Διάφορες πτυχές της θρησκευτικότητας έχουν συσχετιστεί με παράγοντες κινδύνου στη συμπεριφορά του ατόμου. Διάφορες θρησκείες αποτρέπουν ή απαγορεύουν από τα μέλη τους να υιοθετούν βλαβερές συνήθειες όπως το κάπνισμα (McFadden et al., 2011) και η κατανάλωση αλκοόλ (Ellison et al. 2008) και ενθαρρύνουν τα άτομα να προσέχουν το σώμα τους είτε μέσω της διατροφής είτε μέσω της άσκησης (Eckersley, 2007). Πολλές από αυτές τις θρησκείες θεωρούν το σώμα ένα όργανο στην υπηρεσία του θεού και γι' αυτό το λόγο πρέπει υπάρχει σωστή μεταχείριση. Σε πολλές έρευνες τα άτομα που συμμετέχουν πιο συχνά σε θρησκευτικές δραστηριότητες φαίνεται ότι πολύ συχνά υιοθετούν ως τρόπο ζωής της καθημερινότητάς τους την σωστή άσκηση και τη μικρότερη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ (Oman & Thoresen, 2005. Wallace & Forman, 1998). Ο Tonigan το 2003 αναφέρει ότι οι παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας δεν επηρεάζουν άμεσα την αποχή των ατόμων από το αλκοόλ. Παρόλα αυτά οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συσχετιστούν άμεσα με μεγαλύτερη και συνεχόμενη συμμετοχή των ατόμων σε συναντήσεις της ομάδας των ανώνυμων αλκοολικών(AA). Πιο συγκεκριμένα, ένα άτομο που συμμετέχει στους AA για 3 χρόνια και συμμετέχει σε δραστηριότητες που αφορούν τη θρησκεία και την πνευματικότητα είναι πολύ πιο πιθανόν να συνεχίσει να παρευρίσκεται στις συναντήσεις των AA για 10 χρόνια. Αυτό αυτομάτως σημαίνει 10 χρόνια αποχή από το αλκοόλ. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα ενισχύουν υγιεινές συμπεριφορές του ατόμου αλλά δεν τις προκαλούν.

2.2 Ψυχολογικές καταστάσεις

Τα άτομα που συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με τη θρησκεία και την πνευματικότητα, είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη ψυχολογική υγεία και να βιώνουν πιο θετικές ψυχολογικές καταστάσεις όπως η χαρά η ελπίδα, η συμπόνια κλπ (Oman και Thoresen , 2003). Αυτό συμβαίνει πιθανότατα επειδή μέσω της θρησκευτικότητας διαχειρίζονται καλύτερα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους. Τέτοιες καταστάσεις υποδηλώνουν αυτομάτως μειωμένα αρνητικά συναισθήματα (μείωση φόβου, θλίψης, θυμού), καθώς και την ύπαρξη περισσότερης αισιοδοξίας και πίστης, καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με το άτομο αλλά σε μακροπρόθεσμη κλίμακα (Osler, 1910). Τα θετικά συναισθήματα μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση της «αλλοστατικής φόρτισης» (McEwen, 1998). Επίσης όταν το άτομο αντιδρά θετικά σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής του και βρίσκεται σε πιο θετική ψυχολογική διάθεση αυτό βοηθά και στο να ξεπεράσει εσωτερικές πιέσεις και να υιοθετήσει πιο υγιεινές συμπεριφορές, να προσέχει περισσότερο την υγεία του και να διαμορφώσει πιο ισχυρές και υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις (Oman και Thoresen, 2005).

2.3 Αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων

Πολλές φορές, πολλά άτομα όταν ερωτούνται πως μπορούν και ανταπεξέρχονται στα στρεσογόνα γεγονότα και καταστάσεις της ζωής τους, πολλά άτομα αναφέρονται στη θρησκεία. Ειδικά, όσον αφορά κάποιες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι μειονότητες και τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιας μορφής βαριά ασθένεια, η θρησκεία είναι το μέσον μέσω του οποίου τα άτομα αυτά βρίσκουν στήριγμα. (Griffin et al, 2007). Επιπλέον, η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων μέσω της θρησκείας σχετίζεται και με μια ευρεία κλίμακα επιπλέον

καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία, όπως χαμηλότερων τιμών κατάθλιψης (McCoubrie, Davies 2006), βελτιωμένη υγεία (Powell et al, 2003), βελτιωμένη ψυχική υγεία (Koenig, 2001) και μείωση της θνησιμότητας (Chida, Steptoe, Powell, 2009). Οι Pargament, Koenig και Perez το 2000 πρότειναν πέντε λειτουργίες της έννοιας της θρησκείας «που σχετίζονται και με το πώς τα άτομα τη χρησιμοποιούν για να ανταπεξέλθουν των στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή τους:

1. Εύρεση νοήματος. Σύμφωνα με θεωρητικούς όπως ο Clifford Geertz (1966), η θρησκεία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη προσπάθεια του ατόμου να προσδώσει μήνυμα στη ζωή του. Η θρησκεία βοηθάει το άτομο εξαιτίας των πλαισίων που βάζει και έτσι το βοηθά να νοηματοδοτήσει και να κατανοήσει τη ζωή του και τις εμπειρίες του.
2. Έλεγχος. Άλλοι θεωρητικοί όπως ο Έριχ Φρομ (1950) τονίζουν το ρόλο της θρησκείας στην προσπάθεια του ατόμου να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του. Το άτομο αντιμετωπίζει γεγονότα και καταστάσεις που υπερβαίνουν τις δυνάμεις του. Σε τέτοιες καταστάσεις, η θρησκεία μπορεί να ανοίξει δρόμους στο άτομο για να αποκτήσει τον έλεγχο
3. Άνεση/Πνευματικότητα. Σύμφωνα με την κλασική φροϋδική θεώρηση (1927/1961), η θρησκεία είναι έτσι σχεδιασμένη, ώστε να μειώσει το φόβο και την ανησυχία του ανθρώπου που δημιουργείται, αφού το άτομο ζει σε έναν κόσμο που η καταστροφή μπορεί να το χτυπήσει ανά πάσα στιγμή. Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν οι τεχνικές αντιμετώπισης καταστάσεων με βάση τη θρησκεία που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο, από τις μεθόδους που έχουν κυρίως πνευματική λειτουργία. Από θρησκευτική άποψη, η πνευματικότητα, ή η επιθυμία του ατόμου να ενωθεί με μια δύναμη που το ξεπερνάει, είναι η πιο κοινή λειτουργία της θρησκείας (Johnson, 1959).
4. Οικειότητα/Πνευματικότητα. Κοινωνιολόγοι όπως ο Durkheim (1915) έχουν δώσει έμφαση στο ρόλο της θρησκείας ως προς τη διευκόλυνση της κοινωνικής συνοχής του ατόμου. Η θρησκεία, όπως ισχυρίζονται, είναι ένας μηχανισμός ενθάρρυνσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής ταυτότητας. Η οικειότητα με τους άλλους, παρόλα αυτά, συχνά ενισχύεται μέσω μεθόδων που αφορούν την πνευματικότητα, όπως η προσφορά πνευματικής βοήθειας σε άλλα άτομα ή πνευματική υποστήριξη από τον κλήρο ή αλλά μέλη. Κατά συνέπεια, υφίσταται ξανά η δυσκολία διαφοροποίησης των

μεθόδων που στοχεύουν στην οικειότητα από τις μεθόδους που στοχεύουν στη ένωση του ατόμου με μια υψηλή δύναμη . (Buber,1970).

5. Αλλαγή της ζωής. Οι θεωρητικοί, παραδοσιακά, βλέπουν τη θρησκεία ως κάτι εκ φύσεως συντηρητικό-κάτι που βοηθά τους ανθρώπους να διατηρήσουν σημασία, έλεγχο, άνεση, οικειότητα και στενή σχέση με το Θεό. Ωστόσο, η θρησκεία μπορεί να παίζει, εξίσου, ρόλο στο να ενισχύσει τα άτομα στο να πραγματοποιήσουν μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους· αυτό συμβαίνει με το να παρατήσσει το άτομο πράγματα που θεωρεί αξίας και να βρει καινούρια που να έχουν σημασία για αυτό (Pargament,1997).»(σελ. 521)

Στην πραγματικότητα, η διαδικασία της νοηματοδότησης, αυτή καθ' αυτή, συχνά θεωρείται συνώνυμη της έννοιας της πνευματικότητας (Ameling & Povilonis, 2001). Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι αυτό που αναφέρει ο Suzuki το 2002 σχετικά με τη φύση. Θεωρεί, πως η σχέση του ανθρώπου με τη φύση σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρες. Αναφέρει περιστατικά όπου καρκινοπαθείς σε τελικά στάδια του καρκίνου μιλούσαν για «πραϋντικά» χαρακτηριστικά της φύσης. Αυτοί οι ασθενείς περιέγραψαν το κατά πόσο, η αίσθηση ότι βρίσκονται «κοντά στη φύση» τους προκαλεί μια αίσθηση ελπίδας στη ζωή τους, τη στιγμή που η κάθε μέρα τους μπορεί να είναι η τελευταία. Από τα παραπάνω, μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι η στενή σχέση του ατόμου με τη φύση, παρέχει μια αίσθηση συναισθηματικής ηρεμίας στο άτομο, όταν αυτό βιώνει έντονο στρες. Φαίνεται πάρα πολύ έντονα η επίδραση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στο πως το άτομο διαχειρίζεται καταστάσεις στρες. Υπάρχουν, όμως, στοιχεία της θρησκείας που μπορούν να θεωρηθούν ως αρνητικά για το άτομο, καθώς ενδέχεται να του προκαλέσουν επιπλέον στρες. Υπάρχουν στοιχεία που αναφέρουν ότι ζητήματα όπως η αίσθηση του ατόμου για την τιμωρία από το Θεό, για την ύπαρξη δαιμόνων, η δυσαρέσκεια για κάποια θέματα που άπτονται της πνευματικότητας, η δυσαρέσκεια για ζητήματα θρησκείας στις διαπροσωπικές σχέσεις σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα (Pargament,1997 ,Pargament, Zinnbauer et al. 1998).

2.4 Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας άλλος παράγοντας που αφορά τις σχέσεις θρησκευτικότητας/ πνευματικότητας και υγείας και τις επηρεάζει. Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια πολυδιάστατη μεταβλητή που πολλές φορές συμπεριλαμβάνει και ψυχολογικές έννοιες όπως η συναισθηματική υποστήριξη. Κάποιοι υποστηρίζουν πως η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ειπωθεί ως κάποιας μορφής βοηθητικός παράγοντας ώστε το άτομο να μπορέσει να ξεπεράσει τις στρεσογόνες καταστάσεις. Υπ' αυτή την έννοια μπορεί και να εξηγηθεί το γιατί διάφορες διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης είναι πιο προστατευτικές απέναντι σε πληθυσμούς που βιώνουν διαφορετικά στρεσογόνα ερεθίσματα απ' ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Υπάρχουν έρευνες που συνδέουν τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα στην βελτίωση και στη σταθεροποίηση κοινωνικών δικτύων από το άτομο με αποτέλεσμα το άτομο να είναι σε καλύτερη πνευματική και συναισθηματική κατάσταση. Σε μια έρευνα των Strawbridge et al. το 2001 αναφέρεται ότι τα άτομα που συμμετέχουν σε θρησκευτικές δραστηριότητες είναι λιγότερο πιθανόν να αποκλειστούν κοινωνικά και είναι πιο πιθανό να παντρευτούν και να παραμείνουν παντρεμένοι. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία ότι οι θρησκευόμενες οικογένειες προσφέρουν πιο σταθερή κοινωνική υποστήριξη στα μέλη τους και ότι έχουν χαμηλότερα ποσοστά διαζυγίων και καλύτερες συζυγικές σχέσεις, καθώς επίσης και καλύτερη σχέση γονιών παιδιών. Παρόλα αυτά, είναι πιθανόν, ότι τα άτομα που δε συμμετέχουν σε θρησκευτικές δραστηριότητες, συνήθως, επιζητούν άλλους τρόπους κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, ενδέχεται αυτή η μεταβλητή να απέχει από τη σχέση της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και της υγείας (Park, 2007). Φυσικά, υπάρχει και ο αντίλογος, όσον αφορά την άποψη αυτή. Ενδέχεται, οι πλευρές της κοινωνικής υποστήριξης που σχετίζεται με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα να διαφέρουν από τις πτυχές της κοινωνικής υποστήριξης που δε σχετίζονται με τη θρησκεία και την πνευματικότητα. Έτσι, πάλι οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την υγεία (Krause, 2002).

3. Χρόνιες ασθένειες

Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν το άτομο, περιορίζοντας σημαντικά τις δραστηριότητες που μπορεί να κάνει, σε κλίμακα έναν στους δέκα (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). Ο χρόνιος ασθενής χρειάζεται συνεχή σωματική και ψυχολογική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση και κοινωνικές παρεμβάσεις για να μπορέσει να βρίσκεται σε καλή κατάσταση. Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν πολλές πτυχές της ζωής και της καθημερινότητας του ασθενούς. Οι ασθενείς αυτοί που πάσχουν από κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας χρειάζεται τις περισσότερες φορές να προσαρμοστούν τόσο από ψυχολογική και κοινωνική άποψη αλλά και να προσαρμόσουν την καθημερινότητά τους σε καινούριες συνθήκες, όσον αφορά και το σώμα τους. Αυτή ακριβώς η προσαρμογή στα καινούρια δεδομένα είναι πολυπαραγοντική εξαιτίας της πολυσύνθετης φύσης της πορείας αυτού του είδους των ασθενειών. Κάθε άτομο επηρεάζεται διαφορετικά από μια χρόνια ασθένεια. Η πορεία της ασθένειας διαφέρει ανάλογα τα συμπτώματα, τις παροξύνσεις, το κατά πόσο το άτομο έχει πολλούς τρόπους διαχείρισης της κατάστασης και ,φυσικά, το είδος της προσωπικότητας που έχει ο χρόνιος ασθενής. Στα άτομα που εμφανίζονται πιο βαριά συμπτώματα, όπως οι περιορισμοί που οφείλονται στην κούραση, στην εξασθένιση και στη γενικότερη κακή κατάσταση του οργανισμού, είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν ψυχολογικά προβλήματα, όπως η εμφάνιση κατάθλιψης και προβλήματα που αφορούν την προσαρμογή. Τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ένας χρόνιος ασθενής που σχετίζονται με το σώμα του μπορεί να είναι μικρής ή σφοδρής έντασης και διάρκειας ενώ κυμαίνονται από κούραση, χρόνιος πόνος, δυσλειτουργία των σωματικών λειτουργιών ή ακόμα και διακοπή τους (Evans & Wickstrom, 1999). Αυτά φυσικά τα προβλήματα, ανεξάρτητα από την ένταση τους, φέρνουν τον ασθενή σε μια κατάσταση να στηρίζεται αποκλειστικά στη βοήθεια των άλλων για κάποιες δραστηριότητες που μέχρι πρότινος μπορούσε να τις κάνει μόνος του. Αυτή η αίσθηση της εξάρτησης από τους άλλους οδηγεί το άτομο σε αισθήματα απώλειας, όπως η απώλεια του εαυτού, της ανεξαρτησίας του και απώλεια του ελέγχου. Άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες φοβούνται ότι θα χάσουν και την οικονομική τους ανεξαρτησία και δε θέλουν να αποτελέσουν βάρος για τις οικογένειές τους (Schafer, 1995). Άλλες δυσκολίες που βιώνουν τα άτομα αυτά είναι

η απώλεια της δουλειάς τους, της ασφάλισης της υγείας τους, των συγγενών, των φίλων, ακόμα και του σπιτιού τους. Τα άτομα που βιώνουν μια χρόνια κατάσταση στην υγεία τους, επίσης, βιώνουν την αβεβαιότητα. Οι θεραπείες που κάνουν μπορεί να μην έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ μπορεί να υπάρχουν αυξομειώσεις στην κατάσταση τους. Όλα τα παραπάνω στοιχεία συνηγορούν στη δυσκολία προσαρμογής των ατόμων που τους διαγνώστηκε πως πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια.

Η όλη διαδικασία, με τα στάδια της, μιας χρόνιας ασθένειας στη ζωή και την καθημερινότητα κάποιου ασθενή είναι μια πολύ σύνθετη διαδικασία. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια στάδια-βήματα που είναι κοινά σε όλες τις διαγνώσεις. Η πρώτη φάση της διαδικασίας αυτής είναι η φάση της κρίσης, ή η φάση που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την αίσθηση της απώλειας. Αυτή η αίσθηση συμπεριλαμβάνει την απώλεια των δυνατοτήτων του, την απώλεια της οικονομικής του κατάστασης και την απώλεια της ποιότητας της ζωής του (Wagner, 2009). Στη δεύτερη φάση τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια νιώθουν ότι πιέζονται και βιώνουν μια γενικότερη συναισθηματική αναστάτωση. Μπορεί να βιώσουν έντονα συναισθήματα κατάθλιψης, φόβου, σύγχυσης και θυμού (Stanton et al, 2007). Μόλις τα συναισθήματα αυτά ξεπεραστούν η ασθένεια αποτελεί μέρος μια νέας αυτό-αντίληψης (Livneh, Parker, 2005). Η επόμενη φάση κυριαρχείται από αλλαγές. Αλλαγές όσον αφορά την καθημερινότητα, τον τρόπο ζωής, τις δραστηριότητες του ατόμου, τη διαίτα κλπ. (Loeb, Penrod, Falkenstern, Gueldner, & Poon, 2003). Οι αλλαγές είναι το αποτέλεσμα της προσαρμογής του ατόμου στην καθημερινή διαχείριση της ασθένειας και της κατάστασής του. Το τελευταίο στάδιο της όλης διαδικασίας, είναι αυτό κατά το οποίο τα άτομα προσπαθούν να αποκτήσουν ξανά τον έλεγχο της ζωής τους, της ζωής τους με τα νέα δεδομένα μέσω μιας διαδικασίας ενίσχυσης (Wagner et al, 2001). Αυτή η ενίσχυση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της σύνδεσης του χρόνιου ασθενούς με άλλα άτομα, με τη σύνδεση με μια ανώτερη δύναμη είτε μέσω συμμετοχής σε θρησκευτικές δραστηριότητες και άλλες πνευματικές αναζητήσεις, μέσω της αναζήτησης πληροφοριών και στοιχείων για την ασθένεια και τα χαρακτηριστικά της, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής της, μέσω της αναζήτησης κάποιου προσωπικού που μπορεί να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή, με την ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου και την εκ νέου νοηματοδότηση της ζωής του, και μέσω της προσπάθειας εύρεσης νοήματος στην ασθένεια (Loeb, Penrod, Falkenstern, Gueldner, & Poon, 2003).

Ο σωματικός πόνος, η ψυχολογική κακή κατάσταση και οι τραυματικές εμπειρίες των ιατρικών διαδικασιών κάνουν το άτομο που πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια να βιώνει τις έντονες παρενέργειες της ασθένειας και να υποφέρει. Ωστόσο, μια οπτική που είναι επικεντρωμένη αποκλειστικά στο ιατρικό κομμάτι της ασθένειας και του πόσο το άτομο υποφέρει από αυτήν, αγνοεί ή ελαχιστοποιεί την ευρύτερη σημασία αυτής της εμπειρίας που εξουθενώνει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά το χρόνιο ασθενή. Αυτή η εμπειρία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το βίωμα της έλλειψης της αίσθησης του εαυτού για τα άτομα αυτά.

Οι χρόνιοι ασθενείς, εξαιτίας της κατάστασης τους, νιώθουν να απομακρύνονται από την προηγούμενη αυτό-εικόνα τους χωρίς όμως να έχουν αναπτύξει μια καινούρια αντίστοιχη. Αυτό συμβαίνει επειδή όλα τα δεδομένα και οι καταστάσεις που τους έχουν οδηγήσει στη διαμόρφωση κάποιας αυτό-εικόνας αλλάζουν άρδην, τα άτομα αυτά καλούνται να αντιμετωπίσουν άμεσα καινούριες και πρωτόγνωρες καταστάσεις και να χτίσουν ξανά την αυτό-εικόνα τους με βάση τα νέα δεδομένα. Αυτή η απώλεια συμβαίνει κατά την έναρξη μιας σοβαρής ασθένειας ή όταν οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι οι προηγούμενες δυνατότητες τους έχουν αλλάξει εξαιτίας της ασθένειας. Φυσικά, με την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος, και εφόσον ο ασθενής βιώνει την απώλεια της αυτό-εικόνας του, χωρίς να διαμορφώνει καινούρια, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή υποβάθμιση της έννοιας του εαυτού. Αυτή η υποβάθμιση της έννοιας του εαυτού παρατείνεται από την απώλεια που βιώνει το άτομο, όσον αφορά οικονομικά ζητήματα, την οικογενειακή του κατάσταση και από την αίσθηση πως το άτομο είναι εξαρτώμενο από τους άλλους και δε μπορεί να κάνει διάφορες πράξεις που έκανε πριν. Έτσι, μειώνεται η αυτοπεποίθηση του.

3.1 Θνησιμότητα

Η θνησιμότητα είναι μια έννοια που είναι αυτονόητα συνδεδεμένη με την υγεία. Ειδικά στις χρόνιες ασθένειες τα άτομα επηρεάζονται άμεσα από την ιδέα του θανάτου, εξαιτίας της ίδιας της φύσης των ασθενειών τους. Τα άτομα που πάσχουν από χρόνια ασθένεια, ως επί το πλείστον, είναι συνεχώς αντιμέτωπα με την ιδέα του θανάτου. Οι έρευνες που εξετάζουν τη θνησιμότητα έχουν το πλεονέκτημα του αντικειμενικού αποτελέσματος και έτσι είναι πιο πιθανό να αποτραπεί η πιθανότητα της αμοιβαίας αιτιότητας (Musick et al., 2000). Οι Powel, Shahabi και Thoresen το 2003 συνέλεξαν έρευνες που μελετούσαν τη σχέση θρησκείας/πνευματικότητας και υγείας. Ένας τομέας διερεύνησης ήταν και αυτός της θνησιμότητας. Το κατά πόσο, δηλαδή, επηρεάζει η θρησκεία τον τομέα αυτόν. Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες μελετούσαν τη συσχέτιση παρουσίας των ατόμων στην εκκλησία ή γενικότερα σε θρησκευτικές υπηρεσίες και τη σχέση της με τη θνησιμότητα. Οι ερευνητές βρήκαν πολλά και πειστικά στοιχεία για τη συσχέτιση αυτή και μάλιστα σε δείγματα μεγάλων πληθυσμών. Στοιχεία από 7 έρευνες, που μπορούν να χαρακτηριστούν υψηλής ποιότητας, υποδεικνύουν ότι υπάρχει άμεση σχέση των δύο μεταβλητών. 6 έρευνες υποδείκνυαν ότι η συσχέτιση είναι ανεξάρτητη από παράγοντες κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, «η ισχύς της σχέσης ήταν μείωση, της τάξης του 30%, της θνησιμότητας, κατά μέσο όρο, μετά την προσαρμογή δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, και σχετιζόμενων με την υγεία παραγόντων που συνεπηρεάζουν τη σχέση αυτή, και μια μείωση της θνησιμότητας της τάξης του 25% μετά την προσαρμογή παραγόντων κινδύνου» (σελ. 40).

Στην ίδια έρευνα, οι ερευνητές προσπαθώντας να ερευνήσουν άλλες διαστάσεις της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας που επηρεάζουν τη θνησιμότητα, βρήκαν ότι διάφορες πτυχές των εννοιών αυτών, όπως η ένταση της θρησκευτικότητας, ο χρόνος που αφιερώνεται στην προσευχή και ο χρόνος που αφιερώνεται από το άτομο στη μελέτη θρησκευτικών κειμένων επηρεάζουν τα επίπεδα της θνησιμότητας μειώνοντάς τα. Η ίδια σχέση έχει μελετηθεί και από την ανάποδη. Σε μια έρευνα που αφορούσε τις Η.Π.Α και είχε ως δείγμα 21.000 άτομα, φάνηκε ότι τα άτομα που δε συμμετείχαν σε θρησκευτικές λειτουργίες, είχαν υψηλότερο κίνδυνο, 19 φορές πιο υψηλό, θνησιμότητας από άτομα που πήγαιναν στην εκκλησία τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Η σχέση αυτή παρατηρούνταν για τις περισσότερες αιτίες θανάτου.

Υπήρχαν εξίσου αξιοσημείωτες διαφορές όσον αφορά την επέκταση του προσδόκιμου ζωής. Τα άτομα που πήγαιναν στην εκκλησία, τουλάχιστον, μια φορά την εβδομάδα ζούσαν, κατά μέσο όρο, επτά και μισό χρόνια παραπάνω από αυτούς που δε συμμετείχαν σε τέτοιες θρησκευτικές διαδικασίες. Στους αφροαμερικάνους η διαφορά στην επέκταση του βίου ήταν της τάξης των 13,7 χρόνων (Hummer et al, 1999). Μια μεταανάλυση 42 ερευνών, συλλογικού δείγματος 126000 ατόμων, έδειξε πως η ενεργή συμμετοχή των ατόμων σε θρησκευτικές δραστηριότητες αυξάνει τις πιθανότητες παράτασης ζωής κατά 26%. Μάλιστα, αυτά τα αποτελέσματα ήταν πιο ισχυρά για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες. Αυτό συμβαίνει, κατά πάσα πιθανότητα, εξαιτίας των διαφορών των δύο φύλων σχετικά με την ψυχο-κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τη θρησκεία (McCullough et al, 2000).

Ένας άλλος τομέας, πάνω στον οποίον έχουν γίνει μελέτες και αφορά άμεσα το θέμα της θνησιμότητας, είναι αυτός της αρρώστιας. Είναι αυτονόητο και λογικό πως ο τομέας αυτός σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό και με την ηλικία. Η νοσηρότητα σχετίζεται άμεσα με την θνησιμότητα κυρίως σε δείγμα που αφορά περισσότερο τους ηλικιωμένους. Οι Pargament, Koenig, Tarakeshwar και Hahn το 2001 βρήκαν ότι στα άτομα που είχαν βιώσει αντικρουόμενα συναισθήματα που αφορούσαν τη θρησκεία (τα άτομα αυτά αισθάνονταν πως τιμωρήθηκαν ή εγκαταλείφθηκαν από το Θεό) ενόσω βρίσκονταν στο νοσοκομείο, τα επίπεδα θνησιμότητας αυξήθηκαν κατά 19-28%. Οι Contrada et al το 2004, αναφέρουν ότι άτομα με πιο ισχυρά και πιο εδραιωμένα θρησκευτικά πιστεύω, αναφέρεται πως παρουσιάζουν λιγότερες επιπλοκές στο χειρουργείο, καθώς και με πιο σύντομες παραμονές στο νοσοκομείο. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν πως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που βρήκαν, η συχνή συμμετοχή σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη θρησκεία σχετίζονται με παρατεταμένη παραμονή σε νοσοκομείο, ενώ η συχνότητα που το άτομο προσεύχεται δε σχετίζεται με την ανάνηψη από την ασθένεια (σελ 234). Παρόλα αυτά, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν την αύξηση των επιπέδων θνησιμότητας όταν το άτομο βιώνει αισθήματα εγκατάλειψης ή τιμωρίας από το Θεό. Παρόμοια έρευνα διεξήχθη κι από τους Chida, Steptoe και Powell το 2002 με πολύ σημαντικά αποτελέσματα. Στην έρευνά τους συνέλεξαν στοιχεία από 69 έρευνες που μελετούσαν τη σχέση πνευματικότητας/θρησκευτικότητας και θνησιμότητας σε υγιείς πληθυσμούς και 22 έρευνες που μελετούσαν την ίδια σχέση σε άτομα που έπασχαν από κάποια ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας σχετίζονται με μειωμένες τιμές θνησιμότητας, τόσο στον υγιή όσο

στον ασθενή πληθυσμό. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτά αναφέρονται και σε ασθένειες που σχετίζονται με την καρδιά. Οι ερευνητές προσπάθησαν να περιορίσουν παραμέτρους που ενδέχεται να επηρέαζαν το αποτέλεσμα. Συμπεριφορές που φαίνεται πως ενισχύονται από τη θρησκεία (άθληση, διαίτα, σταμάτημα καπνίσματος, μείωση κατανάλωσης αλκοόλ) μετρήθηκαν, ώστε να ληφθούν υπόψη στα αποτελέσματα. Η σχέση θρησκείας/πνευματικότητας και θνησιμότητας εξακολουθούσε να υφίσταται, ακόμα και μετά τον έλεγχο τέτοιων παραμέτρων.

3.2 Ποιότητα ζωής

Ο χρόνιος ασθενής πρέπει να βρει και να χρησιμοποιήσει διάφορες στρατηγικές, ώστε να μειώσει τα συμπτώματα της ασθένειας και τον αντίκτυπο τους στην καθημερινότητά του. Μειώνοντάς τα, το άτομο ενισχύει την υγεία του και αποβλέπει σε καλύτερη και πιο ισορροπημένη βίο-ψυχο-κοινωνική υγεία και ευημερία. Ο υποκειμενικός τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τη ψυχολογική του κατάσταση, μέσω της παρουσίας ή της απουσίας σωματικών και λειτουργικών προβλημάτων στην καθημερινότητά του, αντικατοπτρίζει το πώς αντιλαμβάνεται την ποιότητα της ζωής του (Burckhart και Anderson, 2003). Η ποιότητα της ζωής, ως ξεχωριστός παράγοντας, είναι «η αίσθηση της συνολικής ικανοποίησης απέναντι στη ζωή, όπως αυτή καθορίζεται από το άτομο που αξιολογεί τη ζωή του» (Meeberg, 1993, p. 37). Όταν το άτομο βρίσκεται σε μια κατάσταση χρόνιας ασθένειας, η αξιολόγηση της ζωής βασίζεται σε όλους αυτούς τους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Γενικότερα, η ποιότητα της ζωής, είναι μια πολυπαραγοντική μεταβλητή που επικεντρώνεται στο πώς και πόσο επηρεάζει τη ζωή του ασθενούς η ίδια η ασθένεια. (Fairclough, 2002). Επιπλέον, από τη βιβλιογραφία, η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη φροντίδα ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο (Gore et al, 2009, Kornblith et al 2010, Sanda et al, 2008) και γενικότερα στη φροντίδα χρόνιων ασθενών (Blinderman et al, 2008).

Παρόμοια στοιχεία υπάρχουν και σε έρευνες πάνω στην καρδιακή ανεπάρκεια. Όταν συμβαίνει ένα καρδιακό επεισόδιο τόσο οι ασθενείς όσο και τα ζευγάρια τους βιώνουν έντονη συναισθηματική και ψυχολογική πίεση η οποία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής τους (Miller, McConnell, Klinger, 2006). Βιώνουν έντονο άγχος, φόβο και αβεβαιότητα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Είναι

χαρακτηριστικό ότι οι σύζυγοι των ασθενών αναφέρουν αβεβαιότητα για το μέλλον σχετιζόμενη με έλλειψη υποστήριξης και την ανάγκη αποδοχής αλλαγών όσον αφορά την καθημερινότητα. Παρ' όλα αυτά οι συζυγική υποστήριξη θεωρείται πολύ σημαντική για την εύκολη προσαρμογή των ασθενών στις καινούργιες συνθήκες που βιώνουν μέσω της ασθένειας.

Για τους ίδιους ασθενείς (καρδιακούς), υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι μέσω της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας τα άτομα αυτά αποκτούν περισσότερη δύναμη ώστε να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στη ζωή τους μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο. Η εμπλοκή του ανθρώπου σε δραστηριότητες που αφορούν τη θρησκεία και την πνευματικότητα έχει συσχετιστεί με πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Τα επίπεδα της θνησιμότητας είναι χαμηλότερα σε αυτούς που βίωσαν καρδιακά επεισόδια όταν αυτοί αναζήτησαν δύναμη στη θρησκεία. Γενικότερα οι ασθενείς περιγράφουν την πνευματικότητα ως « ένα αναπόσπαστο μέρος της ζωής το οποίο βοηθάει το άτομο να βρει νόημα και σκοπό στη ζωή μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο» (Walton,2002). Παρόμοια αποτελέσματα υπάρχουν και σε άλλες χρόνιες ασθένειες (Dezutter al, 2010). Ωστόσο υπάρχουν έρευνες που δείχνουν πως τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών της ασθένειας μέσω της θρησκείας, σε συγκεκριμένες ασθένειες δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε έρευνα του 2011 οι Park και Dornelas, μελετώντας άτομα που υπέστησαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου , συμπέραναν πως τρόποι αντιμετώπισης της όλης κατάστασης μέσω της θρησκείας και της πνευματικότητας αποδείχθηκαν αρνητικοί για την κατάσταση του ατόμου. Οι ερευνητές, βέβαια, έκαναν την υπόθεση ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει επειδή στη συγκεκριμένη ασθένεια οι τρόποι αντιμετώπισης πρέπει να είναι πιο δραστηριοί και άμεσοι.

Σε γενικές γραμμές, όσον αφορά την ποιότητα ζωής των χρόνιων ασθενών και την επιρροή της θρησκείας και της πνευματικότητας σε αυτήν, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η θρησκευτικότητα/πνευματικότητα επηρεάζουν θετικά αλλά δεν είναι αρκετά ξεκάθαρο το πώς ακριβώς επιτυγχάνεται κάτι τέτοιο (Adegbola, 2006).

3.3 Κατάθλιψη και στρες

Στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ο παράγοντας κατάθλιψης είναι πολύ κοινός και σχετίζεται με τη φτωχή ποιότητα ζωής, συχνότερες εισαγωγές σε νοσοκομείο και υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Η συνύπαρξη χρόνιας ασθένειας και κατάθλιψης είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα, τη στιγμή μάλιστα που η κατάθλιψη θεωρείται μια χρόνια ψυχολογική-συναισθηματική ασθένεια. Το βάρος και οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στον άνθρωπο είναι παρόμοια με εκείνο των καρδιακών δυσλειτουργιών (Moussavi et al. 2007). Η παρουσία ασθένειας αποτελεί μια μεταβλητή κινδύνου που επηρεάζει την κατάθλιψη, αλλά παράλληλα η κατάθλιψη είναι μια μεταβλητή κινδύνου που σχετίζεται με τον τομέα της υγείας, όσον αφορά την εμφάνιση ασθενειών αλλά και τον πρόωπο θάνατο (Wulsin et al, 1999). Σε έρευνα των Clarke και Currie το 2009 επιχειρήθηκε να ερευνηθεί η σχέση της μείζονος κατάθλιψης και του άγχους με τις πιο συχνές χρόνιες ασθένειες (καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό, διαβήτης, άσθμα, καρκίνος, αρθρίτιδα και οστεοπόρωση). Οι ερευνητές συνυπολόγισαν το άγχος και την κατάθλιψη ως μια μεταβλητή αφού πολύ συχνά αυτά τα δύο συνυπάρχουν και δεν είναι εύκολο να διαφοροποιηθούν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως υπήρξε πολύ μεγαλύτερη παρουσία κατάθλιψης σε άτομα που έπασχαν από τις ασθένειες αυτές απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, σε άτομα που είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο τα ποσοστά της κατάθλιψης ήταν πολύ υψηλά (πάνω από 40%) ενώ παρέμεναν το ίδιο υψηλά και μετά την πάροδο 6 μηνών. Τα ποσοστά της κατάθλιψης σε άτομα που είχαν άσθμα ήταν υπερδιπλάσια από αυτά του γενικού πληθυσμού. Σε ασθενείς με καρκίνο, αν και υπήρχαν αυξομειώσεις ανάλογα με τη διάγνωση και το στάδιο της νόσου, τα ποσοστά της κατάθλιψης ήταν υπερτετραπλάσια. Σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα κυμαινόταν από 13% μέχρι και 80% υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο της έρευνας αυτής αφορά τη σχέση καρδιακών παθήσεων και κατάθλιψης. Ενώ υπήρχε υψηλό ποσοστό ατόμων που έπασχαν από καρδιακές παθήσεις και κατάθλιψη, 33%-50% των ατόμων του δείγματος έπασχαν ήδη από κατάθλιψη πριν του συμβεί το καρδιακό επεισόδιο.

Παρόμοια αποτελέσματα συσχέτισης χρόνιων ασθενειών και κατάθλιψης υπάρχουν και σε άλλες έρευνες (Kates, Mach., 2007. Bekelman et al, 2007. Patten et al, 2008.

Abdel-Kader et al, 2009. Farr et al, 2011. Moussavi et al, 2007). Η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των χρόνιων ασθενών ενώ καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη πόνου, φλεγμονών και περισσότερων εισαγωγών σε νοσοκομείο σχετίζονται με την ύπαρξη κατάθλιψης (Contrada et al, 2004) ενώ . Επιπλέον υπάρχουν στοιχεία που αναφέρουν πως η ύπαρξη ή η εμφάνιση κατάθλιψης σε γυναίκες που είναι χρόνιες ασθενείς αλλά είναι έγκυες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την όλη εγκυμοσύνη (Farr et al, 2011). Ένα ενδιαφέρον στοιχείο η σχέση χρόνιου στρες και αύξησης του μεγέθους όγκων σε άτομα με καρκίνο. Σε έρευνα του Goymer το 2009, εμβολιάστηκαν ποντίκια με ορό που περιείχε ανθρώπινα καρκινικά κύτταρα. Τα ποντίκια αντιμετώπισαν καταστάσεις στρες με το να μένουν ακινητοποιημένα αρκετές ώρες μέσα στην μέρα. Στα ποντίκια που εκτίθονταν σε καταστάσεις στρες αυξήθηκαν τα καρκινικά κύτταρα και το βάρος του όγκου. Επίσης παρατηρήθηκαν περισσότερες μεταστάσεις.

Καταστάσεις που σχετίζονται με την πνευματικότητα, όπως η πνευματική ευμάρεια και η πνευματική ευεξία είναι παράγοντες που μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο που οι ασθενείς στα τελικά στάδια καρκίνου αισθάνονται για την κατάστασή τους, καθώς επίσης σχετίζονται και με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης. Σε ασθένειες όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, που ως ασθένεια έχει απρόβλεπτη πορεία, με μακροχρόνιες συνέπειες στη λειτουργικότητα του ατόμου και συχνές αυξομειώσεις των συμπτωμάτων της η πνευματικότητα μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών προς το καλύτερο καθώς επίσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σε έρευνα των Bekelman et al. το 2007 επιχειρήθηκε να ερευνηθεί αυτή ακριβώς η σχέση πνευματικής ευεξίας και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Από ένα δείγμα 60 ασθενών μέσης ηλικίας 75 χρονών η έρευνα έδειξε ότι οι υψηλότερες τιμές πνευματικής ευμάρειας (εσωτερικής γαλήνης) σχετίζονται άμεσα με μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης. εν είδη συμπεράσματος , οι ερευνητές δέχονται ότι η ενίσχυση του αισθήματος της πνευματικής ευεξίας μπορεί να οδηγήσει στο να μειωθεί ή ακόμα και να αποτραπεί η κατάθλιψη και κατά συνέπεια να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και άλλες πτυχές της καθημερινότητας στο άτομο αυτό.

Άτομα που παρευρίσκονται σε θρησκευτικές δραστηριότητες αναφέρουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Γενικότερα, από τη βιβλιογραφία υπάρχει αρνητική σχέση κατάθλιψης/άγχους και πνευματικότητας ενώ στην έρευνα των Lusne και Wackholtz το 2011 φαίνεται πως η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα

αποτελούν δύο μεθόδους νοηματοδότησης της ζωής του ατόμου, από τις οποίες το άτομο καταφέρνει να αντιμετωπίζει, να αντέχει και να αποδέχεται τον πόνο και την ασθένεια. Οι Nelson et al το 2009, στην έρευνα τους σχετικά με τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και κατάθλιψης σε ένα δείγμα 367 ανδρών με καρκίνο στον προστάτη βρήκαν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν μικρή συσχέτιση κατάθλιψης και θρησκευτικότητας αλλά υψηλή συσχέτιση πνευματικότητας και κατάθλιψης. Διερευνώντας τις παραπάνω σχέσεις, βρήκαν ότι υπήρχε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της μεταβλητής νόημα/γαλήνη που αναφερόταν στην προσπάθεια των ατόμων για εύρεση νοήματος και εσωτερικής γαλήνης.

Υπάρχουν πολλές έρευνες στη βιβλιογραφία, οι οποίες βρήκαν ως αποτέλεσμα ότι οι παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εύρεση νοήματος σε κάποιο στρεσογόνο περιστατικό (Cohen, 2002. Gordon et al., 2002. Vickberg et al., 2001). Αυτού του είδους η νοηματοδότηση μπορεί να κάνει το άτομο να έχει πιο ήπια και θετική συμπεριφορά απέναντι στο γεγονός αυτό, να βρει τρόπους να μετουσιώσει το όλο γεγονός σε κάτι καλύτερο για το ίδιο ή ακόμα και να αποφασίσει πως το γεγονός αυτό δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στη ζωή του, όπως είχε πιστέψει εξ αρχής (Park, Folkman, & Bostrom, 2001). Επίσης, το στρεσογόνο περιστατικό θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα ώστε το άτομο να αποκτήσει καινούριες σκέψεις και ιδέες για τη ζωή του (Pryds, Back-Pettersson, & Segesten, 2000). Αυτή η διαδικασία, θα μπορούσε επίσης να έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου.

Ωστόσο, ένα στρεσογόνο γεγονός θα μπορούσε να βιωθεί από το άτομο ως τιμωρία για κάτι κακό που έκανε, ως μια δοκιμασία εξαγνισμού ή ακόμα και ως μια κατάσταση στην οποία το άτομο πρέπει να ανταπεξέλθει βάζοντας τα δυνατά του, επειδή πιστεύει πως η ανώτερη δύναμη (ο Θεός) δε στέλνει στους ανθρώπους περισσότερα από αυτά που μπορούν να αντέξουν (Gall & Comblat, 2002). Παράλληλα, η έννοια της πνευματικότητας ενισχύει και διαμορφώνει την άποψη του ατόμου ότι κάποια πράγματα που του συμβαίνουν, γίνονται εξαιτίας ενός μεγαλύτερου σχεδίου ή σκοπού. Κάτω από αυτό το πρίσμα, το άτομο θεωρεί πως αυτό που του συνέβη ενέχεται σε κάποιο "σχέδιο" και δεν είναι τυχαίο. Πάνω σε αυτήν την οπτική, οι Gall και Gomblat (2002) βρήκαν πως υπήρχαν γυναίκες που

θεωρούσαν πως ο καρκίνος που είχαν στο στήθος στην ουσία εξυπηρετούσε κάποιο θεϊκό σκοπό.

Σε μία έρευνα που δημοσιοποιήθηκε του 2005, οι Jessica Tartaro, Linda J.Luecken και Heather E.Gunn, επιχείρησαν να ερευνήσουν τη σχέση ανάμεσα στη θρησκευτικότητα/πνευματικότητα και το φύλο και στην αιμοστατική πίεση καθώς και τα επίπεδα κορτιζόλης που παρουσιάζονται σε άτομα που εκτίθενται σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Όσον αφορά τη διερεύνηση της σχέσης θρησκευτικότητας/πνευματικότητας, φύλου και επιπέδων κορτιζόλης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση. Αφού οι ερευνητές απέκλεισαν τον παράγοντα "φύλο", εφόσον δε φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα κορτιζόλης. Ο παράγοντας θρησκευτικότητα/πνευματικότητα δε φάνηκε να επηρεάζει τα γενικότερα επίπεδα κορτιζόλης. Παρόλα αυτά σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις κατά τη διάρκεια των ασκήσεων φάνηκε ότι μεγαλύτερες τιμές της μεταβλητής θρησκευτικότητα/πνευματικότητα σχετίζονται με μικρότερες τιμές στα επίπεδα κορτιζόλης. Τα άτομα με μεγαλύτερα σκορ στη μεταβλητή θρησκευτικότητα/πνευματικότητα είχαν μικρότερες τιμές κορτιζόλης κατά τη διάρκεια του τεστ. Εξαιτίας αυτής της σχέσης οι ερευνητές προσπάθησαν να κάνουν πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα. Έτσι, βρήκαν (μέσω μετααναλύσεων) ότι όσον αφορά την μεταβλητή της θρησκευτικότητας, άτομα που απάντησαν ως καθόλου θρήσκοι είχαν υψηλότερα ποσοστά κορτιζόλης από τα υπόλοιπα άτομα που είχαν κάποια σχέση με τη θρησκεία, έστω και υποτυπώδη. Αντίθετα, για τον παράγοντα της πνευματικότητας δεν παρατηρήθηκε κάτι παρόμοιο. Δεδομένης λοιπόν της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, οι ερευνητές επιχείρησαν να διεξάγουν διερευνητικές αναλύσεις στο ποιες συγκεκριμένες τεχνικές της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας επηρεάζουν πιο άμεσα τα επίπεδα κορτιζόλης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τόσο η προσευχή όσο και η συγχώρεση ως θρησκευτικές/πνευματικές πρακτικές επηρεάζουν σημαντικά την κορτιζόλη, σε αντίθεση με άλλες πρακτικές όπως η παρακολούθηση και ο διαλογισμός. Οι περισσότερες έρευνες που εξετάζουν τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και στρες, βρίσκουν ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση. Η θρησκευτικότητα/πνευματικότητα βοηθά το άτομο να ανταπεξέλθει σε στρεσογόνες καταστάσεις και το άτομο υιοθετεί μέσω της θρησκείας τεχνικές διαχείρισης και αντιμετώπισης του στρες (Hsien-Chuan Hsu, 2009. Dew et al, 2010. Graham et al, 2001)

3.4 Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα και καρκίνος (ερευνητικά δεδομένα)

Οι Biegler et al. το 2011, διεξήγαγαν μια έρευνα με σκοπό να μελετήσουν τις σχέσεις θρησκευτικότητας/πνευματικότητας με το άγχος πριν την εγχείρηση σε ένα δείγμα 115 ανδρών που έπασχαν από κάποια μορφή καρκίνου στο ουρολογικό τους σύστημα (οι μορφές καρκίνου που σχετίζονται με το σύστημα αυτό είναι ο καρκίνος της κύστης, των νεφρών, του προστάτη και των όρχεων) και είχε προγραμματιστεί να τους γίνει εγχείρηση ώστε να τους αφαιρεθεί. Πρέπει να σημειωθεί πως μελετούνταν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως παρόλο που η θρησκευτικότητα/πνευματικότητα επηρεάζουν τα άτομα αυτά, ώστε να εμπλέκονται πιο άμεσα στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων και παρόλο που τα αποτελέσματα δείχνουν πως στα άτομα που είχαν υψηλότερα σκορ στην τιμή θρησκείας/πνευματικότητας υπήρχε μεγαλύτερη συσχέτιση στις μεταβλητές στρες και κοινωνική υποστήριξη, δεν υπάρχουν άμεσες σχέσεις. Παρόλα αυτά, υπάρχουν άλλες έρευνες που έχουν διαφορετικά αποτελέσματα. Οι Krupski et al το 2006, διεξήγαγαν έρευνα για να μελετήσουν το κατά πόσο η πνευματικότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη υγεία σε άτομα με καρκίνο στον προστάτη. Το δείγμα τους ήταν 222 ασθενείς που τους προσφέρθηκε δωρεάν θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χαμηλή πνευματικότητα σχετίζεται με χειρότερη σωματική και ψυχολογική υγεία, χειρότερη σεξουαλική συμπεριφορά και περισσότερο πόνο. Τα άτομα με χαμηλότερα σκορ στην πνευματικότητα είχαν χειρότερη και πιο αργή προσαρμογή στα δεδομένα της κατάστασης τους.

Οι ασθενείς με καρκίνο πολύ συχνά στηρίζονται στην θρησκευτική τους πίστη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις που δημιουργούνται εξαιτίας της ασθένειας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε έρευνα του 2010 από τους Vespa et al. Οι ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν αν η πνευματικότητα σχετίζεται με πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας. Τα άτομα

που πήραν μέρος στην έρευνα αυτή, ήταν 144 καρκινοπαθείς (88 είχαν καρκίνο του λάρυγγα και 56 είχαν καρκίνο του εντέρου). Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι ασθενείς με υψηλά σκορ στην πνευματικότητα έτειναν να αναπτύξουν και να χρησιμοποιούν όλες τις δυνατότητές τους και να σχηματίζουν πιο ισχυρούς τρόπους αντιμετώπισης σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Παράλληλα, στα άτομα με χαμηλά σκορ στην πνευματικότητα οι τρόποι αντιμετώπισης στρες δεν είναι τόσο αποτελεσματικοί ενώ, υπάρχει πολύ μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Οι Edmondson et al το 2008 ερεύνησαν τη σχέση πνευματικής/θρησκευτικής ευμάρειας και ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Από ένα δείγμα 237 ασθενών με κάποια μορφή καρκίνου, τα αποτελέσματα έδειξαν πως αν και υπάρχει σχέση των δύο μεταβλητών, η σχέση δεν έχει προβλεπτική δύναμη. Ίδια αποτελέσματα, υπάρχουν και σε έρευνα του Ασημακόπουλου και συνεργατών το 2008. Στην έρευνα αυτή, οι ερευνητές επιχείρησαν να ερευνήσουν τα επίπεδα θρησκευτικότητας σε Έλληνες χριστιανούς ορθόδοξους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και στη συνέχεια να διερευνηθεί η σχέση θρησκευτικότητας και ποιότητας ζωής. Η έρευνα έδειξε υψηλά ποσοστά θρησκευτικότητας στο δείγμα, αλλά όσον αφορά τη σχέση θρησκευτικότητας και ποιότητας ζωής τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ναι μεν υφίσταται αλλά η ισχύς της είναι αδύναμη. Αντίθετα, στην έρευνα των Kandasamy et al το 2011, τα αποτελέσματα ήταν διαφορετικά. Η έρευνα μελετούσε την επιρροή της πνευματικής ευεξίας σε τομείς της ποιότητας ζωής 50 ασθενών σε τελικά στάδια καρκίνου. Οι τομείς της μεταβλητής που μετρήθηκαν ήταν μεταξύ άλλων η κατάθλιψη και το άγχος. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή αρνητική συσχέτιση πνευματική ευεξίας και άγχους και κατάθλιψης καθώς και με άλλους τομείς της ποιότητας ζωής, όπως η κόπωση, η απώλεια μνήμης, ξηρότητα στόματος, απώλεια όρεξης και θλίψης. Εν ολίγοις, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η πνευματική ευεξία αποτελεί μέρος της γενικότερης ποιότητας ζωής των ασθενών και σχετίζεται άμεσα τόσο με τα σωματικά όσο και με τα ψυχολογικά συμπτώματα που είναι απόρροια της ασθένειας. Σε μια έρευνα του 2009, οι Phelps et al θέλησαν να μελετήσουν το πώς οι τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας μέσω της θρησκείας, επηρεάζουν τη φροντίδα ασθενών με προχωρημένη μορφή καρκίνου ώστε να παραταθεί η ζωή τους. Το δείγμα της έρευνας ήταν 345 ασθενείς σε τελικά στάδια καρκίνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι ασθενείς που είχαν υψηλά σκορ στην υιοθέτηση τεχνικών διαχείρισης, μέσω της θρησκείας, της κατάστασης τους σχετιζόνταν με πιο εντατική φροντίδα, συγκριτικά με αυτούς που είχαν χαμηλά

ποσοστά. Οι ερευνητές, στη συνέχεια, συνυπολόγισαν και άλλους παράγοντες (άλλες μορφές αντιμετώπισης, υποστήριξη πνευματικών αναγκών, αναγνώριση από τα άτομα της μη αναστρεψιμότητας της κατάστασης τους) και πάλι βρήκαν αποτελέσματα που υποδείκνυαν πως η διαχείριση καταστάσεων, με γνώμονα τη θρησκεία, είναι παράγοντας με σημαντική προβλεπτική δύναμη για τη φροντίδα των ασθενών. Μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2009 από τους Park et al. Οι ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, ερευνώντας τις συμπεριφορές αυτές, τη παρακολούθηση σε θρησκευτικές δραστηριότητες και τις πνευματικές εμπειρίες σε ένα δείγμα 167 νεαρών ενηλίκων, οι οποίοι είχαν ξεπεράσει κάποιο καρκίνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θρησκευτική παρακολούθηση είχε μικρή επίδραση σε συμπεριφορές που σχετίζονταν με την υγεία, αλλά οι πνευματικές εμπειρίες σχετίζονταν με μεγαλύτερη συμμετοχή σε υγιεινές συμπεριφορές. Γενικότερα, οι ερευνητές υποστήριζαν πως πτυχές της πνευματικότητας και της θρησκείας ενδέχεται να παίζουν σημαντικό και διαφορετικό, η κάθε μία, ρόλο στις επιλογές ατόμων που ξεπέρασαν κάποιας μορφής καρκίνο, όσον αφορά την καθημερινότητά τους.

Ένα τμήμα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και καρκίνου ασχολείται με τον καρκίνο του στήθους, Μια τέτοια έρευνα είναι αυτή των Hebert et al το 2009. Οι ερευνητές παρακολουθούσαν μια ομάδα 284 ασθενών με καρκίνο του μαστού (198 γυναικών με καρκίνο στα στάδια I και II και 86 γυναίκες στο στάδιο IV της νόσου). Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσο αλλαγές στους θετικούς και αρνητικούς τρόπους αντιμετώπισης της υγείας, μέσω της θρησκείας, από τους ασθενείς προκαλούν αλλαγές στην γενικότερη ευεξία τους. Οι ερευνητές έβγαλαν 3 συμπεράσματα, βάσει των αποτελεσμάτων. Πρώτον, οι αρνητικοί τρόποι αντιμετώπισης έγιναν αντιληπτοί ως τρόπος αντιμετώπισης μέσω θυμού (το άτομο βιώνει εγκατάλειψη από το Θεό και εκφράζει οργή προς το Θεό). Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης σχετίστηκε με χειρότερη ψυχική υγεία, περισσότερη κατάθλιψη και λιγότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Δεύτερον, οι θετικοί τρόποι αντιμετώπισης μέσω της θρησκείας (αναζήτηση στο Θεό δύναμης, υποστήριξης και καθοδήγησης) δεν επηρέαζαν την ευεξία του ασθενούς. Τρίτον, τα στάδια του καρκίνου δε διαδραμάτιζαν κάποιο ρόλο στα αποτελέσματα. Οι Schreiber και Brockopp το 2012, σε μια σημαντική έρευνα, συγκέντρωσαν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού από 18 ποσοτικές έρευνες. Το ζητούμενο ήταν η εξέταση των

σχέσεων μεταξύ θρησκείας, πνευματικότητας και ψυχολογικής ευεξίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχουν περιορισμένες σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Έρευνα σε έναν πληθυσμό, που είναι κατεξοχήν θρήσκος πραγματοποίησαν οι Wildes et al. το 2009. Το δείγμα της έρευνας ήταν 117 ισπανόφωνες γυναίκες της Αμερικής σε κάποιο στάδιο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετηθεί η επίδραση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία των γυναικών αυτών. Οι γυναίκες του δείγματος παρουσίασαν υψηλά σκορ στη μεταβλητή θρησκευτικότητας/πνευματικότητα τα οποία είχαν υψηλή συσχέτιση με πτυχές της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία (κοινωνική ευμάρεια, λειτουργική ευεξία, σχέση με το γιατρό). Επιπλέον, τα υψηλά σκορ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας προέβλεψαν υψηλότερη λειτουργική ευεξία και καλύτερες σχέσεις με το γιατρό όταν ελέγχθησαν από τους ερευνητές άλλες μεταβλητές που μπορεί να έπαιζαν κάποιο ρόλο.

Μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Brenda Cole το 2005. Η έρευνα συνέκρινε την αποτελεσματικότητα μια θεραπείας που ήταν εστιασμένη στην πνευματικότητα πάνω σε άτομα που έπασχαν από καρκίνο και μιας ομάδας ελέγχου που δε λάμβανε κάποια θεραπεία. Η σωματική ευεξία (συμπτώματα, παρενέργειες από τη θεραπεία, συχνότητα και ένταση του πόνου και σωματική λειτουργικότητα) και η ψυχολογική ευεξία (άγχος και κατάθλιψη) αξιολογήθηκαν τρεις φορές: μια φορά πριν από τη θεραπεία, δεύτερη φορά μετά τη θεραπεία και τρίτη φορά με από δύο μήνες. Όσον αφορά τα αποτελέσματα, θετικοί τρόποι αντιμετώπισης, μέσω της θρησκείας, σχετίστηκαν με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και λιγότερη έντονη αίσθηση του πόνου. Από την άλλη, αρνητικοί τρόποι αντιμετώπισης, μέσω της θρησκείας, σχετίστηκαν με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, συχνότητας και έντασης του πόνου, και γενικότερα φτωχότερη σωματική ευεξία. Όσον αφορά τον τομέα της παρέμβασης, τόσο ο παράγοντας της κατάθλιψης όσο και ο παράγοντας της έντασης παρέμειναν σταθεροί στον χρόνο για την ομάδα που εφαρμόσθηκε ο εστιασμένος στην πνευματικότητα τρόπος θεραπείας αλλά όσον αφορά την ομάδα ελέγχου τα ποσοστά κατάθλιψης και πόνου ήταν αυξημένα διαμέσου των μετρήσεων.

3.5 Θρησκεία/πνευματικότητα και καρδιαγγειακή λειτουργία (ερευνητικά δεδομένα)

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια χρόνια ασθένεια που χαρακτηρίζεται και από έντονα επίπεδα θνησιμότητας. Οι ασθενείς τέτοιων ασθενειών βιώνουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από συμπτώματα όπως η κόπωση, η μείωση της αναπνοής, πόνους στο στήθος, δυσλειτουργία στη σεξουαλική συμπεριφορά, αλλαγές στο σώμα και κατάθλιψη. Σε τέτοιες καταστάσεις, οι ασθενείς και οι οικογένειες τους αναζητούν άλλους τρόπους για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση τους και στρέφονται στη θρησκεία. Σε μια ποιοτική έρευνα των Westlake και Dracup το 2001 επιχειρήθηκε να διερευνηθεί ο ρόλος της πνευματικότητας στη προσαρμογή ανθρώπων με καρδιακή ανεπάρκεια. Δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 27 ασθενείς. Οι ερωτηθέντες παρουσίασαν τρεις τρόπους μέσω των οποίων ο παράγοντας της πνευματικότητας επηρεάζει την προσαρμογή τους: α) ανάπτυξη αισθημάτων θλίψης και μετάνοιας σχετικά με προηγούμενες συμπεριφορές και τρόπο ζωής, β) εύρεση νοήματος για την τωρινή τους κατάσταση σχετικά με την υγεία τους και γ) αναζήτηση ελπίδας και ανάκτηση της αυτοπεποίθησής τους. Σε έρευνα του Koenig (2002) επιχειρήθηκε να ερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ θρησκευτικών πεποιθήσεων και πρακτικών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνια πνευμονική διαταραχή που νοσηλεύονταν. Το δείγμα ήταν 196 ασθενείς 55 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως 98% των ασθενών πίστευαν σε κάποια θρησκεία, 48% του δείγματος υποστήριξε πως παρευρίσκεται σε θρησκευτικές δραστηριότητες τουλάχιστον μια φορά εβδομαδιαίως, 70% υποστήριξε πως προσεύχεται ή μελετά θρησκευτικά κείμενα καθημερινώς και πάνω από το 85% του δείγματος ανέφερε ότι έχει θρησκευτικά πιστεύω και συμπεριφέρεται ανάλογα. Οι παράγοντες των θρησκευτικών πεποιθήσεων και πρακτικών παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την ένταση των σωματικών ασθενειών και με τη σωματική δυσλειτουργία, ενώ δεν ήταν συχνοί ανάμεσα στα άτομα που είχαν ιστορικό ψυχιατρικής φροντίδας, εισαγωγές στο νοσοκομείο για κατάθλιψη, είχαν προβλήματα αλκοολισμού και κατανάλωσης ψυχοτρόπων ουσιών. Οι θρησκευτικές δραστηριότητες είχαν υψηλή συσχέτιση με μεγαλύτερες τιμές στον παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης, και χαμηλή συσχέτιση με τον παράγοντα της κατάθλιψης.

Εξαιτίας της φύσης της ασθένειας, ένα τμήμα της βιβλιογραφίας που μελετά τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας ασχολείται με τον παράγοντα της

κατάθλιψης. Όπως έχει εξηγηθεί και παραπάνω η κατάθλιψη επηρεάζει πολύ έντονα το άτομο και ακόμα περισσότερο άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Η κατάθλιψη σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής, περισσότερες εισαγωγές σε νοσοκομείο και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (Contrada et al, 2004). Οι Bekelman et al το 2007 δημοσίευσαν μια έρευνα που είχε ως στόχο να ερευνήσει της σχέση της πνευματικότητας και της κατάθλιψης σε ασθενείς που έπασχαν από καρδιακή ανεπάρκεια. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 60 ασθενείς ηλικίας 60 ετών ή μεγαλύτερων (μέσης ηλικίας 75 ετών), ενώ ο βαθμός της ασθένειας τους ήταν της τάξης από II μέχρι IV . Το 32% του δείγματος (19 άτομα) είχε σημαντικά ποσοστά κατάθλιψης. Η πνευματική ευεξία είχε υψηλή αρνητική συσχέτιση με τον παράγοντα της κατάθλιψης, μεγαλύτερα σκορ στη μεταβλητή νόημα/γαλήνη σχετιζόνταν με πολύ χαμηλά στην κατάθλιψη, ενώ η μεταβλητή της πίστης είχε αρνητική σχέση με την κατάθλιψη αλλά όχι σε μεγάλες τιμές. Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Koenig το 2007. Η έρευνα είχε ως στόχο να μελετήσει την επιρροή της συμμετοχής σε θρησκευτικές δραστηριότητες στην θεραπεία ασθενών που έπασχαν από κατάθλιψη. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 1000 ασθενείς που έπασχαν είτε από καρδιακή ανεπάρκεια, είτε από χρόνια πνευμονοπάθεια και είχαν διαγνωσθεί με κατάθλιψη. Οι ασθενείς που συμμετείχαν σε θρησκευτικές δραστηριότητες χρειάζονταν λιγότερο χρόνο αποθεραπείας. Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν πως μεμονωμένες μεταβλητές της θρησκευτικότητας σχετιζόνταν με την κατάθλιψη, ο συνδυασμός θρησκευτικής παρακολούθησης, προσευχής, μελέτης της Βίβλου και υψηλής θρησκευτικότητας σχετίστηκαν με πιο γρήγορη αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Άλλο ένα ζήτημα που σχετίζεται άμεσα με την καρδιαγγειακή λειτουργία είναι αυτό του εγκεφαλικού επεισοδίου. Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η αιτία για τη δυσλειτουργία πολλών ατόμων. Σε έρευνα του 2008, οι Johnstone et al. μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ πνευματικότητας, θρησκευτικότητας, σωματικής και ψυχολογικής υγείας σε άτομα που είχαν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο. Το δείγμα αποτελούνταν από 32 άτομα με εγκεφαλικό και μια ομάδα ελέγχου που αποτελείτο από 31 υγιή άτομα. Όσον αφορά τα άτομα που είχαν υποστεί εγκεφαλικό, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πεποίθηση των ατόμων για τη βοήθεια από μια ανώτερη δύναμη, ώστε να ανταπεξέλθουν της κατάστασης της ασθένειάς τους σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία, αλλά δε βρέθηκαν στοιχεία που να συνδέουν παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας με τη σωματική υγεία. Σε μια έρευνα

πάνω σε ισπανόφωνο πληθυσμό της Αμερικής δημοσιεύτηκε το 2007 από τους Berges et al. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εξετασθεί η σχέση θρησκευτικής παρακολούθησης και αλλαγής της λειτουργίας του σώματος σε άτομα που είχαν αναφέρει την ύπαρξη σωματικών δυσλειτουργιών μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συχνότερη συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες σχετιζόταν με λιγότερες αναφορές δυσκινησίας στην καθημερινότητα των ασθενών, συγκριτικά με τα άτομα του δείγματος που δεν ανέφεραν συχνή συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες. Επίσης, τα άτομα που συμμετείχαν συχνά είχαν λιγότερα προβλήματα στο κάτω μέρος του κορμού. Οι ερευνητές συμπέραναν πως ότι η παρακολούθηση θρησκευτικών δραστηριοτήτων πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο οδηγούσε σε καλύτερη λειτουργία και λειτουργικότητα του σώματος. Τέλος, οι Giaquinto, Spiridigliozzi και Caracciolo το 2007 δημοσίευσαν την έρευνά τους που ερευνούσε και αξιολογούσε εάν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις προστατεύουν άτομα που έχουν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο από τη συναισθηματική φόρτιση που πηγάζει από την κατάστασή τους. Το δείγμα της έρευνας ήταν 132 ασθενείς, που βρισκόνταν στο νοσοκομείο για μεγάλο διάστημα εξαιτίας εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα άτομα που είχαν υψηλά σκορ σε μια κλίμακα που μετρούσε τη θρησκευτικότητα, σκόραραν χαμηλά τόσο στην κλίμακα που μετρούσε το άγχος και την κατάθλιψη, όσο και μεμονωμένα στην κλίμακα άγχους, στην κλίμακα κατάθλιψης και σε υποκλίμακες που μετρούσαν διαστάσεις της κατάθλιψης. Οι ερευνητές εξήγαγαν το συμπέρασμα ότι το σθένος των θρησκευτικών πεποιθήσεων επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει ενός εγκεφαλικού επεισοδίου, και η ισχύς τους είναι προστατευτικός παράγοντας εναντίον της συναισθηματικής φόρτισης.

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της καρδιαγγειακής λειτουργίας του οργανισμού του ανθρώπου είναι αυτό της αρτηριακής πίεσης. Η υψηλή αρτηριακή πίεση, ή η υπέρταση, είναι παράγοντας κινδύνου ασθένειας που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα, το καρδιακό επεισόδιο, την καρδιακή ανεπάρκεια και το εγκεφαλικό (Chobanian, et al., 2003). Οι Buck et al. το 2009 επιχείρησαν να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ των διαφόρων πτυχών της θρησκευτικότητας και της συστολικής αρτηριακής πίεσης, της διαστολικής αρτηριακής πίεσης και της υπέρτασης. Από τους διάφορους παράγοντες της θρησκευτικότητας ο παράγοντας της προσευχής σχετίστηκε με την αύξηση της υπέρτασης ενώ η πνευματικότητα σχετίστηκε με την αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Παρόλα αυτά, οι μεταβλητές της

πνευματικότητας "μήνυμα" και "συγχώρεση" σχετίστηκαν με μειωμένες τιμές στη διαστολική αρτηριακή πίεση και της υπέρτασης. Άλλη έρευνα πάνω στο ίδιο θέμα έγινε το 2007 από τους Chen και Contrada. Στην έρευνα αυτή, εξετάστηκε, ανάμεσα άλλων παραγόντων, η σχέση της θρησκευτικής συμμετοχής με τη συστολική αρτηριακή πίεση., τη διαστολική αρτηριακή πίεση και την υπέρταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλές τιμές θρησκευτικότητας σχετίστηκαν με μειωμένη συστολική πίεση αλλά μόνο για τα άτομα που είχαν υψηλές τιμές στη μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης. Διερευνώντας τη σχέση θρησκείας (συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες) και αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης, οι Gillum και Ingram διεξήγαγαν έρευνα το 2006 κατά την οποία μετρήθηκαν αυτές οι μεταβλητές σε 14.475 άνδρες και γυναίκες 20 χρονών και πάνω. Το ποσοστό των ατόμων αυτών που δήλωσε πως παρευρίσκεται σε θρησκευτικές δραστηριότητες εβδομαδιαίως ήταν 29% και αυτών που δήλωσαν πως παρευρίσκονται σε θρησκευτικές δραστηριότητες πάνω από μια φορά την εβδομάδα ήταν 10%. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα συμμετείχαν σε θρησκευτικές δραστηριότητες μία ή παραπάνω φορές την εβδομάδα είχαν χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης από τα άτομα που δε συμμετείχαν καθόλου. Αξίζει να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα αυτά εμφανίστηκαν αφού έγινε έλεγχος για μεταβλητές που αφορούσαν την υγεία και δημογραφικά στοιχεία. Έρευνα πάνω σε πληθυσμό της Σκανδιναβίας έκαναν οι Sorensen et al (2011), μελετώντας αν θα υπάρχουν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά σε έρευνες στην Αμερική. Το δείγμα της έρευνας ήταν 20.066 γυναίκες και 15.898 άνδρες και μετρήθηκε η συμμετοχή τους σε θρησκευτικές δραστηριότητες σχηματίζοντας τρεις ομάδες. Η πρώτη συμμετείχε περισσότερες από 3 φορές το μήνα, η δεύτερη συμμετείχε 1-3 φορές το μήνα και η τρίτη 1-6 φορές σε χρονικό διάστημα 6 μηνών. Τα αποτελέσματα εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση θρησκευτικής συμμετοχής και αρτηριακής πίεσης. Πιο συγκεκριμένα, εμφανίστηκε υψηλή αρνητική συσχέτιση για τη συστολική αρτηριακή πίεση και στα δύο φύλα και υψηλή αρνητική συσχέτιση για τη διαστολική αρτηριακή πίεση μόνο στις γυναίκες. Μετά τον έλεγχο παραγόντων, εμφανίστηκε υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ θρησκευτικής παρακολούθησης και διαστολικής/συστολικής αρτηριακής πίεσης και για τα δύο φύλα. Σχηματικά, τα άτομα που συμμετείχαν συχνότερα σε θρησκευτικές δραστηριότητες είχαν χαμηλότερες τιμές και στα δύο είδη πίεσης από αυτούς που συμμετείχαν 1-3 φορές το μήνα και αυτοί με τη σειρά τους είχαν χαμηλότερες τιμές και στα δύο είδη πίεσης από ότι τα άτομα που συμμετείχαν πιο αραιά.

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα ζήτημα, όσον αφορά την καρδιοαγγειακή λειτουργία του ατόμου είναι και ο παράγοντας της εγχείρησης καρδιάς. Μόνο στην Αμερική το 2004 έγιναν περίπου 427.000 επεμβάσεις μπάι-πας και 99.000 εγχειρήσεις βαλβίδας της καρδιάς (Rosamond et al., 2007). Σε έρευνα των Contrada et al. (2008) επιχειρήθηκε να μελετηθούν οι παράγοντες του άγχους και της μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τη ψυχολογική ευπάθεια των ατόμων που θα έκαναν εγχείρηση καρδιάς. Δόθηκαν ερωτηματολόγια στους ασθενείς πέντε μέρες πριν από την εγχείρηση. Τα άτομα που είχαν υψηλότερα ποσοστά στη ψυχολογική ευπάθεια πριν από την εγχείρηση είχαν χαμηλότερες τιμές στον παράγοντα της θρησκευτικότητας και σε μια σειρά άλλων παραγόντων. Άλλη έρευνα που σχετιζόταν με την εγχείρηση καρδιάς είναι αυτή των Ai et al. (2007). Στην έρευνα αυτή οι ερευνητές εξέτασαν τους τρόπους αντιμετώπισης, μέσω της θρησκείας, την ελπίδα και την κοινωνική υποστήριξη ως τρόπους επιρροής της γενικής θρησκευτικότητας στη ψυχολογική αγωνία που βιώνουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιά πριν τους γίνει εγχείρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θρησκευτικότητα συνείσφερε σε θετικούς τρόπους αντιμετώπισης, μέσω της θρησκείας, οι οποίοι σχετίστηκαν με λιγότερη αγωνία, κάτι που ενίσχυαν οι παράγοντες της ελπίδας και της κοινωνικής υποστήριξης. Οι αρνητικοί τρόποι αντιμετώπισης, μέσω της θρησκείας, συσχετίστηκαν με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης τόσο πριν όσο και μετά την εγχείρηση. Οι Contrada et al. (2004) μέτρησαν τα επίπεδα θρησκευτικότητας και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες μια εβδομάδα πριν από εγχείρηση σε 142 ασθενείς που έπασχαν από καρδιά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν πιο ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις, παρουσίασαν λιγότερες επιπλοκές κατά την εγχείρηση και πιο σύντομη παραμονή μέσα στο νοσοκομείο. Παράλληλα, η πιο συχνή θρησκευτική παρακολούθηση σχετίστηκε με μεγαλύτερο διάστημα παραμονής των ασθενών μέσα στο νοσοκομείο ενώ ο παράγοντας της προσευχής δεν είχε κάποιο ρόλο. Οι Ai et al. (2010) ασχολήθηκαν με τον να ερευνήσουν τις επιρροές παραγόντων που σχετίζονται με τη θρησκεία σε άτομα που είχαν κάνει εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς πριν 30 μέρες. Βρέθηκε ότι άτομα που προσεύχονταν (η προσευχή ήταν ένας τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης, απόκτησης αυτοπεποίθησης και ελπίδας) πριν από την εγχείρηση, είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Τα χαμηλά επίπεδα άγχους σχετίστηκαν με τις μεταβλητές της θρησκευτικότητας, της συζυγικής κατάστασης και της ελπίδας. Η τυχόν κακή

προσαρμογή σχετίστηκαν με τις μεταβλητές του θρησκευτικού περιβάλλοντος, συμπτώματα ψυχικής υγείας πριν την εγχείρηση και φαρμακευτική συννοσηρότητα.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο να καταδείξει τις επιρροές της θρησκείας και της πνευματικότητας στον τομέα της υγείας, με έμφαση στις χρόνιες ασθένειες. Τα στοιχεία δείχνουν πως όντως υπάρχει έντονη σχέση των δύο μεταβλητών με τον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, διάφορες πτυχές της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας φαίνεται πως τον επηρεάζουν. Ωστόσο τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα τόσο πειστικά.

Αυτό συμβαίνει επειδή η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα επηρεάζουν, όπως φαίνεται και από τη βιβλιογραφία, πιο άμεσα παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η πνευματική και ψυχολογική υγεία και η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Αυτή τους η σχέση, όμως, δημιουργεί προβλήματα στην ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά τη μελέτη στον τομέα της υγείας. Η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη στο άτομο, η καλύτερη κατάσταση της πνευματική και ψυχολογικής του υγείας και η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών έχουν άμεση σχέση και με τον παράγοντα της υγείας. Έτσι, προκύπτει ο προβληματισμός για το κατά πόσο η θρησκεία και η πνευματικότητα επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία. Αυτή η διάκριση φαίνεται ακόμη πιο έντονη για τον τομέα των χρόνιων ασθενειών. Αυτές οι ασθένειες, από τη φύση τους, επιδέχονται ιδιαίτερης μεταχείρισης τόσο από τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο. Αυτό σημαίνει πως το άτομο που αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια πρέπει να είναι συνεχώς σε επιφυλακή, να προσέχει επιμελώς την υγεία του και να βρίσκεται σε καλή συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση ούτως ώστε να μην υπάρξει επιδείνωση της κατάστασής του και ξαφνική έξαρση των συμπτωμάτων της ασθένειας. Εφόσον, λοιπόν, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα βοηθούν στη καλύτερη κατάσταση του ατόμου θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι όντως βοηθούν το χρόνιο ασθενή. Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση. Αυτός ο προβληματισμός κυριαρχεί στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας.

Η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι πολυπαραγοντικές μεταβλητές. Αυτό τις καθιστά πιο δύσκολες στην ερμηνεία τους και πιο απαιτητικές στην κατασκευή εργαλείων για την μελέτη τους. Επίσης, δεν υπάρχουν ορισμοί τους που να είναι αποδεκτοί από όλη την επιστημονική κοινότητα. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της υποκειμενικότητας του χαρακτήρα τους. Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική οπτική

για το πώς αντιλαμβάνεται την ύπαρξη του Θεού, διαφορετική οπτική για το ποιες πράξεις και συμπεριφορές διαμορφώνουν τη φαντασιακή εικόνα του σωστού πιστού (π.χ. Ο χριστιανισμός πιστεύει ότι υπάρχουν τρεις τρόποι σύμφωνα με τους οποίους κάποιος σχετίζεται με την ύπαρξη του Θεού. α) Το άτομο πιστεύει, επειδή θεωρεί ότι έχει να κερδίσει κάτι από τη σχέση αυτή. Ο Θεός είναι κάτι σαν έμπορος. Το άτομο, στην περίπτωση αυτή, αποκτά σχέσεις με το Θεό προσβλέποντας σε τυχόν πλεονεκτήματα από αυτή τη σχέση. Σαν μια εμπορική συναλλαγή, που η κάθε πλευρά προσφέρει κάτι, έτσι και ο πιστός προσφέρει την πίστη του και περιμένει από το Θεό να τον βοηθήσει στη ζωή του. β) Το άτομο πιστεύει επειδή φοβάται την τιμωρία του Θεού. Στην περίπτωση αυτή ο πιστός πιστεύει και πράττει σύμφωνα με τις διδαχές της θρησκείας του επειδή φοβάται την αντίδραση του Θεού αν δεν το κάνει. Ο Θεός, στην περίπτωση αυτή, είναι ένας τιμωρός που θα στείλει στον άνθρωπο συμφορές αν αυτός δεν τον υπακούει. γ) Η τρίτη περίπτωση, σύμφωνα με το χριστιανισμό, είναι και η σωστή σχέση Θεού-πιστού. Η σχέση αυτή είναι σχέση αγάπης και το άτομο αντιλαμβάνεται τη σχέση του με το Θεό ως αγάπη). Αυτά τα ερωτήματα που προκύπτουν, χρειάζονται να απαντηθούν μέσω της κατάλληλης κατασκευής εργαλείων. Είναι σημαντική η συνεργασία διάφορων επιστημόνων στον τομέα αυτών. Ψυχολόγοι υγείας και κοινωνιολόγοι που μελετούν τη σχέση θρησκείας/πνευματικότητας και υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν με θεολόγους και ιερείς, ώστε να κατασκευαστούν τα κατάλληλα εργαλεία για την καλύτερη μελέτη αυτών των παραγόντων και της σχέσης τους με την υγεία.

Η μελέτη της θρησκείας και της πνευματικότητας δείχνει ότι υπάρχουν παράγοντες αυτών των μεταβλητών που έχουν περισσότερη ισχύ σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Ο παράγοντας του νοήματος και της γαλήνης αποτελούν τέτοια παραδείγματα. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια ασθένεια, χρησιμοποιούν αυτούς τους παράγοντες ως τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασής τους. Παρόλα αυτά, και πάλι, υπάρχει ο κίνδυνος το άτομο να νιώσει ότι έχει παρατηθεί από το Θεό, κάτι που οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής και συναισθηματικής θλίψης. Άλλος ένας παράγοντας που σχετίζεται άμεσα με τον παράγοντα της θρησκευτικότητας είναι ο παράγοντας της συμμετοχής του ατόμου σε θρησκευτικές δραστηριότητες (συνήθως είναι ο παράγοντας έσω του οποίου ερευνάται η μεταβλητή της θρησκείας και της θρησκευτικότητας). Για τον παράγοντα αυτόν τα αποτελέσματα είναι έντονα αμφιλεγόμενα. Αν και έχει συσχετιστεί από τις περισσότερες έρευνες με την αυξημένη κοινωνική υποστήριξη του ατόμου, σε πολλές

έρευνες αναφέρεται υψηλή συσχέτιση αυτού του παράγοντα με τη καλύτερη υγεία του ασθενούς ενώ σε άλλες όχι . Για να εκλείψουν τέτοιου είδους μπερδέματα πρέπει οι έννοιες αυτές να μελετηθούν, ίσως, και με άλλο τρόπο από ότι μελετιούνται μέχρι τώρα. Πρέπει να δοθεί κάποια βαρύτητα στην υποκειμενικότητα που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν έννοιες που εντάσσονται εννοιολογικά στη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα. Το ίδιο διαφορετικά αυτές οι έννοιες επηρεάζουν κάθε άτομο. Έτσι, η έρευνα πάνω στη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα οφείλει να λάβει υπόψιν αυτή τη διάσταση. Επιπλέον, ίσως, θα έπρεπε, παράγοντες που αφορούν δημογραφικές, κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές μεταβλητές να ληφθούν πιο δραστικά υπόψιν.

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Αυτές οι μεταβλητές είναι πολυπαραγοντικές και ακόμα δεν έχουν αναλυθεί πλήρως. Η σχέση τους με την υγεία αποτελεί έναν ερευνητικό τομέα που θα χρειαστεί κι άλλες έρευνες για να κατανοηθεί σε μεγάλο βαθμό. Θα πρέπει να κατασκευαστούν ερευνητικά εργαλεία που να μετρούν όλες τις πτυχές αυτών των μεταβλητών. Το ίδιο ισχύει, φυσικά, και για τις χρόνιες ασθένειες. Η φύση των ασθενειών αυτών κάνει επιτακτική την ανάγκη έρευνας. Καλύτερη κατανόηση αυτών των σχέσεων θα ευνοήσει την δημιουργία πιο άμεσων και πιο δραστικών παρεμβάσεων στους ασθενείς αυτούς. Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν πολλούς, αν όχι όλους, τους τομείς της ζωής των ασθενών. Η μελέτη της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας θα οδηγήσει στη δημιουργία παρεμβάσεων που θα έχουν μια πιο θρησκευτική κατεύθυνση. Το νοσοκομειακό προσωπικό θα πρέπει να μετεκπαιδευτεί σε τέτοιες κατευθύνσεις. Αν και δεν έχει γίνει ακόμα ευκρινές το πώς, ξέρουμε ότι οι έννοιες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας παίζουν, είτε λίγο είτε πολύ, σημαίνον ρόλο στη ζωή των ασθενών. Έτσι, πρέπει τα άτομα που τους φροντίζουν, τα οποία αφιερώνονται στη διευκόλυνση της ζωής των ασθενών, τόσο πρακτική αλλά και ψυχολογική, να είναι σε θέση να τους παρέχουν και πνευματική φροντίδα. Με τον τρόπο αυτό, είναι πιο πιθανόν να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ειδικοί που θα επωμιστούν την ευθύνη της κατασκευής αυτών των παρεμβάσεων θα πρέπει, φυσικά, να είναι προσεχτικοί αφού ως στόχο θα έχουν την ένταξη της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στη θεραπεία και όχι την κατήχηση.

Βιβλιογραφία

Adegbola, M. A. (2006). Spirituality and Quality of Life in Chronic Illness. *The Journal of Theory Construction and Testing*, 10, 42-46.

Ai, A. L., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., & Tice, T. N . (2007). A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin* , 33(6), 867-882.

Ai, A. L., Ladd, K.L., Peterson, C., Cook, C.A., Shearer, M., & Koenig, H. G. (2010). Long-term Adjustment After Surviving Open Heart Surgery: The Effect of Using Prayer for Coping Replicated in a Prospective Design. *The Gerontologist* , 50(6), 798-809.

Ameling, A., & Povilonis, M. (2001). Spirituality, meaning, mental health, and nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(4), 14-20.

Baider, L., Russak, S.M., Perry,S., Kash,K., Gronert,M., Fox,B., et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: An Israeli sample. *Psychooncology* ,1, 27-35

Barbour, I.G.(2000). *When science meets religion: Enemies, strangers or partners?*. San Francisco : Harper Collins.

Biegler, K., Cohen, L., Scott, S., Hitzhusen, K., Parker, P., Gilts, C.D., Canada, A., et al. (2011). The Role of Religion and Spirituality in Psychological Distress Prior to Surgery for Urologic Cancer. *Integrative Cancer Therapies*. e-Pub 30/9/2011. Ανακτήθηκε από 17 Ιανουαρίου 2012 από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Bekelman, D. B., Dy, S.M., Becker, D.M., Wittstein, I.S., Hendricks, D.E., Yamashita, T.E., & Gottlieb S. H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine* ,22 (4), 470.

Berges, I. M., Kuo, Y.F., Markides, K.S., & Ottenbacher, K. (2007). Attendance at religious services and physical functioning after stroke among older Mexican Americans. *Experimental Aging Research*, 33(1), 1-11.

Blinderman, C.D., Homel, P., Billings, J.A., Tennstedt, S., & Portenoy, R.K. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.

Brady, M. J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8(5), 417-428

Burckhart, C. S., & Anderson, K. (2003). The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 60.

Buck, A. C., Williams, D. R., Musick, M.A., & Sternthal, M.J. (2009). An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Social Science Medicine*, 68(2), 314-322

Centers for Disease Control and Prevention National Health and Nutrition Examination Survey. Ανακτήθηκε στις 18 Ιουνίου 2011 από <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/datalink.htm>.

Chen, Y. Y., & Contrada, R. J. (2007). Religious Involvement and Perceived Social Support: Interactive Effects on Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stressors. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12(1), 1-12.

Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009) Religiosity/Spirituality and Mortality: A Systematic Quantitative Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 81-90.

Chobanian, A., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, Jr. L., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, 289(19), 2560-2571.

Clarke, D.M., & Currie, K .C. (2009) Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*. 190(7), 54-60.

Cohen, A. (2002). The Importance of Spirituality in Well-Being for Jews and Christians. *Journal of Happiness Studies*, 2002, 3(3), 287-310.

Cole, B. S. (2005). Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 217-226.

Comstock, G.W., & Partridge, K.B. (1972) . Church attendance and health. *Journal of Chronic Diseases* 25(12), 665-672.

Contrada, R. J., Boulifard, D.A., Hekler, E.B., Idler, E.L., Spruill, T.M., Labouvie, E.W., et al. (2008). Psychosocial factors in heart surgery: presurgical vulnerability and postsurgical recovery. *Health Psychology Official Journal of the Division of Health Psychology*, 27(3), 309-319.

Contrada, R.J., Goy, T.M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E.L., & Krause, T.J. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, 23(3), 227-238.

Dein, S., & Stygal, J. (1997). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine*, 11(4), 291–298.

Dennett, D.C.(1991). *Consciousness explained*. Boston , Little, Brown.

Dew, R.E., Daniel, S.S., Goldston, D.B., McCall, W.V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., et al. (2010). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders* , 120(1), 149-157.

Dezutter, J., Robertson, L.A., Luyckx, K., & Hutsebaut, D. (2010) Satisfaction in Chronic Pain Patients: The Stress-Buffering Role of the Centrality of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion Life*, 49(3), 507–516.

Eckersley, R.M . (2007) Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. *The Medical Journal of Australia* , 186 (10), 54-56.

Edmondson, D., Park, C.L., Blank, T.O., Fenster, J.R., & Mills, M.A. (2008). Deconstructing spiritual well-being: existential well-being and HRQOL in cancer survivors. *Psychooncology*, *17*(2), 161-169.

Ehman, J.W., Ott, B.B., Short, T.H., Ciampa, R.C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?. *Archives of Internal Medicine*, *159*(15), 1803–1806.

Ellison, C.G., Bradshaw, M., Rote, S., Storch, J., & Trevino, M. (2008). Religion and Alcohol Use Among College Students: Exploring the Role of Domain-Specific Religious Salience. *Journal of Drug Issues*, *38*(3), 821- 846.

Emmons, R.(1999). *The Psychology of ultimate Concerns*. New York: Guilford.

Evans, E.J., & Wickstrom, B. (1999). Subjective fatigue and self care in individuals with chronic illness. *Medsurg nursing : The Official Journal of the Academy of Medical Surgical Nurses*, *8*(6), 363-376.

Fairclough, D. L. (2002). *Design and Analysis of Quality of Life Studies in clinical Trials: Interdisciplinary Statistics*. Boca Raton. Chapman & Hall/CRC, 2002

Farr, S.L., Hayes, D.K., Bitsko, R.H., Bansil, P., & Dietz, P.M. (2011). Depression, Diabetes, and Chronic Disease Risk Factors Among US Women of Reproductive Age. *Preventing Chronic Disease*, *8*(6), 119.

Forman, R.K.C. (Ed.). (1998). *The innate Capacity: Mysticism, psychology and Philosophy*. New York :Oxford University Press.

Frank, J.D., & Frank, J.B.(1991). *Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy (3rded.)*.Baltimore :Johns Hopkins Press.

Freud, S. (1927) The Future of an Illusion. Reprinted (1953–1974) in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.

Gall, T. L., & Comblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*, *11*(6), 524-535.

Gallup, G. (1985). *Religion in America, 50 years : 1935–1985*. Princeton, NJ: Princeton Religious Research Center.

Gallup, G. (1995). *The Gallup Poll: Public opinion 1995*. Wilmington, DE: Scholarly Reserves.

Giaquinto, S., Spiridigliozzi, C., & Caracciolo, B. (2007). Can faith protect from emotional distress after stroke?. *Stroke* , 38, 993–997.

Gillum, R.F., & Ingram, D.D. (2006). Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 382-385.

Gore, J.L., Kwan, L., Lee, S.P., Reiter, R.E., & Litwin, M.S. (2009). Survivorship beyond convalescence: 48-month quality-of-life outcomes after treatment for localized prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 101 (12), 888-892.

Underwood-Gordon, L., Peters, D.J., Bijur, P., & Fuhrer, M. (1997). Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities: A Commentary¹. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76(3), 255-257.

Gordon, P.A., Feldman, D., Crose, R., Schoen, E., Griffing, G., & Shankar, J. (2002). The role of religious beliefs in coping with chronic illness. *Counseling and Values*, 46(3), 162-174.

Goymer, P.(2006). Stress and cancer. *Nature Reviews Cancer*, 6, 658-659.

Graham, S., Furr S., Flowers, C., & Burke, M.T. (2001). Religion and Spirituality in Coping with Stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.

Griffin, M.T., Lee, Y.H., Salman, A., Seo, Y., Marin, P.A., Starling, R.C., et al. (2007). Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 669-675.

Harris, A.H.S., Thoresen, C.E., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (1999). Spiritually and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 413-433.

Hauerwas, S. (2001). *With the Grain of the Universe*. Grand Rapids, MI: Brazos Press.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.

Hsu, P.H.C., Krageloh, C. U., Shepherd, D., & Billington, R. (2009). Religion/Spirituality and Quality of Life of International Tertiary Students in New Zealand: An Exploratory Study. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(4), 385 - 399.

Hummer, R.A., Rogers, R.G., Nam, C.B., & Ellison, C.G. (1999). Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, 36(2), 273-285.

James, W. (1961). *The Varieties of religious Experience : A Study in human Nature*. New York: Collier. (Original work published 1902). Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου 2011 από [http://selfdefinition.org/christian/William James - Varieties of Religious Experience.pdf](http://selfdefinition.org/christian/William%20James%20-%20Varieties%20of%20Religious%20Experience.pdf)

Johnstone, B., Franklin, K.L., Yoon, D.P., Burriss, J., & Shigaki, C. (2008). Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 308-313.

Kandasamy, A., Chaturvedi, S.K., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*, 48(1), 55-59.

Kates, N., & Mach, M. (2007). Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(2), 77-85.

- Kendler, H.H. (1999). The role of value in the world of psychology. *American Psychologist*, 54(10), 828–835.
- Koenig, H.G. (2001). Religion and Medicine II: Religion, Mental Health, and Related Behavior. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 31(1), 97 – 109.
- Koenig, H.G. (2007). Religion and Remission of Depression in Medical Inpatients With Heart Failure/Pulmonary Disease. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 195(5), 389-395.
- Koenig, H.G.(2002). Religion, Congestive Heart Failure and Chronic Disease. *Journal of Religion and Health*, 41(3), 263-278.
- Kornblith, A.B., Huang, H.Q., Walker, J.L., Spirtos, N.M., Rotmensch, J., & Cella, D. (2009). Quality of Life of Patients With Endometrial Cancer Undergoing Laparoscopic International Federation of Gynecology and Obstetrics Staging Compared With Laparotomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of Clinical Oncology*, 27(32), 5337–5342.
- Krause, N. (2002). Church-based social support and health in old age: exploring variations by race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), 332-47.
- Krupski, T.L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G.A., Maliski, S., & Litwin, M.S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology*, 15(2), 121-31.
- Larson, D.B., Koenig, H.G., Kaplan, B.H., Greenberg, R.S., Logue, E., & Tyroler H.A. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health* ,28(4), 265-278.
- Larson, D.B., Sherrill, K.A., Lyons, J.S., Craigie, F.C. Jr., Thielman, S.B., Greenwold, M.A. et al. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978–1989. *The American Journal of Psychiatry*, 149(4), 557-559.

Larson, D., Swyers, J., & McCullough, M. (1998) *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*. Rockville, Maryland: National Institute for Healthcare Research.

Levin, J. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salute genesis and host resistance. *Social Science in Medicine*, 43(5), 849–864.

Levin, J. (2000). A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 117–136.

Livneh, H., & Parker, R.M. (2005). Psychological Adaptation to Disability: Perspectives From Chaos and Complexity Theory. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(1), 17-28.

Loeb, S.J., Penrod, J., Falkenstern, S., Gueldner, S.H., & Poon, L.W. (2003). Supporting older adults with multiple chronic health conditions. *Western Journal of Nursing Research*, 25(1), 8-29.

Lucken , K. (2000). Spirituality and forgiveness considerations [Special issue]. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 16(1).

Lysne, C.J., & Wachholtz, A.B. (2011). Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature?. *Religions*, 2(1), 1-16.

May, G.(1982). *Will and spirit*. San Francisco: Harper.

McCoubrie, R.C., & Davies, A.N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?. *Support Care Cancer*, 14(4), 379-385.

McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222.

McFadden, D., Croghan, I.T., Piderman, K.M., Lundstrom, C., Schroeder, D.R., & Hays, J.T. (2011). Spirituality in tobacco dependence: a Mayo Clinic survey. *Explore (NY)*, 7(3), 162-167.

- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*(1), 32-38.
- Miller, J.F., Klinger, T.A., & McConnell, T.R. (2006). Religiosity and Spirituality: Influence on Quality of Life and Perceived Patient Self-Efficacy among Cardiac Patients and Their Spouses. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention, 25*(5), 299 – 313.
- Miller, W.R., & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist, 58*(1), 24-35.
- Mills, P.J. (2002). Spirituality, religiousness, and health from research to clinical practice. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 1-2.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet, 370*(9590), 851-858.
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health Volume, 34*(4), 329-350.
- Musick, M.A., Traphagan, J.W., Koeing, H.G., & Larson, D.B. (2000). Spirituality in Physical Health and Aging . *Journal of Adult Development, 7*(2), 73-86.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1999). *Conference Summary: Studying Spirituality and Alcohol*. Kalamazoo, MI: The Fetzer Institute.
- Nelson, C., Jacobson, C.M., Weinberger, M.I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., et al. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of behavioral medicine 38*(2),105-114.
- Oman, D., & Thoresen, C.E. (2002). Does religion cause health ? Differing interpretations and diverse meanings. *Journal of Health Psychology, 7*(4), 365–380.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2003b). Spiritual modeling: A key to spiritual and religious growth? *The International Journal for the Psychology of Religion, 13*(3), 149-165.

Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health? Στο R. F. Paloutzian & C. L. Park (Επιμ.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (σελ. 435–459). New York: Guilford

Ornish, D. (1999). *Love and Survival :8 pathways to Intimacy and Health*. New York: Harper Collins.

Osler, W. (1910). The faith that heals. *British Medical Journal*, *1*(2581), 1470–1472.

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.

Pargament, K.I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes And no. *International Journal for the Psychology of Religion*, *9*(1), 3–16.

Pargament, K.I., Koenig, H.G., & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(4), 519–543.

Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, *161*(15), 1881–1885.

Pargament, K.I., Zinnbauer, B.J., Scott, A.B., Butter, E.M., Zerowin, J., & Stanik, P. (1998). Red Flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(1), 77–89.

Park, C.L. (2007). Religious and Spiritual Issues in Health and Aging. Στο *Handbook of health Psychology and Aging* (σελ 313-337). New York Guilford.

Park, C.L., & Dornelas, E. (2011). Is Religious Coping Related to Better Quality of Life Following Acute Myocardial Infarction?. *Journal of Religion and Health* 2011.

Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου 2011 από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21222226>

Park, C.L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., & Blank, T.O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors:

does faith promote a healthier lifestyle?. *Journal of Behavioral Medicine* 32(6), 582-591.

Park ,C.L., Folkman,S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of control ability and coping in caregivers and hiv+men:Testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3) ,481–488.

Patten, S.B., Williams, J.V., Lavorato, D.H., Modgill, G., Jetté ,N., & Eliasziw, M. (2008). Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 407-413.

Paulsen, A.E. (1926). Religious healing: Preliminary report [series]. *Journal of the American Medical Association*, 86, 1519-1524, 1617-1623, 1692-1697.

Phelps, A.C., Maciejewski, P.K., Nilsson, M., Balboni, T.A., Wright, A.A., Paulk, M.E., et al. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*. 301(11), 1140-1147.

Powell, L.H., Shahabi, L., & Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.

Pryds, J. K., Back-Pettersson, S., & Segesten, K. (2000). The meaning of “Not giving in”. *Cancer Nursing*, 23(1), 6-11.

Roberts, J. A., Brown, D., Elkins, T., & Larson, D.B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*,176, 166–172.

Roof, W.C. (1993). *A Generation of Seekers: The spiritual Journeys of the baby boom Generation*. San Francisco: Harper Collins.

Rosamond, W., Flegal, K., Friday,G., Furie, K., Go, A., Greenlund,K., et al. (2007). Heart disease and stroke statistics– 2007 update :A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 115(5), 69–171.

Ryff, C. D.,& Singer, B.(1998). The contours of positive human health . *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28.

Sanda, M.G., Dunn, R.L., Michalski, J., Sandler, H.M., Northouse, L., Hembroff, L., et al. (2008). Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *New England Journal of Medicine*, 358(12), 1250-1261.

Schafer, K.M. (1995). Women living in paradox: Loss and discovery in chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 9(3), 63-74.

Schreiber, J.A., & Brockopp, D.Y. (2012). Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1), 82-94.

Seybold, K.S., & Hill, P.C. (2001). The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21-24.

Shahabi, L., Powell, L. H., Musick, M.A., Pargament, K.I., Thoresen, C.E., Williams, D., et al. (2002). Correlates of self-perceptions of Spirituality in American adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 59–68.

Simpson, J.A., & Weiner, E.S.C. (Eds.). (1991). *The Oxford English dictionary* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.

Sloan, R. P., & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 14–21.

Sorensen, T., Danbolt, L.J., Lien, L., Koenig, H.G., & Holmen, J. (2011). The relationship between religious attendance and blood pressure: The Hunt Study, Norway. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(1), 13-28.

Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.

Strawbridge, W., Shema, S., Cohen, R., & Kaplan, G. (2001) Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 68-74.

Suzuki, D. (2002). *The sacred balance: Rediscovering our place in nature*. Vancouver, BC: Greystone Books.

Targ, E. (1997). Evaluating distant healing: A research review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3(6), 74–78.

Tartaro, J., Luecken, L.J., & Gunn, H.E. (2005). Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 753-766.

Taubes, G. (1999). String theorists find a Rosetta Stone. *Science*, 285(5427), 512–517.

Thomson, K.S. (1996). The revival of experiments in prayer. *American Scientist*, 84(6), 532–534.

Thoresen, C.E. (1998). Spirituality, health and science. Στο S.Roth-Roemer, S.R. Kurpius, & C. Carmin (Επιμ.), *The emerging Role of Counseling Psychology in Health care* (σελ. 409–431). New York: Norton.

Thoresen, C.E., Oman, D., & Harris, A.H.S. (2005). The effects of Religious practices: A focus on health. Στο W.R. Miller & H. Delaney (Επιμ.), *Human Nature, Motivation, and change: Judeo-Christian Perspectives on Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

Thoresen, C. E., & Harris, A. H. S. (2004). Spirituality religion, and health: A scientific perspective. Στο T. J. Boll J. M. Raczynski, & L. C. Leviton (Επιμ.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (σελ. 269–298). Washington, DC: American Psychological Association.

Vespa, A., Jacobsen, P.B., Spazzafumo, L., & Balducci, L. (2010). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psychooncology*, 20(1), 5-11.

Vickberg, S.M., Duhamel, K.M., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B., et al. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psychooncology*, 10(1), 29-39.

Wagner, E .H. (2009). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice ECP*, 1(1), 2-4.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). .Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action . *Health Affairs*, 20(6), 64-78.

Wallace, J.M.Jr., & Forman, T.A.(1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education and Behavior* , 25(6), 721–741.

Walsh, R. (2000). *Essential spirituality*. New York: Wiley

Walton, J. (2002a). Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(1), 36-43.

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a Psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*,124(3), 333–371.

Westlake, C., & Dracup, K. (2001) Role of spirituality in adjustment of patients with advanced heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing* 16(3), 119–125.

Wildes, K.A., Miller, A.R., de Majors, S.S., & Ramirez, A.G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology*. 18(8), 831-40.

Woods, T.E., & Ironson, G.H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *Journal of Health Psychology*,4(3), 393–412.

Wulsin, L.R., Vaillant, G.E., & Wells, V.E. (1999) A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*. 61(1), 6-17.

Yates, J.W., Chalmer, B.J., St James, P., Follansbee, M., & McKegney, F.P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121–128.

Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Cole, B., Rye, M.S., Butter, E. M., Belavich, T.G., et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549–564.