

Die Qualität der Messmethoden für die Erhebung von Religiosität

Eine Untersuchung am Beispiel
des Einflusses von Religiosität
auf den Blutdruck

Abschlussarbeit des Wahlpraktikums «Medizin und Spiritualität»

Eingereicht am

21. April 2017

von

Kevin Dillier

Leiter des Wahlpraktikums

Dr. med. René Hefti

Inhaltsverzeichnis

1. Methode	3
1.1 Begriffe.....	3
1.2 Studienauswahl.....	4
1.3 Kategorisierung der Messmethoden.....	4
2. Resultate	4
3. Diskussion.....	5

Einleitung

Während des Herbst- und Frühjahrssemesters 2017 meines Medizinstudiums an der Universität Bern belegte ich das Wahlpraktikum «Medizin und Spiritualität» bei Herrn Dr. med. René Hefti. In der ersten Sitzung widmeten wir uns dabei dem Versuch, die Begriffe «Religiosität» und «Spiritualität» zu definieren und voneinander abzugrenzen. Bereits soviel im Voraus: Eine präzise und trennscharfe Definition herauszuarbeiten war nicht möglich. Vielmehr resultierten Begriffsfelder aus dieser Arbeit mit dem jeweiligen Terminus («Religiosität» oder «Spiritualität») im Zentrum und damit assoziierten Begriffen (mit einer graduellen Stärke der Assoziation) um ihn herum. Für mich zeigte sich dabei ein doppeltes Paradoxon: Erstens waren die beiden Begriffsfelder nicht deckungsgleich, d.h. die beiden Begriffe scheinen nicht komplett synonym verstanden zu werden, andererseits scheint es unmöglich, sie trennscharf voneinander abzugrenzen. Zudem werden sie in Studien oft synonym verwendet (vgl. z.B. Chida 2009). Zweitens war ein Schwerpunkt des Wahlpraktikums die Auseinandersetzung mit Studien, die – grob gesagt – den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit untersuchten, obwohl das Forschen zu diesem Thema doch eigentlich eine trennscharfe Definition des zu untersuchenden Einflussfaktors voraussetzt, um diesen operationalisieren und damit dessen Ausprägung messen zu können.

Angeregt durch dieses Paradoxon führte mich folgende Argumentation zu meiner Forschungsfrage, wobei vorausgeschickt werden muss, dass aufgrund des Umfangs der Arbeit der Fokus hier nur auf Religiosität gelegt wird: Für jede Person hat Religiosität einen bestimmten Grad der Ausprägung. Dieser kann nicht direkt gemessen werden, weshalb man eine Stellvertretergrösse misst (z.B. die Anzahl Kirchenbesuche pro Monat). Das Erfassen einer bestimmten Stellvertretergrösse ist die Messmethode einer Studie. Dabei geht man davon aus, dass der Wert dieser Stellvertretergrösse verlässliche Rückschlüsse auf den wahren Grad der Ausprägung von Religiosität – d.h. auf den Wert, den man eigentlich erfassen möchte – zulässt. Je

näher der Wert der Stellvertretergrösse dem wahren Wert von Religiosität kommt, desto besser ist die Messmethode. Unter der Annahme, dass Religiosität tatsächlich einen definierten Einfluss auf die Gesundheit hat – d.h., dass es die Religiosität als Ganzes ist, die diesen Einfluss hat -, dass keine Confounders vorliegen und die verwendeten Messmethoden gut sind, müssten verschiedene Messmethoden zu den gleichen Resultaten führen.

Indem in dieser Arbeit untersucht wird, ob das Anwenden von verschiedenen Messmethoden durch verschiedene Studien zu den gleichen Resultaten gelangt, soll deshalb eine Aussage über die Qualität der Messmethoden als Gesamtheit möglich werden. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurde der Fokus auf die Auswirkung von Religiosität auf den Blutdruck gelegt. Die Forschungsfrage lautet hiermit: *Lassen sich mit unterschiedlichen Messmethoden die gleichen Effekte von Religiosität auf den Blutdruck beobachten oder unterscheiden sich diese?*

1. Methode

1.1 Begriffe

Der Begriff «Religion» hat heute, v.a. in der Religionswissenschaft und Theologie, ein sehr breites Bedeutungsspektrum. Er bezeichnet nicht nur institutionalisierte Glaubensgemeinschaften, sondern auch nicht-institutionelle individuelle Glaubenssysteme – im Extremfall sogar alles, was einer Person heilig ist (was sich in der Alltagssprache z.B. durch Sätze, wie «Gesunde Ernährung wird zur Religion.», äussert). «Religiosität» wird hingegen meist als Begriff für den nicht-institutionalisierten Bereich innerhalb des Religionsbegriffs verwendet. «Spiritualität» meinte ursprünglich ein Leben im Einklang mit dem Heiligen Geist innerhalb von christlichen Glaubensgemeinschaften, heute ist dieses Verständnis zwar noch in gewissen Milieus vorhanden, öfter ist mit dem Begriff «Spiritualität» aber entweder das Bemühen verbunden, die für gewisse Personen belasteten Termini «Religion» und «Religiosität» zu umgehen oder eine Bezeichnung für über Religion – hier im engeren Sinn als Umschreibung für den institutionalisierten Bereich – hinausgehende Glaubenssysteme zu finden. (vgl. Klein 2011, 27-40) Dies macht eine genaue Abgrenzung der beiden Termini voneinander unmöglich. Allerdings werden bei Utsch auch die Begriffe «Religion» und «Religiosität» nicht klar voneinander unterschieden, wenn nicht sogar teilweise synonym verwendet. Aus diesem Grund geht diese Arbeit von einem Religiositätsbegriff aus, der in Anlehnung an William James' Definition für «Religion» alle Gefühle, Handlungen, Einstellungen und Erfahrungen einer Person einschliesst – sowohl institutionalisiert als auch nicht-institutionalisiert -, die für diese in Beziehung zum Göttlichen stehen. (vgl. Klein 2011, 38)

1.2 Studienauswahl

Ziel dieser Arbeit müsste es eigentlich sein, alle verlässlichen Studien über die Auswirkungen von Religiosität auf den Blutdruck miteinzubeziehen. Dies ist aufgrund des beschränkten Umfangs dieser Arbeit jedoch nicht möglich. Aus diesem Grund wurden nur auf PubMed unter dem Suchbegriff «religiosity blood pressure» (Stand 25.02.2017) angezeigte Studien berücksichtigt. Auch war die Beurteilung ihrer Verlässlichkeit im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Aus diesem Grund war das zweite Kriterium für die Auswahl von Studien ihre Publikation in einem Journal, das peer review verwendet. Insgesamt erfüllten 11 Studien die beiden beschriebenen Kriterien, wovon 3 jedoch ausschieden, da es keinen Zugang zum Volltext gab. Zudem wurden zwei weitere Studien aussortiert, da sie nicht den Einfluss von Religiosität auf die Blutdruckwerte, sondern im einen Fall den Einfluss von Religiosität auf die Reaktivität des Blutdrucks in Stresssituationen, im anderen auf die Frequenz der absolvierten Blutdruck-Checkups untersuchte. Die verbliebenen, in dieser Arbeit berücksichtigten 6 Studien sind Au 2006, Blumenthal 2001, Buck 2009, Cassia Lopes Chaves 2014, Davis 2015 sowie Gruchow 1998.

1.3 Kategorisierung der Messmethoden

Um die Gleichheit oder Unterschiedlichkeit von Messmethoden zu operationalisieren, wurden in Anlehnung an Chida 2009 Kategorien von Messmethoden definiert, wobei Chidas 6 Kategorien, welche Hills 17 Kategorien zusammenfassen (vgl. Chida 2009, 82; Hill 1999,9-528), auf deren 3 reduziert wurden (vgl. Anhang). Dies, um eine möglichst grosse Trennschärfe zu erreichen. Dabei wird in einem ersten Schritt zwischen religiöser Aktivität und intrinsischen Aspekten unterschieden, in einem zweiten wird die religiöse Aktivität noch in Aktivitäten in Organisationen und von Organisationen unabhängige Aktivitäten unterteilt. Wenn in dieser Arbeit von «unterschiedlichen Messmethoden» die Rede ist, bedeutet dies «Messmethoden aus unterschiedlichen Kategorien».

2. Resultate

Die Resultate dieser Arbeit sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

Studie	Messmethode	Resultat (Einfluss auf Blutdruck)
Au 2006	1, 2, 3 (vgl. Au 2006, 2233)	Kein signifikanter Einfluss auf den Blutdruck (vgl. Au 2006, 2237).
Blumenthal 2001	2, 3 (vgl. Blumenthal 2001, 524)	Kein signifikanter Einfluss auf den Blutdruck der gesamten Probandengruppe. Signifikant tieferer Blutdruck bei Afro-

		Amerikanern. Kein signifikanter Einfluss auf den Blutdruck bei Weissen (vgl. Blumenthal 2001, 525-527).
Buck 2009	1 (vgl. Buck 2009, 317)	Keine signifikanten Effekte auf den Blutdruck und auf das Hypertonie-Risiko (vgl. Buck 2009, 318-321).
	2 (vgl. Buck 2009, 317)	Keine signifikanten Effekte auf den Blutdruck und auf das Hypertonie-Risiko (vgl. Buck 2009, 318-321).
	3 (vgl. Buck 2009, 317)	Je nach erfragtem Aspekt (religiöses positives oder negatives Coping durch intrinsische Aspekte, Glaube an ewiges Leben, Wichtigkeit von Religion im Leben, Gefühl von Sinnhaftigkeit, Glaube an Gott, Vergebung anderen gegenüber, Vergebung sich selbst gegenüber) nicht signifikante Effekte, signifikante blutdrucksenkende Effekte auf den diastolischen Blutdruck oder ein signifikant erhöhtes Hypertonie-Risiko (vgl. Buck 2009, 318-321).
Cassia Lopes Chaves 2014	1 (vgl. Cassia Lopes Chaves 2014, 686)	Signifikante Senkung des Blutdrucks (vgl. Cassia Lopes Chaves 2014, 687-688).
Davis 2015	3 (vgl. Davis 2015, 554)	Kein signifikanter Effekt auf Bluthochdruck (vgl. Davis 2015, 558).
Gruchow 1998	1, 2, 3 (vgl. Gruchow 1998, 546-547)	Kein signifikanter Effekt auf den Blutdruck (vgl. Gruchow 1998, 549).

3. Diskussion

Die untersuchten Studien gelangen zwar mehrheitlich zum Resultat, dass Religiosität keinen signifikanten Einfluss auf den Blutdruck hat, aber es gibt trotzdem einige widersprüchliche Ergebnisse. So wenden Davis 2015 und Buck 2009 bzw. Cassia Lopes Chaves 2014 und Buck 2009 jeweils die gleiche Messmethode an, kommen aber zu unterschiedlichen Schlüssen. Blumenthal 2001 stellt eine Abhängigkeit des Einflusses von Religiosität auf den Blutdruck davon fest, ob die Probanden Afro-Amerikaner oder Weisse waren. Werden unterschiedliche Messmethoden gewählt, sind sowohl gleiche als auch unterschiedliche Resultate zu beobachten. Geht man von den in der Einleitung formulierten Prämissen aus, führt dies zum Schluss, dass nicht alle Messmethoden den wahren Wert von Religiosität genau erfassen.

Es ist aber durchaus auch wahrscheinlich, dass die Prämissen nicht allesamt wahr sind. Dies soll in der Folge diskutiert werden. In diesem Fall wäre die obige Schlussfolgerung nicht zulässig.

1. Religiosität hat einen definierten Einfluss auf den Blutdruck.

Die meisten Studien weisen eher darauf hin, dass kein Effekt auf den Blutdruck vorhanden ist. Selbst bei signifikanten Effekten besteht noch eine zwar sehr kleine, aber doch vorhandene Wahrscheinlichkeit, dass die beobachteten Unterschiede bezüglich des Blutdrucks zufällig zustande kamen.

2. Es ist die Religiosität als Ganzes, die einen Einfluss auf den Blutdruck hat.

Geht man davon aus, dass Religiosität einen Einfluss auf den Blutdruck hat, so ist trotzdem der Mechanismus, der dazu führt, noch unklar. Somit kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die gemessenen Stellvertretergrößen (z.B. die Stärke eines Sinngedächtnisses) tatsächlich nur Stellvertretergrößen und nicht die wahre Einflussgröße auf den Blutdruck darstellen. Wäre letzteres der Fall, würde eine Messmethode den Einflussfaktor *direkt* messen, während die anderen beiden nicht ungenau wären, sondern einfach andere Faktoren messen würden.

3. Es liegen keine Confounders vor.

Da keine der berücksichtigten Studien eine randomisierte placebo-kontrollierte doppelblinde klinische Studie ist, ist das Risiko, dass Confounders vorliegen, grundsätzlich erhöht. Die Arbeit von Cassia Lopes Chaves 2014 war eine quasi-klinische Studie, die aber nicht randomisiert war und nur über eine sehr kleine Probandengruppe verfügte, weshalb deren Resultate mit grosser Vorsicht zu behandeln sind.

Abschliessend muss zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Aussagekraft dieser Arbeit sehr gering ist. Erstens muss grundsätzlich von der Möglichkeit eines Publikationsbias' ausgegangen werden, zweitens ist ein Selektionsbias nicht auszuschliessen (da nur die Publikationsplattform PubMed berücksichtigt werden konnte und keine Gewichtung der verarbeiteten Studien nach Verlässlichkeit vorgenommen wurde) und drittens ist auch die Gefahr eines Informationsbias' eher hoch, da die Kategorisierung der Messmethoden relativ grob ist.

Literaturverzeichnis

Au, Melanie et al.: *Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan*. In : Social Science and Medicine 63 (8) (2006). 2228-2241.

Blumenthal, James A. et al. : *Religious Coping, Ethnicity and Ambulatory Blood Pressure*. In : Psychosomatic Medicine 36 (4) (2001). 523-530.

Buck, Anna C. et al. : *An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension*. In : Social Science and Medicine 68 (2) (2009). 314-322.

Cassia Lopes Chaves, Erika de et al. : *Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients*. In : Revista de Escola de Enfermagem da USP 48 (4) (2014). 683-689.

Chida, Yoichi et al. : *Religiosity/ Spirituality and Mortality. A Systematic Quantitative Review*. In : Psychotherapy and Psychosomatics 78 (2009). 81-90.

Davis, Roger B. et al. : *The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan : a large-scale cohort study*. In : Journal of the American Society of Hypertension 9 (7) (2015). 553-562.

Gruchow, Harvey W. et al. : *The Relation between Religiosity, Selected Health Behaviors, and Blood Pressure among Adult Females*. In : Preventive Medicine 27 (4) (1998). 545-552.

Hill, Peter C.; Hood, Ralph W. Jr. (1999): *Measures of Religiosity*. Alabama: Religious Education Press.

Klein, Constantin; Utsch, Michael (2011): *Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe*. In: Balck, Friedrich et al. (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim/ München: Juventa Verlag. S. 25-46.

Anhang

Klassifikation von Messmethoden

Kategorie	Definition
1	Aktivität in religiösen Organisationen, die Mitgliedschaft in Glaubensgemeinschaften und Teilnahme an Ritualen (z.B. Gottesdienste), die von religiösen Organisationen/ Institutionen durchgeführt werden, umfasst.
2	Von religiösen Organisationen unabhängige religiöse Aktivität, u.a. individuelles Gebet, individuelle Meditation, individuelles Studium von heiligen Texten.
3	Intrinsische Aspekte von Religiosität, u.a. Einstellungen, Wohlbefinden, Glaube, Selbstbild, Erfahrungen im Zusammenhang mit Religiosität.