

Barbara Woźniak
Katarzyna Zawisza
Monika Brzyska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

RELIGIA A ZDROWIE – O ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZAANGAŻOWANIEM RELIGIJNYM A FUNKCJONOWANIEM CIAŁA W STARSZYM WIEKU

Badania dotyczące zależności między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem pokazują, że religijność może być źródłem wielu korzyści dla jednostki. Na pierwszym miejscu należy wymienić rolę zasobów religijnych w radzeniu sobie ze stresem. Korzyści te mogą mieć realne przełożenie na stan zdrowia, zarówno psychicznego, jak i somatycznego, szczególnie w starszym wieku. W przypadku zdrowia fizycznego wśród mechanizmów wyjaśniających obserwowaną zależność przytacza się nie tylko rolę religii w zmaganiu się z sytuacjami stresowymi, ale wskazuje się również na wpływ norm religijnych na styl życia czy stosunek do własnego ciała. W prezentowanej pracy autorki pokazują część badań przeprowadzonych w ramach projektu dotyczącego wpływu zaangażowania religijnego na zdrowie. Grupą badaną były osoby starsze, deklarujące wyznanie rzymskokatolickie, o różnym poziomie zaangażowania religijnego. Zarówno religijność, jak i zdrowie rozumiane były wielowymiarowo i ocenione kompleksowo na podstawie obszernego kwestionariusza ankiety. Wyniki analiz statystycznych wskazują na związek między niektórymi wymiarami religijności a ogólną percepcją zdrowia i samooceną funkcjonowania fizycznego. Jeśli w pewnych przypadkach to stan zdrowia wpływał na religijność (np. na częstotliwość praktyk wspólnotowych), a nie na odwrót, to w innych kierunek zależności nie jest tak oczywisty i wskazuje na możliwość zinterpretowania zaobserwowanych związków w kategoriach mechanizmów zależności szczegółowo opisanych we wstępie do artykułu.

Główne pojęcia: osoby starsze; religijność; radzenie sobie; zdrowie.

Wprowadzenie

Jak pokazują badania prowadzone w obrębie różnych tradycji religijnych, starszy wiek sprzyja zaangażowaniu religijnemu, regularnym praktykom religijnym

oraz postrzeganiu religii jako jednej z najważniejszych/najważniejszej wartości w życiu (por. np. CBOS 2008, 2009, 2013). Fenomen ten tłumaczony jest w literaturze przedmiotu na wiele różnych sposobów (por. Woźniak 2015), a wśród wyjaśnień wymienia się między innymi spadek poczucia bezpieczeństwa socjalnego w starszym wieku, konieczność zmagania się z problemami ostatecznymi i lęk przed śmiercią (Dyczewski 1994), straty i koszty starzenia się (*ageing loses*; por. Straś-Romanowska 2005), w tym kurczące się na starość zasoby (przede wszystkim zasoby społeczne) i potrzebę ich kompensowania czy specyfikę budżetu czasowego w okresie poprodukcyjnym (Borowik 2009) – nadwyżka wolnego czasu może być przeznaczona na praktyki religijne. Cechą szczególną religijności osób starszych jest właśnie duże zaangażowanie w czynności rytualne, zarówno prywatne (modlitwa), jak i wspólnotowe (uczestnictwo w nabożeństwach, pielgrzymkach), którym sprzyja – zgodnie z wynikami badań – bycie osobą nieobciążoną obowiązkami zawodowymi czy rodzinnymi (Borowik 2001). Zaangażowanie religijne w starości modyfikowane jest przez szereg czynników społeczno-demograficznych, takich jak poziom wykształcenia, wielkość miejscowości zamieszkania, stan cywilny czy płeć – kobiety są bardziej zaangażowane religijnie niż mężczyźni, co tłumaczone jest ich gorszą sytuacją społeczno-ekonomiczną, zwłaszcza w okresie poprodukcyjnym (mniejsze emerytury, większe zagrożenie ubóstwem, a także gorszy stan zdrowia, większe narażenie na przemoc itp.) (Idler 1994).

Z powodu relatywnie dużego zaangażowania najstarszych grup wiekowych w aktywności religijne oraz z uwagi na szeroko w międzynarodowej literaturze przedmiotu omawiane korzyści, jakie płyną z zaangażowania religijnego w starości (ich analizę w języku polskim można znaleźć w publikacji Woźniak 2015) zależność między religijnością a zdrowiem czy jakością życia wyznawców bardzo często analizowana jest właśnie w odniesieniu do populacji seniorów.

W studiach dotyczących zdrowia religijność najczęściej badana jest w kontekście zdrowia psychicznego czy funkcjonowania społecznego, ale opracowania wskazują również na możliwość zależności między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem somatycznym czy umieralnością (obszerny przegląd badań można znaleźć np. w Koenig, McCullough i Larson 2012). Wśród funkcji religii które mogą mieć pozytywny wpływ na zdrowia somatyczne, wymienia się funkcje normatywną i kontrolną, które rozumiane są jako system nakazów i zakazów regulujących zachowania wyznawców związane ze zdrowiem czy chorobą (Libiszowska-Żółtkowska 1997; 2010). Religie nie tylko podkreślają, że życie czy zdrowie to nadrzędne wartości, o które należy się troszczyć, ale regulują działania osób zaangażowanych religijnie, zarówno na poziomie relacji międzyludzkich jak i na poziomie zachowań prozdrowotnych (np. zakazy i nakazy dotyczące higieny, sposobu odżywiania się, postów, odpoczynku itp.) (tamże). Zalecenia dotyczące oczekiwanego stosunku wyznawcy do własnego ciała znaleźć można w prawie każdej religii (np. zakaz transfuzji krwi u Świadków

Jehowy, ograniczenia dotyczące stosowania używek w wielu religiach, jak zakaz picia kawy i herbaty formułowany przez Kościół Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich czy ścisłe regulacje dotyczące diety w judaizmie), a ich nieprzestrzeganie obłożone jest sankcją grzechu (Levin 2001; Spector 2003). Pozytywny wpływ norm religijnych na styl życia, a tym samym na stan zdrowia, możliwy jest jedynie wtedy, gdy są one przestrzegane i rzeczywiście regulują stosunek do własnego ciała i zdrowia (Levin 2001) – wówczas zależność między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem somatycznym jest obserwowana w badaniach (Ellison 1994). Dowodem może być fakt, że dłuższe życie i lepszy stan zdrowia charakteryzują członków Kościołów jasno precyzujących i surowo egzekwujących reguły dotyczące stylu życia (np. Adwentyści Dnia Siódmego, wyznawcy judaizmu ortodoksyjnego itp.) (Levin 1994; Koenig, McCullough i Larson 2012).

Związek między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem somatycznym jest moderowany nie tylko przez prozdrowotny styl życia. Równie istotnym czynnikiem jest stres, którego negatywne konsekwencje dla stanu zdrowia są powszechnie znane w medycynie, a na podstawie występowania określonych niekorzystnych okoliczności życiowych można prognozować zapadalność na niektóre warunkowane stresem choroby, zwłaszcza układu krążenia (Holmes i Rahe 1967). Opracowania analizujące wpływ stresu na zdrowie odwołują się do wprowadzonego przez McEvena pojęcia allostazy, które opisuje mechanizmy przystosowywania się do stresu na poziomie organizmu (McEwen i Stellar 1993). W odpowiedzi na zmianę warunków otoczenia organizm ustala nowy stan równowagi poprzez dokonywanie wieloukładowych zmian, dzięki którym zostaje osiągnięta równowaga systemów życiowych, co wiąże się jednak z kosztami dla organizmu. Koszty te to tzw. obciążenie allostacyjne, które – jeśli utrzymuje się przez dłuższy czas – jest potencjalnie niebezpieczne (np. wahania ciśnienia krwi podczas dobowej aktywności organizmu związane są z koniecznością dostosowywania się do aktualnych potrzeb – jednak gdy stresy powodujące podwyższone ciśnienie pojawiają się zbyt często, dochodzi do obciążenia allostycznego i zmian wywołujących miażdżycę naczyń oraz związanych z nimi konsekwencji zdrowotnych) (McEwen 1998).

Stres ostry (związany z pojawieniem się nagłych, bardzo trudnych okoliczności życiowych, np. utraty pracy, śmierci bliskiej osoby), przewlekły (będący efektem długiej ekspozycji na negatywne okoliczności, np. problemy materialne, chorobę czy niepełnosprawność) oraz trudności dnia codziennego (tzw. *daily hassles* – mało intensywne, ale dokuczliwe frustracje doświadczane na co dzień, np. uporczywie hałasujący sąsiad), to trzy najczęściej wyróżniane rodzaje stresu – spośród nich dwa ostatnie są predyktorami złego samopoczucia psychicznego i negatywnych zmian w stanie zdrowia w większym stopniu niż pierwszy (Ellison 1994). Deficyty powodowane przez stres są bardzo rozległe,

a ich konsekwencje dotyczą zarówno psychicznego, jak i społecznego funkcjonowania jednostki. Można wśród nich wymienić między innymi obniżoną samoocenę (Krause i Borawski-Clark 1994) i związaną z nią mniejszą wiarę we własną skuteczność (Newby-Clark 2004), narażenie na stygmatyzację i jej konsekwencje (Pearlin i in. 1981) czy zmniejszone poczucie posiadania kontroli nad własnym życiem (Krause i Borawski-Clark 1994), będące jedną z najważniejszych determinant dobrostanu psychicznego (Ross i Sastry 1999), szczególnie zagrożoną w sytuacji długotrwałej ekspozycji na stres (Caplan 1981).

Zasoby używane podczas radzenia sobie z trudnościami życiowymi można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne (Wheaton 1980). W tej pierwszej kategorii znajdują się przede wszystkim zasoby społeczne: więzi i wsparcie otrzymywane od innych, natomiast druga kategoria obejmuje indywidualne predyspozycje jednostki do reagowania w określony sposób na bodźce stresowe (np. skłonność do dokonywania takich a nie innych atrybucji przyczynowych). Susan Folkman i Richard Lazarus (1980, 1988) definiują radzenie sobie jako poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu sprostanie wymaganiom stawianym jednostce i podkreślają, że może być ono zorientowane na rozwiązywanie problemu lub na zarządzanie emocjami i zmianę subiektywnego znaczenia problemu dla jednostki (radzenie sobie paliatywne). W procesie radzenia sobie wykorzystywane są zawsze jakieś zasoby, które, zdaniem Kennetha Pargamenta (1997), można podzielić na społeczne, kulturowe i psychologiczne. Zasoby społeczne to na przykład wsparcie otrzymywane od innych, kulturowe to np. wierzenia religijne, a psychologiczne to np. samoocena jednostki. Pargament (1997), definiujący radzenie sobie jako proces poszukiwania znaczenia w sytuacji stresowej, podkreśla, że można wyróżnić dwa mechanizmy wykorzystywane w procesie zmagania się z trudną sytuacją: pierwszym jest ochrona wartości i znaczeń w obliczu zagrożenia, a drugim – ich transformacja. Religia może odgrywać różnorodną rolę w radzeniu sobie z przeciwnościami – może być źródłem nowych znaczeń i poczucia sensu w obliczu negatywnych okoliczności, dawać poczucie kontroli nad sytuacją czy wsparcie (materialne, emocjonalne, duchowe) ze strony wspólnoty religijnej. Opisywane przez Pargamenta radzenie sobie za pomocą religijnych znaczeń (*religious coping*) może mieć także ciemną stronę: w przeciwieństwie do pozytywnego religijnego copingu, polegającego na szukaniu w Bogu/sile wyższej wsparcia w trudnych chwilach i próbie dostrzeżenia w cierpieniu czy pojawiających się problemach wartości, negatywny religijny coping polega na przypisywaniu odpowiedzialności za doświadczane trudności życiowe komuś innemu (np. Bogu) – w efekcie pojawiają się negatywne emocje, a jednostka odwołująca się do tej formy copingu ma poczucie odrzucenia, niesprawiedliwego potraktowania przez Boga i w efekcie doświadcza dodatkowego stresu (Pargament 2003; Krause 2006) wraz z jego niekorzystnymi konsekwencjami zdrowotnymi (Pargament 1997). Ten styl radzenia sobie za

pomocą zasobów religijnych jest wymieniany jako przykład potencjalnie negatywnego wpływu religijności na zdrowie i funkcjonowanie człowieka.

Rozważając związek między religijnością a stanem zdrowia wielu badaczy zwraca uwagę na przynależność i zaangażowanie religijne jako źródła zasobów pomagających w radzeniu sobie z przeciwnościami losu i odgrywających rolę w procesie adaptacji (Ellison 1994). Funkcję adaptacyjną spełniać może modlitwa (Johnston i Spilka, 1991; Herbert i in. 2001) oraz inne rytuały religijne (Levin i Vanderpool 1989). Rola modlitwy jest szczególnie akcentowana w odniesieniu do osób chorych, niepełnosprawnych, mających ograniczenia funkcjonalne – rytuał ten jest postrzegany nie tylko jako mający moc uzdrawiania, ale może być źródłem poczucia kontroli (Pargament 1992), szczególnie istotnego w starszym wieku, kiedy możliwości radzenia sobie poprzez zmianę okoliczności zewnętrznych są ograniczone. Dodatkowo modlitwa, podobnie jak inne rytuały, może buforować stres (Krause 2003a; Levin 2004), co ma realne konsekwencje fizjologiczne: praktyki religijne (głównie modlitwa czy medytacja) są źródłem reakcji relaksacyjnej (przeciwnieństwo reakcji stresowej), czyli redukują obecność w organizmie hormonów stresu, a tym samym zmniejszają związane z nimi ryzyko zdrowotne (Benson 1996).

Metodologia przeprowadzonych badań

Bazując na przedstawionych wyżej wnioskach z badań postawiono hipotezę o istnieniu zależności między zaangażowaniem religijnym a **samooceną zdrowia somatycznego** w starości, zgodnie z którą osoby bardziej zaangażowane religijnie lepiej oceniają swój stan zdrowia. Założono, że zależności te będą silniejsze w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn.

Badania prowadzono na dwóch etapach: ilościowym i jakościowym. Część ilościową stanowiły badania sondażowe zrealizowane za pomocą techniki wywiadu kwestionariuszowego, przeprowadzonego na losowo dobranej próbie respondentów – osób w wieku 65 lat i powyżej, zamieszkałych na terenie Krakowa. Rolą drugiego etapu badania, w którym z częścią (10%) spośród tych, które wzięły udział w sondażu, przeprowadzono półustrukturyzowane wywiady jakościowe, było pogłębienie interpretacji zaobserwowanych zależności, czyli uzupełnienie części ilościowej badania. Badania prowadzono w okresie od października 2009 do kwietnia 2011 roku. Projekt był finansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach grantu promotorskiego nr N N116 445737.

Grupę badaną w części ilościowej stanowiła losowa próba prosta, licząca 685 osób starszych, z których 367 wzięło udział w badaniu (współczynnik zwrotności: 54%). Zdecydowano się na uwzględnianie w badaniu jedynie

osób wierzących, a wykluczenie z niego ateistów/agnostyków, ponieważ prawdopodobieństwo znalezienia się w próbie grupy tych drugich na tyle dużej, aby możliwe były porównania międzygrupowe, oceniono jako małe. Z podobnych powodów zawężono obszar zainteresowań do wyznawców Kościoła rzymskokatolickiego. Ze względu na braki danych z analizy wyłączono pięć przypadków, obliczenia statystyczne były więc prowadzone na danych uzyskanych od 362 osób.

Na etapie konceptualizacji zmiennych przyjęto bio-psycho-społeczny model zdrowia, który obejmuje, obok zdrowia somatycznego, także samopoczucie psychiczne oraz funkcjonowanie społeczne. Konstruując kwestionariusz wywiadu posłużono się gotowymi narzędziami – skalami, które zostały stworzone do mierzenia każdego z wyżej wymienionych aspektów stanu zdrowia. Do oceny zdrowia somatycznego wykorzystano listę chorób i dolegliwości doświadczanych przez osoby badane (i potwierdzonych w diagnozie lekarskiej) oraz Short-form General Health Survey¹ (SF-20; Stewart, Hays i Ware 1988; MacDowell i Newell 1996) – narzędzie służące wielowymiarowej ocenie stanu zdrowia (w tym funkcjonowania fizycznego, stanu funkcjonalnego oraz percepcji własnego stanu zdrowia i odczuwanego bólu).

Religijność, podobnie jak zdrowie, potraktowana została jako zmienna wielowymiarowa. Wzorując się na podejściu Charlesa Glocka i Rodneya Starke (1965) oceniono wymiary: wierzeń i doświadczeń religijnych, praktyk wspólnotowych i niewspólnotowych oraz wymiar konsekwencyjny. Kierując się przekonaniem, że jedną z najważniejszych norm chrześcijańskich jest przykazanie miłości bliźniego oraz związany z nim postulat wybaczenia, a także mając świadomość zdrowotnych korzyści wynikających z wybaczenia i negatywnych następstw przewlekłego niewybaczenia (Wade, Worthington i Meyer 2005; Reed i Enright 2006), zdecydowano się skoncentrować badając wymiar

¹ Narzędzie składa się z pytań tworzących – jeżeli chodzi o zdrowie fizyczne – subskałę służące pomiarowi: (1) subiektywnej oceny funkcjonowania fizycznego (seria pytań dotyczących występowania na przestrzeni ostatnich miesięcy spowodowanych stanem zdrowia ograniczeń w wykonywaniu czynności takich jak: podnoszenie ciężkich przedmiotów, przesuwanie stołu, chodzenie pod górę lub wchodzenie po schodach, schylenie się, chodzenie bez odpoczynku, jedzenie, ubieranie się, kąpanie się, korzystanie z toalety; możliwe opcje odpowiedzi to „żadnych ograniczeń”, „ograniczenia od 3 miesięcy lub krócej”, „ograniczenia od ponad 3 miesięcy”); (2) percepcji własnego stanu zdrowia – osoba badana proszona była o udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak ogólnie ocenia swój stan zdrowia (opcje odpowiedzi: doskonały, bardzo dobry, dobry, średni, słaby) oraz o ustosunkowanie się do czterech stwierdzeń: „Czuję się trochę chory/a”, „Jestem tak zdrowy jak nikt inny”, „Moje zdrowie jest doskonałe”, „Ostatnio czułem/am się źle” (opcje odpowiedzi: zdecydowanie tak, raczej tak, nie jestem pewien/a, raczej nie, zdecydowanie nie); (3) odczuwanego bólu – pytanie o występowanie i natężenie bólu na przestrzeni ostatniego miesiąca (opcje odpowiedzi: żadnego bólu, bardzo słaby, słaby, umiarkowany, silny).

konsekwencyjny właśnie na deklarowanej skłonności do wybaczenia. Wyróżniony przez Glocka i Starka (1965) wymiar intelektualny został wykluczony z badań, ponieważ założono, że wiedza religijna stanowi jeden z mniej ważnych wymiarów religijności, a posiadanie przez kogoś rozległej wiedzy religijnej niekoniecznie świadczy o głębi wiary (Marianiński 2004). Mierząc każdy z wymienionych aspektów religijności posługiwano się gotowymi narzędziami (jak w przypadku wymiaru doświadczeniowego czy ideologicznego) lub stworzono serie pytań odzwierciedlających badany konstrukt (wymiar: rytualny i konsekwencyjny). Dodatkowo badano radzenie sobie za pomocą zasobów religijnych (wspomniany we wprowadzeniu religijny coping, oceniany w dwóch wymiarach: coping pozytywny oraz negatywny), a także wsparcie emocjonalne w ramach parafii lub grupy religijnej, do której należy jednostka. Dodatkowo zadano respondentom pytanie dotyczące akceptacji stwierdzenia, że prowadzenie zdrowego stylu życia jest moralnym obowiązkiem człowieka wierzącego.

Dobierając narzędzia służące ocenie religijności badanych posłużono się skalami rekomendowanym przez Fetzer Institute/National Institute on Ageing Working Group (Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use in Health Research, 2003). Wydana przez Instytut publikacja zawiera szereg narzędzi stworzonych przez naukowców zajmujących się badaniem religijności w kontekście stanu zdrowia, szczególnie polecanych do wykorzystywania w badaniach prowadzonych w grupie osób starszych. Wykorzystano: Daily Spiritual Experiences – long form² (Underwood 2003) (wymiar doświadczeniowy), Religious beliefs – long form³ (Idler 2003) (wymiar ideologiczny)

² Narzędzie składa się z pytań dotyczących między innymi poczucia obecności Boga w codziennym życiu, siły czerpanej z poczucia kontaktu z Bogiem oraz siły i otuchy, których źródłem jest religia, poczucia wewnętrznego spokoju i harmonii, poczucia, że Bóg jest przewodnikiem w codziennych sprawach, poczucia miłości Bożej itp. Ponieważ pytania dotyczą częstotliwości tych odczuć, możliwe były następujące opcje odpowiedzi: zawsze, bardzo często, często, czasami, rzadko, nigdy lub prawie nigdy. Dodatkowo skala zawiera dwa pytania dotyczące pragnienia bycia blisko Boga (opcje odpowiedzi: wcale nie chcę być blisko Boga, chcę być dosyć blisko, chcę być bardzo blisko, chcę być tak blisko, jak to tylko możliwe) oraz obecnego poczucia bliskości (opcje odpowiedzi: wcale nie jestem blisko Boga, dosyć blisko, bardzo blisko, tak blisko, jak to tylko możliwe).

³ Skala składa się z pytań dotyczących tego, czy religia jest dla respondenta/teki źródłem siły i oparcia (opcje odpowiedzi: w ogóle nie jest, w małym stopniu, w dużym stopniu) oraz wiary w życie po śmierci (opcje odpowiedzi: tak, nie, trudno powiedzieć). Następnie osoby badane proszone były o ustosunkowanie się do stwierdzeń: „Dobroć i miłość Boga są większe, niż potrafimy sobie wyobrazić”, „Uważam, że wszystko, co się dzieje na świecie, ma swój cel” itp. (z opcjami odpowiedzi: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, trudno powiedzieć, raczej się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam).

– wierzenia), Religious/Spiritual Coping – short form⁴ (Pargament 2003) (radzenie sobie z przeciwnościami losu z wykorzystaniem zasobów religijnych – pozytywny i negatywny coping), Religious support – short form⁵ (Krause 2003b) (wsparcie czerpane z grupy religijnej/parafii). Częstotliwość praktyk wspólnotowych i niewspólnotowych⁶ oraz wymiar konsekwencyjny⁷ ocenio-

⁴ Skala składa się z dwóch podskal – pozytywnego i negatywnego copingu stosowanego w sytuacjach stresowych. Podskala odnosząca się do pozytywnego radzenia sobie, interpretowania i rozumienia sytuacji stresowych w kategoriach pozytywnych religijnych znaczeń (pozytywny, konstruktywny coping), zawiera pięć pytań dotyczących poczucia bycia częścią Bożego planu, uzyskiwania pomocy, siły, wsparcia i przewodnictwa od Boga w trudnych chwilach, traktowania problemów jako nauki od Boga czy szukania „rytualnego oczyszczenia” na drodze spowiedzi i szukania Bożego wybaczenia. Negatywny coping (pięć kolejnych pytań) jest odzwierciedleniem poczucia bycia karanym i opuszczonym przez Boga, niepolegania na Bogu w trudnych chwilach, wątpliwości w istnienie Boga, spowodowanych trudnościami życiowymi, pretensji za to, że Bóg pozwala na zło, które przydarza się człowiekowi. Możliwe opcje odpowiedzi dla obu podskal to: zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie.

⁵ Narzędzie ocenia wsparcie otrzymywane, antycypowane i dawane w obrębie grupy religijnej/parafii, a także negatywne interakcje doświadczane w jej ramach. Skala składa się z 4 podskal: wsparcie otrzymywane to pytania dotyczące częstotliwości, z jaką, dzięki osobom ze wspólnoty, respondent/ka czuje się lubiany/a i otoczony/a opieką oraz ma możliwość bycia wysłuchanym/ą, kiedy mówi o swoich problemach i zmartwieniach. Wsparcie dawane przez osobę badaną współwyznawcom oceniane było na podstawie pytań o częstotliwość, z jaką osoby ze wspólnoty mogą się czuć lubiane, otoczone opieką przez respondenta/tkę oraz wysłuchane, gdy chcą opowiedzieć o swoich problemach i zmartwieniach. Negatywne interakcje w ramach grupy religijnej/parafii oceniane były na podstawie pytań o za duże, w odczuciu osoby badanej, wymagania stawiane jej przez innych członków wspólnoty oraz o poczucie bycia przedmiotem krytyki z ich strony (opcje odpowiedzi: bardzo często, dosyć często, raz na jakiś czas, nigdy). Wsparcie antycypowane ze strony współwyznawców było oceniane na podstawie oceny gotowości, z jaką okazaliby respondentowi/tce pomoc w razie choroby oraz ilości spodziewanego wsparcia okazanego w momencie, w którym osoba badana znalazłaby się w trudnej sytuacji życiowej (opcje odpowiedzi: bardzo dużo, dość dużo, niewiele, wcale).

⁶ W kwestionariuszu oceniano zarówno wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne: W ramach badania zaangażowania osoby badanej we wspólnotowe praktyki religijne zadawano pytania dotyczące: częstotliwości uczestnictwa we mszy (opcje odpowiedzi: codziennie lub prawie codziennie, kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu, 2–3 razy w miesiącu, raz w miesiącu, kilka razy w roku, raz w roku, nigdy) i nabożeństwach typu Droga Krzyżowa, Gorzkie Żale itp. (opcje odpowiedzi adekwatnie do częstotliwości odbywania się danego nabożeństwa: nigdy, rzadziej niż 1 raz w miesiącu, 1 raz w miesiącu, 2–3 razy w miesiącu, 1 raz w tygodniu, 2–3 razy w tygodniu, codziennie), częstotliwości uczestnictwa w pielgrzymkach pieszych i autokarowych (opcje odpowiedzi: nigdy, rzadziej niż raz w roku, raz w roku, kilka razy w roku, raz w miesiącu i częściej) oraz pytania dotyczące modlitwy, w tym między innymi: częstotliwości modlitwy (opcje odpowiedzi: raz dziennie i częściej, kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu, 2–3 razy w miesiącu, raz w miesiącu, kilka razy w roku, wcale) i ilości czasu przeznaczanego dziennie na modlitwę (pytanie otwarte).

⁷ Celem utworzenia narzędzia mierzącego pozycję osoby badanej na wymiarze konsekwencyjnym opracowano blok pytań (stwierżeń) dotyczących wybranych świeckich skutków

no na podstawie pytań własnego autorstwa. Wartości wszystkich skal (zarówno tych dotyczących zdrowia, jak i poszczególnych wymiarów zaangażowania religijnego) zostały przekodowane do zakresu od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik na skali oznaczał większe natężenie danej cechy (np. większą częstotliwość praktyk, większą skłonność do wybaczenia czy do odwoływania się do pozytywnego lub negatywnego religijnego copingu, lepszą samoocenę stanu zdrowia itp.).

Do określenia związku między poszczególnymi wymiarami religijności a wymiarami zdrowia somatycznego (z uwzględnieniem zmiennych zakłócających, takich jak liczba chorób, na które skarżyła się osoba badana oraz zmiennych społeczno-demograficznych, czyli płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, sytuacji materialnej) zostały wykorzystane modele regresji liniowej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną interwałową oraz modele regresji logistycznej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną dwuwartościową. Oczekiwano, że zależności będą silniejsze w przypadku kobiet – aby zweryfikować tę hipotezę, analizy prowadzono osobno w grupie kobiet i mężczyzn, a następnie zestawiono je, celem porównania współczynników regresji (B).

Na potrzeby analiz część zmiennych społeczno-demograficznych przekategoryzowano. Celem wyodrębnienia grup osób podobnych do siebie pod względem globalnego zaangażowania religijnego zastosowano analizę skupień. Na pierwszym jej etapie wyodrębniano liczbę skupień stosując metody grupowania hierarchicznego. Jako metodę aglomeracji, czyli pomiaru odległości między skupieniami, wybrano metodę Warda, posługując się odległością euklidesową jako miarą odległości między obiektami. Kolejno stosowano grupowanie metodą k-średnich. Aby ocenić zasadność użycia wybranych wymiarów religijności w tworzeniu skupień zastosowano analizę wariancji. Utworzono w ten sposób zmienne nominalne, które następnie zostały użyte jako zmienne niezależne w modelach regresji. Istnienie różnic i siły związku między zmiennymi zostało oszacowane na poziomie istotności $p=0,05$. Analizy statystyczne zostały wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 19.0.

Aby lepiej zrozumieć i głębiej interpretować uzyskane w analizach statystycznych wyniki przeprowadzono również badania jakościowe – półustruktu-

przekonań religijnych, obejmujący przede wszystkim pytania dotyczące przełożenia przekonań religijnych na codzienne zachowania w relacjach międzyludzkich. W analizie skoncentrowano się na deklarowanej roli wybaczenia w życiu respondenta. W kwestionariuszu znalazły się lista stwierdzeń, o ustosunkowanie się do których (na skali od zdecydowanie tak, przez raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie) proszona była osoba biorąca udział w badaniu. Przykładowe stwierdzenia dotyczące wybaczenia: „Zawsze wybaczam ludziom, którzy mnie skrzywdzili”, „Czasami zemsta jest uzasadniona”, „Każdy człowiek zasługuje na wybaczenie, nawet jeśli zrobił coś naprawdę złego” itp.

ryzowane wywiady pogłębione z wykorzystaniem autorskiego scenariusza wywiadu. Dobierając respondentów do tej części badania, starano się zrobić to tak, aby ich postawy odzwierciedlały różne stopnie natężenia zaangażowania religijnego. Scenariusz koncentrował się na roli religijności na przestrzeni całego życia osoby badanej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu starości. Pytano o strategię radzenia sobie z przeciwnościami losu, stosunek do norm religijnych czy realny wpływ religijności na życie osoby badanej. Badano religijność rozpatrywaną pod kątem wpływu, jaki wywierać może ona na stan zdrowia respondenta/teki. Przeprowadzono 36 wywiadów, które następnie zakodowano i przeanalizowano posługując się oprogramowaniem MAXQDA.

Prezentowany artykuł pokazuje tę część wyników, która odnosi się do wpływu różnych wymiarów religijności oraz globalnego zaangażowania religijnego na stan zdrowia somatycznego w starszym wieku. Dla celów artykułu prezentowane są wybrane wyniki analiz regresji. Dodatkowe analizy mogą być na życzenie udostępnione czytelnikowi przez autorki artykułu.

Wyniki

Charakterystyka badanej próby

W analizie statystycznej uwzględniono dane dla grupy 362 osób, wśród których przeważały kobiety (72%). Najliczniejszą wśród osób badanych grupę wiekową (prawie 50%) były osoby w przedziale wiekowym między 70. a 74. rokiem życia. Średnia wieku badanych osób wynosiła 75 lat, z odchyleniem standardowym 6,28. Mediana wieku wynosiła 73 lata (percentyle: 25 wynosił 72 lata, a 75 wynosił 78 lat).

Prawie 50% osób biorących udział w badaniu stanowiły osoby owdowiałe. Jeśli chodzi o poziom edukacji respondentów i respondentek, najliczniej reprezentowane było wykształcenie średnie, którym legitymowało się ponad 40% próby. Osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły 16% wszystkich badanych, z zasadniczym zawodowym – 13%, natomiast osoby z wykształceniem wyższym to 27% respondentów i respondentek. Badani najczęściej oceniali swoją sytuację materialną jako średnią (57%) oraz dobrą (28%), a znacznie mniejszy odsetek jako raczej złą (10%). Przewagę w grupie badawczej miały osoby, które nie mieszkały samotnie (61%), z czego najczęstszą sytuacją (prawie 50% przypadków) było posiadanie jednego współlokatora w osobie współmałżonka/nki lub partnera/rki. Poniższa tabela prezentuje rozkład omawianych wyżej zmiennych społeczno-demograficznych w podziale na płeć respondentów (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób biorących udział w badaniu w grupie kobiet i mężczyzn

Zmienna		Płeć			
		Kobiety		Mężczyźni	
		n	%	n	%
Wiek	do 69 r.ż.	39	16,2	11	11,3
	70–74 r.ż.	121	50,2	45	46,4
	75–79	37	15,4	18	18,6
	80–84	26	10,8	15	15,5
	85 r.ż. i powyżej	18	7,5	8	8,2
Stan cywilny	osoba żonata/zamężna	81	31,4	65	65
	niezamężny/a, stały/a partner/ka, z którym/ą mieszka	1	0,4	1	1
	stały/a partner/ka, ale nie mieszkają razem	2	0,8	–	–
	nie mam i nie miałem/am stałego partnera/ki, nie byłem/am żonaty/zamężna	10	3,9	1	1
	miałam/em partnera (nie męża/żonę), ale zmarł/rozstaliśmy się	2	0,8	–	–
	wdowiec/wdowa	148	57,4	29	29
	rozwidziony/a, w trakcie rozwodu, separacji	14	5,4	4	4
Wykształcenie	podstawowe	47	18,4	10	9,9
	zasadnicze zawodowe	27	10,5	20	19,8
	średnie (ogólne/zawodowe)	104	40,6	27	26,7
	pomaturalne	11	4,3	2	2
	wyższe niepełne (bez tytułu mgr)	8	3,1	4	4
	wyższe	48	18,8	31	30,7
	stopień naukowy (dr, dr hab., prof.)	11	4,3	7	6,9
Sytuacja materialna	bardzo dobra	3	1,2	6	6
	dobra	69	26,7	32	32
	średnia	149	57,8	55	55
	raczej zła	30	11,6	6	6
	bardzo zła	7	2,7	1	1
Czy resp. Mieszka sam/a?	mieszkam sam/a	116	45,3	23	23
	mieszkam z kimś	140	54,7	77	77

cd. tabeli 1

Jeśli nie mieszka sam/a, to z kim?	tylko z mężem/żoną (partnerem/ką)	53	38,1	49	64,5
	z mężem/żoną (partnerem/ką) oraz z dziećmi (lub z wnukami)	26	18,7	13	17,1
	z mężem/żoną (partnerem/ką) oraz innymi członkami rodziny	1	0,7	2	2,6
	z mężem/żoną (partnerem/ką) oraz innymi osobami, niebędącymi członkami rodziny	1	0,7	–	–
	bez męża/żony (partnera/ki), ale z dziećmi (wnukami)	42	30,2	11	14,5
	bez męża/żony (partnera/ki), ale z innymi członkami rodziny	5	3,6	–	–
	bez męża/żony (partnera/ki), ale z innymi osobami nie będącymi członkami rodziny	2	1,4	–	–
	inna sytuacja	9	6,5	1	1,3

Zależność między analizowanymi wymiarami religijności a zdrowiem somatycznym – badania ilościowe

Zgodnie z postawioną w badaniu hipotezą analizowane aspekty zaangażowania religijnego różnicują samoocenę zdrowia fizycznego w ten sposób, że osoby osiągające wyższe wartości w zakresie badanych aspektów religijności mają lepszą ogólną percepcję własnego stanu zdrowia, wyższą samoocenę funkcjonowania fizycznego, mniej dolegliwości bólowych (wyjątkiem są negatywny religijny coping i negatywne interakcje w ramach wspólnoty religijnej, w przypadku których uzyskiwanie wyższych wartości na skali wpływa ujemnie na samoocenę stanu zdrowia). Celem sprawdzenia, czy zakładane zależności rzeczywiście istnieją, przeprowadzono analizy regresji liniowej. W kolejnych modelach zmiennymi zależnymi były poszczególne wymiary zdrowia somatycznego uwzględnione w badaniu kwestionariuszowym (tj. ogólna percepcja zdrowia, samoocena funkcjonowania fizycznego, odczuwany ból), a zmiennymi niezależnymi – różne wymiary zaangażowania religijnego (tj. wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne, wymiar wierzeń religijnych, doświadczeniowy, konsekwencyjny), a także pozytywny i negatywny religijny coping, wsparcie i negatywne interakcje w ramach wspólnoty religijnej). Każdą hipotetyczną zależność testowano najpierw w modelu jednowymiarowym (z dwiema zmiennymi: zależną i niezależną) oraz wielowymiarowym, w którym dodatkowo kontrolowano czynniki mogące również wpływać na analizowaną zmienną zależną (tj. wymiar stanu zdrowia), czyli liczbę chorób, sytuację materialną, wykształcenie, stan cywilny oraz wiek. W ramach analiz podsumowujących badano zależność między analizowanymi aspektami samooceny zdrowia fizycznego

a zgrupowanymi wymiarami religijności, czyli globalnym zaangażowaniem religijnym.

Tabela 2. Modele regresji liniowej. Zmienna zależna: ogólna percepcja zdrowia

	Kobiety			Mężczyźni		
	B	95% przedziału ufności dla B		B	95% przedziału ufności dla B	
		dolna granica	górną granica		dolna granica	górną granica
I. Wspólnotowe praktyki religijne	0,13*	0,01	0,25	0,01	-0,19	0,21
II. Niewspólnotowe praktyki religijne	0,26*	0,07	0,45	-0,19	-0,48	0,09
III. Negatywny religijny coping	-0,16*	-0,28	-0,03	0,01	-0,19	0,21

Obok poszczególnych zmiennych opisujących zaangażowanie religijne, w każdym z modeli uwzględniono jako zmienne niezależne również: liczbę chorób, sytuację materialną, wykształcenie, stan cywilny i wiek, ponieważ mogą także istotnie wpływać na zmienną objaśnianą (tj. ogólną percepcję zdrowia). We wszystkich prezentowanych w tabeli modelach, obok analizowanych poszczególnych wymiarów religijności, istotny związek ze zmienną zależną miała liczba chorób. Dodatkowo w modelu III istotny okazał się także wiek badanych osób. Nieprezentowane w tabeli wyniki mogą zostać przedstawione czytelnikowi na życzenie.

* $p < 0,05$

Przeprowadzone analizy pokazały, że trzy wymiary religijności (wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne oraz negatywny religijny coping) istotnie różnicowały ogólną percepcję zdrowia (tabela 2). Również samoocena funkcjonowania fizycznego miała związek z trzema z uwzględnionych w badaniu wymiarami (wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne oraz wymiar konsekwencyjny) (tabela 3). Żadna z analizowanych zmiennych nie miała związku z odczuwanym bólem. Zależność między zdrowiem somatycznym a negatywnym religijnym copingiem, jeśli okazywała się istotna, miała odwrotny kierunek niż pozostałe wymiary (tzn. wyższe wyniki na skali negatywnego copingu szły w parze z gorszą samooceną stanu zdrowia). Wszystkie wymienione zależności były istotne tylko w grupie kobiet, nie zaobserwowano żadnego związku między wymiarami religijności a samooceną zdrowia fizycznego w grupie mężczyzn.

W analizach podsumowujących, w których badano zależność między globalnym zaangażowaniem religijnym⁸ a samooceną zdrowia fizycznego stwierdzono, że globalne zaangażowanie religijne istotnie różnicuje samoocenę

⁸ Przez które rozumiano zgrupowane w analizie skupień wymiary religijności uwzględnione w badaniu; analiza wyodrębniła dwie grupy: w pierwszej znalazły się osoby osiągające niższe wyniki na skalach oceniających wymiary: praktyk wspólnotowych i niewspólnotowych, wie-

funkcjonowania fizycznego (tabela 4). Analiza zależności między globalnym zaangażowaniem religijnym a ogólną percepcją zdrowia oraz odczuwanym bólem nie wykazała istnienia istotnego statystycznie związku między zmiennymi.

Tabela 3. Modele regresji liniowej. Zmienna zależna: samoocena funkcjonowania fizycznego

	Kobiety			Mężczyźni		
	B	95% przedziału ufności dla B		B	95% przedziału ufności dla B	
		dolna granica	górną granica		dolna granica	górną granica
I. Wspólnotowe praktyki religijne	0,33*	0,15	0,51	0,17	-0,18	0,53
II. Niewspólnotowe praktyki religijne	0,37*	0,07	0,67	-0,03	-0,55	0,49
III. Wymiar konsekwencyjny	0,34*	0,13	0,55	0,12	-0,22	0,46

Obok poszczególnych zmiennych opisujących zaangażowanie religijne, w każdym z modeli uwzględniono jako zmienne niezależne również: liczbę chorób, sytuację materialną, wykształcenie, stan cywilny i wiek, ponieważ mogą także istotnie wpływać na zmienną objaśnianą (tj. samoocenę funkcjonowania fizycznego). We wszystkich prezentowanych modelach, obok analizowanych poszczególnych wymiarów religijności, istotny związek ze zmienną zależną miały: liczba chorób oraz wiek badanych osób. Dodatkowo w modelu I istotny był poziom wykształcenia a w modelu III – sytuacja materialna respondentów. Nieprezentowane w tabeli wyniki mogą zostać przedstawione czytelnikowi na życzenie.

* $p < 0,05$

Tabela 4. Model regresji liniowej. Zmienna zależna: samoocena funkcjonowania fizycznego

Zmienna niezależna:	Kobiety			Mężczyźni		
	B	95% przedziału ufności dla B		B	95% przedziału ufności dla B	
		dolna granica	górną granica		dolna granica	górną granica
Globalne zaangażowanie religijne	10,92*	2,64	19,21	7,16	-4,62	18,95

Obok poszczególnych zmiennych opisujących zaangażowanie religijne, w modelu uwzględniono jako zmienne niezależne również: liczbę chorób, sytuację materialną, wykształcenie i wiek, ponieważ mogą także istotnie wpływać na zmienną objaśnianą (tj. samoocenę funkcjonowania fizycznego). Istotny związek ze zmienną zależną w prezentowanym modelu miały: liczba chorób, sytuacja materialna oraz wiek badanych osób. Nieprezentowane w tabeli wyniki mogą zostać przedstawione czytelnikowi na życzenie.

* $p < 0,05$

rzeń, konsekwencyjny i doświadczeniowy; w grupie drugiej znalazły się osoby osiągające wyższe wyniki na każdej z wymienionych skal.

Nie zaobserwowano zależności między podzieleniem przez respondentów przekonania, że prowadzenie zdrowego stylu życia jest moralnym obowiązkiem człowieka religijnego, a którymkolwiek z analizowanych wymiarów zdrowia.

Mechanizmy zależności religijność – styl życia – zdrowie w starszym wieku – badania jakościowe

Jak wykazały badania jakościowe, normy religijne związane z dbaniem o zdrowie były przez respondentów i respondentki akceptowane, ale zazwyczaj ignorowane w codziennym życiu. Bycie osobą religijną nie miało wpływu na styl życia badanych na wcześniejszych jego etapach, nie ma również znaczenia w okresie starości. Powody niedbania o zdrowie były różnorodne, najczęściej usprawiedliwiano się brakiem wolnego czasu, brakiem pieniędzy, faktem posiadania dobrego zdrowia bez potrzeby specjalnego troszczenia się o nie itp. W zestawieniu z faktem, że prośby o wyzdrowienie (własne i członków rodziny) były tematem przewodnim modlitw respondentów, nasuwa się wniosek, że religia w większym stopniu pełni funkcję „naprawczą” (jeśli stanie się coś złego, np. pojawi się choroba, wówczas, w ramach jej zwalczania, obok podejmowania działań medycznych, osoba starsza intensywnie modli się o wyzdrowienie) niż „zapobiegawczą” (celowe zaniedbywanie zdrowia to grzech przeciwko piątemu przykazaniu, z czego osoby badane doskonale zdają sobie sprawę, ale wiedza ta nie była na przestrzeni życia, ani obecnie, wyznacznikiem zachowań prozdrowotnych ani nawet impulsem do zaprzestania zachowań antyzdrowotnych).

W ramach badania zależności między zaangażowaniem religijnym a stylem życia respondentów i respondentek pytano ich, czy dbanie o zdrowie (w tym prowadzenie zdrowego stylu życia, unikanie używek, chodzenie do lekarza w razie problemów zdrowotnych i przestrzeganie zaleceń lekarskich) jest obowiązkiem człowieka religijnego i czy niedbanie o zdrowie to grzech. Następnie zapytano, czy sami badani dbali o zdrowie na przestrzeni swojego życia. Odpowiedzi na pierwsze pytania były prawie w stu procentach przypadków twierdzące (tylko jedna osoba powiedziała, że nie wie, a inna, że nie jest o tym do końca przekonana).

Bardzo! Trzeba dbać o zdrowie. Bez przesady, żeby tam wyszukiwać choroby, ale trzeba. Jeśli jest możliwość, chodzić do lekarza, zażywać lekarstwa, być zdyscyplinowanym. O zdrowie trzeba dbać, o czyjeś i o swoje. Niedbanie o zdrowie to grzech. (W1)

Oczywiście, bo to jest „nie zabijaj” między innymi. (...) Czasem ktoś nie dba, ale jak nie dba stale, to jest to grzechem. (W2)

Tak, Pan Bóg nas stworzył, to musimy dbać o zdrowie. Jeśli celowo zaniedbujemy zdrowie – grzeszymy. Jeśli go nie szanujemy – szkodzimy sobie. (W28)

Natomiast odpowiedzi na pytanie o to, czy osoby badane dbały o swoje zdrowie, jednoznacznie wskazywały na to, że praktyka w większości przypadków mijiała się z deklaracjami. Oto zestawione ze sobą odpowiedzi na oba pytania:

Dbanie o zdrowie jest obowiązkiem człowieka religijnego, ale ja akurat się na tym nie koncentruję. To mi gdzieś wisi [śmiech]. Może dlatego, że, na szczęście, Pan Bóg daje mi dobre zdrowie. Zażywam lekarstwa, ale nie z pobudek religijnych, tylko żeby nie mieć kłopotów. (W7)

Dbanie o zdrowie jest obowiązkiem każdego człowieka, religijnego także. Niedbanie o zdrowie? Kiedyś był to grzech, a teraz się o tym nie mówi. Zależy w jakim zakresie, co robimy, nie dbając o zdrowie. Czy niszczymy je narkotykami. Grzechem jest lenistwo, więc jeśli niedbanie o zdrowie z tego wynika, to jest grzechem. (...) Ja nigdy o swoje zdrowie przesadnie nie dbałam. (W3)

Dbanie o zdrowie powinno być obowiązkiem osoby wierzącej, niedbanie to grzech, ale ja nie dbam o zdrowie. (W6)

Kilka osób potwierdziło, że zgodnie z obowiązkiem człowieka religijnego dbało o zdrowie, jednak ich definicja zdrowego stylu życia odbiegała nieco od ogólnie przyjętego rozumienia tego terminu, np. nie stał on w sprzeczności z paleniem papierosów:

Mój obowiązek, tak jak modlitwa, to jest dbanie o zdrowie. Zawsze dbałam o zdrowie. Palilam krótko, ale bez przyjemności. (W15)

Człowiek powinien dbać o zdrowie. Ja staram się prowadzić zdrowy styl życia. Ale palilam papierosy. (W16)

Powody niedbania o zdrowie były różnorodne. Najczęściej wymieniano brak wolnego czasu, który, zdaniem osób badanych, jest potrzebny, żeby móc kultywować zdrowy styl życia. Innym powodem był brak pieniędzy, brak możliwości, fakt posiadania dobrego zdrowia bez potrzeby specjalnego troszczenia się o nie, problemy życiowe odwracające uwagę od zdrowia, czy nawet nadwaga i chęć pozbycia się nadmiaru kilogramów, z której wynikał nałóg palenia papierosów. Jedna z respondentek, a wydaje się, że jej postawę można uznać za reprezentatywną dla większości osób w badanej próbie, powiedziała, że jej dbanie o zdrowie ograniczało się do modlenia się o nie w czasach, gdy były z nim problemy:

O zdrowie nie dbałam, ale jak były problemy zdrowotne, to modliłam się o zdrowie i jak się okazywało, że wszystko jest w porządku, byłam wdzięczna Bogu. (W10)

Zaledwie kilka osób zadeklarowało dbanie o zdrowie, przypisując ten fakt motywacji religijnej, tak jak cytowana niżej respondentka:

Dbanie o zdrowie jest obowiązkiem osoby religijnej. O środowisko też, o to, co nas otacza. To oczyszczenie wewnętrzne wpływa na wystrój, który człowieka otacza. Ja raczej dbałam o zdrowie. Raczej tak, choć czasami przez głupotę coś się stało. (W8)

Dwie osoby przyznały, że owszem, dbają o zdrowie, ale nie wynika to z pobudek religijnych – po prostu jest to obowiązkiem każdego człowieka, zwłaszcza, jeśli nie chce on być na starość ciężarem dla innych.

Dyskusja

Jak pisze Neal Krause (2008), w studiach nad zależnością między religijnością a zdrowiem osób starszych najlepiej stworzyć serię teorii średniego zasięgu i zidentyfikować różne ścieżki oddziaływania zaangażowania religijnego na stan zdrowia. Podobnie analizując uzyskane w prezentowanych badaniach związki między zmiennymi i podejmując próbę ich wyjaśnienia należy odwołać się do całego szeregu interpretacji, ponieważ wpływ religijności na zdrowie jest wieloaspektowy, przebiega wieloma różnymi drogami, chociażby dlatego, że religijność jest zjawiskiem wielowymiarowym, podobnie zresztą jak stan zdrowia i jakość życia. Interpretując mechanizmy wpływu poszczególnych wymiarów na zdrowie należy przede wszystkim zastanowić się nad kierunkiem zależności (informacje o nim nie wynikają z modeli regresji, a opierane są wyłącznie na teorii). Uwaga ta dotyczy przede wszystkim wymiaru praktyk wspólnotowych, które pozostawały w relacji z ogólną percepcją zdrowia, i samooceną funkcjonowania fizycznego. Zarówno ogólna percepcja zdrowia, jak i samoocena funkcjonowania fizycznego były wyznacznikami ogólnego stanu zdrowia fizycznego osoby badanej. Każda z aktywności wchodzących w skład wymiaru praktyk wspólnotowych, jak również część z aktywności włączonych do wymiaru praktyk niewspólnotowych, wymagają pewnej sprawności funkcjonalnej (np. możliwości samodzielnego poruszania się, aby móc dotrzeć do kościoła). Kierunek zależności jest więc najprawdopodobniej taki, że osoby będące w lepszym stanie zdrowia fizycznego bardziej angażują się w praktyki religijne (przynajmniej w wymiarze wspólnotowym). W przypadku wymiaru praktyk niewspólnotowych wyjaśnienie to ma zdecydowanie mniejsze zastosowanie niż w przypadku wspólnotowych przejawów religijności, ponieważ w skład tego wymiaru wchodzi pytania dotyczące modlitwy, czytania Pisma Św. itp. Teoretycznie możliwe jest, że osoby, które się więcej modlą, cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym, ponieważ modlitwa, jako metoda religijnego copingu, jest buforem stresu związanego z negatywnymi okolicznościami życiowymi (Levin 2004). Inne badania udowodniły, że praktyki takie jak medytacja czy modlitwa powodują rozładowanie napięcia związanego ze stresem, czyli reakcję relaksacyjną (Benson

1996), która jest przeciwieństwem reakcji stresowej. Reakcja relaksacyjna przyczynia się do redukcji ciśnienia krwi i do wzrostu efektywności systemu odpornościowego (Koenig, McCullough i Larson 2012; Conway 1985), a więc może wywierać korzystny wpływ również na zdrowie fizyczne.

Zaobserwowane zależności istotne były wyłącznie w grupie kobiet. Należy zauważyć, że wśród kobiet praktyki religijne cieszyły się znacznie większą popularnością niż wśród mężczyzn, co dotyczyło przede wszystkim modlitwy oraz praktyk wspólnotowych. Podobne spostrzeżenia można znaleźć u innych autorów (Idler 1994; Koenig, McCullough i Larson 2012; Levin 2001; Halicka i Halicki 2002; Krause 2008). W badanej próbie obserwowana była istotna zależność między płcią a zaangażowaniem w ten wymiar religijności – kobiety częściej podejmowały praktyki religijne, zarówno wspólnotowe i niewspólnotowe. Jedno z wyjaśnień fenomenu istniejących między kobietami i mężczyznami różnic w zaangażowaniu religijnym mówi o tym, że wiara jest zawsze bardziej rozpowszechniona wśród ludzi znajdujących się w niekorzystnym położeniu społecznym (czyli wśród osób niewykształconych, o niższym statusie socjoekonomicznym, chorych przewlekle, kobiet, osób starszych, rasy czarnej itp.) (Koenig 1994). Starsze kobiety są grupą o podwójnie niekorzystnym położeniu (z uwagi na płeć i na wiek), dodatkowo charakteryzującą się gorszym niż mężczyźni stanem zdrowia (Arber i Lahelma 1993; Arber 1997), otrzymującą mniejsze emerytury, bardziej zagrożone są ubóstwem, znacznie częściej niż mężczyźni są ofiarą przemocy domowej, w okresie starości zmagają się z samotnością związaną z wdowieństwem itp. – w związku z tym doświadczają większego poziomu stresu i bardziej potrzebują religii niż mężczyźni (Idler 1994).

Dużej częstotliwości praktyk w badanej grupie nie sprzyjało wyższe wykształcenie, którym istotnie częściej mogli pochwalić się mężczyźni (około 38% mężczyzn miało wykształcenie wyższe lub wyższe ze stopniem naukowym, z zestawieniem z około 23% kobiet legitymujących się takim samym poziomem wykształcenia). Jednocześnie stan zdrowia kobiet w badanej próbie był gorszy w porównaniu z mężczyznami. Czynniki te mogą być po części odpowiedzialne za brak w grupie mężczyzn istotnych zależności między zaangażowaniem się w praktyki religijne a stanem zdrowia fizycznego.

Rozważając mechanizm zaobserwowanego związku między wymiarem konsekwencyjnym religijności a samooceną funkcjonowania fizycznego należy sięgnąć do teorii dotyczącej korzystnego dla zdrowia wpływu wybaczenia. Pozwala ono zachować dobrostan społeczny i emocjonalny (Bono i McCullough 2004), a także wpływa również na funkcjonowanie fizyczne. Mechanizmy pośrednie związane są z sieciami społecznymi i wsparciem. Osoby, które chętnie wybaczą, rzadziej wchodzi w konflikty z innymi, łatwiej naprawiają też napięcia w relacjach, więc ich sieci społeczne są trwalsze (Worthington 2004). Mechanizm bezpośredni związany jest z redukowaniem negatywnych emocji,

takich jak gniew czy wrogość, co oddziałuje korzystnie na system odpornościowy, ciśnienie krwi, układ sercowo-naczyniowy. Chroniczna wrogość to korelat osobowości typu A (predyktor problemów zdrowotnych związanych z układem sercowo-naczyniowym) [Worthington, Berry i Parrott 2004]. Stan braku przebaczenia i uporczywe przeżywanie zaistniałej krzywdy wiążą się ze stresem i jego konsekwencjami zdrowotnymi. (Williams 1989; Worthington 2004; Krause 2008). Skłonność do wybaczenia, a więc umiejętność zwalczania negatywnych emocji skierowanych na innych ludzi powinna więc skutkować lepszym zdrowiem fizycznym.

Dodatkowo należy zauważyć, że normy religijne mają prospołeczny wydźwięk (np. przykazanie miłości bliźniego). Zakładając, że ludzie realizują te zasady w życiu codziennym, efektem powinny być lepsze relacje z innymi ludźmi, co z kolei przekłada się na sieci społeczne i wsparcie oraz związane z nimi korzyści zdrowotne. Obecność wsparcia społecznego jest predykatorem lepszego zdrowia fizycznego, mniejszej umieralności, mniejszego ryzyka przedwczesnej śmierci (Oxman, Freeman i Manheimer 1992). Brak wsparcia może być przyczyną chorób, szczególnie tych warunkowanych stresem (Levin 2001; Kawachi i Berkman 2001). Zasoby społeczne mają bezpośredni pozytywny wpływ na zdrowie, mogą również pośredniczyć we wpływie stresu na zdrowie (efekt buforowania), a także częściowo moderować negatywne konsekwencje stresu. Należy dodać, że najsilniejszego pozytywnego wpływu wsparcia społecznego doświadczają te osoby, które stykają się z bardzo silnymi stresorami (Ellison 1994). Wsparcie społeczne może również kształtować behawioralne reakcje na stres – udowodniono, że skłonność do zachowań antyzdrowotnych w reakcji na stres (np. palenia tytoniu, picia alkoholu) są powiązane z izolacją społeczną (Halpern 2008). Płynące z przynależności religijnej wsparcie społeczne i więzi społeczne mają wpływ również na stan zdrowia psychicznego (Woźniak i Zawisza 2012; Woźniak 2015).

Brak zależności między podzieleniem przez respondentów przekonania, że prowadzenie zdrowego stylu życia jest moralnym obowiązkiem człowieka religijnego, a którymkolwiek z analizowanych wymiarów zdrowia fizycznego, częściowo wyjaśniają informacje uzyskane od respondentów w wywiadach pogłębionych, z których jasno wynika, że religijność nie odgrywa roli w regulacji zachowań związanych ze zdrowiem. Oczywiście respondenci deklarowali akceptację dla norm religijnych związanych z dbaniem o zdrowie, ale zazwyczaj ignorowali je w codziennym życiu. Innymi słowy, bycie osobą religijną nie miało żadnego wpływu na styl życia badanych, ani na wcześniejszych jego etapach, ani w okresie starości. Większość osób badanych wprost przyznawała, że nie dbała i nie dba o zdrowie, tłumacząc się brakiem wolnego czasu, brakiem pieniędzy itp. Na porządku dziennym było za to modlenie się o zdrowie/wyzdrowienie. Inne badania nad zależnością: religijność – styl życia – zdrowie fizyczne

wskazują, że istnieje ona głównie w przypadku religii ściśle regulujących styl życia wyznawców (Levin 1994; Koenig, McCullough i Larson 2012).

Zależność między negatywnym religijnym copingiem a ogólną percepcją zdrowia oraz samooceną funkcjonowania fizycznego można wyjaśnić faktem, że, jak wynika z badań, osoby sięgające w trudnych sytuacjach po negatywny religijny coping doświadczają więcej stresu w porównaniu z osobami nie stosującymi tej strategii radzenia sobie z problemami (Pargament 1997), a w związku z tym są również bardziej narażone na jego niekorzystne konsekwencje, także w zakresie zdrowia fizycznego. W prezentowanych badaniach negatywny religijny coping był powiązany z gorszym funkcjonowaniem fizycznym; analizy (nieprezentowane tutaj, por. Woźniak 2015) pokazały, że u kobiet pozostawał również w zależności z poczuciem samotności (społecznej i emocjonalnej) oraz z gorszą samooceną wsparcia społecznego. Związek między negatywnym religijnym copingiem a poczuciem samotności można wyjaśnić w ten sposób, że osoby sięgające do negatywnego copingu, będące w złym stanie zdrowia psychicznego, mogą również mieć nasilone poczucie odizolowania od otoczenia oraz poczucie pustki związane z brakiem zaufanej osoby. Z drugiej strony, osoby mające poczucie izolacji społecznej i odrzucenia, a także cechujące się negatywną oceną swojego stanu zdrowia i funkcjonowania fizycznego mogą mieć większą skłonność do postrzegania problemów życiowych przez pryzmat pesymistycznych interpretacji wchodzących w skład negatywnego copingu.

Globalne zaangażowanie religijne pozostawało w związku z samooceną funkcjonowania fizycznego. Globalne zaangażowanie religijne odzwierciedla skumulowany wpływ na stan zdrowia poszczególnych wymiarów wchodzących w jego skład (czyli praktyk religijnych wspólnotowych i niewspólnotowych, wymiaru wierzeń i doświadczeń religijnych oraz wymiaru konsekwencyjnego). Trzy ze zmiennych wchodzących w skład omawianej zmiennej miały, analizowane niezależnie, istotny wpływ na samoocenę funkcjonowania fizycznego u kobiet (wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne oraz wymiar konsekwencyjny). Dwie kolejne (wierzenia i doświadczenia religijne) nie wykazały istotnego wpływu. Ponieważ dwa z wymiarów wchodzących w skład globalnego zaangażowania religijnego w mniejszym lub większym stopniu wymagają sprawności funkcjonalnej, a pozostałe są od niej całkowicie niezależne, można zaryzykować wniosek, że to wysokie globalne zaangażowanie religijne korzystnie wpływało na samoocenę funkcjonowania fizycznego u kobiet, nie zaś odwrotnie. Może to być wynikiem omówionych we wprowadzeniu do niniejszego artykułu psychologicznych korzyści wynikających z zaangażowania religijnego, które pozytywnie oddziałują również na zdrowie somatyczne.

Literatura

- Arber, Sara i Eero Lahelma. 1993. *Inequalities in Women's and Men's Ill-health: Britain and Finland Compared*. „Social Science and Medicine” 37 (8): 1055–1068.
- Arber, Sara. 1997. *Comparing Inequalities in Women and Men Health: Britain in the 1990s*. „Social Science and Medicine” 44 (6): 773–787.
- Benson, Herbert. 1996. *Timeless Healing*. New York: Simon and Schuster.
- Bono, Giacomo i Michael McCullough. 2004. *Religion, Forgiveness and Adjustment in Older Adulthood*. W: K. Schaie, N. Krause i A. Booth (red.). *Religious Influences on Health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, s. 163–186.
- Borowik, Irena. 2001. *Religijność*. W: I. Borowik i T. Doktor (red.). *Pluralizm religijny i moralny w Polsce*. Kraków: Nomos, s. 49–153.
- Borowik, Irena. 2009. *Dlaczego religijność w Polsce nie ulega zmianom po 1989 roku? Pięć hipotez*. W: G. Babiński i M. Kapiszewska (red.). *Zrozumieć współczesność*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM, s. 439–450.
- Caplan, Gerald. 1981. *Mastery and Stress: Psychosocial Aspects*. „American Journal of Psychiatry” 138: 413–420.
- CBOS. 2013. *Osoby niewierzące w Polsce – kim są oraz jakie uznają normy i wartości?* (oprac.) R. Boguszewski (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_134_13.PDF).
- CBOS. 2009. *Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych* (oprac.) R. Boguszewski (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_034_09.PDF).
- CBOS. 2008. *Polacy o swoich związkach z lokalną parafią* (oprac.) B. Wciórka (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_148_08.PDF).
- Dyczewski, Leon. 1994. *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Ellison, Christopher. 1994. *Religion, the Life Stress Paradigm, and the Study of Depression*. W: J. Levin (red.). *Religion in Aging and Health. Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition, s. 78–124.
- Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. 2003. *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: John E. Fetzer Institute.
- Folkman, Susan i Richard Lazarus. 1980. *An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample*. „Journal of Health and Social Behavior” 21 (3): 219–239.
- Folkman, Susan i Richard Lazarus. 1988. *The Relationship between Coping and Emotion: Implications for Theory and Research*. „Social Science & Medicine” 26 (3): 309–317.
- Glock, Charles i Rodney Stark. 1965. *Religion and Society in Tension*. Chicago: Rand McNally & Company.
- Halicka, Małgorzata i Jerzy Halicki. 2002. *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*. W: B. Synak (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 189–218.

- Halpern, David. 2008. *Zdrowie i dobre samopoczucie*. W: P. Sztompka i M. Bogunia-Borowska (red.). *Socjologia codzienności*. Kraków: Wydawnictwo Znak, s. 678–719.
- Hathaway, William i Kenneth Pargament. 1992. *The Religious Dimension of Coping: Implications for Prevention and Promotion*. W: K. Pargament, K. Maton i R. Hess (red.). *Religion and Prevention in Mental Health, Research, Vision and Action*. New York: The Haworth Press, s. 129–154.
- Herbert, Randy, Molly Jenckes, Daniel Ford, D R O'Connor i Lisa Cooper. 2001. *Patient Perspectives on Spirituality and the Patient-physician Relationship*. „Journal of General Internal Medicine” 16 (10): 685–692.
- Holmes, Thomas i Richard Rahe. 1967. *The Social Readjustment Rating Scale*. „Journal of Psychosomatic Research” 11 (2): 213–218.
- Idler, Ellen. 1994. *Cohesiveness and Coherence. Religion and the Health of the Elderly*. New York&London: Garland Publishing Inc.
- Idler, Ellen. 2003. *Beliefs*. W: Fetzer Institute/National Institute on Ageing Working Group: *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: John E. Fetzer Institute, s. 31–33.
- Johnson, Sara i Bernard Spilka. 1991. *Coping with Breast Cancer: The Role of Clergy and Faith*. „Journal of Religion and Health” 30: 21–33.
- Kawachi, Ichiro i Lisa Berkman. 2001. *Social Ties and Mental Health*. „Journal of Urban Health” 78 (3): 458–467.
- Koenig, Harald. 1994. *Religion and Hope for the Disabled Elder*. W: J. Levin (red.). *Religion in Aging and Health. Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition, s. 18–51.
- Koenig, Harald, Michael McCullough i David Larson. 2012. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Krause, Neal i Elaine Borawski-Clark. 1994. *Clarifying the Functions of Social Support*. „Research on Aging” 16: 251–279.
- Krause, Neal. 2003a. *Praying for Others, Financial Strain and Physical Health Status in Later Life*. „Journal for the Scientific Study of Religion” 42: 377–391.
- Krause, Neal. 2003b. *Religious Support*. W: Fetzer Institute/National Institute on Ageing Working Group: *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: John E. Fetzer Institute, s. 57–63.
- Krause, Neal. 2006. *Religion and Health in Later Life*. W: J. Birren i K. Schaie (red.). *Handbook of the Psychology of Aging*. Burlington: Elsevier Academic Press, s. 499–518.
- Krause, Neal. 2008. *Ageing in the Church. How Social Relationship Affect Health*. West Conshohocken, Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Levin, Jeffrey. 1994. *Investigating the Epidemiologic Effects of Religious Experience: Findings, Explanations and Barriers*. W: J. Levin (red.). *Religion in Ageing and Health. Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA: A SAGE Focus Edition, s. 3–17.
- Levin, Jeffrey. 2001. *God, Faith and Health. Exploring the Spirituality-healing Connection*. New York: John Wiley&Sons Inc.

- Levin, Jeffrey. 2004. *Prayer, Love and Transcendence: An Epidemiologic Perspective*. W: K. Schaie, N. Krause i A. Booth (red.). *Religious Influences on health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, s. 69–95.
- Levin, Jeffrey i Harold Vanderpool. 1989. *Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension?* „Social Science and Medicine” 29 (1): 69–78.
- Libiszowska-Żółtkowska, Maria. 2010. *Religijność a zdrowie*. W: E. Krajewska-Kulałak, I. Wrońska i K. Kędziora-Kornatowska (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: PZWL, s. 148–156.
- Libiszowska-Żółtkowska, Maria. 1997. *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*. Promocja Zdrowia. „Nauki Społeczne i Medycyna” 4 (12–13): 22–36.
- MacDowell, Ian i Claire Newell. 1996. *Measuring Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mariański, Janusz. 2004. *Religijność społeczeństwa polskiego w perspektywie europejskiej. Próba syntezy socjologicznej*. Kraków: Nomos.
- McEwen, Bruce. 1998. *Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load*. „Annals of the New York Academy of Sciences” 840: 33–44.
- McEwen, Bruce i Eliot Stellar. 1993. *Stress and the Individual – Mechanisms Leading to Disease*. „Archives of Internal Medicine” 153: 2093–2101.
- Newby-Clark, Ian. 2004. *Getting Ready for the Bad Times: Self-esteem and the Anticipatory Coping*. „European Journal of Social Psychology” 34: 309–316.
- Oxman, Thomas, Daniel Freeman i Eric Manheimer. 1995. *Lack of Social Participation or Religious Strength and Comfort as Risk Factor for Death After Cardiac Surgery in the Elderly*. „Psychosomatic Medicine” 57: 5–15.
- Pargament, Kenneth. 1997. *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, Kenneth. 2003. *Religious/Spiritual Coping*. W: Fetzer Institute/National Institute on Ageing Working Group: *Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: John E. Fetzer Institute, s. 43–55.
- Pearlin, Leonard, Elizabeth Menaghan, Morton Lieberman i Joseph Mullan. 1981. *The Stress Process*. „Journal of Health and Social Behaviour” 22: 337–356.
- Reed, Gayle i Robert Enright. 2006. *The Effects of Forgiveness Therapy on Depression, Anxiety and Posttraumatic Stress for Women after Spousal Emotional Abuse*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 74: 920–929.
- Ross, Catherine i Jay Sastry. 1999. *The Sense of Personal Control: Social Structural Causes and Emotional Consequences*. New York: Plenum.
- Spector, Rachel. 2003. *Cultural Diversity in Health and Illness*. New York: Prentice Hall.
- Stewart, Anita, Ron Hays i John Ware Jr. 1988. *The MOS Short Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population*. „Medical Care” 26: 724–735.
- Straś-Romanowska, Maria. 2005. *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. T. 2. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: WN PWN.

- Underwood, Lynn. 2003. *Daily Spiritual Experience*. W: Fetzer Institute/National Institute on Ageing Working Group: *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo: John.E.Fetzer Institute, s. 11–18.
- Wade, Nathaniel, Everett Jr. Worthington i Julia Meyer. 2005. *But do they Work? A Meta-analysis of Group Interventions to Promote Forgiveness*. W: E. Worthington Jr. (red.). *Handbook of Forgiveness*. New York: Brunner-Routledge, s. 423–440.
- Wheaton, Blair. 1980. *The Sociogenesis of Psychological Disorder. The Attributional Theory*. „Journal of Health and Social Behaviour” 21 (2): 100–124.
- Williams, Redford. 1989. *The Trusting Heart*. New York: Times Books.
- Worthington, Everett Jr. 2004. *Unforgiveness, Forgiveness, Religion, and Health During Aging*. W: K. Schaie, N. Krause i A. Booth (red.). *Religious Influences on Health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, s. 187–201.
- Worthington, Everett Jr., Jack Berry i Les Parrott III. 2004. *Unforgiveness, Forgiveness, Religion and Health*. W: K. Schaie, N. Krause i A. Booth (red.). *Religious Influences on Health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, s. 107–138.
- Woźniak, Barbara. 2015. *Zaangażowanie religijne a zdrowie w starości. Mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Woźniak, Barbara i Katarzyna Zawisza. 2012. *Kapitał społeczny związany z zaangażowaniem religijnym a zdrowie w wieku starszym*. W: M. Gałuszka i M. Wieczorkowska (red.). *Społeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, s. 279–309.

Religion and Health – on the Relationship between the Level of Religiousness and Body Functioning in Older Age

Summary

According to the research on the relationship between religiousness and health, religious involvement may have beneficial influence on individuals' well-being, first of all serving as a potential source of religious coping responses. Due to their role in dealing with acute and day-to-day stressors religious resources can have a real impact on as well as physical health in older age. When it comes to physical health/functioning not only religious coping but also the role of religious norms in shaping healthy lifestyles and body practices is indicated as a potential mechanism of influence. This paper presents selected results of the research on the relationship between the level of religiousness and health/quality of life in older age. The sample population consisted of 367 randomly selected Roman Catholics aged 65 and over displaying various levels of religious involvement. Both religiousness and health were conceptualized as complex, multidimensional variables. Data was collected using

a structured questionnaire. In the statistical analyses Hierarchical Cluster Analysis and regression analysis were performed. Significant relationships were observed between some of the analyzed dimensions of religiousness and general health perception as well as physical functioning of older respondents. While in some of the observed cases health status influenced the level of religious involvement (eg. the frequency of public religious practices) and not vice versa, in the other cases the direction of the relationship is not as clear and can be explained in the light of the theories and mechanisms described in detail in the introduction to the presented paper.

Key words: older people; religiousness; coping; health.