

Danuta Godlewska

Jolanta Gebreselassie

Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

Religia a zdrowie i choroba

Streszczenie

Zaobserwowany w ostatnich latach wzrost zainteresowania zagadnieniami duchowości/ religijności obejmuje także problematykę związków religijności/duchowości ze zdrowiem. W artykule podjęto próbę odpowiedzi na pytania: jakie znaczenie ma religia/ duchowość dla zdrowia i w chorobie? Czy duchowość można uznawać za jeden z wymiarów zdrowia? Z analizy piśmiennictwa wynika, że istnieje wiele czynników wyjaśniających wpływ religijności i duchowości na zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. Rozszerzenie wymiarów zdrowia o zdrowie i dobrostan duchowy wymaga dalszych, powtarzalnych badań z obszaru epidemiologii analitycznej, na dużych, międzywyznaniowych i międzykulturowych próbach, uwzględniających kryterium społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Słowa kluczowe: religia, duchowość, zdrowie, choroba

W ostatnich latach zaobserwowano wzrastające zainteresowanie zagadnieniami duchowości, zarówno wśród przedstawicieli różnych dziedzin nauki, jak i nieprofesjonalistów. Zainteresowanie to może być wyrazem ważnych potrzeb społecznych wynikających z negowania wzrastającego konsumpcjonizmu i dominacji potrzeb materialnych, stąd pojawiają się pytania: jakie znaczenie ma religia (duchowość) dla zdrowia i w chorobie? Czy duchowość można uznawać za czwarty wymiar zdrowia?

W artykule podjęto próbę odpowiedzi na powyższe pytania na gruncie psychologii zdrowia, gdzie duchowość jest postrzegana nie tylko jako jeden z elementów rozwoju człowieka, odnosi się do potrzeb ludzi chorych, ale też jest traktowana jako kolejny, czwarty wymiar zdrowia. Badania nad duchowością (epidemiologiczne) utożsamiane są z religijnością.

Zdrowie. Wymiary zdrowia

Liczne próby definiowania pojęcia zdrowie napotykać na trudności. Aktualnie dominującym stało się ujęcie, zgodnie z którym zarówno zdrowie, jak i choroba są stanami, które mogą być określane subiektywnie i obiektywnie¹.

Najbardziej znaną i najczęściej, stosowaną definicję zdrowia sformułowała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Przedstawiono ją w Preambule Konstytucji WHO z roku 1946. Współautorem definicji był Polak Marcin Kacprzak². W tym ujęciu „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”³.

Zdrowie fizyczne określa się jako dobrostan anatomiczno-fizjologiczny, zdolność do prawidłowego działania, mając na względzie wszystkie jego organy i funkcje. Zdrowie psychiczne, na które składa się potencjał emocjonalny i intelektualny (poznawczy), to umiejętność kontrolowania, wyrażania i odczytywania stanów emocjonalnych, umiejętność adaptacji w zmieniającym się środowisku, radzenia sobie z różnymi trudnościami (stresem, lękiem, depresją). Zdrowie społeczne pozwala na utrzymanie dobrych relacji interpersonalnych, współpracy z innymi ludźmi, akceptowanie odpowiedzialności za siebie i innych. Zdrowie duchowe, w szerokim ujęciu, charakteryzowane jest jako samoświadomość, system wartości, poczucie sensu i celu życia, pozytywne nastawienie, własne credo życiowe, uznawanie istnienia czegoś, co istnieje „poza naszym umysłem”, otwartość na przeżycia duchowe i zdolność do wyjścia poza świadomość⁴.

W ostatnich latach zaobserwowano intensywne badania empiryczne, dowodzące znaczenia duchowości w obszarze szeroko rozumianego zdrowia, w uzupełnieniu do trzech obszarów wymienionych wcześniej: fizycznego, psychicznego i społecznego. Zagadnienia rozwoju duchowego na przestrzeni życia wpisują się w szeroki nurt badań nad aspektem rozwojowym. Wymiar duchowy nadaje ton przeżyciom emocjonalnym człowieka i wykazuje związek z jego funkcjonowaniem poznawczym. Pojęcie duchowości pojawia się w psychologii zdrowia w kontekście form psychoterapii (terapia duchowa) czy problemów związanych z chorobą (potrzeby duchowe chorych, rozwój duchowy w chorobie)⁵.

¹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 16.

³ C. Włodarczyk, A. Poździej, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 15.

⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.

⁵ I. Heszen-Niejodek, *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, t. 47, nr 1, s. 15-31.

Zdrowie jest oceniane przez większość ludzi jako jedna z najważniejszych życiowych wartości. Prawo do zdrowia jest utożsamiane z prawem do życia, bez względu na pochodzenie, rasę, religię. W potocznej świadomości religię i zdrowie łączy silny związek emocjonalny, powiązany z poczuciem zaufania, zawierzenia opiece boskiej; „daj Boże zdrowie”, z jednoczesnym doświadczeniem bezradności w sytuacji zagrożenia zdrowia czy życia: „Bóg dał, Bóg zabrał”⁶.

Zdrowie jest wartością o nadrzędnym znaczeniu dla egzystencji człowieka, zajmuje szczególne miejsce w każdym systemie religijnym, zarówno na poziomie doktrynalnym, jak i praktycznym. Większość religii postrzega zdrowie jako dar od Boga i wartość, o którą należy się troszczyć i nakazuje swoim wyznawcom dbanie o zdrowie fizyczne i psychiczne oraz zaleca utrzymanie równowagi pomiędzy ciałem i duchem.

Jednocześnie obserwacje i badania pozwalają na wyróżnienie uwarunkowanych kulturowo reakcji na chorobę, takich jak:

- reakcja religijna, którą można przedstawić jako postawę akceptującą chorobę i śmierć bez zastrzeżeń, ze względu na działania sił wyższych, niepodlegających kontroli człowieka, ta reakcja przypisuje chorobie lub śmierci znaczenie symboliczne, np. „Bóg dał, Bóg wziął”, „kara za grzechy”;
- reakcja magiczna, która jest próbą zajęcia czynnej postawy wobec choroby, traktowanej jako rezultat działania bogów, tajemnych mocy, których przychylności należy uzyskiwać, np. „jeśli pragniesz pomóc w wyzdrowieniu, składaj ofiary lub módl się z całych sił”;
- reakcja opiekuńczo-pielęgnacyjna, związana z psychiczną opieką nad pacjentem i wsparciem go⁷.

Pojawienie się choroby wymusza pytania o jej sens i źródła pochodzenia. Wg Furnhama odmienne sposoby postrzegania choroby związane są między innymi z systemem wierzeń i przekonań o przyczynach jej powstawania. Uznaje on, że choroba może być wynikiem oddziaływania mocy Boga. Zdrowie jest potwierdzeniem życia bez grzechu, a choroba karą za grzechy (lub ujawnieniem grzechów). Zdrowie jest wyrazem opieki Boskiej, odzwierciedleniem stanu duchowego⁸.

W społeczeństwach pierwotnych rzeczywistość postrzegano w wymiarze magicznym. Obrzędy magiczne miały zapewniać zdrowie i powodzenie, jednocześnie

⁶ M. Libiszowska-Żółtkowska, *Religijność a zdrowie*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 148-156.

⁷ B. Tobiasz-Adamczyk, op.cit.

⁸ Za: B. Tobiasz-Adamczyk, op. cit.

oddalać chorobę i inne nieszczęścia. Wśród chrześcijan do XV wieku uznawano, że cierpienie jest najdoskonalszym sposobem okazywania miłości Bogu. Od XIX wieku w historii Kościoła katolickiego zaczęto odnotowywać coraz częstsze objawienia maryjne, które zapoczątkowały powstawanie ośrodków kultu i pielgrzymki wiernych do miejsc cudownego uzdrowienia.

Postawy ludzi wobec zdrowia i choroby cechuje duże zróżnicowanie; skrajnymi są postawy bierność, uległość, fatalistyczne i cechujące się aktywnością i kreatywnością. Osoby pasywne odwołują się do religijnej postawy zawierzenia Bogu, osoby aktywne podejmują walkę z chorobą wszelkimi dostępnymi metodami i środkami. Ruch odnowy w Kościele katolickim nawiązuje do idei akcentowania własnej aktywności w radzeniu sobie z chorobą, a nie tylko biernego zawierzenia świętym⁹.

Włoski charyzmatyk, ksiądz Serafino Falvo zaleca spełnienie pięciu warunków, aby uzdrowienie za pomocą modlitwy mogło nastąpić: 1) pragnienie uzdrowienia, 2) prośba Jezusa o zdrowienie, 3) prośba z wiarą, 4) modlitwa z łagodnością i pogodą ducha a nie wśród łez i jęków, 5) usunięcie wszystkich przeszkód blokujących Bożą interwencję (spowiedź, akt pokuty, oczyszczenie z grzechów)¹⁰. Charyzmatycy religijni są narzędziem w ręku Boga, tak mówią sami o sobie, tak są postrzegani przez tych, którzy im ufają. Przez nich Bóg objawia swoją łaskę, uzdrowienie ma wymiar duchowej ekspiacji, oczyszczenia z grzechów, religijnego pobudzenia wiary. Różnica pomiędzy lekarzem a uzdrowicielem jest taka, że ten pierwszy leczy (co zakłada pewną wiedzę i umiejętności), a ten drugi uzdrawia (odwołując się do wiary i rytuału)¹¹.

Religia, religijność, duchowość

Religia stanowi rzeczywistość rozumianą jako zespół prawd, norm, czynności obrzędowych i form zachowania regulujący relacje między człowiekiem i Bogiem, religijność jest subiektywnym odniesieniem oraz percepcją zarówno Boga, jak i związku pomiędzy Nim a jednostką¹².

Religijność definiowana jest jako stopień, w jakim specyficzne wartości religijne odnoszące się do sfery sakrum, są uznawane i praktykowane przez jednostkę¹³.

⁹ M. Libiszowska-Żółtkowska, op. cit.

¹⁰ S. Falvo, *Przebudzenie charyzmatyków*, Wydawnictwo Ośrodek w Duchu Świętym, Łódź 1995.

¹¹ *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędzióra-Kornatowska, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

¹² S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, WAM, Kraków 1993.

¹³ K. Mudyń, K. Pietras, *Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia*, „Psychoterapia” 2007, nr 1 (140), s. 5-25.

Nadrzędną wartością osoby religijnej jest zjednoczenie z Bogiem, doświadczenie transcendencji, rozwój w kierunku harmonii. Religijnym jest człowiek, który zawiera i poddaje się Bogu, ufa w boską opatrzność, powierza jej swój los, podporządkowuje się prozdrowotnym nakazom religijnym, a w chorobie czy nieszczęściu prosi o pomoc siły nadprzyrodzone. Religijny obraz świata tworzy wizję wartości, których nauka nie jest w stanie zaoferować¹⁴.

Pojęciem powiązanim z religijnością jest duchowość. Jest ona połączeniem komponentu religijności (osiąganiem harmonii z Bogiem) i komponentu egzystencjalnego (odnajdywanie głębszego sensu w życiu)¹⁵. Pojęcie duchowości, podobnie jak inne pojęcia podstawowe dla zrozumienia otaczającego świata i jego miejsca w świecie (czasu czy zdrowia), ma charakter interdyscyplinarny. Z badań zapoczątkowanych i najliczniej prowadzonych w Stanach Zjednoczonych nie wyłania się jednoznaczna odpowiedź, jak należy rozumieć pojęcie duchowości. W wielu pracach autorów amerykańskich używany jest konstrukt łączący duchowość i religijność, czego przykładem są badania związku duchowości/religijności ze zdrowiem prowadzone przez Narodowe Instytuty Zdrowia (NHS) w pracach panelu przedstawicieli nauk społecznych i behawioralnych. W obszarze badań duchowość/religia wśród autorów amerykańskich można wyróżnić dwa główne stanowiska: jedno, to utożsamianie duchowości z religią, poszukiwanie świętości i realizowanie jej w życiu, drugie, uznaje duchowość i religię za konstrukty możliwe do rozróżnienia, przy czym duchowość odnoszona jest do indywidualnego i osobistego doświadczenia, podczas gdy religię traktuje się jako fenomen społeczny i zinstytucjonalizowany, a centralnym pojęciem jest transcendencja, rozumiana jako związek lub dążenie do związku z czymś przerastającym „ja”¹⁶.

We współczesnej psychologii religii funkcjonują różne typy i podziały religijności, popularna stratyfikacja wyróżnia religijność zewnętrzną, wewnętrzną i poszukującą. Religijność zewnętrzna przejawia się w dostrzeganiu funkcji i roli religii, ale najczęstsze wybory są związane z własnym interesem, okolicznościowymi praktykami religijnymi, pod wpływem drugorzędnych motywów. Religijność pełni rolę instrumentalną, jest narzędziem do realizacji innych potrzeb, jak pozycja społeczna, bezpieczeństwo, bliskość z innymi ludźmi. Religijność wewnętrzna wypełnia całe życie człowieka, łączy potrzeby i wartości religijne z normami społecznymi. Wartości religijne są wówczas najważniejsze. Religijność

¹⁴ *Problemy wielokulturowości w medycynie...*, op. cit.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ I. Heszen-Niejodek, E. Gruszczyńska, *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, t. 47, nr 1, s. 15-31.

poszukującą cechuje otwartość, nieortodoksyjny, ale pozytywny stosunek do religii, poszukiwanie dialogu z problemami egzystencjalnymi¹⁷.

Funkcje religii

W odniesieniu do zdrowia religia pełni różnie znaczące funkcje:

- eksplifikacyjną i sensotwórczą – objaśnia zjawiska zdrowia, choroby, śmierci, przydaje im znaczeń w kontekście religijnie zdefiniowanego sensu życia;
- normatywną i kontrolną – system nakazów i zakazów sankcjonuje indywidualne i społeczne zachowania wobec zdrowia, choroby, śmierci (w tym także wobec złożonej problematyki antykoncepcji, aborcji, eutanazji czy kary śmierci), wyznacza granice eksperymentom medycznym (np. w badaniach genetycznych czy zapłodnieniu pozaustrojowym);
- opiekuńczą i charytatywną – posługa świadczona chorym z pobudek religijnych przez zgromadzenia zakonne, instytucje dobroczynne czy osoby świeckie;
- terapeutyczną – duchowe wsparcie przez kapłana i wspólnotę wyznaniową;
- uzdrowieńczą – przywracanie zdrowia poprzez sakramenty, praktyki religijne, relikwie, miejsca święte (pielgrzymki), wiara w moc charyzmatycznych uzdrowicieli¹⁸.

Przekonania religijne mogą mieć wpływ na decyzje lekarza i pacjenta np. odmowę wykonania aborcji, brak zgody świadków Jehowy na transfuzję krwi itp. W Kodeksie etyki lekarskiej zawarte są zapisy regulujące analizowane kwestie: „w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego [...]. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej” (art. 7)¹⁹. Obowiązkiem lekarza wobec pacjenta jest „respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia” (art. 13, pkt. 1)²⁰, w razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską (art. 15 pkt. 5).

¹⁷ J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie?*, „Kardiologia po Dyplomie” 2009, t. 8, nr 1, s. 87-88.

¹⁸ M. Libiszowska-Żółtkowska, *Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórska, W. Piątkowski, Wyd. UMCS, Lublin 1998, s. 39-61.

¹⁹ Kodeks etyki lekarskiej [w:] Naczelna Izba Lekarska, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [dostęp: 13.04.2017].

²⁰ Ibidem.

Związki religii (religijności) i zdrowia – analiza badań

Historia badań nad związkiem religijności i zdrowia sięga przełomu XIX i XX wieku, kiedy pojawiły się pierwsze opracowania z psychologii religii wykazujące związek zachowań związanych ze zdrowiem i religijnością. Emil Durkheim w swoim opracowaniu o samobójstwie z 1897 roku przedstawia religijność jako jeden z czynników przeciwdziałających samobójstwu²¹. Zygmunt Freud w latach 20. XX wieku spopularyzował hipotezę rozwoju nerwic na podłożu religijnym, która została zweryfikowana w latach 80., wtedy nie stwierdzono związku pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a religijnością. Według Junga religijność jest ważnym spoiwem osobowości, a jej utrata może zniszczyć życie osobowe człowieka. W latach 50. XX wieku Allport podejmuje badania nad dojrzałością religijną i wpływem religijności na zdrowie. W 1962 roku powstaje czasopismo „Journal of Religion and Health”. Wzrastająca liczba badań nad religijnością, duchowością powiązanych z praktyką medyczną przyczyniła się do powstawania specjalnych ośrodków badawczych, także organizowania międzynarodowych konferencji²².

Największa liczba badań prowadzona jest w Ameryce Północnej, co jest związane z wielokulturowością i wielością religii na tym obszarze. Prowadzone są badania empiryczne i studia porównawcze różnych systemów religijnych i ich wpływ na stan zdrowia wyznawców. Wyniki badań dowodzą prozdrowotnych właściwości religii, zawsze tej, której wyznawcą jest badacz lub członkowie instytucji firmującej czy finansującej badania²³. W Europie badania nad religijnością w ostatnim okresie rozpoczęto w Wielkiej Brytanii. W Polsce publikacje na ten temat nie są liczne²⁴.

W ostatnich kilkunastu latach zaobserwowano wzrastającą częstotliwość badań na temat związków religii i zdrowia. Praktycy zdrowia publicznego wykazują zainteresowanie identyfikowaniem elementów stylu życia, zapobiegającym chorobom i powiększającym potencjał zdrowia.

Według Harolda G. Koeniga główne wymiary religii, które poddaje się badaniom, to: wierzenia religijne, identyfikacja wyznaniowa, zewnętrzny wymiar religijności (społeczne praktyki obrzędowe, udział w nabożeństwach), wewnętrzny wymiar religijności (indywidualne praktyki religijne, modlitwy, medytacje),

²¹ E. Durkheim, *Samobójstwo*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.

²² J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, op.cit.

²³ M. Libiszowska-Żótkowska, *Religijność a zdrowie*, op. cit.

²⁴ J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, op. cit.

subiektywne przekonanie o znaczeniu religii dla własnego życia, motywacja religijna, doświadczenie, wsparcie religijne, wiedza i duchowy dobrostan²⁵.

W dociekaniach nad religijnością a zdrowiem największą trudność stanowi opracowanie metodyki i dobór narzędzi badawczych, z uwagi na interdyscyplinarny obszar badań, który jest eksplorowany przez psychologię, teologię, filozofię, antropologię, socjologię, medycynę i pokrewne nauki. Krytyka badań nad związkiem religijności/duchowości i zdrowia dotyczy: błędnych założeń badawczych, nieprawidłowości metodologicznych, uchybień w definiowaniu pojęć, doborze nieadekwatnych wskaźników, tendencyjności badań, w których preferowane są konkretne wyznania, ponadto w ocenie zwracano uwagę na nieuzasadnioną generalizację, małe i jednorodnie populacje, niepowtarzalność badań²⁶.

Autorzy z kliniki Mayo przeprowadzili metaanalizę badań obejmujących religijność i zdrowie. Na ich podstawie stwierdzono, że w piśmiennictwie w latach 1970-2000 zostało opublikowanych 1200 badań, z czego większość, bo 850 dotyczyło związku religijności ze zdrowiem psychicznym, a 350 obejmowało związki zdrowia fizycznego i religijności²⁷.

Religijność a zdrowie psychiczne

Z badań obejmujących związki pomiędzy depresją a religijnością wynika, że osoby religijnie zaangażowane rzadziej mają depresję, a w przypadku jej wystąpienia objawy są słabiej wyrażone. W 25 badaniach z ostatnich lat potwierdzono taki związek, w 5 badaniach związku nie potwierdzono²⁸. Zaangażowanie religijne jest istotnym czynnikiem zmniejszającym lęk psychotyczny, czego potwierdzeniem jest około 70 badań przekrojowych i prospektywnych. Duże zaangażowanie religijne, potwierdzone licznymi badaniami w 19 krajach zachodnich i Stanach Zjednoczonych, koreluje ze zmniejszoną częstością występowania myśli samobójczych, skłonnością do samobójstwa²⁹.

Badania z lat 70. i późniejsze z lat 90. potwierdziły mniejszą skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych, jednocześnie wyższą skuteczność psychoterapii wzbogaconej o elementy religijne i duchowe nad standardową terapią³⁰.

²⁵ Ibidem.

²⁶ M. Libiszowska, *Religijność*, op. cit.

²⁷ J. Pawlikowski, op. cit.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Za: P. Zagożdżon, *Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2012, XXXII, nr 191, s. 349-353.

Religijność koreluje z wskaźnikiem jakości życia u osób z chorobą nowotworową, HIV, po amputacjach. Terminalnie chorzy łatwiej akceptują śmierć (statystycznie niezależnie od intensywności wiary w życie po śmierci), mają większe zapotrzebowanie na religię i duchowe wsparcie, czerpią siłę i nadzieję z wiary, swojej duchowości, wykazują większą religijność i duchowość³¹.

W badaniach prowadzonych przez Janusza Czapińskiego (w ramach weryfikacji „cebulowej” teorii szczęścia) wykazano, że aktywność religijna Polaków sprzyja wyższej ocenie jakości życia, lepszemu samopoczuciu, większej nadziei na przyszłość, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, radości życia, zadowoleniu ze stanu własnego zdrowia oraz osiągnięć osobistych³².

Zgodnie z transakcyjnym modelem stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkmana religijność i duchowość może wpływać na radzenie sobie na kilku poziomach: od zmiennych osobowych (np. system przekonań), poprzez ocenę pierwotną i wtórną (np. traktowanie niekorzystnych wydarzeń jako wyzwanie do rozwoju duchowego), proces radzenia sobie poprzez modlitwę, uczestnictwo we wspólnocie religijnej, nadawanie głębszego, religijnego znaczenia wydarzeniom życiowym³³.

Religijność a zdrowie fizyczne

Badania obejmujące okres ostatnich kilkunastu lat analizujące związek między religijnością a umieralnością ogólną dostarczyły specjalistom zdrowia publicznego, także medycynie zapobiegawczej wyników, które przyczyniły się do wzrostu zainteresowania analizowanym zagadnieniem.

Stwierdzono, że stopień zaangażowania religijnego determinuje wiele zachowań związanych z ryzykiem zachorowania, wskazując zależność typu „dawka – odporność”. Jest to jednym z głównych kryteriów wiarygodności w badaniach zależności przyczynowej stosowanych w epidemiologii. Zaobserwowane różnice pomiędzy różnymi denominacjami religijnymi, obejmujące ryzyko zgonu i zachorowania, mogą wynikać z różnego poziomu zaangażowania religijnego w obrębie ugrupowań religijnych. Znaczącym czynnikiem kształtującym zachowania zdrowotne jest uwzględnienie w wyznawanych wartościach

³¹ J. Pawlikowski., op. cit.

³² J. Czapiński, *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1994.

³³ K. Mudyń, K. Pietras, *Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia*, „Psychoterapia” 2007, nr 1 (140), s. 5-25.

religijnych elementów zdrowego stylu życia. Określone zachowania zdrowotne, związane z określoną postawą religijną (obejmującą niepalenie tytoniu, abstynencję alkoholową, dietę zbliżoną do wegetariańskiej, regularną aktywność fizyczną oraz zwiększony poziom wsparcia społecznego) przekłada się na około 10-letnie wydłużenie życia w porównaniu do populacji ogólnej. Potwierdzeniem analizowanej zależności są wieloletnie, pochodzące z różnych krajów (także polskie) badania, uwzględniające różne uwarunkowania kulturowe i społeczne, prowadzone wśród Adwentystów Dnia Siódmego³⁴.

Liczne badania wskazują na związek religijności ze zmniejszonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego. W ostatnich latach w 12 z 16 przeprowadzonych badań wykazano związek pomiędzy religijnością a zmniejszoną chorobowością i śmiertelnością z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. W badaniach prospektywnych (23-letni okres obserwacji ponad 10 000 ortodoksyjnych żydów) stwierdzono 20% zmniejszenie ryzyka wystąpienia ciężkiej choroby wieńcowej w porównaniu z mężczyznami niewierzącymi. W innych badaniach wykazano, że w grupie osób o dużej częstotliwości praktyk religijnych obserwuje się niższe wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w porównaniu do grupy rzadko praktykujących³⁵.

Badania prospektywne, prowadzone do lat 60-tych ubiegłego wieku, wykazały większą częstotliwość zawału serca wśród żydów (6,6/1000) w porównaniu z protestantami (5,0/1000) i katolikami (4,5/1000). W badaniach kliniczno-kontrolnych w latach 60-tych stwierdzano, że protestanci mieli cztery razy większe ryzyko zawału serca niż katolicy. Nie zostało to potwierdzone w innych, prospektywnych badaniach. Mormonów cechował mniejszy o 35% współczynnik zgonów z powodu choroby wieńcowej w porównaniu do ogólnej populacji Stanów Zjednoczonych. Wśród Adwentystów Dnia Siódmego, w porównaniu do populacji ogólnej, zaobserwowano mniejszą umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca: u mężczyzn o 34%, u kobiet o 2%. Różnice uzasadniane były korzystnymi zachowaniami zdrowotnymi, szczególnie w zakresie zachowań żywieniowych³⁶.

Badania dotyczące zależności między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem w starości prowadzone przez Barbarę Woźniak i in. pokazują, że religijność może być źródłem wielu korzyści dla jednostki. Najważniejszą rolę zasobów religijnych przypisano umiejętności radzenia sobie ze stresem. Korzyści te mogą mieć realne przełożenie zarówno na stan zdrowia psychicznego, jak i somatycznego, szczególnie w starszym wieku. W przypadku zdrowia fizycznego wśród

³⁴ P. Zagożdżon, op. cit.

³⁵ J. Pawlikowski, op. cit.

³⁶ P. Zagożdżon, op. cit.

mechanizmów wyjaśniających obserwowaną zależność przytacza się nie tylko rolę religii w zmaganiu się z sytuacjami stresowymi, ale wskazuje się także na wpływ norm religijnych na styl życia czy stosunek do własnego ciała. W pewnych przypadkach wśród badanej grupy to stan zdrowia wpływał na religijność (np. częstotliwość praktyk), w innych kierunku zależności nie był oczywisty³⁷.

Badania z początków XX wieku, analizujące częstość występowania chorób nowotworowych w aspekcie przynależności religijnej, wykazały mniejszą umieralność wśród żydów w porównaniu do nieżydów (2,1-2,4% do 4,4-4,9%). Stwierdzano mniejszą liczbę schorzeń nowotworowych, takich jak: rak szyjki macicy, rak piersi, rak płuc. Wśród Adwentystów Dnia Siódmego stwierdzono mniejszą o 70% umieralność z powodu nowotworów odtytoniowych i związanych ze spożywaniem alkoholu, w odniesieniu do populacji ogólnej. Wśród mormonów była ona mniejsza o 50-75%. Analiza konserwatywnych ugrupowań chrześcijańskich wykazywała obniżony współczynnik umieralności z przyczyn nowotworowych w porównaniu do populacji ogólnej³⁸.

Negatywny wpływ religii na zdrowie

Występują doniesienia sugerujące negatywny wpływ religijności na zdrowie. Przekonania religijne mogą wpływać na unikanie lub zaprzestanie konwencjonalnego leczenia, unikanie niektórych działań profilaktycznych (np. szczepień, opieki prenatalnej, badań lekarskich, okresowych). Silna religijność wiązana jest z nierealnie wysokimi oczekiwaniami i wymaganiami wobec siebie³⁹. U niektórych osób wiara może mieć astenizujący wpływ na życie i wzbudzać nadmierne poczucie winy⁴⁰.

W odniesieniu do psychoz i innych zaburzeń psychicznych często wskazuje się na samą religijność jako czynnik ryzyka. W Europie Zachodniej w obrębie ugrupowań chrześcijańskich częściej stwierdzano: schizofrenię wśród protestantów, chorobę afektywną wśród żydów, zaburzenia osobowości wśród katolików. Przedstawione zależności poddawane są krytyce z perspektywy wiarygodności naukowej i metodologii badawczej⁴¹.

³⁷ B. Woźniak, K. Zawisza, M. Brzyska, *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, 2 (217), s. 215-239.

³⁸ P. Zagożdżon, op. cit.

³⁹ J. Pawlikowski, op. cit.

⁴⁰ M. Wandrasz, *Religijność a postawa wobec choroby*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998.

⁴¹ P. Zagożdżon, op. cit.

„Religia zdrowia”

Analizując związek religii i zdrowia, należy zwrócić uwagę na nowe zjawisko, określane jako „religia zdrowia”. Według Britty Pelters, szwedzkiej socjolog z uniwersytetu w Halmstad, specjalistki edukacji zdrowotnej, współczesny „pościg za zdrowiem” wykazuje cechy kultu religijnego. W badaniach sprawdzano, w jakim zakresie dążenie do lepszego zdrowia wpisuje się w ramy definicji zinstytucjonalizowanej religii. Amerykański naukowiec, socjolog religii, Harold Y. Vanderpoola z Institute for the Medical Humanities University of Texas Medical Branch opracował listę dziesięciu cech charakterystycznych dla religii. Pelters wykorzystwała je w badaniach porównawczych instytucji zdrowia w krajach zachodnich i religii. Stwierdziła, że „religia zdrowia” ma wszystkie charakterystyczne cechy religii. Kapłanami są nie tylko lekarze, ale wyspecjalizowani blogerzy czy naukowcy. Zdrowie ma swoje świątynie i rytuały, nie tylko kliniki, w których „wierni” poddawani są zrutyinizowanemu rytuałom w formie badań i procedur medycznych. Ma też siłownie i kluby, gdzie spotykają się ludzie z określonymi wartościami, oczekiwaniami i zobowiązaniami. Badania we Włoszech pokazały, że 70% pacjentów stosuje alternatywną medycynę, najczęściej osoby z wyższym wykształceniem o wysokim statusie społecznym i materialnym. W analizowanym przez Pelters modelu religii, zdrowie (i wygląd będący odzwierciedleniem zdrowego stylu życia) staje się kwestią klasową. Sukces w klasie średniej w dużej mierze zależy od odpowiedniej autoprezentacji, z tej klasy wywodzi się najwięcej wyznawców nowej religii, religii zdrowia.

Troska o zdrowie jest ważna, ale konieczny jest krytycyzm wobec niektórych głosicieli nowej religii: „w ekstremalnych przypadkach stawka jest wysoka, jak pokazuje przykład dziecka zagłodzonego przez rodziców słuchających znachora czy kobiety, która zmarła wskutek rytuału „Kambo” – wcierania w skórę jadu tropikalnej żaby”⁴².

Zakończenie

Z analizy piśmiennictwa wynika, iż istnieje wiele czynników wyjaśniających wpływ duchowości, a w szczególności religijności na zdrowie. Istotnym czynnikiem jest uzyskiwanie wsparcia społecznego i integracja wynikające z przynależności do sieci społecznej i możliwość uczestnictwa w zorganizowanych

⁴² A. Piotrowska, *Zdrowie jako nowa religia*, Serwis Zdrowie, <https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/zdrowie-jako-nowa-religia> [dostęp: 27.02.2017].

wspólnotach religijnych. Zinstytucjonalizowana religijność stanowi bardzo ważną część życia, przyczyniając się do podniesienia dobrostanu psychicznego. Religijność i duchowość może być powiązana z dobrostanem psychicznym poprzez traktowanie niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego, odnajdywania głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach, zachowania nadziei i spokoju wobec zagrożenia.

Potoczne obserwacje wskazują, że ludzie religijni dbają o zdrowie i życie jako dar Boży, przestrzegają religijnych zasad prozdrowotnych: postów, zakazu używek itp., z optymizmem znoszą niedomagania, siłą woli wspartą modlitwą aktywizują organizm do radzenia sobie z chorobą. Wiara człowieka bez wątplenia ma wpływ na jego stan psychiczny, emocjonalny, co skutkuje także wpływem na samopoczucie i zdrowie fizyczne.

Klasyczna definicja zdrowia uwzględnia jego wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny. Rozszerzenie wymiarów zdrowia o dobrostan duchowy wymaga dalszych badań z obszaru epidemiologii analitycznej nad związkami duchowości (religijności) i zdrowia.

Do naukowej weryfikacji związków religijności/duchowości i zdrowia konieczne jest przeprowadzenie powtarzalnych badań na dużych, międzywyznaniowych i międzykulturowych próbach, uwzględniających, obok kryterium religijnego, społeczne, kulturowe, środowiskowe.

Bibliografia

1. Czapiński J., *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1994.
2. Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E., *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przełęcz Psychologiczna” 2004, t. 47, nr 1, s. 15-31.
3. Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.
4. Kuczkowski S., *Psychologia religii*, WAM, Kraków 1993.
5. Libiszowska-Żółtkowska M., *Religijność a zdrowie*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kulaś, I. Wrońska, K. Kędziora, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 148-156.
6. Libiszowska-Żółtkowska M., *Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski, Wyd. UMCS, Lublin 1998, s. 39-61.

7. Mudyń K., Pietras K., *Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia*, „Psycho-terapia” 2007, 1 (140), s. 5-25.
8. Pawlikowski J., Sak J., Marczewski K., *Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie?*, „Kardiologia po Dyplomie” 2009, t. 8, nr 1, s. 87-88.
9. Piotrowska A., *Zdrowie jako nowa religia*, Serwis zdrowie, <https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/zdrowie-jako-nowa-religia>.
10. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
11. Wnuk M., Marcinkowski J.T., *Dojrzała religijność – struktura oraz przejawy w życiu człowieka*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93 (1), s. 244-247.
12. Włodarczyk C., Poździuch A., *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000.
13. Woźniak B., Zawisza K., Brzyska M., *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, 2 (217), s. 215-239.
14. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.
15. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017.
16. Wandrasz M., *Religijność a postawa wobec choroby*, TN KUL, Lublin 1998.
17. Zagożdżon P., *Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2012, XXXII, nr 191, s. 349-353.

Religion and health and illness

Abstract

The increase in interest in spiritual / religious issues observed in recent years also includes issues of religious / spirituality and health. The article attempts to answer the questions: What is the importance of religion / spirituality for health and illness? Can spirituality be considered one of the dimensions of health? Literature analysis shows that there are many factors that explain the influence of religiosity and spirituality on physical, mental and social health. The expansion of health dimensions for health and spiritual well-being requires further, repeated studies in the field of analytical epidemiology, on large, inter-faith and intercultural trials, taking into account social, cultural and environmental criteria.

Keywords: religion, spirituality, health, illness