

TÁJÉKOZÓDÁS

Pikó Bettina

A VALLÁS ÉS EGÉSZSÉG KAPCSOLATÁNAK SZOCIOLÓGIAI ÉRTELMEZÉSE

A kezdetek

A vallás és gyógyítás összefonódása a történelem előtti időkig nyúlik vissza, a természeti népeknél pedig még ma sem vált szét e két tevékenység. Az ókori templomi gyógyítást mítoszok övezték, a történetek az egészséget védő és gyógyító hatalmú istenekről szóltak. Ezek a történetek egyben utaltak a vallás és egészség kapcsolatának hatásmechanizmusára is, hiszen az ókori Egyiptomban az ún. templomi alvás mint a gyógyítás része nem volt más, mint a misztikus környezetben előidézett meditatív állapot, melynek kedvező hatását a gyógyulásban azóta pszichofiziológiai kutatások igazolták. Ma már ezeket a kultuszokat a babonákkal keveredett tapasztalati – és semmiképpen nem tudományos – orvoslás megnyilvánulásaként értelmezhetjük, mégis kétségkívül rámutatnak a vallás és spiritualitás, valamint az egészségi állapot között létező összefüggésekre.

A vallás és az egészség kapcsolata napjaink egészségszociológiai irodalmának egy kiemelt területe (Levin–Puchalski 1997). Különösen az amerikai epidemiológusok és társadalomtudósok, köztük szociológusok foglalkoznak az összefüggés empirikus igazolásával. Bár az epidemiológiai kutatások igazán csak a hetvenes évektől találták meg helyüket a tudományos kutatások sorában, William Osler (1910), a nagynevű orvos már a XX. század első évtizedében felhívta a figyelmet a betegek vallásgyakorlásának jelentőségére a klinikai ellátásban. Tapasztalatairól beszámolva arra szólította fel orvostársait, hogy buzdítsák betegeiket vallásos hitük gyakorlásában. Meggyőződését fejezte ki a vallás pozitív szerepéről, s bár akkoriban tudományos módszerek nem álltak rendelkezésre az összefüggés bizonyítására, a hatásosságban nem kételkedett.

Az azóta eltelt közel kilencven esztendő alatt a tudományos módszertan fejlődésével lehetővé vált a vallás–egészség kapcsolat sokrétű és beható vizsgálata. Az összefüggés megragadása azonban ma sem könnyű. Amit Osler úgy fejezett ki, hogy „a vallás olyan mint az éter, nem lehet megragadni, csak a hatása alapján válik valósággá” (Osler 1910: 1470), ma módszertani problémaként tornyosul előttünk, mint a definiálás, az operacionalizálás, a mérés validitása vagy a megbízhatóság kérdése.

A vallás–egészség összefüggés empirikus kutatásának problémái: ki mennyire hisz *vagy* ki mennyire vallásos?

Valamiben hinni – egy sajátos mentális konstrukció, melynek tudományos meghatározása, s még inkább empirikus vizsgálata meglehetősen nehéz feladat. Az egészség és vallás kapcsolatának kutatói a kutatás céljainak megfelelően a konceptualizálás különböző megközelítéseit alkalmazzák. A szociál-epidemiológusok többnyire megmaradnak a pozitívista, filozófiai szempontból materialisztikus látásmódnál. Ezek a vizsgálatok a Descartes által dualista szubsztancia-elméletnek nevezett értelmezési keretet tükrözik, azaz míg a test mint gép felfedezhető a tudomány számára, addig a tudat jelenségei a közvetlen tapasztalás számára nem hozzáférhetők. A test–tudat dualizmusból kiindulva a vallás konceptualizálásának célja ebben az esetben valamilyen mérhetővé is tehető, közvetlenül megfigyelhető jelenség megragadása és leírása, ami legtöbb esetben a magatartás. Az egészségpszichológiai és pszichológiai kutatások azonban túlmennek ezen az értelmezési kereten, és a magatartási elemek kívül bevonják a kognitív és affektív dimenziót, hiszen a vallásosság mélyebb megismeréséhez szükség van az érzelmek, attitűdök és értékek vizsgálatára is.

Jarvis és Northcott (1987) az empirikus egészségpszichológiai vizsgálatok számára a vallásosság (religiousness) különböző dimenzióit, szintjeit írják le. Az első szint a vallási hovatartozás (religious affiliation), amelyet a legkönnyebb definiálni, bár nem tükrözi egyértelműen a vallásos elkötelezettséget, sem gyakorlati, sem pedig lelki szinten. A vallási hovatartozás nemegyszer a születéssel kezdődik, tehát nem választáson alapul, ezért gyakran csak passzív vallásosságot jelöl. A következő szint a vallásgyakorlás (religious participation), amely már a vallásos elkötelezettség alapján kínál azonosítást, hiszen közvetlenül megfigyelhető jelenségekben ölt testet, mint például imáádkozás vagy részvétel egyházi szertartásokon, bibliaolvasás vagy meditáció. A harmadik szint a vallásos közösséghez tartozás (community membership), részvétel az adott közösség életében. A közösség egyfajta társadalmi szervezet, amely mint egy kiterjesztett család nyújt társas támogatást a tagjainak. Az ezt követő szint a szűkebb értelemben vett vallásosság (religiousty), amely egy attitűd-szintű jelenség, és olyan gondolkodásbeli elemeket tartalmaz, mint az isteni gondviselésbe vetett hit vagy a vallásos értékrend és erkölcs követése. Végül, Reed (1987) megkülönböztet az egészségpszichológia számára egy ötödik – a szociológia számára már nehezen megragadható – szintet, ez pedig a spiritualitás (spirituality). Ez utóbbi túlmegegy a vallásosság elemein – így az attitűdön, gyakorlaton, vallásos hiten – és valamilyen, az ego-t meghaladó transzcendens valósággal való kapcsolatot takar. Ez utóbbi szintet azért is meg kell különböztetnünk a vallásosság egyéb dimenzióitól, mert a spiritualitás gyakran teljesen el is tér a vallás hagyományaitól, inkább egyfajta gondolkodásmódot, életfelfogást jelent (Dull–Skokan 1995).

A fogalmi meghatározás után egy másik problémával találják magunkat szembe az empirikus egészségpszichológusok: az operacionalizálásból adódó nehézségekkel. Az operacionalizálás leggyakrabban a vallásgyakorlás rendszerességének mérésére terjed ki. A vallási összejöveleteken, rituálékon való részvétel gyakorisági besorolása a mérési szinteknek megfelelően eltérőek lehetnek, kezdve a szubjektív skálától

(pl. rendszeresen, alkalmoszerűen, ritkán) a pontosabb meghatározásokig (pl. hetente többször, hetente egyszer, havonta többször, csak speciális alkalmakkor, ritkán, soha). A kategóriák kialakításának alapkövetelménye, hogy illeszkedjen a vallásgyakorlás adott populációbeli statisztikai előfordulásához, hiszen ha önkényes a besorolás, akkor a mérés nem a valódi megoszlást tükrözi, s ennél fogva az egészségi állapottal való összefüggés megállapítása is sérülhet. További probléma, hogy ez a többnyire magatartást jelző változó nem ad információt a vallásos élményekről – még szubjektív vélemény formájában sem. Már Parsons (1961) óva intett attól, hogy azt higgyük, a vallásosság témakörét egyetlen, összetett indexszel meg lehet ismerni. Az operacionalizálásnál is figyelembe kell vennünk, hogy egy többdimenziójú jelenségről van szó, amelybe egyaránt beletartozik az isteni gondviselésbe vetett hit, a rendszeres vallásgyakorlás, a szent könyvek olvasása vagy a vallásos értékrend szerinti életvitel. Yinger (1970) azonban bizonyos felekezeteknél – többnyire a történelmi, intézményesült hagyományokkal rendelkező egyházak esetében – a vallásosság egyes elemeinek összefüggését, és koherens életmódba rendezettségét hangsúlyozza. Bár a vallásosság természetesen nem korlátozódik a vallásgyakorlásra, a rituálék mint társadalmi és társas események a vallásos hit és tradíció megerősítésének egyik – ha nem a legfontosabb – megerősítői. Ennél fogva a vallásgyakorlás rendszerességének mérése, amely bevett szokássá vált a vallás és egészség kapcsolatát felderítő kutatásokban, nemcsak gyakorlati, hanem elméleti szempontból is kézenfekvőnek tűnik.

A vallás–egészség kapcsolatának vizsgálatát megnehezítő legfontosabb módszertani probléma a validitás és a megbízhatóság kérdése. A megbízhatóság – mint az empirikus társadalomtudományi módszerek egyik alapfeltétele – az azonos feltételek fennállása esetén az ismételhetőség kritériumát foglalja magába. A vallásosság mérési lehetőségeit összehasonlítva a magatartástól kiindulva az attitűdökön át az érzések operacionalizálásáig a mérési technikák megbízhatósága valamelyest csökken ugyan, de ennél lényegesen nagyobb gondot okoz a validitás, az érvényesség igazolása. A validitás elemzésénél arra a kérdésre kell választ kapnunk, hogy valóban azt mérjük-e, amit szeretnénk. A magas szintű megbízhatóság – bár fontos alapkövetelmény – egyáltalán nem garantálja a módszer érvényességét. Ez különösen veszélyes egy olyan témakörnél, mint amilyen a vallás és az egészségi állapot kapcsolatának igazolása, amely egyrészt empirikusan nehezen megragadható, másrészt a kapcsolatot befolyásoló egyéb zavaró tényezők, például a nem vagy a társadalmi helyzet hatásával is számolnunk kell.

Levin és Vanderpool (1987) a validitás elemzéséhez 27 tanulmány módszertani feldolgozását végezték el. Ennek alapján négy olyan jelenséget emeltek ki, melyek a vallás–egészség kapcsolatának érvényességét alátámasztani látszanak. Az első megállapítás, hogy a különböző tanulmányok más-más időpontban készültek, összesen mintegy 30 évet átfogva, a vizsgált összefüggés azonban nem mutatott időszakos eltéréseket. Másodszor, a vallásosság mérésében ezek a vizsgálatok meglehetősen heterogének voltak, ennek ellenére az összefüggés igazolása konzekvensnek mutatkozott. Harmadrészt, a vizsgálatban szereplő függő változó is rendkívül sokféle volt, mint például az összesített halálozási arányszám, a szív- és érrendszeri, a daganatos megbetegedés és halálozás, a pszichikai közérzet, érzelmi-mentális problémák vagy az egészségmagatartás. Végül, az összefüggések érvényességét igazolta a vizsgálat-

ban szereplő minták szociodemográfiai sokszínűsége is, amelyet a kor, nem, társadalmi helyzet és etnicitás változatossága biztosított.

Amikor a vallás kedvezően hat az egészségi állapotra: az érem egyik oldala

Éppen a vallásosság módszertani nehézségei miatt a vallás és egészség összefüggését kutatók először a halálozás adatait vették elő és vonták be az elemzésbe. A hetvenes évekig még így is kevés tanulmány íródott ebben a témakörben.

Az egyik kiemelkedő munka Durkheimtől származik, aki az öngyilkosság szociológiai-statisztikai vizsgálatába bevonta a felekezeti hovatartozást is (Durkheim 1951). Az 1897-ben íródott mű katolikusok, protestánsok és zsidók lakta területek öngyilkosság miatti halálozási arányszámait hasonlította össze, és megpróbált magyarázatot adni az eltérések okára. A katolikusok kedvezőbb halálozási viszonyait kapcsolatba hozta az egyházi tradíciók sajátosságaival, így a gyakoribb összejövelekkel, az intenzívebb lelki élettel, a gyónás lehetőségével. Azon túlmenően, hogy az egyház tiltja az öngyilkosságot, a közösségi élet nyújtotta társas támogatás is szerepet játszhat a lelki problémák megosztásában és így a megelőzésben. A protestáns vallásgyakorlás sokkal inkább individualisztikus, kevésbé követel életmódbeli szabályozásokat. A zsidó vallás a szintén igen erőteljes életmódbeli hatások következtében kedvezően hat az öngyilkosság okozta halálozási viszonyok alakulására.

Argyle (1958) további magyarázatokkal próbálta alátámasztani a Durkheim által talált összefüggéseket. A katolikusok és protestánsok között alapvető különbségnek tekintette, hogy míg az előbbiek külsőleg kontrollált módon gondolkodnak, addig az utóbbiak inkább bíznak a saját lehetőségeik belső kontrolljában, a saját maguk irányító erejében, ami viszont könnyebben vezethet elkeseredettséghez, önvádoláshoz és öngyilkossági kísérletekhez.

Felmerül a kétely, hogy míg a múlt században vagy a XX. század első felében a vallási hovatartozás a vallás gyakorlásával szorosan együtt járt, az azóta eltelt társadalmi-kulturális változások – amelyek maguk után hozták a két jelenség szétválását – mennyiben teszik lehetővé, hogy a vallásosságról a felekezeti hovatartozás alapján mondjunk véleményt. A kutatások azt mutatják, hogy a katolikusoknak keresztelt egyének – még abban az esetben is, ha vallásukat nem gyakorolják aktívan – gondolatilag elfogadják a katolikus egyház számos tételét, így az öngyilkosságról szólót is (Stengel 1964). Durkheim elméletét igazolja az a hatvanas években készült nemzetközi összehasonlítás is, amely szerint Európában a tradicionálisan katolikus országok – mint pl. Írország, Spanyolország, vagy Lengyelország – öngyilkossági halálozása igen alacsony volt (Kramer–Pollack–Redick–Lock 1972). Ez utóbbi ország azért is érdemel külön figyelmet, mert a vizsgálat idején Lengyelország még szocialista ország volt. Napjainkban azonban kétségtelenül a vallásosság ártértékelődése folyik, és ezért a vallás öngyilkossággal való kapcsolata is felülvizsgálatot igényel. Ezt a felfogást tükrözik azok a tanulmányok, melyek arról számolnak be, hogy inkább az Istenben – vagy valamilyen más transzcendens létezőben – való hit, egyfajta

vallásos/spirituális gondolkodási mező az, ami visszatartó erő lehet, és nem maga a vallásosság (Neal 1981; Gartner–Larson–Allen 1991).

A halálozás és vallás kapcsolatát igazoló empirikus tanulmányok sokáig hiányoztak az elemzések palettájáról, amelynek oka legfőképpen az, hogy a halotti bizonyítványokon ilyen adatok nem állnak rendelkezésre. Longitudinális vizsgálatokban azonban – ahol az egyének egészségi állapotát évekig követik, beleértve az esetleges elhalálozását is – megfelelő alapot biztosítanak következtetések levonásához. Comstock és Partridge (1972) 5 éves utánkövetés során arra a megállapításra jutott, hogy a templomi szertartásokon gyakran résztvevők körében a halálozás lényegesen kisebb mértékű volt. Az összhála-lozás – tehát az oksági meghatározás nélküli halálozás – az ezt követő tanulmányokban is alacsonyabb értéket mutatott a vallásgyakorlók körében (pl. Zuckerman–Kasl–Ostfeld 1984; Bryant–Rakowski 1992), ami a szociál-epidemiológiai vizsgálatok relevanciáját bizonyítja ezen a kutatási területen. Az utóbbi vizsgálatokban már figyeltek arra is, hogy a lehetséges zavaró tényezőket is bevonják az elemzésbe, és így hatásukat megpróbálják kiszűrni. Fontos kontrolltényezőnek bizonyult ugyanis a kor, a nem, a társadalmi helyzet, az egészségi állapot és az etnicitás. Közismert, hogy a nők és az idősebbek gyakrabban járnak templomba, és vesznek részt egyházi szertartásokon. Emellett azzal a hatással is számolnunk kell, hogy a születéskor várható élettartam a nők esetében a legtöbb országban magasabb, ezért a halálozás valószínűsége egy-egy vizsgálati periódusban eleve kisebb (Levin–Taylor 1993). Az etnicitás jelentősége bizonyos országokban igen nagy lehet, mint például az Egyesült Államokban, ahol kimutatták, hogy az afro-amerikaiak – különösen az idősebbek – számára a rendszeres vallási összejöveteleken való részvétel sokkal fontosabb, mint a fehér lakosság számára (Chatters–Taylor 1989). Valójában egy tradicionális, a csoportintegrációt növelő és erőteljes társas támogatást nyújtó jelenségről van szó, amely a spirituális dimenzió túlmutatva a szociális szinten érvényesül. Az egészségi állapot több szempontból is befolyásolhatja a vallásos részvételt. A betegségben szenvedők – gyógyulást vagy a szenvedésük enyhülését remélve – gyakrabban fordulnak transzcendentális erőkhöz, amelynek valóban fontos szerepe lehet az állapotukban bekövetkező kedvező fordulatnak (Musick–Koenig–Larson–Matthews 1998). Ez azonban sok esetben nem jár együtt a vallásgyakorlás társas összejövetelein megmutatkozó nagyobb aktivitással, tekintettel arra, hogy a betegség természete ezt nem mindig teszi lehetővé. A társadalmi helyzet és vallás összefüggésének elemzése országonként más következtetésekre ad alapot. Az USA-ban azt állapították meg, hogy az egyházi szertartásokon való részvétel valamivel gyakoribb a magasabb társadalmi helyzetű lakosság körében (Cornwall 1989). Magyarországi eredmények éppen fordított összefüggés igazolnak, bár az utóbbi évtizedekben a fiatal városi értelmiségiek körében mutatkozott vallási fellendülés (Tomka 1980; Kamarás 1992). Mindezek hatását ellenőrizve is elmondható, hogy a vallásos részvétel jelentős hatást gyakorol a halálozási viszonyokra.

A tanulmányok egy következő csoportja nem a történelmi egyházakhoz kapcsolódó vallásgyakorlók, hanem például az adventisták vagy a mormon vallásúak egészségi állapotát vizsgálja. Mindkét esetben az életmódra, életvitelre szigorú szabályokkal ható vallásról lévén szó, a vallás–egészség kapcsolat egy sajátos megközelítése került így az elemzések középpontjába. Az adventisták életmódbeli kötött-

sége kiterjed a dohányzás, az alkohol, a koffeintartalmú szerek, a sertéshús, valamint bizonyos erős fűszerek tiltására, a konzervatív szexuális élet, a rendszeres fizikai aktivitás, és a heti egy (vallásos elmélkedéssel eltöltendő) pihenőnap betartására. Sokan emellett teljesen áttérnek a vegetáriánus táplálkozásra. Nem véletlen tehát, hogy az adventista közösségekbe tartozók halálozása lényegesen kedvezőbb, mint az átlagpopulációé, emellett az adventisták körében a vastagbélrák, az emlőrák, a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a légzőszervi daganatok gyakorisága is jelentősen kisebb (Phillips–Lemon–Beeson 1978; Berkel–de Waard 1983). A Utah állambeli mormon közösségekben élők az adventistákhoz hasonlóan szintén tartózkodnak az alkoholtól, a dohányzástól, a kávétól és teától, és mindenféle drogtól, beleértve az altatókat-nyugtatókat is. Ezekben a vallási közösségekben is hangsúlyt fektetnek a konzervatív szexuális életre és a nagycsaládot propagálják, emiatt gyakoribbak a terhességek és szülések, mint az átlagnépességben. Havonta egyszeri bójt szintén az előírások közé tartozik, de emellett nem fogyasztanak tartósítószerrel készült ételeket sem, és sokan maguk készítik el a mindennapi kenyeret. Kiemelendő, hogy rendszeres lelki támasz nyújtásával dolgozzák fel a stresszt közvetítő eseményeket. Mindezen magatartásformák kedvező egészségügyi hatása megmutatkozik abban, hogy a mormon közösségekben élők körében alacsonyabb a rizikó a daganatos, a szív- és érrendszeri, valamint a légzőrendszeri megbetegedésekre, emellett a nők körében a méhnyak, a petefészkek és az emlő daganatainak előfordulása is lényegesen kisebb mértékű (Lyon–Klauber–Gardner–Smart 1976). A halálozási arányok alakulásában bizonyára számottevően hat az a jelenség is, hogy a vallásgyakorlók körében az étellel való elégedettség nagyobb, a pszichikai közérzet lényegesen jobb, emellett a depresszó is ritkább (Musick–Koenig–Hays–Cohen 1998).

Amikor a vallás egészséggrizikót jelenthet: az érem másik oldala

Arról is említést kell tennünk, hogy nem minden esetben sikerült a vallásosság és egészség közötti pozitív kapcsolatot igazolni. Idler és Kasl (1992) idős populációban elemezte a halálozási viszonyokat a vallásosság tükrében, és nem talált jelentős összefüggést. Emellett szólnunk kell azokról a tanulmányokról is, amelyek nemcsak hogy nem erősítették meg a vallás–egészség pozitív kapcsolatát, hanem bizonyos esetekben éppen a vallásosság, a vallásos életvitel jelenthet egészséggrizikót. Az egyik ilyen, gyakran emlegetett jelenség a Jehova tanúi elnevezésű vallásos csoporthoz kapcsolódik. Ők elsősorban azért kerültek az érdeklődés középpontjába, mert ellenzik, és éppen ezért elutasítják a vérátömlesztést mint gyógykezelést. Számos, valóban megtörtént eset került az újságok címlapjára emiatt. A másik jelenségre a papság, és a szerzetesrendek egészségi állapotának vizsgálatakor derült fény. Apácák körében alacsonyabb előfordulást mutat a méhnyakrák – amelyben egyéb esetekben szerepet játszik a gyakori partnerváltás – ugyanakkor a méhtestrák esetében emelkedett a rizikó, részben a gyakoribb elhízás, részben pedig a nulliparitás (a szülés elmaradása) következtében (Fraumeni–Lloyd–Smith–Wagoner 1969). E ritka kivételektől eltekintve azonban a vallás–egészség pozitív kapcsolatát kell kiemelnünk, amelyet csak megerősítenek azok a vizsgálatok, melyek kimutatták, hogy a

papság körében mért halálozási arányszámok kedvezőbbek az átlagnépesség adatainál (Locke–King 1980).

A vallás–egészség kapcsolat egészségszociológiai magyarázata

A vallás–egészség kapcsolatát – amint láthattuk – tanulmányok sora igazolta. A kutatók azonban nem álltak meg az összefüggés bizonyításánál, hanem oksági viszony megállapítására is törekedtek. Összetett jelenségről van szó, hiszen maga a vallásosság jelentéstartalma is meglehetősen komplex.

Idler (1987) négy lehetséges mechanizmust jelölt meg, amelyek fontos szerepet játszhatnak a vallásgyakorlók jobb egészségi állapotában. Egyrészt, a vallásgyakorlás mint életmód az egészséget elősegítő magatartásformákat írhat elő, illetve bizonyos, egészségre káros szokásokat tilthat meg. Mindkettőre számos példát láttunk az adventista vagy a mormon vallásúak esetében. A dohányzás elutasítása ebben az esetben kulcsfontosságú, hiszen ez a szokás nemcsak a tüdőrák, hanem számos más daganatos, valamint keringési és légúti megbetegedés rizikótényezője. Másrészt, a vallási közösséghez tartozás egyfajta társas támogatást biztosít, ami lehet kognitív, érzelmi, de sok esetben konkrét problémák megoldásában megnyilvánuló segítségnyújtás is, mellyel a közösség tagjai segítik egymást. A vallási közösségek ugyanis olyan embereket hoznak össze, akik hasonlóan gondolkodnak, ezért is tanúsítanak fokozott érdeklődést egymás iránt. Talán ezzel van összefüggésben az is, hogy nemcsak a társas támogatás mennyiségi mutatóit találták a kutatók kedvezőbbnek, hanem a minőségit is: a vallásgyakorlók kapcsolati hálói nemcsak kiterjedtebbek, hanem minőségileg is kedvezőbbek, amit az őszintébb odafigyelés, a kapcsolati szimmetria és kölcsönösség jellemez (Musick 1997). Ezzel összefüggésben Idler és Kasl (1997) egy vizsgálatban arra következtettek, hogy azok, akik rendszeresen járnak templomba, több baráttal rendelkeznek, és rokonaikkal is gyakrabban találkoznak. Harmadrészt, a vallás olyan hit- és értékrendszert jelent a vallást elfogadók számára, amely értelmet és irányítást ad az életnek, megkönnyíti az életesemények elfogadását. Berger (1967) fontosnak tartja megjegyezni, hogy nem arról van szó, hogy a vallásos hit maga boldoggá tesz, hanem inkább arról, hogy értelmet ad. Ez egy kognitív gondolati struktúra, amely meghatározza környezetünkhöz való viszonyulásunkat, az élet értelméről és a halál utáni igazságszolgáltatásról alkotott képünket. Persze, szélsőséges esetben ez akár fatalizmuhoz vagy az eleve elrendeltetésben való hithez vezethet, de ez inkább a szektákra jellemző sajátosság. Negyedrészt, a vallásgyakorlásnak fontos coping, azaz konfliktusmegoldó funkciója van, nem véletlen, hogy a stresszel való megbirkózást vizsgáló kérdőívek tartalmazzák az imádkozást, mint lehetőséget. Bár adott esetben az elemzések alapján, mint passzív problémamegoldása mód jelenhet meg, a problémát érzelmileg semlegesítve elősegítheti a hatékony problémamegoldó stratégiák mobilizálását (Pikó 1997). Erre utalnak azok a vizsgálatok, melyek szerint a rendszeresen templomba járók az egyik leggyakoribb problémamegoldási módszerként említik az imádkozást és a vallásos szertartásokon való részvételt (Koenig–George–Sieglér 1988). A vallásosság tehát azért, hogy megnyugvást nyújt, az egészséget is kedvezően befolyásolhatja. Ez pedig sokféle

úton valósulhat meg a csendes, egyéni imádságtól az isteni gondviselésbe vetett hiten át a szertartásokon való misztériumok átéléséig. Wilson és Musick (1997) a fentiekén kívül megemlíti még a vallásgyakorlók társadalmi szerepeit, fokozott jótekonysági és szociális aktivitását, mint önkéntes szerepvállalást, amely azáltal, hogy növeli az elégedettség és az életfölgadás érzését, szintén egészségvédő hatású.

Összegzés

A vallás és egészség kapcsolatának elemzése sokáig az egészségszociológia egyik elhanyagolt területe volt, melynek oka a módszertani nehézségeken, a konceptualizálás és operacionalizálás hibaforrásain túl az is, hogy a vallásos társadalmi mező átalakulásának lehetünk szemtanúi az utóbbi évtizedekben. A vallásosság jelentésének kibővülésével és a vallás társadalmi szerepének megváltozásával (Tomka 1996) a szociál-epidemiológiai vizsgálatok új kihívás elé érkeztek, egy egészségvédő faktor hatásmechanizmusának elemzéséhez és interpretálásához. Az eddigi kutatások igazolták a vallás-egészség összefüggés alapjellemzőit, a jövő azonban ezen összefüggés még számos ismeretlen összetevőjének feltárásával kecsegtet, mely a vallásszociológia legújabb eredményeire támaszkodva eddigi ismereteinket árnyaltabbá és komplexebbé teheti.

Irodalom

- Argyle, M. 1958. *Religious behavior*. London: Routledge & Kegan
- Berger, P. 1967. *The sacred canopy: Elements of a sociological theory of religion*. New York: Doubleday
- Berket, J.-F. de Waard 1983. Mortality pattern and life expectancy of Seventh-day Adventists in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 2, 455-459.
- Bryant, S.-W. Rakowski 1992. Predictors of mortality among elderly African Americans. *Research on Aging*, 14, 50-67.
- Chatters, L. M.-R. T. Taylor 1989. Age differences in religious participation among Black Adults. *Journal of Gerontology*, 44, S183-189.
- Comstock, G. W.-K. B. Partridge 1972. Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
- Cornwall, M. 1989. The determinants of religious behavior: A theoretical model and empirical test. *Social Forces*, 68, 572-592.
- Dull, V. T.-L. A. Skokan 1995. A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, 51, 49-64.
- Durkheim, E. 1951. *Suicide*. New York: Free Press

- Gartner J.-D. B. Larson-G. D. Allen 1991. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Fraumeni, J. F.-J. W. Lloyd-E. B. Smith-J. K. Wagoner 1969. Cancer mortality among nuns: role of marital status in etiology of neoplastic disease in women. *Journal of the National Cancer Institute*, 42, 455-468.
- Idler, E. 1987. Religious involvement and the health of the elderly: some hypothesis and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler, E.L.-S. V. Kast 1997. Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52, S306-315.
- Idler, E. L.-S. V. Kast 1992. Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Jarvis, G.K.-H. C. Northcott 1987. Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science and Medicine*, 25, 813-824.
- Kamarás I. 1992. *Bívópatakok*. Budapest: Márton Áron Kiadó
- Koenig, H. G.-L. K. George-LC. Siegler 1988. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28, 303-310.
- Kramer, M.-E. S. Pollack-R. W. Redick-B. Z. Lock 1972. *Mental disorders/suicide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Levin, J. S.-R. J. Taylor 1993. Gender and age differences in religiosity among Black Americans. *The Gerontologist*, 33, 16-23.
- Levin, J. S.-H.Y. Vanderpool 1987. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*, 24, 589-600.
- Levin, J. S.-C. M. Puchalski 1997. Religion and spirituality in medicine: research and education. *Journal of the American Medical Association* 278, 792-793.
- Locke, F. B.-H. King 1980. Mortality among Baptist clergymen. *Journal of Chronic Disease*, 33, 581-590.
- Lyon, J. L.-M. R. Klauber-J. W. Gardner-C. R. Smart 1976. Cancer incidence in Mormons and non-Mormons in Utah, 1966-70. *The New England Journal of Medicine*, 294, 129-133.
- Musick, M. A.-H. G. Koenig-J. C. Hays-H. J. Cohen 1998. Cancer, religious activity and depressive symptomatology among a sample of community dwelling elderly. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S218-227.
- Musick, M. A.-H.G. Koenig-D. B. Larson-D. Matthews 1998. *Religion and spiritual beliefs*. In: Holland J. C. (ed.) *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 780-789.

- Musick, M. A. 1997. *Social support and well being among the elderly: The nature and effect of reciprocal exchanges*. Unpublished Doctoral Dissertation. Durham, NC. Duke University
- Neal, C. D. 1981. Religion and self poisoning. *International Journal of Social Psychiatry*, 27, 257–260.
- Osler, W. 1910. The Faith that heals. *British Medical Journal*, 1, 1470–1472.
- Parsons, T. 1961. *Religion, culture and mental health*. New York: New York University Press
- Phillips, R. L.–F. R. Lemon–W. L. Beeson 1978. Coronary heart disease mortality among Seventh-day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31, 81–91.
- Pikó B. 1997. *Coping with stress – coping styles among secondary school students*. Paper presented at the International Congress of Stress. July, Budapest, Hungary
- Reed, P.G. 1987. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10, 335–344.
- Stengel, E. 1964. *Suicide and attempted suicide*. Baltimore, Md: Penguin Books
- Tomka M. 1996. A vallásszociológia új útjai. *Replika*, 21–22, 163–171.
- 1980. A vallásos önjellemzés néhány tendenciája. *Világosság*, 21, 360–366.
- Wilson J.–M. A. Musick 1997. Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review*, 62, 694–713.
- Yinger, J. M. 1970. *The scientific study of religion*. New York: Macmillan
- Zuckerman, D. M.–S.V. Kasl–A. M. Ostfeld 1984. Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410–423.