

## Wpływ duchowości lub religijności na długość życia człowieka

### *Influence of spirituality or religiosity of patients on life expectancy and overall mortality*

Maciej Klimasiński<sup>1</sup>, Maria Płocka<sup>2</sup>, Natalia Neumann-Klimasińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

### Streszczenie

**Wstęp:** Podczas ostatnich 20 lat ilość badań naukowych na temat związku duchowości ze zdrowiem znacznie wzrosła w literaturze międzynarodowej.

**Celem pracy** jest podsumowanie zagranicznych badań, które oceniały, czy duchowość lub religijność pacjentów ma wpływ na długość życia i ogólną śmiertelność.

**Materiał i metody:** Posłużono się metodą *scoping study*, poprzez którą wybrano badania dostępne w popularnych internetowych bazach danych, a także w folderach konferencyjnych, *newsletters*, książkach i innych źródłach.

**Wyniki i wnioski:** Właściwie wszystkie analizowane badania wykazały, że wyższa duchowość lub religijność jest pozytywnie skorelowana z śmiertelnością ze wszystkich powodów. Długość życia osób uczęszczających na nabożeństwa religijne może być nawet o 8 lat większa niż tych, które nie podejmują takich praktyk.

**Słowa kluczowe:** duchowość, religijność, długość życia, śmiertelność.

### Abstract

**Introduction:** Over the past 20 years, the amount of scientific research on the relationship between spirituality and health has increased significantly in international literature.

**Objective:** The purpose of this article is to review studies that assessed whether high spirituality or religiousness of patients has an impact on life expectancy and overall mortality.

**Materials and methods:** The scoping study method was used to select studies available in popular online databases, conference folders, newsletters, books, and other sources.

**Results and conclusions:** All analyzed studies show that higher spirituality or religiosity is positively correlated with all-cause mortality. Lifespan of people who attend religious services may be up to 8 years longer than those who do not.

**Key words:** spirituality, religiosity, life expectancy, all-cause mortality.

Adres do korespondencji:

Maciej Klimasiński, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu, ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań, e-mail: klimasinski@gmail.com

Znane powszechnie powiedzenie „jak trwoga, to do Boga” pokazuje, że osoby w trudnej sytuacji, np. w czasie choroby, często zwracają się o pomoc do „siły wyższej”. Korzystają ze swojej duchowości jako źródła wsparcia w zmaganiu się z bólem czy cierpieniem [1]. Jedynie pojedyncze prace dokumentują wpływ samej duchowości na czas przeżycia chorego. Ironson i Kremer [2] przeprowadzili

wywiady ze 147 osobami z AIDS, a następnie oceniali ich 5-letnie przeżycie. Było ono ponad 5 razy bardziej prawdopodobne wśród osób, które podały, że doświadczyły „przemiany duchowej”. Wiara, czyli uznawanie istnienia transcendentnej siły lub istoty, a szczególnie stopień, w którym dana osoba podporządkuje jej swoje życie, oraz poczucie „jedności z Bogiem” prawdopodobnie pomagają prze-

trwać najtrudniejsze chwile i odzyskać równowagę po traumatycznych doświadczeniach. Są to jednak parametry, które trudno obiektywnie zmierzyć i ocenić. Można jednak badać tę zależność w sposób pośredni. Szeroko pojęta duchowość to poszukiwanie znaczenia i sensu życia, które może, ale nie musi, być związane z religią. Większość religii zawiera treści związane z sensem cierpienia oraz dodawaniem otuchy cierpiącemu człowiekowi. Można zatem przyjąć, że osoby, które chodzą do kościoła, cerkwi, meczetu, synagogi lub innego miejsca kultu, w ten sposób rozwijają swoją duchowość. Uczęszczanie na nabożeństwa jest łatwe do zmierzenia, zatem większość badań ocenia wpływ nie duchowości, ale religijności na długość życia poprzez prostą, empiryczną metodę: podział danej populacji pod względem częstości uczęszczania na spotkania religijne, a następnie sprawdzenie po kilku latach, jaka część osób z poszczególnych grup przeżyła (tab. 1).

Należy podkreślić, że w takiej przekrojowej (*cross-sectional*) ocenie pojawia się istotny problem: niemożliwość stwierdzenia, który czynnik był przyczyną, a który skutkiem. W jaki sposób wykluczyć, że dana subpopulacja o niskiej religijności nie była już na tyle chora na początku badania, że nie mogła udać się na nabożeństwo i co za tym idzie, od początku była predysponowana do krótszego przeżycia? Albo odwrotnie – czy osoby, które podejmują praktyki religijne, nie robią tego dlatego, że mają jakieś dolegliwości i szukają pomocy?

Nowsze prace na ten temat stosują kontrolę zdrowia początkowego (*baseline health*), aby upewnić się, że na początku badania wszystkie subpopulacje mają podobne ryzyko zgonu związane z istniejącymi już chorobami. W ten sposób można ocenić rzeczywisty wpływ samego tylko uczęszczania na nabożeństwa na długość życia. Zdrowie początkowe najczęściej analizowane jest poprzez pytanie badanych o subiektywną ocenę zdrowia, ale także o stopień ograniczenia ruchowego, liczbę zwolnień z pracy w ciągu roku, a niektóre prace sięgają aż do dokumentacji medycznych pacjentów. Często stosuje się również kontrolę dla czynników demograficznych: wieku, płci, rasy, regionu pochodzenia, statusu socjoekonomicznego, poziomu wykształcenia i innych. Najbardziej dociekliwi autorzy analizują także stopień integracji społecznej, czyli stan cywilny, mieszkanie samotnie lub wraz z rodziną, liczbę bliskich krewnych i przyjaciół, częstość spotkań z nimi, uczestnictwo w spotkaniach towarzyskich i korzystanie ze wsparcia środowiskowego. Biorą pod uwagę nie tylko obecne już symptomy chorobowe, lecz także styl życia i zachowania predysponujące do wystąpienia chorób, takie jak palenie papierosów czy ryzykowne stosunki seksualne. Uważna analiza jak największej ilości wyżej wymienionych czynników, a także innych potencjalnych zmiennych zakłócających (*con-*

*founders*) oraz wykorzystanie narzędzi statystycznych, takich jak model proporcjonalnego hazardu Coxa, pozwalają na przewidywanie czasu przeżycia danych subpopulacji i niezwykle precyzyjne określenie, czy uczęszczanie na nabożeństwa religijne wpływa na śmiertelność, czy może mogłoby być skutecznie zastąpione innymi regularnymi interakcjami społecznymi jak np. piątkowe gry w pokera.

Opublikowana w 2000 r. metaanaliza 42 badań przeprowadzona przez McCullough i wsp. [24] na blisko 126 tys. osób wykazała, że osoby o wysokiej religijności mają o 29% wyższe szanse przeżycia w porównaniu z osobami mniej religijnymi (OR 1,29; 95% PU 1,20–1,39). Mierzono zaangażowanie religijne, głównie uczestnictwo w nabożeństwach. Autorzy podkreślili, że nie zauważyli tendencyjności w opublikowanych badaniach. Badania różniły się znacznie jakością i adekwatnością kontroli czynników zakłócających.

Koenig w 2001 r. [25] przeanalizował 101 prac, które ilościowo badały zależność między religią a śmiertelnością (w tym 36 badań dotyczących śmiertelności związanej z nowotworami złośliwymi). 47 badań brało pod uwagę tylko przynależność religijną, 52 poziom religijności, pozostałe 2 to próby kliniczne. W pracach mierzących religijność najczęstszą miarą było uczestnictwo w praktykach religijnych (21 z 52 badań); 13 prac badało śmiertelność kleru. Badania kliniczne obejmowały badanie medytacji u pacjentów z domu spokojnej starości (grupa medytująca miała dłuższe przeżycie) oraz badanie modlitwy wstawienniczej u dzieci z białaczką (brak zależności ze śmiertelnością). Spójnym wynikiem wśród badań grup wyznaniowych była niższa śmiertelność amiszów, Adwentystów Dnia Siódmego, mormonów i – w mniejszym stopniu – żydów w porównaniu z populacją ogólną. Spośród 52 badań oceniających poziom religijności, 39 wykazało dłuższe przeżycie osób bardziej religijnych, 10 nie wykazało związku, 2 – sprzeczne wyniki, 1 – krótsze przeżycie osób religijnych. Można zauważyć, że 76% badań wykazało większą religijność jako czynnik predykcyjny dłuższego przeżycia. Wśród badań kleru, 12 z 13 wykazało, że osoby duchowne żyły dłużej niż grupy porównawcze. Najbardziej zgodnym odkryciem (poza niższą śmiertelnością kleru) było to, że częstość uczestnictwa w praktykach religijnych determinowała dłuższe przeżycie.

Uaktualniona metaanaliza przeprowadzona przez Chida i wsp. w 2009 r. [26] przyjęła nieco surowsze kryteria wyboru badań niż poprzednie. Zawiera wyniki 44 prac o religii i śmiertelności, obejmujących około 120 tysięcy uczestników. Osoby częściej uczestniczące w praktykach religijnych miały niższe ryzyko zgonu podczas okresu kontrolnego [HR = 0,82 (0,76, 0,87)]. Efekt ten był bardziej widoczny u kobiet [HR = 0,70 (0,55, 0,89)] niż u mężczyzn [HR = 0,87

**Tabela 1.** Przegląd badań dotyczących wpływu duchowości lub religijności na długość życia

Autor, rok publikacji	Grupa, metoda, narzędzia	Wnioski autorów
House i wsp. (1982) [3]	badanie kohortowe; 2754 dorosłych i kontrola po 9–12 latach	Uczestnictwo w nabożeństwach było związane z dłuższym przeżyciem
Zuckerman i wsp. (1984) [4]	badanie kohortowe; 400 ubogich, starszych osób wyeksmitowanych ze swoich domów, kontrola po 2 latach	Osoby bardziej zaangażowane religijnie miały dwukrotnie mniejszą śmiertelność
Oxman i wsp. (1995) [5]	badanie kohortowe; 232 starszych pacjentów po planowej operacji kardiochirurgicznej, kontrola po 6 miesiącach	Brak poczucia, że religia daje siłę i pociechę było niezależnie powiązane z ryzykiem śmierci w ciągu 6 miesięcy po operacji serca. Pozytywne wykorzystywanie religii do radzenia sobie z trudnościami ( <i>positive religious coping</i> ) jest związane z niższą śmiertelnością
Strawbridge i wsp. (1997) [6]	28-letnia obserwacja 5286 dorosłych	Osoby często (1 w tygodniu) uczęszczające na nabożeństwa miały niższy wskaźnik śmiertelności niż osoby, które robiły to rzadziej. Zależność ta była silniejsza u kobiet. Częste uczestnictwo w praktykach religijnych korelowało z mniejszym o 23% prawdopodobieństwem zgonu w obserwowanym okresie
Oman i Reed (1998) [7]	5-letnia obserwacja 1931 osób powyżej 55. roku życia	Osoby często praktykujące charakteryzowała niższa o 24% śmiertelność w porównaniu z grupą niepraktykujących
Koenig i Larson (1998) [8]	wywiady z 455 osobami powyżej 60. roku życia, przebywającymi w szpitalu	Pacjenci regularnie uczęszczający do kościoła istotnie rzadziej i w mniejszym odsetku byli przyjmowani do szpitala w ostatnim roku i spędzili w nim mniej czasu niż osoby rzadziej uczęszczające do kościoła. Osoby bez przynależności religijnej spędzały średnio 25 dni w szpitalu w porównaniu z 11 dniami u osób deklarujących przynależność do określonej religii
Hummer i wsp. (1999) [9]	8-letnia obserwacja grupy 21 204 dorosłych Amerykanów (powyżej 20. roku życia), grupa reprezentowała przekrój społeczeństwa amerykańskiego	Nieuczęszczający do kościoła mieli prawie 2 razy wyższe ryzyko śmierci w czasie obserwacji niż uczęszczający więcej niż raz w tygodniu. Przekłada się to na różnicę 7 lat przewidywanej długości życia 20-latków pomiędzy niepraktykującymi a praktykującymi częściej niż raz na tydzień (odpowiednio 75 lat i 83 lata). Wykazano wyraźną zależność między „dawką a reakcją” – im większe uczestnictwo w nabożeństwach, tym niższa śmiertelność. W porównaniu z osobami praktykującymi częściej niż raz na tydzień: osoby praktykujące raz na tydzień miały współczynnik ryzyka śmierci (HR) 1,23, osoby praktykujące rzadziej niż raz na tydzień – 1,34, osoby niepraktykujące – 1,72
Koenig i wsp. (1999) [10]	6-letnia obserwacja 3968 osób powyżej 65. roku życia	Śmiertelność w grupie osób praktykujących częściej niż raz w tygodniu była o 28% niższa w porównaniu z grupą rzadko praktykującą (rzadziej niż raz w tygodniu)
Pargament i wsp. (2001) [11]	2-letnia obserwacja 444 pacjentów powyżej 55. roku życia	Pacjenci czujący się opuszczeni, niekochani lub ukarani przez Boga albo uznający chorobę za dzieło szatana mieli o 19–28% zwiększone ryzyko zgonu. Tego typu negatywne wykorzystywanie religii do radzenia sobie z trudnościami ( <i>negative religious coping</i> ) jest związane z wyższą śmiertelnością, a większe zmagania religijne na początku badania to czynnik predykcyjny większego ryzyka zgonu
Oman i wsp. (2002) [12]	31-letnia obserwacja 6545 osób	Osoby rzadko praktykujące (nigdy/mniej niż raz na tydzień) miały istotnie wyższy współczynnik śmiertelności ( $p < 0,05$ ) z przyczyn krążeniowych, nowotworowych, związanych z układem pokarmowym i oddechowym, ale nie z przyczyn zewnętrznymi (urazy itp.)
Musick i wsp. (2004) [13]	3617 wywiadów z osobami powyżej 25. roku życia, kontrola po 7,5 roku	Osoby uczęszczające na nabożeństwa raz na miesiąc lub częściej mają 30–35% niższe ryzyko zgonu
Teinonen i wsp. (2005) [14]	12-letnia obserwacja 1080 osób powyżej 65. roku życia	Częste uczestnictwo w nabożeństwach było związane z niższą śmiertelnością. Zależność obecna tylko u kobiet
la Cour i wsp. (2006) [15]	20-letnia obserwacja 734 70-letnich Duńczyków	Uczestnictwo w nabożeństwach wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka śmierci w trakcie obserwacji. Prawie wszystkie istotne efekty zaobserwowano u kobiet, nie u mężczyzn

Tabela 1. Cd.

Autor, rok publikacji	Grupa, metoda, narzędzia	Wnioski autorów
Dupre i wsp. (2006) [16]	10-letnia obserwacja 5223 osób powyżej 65. roku życia	Częste praktyki religijne (przynajmniej raz w tygodniu) to ważny wskaźnik predykcyjny przeżycia osób starszych. Choć zależność między praktykowaniem religijnym a śmiertelnością redukuje różnice w praktykach zdrowotnych, jest ona nadal silna u obu płci
Yeager i wsp. (2006) [17]	4-letnia obserwacja 3800 starszych Tajwańczyków, głównie taoistów i buddystów	Udział w praktykach religijnych jest istotnie związany z niższą śmiertelnością. Długość życia zwiększa się wraz z częstością uczęszczania na nabożeństwa
Litwin (2007) [18]	7-letnia obserwacja 1811 żydowskich kobiet i mężczyzn powyżej 70. roku życia	Uczęszczanie do synagogi zwiększa przeżycie głównie przez jego funkcję przywiązania do wspólnoty i być może odzwierciedlenie duchowości
Schnall i wsp. (2010) [19]	7-letnia obserwacja 92 395 kobiet	Poczucie przynależności religijnej, częsty udział w nabożeństwach oraz siła i pocieszenie płynące z religii były związane ze zmniejszoną śmiertelnością ogólną
Darviri i wsp. (2016) [20]	retrospektywne badanie kohortowe (średni czas kontroli 131,2 ± 30,8 miesięcy) 1519 przedstawicieli greckiej ludności wiejskiej	Religijność była oceniana jako łączny wynik modlitwy i uczęszczania na nabożeństwa. Osoby umiarkowanie religijne miały zmniejszoną śmiertelność ogólną w porównaniu z mało religijnymi
Ironson i wsp. (2016) [21]	17-letnia obserwacja 177 pacjentów z HIV	Wykorzystywanie duchowości do radzenia sobie z trudnościami ( <i>spiritual coping</i> ) było związane z niższą śmiertelnością. Śmiertelność była najniższa u osób często praktykujących (udział w nabożeństwach, modlitwa, medytacja). W przeciwieństwie do tego, śmiertelność była największa u pacjentów z wysokimi wartościami negatywnego wykorzystywania religii do radzenia sobie z trudnościami ( <i>negative religious coping</i> ) i u pacjentów minimalnie wykorzystujących duchowość do radzenia sobie z trudnościami
Li i wsp. (2016) [22]	18-letnia obserwacja 74 534 kobiet	W porównaniu z kobietami, które nigdy nie uczęszczały na nabożeństwa, śmiertelność kobiet praktykujących częściej niż co tydzień była 33% niższa, u praktykujących co tydzień – 26%, rzadziej niż co tydzień – 13%
VanderWeele i wsp. (2017) [23]	8-letnia obserwacja 36 613 kobiet	Uczęszczanie na nabożeństwa kilka razy w tygodniu jest związane ze znacznie niższym wskaźnikiem śmiertelności (o 36% mniejszym niż osób nigdy nieuczęszczających). Nie ma zależności między śmiertelnością a modlitwą, wykorzystywaniem religii do radzenia sobie z trudnościami ( <i>religious coping</i> ), ani subiektywnym określeniem siebie jako osoby bardzo religijnej/duchowej

(0,81, 1,02)], a także wyraźniejszy przy zaangażowaniu w życie wspólnoty wyznaniowej [HR=0,77 (0,71, 0,83)] niż przy aktywności religijnej niezinstytucjonalizowanej [HR = 0,95 (0,80, 1,13)]. Osoby uczęszczające na nabożeństwa przynajmniej raz na tydzień miały niższe ryzyko śmierci podczas okresu kontrolnego [0,73 (0,63, 0,84)].

Podsumowując, można powiedzieć, że właściwie wszystkie badania wykazały, że uczęszczanie na nabożeństwa religijne jest predyktorem dłuższego życia. W jaki sposób można wytłumaczyć to zjawisko? Część tego ochronnego wpływu jest zapewne spowodowana aktywnością fizyczną, którą należy regularnie podejmować, aby dostać się do miejsca kultu, kontaktami społecznymi z innymi wiernymi, które m.in. przeciwdziałają depresji, a także przestrzeganiem nakazów religijnych, takich jak: unikanie używek, trwałe małżeństwo itp. Jednakże niektórzy ba-

dacze dołożyli starań, aby grupy kontrolne były pod tymi względami identyczne. Dlatego wydaje się, że chodzi także o treści, które są przekazywane podczas nabożeństw. Na przykład nadzieja dotycząca życia po śmierci, końca wszelkiej cierpienia daje optymizm, świadomość, że nawet najgorsza choroba czy perspektywa śmierci nie świadczą o przegranej. Nauka o Bogu, który opiekuje się każdym człowiekiem, realnie wspiera go w jego problemach, daje poczucie, że nawet całkowita zależność od innych osób nie musi oznaczać bezużyteczności. Nauczanie Kościoła Katolickiego o Jezusie Chrystusie, który umarł za wszystkich ludzi, aby zgładzić ich grzechy, daje pacjentom możliwość „ofiarowania” Bogu swoich cierpienia dla dobra innych i przez to „przyczyniania się do zbawienia świata” [27], pełnienia „niezastąpionej służby” [28]. Nie jest to jednak tylko wiedza, którą można równie dobrze zdobyć na wykładach

na temat teologii. Nabożeństwo to szczególny czas, podczas którego człowiek nie tylko słyszy, lecz także doświadcza duchowych prawd. Te przeżycia są tak silnymi zasobami, że rzeczywiście mają zdolność poprawić zdrowie i wydłużyć życie.

Można nawet porównać wpływ regularnego uczęszczania na nabożeństwa do innych czynników, które są powszechnie uznawane w przestrzeni zdrowia publicznego za wydłużające życie. Hall [29], analizując dostępne badania, określił, że w ten sposób wyrażana religijność zmniejsza śmiertelność o 2–3 lata. Porównał to do zażywania leków obniżających poziom cholesterolu, które wydłużają życie o 2,5–3,5 roku oraz regularnego wysiłku fizycznego – o 3–5 lat. Zatem uczęszczanie na nabożeństwa nie jest aż tak skuteczne. Zauważył jednak, że koszt jednego dodanego roku wynosił 2–6 tys. dolarów w przypadku aktywności fizycznej, 3–10 tys. dolarów dla uczęszczania na nabożeństwa i 4–14 tys. dolarów dla wyżej wymienionych leków. Można zatem stwierdzić, że chodzenie do kościoła jest bardziej opłacalne (*cost-effective*) od zażywania tabletek obniżających poziom cholesterolu pod względem wydłużenia życia.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENICTWO

- Klimasiński MW, Płocka M, Neumann-Klimasińska N i wsp. Czy lekarz powinien udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom? Przegląd badań. *Med Prakt* 2017; 3:
- Ironson G, Kremer H. Spiritual Transformation, Psychological Well-Being, Health, and Survival in People with HIV. *Int J Psychiatr Med* 2009; 39: 263-381.
- House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationship and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 123-140.
- Zuckerman DM, Kasl SV, Ostfeld AM. Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 410-423.
- Oxman TE, Freeman DH Jr., Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57: 5-15.
- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ i wsp. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997; 87: 957-961.
- Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1469-1475.
- Koenig HG, Larson DB. Use of hospital services, religious attendance and religious affiliation. *Southern Med J* 1998; 91: 925-932.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam CB i wsp. Religious involvement and US adult mortality. *Demography* 1999; 36: 273-285.
- Koenig HG, Hays JC, Larson DB i wsp. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol* 1999; 54A: M370-M377.
- Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N i wsp. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Arch Int Med* 2001; 161: 1881-1885.
- Oman D, Kurata JH, Strawbridge WJ i wsp. Religious attendance and cause of death over 31 years. *Int J Psychiatr Med* 32: 69-89.
- Musick MA, House JS, Williams DR. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *J Health Soc Behavior* 2004; 45: 198-213.
- Teinonen T, Vahlberg T, Isoaho R i wsp. Religious attendance and 12-year survival in older persons. *Age Ageing* 2005; 34: 406-409.
- la Cour P, Avlund K, Schultz-Larsen K. Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Soc Sci Med* 2006; 62: 157-164.
- Dupre ME, Franzese AT, Parrado EA. Religious attendance and mortality: Implications for the black-white mortality crossover. *Demography* 2006; 43: 141-164.
- Yeager D, Gleib DA, Au M i wsp. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Soc Sci Med* 2006; 63: 2228-2241.
- Litwin H. What really matters in the social network-mortality association? A multivariate examination among older Jewish-Israelis. *Eur J Ageing* 2007; 4: 71-82.
- Schnall E, Wassertheil-Smoller S, Swencionis C i wsp. The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Psychology and Health* 2010; 25: 249-263.
- Darviri C, Artemiadis A, Tigani X i wsp. Religiosity as a predictor of mortality: A retrospective cohort study in 1519 rural citizens in Greece. *Psychol Health* 2016; 31: 1080-1090.
- Ironson G, Kremer H, Lucette A. Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *J Gen Intern Med* 2016; 31: 1068-1076.
- Li S, Stamfer M, Williams DR, VanderWeele TJ. Association between religious service attendance and mortality among women. *JAMA Internal Medicine* 2016; 176: 777-785.
- VanderWeele TJ, Yu J, Cozier YC i wsp. Religious service attendance, prayer, religious coping, and religious-spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the Black Women's Health Study. *Am J Epidemiol* 2017; 185: 515-522.
- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB i wsp. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology* 2000; 19: 211.
- Koenig HG. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatr Med* 2001; 31: 321-336.
- Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78: 81-90.
- Jan Paweł II. List Apostolski Salvifici Doloris, 6. Ewangelia cierpienia, pkt. 27, 11 lutego 1984.
- Codou M. Niewidzialny Klasztor Jana Pawła II. *Flos Carmeli*, Poznań 2010; 42-61.
- Hall DE. Religious Attendance: More Cost-Effective Than Lipitor? *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 103-189.