



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Kulturowo-religijne zróżnicowanie zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii : diagnoza i edukacja zdrowotna

Author: Ewelina Jaksz-Recmanik

Citation style: Jaksz-Recmanik Ewelina. ([2020]). Kulturowo-religijne zróżnicowanie zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii : diagnoza i edukacja zdrowotna. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



Uniwersytet Śląski
w Katowicach
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Pedagogiki

mgr Ewelina Jaksz-Recmanik

**Kulturowo-religijne zróżnicowanie zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych
religii. Diagnoza i edukacja zdrowotna**

Praca przygotowana pod opieką naukową:

Promotor:

Prof. dr hab. Ewy Syrek

Promotor pomocniczy:

dr Agata Rzymelka - Frąckiewicz

Spis treści:

WSTĘP	6
I. Pojęcie zdrowia i choroby w naukach społecznych. Modele zdrowia	11
II. Uwarunkowania zdrowia i choroby. Społeczno-ekologiczny model zdrowia	19
1. Styl życia i zachowania zdrowotne – kontekst kulturowo-społeczny	19
2. Środowisko życia, rodzina	25
3. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna i promocja zdrowia	29
III. Edukacja zdrowotna – konteksty teoretyczne	41
1. Pedagogika zdrowia - edukacja zdrowotna historia i ewolucja pojęcia .	42
2. Definicje edukacji zdrowotnej	47
3. Cele i zadania współczesnej edukacji zdrowotnej.....	50
4. Modele edukacji zdrowotnej	55
IV. Religia jako komponent kultury – charakterystyka wybranych religii	59
• Chrześcijaństwo	75
– Katolicyzm	78
– Protestantyzm (np. Adwentyzm - Kościół Adwentystów Dnia Siódmego)	83
• Judaizm	88
• Islamu	94
• Buddyzm	101
• Hinduizmu	107
V. Metodologiczne podstawy badań własnych	
1. Cel, przedmiot, problemy badawcze i zakres badań	115
2. Teren badań i dobór próby badawczej	124
3. Organizacja i przebieg badań	126
4. Opracowanie statystyczne badań	129
VI. Kulturowo-religijnych różnicowań zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii. Diagnoza i edukacja – analiza badań własnych	129
1. Rozumienie pojęcia „religia” i „religijność” przez badanych	129
2. Przestrzeganie zasad religijnych przez badanych wyznawców wybranych religii ...	134
3. Rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” przez badanych wybranych religii.....	138

4. Zasady dietetyczne obowiązujące w wybranych religiach i ich przestrzeganie przez badanych	144
5. Palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu przez badanych wybranych religii	160
6. Aktywność fizyczna, formy odpoczynku, relaksu preferowana przez badanych	174
7. Zachowania zdrowotne badanych grup wg. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych ...	184
VII. Edukacja międzykulturowa – wybrane konteksty.....	187
1. Podstawy teoretyczne, cele i zadania edukacji międzykulturowej – implikacje dla praktyki w zakresie edukacji zdrowotnej	192
PODSUMOWANIE I WNIOSKI	197
PROPOZYCJA AUTORSKICH ZAJĘĆ Z MIĘDZYKULTUROWEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ.....	203
DYSKUSJA	214
BIBLIOGRAFIA	218
ANEKS	234
STRESZCZENIE	303
SUMMARY	304

*Składam serdeczne podziękowania mojej Promotorce,
Pani Profesor dr hab. Ewie Syrek,
za ogromne wsparcie merytoryczne, liczne wskazówki oraz
cierpliwość i dobre słowo, gdyż dzięki temu wszystkiemu praca
ta mogła powstać.*

Dziękuję moim najbliższym:

- **Rodzicom** - za to, że we mnie wierzyli, a ja zawsze mogłam liczyć na ich wszelką pomoc i wsparcie emocjonalne.

- **Mężowi** - za pomoc w prowadzeniu badań oraz okazane wsparcie.

Pracę tę dedykuję moim bliskim, ale przede wszystkim mojej córce Noemi.

WSTĘP

Zdrowie to nie dar niebios dany raz na zawsze.

Nad zdrowiem trzeba pracować...

Maciej Demel

W dobie globalizacji, otwarcia granic, swobodnego przepływu osób, procesy migracyjne odegrały znaczącą rolę w kształtowaniu i rozwoju społeczeństw. Przemieszczanie się ludności zróżnicowanej pod względem kulturowym ma istotny wpływ na postrzeganie otaczającej nas rzeczywistości i naszych poglądów. Procesy migracyjne wpływają nie tylko na zmiany instytucjonalne czy ekonomiczne, ale także zmiany społeczne. Napływ ludzi odmiennych pod względem kulturowym i religijnym poszerza paradygmat również w kwestii zdrowia i stylu życia. Ponadto procesy migracyjne poniekąd „wymusiły” rozwój w zakresie zagadnień, takich jak edukacja międzykulturowa i wielokulturowa, komunikacja międzykulturowa czy pielęgniarstwo wielokulturowe.

To właśnie ciekawość oraz chęć poznania odrębności i odmienności stylu życia oraz zachowań zdrowotnych w różnych religiach, a także pobudek, którymi są one podyktowane, była inspiracją do podjęcia zaprezentowanych analiz i badań.

Ponadto podjęta problematyka wpisuje się w obszar zainteresowań pedagogiki zdrowia, a mając charakter interdyscyplinarny łączy zagadnienia wspomnianej pedagogiki zdrowia z edukacją międzykulturową.

Krokiem milowym w postrzeganiu tematu zdrowia był raport Marca Lalonda pt. *A New Perspective on the Health Canadians*, w którym zawarto koncepcję tzw. „pól zdrowia”, czyli grup czynników mających wpływ na zdrowie. Wśród nich na pierwszym miejscu wymienia się styl życia, zachowania zdrowotne, środowisko psychospołeczne, kulturowe (w tym religijne) oraz fizyczne. W dalszej kolejności czynnikami kształtującymi zdrowie są uwarunkowania genetyczne i służba zdrowia (opieka zdrowotna), choć te stosunkowo mają najmniejszy wpływ.

Styl życia i zachowania zdrowotne uwarunkowane są cechami osobowościowymi jednostki, jej aspiracjami, warstwą społeczną, do której należy. Dodatkowo tym, co określa tożsamość każdego człowieka, jest jego otoczenie - ludzie, z którymi ma styczność, wartości,

tradycja, kultura i religia, w której wyrasta. Jednak największy wpływ na kształtowanie zachowań wywiera kultura i religia, według której człowiek żyje, rozwija się i funkcjonuje, której wartości i przekonania przyjmuje, a tradycje praktykuje. Kulturowe, w tym religijne, wzory zachowań zdrowotnych są to „społecznie ujawnione przez jednostki sposoby chronienia (utrwalania, odtwarzania) uznanej w danej grupie wartości, określonej w kulturze tej grupy mianem zdrowia i stanowiącej nieodłączny element kultury grupy przekazywany z pokolenia na pokolenie mechanizmem socjalizacji”¹. Ponadto badacze w swoich pracach koncentrują się na rodzinnym i międzypokoleniowym przekazywaniu norm, postaw oraz zachowań religijnych².

Religia stanowi jedno z najważniejszych czynników mających wpływ życia człowieka. Chodzi tutaj zarówno o religię przekazywaną przez rodzinę, jak i o tę, z którą stykamy się np. poprzez podróże, kontakty i relacje społeczne. Religia czy filozofia życia - jak to ma miejsce w przypadku wyznawców buddyzmu - określa nie tylko to, w co wierzymy i jakiego Boga czcimy, ale definiuje również zasady, jakimi kierujemy się w kreowaniu swojego stylu życia, np. w wyborze pokarmów, sposobie odpoczynku, stosunku do alkoholu i tytoniu.

Żyjąc w świecie różnorodności kulturowej i religijnej, w dobie podróżowania, wolności filozofii życia i stylu życia, można swobodnie praktykować zasady, o których słuszności jesteśmy głęboko przekonani. Jednocześnie żyjemy w czasach, gdy ludzie przemieszczają się z kraju do kraju, z kontynentu na kontynent a uprzedzenia kulturowe, religijne i rasowe niejednokrotnie są powodem ataków, agresji i nietolerancji. Zróżnicowanie religijne jest często przyczyną konfliktów i sztucznych granic pomiędzy ludźmi. Bardzo ważne jest podejmowanie działań mających na celu przybliżenie społeczeństwu tego, co „inne”, oraz obalanie mitów i uprzedzeń. Propozycję przewycięzania problemów, z jakimi borykają się społeczeństwa wielokulturowe, stanowi edukacja międzykulturowa. Ma ona kształtować międzykulturową empatię, dzięki której możliwe są działania i postawy zwalczające wszelkiego rodzaju uprzedzenia. Lekarz, pielęgniarka, pedagog i każdy z nas powinien mieć pozytywny stosunek do drugiego człowieka bez względu na to, jaką wyznaje on religię.

Problematyka badawcza niniejszej pracy wiąże się z zagadnieniami pedagogiki zdrowia, a której przedmiotem zainteresowań są „społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej

¹ E. Roman, *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*, Eruditus, Poznań 1998, s. 34-35.

² T. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, PWN, Warszawa 2011, s. 257.

ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego i umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia (...)"³. W kontekście społeczno-środowiskowych uwarunkowań zdrowia należy też zwrócić szczególną uwagę na wpływ kultury i religii. W związku z tym podjęte badania ukierunkowane były na diagnozę i edukację zdrowotną w kontekście międzykulturowości w implikacji dla praktyki pedagogicznej. Problematyka badawcza wpisuje się aktualne potrzeby społeczne i ściśle wiąże się ze zdrowiem publicznym.

W niniejszej pracy skupiłam się na analizie elementów zachowań zdrowotnych takich jak dieta, aktywność fizyczna, formy relaksu, odpoczynku, stosunek do alkoholu i tytoniu w pięciu największych religiach świata, tj. chrześcijaństwie, islamie, judaizmie, hinduizmie oraz buddyzmie. Analiza zasad stylu życia obowiązujących w wybranych religiach pomogła wyszczególnić elementy wspólne, co jednocześnie dało punkt wyjścia do edukacji zdrowotnej opartej na tych właśnie elementach zaczerpniętych z wszystkich religii. Edukacja zdrowotna to element pracy wielu zawodów; nie tylko lekarzy, pielęgniarek, trenerów personalnych, ale i promotorów zdrowia, pedagogów. Niniejsza praca ma na celu przybliżenie elementów edukacji zdrowotnej o charakterze międzykulturowym, aby poprzez poznanie budować tolerancję, akceptację i zrozumienie innych, a jednocześnie czerpać korzyści dla zdrowia płynące z zachowań zdrowotnych różnych religii.

W swoich rozważaniach i analizie opierałam się na *modelu społeczno-ekologicznym* zdrowia oraz *modelu ekologiczno-środowiskowym U. Bronfenbrennera*, ponieważ obydwie podkreślają znaczenie czynników społeczno-kulturowo-religijnych kształtujących jednostkę oraz jej styl życia i zdrowie.

W pierwszym rozdziale przedstawiłam charakterystykę pojęcia „zdrowie” w naukach społecznych wraz ze szczegółowym opisem modeli zdrowia, tj. *społeczno-ekologiczny* (tzw. *Mandala Zdrowia*), *biomedyczny* czy *salutogenezy*. Przybliżyłam założenia i części składowe tych modeli w odniesieniu do wpływu kultury na zdrowie.

Treść drugiego rozdziału przybliżyła czynniki warunkujące zdrowie, takie jak styl życia i zachowania zdrowotne jednostki, grup społecznych oraz całego społeczeństwa. W analizie czynników determinujących oparłam się na takich modelach jak „*pola zdrowia*” czy tzw. *tęcza polityki* - u podstaw tego modelu społecznego leżą czynniki biologiczne, na które człowiek nie ma wpływu, jak również trzy grupy czynników – takich jak styl życia czy zachowania

³ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 19.

zdrowotne – na które jednostka ma wpływ i może je dowolnie modyfikować w zależności od kultury i religii. W tym rozdziale przedstawiłam również proces socjalizacji w rodzinie i jej wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych jednostki. Ponadto scharakteryzowałam zadania i założenia zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i promocji zdrowia, których głównym celem jest zapobieganie występowaniu choroby, zgonów oraz utrzymanie lub poprawa zdrowia społeczeństwa.

Rozdział trzeci zawiera analizę literatury przedmiotu w zakresie pedagogiki zdrowia. Przybliżono przedmiot jej badań oraz podstawy teoretyczne, co jednocześnie stanowi wstęp do edukacji zdrowotnej, która stanowi jedno z głównych zagadnień poruszanych w niniejszej pracy. Oprócz zaprezentowania celów i zadań współczesnej edukacji zdrowotnej, przedstawiono jej modele odpowiadające koncepcji i tematyce pracy.

W rozdziale czwartym podjęłam próbę przybliżenia terminu „kultura”, a także jej komponentu – „religia”. W tym rozdziale scharakteryzowałam również pięć największych religii, tj. chrześcijaństwo (dwa nurty: katolicyzm i protestantyzm, np. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego), judaizm, islam, buddyzm oraz hinduizm. Opisałam nauki, wierzenia, koncepcję Boga lub bóstwa, a także zasady dotyczące diety, odpoczynku, aktywności fizycznej, spożywania alkoholu, palenia tytoniu w poszczególnych religiach.

Rozdział piąty stanowi część metodologiczną pracy. Określiłam w nim cel, przedmiot, problemy badawcze i zakres badań. Ponadto przedstawiłam teren badań oraz dobór próby badawczej. Szczegółowo opisałam, jak przebiegały badania i wyszczególniłam miejscowości (tj. Warszawa, Wrocław, Kraków, Grabnik k. Warszawy, Czarnów k. Kamiennej Góry, Katowice, Bielsko-Biała, Wisła) gdzie byłam w celu przeprowadzenia wywiadów oraz badań ankietowych. Rozdział ten zawiera charakterystykę zastosowanych w analizie programów i testów statystycznych.

W rozdziale szóstym przedstawiłam wyniki i analizę przeprowadzonych badań, między innymi rozumienie pojęcia „religia” i „religijność” oraz „zachowania zdrowotne” w poszczególnych religiach. Każda religia charakteryzuje się odmiennymi zasadami w zakresie badanych elementów stylu życia, dlatego też zwróciłam uwagę na powody, dla których badani przestrzegają wspomnianych reguł. Ponadto w tym rozdziale zawarłam wyniki badań dotyczące znajomości, praktykowania, przestrzegania obowiązujących w wybranych religiach zasad dotyczących diety, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, preferowanych form aktywności fizycznej, odpoczynku. Otrzymane wyniki skonfrontowałam z uzyskanymi podczas wywiadów wypowiedziami księdza, pastora, imama, rabina, przewodników duchowych. W toku badań

przeprowadziłam również ocenę zachowań zdrowotnych wśród badanych wyznawców wybranych religii za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, określając, która religia przykłada najwięcej uwagi do zachowań mających na celu dbałość o zdrowie i jego ochronę.

Ze względu na zakres badań, tematykę oraz poruszane zagadnienia w rozdziale siódmym przybliżyłam podstawy teoretyczne, cel oraz zadania edukacji międzykulturowej, aby w oparciu o tę wiedzę oraz wyniki przeprowadzonych badań zaproponować zajęcia z międzykulturowej edukacji zdrowotnej, które stanowiłyby praktyczny rezultat mojej pracy.

Dziękuję wszystkim osobom, które umożliwiły mi dotarcie do wyznawców poszczególnych religii, jak również wszystkim tym, którzy wzięli udział w moich badaniach. Dziękuję Imamowi Centrum Kultury Islamu w Katowicach i centrum Kultury Muzułmańskiej w Warszawie, Rabinowi Centrum Społeczności Żydowskiej w Krakowie oraz Dyrektor do spraw Programu (Director of Programming) Centrum Społeczności Żydowskiej w Krakowie, Przewodniczącemu Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Polsce oraz Pastorom Diecezji Południowej i Diecezji Zachodniej, Prezydentowi Świątyni Hare Kriszna we Wrocławiu oraz głównemu Lamie Centrum Buddyjskiego Bencien Karma Kamtsang w Grabniku. Ponadto dziękuję Księdzu Wikariuszowi z Parafii Jezusa Chrystusa Odkupiciela Człowieka w Bielsku-Białej.

Dziękuję Księdzu Prof. dr hab. Grzegorzowi Polokowi za wsparcie merytoryczne oraz cenne uwagi podczas pisania rozdziału dotyczącej charakterystyki poszczególnych religii.

Serdecznie dziękuję mojej Pani Promotor pomocniczej, dr Agacie Rzymelce-Fraćkiewicz za cenne wskazówki i uwagi.

Dziękuję Władzom Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej za motywację oraz okazane wsparcie podczas pisania niniejszej pracy.

Dziękuję wszystkim osobom, dzięki pomocy których ta praca mogła powstać. Dziękuję za inspirację, wsparcie merytoryczne, wskazówki oraz uwagi.

I. POJĘCIE ZDROWIA W NAUKACH SPOŁECZNYCH. MODELE ZDROWIA

Pojęcie „*zdrowie*” jest pojęciem wieloznacznym i trudnym do zdefiniowania, a ponadto jest różnie charakteryzowane przez badaczy różnych nauk. W literaturze przedmiotu odnaleźć można nawet kilkaset definicji zdrowia⁴ i wręcz uważa się, że próba sprecyzowania tego pojęcia to po prostu „porywanie się z motyką na słońce”⁵. Patrząc przez pryzmat edukacji zdrowotnej, należy zwrócić uwagę na podział objaśnień tego słowa na definicje profesjonalne oraz potoczne, laickie. Pojęcie to ma bardzo wiele znaczeń i odnosi się nie tylko do zdrowia jednostki, ale jest również używane w kontekście zdrowia populacji czy środowiska, a także ma zasięg międzynarodowy i globalny. Zdrowie jest przedmiotem badań wielu nauk - nie tylko medycyny, ale również psychologii, socjologii, pedagogiki i ekonomii. W skali globalnej stanowi przedmiot zainteresowania polityki ze względu na powiązania z ekonomią i prawem⁶.

Próby definiowania pojęcia „*zdrowie*” można odnaleźć już w politeistycznej religii Greków, kiedy to w VII wieku p.n.e. rozpoczął się kult boga medycyny - Asklepiosa. Dość szybko medycyna stała się dziedziną filozofii i wielu filozofów zaczęło się skupiać właśnie na niej. W IV wieku p.n.e. ojciec medycyny europejskiej, Hipokrates, mówił, że dobre samopoczucie, czyli zdrowie, i złe samopoczucie, czyli choroba, zależą od równowagi pomiędzy tym, co nas otacza i ma wpływ na nasz organizm (środowisko życia, klimat) a sposobem i stylem życia (odżywianie, odpoczynek, aktywność fizyczna, higiena osobista)⁷. Ponadto uważał on, że o zdrowiu decyduje równowaga pomiędzy czterema płynami: krwią, śluzem, żółcią i czarną żółcią⁸.

Kolejny etap w rozwoju koncepcji zdrowia stanowi rozwój filozofii kartezjańskiej, która postrzegała ciało człowieka jako skomplikowaną maszynę działającą w sposób zsynchronizowany i bardzo precyzyjny. Wynikiem tego było traktowanie choroby jako „usterki”, którą trzeba naprawić; zdrowie natomiast uważano za stan prawidłowego działania „maszyny biologicznej”. Takie rozumienie zdrowia i choroby w znaczący sposób wpłynęło na

⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 16.

⁵ Tamże.

⁶ I. Kickbusch, *21st century determinants of health and wellbeing. A new challenge for health promotion*, Global Health Promotion, No 19(3) 2012, s. 5-7.

⁷ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, WAiP, Warszawa, 2009, s. 34.

⁸ T. Brzeziński (red), *Historia medycyny*, PZWL, Warszawa 1988.

rozwój nauk takich jak medycyna czy technika, co z kolei wpłynęło na biomedyczny sposób postrzegania zdrowia.

Na przestrzeni lat zaczęto zauważać, jak istotny wpływ na zdrowie mają nie tylko czynniki biologiczne, ale również społeczne. Wynikiem tych spostrzeżeń była socjomedyczna koncepcja zdrowia, która podkreślała, iż jest ono kategorią uniwersalną i jednoznaczną⁹. Gdy do badań nad zdrowiem wkroczyły takie dziedziny jak nauki społeczne oraz ekologia, zwrócono uwagę na „zachowania otaczające chorobę”, a aspekt medyczny zaczął stanowić tylko jeden z wielu elementów podejmowanych działań, o charakterze których decyduje kontekst psychologiczny, kulturowy i społeczny¹⁰. Niezbędna do zachowania zdrowia jest równowaga pomiędzy fizyczną, społeczną, psychiczną i duchową sferą życia człowieka. W taki sposób pojęcie to ujmuje profesjonalna definicja sformułowana przez WHO w 1946 r. i zaakceptowaną w 1948 r. Mówi ona, że „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie tylko niewystępowaniem choroby lub niepełnosprawności”¹¹.

Jednak w literaturze funkcjonuje również nieco rozszerzona definicja, która zwraca uwagę na fakt, iż „zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach”¹². Zwraca ona uwagę na trzy dodatkowe elementy, a zdrowie jest utożsamiane z możliwościami adaptacyjnymi człowieka w różnych aspektach jego życia i aktywności. Ponadto jest ono zindywidualizowane poprzez różny poziom zdolności przystosowania się, na co wpływa niewątpliwie również genetyka, ale także „najkorzystniejsze warunki”, które jednostka może sama kształtować i rozwijać¹³. Jednocześnie uwarunkowania te wpływają na kształtowanie się odporności na czynniki zakłócające równowagę. W tym ujęciu zdrowie jest rozpatrywane nie jako stan, ale jako proces, który ciągle podlega modyfikacjom w zależności od otaczających go czynników, aby móc przeciwdziałać zaburzeniom „równowagi zdrowotnej”. Nie oznacza to, że wystąpienie zaburzenia, np. zmęczenia, powoduje „choroby”, „braku zdrowia”, ale jednak jest zaburzeniem równowagi zdrowotnej pomiędzy ciałem, psychiką oraz sferą duchową.

⁹ T.B. Kulik, A. Pacian, *Zdrowie publiczne*, PZWL, Warszawa 2014, s. 4-6.

¹⁰ Tamże, s. 5.

¹¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2017, s.16.

¹² J. Gawęcki, G. Roszkowski, *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*, PWN, Warszawa 2009, s. 14.

¹³ Tamże, s. 14-15.

Zainteresowanie tą problematyką znacznie wzrosło wśród badaczy nauk społecznych (psychologii zdrowia, socjologii zdrowia) oraz religii zarówno w zakresie doktryn, jak i praktyk związanych nie tylko ze zdrowie duchowym, ale i fizycznym¹⁴. Pierwsza socjologiczna definicja określa zdrowie jako „stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego wypełniania ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”¹⁵. Pomimo wielu różnych definicji, jakie można odnaleźć w literaturze, nie udaje się sformułować jednej uniwersalnej, ponieważ zdrowie nie jest stanem obiektywnym, ale raczej konstrukcją społeczną o charakterze relatywnym. Wynika to z faktu, że to co w jednych uwarunkowaniach kulturowych czy społecznych postrzegane jest jako bezwzględnie zdrowe i dlatego też pożądane, w innych może jawić się jako przyczyna lub oznaka choroby¹⁶. Ponadto „zdrowie, jakkolwiek je będziemy pojmować, jest nie tylko kategorią biologiczną, ale też historyczną, społeczną, obyczajowo-kulturową, jest bowiem zawsze w realiach czasu i miejsca i wymyka się ono formułom uniwersalnym i ponadczasowym”¹⁷. Profesjonalne definicje posiadają wspólne elementy, które określają, że zdrowie oznacza „dobrostan, pełnię możliwości, sprzyja dobrej jakości życia i życiu twórczemu”¹⁸, a ponadto jest terminem wielowymiarowym i kategorią odrębną niż choroba¹⁹.

Potoczne rozumienie pojęcia „*zdrowie*” odzwierciedla sposób, w jaki „laicy” rozumieją je na podstawie własnych codziennych doświadczeń. To rozumienie ma charakter subiektywny i zależy od „czynników takich jak wiek, status ekonomiczno-społeczny, poziom wykształcenia, stan zdrowia, doświadczenie życiowe zdobyte w określonych warunkach kulturowych”²⁰. Oprócz zdrowia fizycznego, na które zwraca się uwagę, istnieje jeszcze jego wymiar psychiczny (tj. chęć do życia i zadowolenie z niego) i dobre samopoczucie w codziennym życiu, czyli energia do życia i do pracy. Ponadto zdrowie postrzegane jest jako wartość oraz działanie²¹.

Na potoczne definiowanie tego pojęcia niewątpliwie mają wpływ okoliczności, w jakich znajduje się człowiek, jego sytuacja życiowa i sposób postrzegania własnego stanu zdrowia,

¹⁴ M. Libiszowska-Żółtkowska, *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Nr. 12-13/1997, s. 22-36.

¹⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 17.

¹⁶ Z. Melosik, *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999, s. 7.

¹⁷ M. Demel, *Traktat o zdrowiu*, w: M. Demel, *Repetycje. Wybrane zadania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu*, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa 2008, s. 8.

¹⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 18.

¹⁹ Tamże, s.18.

²⁰ Tamże, s.18.

²¹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 10/1997, s. 65-74.

a także to, jakie ma on dolegliwości i jak wielką wagę przywiązuje do zdrowia. Wynika to z koncepcji polimorfizmu natury ludzkiej. Jest to koncepcja mówiąca, że „świadomość człowieka jest niezwykle dynamicznym układem, w którym dokonują się stałe zmiany, coś się z czymś ściera, coś z czymś walczy, w którym jedne tendencje ustępują miejsca innym, by za chwilę pojawić się znowu w polu uwagi i doznać emocjonalnych”²². Definiując pojęcie zdrowia człowiek w danej chwili skupia się na aspektach konkretnej sytuacji, a jej zmiana powoduje przeniesieniu uwagi na inne elementy i tym samym nieco odmienne pojmowanie tego terminu. Zdrowie w tym ujęciu jest „swoistą pustką”²³; „kiedy jestem zdrowy, nie wiem o tym. Nie mówię sam sobie o tym. Kiedy jestem chory, mówię to sobie, mam tego świadomość. I wtedy wiem, jak to jest, kiedy jestem zdrowy. Ale wtedy nie jestem zdrowy, więc wiem tylko teoretycznie, mogę to sobie wspominać i wyobrażać”²⁴.

Podobnie jak pojęcie „*zdrowia*” termin „*choroba*” nie jest łatwy do zdefiniowania. Próby sformułowania definicji podejmują badacze z zakresu medycyny, ale również przedstawiciele socjologii, psychologii i pedagogiki. Według filozofa F. Schellinga choroba to „część składowa życia i stanowi ona zmianę proporcji zasad życiowych, zdrowie zaś to równowaga tych zasad”²⁵. Sposób definiowania terminu „*choroba*” i jego klasyfikacja zależy między innymi od wartości, przekonań i „myślenia potocznego”²⁶ w różnych kulturach, a także od jak przekonań religijnych. O ile wiedza medyczna odgrywa znaczącą rolę w określeniu i ukształtowaniu „społecznego obrazu zdrowia i choroby”, to jednak opinia publiczna, przekonania religijne, czy - jak to określił J. Sak - „myślenie potoczne pomiędzy odrębnymi kręgami kulturowymi” również determinuje i określa, jaki stan jest nazywany mianem choroby.

W analizie psychologicznej termin ten jest rozpatrywany jako stan „*bycia chorym*”, a także jako „*jednostki chorobowe*”. Pojęcie *choroby* można rozpatrywać również w aspekcie religijnym, biomedycznym, psychosomatycznym, humanistycznym, egzystencjalnym i transpersonalnym. Ponadto, można je również postrzegać w trzech wymiarach, tj. antropologicznym, epistemologicznym i aksjologicznym, co świadczy o złożoności i wielowymiarowości tego pojęcia²⁷.

²² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 18.

²³ M. Demel, *O wychowaniu w zdrowiu*, PZWL, Warszawa 1968, s. 70.

²⁴ J. Bralczyk, *Szlachetne zdrowie*, „Charaktery”, nr 56/ 2004, s. 56.

²⁵ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 35.

²⁶ J. Sak, *Złożoność i różnorodność pojęć choroby*, „Studia Metodologiczne”, tom 30, 2013, Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 13-40, <http://hdl.handle.net/10593/8420> (dostęp z dnia: 15.11.2019)

²⁷ Tamże.

Powyższe rozważania ukazują, jak różnie mogą być rozumiane pojęcia „zdrowia” i „choroby” w zależności od tego, czy profesjonalnie zajmujemy się tym tematem, czy rozumiemy je jako nieprofesjonaliści. Ponadto sytuacja życiowa, stan zdrowia, kultura, a w tym też religia, mają bardzo istotny wpływ na pojmowanie i definiowanie tych pojęć.

Modele zdrowia

Oprócz wielu definicji literatura przedmiotu przedstawia różne modele i paradygmaty zdrowia, tj. biomedyczny, holistyczny i salutogenezy.

Model biomedyczny jest reprezentowany przez medycynę i ukształtował się na gruncie mechanicznej teorii przyrody Kartezjusza, której istotą były następujące założenia: dualizm (podział na sfery duchową i materialną), świat materialny jest maszyną (w człowieku znajduje się rozumna dusza, która jest połączona z ciałem poprzez szyszynkę), przyrodą rządzą prawa mechaniki (rozpatrywana jest w kategoriach ruchu i układu poszczególnych części, a w przypadku choroby lekarze „naprawiają uszkodzony mechanizm”). Takie podejście przyczyniło się do rozwoju medycyny, a niektóre jego elementy są komplementarne do holistycznego podejścia do kwestii zdrowia²⁸. Notabene, rozwój modelu holistycznego wynika z krytyki modelu biomedycznego²⁹.

Holistyczny opis zdrowia wyłonił się z koncepcji holizmu, który „w najszerszym znaczeniu przedstawia próbę ujęcia wszystkich stron określonego obszaru problemowego, uwzględniając wszystkie możliwe aspekty i powiązania, aby uniknąć zbytniego uwypuklenia poszczególnych aspektów, elementów składowych całości”³⁰. Ten model rozważany jest na dwóch poziomach: jako systemowe postrzeganie świata (w powiązaniu z otaczającym światem) oraz z perspektywy jednostki. Jest to *model społeczno-ekologiczny* zdrowia, tzw. *Mandala Zdrowia*, która przyjmuje, że „między człowiekiem i jego środowiskiem istnieją skomplikowane powiązania, na zdrowie człowieka wpływa wiele czynników, oraz dostęp do opieki zdrowotnej, sprzyjającego stylu życia jest nierówny i zależny jest od położenia społecznego”³¹. Model ten zakłada również, że zdrowie stanowi całość połączonych ze sobą i zależnych od siebie wymiarów, tj. fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego,

²⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 21-22.

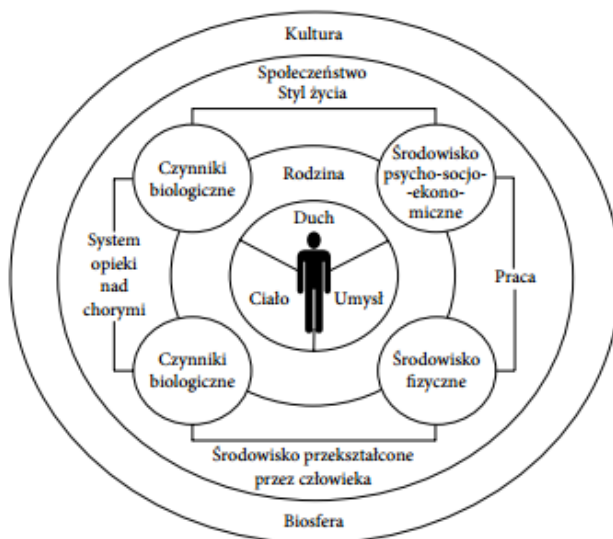
²⁹ K. Walentynowicz-Moryl, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2017, 52 (1), s. 1-5.

³⁰ J. Surzykiewicz, hasło: Holizm, w: Pilch T. (red), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003, s. 237.

³¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 22-23.

emocjonalnego oraz seksualnego i prokreacyjnego, i oznacza równowagę pomiędzy nimi³².

Jednostka i wymienione wymiary otoczone są elementami, z których pierwszym jest zdrowie społeczeństwa, a stanowią je normy kulturowe, wartości i praktyki. Natomiast drugi element stanowi zdrowie środowiskowe obejmujące kwestie zdrowia i choroby, które są determinowane przez czynniki środowiska³³. Model ten obrazuje i wyjaśnia zależności pomiędzy środowiskiem życia człowieka - zarówno fizycznym, jak i społecznym - ale również kulturą (religią) a zdrowiem (rys 1).



Ryc. 1. „Mandala zdrowia” - model ekosystemu człowieka

Źródło: K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 14.

Częściami składowymi tego modelu jest kilka koncentrycznych kręgów, w centrum których znajduje się „człowiek – złożony z ciała, umysłu i ducha, ulegający wpływom nad- i podsystemów. Najbliższym mu środowiskiem jest rodzina, która stanowi najważniejszą grupę socjalizującą jednostkę i która odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu systemu wartości, w tym również postaw i zachowań zdrowotnych”³⁴.

Spoleczno-ekologiczny model zdrowia wyróżnia cztery grupy czynników, które warunkują zdrowie zarówno jednostki, jak i całych rodzin czy grup społecznych (w tym grup wyznawców poszczególnych religii) i do których zaliczamy:

³² Tamże, s. 23.

³³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 22-23.

³⁴ K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 11.

- czynniki biologiczne, tj. dziedziczenie genetyczne, wrodzone predyspozycje, cechy fizjologiczne i anatomiczne;
- zachowania indywidualne, tj. sposób odżywiania się, zachowania ryzykowne (palenie tytoniu, picie alkoholu), działania profilaktyczne;
- środowisko fizyczne, czyli warunki mieszkaniowe, środowisko pracy jednostki;
- środowisko psycho-socjo-ekonomiczne, gdzie czynnik ten nie oznacza tylko statusu społecznego czy ekonomicznego, ale jest to również podatność na wpływy zewnętrzne np. reklamę.

Wymienione czynniki są z kolei powiązane ze sobą poprzez styl życia, system opieki zdrowotnej, pracę zawodową i pełnione w niej funkcje, środowisko fizyczne otaczające człowieka oraz jego degradacja i zanieczyszczenie³⁵.

Na zewnętrznym kręgu graficznym *Mandali Zdrowia*, a zatem wśród czynników mających wpływ na wszystkie wcześniejsze elementy kształtujące zdrowie, znajduje się biosfera, która jest uznawana za podstawowy determinant zdrowia, oraz kultura, która jest równie istotnym elementem kształtującym zdrowie. Przekonania kulturowe, w tym szczególnie religijne, w bardzo istotnym stopniu wpływają na zachowania zdrowotne.

Mandala Zdrowia wskazuje, jak zdrowie jest kształtowane poprzez „fizyczne i społeczne komponenty środowiska”³⁶. Model ten jest określany jako dynamiczny ze względu na to, iż poszczególne czynniki mające wpływ na zdrowie są modyfikowalne przez jednostkę w zależności od jej przekonań, doniesień naukowych czy zmian pojawiających się np. w przebiegu choroby. Mandala Zdrowia podkreśla znaczenie indywidualnego dbania o zdrowie, a jednocześnie charakteryzuje się interaktywnością, co oznacza, iż różne elementy modelu oddziałują na jednostkę i „jednocześnie wchodzi w interakcje między sobą, wzmacniając lub znosząc swoje działanie”³⁷.

Ostatnią koncepcją zdrowia opracowaną przez Aarona’a Antonovsky’ego jest *model salutogenezy*, który opisuje i tłumaczy mechanizmy i uwarunkowania utrzymywania lub osiągania zdrowia³⁸, a jej najważniejszym pojęciem jest poczucie koherencji. Jest ono zmienną składającą się skorelowanych ze sobą czynników takich jak:

³⁵ K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 12.

³⁶ Tamże, s.13.

³⁷ Tamże, s.13.

³⁸H. Sęk, *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, w: H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 2006, s. 39-54.

- poczucie zrozumiałości, czyli w jakim stopniu człowiek dostrzega bodźce środowiska wewnętrznego oraz zewnętrznego i jak są one przez niego rozumiane;
- poczucie zaradności - określa, w jakim stopniu człowiek postrzega dostępne zasoby (zarówno te, którymi jednostka sama dysponuje, jak również zasoby jej bliskich) jako wystarczające, aby stawić czoła docierającym bodźcom wewnętrznym i zewnętrznym;
- poczucie sensowności, czyli motywacja do działania, poczucie sensu życia, patrzenie przez pryzmat emocjonalny na wymagania i problemy, które niesie życie oraz przekonanie, że jest ono warte podejmowanego wysiłku i zaangażowania³⁹.

Model ten zakłada, że „stanem normalnym organizmu człowieka jest nieuporządkowanie, stan zaburzonej homeostazy, dokonujące się pod wpływem ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych”⁴⁰. W czasie swojego życia człowiek przemieszcza się na linii kontinuum pomiędzy jej dwoma końcami, gdzie jeden stanowi pełne i idealne zdrowie, a drugi to zagrażająca życiu choroba. Pomiedzy tymi dwoma punktami istnieją stany pośrednie zdrowia i choroby, gdzie zdrowie to miejsce na linii w danym momencie, które charakteryzuje się stałą zmiennością. Stan zdrowia, a tym samym miejsce na linii kontinuum, można określić obiektywnie (poprzez badania medyczne) oraz subiektywnie. To od człowieka zależy, czy miejsce na kontinuum przesuwa się w kierunku końca zdrowia czy w kierunku końca choroby. Wynika to z tego, jak radzi on sobie z życiem codziennym, z tzw. stresorami, którymi są sytuacje, „wymagania, dla których nie ma gotowych ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych i które rodzą stan napięcia”⁴¹. Wyszczególniamy trzy rodzaje stresorów takich jak: czynniki przewlekłe, ważne wydarzenia życiowe oraz uciążliwe kłopoty życia codziennego. Skuteczne radzenie sobie z nimi sprzyja zdrowiu, natomiast ich nieskuteczne pokonywanie skutkuje chorobą.

Do zasobów, dzięki którym jednostka skutecznie radzi sobie ze stresorami, należą uogólnione zasoby odpornościowe i są to właściwości, możliwości jednostki, jej środowiska i kultury, które umożliwiają uniknięcie stresorów oraz usprawnienie procesu radzenia sobie

³⁹ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, IPN, Warszawa 1996.

⁴⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 26.

⁴¹ H. Sęk, *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, w: Sęk H., *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 2006, s. 47.

z wymaganiami w taki sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięcia w stan stresu⁴². Zasobami tymi są cechy biologiczne (genetyczne) i psychiczne (np. poczucie tożsamości, inteligencja, wiedza). Ponadto są to cechy środowiska fizycznego, warunki materialne, pozycja społeczna i zawodowa, jak również czynniki społeczno-kulturowe (w tym stabilność kulturowa, religia, opieka zdrowotna)⁴³.

Pojęcie zdrowia przewija się w wielu naukach i jest analizowane w bardzo różny sposób, również w zależności od kultury, a w tym religii, w której jednostka funkcjonuje. Jednak wszystkie koncepcje rozumienia i definiowania zdrowia w mniejszym lub większym stopniu uzależniają je od właściwości, osobowości i zdolności, jakie posiada jednostka.

W analizie dotyczącej podjętej problematyki oparłam się na modelu społeczno-ekologicznym tzw. Mandali Zdrowia oraz modelu salutogenezy.

II. UWARUNKOWANIA ZDROWIA I CHOROBY. SPOŁECZNO-EKOLOGICZNY MODEL ZDROWIA

1. Styl życia i zachowania zdrowotne – kontekst kulturowo-społeczny

Zarówno zdrowie jednostki, jak i całego społeczeństwa zależy od wielu czynników. Ich wpływ jest jednak zagadnieniem skomplikowanym ze względu na zależności wieloczynnikowe. Najważniejsze uwarunkowania w tej kwestii można podzielić na kilka grup, pomiędzy którymi wyszczególnia się wiele czynników mających wpływ na stan zdrowia i wzajemnie się uzupełniających. Uważa się, że przełomem w postrzeganiu czynników wpływających na zdrowie człowieka był raport pt. *A New Perspective on the Health Canadians*, przedstawiony przez ministra zdrowia i opieki społecznej Kanady Marc'a Lalonda, w którym zawarto koncepcję tzw. „pól zdrowia”. Wyszczególnił on pięć podstawowych grupy czynników determinujących zdrowie człowieka: styl życia, zachowania zdrowotne (w 50-60% mają wpływ na zdrowie), środowisko fizyczne, kulturowe i psychospołeczne (20- 25%), czynniki genetyczne, służba zdrowia^{44, 45}.

⁴² Tamże, s.46.

⁴³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 26.

⁴⁴ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, WAiP, Warszawa, 2009, s. 50.

⁴⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 43.

Kolejnym modelem czynników warunkujących zdrowie jest tzw. *Tęcza polityki*. Jest to model społeczny opracowany w Szwecji. U jego podstaw leżą czynniki biologiczne, czyli te, na które człowiek nie ma wpływu i których nie może modyfikować. Kolejne trzy grupy czynników, już modyfikowalnych, to styl życia, sieci wsparcia społecznego oraz warunki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe.

Gwałtowny rozwój cywilizacji i ciągle zachodzące zmiany wymagają nowego spojrzenia na modele czynników determinujących zdrowie, dlatego też zwrócono uwagę na „determinanty zdrowia na XXI wiek” i określono je jako niestabilny styl życia, przepływ ludności (migracje międzynarodowe, turystyka) oraz „wirus” pośpiechu (co powoduje nasilenie stresu, napięcie lęku, wpływa też na sposób żywienia)⁴⁶.

Większość modeli jako jeden z czynników mających wpływ na zdrowie wymienia styl życia. Termin ten wyjaśnia się jako powiązane ze sobą zachowania, charakterystyczne dla danej osoby i mające istotne znaczenie dla zdrowia. Według badaczy zajmujących się problematyką promocji zdrowia styl życia jest uwarunkowany cechami osobowościowymi, temperamentem, wiedzą, poglądami oraz czynnikami społeczno-kulturowymi. Według definicji „styl życia” to „(...) wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania na inne”⁴⁷. Ponadto termin „styl życia” odnosi się do „(...) codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości. Zakłada się, iż styl życia kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania bardzo szeroko pojętych warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowań, zdeterminowanych przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy osobiste jednostek”⁴⁸. A. Siciński określa styl życia jako „zespół codziennych zachowań, sposób postępowania, aktywność specyficzną dla danej jednostki lub zbiorowości, pewien charakterystyczny sposób bycia odróżniający jednostkę lub zbiorowość od innych”⁴⁹.

Przyjęty styl życia jest oznaką przynależności do danej grupy społecznej, kultury lub religii oraz wyodrębnieniem danej grupy z szerszej zbiorowości. Zapewnia także jednostce możliwość ekspresji własnej osobowości w sposób społecznie akceptowany⁵⁰. A. Tyszka zwrócił uwagę na zależność stylu życia od kultury i uwarunkowany nią sposób zachowania, tj. wzory życia, motywy postępowaniach, hierarchie wartości, dyrektywy i środki ich realizacji,

⁴⁶ I. Kickbusch, *21st century determinants of health and wellbeing: A new challenge for health promotion*, „Global Health Promotion”, nr 19(3)/2012, s. 5-7.

⁴⁷ Cyt. za: A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999, s. 26.

⁴⁸ Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1994, s. 49.

⁴⁹ A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór. Szkice*, IFIS PAN, Warszawa 2002, s. 22-23.

⁵⁰ Cyt. za: E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, WAiP, Warszawa 2009, s. 51.

czyli „elementy świadomości wraz z tkwiącymi w codziennym procesie życiowym przesłankami egzystencji. Styl życia rozumiem jako kulturowo uwarunkowany stopień i sposób zaspokajania potrzeb i realizowania aspiracji za pomocą możliwości i prerogatyw wynikających z zajmowanej pozycji ekonomicznej i społecznej”⁵¹.

Zróznicowanie stylu życia jest związane z uwarunkowaniami nie tylko kulturowymi, w tym religijnymi i klasowymi, ale i cechami osobowościowymi jednostki, jej aspiracjami i dążeniami. Przejawia się on zachowaniami prozdrowotnymi lub antyzdrowotnymi (ryzykownymi), które generalnie noszą nazwę zachowań zdrowotnych. W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele definicji zachowań zdrowotnych zwłaszcza w obrębie medycyny i socjologii medycyny. Przegląd tych ujęć przedstawił w polskim piśmiennictwie między innymi Krzysztof Puchalski. Wśród prezentowanych określeń znajduje się bardzo szerokie ujęcie zachowań zdrowotnych jako zachowań rozpatrywanych z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia⁵². Inna definicja mówi, że „zachowania zdrowotne to reaktywne, nawykowe i celowe formy aktywności człowieka, które pozostają, na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania o istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem”⁵³. Zachowania zdrowotne uwarunkowane są wieloma czynnikami zarówno społeczno-kulturowymi, jak i indywidualnymi, tj. wzorami, wartościami, tradycjami kulturowymi, religią, standardami i normami życia w danym społeczeństwie, usytuowaniem w strukturze społecznej, filozofią życia.

Wśród zachowań zdrowotnych wyróżniamy:

- **zachowania zdrowotne** - „każda aktywność człowieka, niezależnie od jego aktualnego i prognozowanego stanu zdrowia, podejmowana w celu promocji (wzmacniania), ochrony i utrzymania zdrowia;
- **zachowania antyzdrowotne (ryzykowne)** - zachowania, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia”⁵⁴.

A. Ostrowska przytacza definicję, według której „prozdrowotny styl życia” to „wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będące efektem wyborów dokonywanych

⁵¹ Cyt. za: M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarova, B. Bajger, *Związki stylu życia ze zdrowiem*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015 (4), s. 4-9.

⁵² K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych*, w: Gniazdowski A. (red.), *Zachowania zdrowotne*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 23-57.

⁵³ H. Sęk, *Znaczenie zachowań zdrowotnych w psychoonkologii*, w: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, s. 12.

⁵⁴ B. Woynarowska, *Edukacja Zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 59.

przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw”⁵⁵. Na prozdrowotny styl życia mają wpływ nie tylko modele zachowań związanych ze zdrowiem, ale również „wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska”⁵⁶. Prozdrowotny styl życia jest świadomym podejmowaniem działań mających na celu zwiększenie potencjału zdrowia oraz eliminacja zagrażających mu zachowań. Zachowaniami prozdrowotnymi określa się każde podjęte działanie, które ma utrwalić lub poprawić zdrowie. Każdy człowiek w codziennym życiu podejmuje różne formy aktywności i działania, które mają wpływ na zdrowie.

W literaturze przedmiotu jedni badacze wyszczególniają pięć klas zachowań prozdrowotnych, tj. unikanie używek, pozytywne praktyki zdrowotne (aktywność fizyczna, odpoczynek, dbałość o higienę osobistą), zwyczaje żywieniowe (między innymi ilość i jakość spożywania mięsa), bezpieczne prowadzenie samochodu oraz zachowania prewencyjne. Inni z kolei wyszczególniają tylko cztery grupy zachowań prozdrowotnych:

1. „zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas trwania i jakość);
2. zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (poszukiwanie, przyjmowanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem);
3. zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, szczepieniom ochronnym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, np. w ruchu drogowym, pracy, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym);
4. niepodejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, unikanie biernego palenia, ograniczone używanie alkoholu przez dorosłych, niespożywanie go przez dzieci, młodzież i kobiety w ciąży, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków, których nie zlecił lekarz, unikanie ryzykownych zachowań behawioralnych, np. hazardu, uzależnienie od Internetu, zakupów, pracy)⁵⁷.

⁵⁵ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 27.

⁵⁶ Tamże.

⁵⁷ B. Woynarowska, *Edukacja Zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 58-59.

Z medycznego punktu widzenia zachowania prozdrowotne sprowadzają się do określonego sposobu odżywiania się, unikania tytoniu, alkoholu i narkotyków, jak również aktywności fizycznej i umiejętności zwalczania stresu. Wszystkie elementy stylu życia, a co za tym idzie zachowania prozdrowotne wyznaczane są w znacznej mierze przez kontekst społeczny i kulturowy. Według A. Ostrowskiej „określone praktyki zdrowotne ludzi są często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ile wynikają z ich spójności z bardziej ogólnymi sposobami na życie (...)”⁵⁸. Złożoność zachowań zdrowotnych polega na rozpoznaniu czynników ryzyka występowania chorób, jak również sprecyzowaniu, wprowadzaniu i realizacji zaleceń prozdrowotnego stylu życia, co w efekcie da szansę radykalnej poprawie zdrowia społeczeństwa.

Efekty wprowadzenia i realizacji działań promujących prozdrowotny styl życia są szczególnie widoczne w krajach rozwijających się, gdzie zachorowalność i śmiertelność z powodu np. choroby wieńcowej obniżono o 25-32%. Francuski socjolog, antropolog i filozof P. Bourdieu zwrócił uwagę na zróżnicowanie społeczeństw w zależności od stylów życia opartych na wyborach i upodobaniach kulturowych. Scharakteryzował on wspomniane wybory jako „zespół symbolicznych lub materialnych preferencji charakterystycznych i właściwych dla członków pewnej klasy”⁵⁹, kultury, jak również przedstawił koncepcję „*habitusu*” jako trwałej orientacji poznawczej determinującej praktykę. Stanowi on jakoby „poznawczą mapę świata”, czyli otwarty system zasad i modeli postępowania zapewniających jednostce poprawność zachowań w różnych sytuacjach. Dlatego też *habitus* jest odpowiedzialny za styl życia, czyli „praktyki podyktowane różnymi upodobaniami. Może to być określony sposób ubierania się, zainteresowania, uprawiania sportu, spędzania wolnego czasu, odpoczynek, dbałość o higienę osobistą oraz wybór potraw”⁶⁰.

Zależność zachowań zdrowotnych od uwarunkowań pokazały makrostrukturalne koncepcje T. Parsonsa, które odwołują się do wartości społeczno-kulturowych – „jako tła zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą”⁶¹. W późniejszym czasie Irving Kenneth Zola zwrócił uwagę na różnice w reakcji na chorobę jednostek pochodzących z różnych grup etnicznych, kulturowych, a za istotny element kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych uznał socjalizację. Stwierdził, że „postrzeganie objawów chorobowych, sposób ich prezentowania oraz sposób podjęcia decyzji udania się po pomoc lekarską, współgrają z daną

⁵⁸ Tamże, s. 15-17.

⁵⁹ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 20.

⁶⁰ Tamże.

⁶¹ A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, PWN, Warszawa 1973, s. 46.

kulturą”⁶². Zachowania zdrowotne podlegają procesom socjalizacji kulturowej, determinują reakcję np. Na ból czy intensywność działań profilaktycznych⁶³. Znajduje to odzwierciedlenie we wspomnianym już społeczno-ekologicznym modelu zdrowia tzw. *Mandali zdrowia*.

Zachowania zdrowotne wynikają z zespołu norm przyjętych w danej kulturze i religii, jak również z wartości i wierzeń. Są „to społecznie ujawnione przez jednostki sposoby chronienia uznawanych w danej grupie wartości, określonych w kulturze tej grupy mianem *zdrowia* i stanowiących nieodłączny element kultury grupy przekazywany w procesie socjalizacji”⁶⁴. Zachowania zdrowotne są uwarunkowane kulturowo, w tym w znacznym stopniu religijnie, są przekazywane z pokolenia na pokolenie i stanowią wzory codziennych postaw.

Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych to „społecznie ujawniony przez jednostki sposób chronienia (utrwalania, odtwarzania) uznanej w danej grupie wartości, określonej w kulturze tej grupy mianem *zdrowia* i stanowiącej nieodłączny element kultury grupy przekazywany z pokolenia na pokolenie mechanizmem socjalizacji”⁶⁵. Kulturowe wzorce zachowań, w tym również zdrowotnych, są kształtowane między innymi poprzez postęp cywilizacji wraz ze wszelkimi podejmowanymi działaniami instytucjonalnym⁶⁶. Przekazywane wzorce są „wynikiem interakcji społecznych w grupach społecznych o instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym wymiarze i są zdeterminowane przez kulturę masową”⁶⁷. Przekonania kulturowe i religijne na temat zdrowia i zachowań zdrowotnych są „wskazywane jako istotne predykatory zachowań związanych ze zdrowiem”⁶⁸. Również nawyki żywieniowe zależą od uwarunkowań środowiska kulturowego, nawet gdy jednostka żyje w innej kulturze (imigranci)⁶⁹.

⁶² I. Zola, *Culture and Symptoms. An Analysis on Patients Presenting Complaints*, w: „American Journal of Sociology”, 1964, nr 31.

⁶³ E. A. Suchman, *Sociomedical Variations among Ethnic Groups*, w: „American Journal of Sociology”, 1964, nr 70.

⁶⁴ E. Roman, *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*, „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 215

⁶⁵ E. Roman, *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*, Eruditus, Poznań 1998, s. 34-35.

⁶⁶ E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim, Studium pedagogiczno-społeczne*, UŚ, Katowice 1997, s. 119.

⁶⁷ E. Syrek, *Kulturowe aspekty zachowań zdrowotnych w sytuacji zmiany społecznej*, w: K. Marzec-Holka, *Społeczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000, s. 310.

⁶⁸ G. Severino, C. Wilson, D. Turnbull, A. Duncan, T. Gregory, *Attitudes towards and beliefs about colorectal cancer and screening using the faecal occult blood test within the Italian-Australian community*, „Asian Pacific Journal of Cancer Prevention”, nr 10, 2009, s. 387-394.

⁶⁹ S.R. Hawsk, H.N. Madanat, R.M. Merrill, M.B. Goudy, T. Miyagawa, *A cross-cultural analysis of motivation for eating as a potential factor in the emergence of global obesity: Japan and United States*, „Health Promotion International”, nr 2 2003, s. 153-162.

Analiza koncepcji definicji terminów „styl życia” i „zachowania zdrowotne” pokazuje, że czynnikiem w znacznym stopniu je determinującym jest kultura. Należy jednak rozszerzyć rozumienie wpływu kultury o wpływ, jaki religia wywiera na postępowanie człowieka, jego filozofię życia i wybrany styl życia. Okazuje się bowiem, iż religia w istotny sposób ukierunkowuje postępowanie człowieka, jego postrzeganie zdrowia, dbałość o nie poprzez określone przez wyznawaną religię zachowania zdrowotne. Zatem kulturę jako czynnik wpływający na zdrowie należy rozumieć w sposób obejmujący również aspekt religijny. Polacy charakteryzują się swoją kulturą (nieco różnicowaną w zależności od regionu, w jakim żyją), kierując się ogólnie przyjętymi wartościami ukształtowanymi np. uwarunkowaniami historycznymi. Jednakże odmienności religijne, które są coraz bardziej zauważalne, zaczynają różnicować podejście do zagadnień zdrowia, stylu życia i jednocześnie poszerzać rozumienie wewnętrznych i zewnętrznych czynników wpływających na zdrowie. Pod wpływem religii i filozofii życia ludzie zmieniają dotychczasowy styl życia i zaczynają przywiązywać większą wagę do zachowań mających pozytywny wpływ na zdrowie. Zasadne wydaje się stwierdzenie, iż w niektórych przypadkach religia może mieć znaczący wpływ na życie jednostki. Przyjmując np. religie wschodu, podporządkowujemy życie ich zasadom, rytuałom odchodząc lub modyfikując dotychczas przyjęte wartości, w tym również kulturowe.

2. Środowisko życia, rodzina

Proces wychowania jednostki przebiega w środowisku wychowawczym, które jest „środowiskiem wywierającym bezpośredni lub pośredni wpływ na przebieg socjalizacji i kształtowania osobowości wychowanka, jednostki, w tym jego poglądów, postaw czy postępowania”⁷⁰. W literaturze przedmiotu środowiska wychowawcze podlegają podziałowi na naturalne (w tym rodzina, grupa rówieśnicza, społeczność lokalna, należy również zaliczyć tu społeczność kulturową oraz religijną) i sztuczne, zwane też instytucjonalnymi (w tym szkoła, placówki oświatowo-wychowawcze, opiekuńczo-wychowawcze, podmioty lecznicze, zakłady pracy)⁷¹.

Rodzina stanowi istotę każdego społeczeństwa i jest podstawowym środowiskiem wychowawczym, ponieważ oddziałuje zarówno w sposób zamierzony, jak i niezamierzony,

⁷⁰ Cyt za: P. Chruściel, W. Ciechanowicz, *Edukacja zdrowotna z elementami teorii wychowania*, PZWL, Warszawa 2018, s. 125.

⁷¹ Tamże, s.125

zracjonalizowany i spontaniczny na osobowość dziecka. To rodzina wytycza, utrwała uznany przez siebie system wartości, który w wyniku interioryzacji staje się dla dziecka wskazówką, „azymutem”, który kierunkuje jego aktywność i postępowanie⁷². Jako podstawowa komórka społeczna rodzina przekazuje kapitał i wartości kulturowe. Dzięki niej możliwe jest utrzymanie ciągłości zarówno w aspekcie biologicznym, jak i kulturowo-religijnym.

W obrębie rodziny rozpoczyna się i przebiega proces przekazywania kultury, religii, wartości społecznych, rodzinnych i indywidualnych. Rodzina pełni wiele funkcji, w tym biologiczną (prokreacja), ekonomiczną, kulturalną (kształtowanie postaw patriotycznych, przekazywanie i kreowanie tradycji), opiekuńczą, psychologiczną, rekreacyjną (wspólne spędzanie wolnego czasu), socjalizacyjną (kształtowanie postaw społecznych, przekazywanie wartości moralnych, obyczajów, zasad współżycia społecznego oraz pełnienia określonych ról społecznych) oraz wychowawczą (oddziaływanie rodziców, którzy inicjują proces kształtowania)⁷³. Efektywność pełnionych funkcji zależy od czynników demograficznych, kulturowych, w tym również religijnych i ekonomicznych⁷⁴. Czynnikiem demograficznym określającym strukturę rodziny jest wiek rodziców oraz ich wykształcenie, natomiast kulturowymi - przyjęta hierarchia rodziny, autorytet rodziców. Na efektywność wychowawczą ma również wpływ sytuacja ekonomiczna rodziny, zatrudnienie rodziców, ich styl życia oraz relacje, jakie budują z dziećmi.

Rodzina jest kręgiem społecznym mającym pierwotny i niezastąpiony wpływ wychowawczy również w kwestii religii. Rodzinę uważa się za kolebkę osobowości, ponieważ poprzez bliskie interakcje z matką, ojcem oraz innymi członkami rodziny u dziecka rozwijają się podstawowe funkcje psychiczne i kształtuje się osobowość. Poznanie otaczającego świata oraz kultury danego społeczeństwa powoduje, że dziecko przyjmuje poznane normy postępowania, zachowania i zasady religijne⁷⁵, a badacze w swoich pracach koncentrują się na rodzinnym, międzypokoleniowym przekazywaniu norm, postaw oraz zachowań religijnych⁷⁶.

Środowisko rodzinne ma istotny wpływ na respektowanie zasad przyjętych przez religię oraz religijność następnego pokolenia. Religijność rodziców ma znamieny wpływ na kształtowanie się aktywności religijnej dziecka - na to, jak przestrzega ono zasad religijnych,

⁷² M. Winiarski, *Rola rodziny w życiu jednostki, narodu i społeczeństwa globalnego*, „Studia nad Rodziną” 13/1-2, 2009, s. 96-116.

⁷³ P. Chruściel, W. Ciechanowicz, *Edukacja zdrowotna z elementami teorii wychowania*, PZWL, Warszawa 2018.

⁷⁴ D.A. Kolb, *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Person Education Limited, Londyn 2015.

⁷⁵ G.T. Gosztyła, *Rodzinne uwarunkowania dojrzałej religijności młodzieży*, KUL, Lublin 2010, s. 56.

⁷⁶ T. Szlendak, *Socjologia rodziny, Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, PWN, Warszawa 2011, s. 257.

w jaki sposób i z jakich względów je respektuje. Głównymi mentorami odpowiedzialnymi za ukierunkowanie, ukształtowanie dzieci poprzez demonstrowanie różnych postaw podczas obrzędów religijnych są rodzice i najbliższa rodzina, w tym również dziadkowie⁷⁷.

Przestrzeganie zasad przyjętych w religii rozpatrywać można również z socjologicznego punktu widzenia, ponieważ „socjologowie interesujący się społecznym aspektem życia ludzkiego ujmują je przeważnie w kategoriach wartości kulturowej i kulturowego wzoru lub formy społecznego uczestnictwa jednostki, zmiennej kulturowo, historycznie i stacjonarnie, a uwzorowanej w postaci typowych dla samego kręgu społecznego”⁷⁸. Wynika to z procesu wychowania i socjalizacji, który jest najważniejszym spośród występujących w rodzinie, choć nie pozostaje w jej granicach.

Socjalizacja jest terminem złożonym i najczęściej rozumianym jako uczenie się, przekazywanie kultury, religii z pokolenia na pokolenie, jak również kształtowanie osobowości. W procesie socjalizacji jednostka poddawana jest wpływowi otoczenia, tak aby ukształtować i dostosować ją do warunków społecznych, do których zalicza się np. język, wartości, normy i zasady kulturowe⁷⁹ i religijne. Zachodzi ona dzięki zintegrowanym procesom takim jak automatyczne, spontaniczne naśladowanie zachowań, identyfikacja z innymi, wychowanie poprzez uczenie członków społeczności panujących zasad, ale również uczestnictwo w interakcjach⁸⁰.

Jednostkę społeczną kształtuje się, pozwalając jej na „swobodne przyglądanie się czynnościom wykonywanym przez starszych i naśladowanie ich oraz nakłanianie jej do pożądanego zachowania i powtarzania za pomocą „czynności i środków wychowawczych”⁸¹. Rodzina stanowi jedno z środowisk socjalizacyjnych, w którym proces socjalizacji i wychowania polega na właściwym naśladownictwie i stanowi jeden z pasów transmisyjnych socjalizacji. Jest to proces określany mianem socjalizacji pierwotnej.

Natomiast socjalizację wtórną stanowi równie ważne środowisko wychowawcze, jakim jest społeczność kulturowa i religijna. Jej zadania to przede wszystkim socjalizacja jednostki, przekazywanie wartości i tradycji religijnych, kształtowanie postaw zgodnych z przyjętymi wartościami i przekonaniem. Funkcje te najczęściej są realizowane poprzez spotkania, obozy, wspólne wyjazdy, wspólne spędzanie czasu przez dzieci, młodzież i dorosłych członków danej

⁷⁷ M. Podczasik, *Rodzina i religijność jej dzieci a stosunek do wiary*, „Family Forum”, 4/ 2014, s. 168.

⁷⁸ J. Modrzewski, *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, s. 81.

⁷⁹ T. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, WPWN, Warszawa 2011, s. 215.

⁸⁰ Tamże, s. 219.

⁸¹ Tamże, s. 220.

społeczności (np. romskiej) czy Kościoła lub grupy religijnej. Wpływ środowisk wychowawczych znajduje swoje odzwierciedlenie w teorii systemów ekologicznych *Urie Bronfenbrennera*. Zwrócił on uwagę, że jednostka, dziecko oraz środowisko, w którym żyje, mają wpływ na siebie nawzajem w sposób transakcyjny, czyli dwukierunkowy.

W samym centrum środowiska, systemu znajduje się jednostka, dziecko, wobec którego najbliższej znajduje się *mikrosystem*, który stanowią rodzina, przyjaciele, Kościół, rówieśnicy. Związek i relacje pomiędzy mikrosystemem a dzieckiem i jego rozwojem jest bardzo ścisły, dzięki czemu przekonania, poglądy, postawy rodziców wpływają na sposób zachowań i postawy, a także je kształtują.

Następnie mamy *mezsystem*, który tworzą związki pomiędzy elementami mikrosystemu, np. relacje dziecko – rówieśnicy, dziecko – rodzice. Im te relacje są silniejsze, tym rozwój jednostki będzie bardziej zorientowany w danym kierunku. Ponadto relacje i kontakty np. rodziców z nauczycielami również będą miały wpływ na kształtowanie dziecka. Kolejnym elementem tego modelu jest *egzosystem* tworzony przez czynniki społeczne (np. dalsza rodzina, przyjaciele rodziców, sąsiedzi, władze szkoły, w późniejszym okresie życia firma, w której pracuje jednostka), ale również przez tzw. środki masowego przekazu. Wszystkie te elementy egzosystemu mają wpływ na kształtowanie postaw i poglądów jednostki, ale tylko w sposób pośredni.

Ostatnim elementem tego modelu jest *makrosystem*, który tworzy kultura, w której osoba, jednostka jest „zanurzona”. Oddziałuje ona na dziecko między innymi poprzez tradycję⁸², przyjęte przez kulturę zachowania oraz zasady funkcjonowania w danej społeczności czy też przekonania, w szczególności religijne. Elementy makrosystemu, takie jak kultura, a w tym religia, określają, w jaki sposób inne elementy systemu (rodzina, grupa społeczna) wyrażają siebie. W ten sposób makrosystem – kultura – w sposób pośredni wpływa na kształtowanie i wychowanie dziecka, jednostki.

Ekologiczny model środowiskowy U. Bronfenbrennera pokazuje, jakie są zależności pomiędzy poszczególnymi elementami środowiska oraz jak kształtują się postawy i zachowania, w tym również zdrowotne. Środowisko wpływa na dziecko, jednostkę, ale jednocześnie ono samo, np. podejmując decyzje, wpływa na otaczające go środowisko. Niemniej jednak to rodzice i najbliższe otoczenie, czyli mikrosystem, poprzez socjalizację

⁸² G. Piechaczek-Ogierman, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 53-55.

przekazują przekonania, postawy, nawyki i w sposób decydujący wpływają na kształtowanie, rozwój dziecka i jego postaw, zachowań, w tym przede wszystkim zdrowotnych.

Rodzina jako mikrosystem stanowi najbliższe środowisko otaczające człowieka i ma największy wpływ na jego rozwój w szczególności w okresie dzieciństwa. Gdy jednostka dorasta zwiększa się wpływ, jaki mają na nią jej przyjaciele, środki masowego przekazu. Wówczas człowiek coraz częściej poszukuje „pomysłu na siebie”, kształtuje swoje przekonania, poszukuje odpowiedzi na wiele pytań. Okazuje się, że kultura, w tym religia, znacząco wpływa na kształtowanie się jednostki. Chociaż czasami młody człowiek obiera inną filozofię życia, przyjmuje odmienną religię, styl życia aniżeli rodzice, to ich opinia ciągle ma dla niego ogromne znaczenie. Dlatego też młodzi ludzie - pomimo innego światopoglądu - nadal uczestniczą np. w kolacjach wigilijnych u swoich rodziców czy innych uroczystościach. Wynika to z relacji łączących rodziców z dziećmi ukształtowanymi w procesie wychowania oraz przekazanych przez rodziców ogólnie przyjętych wartości społecznych i rodzinnych, na które religia nie ma wpływu. Generalnie wszystkie religie zwracają uwagę na poszanowanie rodziców, bliski kontakt z nimi i budowanie głębokich relacji rodzinnych.

3. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna i promocja zdrowia

Zdrowie publiczne swoimi działaniami obejmuje wszystkie aspekty zdrowia całego społeczeństwa, a nie tylko jednostki. Najważniejszym terminem stosowanym w tym kontekście jest „zdrowie”, a wszelkie działania są skoncentrowane na umacnianiu zdrowia społeczeństwa. Zdrowie publiczne jest nastawione na działania polegające na zapobieganiu chorobom dzięki promowaniu zachowań prozdrowotnych wzmacniających potencjał zdrowotny społeczeństwa. Jednakże najczęściej termin „zdrowie publiczne” kojarzony jest z działaniami w zakresie opieki zdrowotnej, przeciwdziałaniem głównie chorobom zakaźnym i finansowaniem ze środków publicznych. Zdrowie publiczne w swoich założeniach podkreśla nie tylko znaczenie edukacji zdrowotnej, ale również podejmuje działania mające na celu planowanie rodziny czy dbałość o zdrowie kobiet ciężarnych⁸³.

Prekursor zdrowia publicznego w USA Charles E.A. Winslow określił je jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na

⁸³ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne*, CEDEWU, Warszawa 2017, s. 27-28.

zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społecznie warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”⁸⁴. W późniejszym czasie opublikowano nieco zmienioną definicję przyjętą przez WHO w 1952 r. mówiącą, że zdrowie publiczne to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”⁸⁵. Natomiast Komisja Fundacji Milbank sformułowała definicję najszerzej obejmującą działania podejmowane przez zdrowie publiczne. Zwrócono uwagę, że zdrowie publiczne to „zorganizowany wysiłek społeczeństwa w celu ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludzi. Programy, świadczenia i instytucje z nim związane ukierunkowane są na zapobieganie chorobom oraz na potrzeby zdrowotne populacji w całości. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologicznych i wartości społecznych, lecz cele pozostają te same, czyli zmniejszenie występowania chorób i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność”⁸⁶. Jak trafnie zaznaczono, zdrowie publiczne to wszelkie działania na rzecz całego społeczeństwa, ale przy jednoczesnym zaangażowaniu tego społeczeństwa. Zdrowie publiczne określa, w jaki sposób społeczeństwo działa i wspólnie tworzy warunki do życia w zdrowiu, a jednocześnie podkreśla, że każdy obywatel jest odpowiedzialny za własne zdrowie. Jednak to do państwa i lokalnych samorządów należy dbałość o bezpieczeństwo ekologiczne, rozwój infrastruktury (budowanie boisk, placów do utrzymywania aktywności fizycznych, ścieżek rowerowych), a także walka z paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Takie podejście pokazuje, że zdrowie publiczne jest procesem mającym na celu nie tylko nauczenie ludzi, jak dbać o zdrowie i pokazanie im, jak najdłużej je zachować. W ramach swoich zadań zdrowie publiczne podejmuje działania mobilizujące zarówno zwykłych obywateli, jak i władze państwowe do zapewniania środków dających możliwości życia w jak najlepszym zdrowiu.

Większość przytaczanych definicji zdrowia publicznego podkreśla potrzebę i wręcz konieczność promowania prozdrowotnego stylu życia. Działania te są oparte na badaniach naukowych i łączą w sobie osiągnięcia wielu dyscyplin, między innymi medycyny, socjologii, pedagogiki, psychologii czy antropologii. Nauki medyczne pozwalają zrozumieć przede wszystkim wpływ wielu czynników na procesy zachodzące w organizmie ludzkim, natomiast

⁸⁴ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 29 ..

⁸⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CEDEWU, Warszawa 2011, s. 14.

⁸⁶ Tamże.

nauki z zakresu antropologii i psychologii wyjaśniają, jak zachowania ludzkie wpływają na zdrowie.

Działania w zakresie zdrowia publicznego mają charakter wielosektorowy, co oznacza, że wymagają współdziałania ze sobą sektorów społecznych, gospodarczych, naukowych oraz władz państwowych. Dzięki współpracy wszystkich sektorów zadania zdrowia publicznego, między innymi takie jak edukacja i wychowanie fizyczne, produkcja i bezpieczeństwo żywności, ochrona środowiska, są realizowane przez władze samorządowe oraz administracyjne. Jednym z najważniejszych zadań w zakresie zdrowia publicznego stawianym przed samorządami jest zapewnienie powszechnej edukacji, w tym zdrowotnej, oraz przeciwdziałanie dyskryminacji płciowej, rasowej i kulturowej. Działania zdrowia publicznego muszą pokonywać bariery nie tylko socjalne, ale również etniczne, kulturowe i religijne⁸⁷. Pod wpływem rozwoju technologii, zmian społecznych, uwarunkowań kulturowych i religijnych zdrowie publiczne stale się rozwija, poszerza zakres swoich działań. Wynika to z faktu, że jest ono „nieustannym rozwiązywaniem problemów, których z natury nie da się definitywnie rozwiązać”⁸⁸.

Natomiast najważniejsze cele zdrowia publicznego to:

1. zapobieganie występowaniu chorób, zgonów oraz niepełnosprawności,
2. utrzymanie bądź poprawa zdrowia społeczeństwa.

Z przyjętych celów wynikają funkcje, które zostały przyjęte przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako Podstawowe Funkcje Zdrowia Publicznego Międzyregionalnego Komitetu Ekspertów WHO (Essential Public Health Function, Population – Based Core Function) zatwierdzone w Genewie w 1995 r. Podstawowe funkcje zdrowia publicznego to:

- „monitorowanie stanu zdrowia w celu zidentyfikowania problemów zdrowotnych populacji;
- rozpoznanie istniejących problemów oraz zagrożeń zdrowotnych społeczności;
- informowanie, edukowanie i umacnianie głosu ludzi w sprawach zdrowia;
- opracowanie planów i założeń działań wspierających zarówno wysiłki indywidualne, jak i zbiorowe ludzi w dążeniach do zdrowia;
- ochrona środowiska życia i pracy;

⁸⁷ M. Wojtczak, *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, CEDEWU, Warszawa 2017, s. 31-32.

⁸⁸ Tamże, s. 35.

- zapewnienie regulacji prawnych mających na celu ochronę zdrowia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego;
- zapewnienie obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej i jej świadczeń;
- zapewnienie fachowości pracowników zdrowia publicznego;
- ocena efektywności, dostępności i jakości zarówno indywidualnej, jak i populacyjnej ukierunkowanej opieki zdrowotnej;
- wybrane świadczenia zdrowotne dla wybranych grup ludności”⁸⁹.

Natomiast z celów i funkcji wynikają zadania, które określa Ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r.:

1. monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
2. edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
3. promocja zdrowia;
4. profilaktyka chorób;
5. działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
6. analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
7. inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
8. rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
9. ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
10. działania w obszarze aktywności fizycznej”⁹⁰.

Zadania te „realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812, 1255 i 1269), państwowe jednostki organizacyjne, w tym

⁸⁹ Tamże, s. 39.

⁹⁰ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, art. 2 <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/O/D20151916.pdf> (dostęp z dnia 27.11.2019).

agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia”⁹¹.

Na 62. Sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia na Malcie w 2012 r. przyjęto rezolucję wprowadzającą nowe strategie i ramy polityki regionalnej na rzecz zdrowia *Zdrowie 2020*. Natomiast rok później, na 63. Sesji Komitetu Regionalnego WHO/EURO, państwa członkowskie potwierdziły chęć jej wdrożenia i przyjęły określone w niej cele.

Założenia polityki zdrowotnej przyjęte w programie *Zdrowie 2020* mają na celu wspomaganie działania zarówno działań rządów poszczególnych państw, jak i działań społeczeństw. Program ten podkreśla, że zdrowie należy postrzegać jako główny zasób społeczny. Działania mające na celu jego realizację przyjęły dwa główne cele strategiczne, tj. poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa oraz zmniejszenie nierówności w tym zakresie, a także poprawę przywództwa i zarządzania uczestniczącego („*participatory governance*”) dla zdrowia ⁹². Działania w realizacji programu *Zdrowie 2020* obejmują takie obszary jak:

- „inwestowanie w zdrowie przez całe życie, przy jednoczesnym zwiększaniu możliwości wpływania na decyzje i działania w sprawach zdrowia w wymiarze populacyjnym oraz kształtowania własnego zdrowia (*empowerment*);
- podjęcie niezbędnych działań przeciw głównym zagrożeniom zdrowotnym w krajach europejskich związanych z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi oraz ciągle groźnymi chorobami zakaźnymi;
- wzmocnienie skoncentrowanych na ludziach systemów zdrowotnych, możliwości działań w zakresie zdrowia publicznego, utrzymywania stopnia gotowości oraz reagowania na sytuacje nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- tworzenie społeczności adaptacyjnych (*resilient community*) zdolnych do właściwego dostosowywania się do zmieniającego się otoczenia, w tym również do sytuacji kryzysowych oraz trudnych, a także tworzenie środowiska wspomagającego te zadania”⁹³.

⁹¹ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, art. 2 <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/O/D20151916.pdf> (dostęp z dnia 27.11.2019).

⁹² J. Opolski, M.J. Wysocki, „*ZDROWIE 2020*” – nowe założenia polityki zdrowotnej, cz. I, „Przegląd epidemiologiczny” 2013; 67: s. 87-91.

⁹³ Tamże.

Znaczącą rolę w działaniach na rzecz zdrowia publicznego odgrywa promocja zdrowia. Wraz z pojawieniem się koncepcji *Zdrowie dla wszystkich do 2000 r.* w Alma-Atie w 1974 r. podjęto próby zdefiniowania pojęcia „promocja zdrowia”. Na Międzynarodowej Konferencji WHO w Ottawie w 1986 r. została sformułowana tzw. Karta Ottawska, w której promocja zdrowia została zdefiniowana jako „proces umożliwiający ludziom i społecznościom zwiększenie kontroli nad czynnikami wpływającymi na ich zdrowie i podejmowanie wyborów i decyzji jemu sprzyjających, kształtowanie kompetencji rozwiązywania problemów i zwiększanie potencjału zdrowia”⁹⁴.

W późniejszym czasie odbyły się kolejne znaczące konferencje dotyczące zagadnień promocji zdrowia. Konferencja w Adelajdzie w Australii w dniach 5-9 kwietnia 1988 r. była poświęcona zdrowotnej polityce społecznej. Podczas tego spotkania uzgodniono stanowisko nazwane *Rekomendacjami z Adelajdy*. Określono w nim zdrowotną politykę społeczną (*healthy public policy*) jako „zdecydowane podjęcie działań na rzecz zdrowia i równości we wszystkich obszarach polityki, a także odpowiedzialności za ich wpływ na zdrowie”⁹⁵. W dokumencie tym określono pięć obszarów działań na rzecz promocji zdrowia, tj. budowanie zdrowej polityki publicznej, tworzenie środowisk wspierających, rozwijanie umiejętności osobistych, wzmacnianie działań społeczności oraz zmiana orientacji usług zdrowotnych⁹⁶.

Na przyjaznych zdrowiu środowiskach ponownie skupiono się podczas kolejnej konferencji – tym razem w Szwecji w Sundsvall w dniach 9-15 czerwca 1991 r. Zwrócono szczególną uwagę na cztery wymiary środowisk wspierających zdrowie:

- „Wymiar społeczny, obejmujący sposoby, w których normy, zwyczaje i procesy społeczne wpływają na zdrowie. W wielu społeczeństwach tradycyjnych stosunki społeczne zmieniają się w sposób zagrażający zdrowiu, na przykład poprzez zwiększenie izolacji społecznej, pozbawienie życia znaczącej spójności i celu lub poprzez kwestionowanie tradycyjnych wartości i dziedzictwa kulturowego.
- Wymiar polityczny, który wymaga od rządów zagwarantowania demokratycznego udziału w podejmowaniu decyzji oraz decentralizacji

⁹⁴ Tamże, s. 168.

⁹⁵ J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, wyd. 5, CEDEWU Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2011, s. 247-248.

⁹⁶ *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences* (dostęp 4.06.2019) www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.

obowiązków i zasobów. Wymaga to również zaangażowania w prawa człowieka, pokój i przesunięcie zasobów z wyścigu zbrojeń.

- Wymiar gospodarczy, który wymaga przekierowania zasobów w celu osiągnięcia zdrowia przez wszystkich i zrównoważonego rozwoju, w tym transferu bezpiecznej i niezawodnej technologii.
- Potrzeba rozpoznawania i wykorzystywania umiejętności i wiedzy kobiet we wszystkich sektorach - w tym w tworzeniu polityki i gospodarce - w celu opracowania bardziej pozytywnej infrastruktury dla środowisk wspierających. Organizacje środowiskowe dla kobiet muszą mieć silniejszy głos w rozwoju polityki i struktur promocji zdrowia⁹⁷.

Ponadto przyjęty program *Zdrowie dla wszystkich (Health for All)* charakteryzował się dwoma zasadami:

1. „Zasada równości - musi ona być najważniejszym priorytetem przy tworzeniu środowisk wspierających zdrowie, uwalniając energię i twórczą moc poprzez włączenie wszystkich istot ludzkich do tego przedsięwzięcia. Wszystkie polityki mające na celu zrównoważony rozwój muszą podlegać nowym rodzajom procedur rozliczalności, aby osiągnąć sprawiedliwy podział obowiązków i zasobów. Wszystkie działania muszą opierać się na wyraźnym priorytecie i zobowiązaniu wobec najbiedniejszych, łagodząc dodatkowe trudności ponoszone przez marginalizowane grupy mniejszościowe i osoby niepełnosprawne. Uprzemysłowiony świat musi zapłacić dług środowiskowy i ludzki, który nagromadził się w wyniku eksploatacji krajów rozwijających się.
2. Działania publiczne na rzecz środowisk wspierających zdrowie muszą uwzględniać współzależność wszystkich żywych istot i muszą zarządzać wszystkimi zasobami naturalnymi, biorąc pod uwagę potrzeby przyszłych pokoleń. Ludność rdzenna ma wyjątkowe relacje duchowe i kulturowe ze środowiskiem fizycznym, które może dostarczyć cennych lekcji dla reszty świata. Dlatego też konieczne jest zaangażowanie ludów tubylczych w działaniach na rzecz zrównoważonego rozwoju i prowadzone muszą być negocjacje dotyczące ich praw do ziemi i dziedzictwa kulturowego⁹⁸.

⁹⁷ *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences* (dostęp z dnia 4.06.2019) www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf, s.14.

⁹⁸ Tamże.

Czwarta znamienna konferencja odbyła się 21-25 lipca 1997 r. w Dżakarcie w Indonezji pod hasłem *Nowi gracze na nową erę - wiodąca promocja zdrowia w XXI wieku*. Na konferencji określono priorytetowe wyzwania stawiane przed promocją zdrowia w XXI wieku. Pierwszym z nich jest promowanie społecznej odpowiedzialności za zdrowie, a w zakres działań wchodzi propagowanie unikania szkodenia zdrowiu jednostek, ochrona środowiska i zrównoważony rozwój z wykorzystaniem zasobów; ograniczanie produkcji i handlu szkodliwymi towarami oraz substancjami (w tym tytoń czy uzbrojenie); ochrona zarówno obywatela na rynku, jak i w miejscu pracy.

Drugim postulatem dla promocji zdrowia w XXI wieku jest zwiększenie inwestycji skierowanych na rozwój i poprawę zdrowia, ponieważ w wielu krajach są one zdecydowanie niewystarczające. Inwestycje te powinny być ukierunkowane na zaspokojenie potrzeb poszczególnych grup społecznych takich jak np. osoby starsze, dzieci czy osoby marginalizowane. Działania promocji zdrowia powinny mieć charakter konsolidacyjny i partnerski między różnymi sektorami na rzecz zdrowia. Współpraca wielosektorowa daje możliwość dotarcia w zróżnicowany sposób do odbiorców i społeczeństwa.

Czwarty priorytet sformułowany w Dżakarcie zakłada, że promocja zdrowia powinna zwiększać możliwości społeczności, a jednocześnie umacniać pozycję jednostki, ponieważ jest ona prowadzona przez ludzi, dla ludzi i z ludźmi, a nie na ludziach. Wymaga to jednak efektywnej edukacji i komunikacji, w której zasoby społeczne, kulturowe oraz duchowe powinny, a nawet muszą być wykorzystywane w coraz to nowszy sposób.

Ważnym zadaniem, jakie stoi przed rządami państw w zakresie promocji zdrowia w XXI wieku, jest zabezpieczenie infrastruktury poprzez opracowanie mechanizmów finansowania zarówno na poziomie lokalnym, krajowym, jak i ogólnosiwiatowym. Każde państwo powinno mieć opracowane prawne, edukacyjne i ekonomiczne strategie wspierania promocji zdrowia⁹⁹.

Piąta konferencja promocji zdrowia w Meksyku w dniach 2-9 czerwca 2000 r. była okazją do podpisania oświadczeń ministrów zdrowia z 88 krajów całego świata, w tym Polski. Oświadczenia te zakładają:

- Osiągnięcie możliwie najwyższego standardu zdrowia, ponieważ jest on konieczny do rozwoju społecznego i gospodarczego.

⁹⁹ Tamże, s. 17-21.

- Promocja zdrowia i rozwój społeczny są głównym obowiązkiem i odpowiedzialnością rządów. Jest to wspólny cel dla wszystkie sektorów społeczeństwa, a pojawiające się choroby zagrażają postępowi osiągniętemu w zakresie zdrowia.
- Konieczne jest zajęcie się uwarunkowaniami ekonomicznymi i środowiskowymi zdrowia, a to wymaga współdziałania na rzecz promocji zdrowia we wszystkich sektorach i na wszystkich poziomach społeczeństwa.
- Promocja zdrowia musi być fundamentalnym elementem polityki i programów publicznych we wszystkich krajach dotyczących dążenia do sprawiedliwości i lepszego zdrowia dla wszystkich.
- Pomimo, iż ostatnich latach, dzięki nieustającym wysiłkom działających wspólnie rządów i społeczeństw, nastąpiła znaczna poprawa zdrowia i postęp w świadczeniu usług zdrowotnych w wielu krajach świata, nadal pojawia się wiele problemów zdrowotnych, które utrudniają rozwój społeczny i gospodarczy. Muszą one być rozwiązane, aby móc w dalszym ciągu pracować nad równością w osiąganiu zdrowia i dobrego samopoczucia. Należy pamiętać, że nowe, a także powracające choroby zagrażają postępowi na rzecz zdrowia¹⁰⁰.

Postulaty zawarte w przyjętych oświadczeniach stawiają promocję zdrowia na fundamentalnym i priorytetowym miejscu w programach i polityce podejmowanych działań zarówno na najwyższym szczeblu, jak i na poziomie regionalnych i lokalnych grup rządzących. Zadaniem rządzących jest wspieranie działań promujących zdrowie, wykorzystując wiedzę specjalistyczną, jaka posiada w tej dziedzinie WHO oraz inne organizacje wspierające zdrowie. Oczywiście jest, że działania te będą się różnić w zależności od kraju i regionu, jednak muszą one być zgodne z przyjętymi podstawowymi ramami uzgodnionymi podczas piątej globalnej konferencji na temat promocji zdrowia i mogą obejmować między innymi:

1. „Określenie priorytetów zdrowotnych i ustanowienie zdrowych polityk publicznych i programów w celu ich rozwiązania.
2. Wspieranie badań, które pogłębiają wiedzę na temat wybranych priorytetów.

¹⁰⁰ Tamże, s. 22-23.

3. Mobilizacja zasobów finansowych i operacyjnych w celu budowania potencjału ludzkiego i instytucjonalnego do rozwoju, wdrażania, monitorowania i oceny planów działania dla całego kraju.
4. Stworzeni lub wzmocnienie istniejących krajowych i międzynarodowych organów i stowarzyszeń promujących zdrowie”¹⁰¹.

Efektem prac na szóstej konferencji promocji zdrowia, która odbyła się w Tajlandii w dniach 7-11 sierpnia 2005 r., była tzw. *Karta z Bangkoku* na temat *Promocji zdrowia w zglobalizowanym świecie*. Potwierdza ona, że zarówno polityka, jak i partnerstwo na rzecz wzmocnienia społeczności oraz poprawy zdrowia oraz równości w zakresie zdrowia muszą znaleźć się w centrum rozwoju światowego i krajowego.

Karta z Bangkoku opiera się na wartościach, zasadach i strategiach działania promocji zdrowia ustanowionych w *Karcie Ottawskiej*, uzupełniając ją o zalecenia kolejnych światowych konferencji na temat promocji zdrowia, które zostały potwierdzone przez państwa członkowskie za pośrednictwem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Skierowana jest ona do ludzi, grup i organizacji, mających kluczowe znaczenie dla zdrowia, na czele z rządami i politykami, społeczeństwem, ale również sektorem prywatnym i organizacjami międzynarodowymi.

Na konferencji w Bangkoku przyjęto cztery główne zobowiązania promowania zdrowia:

1. Promocja zdrowia jest centralną częścią rozwoju globalnego, powinny więc obowiązywać umowy międzynarodowe zwiększające bezpieczeństwo zdrowotne i niwelujące różnice pomiędzy biednymi a bogatymi. Promocja zdrowia musi stać się częścią polityki wewnętrznej państwa, a także stosunków międzynarodowych. Przykładem współpracy międzynarodowej są istniejące traktaty, na przykład *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu*.
2. Rządy państw są odpowiedzialne za promocję zdrowia, które stanowi główny wyznacznik rozwoju społeczno-gospodarczego i politycznego. Dlatego też rządy muszą nadać priorytet inwestycjom zdrowotnym i zapewnić promocji zdrowia odpowiedni poziom finansowania.
3. Promocja zdrowia powinna być głównym celem społeczeństwa. To właśnie ono często jest inicjatorem w kształtowaniu i podejmowaniu tego typu działalności, a rządzący powinni zapewnić wsparcie podejmowanym działaniom.

¹⁰¹ Tamże, s.22-23

4. Ponadto promocja zdrowia powinna być wymogiem dobrej praktyki w przedsiębiorstwach i korporacjach. Sektor przedsiębiorstw ma bezpośredni wpływ na ludzkie zdrowie i jego determinanty poprzez dostęp do lokalnych ustawień, kultur narodowych, środowiska i dystrybucji bogactwa¹⁰².

Wytyczne zawarte we wszystkich materiałach opracowywanych podczas poszczególnych konferencji promocji zdrowia zostały ujęte w *Ustawie o zdrowiu publicznym*, która określa zarówno cele, jak i zadania tego typu działalności. Należą do nich:

- „monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocja zdrowia;
- profilaktyka chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie:
 - działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
 - współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- działania w obszarze aktywności fizycznej”¹⁰³.

¹⁰² Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences (dostęp 4.06.2019); www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf s.24-27

¹⁰³ Ustawa z dnia 18 listopada 2015 o zdrowiu publicznym.
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001916> (dostęp z dnia: 25.03.2019)

Literatura przedmiotu określa promocję zdrowia, jako działalność, która „obejmuje edukację do zdrowia oraz działania ukierunkowane na zmiany w środowisku rodzinnym, społecznym, w funkcjonowaniu służb społecznych oraz na tworzenie w społeczeństwie systemu wsparcia”¹⁰⁴.

Głównym celem promocji zdrowia jest zmiana ludzkich zachowań i nawyków, tak aby wspierały one zdrowie zarówno indywidualnych jednostek, jak i całych społeczeństw, a także pomnażanie społecznych rezerw i potencjału. Promocja zdrowia ma za zadanie ukierunkować zachowania w taki sposób, aby umacniały one i wzmacniały zdrowie lub przywracały je do możliwie jak najlepszego stanu. Działania te dotyczą zarówno stylu życia, jak i warunków życia czy sposobu wychowywania dzieci. Realizuje ona działania w pięciu obszarach, tj. rozwijanie polityki sprzyjającej umacnianiu zdrowia, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia, rozwijanie umiejętności osobniczych oraz reorientację opieki medycznej.

Nawyki i zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w środowisku domowym i szkolnym, wpływają na nie także środki masowego przekazu. Programy promocji zdrowia w szkołach dają dzieciom możliwość poznania czynników, które korzystnie i niekorzystnie wpływają na zdrowie. Ponadto działania prowadzone w społeczeństwie zakładają, że ludzie potrafią ocenić swoje potrzeby i problemy zdrowotne, a także znaleźć sposób, aby je rozwiązać. Promocja zdrowia w swojej strategii przyjęła działania mające na celu edukację społeczeństwa (w zakresie zagrożeń zdrowia), ochronę przez zagrożeniami środowiskowymi (np. szczepienia ochronne) oraz strategię przymusu prawnego (np. obowiązkowe badania dzieci, tzw. bilanse zdrowia). Przyjęte strategie wzajemnie się uzupełniają, zapewniając kształtowanie prozdrowotnych warunków życia. Promocja zdrowia opiera swoje działania na społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, który przyjmuje złożoność relacji człowieka ze środowiskiem fizycznym, społecznym i ekonomicznym, co stanowi podstawę jego funkcjonowania¹⁰⁵.

Podjęte w pracy zagadnienia dotyczące edukacji zdrowotnej wpisują się w wielopłaszczyznowy wymiar promocji zdrowia.

¹⁰⁴ T.B. Kulik, A. Pacian, *Zdrowie publiczne*, PZWL, Warszawa 2014, s. 7.

¹⁰⁵ M. Wojtczak, *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, CEDEWU, Warszawa 2017, s. 175-178.

III. EDUKACJA ZDROWOTNA – KONTEKSTY TEORETYCZNE

Pedagogika zdrowia stanowi ważny termin stosowany w literaturze przedmiotu. Określa się ją jako „teorię, doktrynę edukacyjnej ingerencji w życie i zdrowie człowieka”¹⁰⁶. Stanowi ona subdyscyplinę pedagogiki, dostarcza podstaw metodologicznych i jest podstawą teoretyczną dla edukacji zdrowotnej¹⁰⁷. Pedagogika zdrowia przyjęła za przedmiot „zainteresowań badawczych i analiz społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluację procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka w celu projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej”¹⁰⁸. Zwraca ona uwagę, między innymi, na społeczno-środowiskowe, w tym kulturowe (np. wzory zachowań zdrowotnych) uwarunkowania zdrowia i choroby¹⁰⁹.

Pedagogika zdrowia ma charakter nauki interdyscyplinarnej posługująca się „aparatem pojęciowym pedagogiki, a także pojęciami zaczerpniętymi z medycyny, biologii, psychologii, socjologii oraz innych nauk”¹¹⁰. Do podstawowych pojęć, jakimi posługuje się pedagogika zdrowia należą: „zdrowie (w ujęciu holistycznym), choroba (ujęcie socjologiczne), edukacja zdrowotna (kształcenie i wychowanie), umiejętności życiowe, diagnoza społeczna, kompensacja, wsparcie społeczne, profilaktyka społeczna, promocja zdrowia”¹¹¹. Na tych pojęciach bazuje zarówno teoria społeczno-ekologiczna zdrowia, jak i model środowiskowy U. Bronfenbrennera - zostaną one szczegółowo scharakteryzowane w dalszej części pracy. Stosowanie przez pedagogikę zdrowia wspomnianych pojęć ukazuje jej interdyscyplinarność

¹⁰⁶ M. Demel, E. Mazurkiewicz, H. Wentlandtowa, *Pedagogika zdrowia*, w: W. Okoń (red), *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1976, s. 253-261.

¹⁰⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 95.

¹⁰⁸ E. Syrek, *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki*, „Pedagogika społeczna”, nr 2 (72), 2019, s. 17.

¹⁰⁹ E. Syrek, *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki*, „Pedagogika społeczna”, nr 2 (72), 2019, s.17-18.

¹¹⁰ E. Syrek, *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych*, w: E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red), *Edukacja zdrowotna*, WAiP, Warszawa 2009, s. 19.

¹¹¹ E. Syrek, *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki*, „Pedagogika społeczna”, nr 2 (72), 2019, s. 18.

oraz rozległość. Skupia się ona nie tylko na socjologicznych czynnikach wpływających na zdrowie, ale także na czynnikach psychologicznych, kulturowych, medycznych. W podejmowanych działaniach łączy ze sobą różne modele i teorie, oddziaływując na jednostkę i kształtując jej zachowania prozdrowotne, realizując tym samym założone cele.

Pedagogika zdrowia, w oparciu o pedagogikę społeczną, „interesuje się znaczeniem poszczególnych elementów struktury środowiska w ujęciu dwuwymiarowym: globalnym i lokalnym¹¹². Obecnie rola i wpływ środowiska otaczającego jednostkę - zarówno lokalnego, jak i indywidualnego - zdecydowanie wzrasta. Szczególnie istotny staje się wpływ życia społecznego, problemów socjalnych i ekonomicznych¹¹³. Zawsze wyraźny wpływ na człowieka, a nawet całe społeczeństwa, wywiera kultura, w tym różnego rodzaju religie. Dlatego też zadaniem pedagogiki zdrowia jest między innymi diagnozowanie potrzeb zarówno zdrowotnych, jak i tych w zakresie edukacji zdrowotnej. Dalsze rozważania wskazują kolejno najważniejsze etapy rozwoju pedagogiki zdrowia i edukacji zdrowotnej.

1. Pedagogika zdrowia i edukacja zdrowotna – historia i ewolucja pojęcia

Edukacja zdrowotna ma swój początek około 1700 roku p.n.e., między innymi w kodeksie Hammurabiego oraz w kulturze fizycznej bliskiego i dalekiego Wschodu, gdzie zwracano szczególnie dużą uwagę na zasady higieniczne. Na przestrzeni wielu setek lat rozszerzała ona zakres swoich zainteresowań. Analizując dzieje ludzkości, można prześledzić ewolucję zarówno teorii, jak i praktyki wychowania zdrowotnego, począwszy od magii i przymusu religijnego w starożytności i średniowieczu, poprzez system policji lekarskiej do filantropijnej oświaty ludowej epoki kapitalizmu¹¹⁴.

Wychowanie zdrowotne wyrosło na bazie pedagogiki i medycyny, a dialog i współpraca tych dziedzin trwa od niepamiętnych czasów, jednakże w ostatnich latach zdecydowanie się rozwinął¹¹⁵. W Polsce rozwój wychowania zdrowotnego wiąże się z epoką oświecenia oraz działalnością Komisji Edukacji Narodowej - okres ten został określony jako „pierwsza faza rozwoju wychowania zdrowotnego” wyrosła „z polskiej gleby”, z myśli Grzegorza

¹¹² E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 22.

¹¹³ Tamże, s. 22.

¹¹⁴ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 42.

¹¹⁵ Tamże, s. 49.

Piramowicza, Jędrzeja Śniadeckiego, Stanisława Kopczyńskiego”¹¹⁶. Pierwszym praktycznym przejawem koncepcji wychowania zdrowotnego były wykłady Karola Kaczkowskiego w Liceum Krzemienickim z zakresu dydaktyki zdrowia.

Podwaliną idei łączenia zdrowia z pedagogiką była rozprawa J. Śniadeckiego *O fizycznym wychowaniu dzieci*, w której twierdził, że „wychowanie lekarskie” równa się „wychowaniu zdrowotnemu”¹¹⁷. Rozwój tego drugiego został zahamowany przez wojnę i zabory, gdy została zawieszona działalność szkół. Ten czas określa się mianem drugiej fazy rozwoju wychowania zdrowotnego skupiającego się na ruchu higienicznym¹¹⁸. Ruch ten rozwijał się głównie w Warszawie, Krakowie, Poznaniu i Lwowie, jednak wiele innych ośrodków i lekarzy pracowało, aby wypracować najskuteczniejsze metody wychowawcze z zakresu oświaty, higieny i medycyny. Ogromny wpływ na działalność społeczno-pedagogiczną miało powstałe w 1898 roku Warszawskie Towarzystwo Higieniczne, tworząc między innymi Wydział Higieny Wychowawczej, który skupiał lekarzy, pedagogów, pisarzy, dziennikarzy, praktyków oraz działaczy społecznych. Ta różnorodność zawodów, a tym samym doświadczeń, oraz wspólny cel tworzyły „niepowtarzalną w jakimkolwiek innym okresie dziejów narodowych jedność i łączność zadań”¹¹⁹. Myśl i działania medyczne połączyły się z działaniami pedagogicznymi, obierając wspólny cel.

Dzięki działalności Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego w 1903 roku utworzono Instytut Higieny Dziecięcej im. Barona Leona de Lenvala, który realizował cele programu zdrowotno-higienicznego oraz wychowawczego wśród dzieci i młodzieży¹²⁰. Program ten zakładał pracę zarówno z dziećmi, jak i z ich rodzicami. Polegał na przekazywaniu wiedzy przez naukę nawyków higieniczno-zdrowotnych i aktywności fizycznej. Przedstawiano także prace medyczno-pedagogiczne, prowadzono wykłady i rozpowszechniano ulotki z zakresu higieny oraz rady dla matek autorstwa S. Kopczyńskiego. Jednak działania te prowadzono głównie w dużych miastach. Prowincja i tereny wiejskie zostawały w tyle na polu osiągnięć zdrowotno-higienicznych i były zaniedbane pod względem zarówno oświaty, jak i zdrowia. Dlatego też powołano do działania Polską Macierz Szkolną, która była ruchem

¹¹⁶ B. Zawadzka, T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 81.

¹¹⁷ Tamże, s. 82.

¹¹⁸ M. Demel, *Wychowanie zdrowotne: geneza, rozwój, stan posiadania, perspektywy*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1992, nr 1, s. 4.

¹¹⁹ B. Zawadzka, T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 85.

¹²⁰ Tamże, s. 85.

społecznym wydającym czasopisma, literaturę popularną o tematyce oświatowej i zdrowotnej¹²¹. Dążono wówczas do tego, aby opieka lekarska i higieniczna dla dzieci, a także wychowanie i nauczanie w oparciu o program zdrowotno-higieniczny, była powszechna i dostępna dla wszystkich. Ta idea przyświecała również działaniom S. Kopczyńskiego.

Okres wolności międzywojennej przyniósł możliwość rozwoju wielu inicjatyw zdrowotnych, higienicznych i oświatowych, co w efekcie spowodowało rozluźnienie spójności pracy higieniczno-zdrowotnej lekarzy i pedagogów. Zaczęli oni skupiać się na własnych dziedzinach, co groziło zatrzymaniem rozwoju edukacji zdrowotnej. Dlatego też w tej sytuacji ważne było, aby „mądrze pokierować polityką zdrowotną i oświatową”¹²², na czym skupił się Stanisław Kopczyński. Pracując na wysokim szczeblu władzy, rozpoczął działania na rzecz nie tylko dzieci i młodzieży, ale również zdrowia publicznego. W 1919 roku w czasie obrad Sejmu Nauczycielskiego przedstawił założenia idei resortów zdrowia i oświaty - była to trzecia faza rozwoju wychowania zdrowotnego¹²³.

Czwartą fazą rozwoju wychowania zdrowotnego określono okres międzywojenny i powojenny, choć te dwa okresy historyczne różniły się nieco pod względem aktywności społecznej. Okres międzywojenny był czasem, gdy „ruch higieniczny, rozliczne działania Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, inicjatywy terenowych towarzystw higienicznych i lekarskich, współpraca lekarzy, pedagogów i wychowawców fizycznych – przynosiły owoce również w postaci bardzo ważnych wydarzeń na poziomie akademickim. Do takich należało m.in. powstanie na Uniwersytecie Poznańskim Katedry Higieny Szkolnej i Wychowania Fizycznego”¹²⁴. Okres powojenny, pomimo ciężkiej sytuacji materialnej społeczeństwa, trudnych warunków, licznych epidemii, sprzyjał rozwojowi wychowania zdrowotnego, a zawdzięczał to obowiązkowi szkolnemu, obowiązkowym badaniom lekarskim, dożywianiu dzieci oraz wprowadzeniu nowych form oświatowo-higienicznych zarówno w szkołach, jak i zakładach pracy¹²⁵. Zmiany te dotyczyły nie tylko wielkich miast, ale swoim zakresem objęły również wsie i prowincje. Wiele inicjatyw podejmowały różne organizacje, takie jak PCK czy ZHP.

W tym okresie podjęto również działania mające na celu „włączenie problematyki wychowawczo-zdrowotnej do pedagogiki społecznej – pod hasłem «wychowanie dla spraw

¹²¹ Tamże, s. 84.

¹²² B. Zawadzka, *Pedagogika zdrowia (ujęcie historyczne)*, w: B. Zawadzka, T. Łączek T (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 88.

¹²³ Tamże, s. 87.

¹²⁴ Tamże, s. 87.

¹²⁵ Tamże, s. 87-88.

zdrowia»¹²⁶. Badania prowadzone wówczas przez Helenę Radlińską, która jest prekursorką pedagogiki społecznej, uwzględniały również zagadnienia zdrowia. Zwracała ona uwagę na fakt, „że pedagogika społeczna musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich. Wskazywała przy tym, że w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania”¹²⁷. Teoria pracy socjalnej według Heleny Radlińskiej, zawierająca „wychowanie dla spraw zdrowia, obejmowała zarówno pomoc ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, a i jednocześnie pomoc w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, kształtowaniu postaw umożliwiających skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostkowym i zbiorowym”¹²⁸.

Współczesna pedagogika zdrowia opiera swoje podstawy teoretyczne na „klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej w sensie poznawczym, w sensie praktyki edukacyjnej, pracy społecznej i jest zapleczem teoretycznym, metateorią dla współczesnej pedagogiki zdrowia”¹²⁹.

Ważnym wydarzeniem w historii wychowania zdrowotnego i edukacji zdrowotnej było powołanie na nowo Studium Pedagogiki Społecznej H. Radlińskiej przy Uniwersytecie Łódzkim w okresie powojennym. W 1949 roku w Warszawie powstał Instytut Matki i Dziecka, w którym działał Aleksander Landy, lekarz pediatra, a jednocześnie pedagog reprezentujący kierunek pedagogiczny zarówno w higienie, jak i medycynie środowiskowej. Reaktywowane również zostały instytuty naukowe, Państwowy Zakład Higieny, Zakład Higieny Szkolnej PZH, a także Zakład Oświaty Zdrowotnej i Zakład Medycyny Szkolnej przy Instytucie Matki i Dziecka. Rozpoczęto prace nad programem wychowania zdrowotnego, modelem jego realizacji i wdrożeniem. Ponadto dzięki działaniom podjętym przez M. Demela w 1963 roku powołano do działania Pracownię Wychowania Zdrowotnego w Instytucie Pedagogiki w Warszawie, co dało wyraz „wkroczenia spraw zdrowia w obszar pedagogiczny”¹³⁰.

¹²⁶ E. Syrek, *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*, w: B. Zawadzka, T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 43.

¹²⁷ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 69.

¹²⁸ E. Syrek, *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*, w: B. Zawadzka, T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 45.

¹²⁹ Tamże, s. 45.

¹³⁰ E. Syrek, *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*, w: B. Zawadzka B., T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 43.

W pracowni rozpoczęto prace nad ustaleniem zasad pracy z oświatą zdrowotną, „higieną szkolną i wychowaniem fizycznym, a także dotyczących wypracowania aparatury pojęciowej, szczególnie interpretacji podstawowych pojęć zaczerpniętych z medycyny (np. zdrowie, profilaktyka) oraz rewizji terminologii pedagogicznej na potrzeby wychowania zdrowotnego”¹³¹. Podstawy teoretyczne przygotowane przez M. Demela dały podstawę do podjęcia działań i wysiłków, aby zrealizować program wychowania zdrowotnego. Okres ten uznaje się za czwartą fazę rozwoju wychowania zdrowotnego¹³².

Analizując historię wychowania zdrowotnego, zauważa się jego dynamiczny rozwój. W Polsce powstało wiele cennych inicjatyw, koncepcji i praktycznych rozwiązań, które tworzyły podstawy współczesnej edukacji zdrowotnej. Początkowo nauki medyczne miały większy wpływ na wychowanie zdrowotne, aniżeli obecnie, ponieważ na przestrzeni ostatnich trzech dekad jej wpływ zmniejszył się na poczet innych nauk, takich jak nauki biologiczne, psychologia, socjologia, pedagogika, ekologia¹³³. Daje to edukacji zdrowotnej status wiedzy interdyscyplinarno-integracyjnej, gdyż łączy w sobie wiedzę z zakresu wielu dziedzin - oprócz wcześniej wymienionych łączy również wiedzę z zakresu andragogiki oraz polityki gerontologii¹³⁴.

Na przestrzeni lat ewoluowała również nazwa współczesnego pojęcia edukacji zdrowotnej. Na przełomie XIX i XX wieku używano nazwy „wychowanie higieniczne”, a jej synonimem była działalność higieniczno-wychowawcza. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku zaczęto stosować pojęcie „oświaty zdrowotnej”, opisując tym „nową dziedzinę z pogranicza nauk medycznych, humanistycznych i społecznych”¹³⁵. Ponadto oświata zdrowotna to działania mobilizujące społeczeństwo do „działania na rzecz zdrowia”¹³⁶. W tym czasie pojawia się również termin „wychowanie zdrowotne”, który jest objaśniany jako „praca z dziećmi i młodzieżą we wszystkich instytucjach wychowawczych”¹³⁷, czyli w szkole i rodzinie. Maciej Demel, który jest twórcą koncepcji wychowania zdrowotnego, określił je jako „integralną częścią kształtowania pełnej osobowości”¹³⁸ polegającą na:

¹³¹ Tamże, s. 43.

¹³² B. Zawadzka, *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce* (red.), Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 88-89.

¹³³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 93.

¹³⁴ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, WAiP 2009, s. 15-20.

¹³⁵ Tamże, s. 7-8.

¹³⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 94.

¹³⁷ M. Demel, *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968, s. 57.

¹³⁸ Tamże, s. 55.

- „wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
- wyrabianiu odpowiednich sprawności;
- nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie;
- pobudzanie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o własnym organizmie i rozwoju, a także prawach rządzących zdrowiem publicznym”¹³⁹.

Współczesna pedagogika zdrowia definiowana jest przez E. Syrek jako „subdyscyplina pedagogiki, jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno - środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej”¹⁴⁰. Ma ona charakter interdyscyplinarny ponieważ posługuje się ona aparatem pojęciowym nauk między innymi takich jak: medycyna, biologia, psychologia, socjologia. Fundamentalnymi pojęciami współczesnej pedagogiki zdrowia są: zdrowie, choroba, środowisko, edukacja¹⁴¹.

2. Definicje edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna (health education, education for health) to termin używany coraz powszechniej, a jego odpowiednikiem w języku polskim może być wyrażenie „edukacja prozdrowotna” lub „edukacja do zdrowia”. Pojęcia „edukacja zdrowotna” używa się jako terminu, który jest „bardziej pojemny niż oświata czy wychowanie zdrowotne i odnosi się do ludzi w całym okresie życia, obejmując różne formy uczenia się i nauczania”¹⁴². Niemniej

¹³⁹ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 69.

¹⁴⁰ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 21

¹⁴¹ Tamże, s.22

¹⁴² E. Syrek, *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych* w: E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red), *Edukacja zdrowotna*, WAiP, Warszawa 2009, s. 101.

jednak nie ma jednej uniwersalnej definicji tego wyrażenia. Różnorodność podejść wynika ze zmian zarówno w koncepcjach, jak i ich celach, związanych z ludzkimi potrzebami oraz rozwojem promocji zdrowia. Na przestrzeni lat definicja edukacji zdrowotnej ulegała zmianom, które można uszeregować w następujący sposób:

- „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją;
- proces oparty na naukowych zasadach, stwarzając sposobność planowego uczenia się i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nim (rezolucja Rady Wspólnoty Europejskiej, 1989);
- całością działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją;
- proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (pedagogice, psychologii, socjologii, ekonomii) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych¹⁴³.

Definicja proponowana przez B. Woynarowską mówi, że „edukacja zdrowotna jest całościowym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”¹⁴⁴. Ponadto definicje edukacji zdrowia zwracają szczególną uwagę na elementy takie jak:

- „uczenie się, zaangażowanie się osób uczestniczących;
- jest to proces całościowy, polegający na systematyczności oddziaływań oraz planowaniu;
- oddziaływanie na jednostki i grupy, osoby zdrowe i chore, w celu zwiększenia ich kompetencji;
- dobrowolność udziału
- interdyscyplinarność”¹⁴⁵.

¹⁴³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 96.

¹⁴⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2010, s. 103.

¹⁴⁵ Tamże, s.102

Dla celów praktycznych proponuje ona również przyjąć, że „edukacja zdrowotna są to zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielenie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania tudzież ochrony, utrzymania i doskonalenia/umacniania zdrowia własnego i innych ludzi”¹⁴⁶.

Takie przedstawienie edukacji zdrowotnej określa jej cechy, którymi są:

- koncentracja na uczeniu się (zaangażowanie i aktywne uczestnictwo osób biorących udział w edukacji);
- ciągłość edukacji i prowadzenie działań przez całe życie, dostosowując je do potrzeb i wyzwań codziennego życia;
- oddziaływanie na grupy, społeczności i poszczególne jednostki - zarówno na osoby zdrowe, jak i chore, aby podnieść ich kompetencje w dbaniu o zdrowie; współdziałanie edukacji zdrowotnej i terapeutycznej;
- dobrowolność udziału, zrozumienie oraz akceptacja działań odbiorców w ramach edukacji zdrowotnej;
- zaplanowanie i korzystanie w programie edukacji z różnych metod i technik nauczania oraz teorii naukowych¹⁴⁷.

Ponadto E. Syrek zwraca uwagę na fakt, że edukacja zdrowotna może być rozpatrywana w takich kontekstach:

- „ze względu na zasięg społeczno-środowiskowy (np. zakres globalny, lokalny, szkolny, rodzinny),
- ze względu na kategorie wiekowe,
- ze względu na stan zdrowia,
- jako kompensacja za pomocą edukacji zdrowotnej (między innymi niwelowanie braków w zakresie wiedzy o zdrowiu, zagrożeń zdrowia),
- jako przedmiot nauczania na wszystkich szczeblach kształcenia, zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia,
- jako element pracy socjalnej skierowanej do jednostek, grup społecznych i środowisk w zależności od ich potrzeb,

¹⁴⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 96.

¹⁴⁷ Tamże, s. 96.

- jako obszar wsparcia społecznego głównie o charakterze informacyjnym i instrumentalnym sprzyjającym zrozumieniu sytuacji i położenia życiowego związanego z chorobą¹⁴⁸.

Edukacja zdrowotna jest stałym elementem życia - to ciągły proces kształcenia, doskonalenia zachowań, modyfikacji elementów składowych stylu życia tak, aby wzmacniać i poprawiać zdrowie. Za proces edukacji zdrowotnej odpowiadają zarówno środowisko wychowawcze, w tym rodzina i szkoła, jak i instytucje pożytku publicznego, np. różnego rodzaju kluby zdrowia, stowarzyszenia promujące zdrowy styl życia.

3. Cele i zadania współczesnej edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna to jedno z podstawowych narzędzi *promocji zdrowia*, ponieważ jej warunkiem jest, ażeby „ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych, dokonywali zmian w swoim stylu życia, środowisku, a także posiadanie przez nich odpowiednich kompetencji, które uzyskują w procesie edukacji”¹⁴⁹. W literaturze odnaleźć można wiele definicji terminu „promocja zdrowia”, jednak E. Syrek zwraca uwagę, iż promocja zdrowia jest „połączeniem działań edukacyjnych, które sprzyjają zdrowiu, oraz różnego rodzaju wsparcia społecznego, środowiskowego, ekonomicznego, politycznego, prawnego”¹⁵⁰.

Określając cele edukacji zdrowotnej i patrząc przez pryzmat promocji zdrowia, wyszczególniamy cele nadrzędne oraz ich zadania - cele operacyjne. Ponadto każdy z celów posiada również wskaźniki skuteczności, dzięki którym możliwa jest ocena podjętych działań. Ponadto ma ona na celu kształtowanie osobowości poprzez takie działania jak:

- „wykształcenie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego,
- wyrabianie odpowiednich sprawności,
- nastawienie woli i kształtowanie postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skutecznej pielęgnacji, zapobiegania chorobom i leczenie,

¹⁴⁸ E. Syrek, K. Borzycka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 27.

¹⁴⁹ Tamże, s. 106.

¹⁵⁰ E. Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 173.

- pobudzanie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia w wyniku epizodycznego i systematycznego wzbogacania i pogłębiania wiedzy o sobie oraz o prawach rządzących zdrowiem publicznym¹⁵¹.

W koncepcji behawioralnej celem nadrzędnym jest zdrowy styl życia, a cel ten osiągnąć jest dzięki takim działaniom jak:

- zdobywanie lub korygowanie wiedzy o zdrowiu, czynnikach zwiększających jego potencjał i stwarzających ryzyko dla zdrowia,
- przyjmowanie postaw prozdrowotnych wobec siebie oraz innych,
- zdobywanie umiejętności niezbędnych dla kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i radzenia sobie z nowymi sytuacjami oraz podejmowanie właściwych decyzji¹⁵².

Zarówno cele, jak i oczekiwania względem edukacji zdrowotnej zmieniały się wraz ze zmieniającymi się modelami zdrowia. Są one także „efektem powiązań edukacji zdrowotnej z promocją zdrowia”¹⁵³.

Tradycyjny model edukacji zdrowotnej przyjmuje, że głównym celem i jednocześnie efektem działań edukacji zdrowotnej powinna być zmiana zachowań w kierunku prozdrowotnym, a jest to możliwe poprzez:

- zdobycie nowej wiedzy choćby poprzez poznanie czynników mających wpływ na zdrowie, poznanie siebie i zidentyfikowanie własnych problemów zdrowotnych;
- weryfikację przekonań i postaw wobec zdrowia i choroby, ukształtowanie odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych;
- weryfikacja systemu wartości;
- dbanie o ciało, czyli rozwijanie umiejętności w zakresie zdrowia fizycznego oraz umiejętności psychospołecznych;
- „rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego i innych;
- zdolność do pełnienia roli rzecznika na rzecz zdrowia własnego, rodziny i społeczeństwa (jest ona jednym z narodowych standardów szkolnej edukacji zdrowotnej w USA);
- zwiększenie alfabetyzacji zdrowotnej;

¹⁵¹ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 69.

¹⁵² B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 419.

¹⁵³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 97.

- upodmiotowienie jednostek i społeczność¹⁵⁴.

Określenie dodatkowych, nowych celów i zadań stawianych przed edukacją zdrowotną spowodowało konieczność tworzenia zarówno jej nowych koncepcji i strategii, jak również metod, technik czy wskaźników ewaluacji wyników¹⁵⁵. Wynika to z faktu, iż „programy edukacji zdrowotnej powinny uwzględniać wiele różnorodnych celów, zależnych od potrzeb danej jednostki lub grup. Do osiągnięcia tych celów należy wykorzystywać różne metody i techniki”¹⁵⁶. Obecnie istnieje potrzeba ukierunkowania edukacji zdrowotnej również na potrzeby społeczeństwa wielokulturowego i wieloreligijnego. Nie tylko kraje europejskie, ale państwa na całym świecie zwracają uwagę na potrzebę poszerzania wiedzy na temat wielokulturowości i niezbędności jej elementów w edukacji zdrowotnej.

B.B. Jensen przyjął za cel edukacji zdrowotnej przygotowanie ucznia do roli aktywnego członka demokratycznego społeczeństwa, który sam lub z grupą innych ludzi może podjąć działania w celu tworzenia zdrowego życia i środowiska. Cel ten jest osiągany poprzez rozwijanie w uczniach chęci, zdolności i kompetencji do działania, czyli:

- wiedzy (specyficznej) i umiejętności „wglądu” w siebie,
- zaangażowania i motywacji,
- wizji przyszłości,
- doświadczeń zdobytych w konkretnych działaniach w praktyce.

Skuteczność podejmowanych działań jest oceniana na podstawie zmian, jakie ludzie wprowadzają w życie własne i społeczności, w której żyją¹⁵⁷.

Inne ważne cele stawiane przed edukacją zdrowotną to:

- „uświadamianie ludziom, że to oni podejmują decyzje i dokonują wyborów w sprawach swojego zdrowia i stylu życia, a tym samym ponoszą odpowiedzialność za własne zdrowie i oddziałują na zdrowie innych;
- oddziaływanie na decydentów z różnych sektorów publicznych, aby byli świadomi swojej roli w tworzeniu warunków wspierających zmiany społeczne, ekonomiczne i organizacyjne służące poprawie zdrowia ludności”¹⁵⁸.

¹⁵⁴ Tamże.

¹⁵⁵ Tamże, s. 97.

¹⁵⁶ Tamże, s. 97.

¹⁵⁷ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s.107.

¹⁵⁸ Tamże, s. 106.

Ważnym zadaniem stawianym przed edukacją zdrowotną, a tym samym przed promocją zdrowia, jest rozwijanie wiedzy związanej z ciągle powiększającą się pulą zarówno nowych zagrożeń, jak i metod ochrony zdrowia.

Dlatego też w literaturze pojawił się termin „alfabetyzm zdrowotny” (*health literacy*). Wyrażenie to nie jest trafnie przetłumaczone na język polski i w literaturze można spotkać jego różne tłumaczenia, począwszy od „umiejętności/sprawności w zakresie zdrowia”¹⁵⁹, „odczytywania zdrowia”¹⁶⁰, aż do „efektywnego uczenia zdrowia”¹⁶¹. Według Z. Słońskiej najtrafniejszym tłumaczeniem jest określenie „kompetencje zdrowotne”¹⁶². Niemniej jednak B. Woynarowska uważa, że tłumaczenie „alfabetyzm zdrowotny” w pełni oddaje sens tego terminu¹⁶³. Początkowo używano go w opiece zdrowotnej, następnie w zdrowiu publicznym, a obecnie w odniesieniu do promocji zdrowia. Wysoki wskaźnik alfabetyzmu zdrowotnego jest korzystny dla jednostki, ponieważ stwarza to szansę, że podejmie ona prozdrowotne wybory, a także lepiej i efektywniej wykorzysta świadczenia opieki zdrowotnej.

Według wielu badaczy niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego może być przyczyną tego, że wielu ludzi nie potrafi zastosować sprzyjających zdrowiu zmian w stylu życia, jak również prawidłowo korzystać z opieki zdrowotnej. Dlatego też „efektem tego jest utrzymująca się niekorzystna sytuacja zdrowotna ludności oraz jej skutki społeczne i ekonomiczne”¹⁶⁴. Z tego względu alfabetyzm zdrowotny jest ważnym celem stawianym przed edukacją zdrowotną. Międzynarodowe konsorcjum Health Literacy Project European (HLS-EU) zaproponowało definicję mówiącą, że alfabetyzm zdrowotny „oznacza wiedzę, motywację i kompetencje ludzi niezbędne do zdobywania, zrozumienia, oceniania i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia. Dzięki temu ludzie mogą w codziennym życiu dokonywać oceny i podejmować decyzje dotyczące leczenia (opieki zdrowotnej), profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia pozwalające utrzymać lub poprawić jakość życia we wszystkich jego okresach”¹⁶⁵. Przyjęta definicja odnosi się do opieki zdrowotnej, profilaktyki oraz promocji

¹⁵⁹ M. Charzyńska-Gula, *Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2001.

¹⁶⁰ J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003.

¹⁶¹ B. Bik, L. Przewoźniak, *Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia*, w: W. Piątkowski, W.A. Brodny (red), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005, s. 145-164.

¹⁶² Z. Słońska, *Kompetencje zdrowotne (health literacy) i ich znaczenie dla zdrowia*, w: J. Jasiewicz, E.B. Zybort (red), *Czas przemiany- czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014, s. 340-353.

¹⁶³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 100-101.

¹⁶⁴ Tamże, s. 100.

¹⁶⁵ K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Słonska, H. Brand, *BMC Public Health* 2012 <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (dostęp z dnia 4.07.2018),

zdrowia i na jej podstawie opracowano zintegrowany model czynników mających wpływ na alfabetyzm, tj. czynniki osobiste, sytuacyjne oraz środowiskowe. Definicja określa również jego efekty, czyli korzystanie z opieki zdrowotnej, równość. Model łączy zrozumienie alfabetyzmu zdrowotnego w aspekcie medycznym oraz zdrowia publicznego¹⁶⁶.

Badacze L. Paakkari oraz O. Paakkari wyszczególnili pięć komponentów alfabetyzmu:

- „teoretyczna wiedza o zdrowiu (znajomość podstawowych nazw, pojęć oraz zjawisk związanych ze zdrowiem i zainteresowanie nim);
- praktyczna wiedza (stosowanie zasad higieny, udzielania pierwszej pomocy, korzystanie z pomocy opieki medycznej);
- krytyczne myślenie (zdolność rozumienia kwestii związanych ze zdrowiem w pogłębiony sposób, ocena prawidłowości informacji oraz rozróżnienie czynników korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia);
- samoświadomość (zdolność do refleksji, ocena swoich myśli, emocji, zachowań, uczenia się, rozpatrywanie zdrowia ze swojej perspektywy oraz planowanie procesu uczenia się);
- obywatelskość (zdolność do brania społecznej odpowiedzialności za swoje zdrowie, znajomość praw i obowiązków)”¹⁶⁷.

Ponadto alfabetyzm zdrowotny obejmuje działania takie jak:

- „informacje i wiedzę o zdrowiu,
- zrozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia,
- umiejętność negocjacji,
- rozumienie znaczenia ryzykownych zachowań indywidualnych i społecznych,
- zdolność do samokontroli, samoopieki oraz radzenia sobie w zdrowiu i chorobie,
- umiejętność korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- wykorzystywanie wiedzy o zdrowiu dla zmiany fatalistycznego postrzegania problemów zdrowotnych.”¹⁶⁸.

Wyróżniono trzy poziomy alfabetyzmu zdrowotnego: funkcjonalny (podstawowy, przekazywanie informacji), interaktywny (komunikatywny, rozwijanie umiejętności osobistych) oraz krytyczny (upodmiotowienie jednostek i społeczności). W zależności od

¹⁶⁶ Tamże

¹⁶⁷ Cytat za: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 101-102.

¹⁶⁸ Tamże, s. 106-108.

poziomu, na którym jest realizowany, podejmowane są odpowiednie działania. Na poziomie funkcjonalnym jest to przekazywanie informacji poprzez edukację pacjenta, przekazywanie materiałów edukacyjnych, takich jak ulotki, broszury, lub też programy edukacyjne mające na celu podniesienie świadomości całego społeczeństwa. Na poziomie interaktywnym przekazywanie wiedzy dotyczącej zdrowia skierowane jest już do konkretnych grup społecznych, np. grupy wsparcia dla kobiet z rakiem piersi, chorzy na mukowiscydozę czy inne jednostki chorobowe. Ostatni poziom alfabetyzmu zdrowotnego odnosi się do działań polityków i grup rządzących na rzecz zdrowia¹⁶⁹.

Działania podejmowane w ramach edukacji zdrowotnej muszą przebiegać dwukierunkowo. Pierwszym kierunkiem działań jest szerzenie wiedzy (zarówno z dziedziny medycyny, jak i psychologii socjologii i pedagogiki). Natomiast drugie bardzo ważne podejmowane działanie to kształtowanie umiejętności życiowych i postaw prozdrowotnych¹⁷⁰, pobudzanie i motywowanie do zmian stylu życia zarówno jednostki, jak i całe grupy społeczne. Odpowiedzialność za edukację zdrowotną spoczywa zarówno na rodzinie, najbliższej grupie społecznej, jak i na środowisku (w tym grupie religijnej), do której należy jednostka.

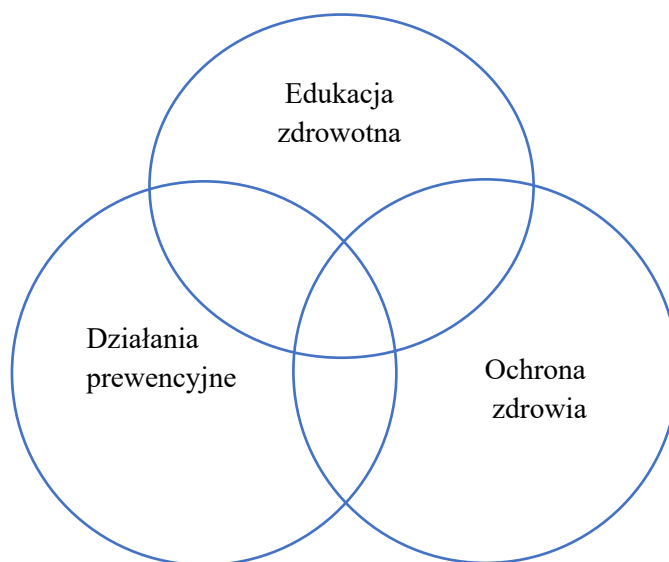
4. Modele edukacji zdrowotnej

Cele edukacji zdrowotnej stanowią podwalinę tworzenia koncepcji, strategii i jej modeli. W literaturze przedmiotu ostatniej dekady opisano wiele modeli i paradygmatów edukacji zdrowotnej. Jeden z nich zorientowany jest na chorobę i jego głównym celem jest profilaktyka i zapobieganie chorobom, takim jak nowotwory czy choroby serca. Drugi model zwraca szczególną uwagę na czynniki ryzyka dla zdrowia, a jego celem jest niwelowanie czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu. Oba modele charakteryzują się biomedycznym podejściem do zagadnień zdrowia. Ostatni model scharakteryzowany przez A. Tannahill jest zorientowany na zdrowie. Skupia się on na edukacji zdrowotnej, podkreślając jej istotne znaczenie oraz zwraca uwagę na ochronę zdrowia oraz działania prewencyjne¹⁷¹.

¹⁶⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 101-102.

¹⁷⁰ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 106-108.

¹⁷¹ A. Tannahill, *Health promotion: the Tannahill model revisited*, „Public Health” nr 123, 2009, s. 396-399.



Rys. 2. Model promocji zdrowia wg. Andrew Tannahilla¹⁷².

Podobnie modele edukacji charakteryzuje Z. Słońska¹⁷³. Pierwszy z nich to model opierający się na eliminacji konkretnych, określonych jednostek chorobowych (*disease oriented health education*). Wszelkie działania podejmowane w tym modelu edukacji zdrowotnej mają za zadanie wyeliminować czynniki ryzyka poszczególnych jednostek chorobowych (np. czynnikiem ryzyka nowotworów płuc jest palenie, należy więc prowadzić działania edukacyjne mające na celu zachęcenie do rzucenia palenia tytoniu). Model ten jednak nie przynosi dużych efektów między innymi ze względu na to, że ludzie najczęściej nie chcą zaniechać „czynności” i zachowań, które dają im przyjemność, nawet kosztem swojego zdrowia.

Drugi model jest zorientowany na usunięcie tych czynników ryzyka, które powodują zachorowanie na kilka jednostek chorobowych. Przynosi on nieco lepsze rezultaty aniżeli poprzedni, niemniej jednak jest on nadal skoncentrowany na „unikaniu zaburzeń zdrowotnych, a nie ma prezentacji korzyści płynących z posiadania zdrowia”¹⁷⁴. Trzeci model edukacji zdrowotnej skupia się na podejściu holistycznym i biopsychospołecznym do zdrowia. Działania podejmowane w ramach tej koncepcji „traktowane są jako najwłaściwsze z punktu widzenia promocji zdrowia i z największym prawdopodobieństwem prowadzą do trwałej zmiany

¹⁷² A. Tannahill, *Health promotion: the Tannahill model revisited*, „Public Health” nr 123, 2009, s. 396-399.

¹⁷³ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s.108-111.

¹⁷⁴ Tamże, s.109.

zachowań i postaw¹⁷⁵, ponieważ model ten zwraca szczególną uwagę na „budowanie i wdrażanie kompleksowych programów edukacyjnych, skierowanych do konkretnych środowisk społecznych (miejsce pracy) i adresowanych do konkretnych grup społecznych”¹⁷⁶. Edukacja zdrowotna osiąga najlepsze rezultaty, gdy swoje działania kieruje do dzieci i młodzieży, ponieważ jest to grupa odbiorców, u których dopiero kształtują się zachowania mające wpływ na zdrowie w jego wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym¹⁷⁷.

L. Ewles oraz I. Simnett w wyszczególniły aż pięć podejść, modeli edukacji zdrowotnej, które dla lepszej przejrzystości przedstawiono w poniższej tabeli (tab. 1).

Tabela 1. Podejścia w edukacji zdrowotnej i ich charakterystyka

Podejście	Cel	Kierunki działania
Medyczne	Zapobieganie chorobom i niepełnosprawności.	Ekspozowanie interwencji medycznej w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków chorób.
Behawioralne	Kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób.	Zachęcanie do zmian postaw i zachowań w kierunku prozdrowotnego stylu życia.
Edukacyjne	Przekazywanie wiedzy, pomoc w zrozumieniu spraw związanych ze zdrowiem jako podstawy do podejmowania decyzji i działania.	Informowanie o przyczynach i skutkach czynników zagrażających zdrowiu; klasyfikacja wartości i postaw; kształtowanie umiejętności niezbędnych dla zdrowego życia.
Zorientowane na jednostkę	Praca z poszczególnymi osobami, ukierunkowana na ich indywidualne potrzeby	Pomoc w identyfikowaniu własnych problemów, dokonywaniu wyborów i podejmowaniu działań; wzmacnianie jednostki

¹⁷⁵ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 109.

¹⁷⁶ Tamże, s. 110.

¹⁷⁷ Tamże, s. 110.

Środowiskowe	Zmiany w środowisku fizycznym i społecznym umożliwiające prozdrowotny styl życia.	Zachęcanie do działań politycznych i społecznych w środowisku fizycznym i społecznym.
--------------	---	---

Źródło: cytaty za L. Ewles, I. Simnett, *Promoting health: a practical guide*, New York: Baillière Tindall 2003; cytaty za: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2010, s. 109.

Kolejną koncepcją edukacji zdrowotnej jest model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model* - HBM) opracowany przez I.M. Rosenstocka. W jego przekonaniu wszelkie działania podejmowane przez jednostkę w dużym stopniu zależą od jej przekonań na temat podatności na zachorowania, a także od jego wiary w to, że „zagrożenia dla zdrowia (wszelkie zachorowania) są poważne, że proponowane metody zapobiegania będą skuteczne dla zmniejszenia zagrożenia lub ciężkości przebiegu choroby, czy też, że działania te nie będą wiązały się z dużymi nakładami finansowymi, a zyski przewyższą trudności i koszty”¹⁷⁸.

Natomiast w modelu działań zdrowotnych (*Health Action Model* – HAM), określanym mianem modelu transteoretycznego (wykorzystującego podejście do problemu wielu teorii), wyszczególniono czynniki psychologiczne, społeczne oraz środowiskowe wpływające na działania związane ze zdrowiem. Wśród nich wymieniono dwie grupy czynników:

- „determinujące intencje zachowań: osobowość, system przekonań, motywacja i normy;
- determinujące prawdopodobieństwo, że intencje zachowań zostaną przełożone na działania dla zdrowia: wiedza i umiejętności człowieka do podjęcia działań, wspierające środowisko, w którym zdrowe wybory są łatwiejszymi wyborami”¹⁷⁹.

W modelu tym zakłada się, że np. „system norm wpływa na system przekonań i motywacji danego człowieka”¹⁸⁰. Jak pisze B. Woynarowska „model działań zdrowotnych pokazuje miejsce wiedzy i umiejętności w podejmowaniu działań dla zdrowia. Oddziaływanie na przekonania ludzi może uruchamiać ich motywację do podejmowania tych działań, ale motywacja również może wpływać na przekonania ludzi. Często jednak ludzi charakteryzuje myślenie „autystyczne” - wierzą w to, w co im jest wygodnie wierzyć. Jeśli stają wobec faktów lub doświadczeń, które sprawią im dyskomfort, selektywnie wybierają te informacje, które

¹⁷⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, WPWN, Warszawa 2010, s. 113-114.

¹⁷⁹ Tamże, s. 114.

¹⁸⁰ Tamże, s. 114-115.

potwierdzają ich uprzedzenia. Mogą reinterpretować informacje, przyjmować pozycję obronną lub zaprzeczać im”¹⁸¹.

Nieco inaczej modele edukacji zdrowotnej scharakteryzowała M. Cyłkowska-Nowak wyszczególniając trzy zasadnicze podejścia w edukacji. Pierwszym jest podejście promocyjne wynikające z koncepcji promocji zdrowia, a jego punkt wyjścia stanowi zdrowie pozytywne i „działania edukacyjne postrzegane są w perspektywie zdrowia pozytywnego oraz potrzeby jego wzmocnienia przez jednostki, grupy, społeczność”¹⁸². Drugim modelem jest podejście profilaktyczne łączące działania promocyjne zdrowia z profilaktyką, a jego celem jest pomoc w uniknięciu chorób oraz zapobieganie ich negatywnym skutkom. Trzecie podejście to edukacja terapeutyczna skupiona osobach chorych - jej celem jest pomoc pacjentom, a także ich rodzinom, w zrozumieniu choroby i radzeniu sobie z jej skutkami oraz umożliwienie samoopieki^{183 184}.

Literatura przedmiotu przedstawia wiele modeli edukacji zdrowotnej, w których brane są pod uwagę różne aspekty i zakresy jej działań. W swojej pracy przyjąłam model Health Beliefs Model – HAM opracowany przez I.M. Rosenstocka, który zakłada, że system przekonań wpływa na motywacje, jakimi kierują się ludzie w odniesieniu do zdrowia. Chciałabym zaznaczyć, iż należy wziąć pod uwagę przekonania kulturowe, ale w szczególności religijne. W działaniach edukacji zdrowotnej nie można pominąć aspektu religii i kultury.

IV. RELIGIA JAKO KOMPONENT KULTURY - CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH RELIGII

Kultura jest jednym z podstawowych terminów humanistyki współczesnej i choć pojęcie to szeroko spopularyzowano dopiero w XX wieku, jego pochodzenie etymologiczne sięga starożytności¹⁸⁵. Pojęcie „kultura” pochodzi od łacińskiego terminu *cultura*, które pierwotnie oznaczało uprawę roli, czyli przekształcanie poprzez ludzką pracę naturalnego stanu zjawisk przyrody w stan bardziej pożądany, bardziej użyteczny dla człowieka¹⁸⁶. Marcus

¹⁸¹ Tamże, s. 116.

¹⁸² M. Cyłkowska-Nowak, *Edukacja zdrowotna: możliwości, problemy, ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008, s. 13.

¹⁸³ Tamże, s. 13-15.

¹⁸⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 99.

¹⁸⁵ A. Kłoskowska, *Kultura masowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1980, s. 9.

¹⁸⁶ M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002, s. 9.

Tullius Cicero pojmował go jako *cultura animi*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza uprawa umysłu¹⁸⁷. W swoim dziele *Rozprawy tuskulańskie* pojęcie to „rozszerzył na zjawiska intelektualne, nazywając filozofię kulturą ducha”¹⁸⁸. To filozofia Cycerona zapoczątkowała powiązanie terminu „kultura” z czynnościami ludzkimi, które mają na celu pielęgnowanie, kształcenie, doskonalenie. W tradycji greckiej odpowiednikiem dla cycerońskiego rozumienia *cultura* było pojęcie *paideia*, które oznaczało ukształtowanie w człowieku ideału człowieczeństwa¹⁸⁹. Określano nim formy wychowania i kształtowania osobowości w oparciu o dobra kultury i jej wartości¹⁹⁰.

Na przestrzeni wieków zakres stosowania oraz pojmowania tego terminu znacznie się poszerzył. „Kultura” to termin wieloznaczny, co w XVIII w. podkreślał Johann Gottfried Herder, twierdząc, że „nie ma nic bardziej nieokreślonego niż słowo kultura”¹⁹¹. Pojęcie to jest w różny sposób interpretowane przez przedstawicieli różnych nauk, ponieważ w inny sposób zdefiniuje je kulturoznawca, w inny psycholog, pedagog, a jeszcze inaczej zrobi to przeciętny człowiek. Kultura jest zjawiskiem niejednorodnym, dlatego też nie można jej sprowadzić tylko do jednej definicji, teorii czy koncepcji. Wszystkie funkcjonujące w nauce definicje tego pojęcia wzajemnie się uzupełniają.

W literaturze znajdujemy dziesiątki objaśnień terminu „kultura” - niejednokrotnie występują między nimi znaczące różnice. Jedne z nich zwracają szczególną uwagę na dziedziczność, inne uwzględniają tylko to, co jest przekazywane z pokolenia na pokolenie. Każda z definicji koncentruje się tylko na jednym aspekcie rozumienia tego terminu. Badacz R. Linton trafnie ujął ten problem, mówiąc, że „istotą wszelkiej definicji kultury jest to, że wybiera pewne aspekty całego pojęcia oznaczanego owym terminem i kładzie nacisk na nie kosztem innych aspektów. Nacisk ten, a w konsekwencji także wartość definicji, będą zależały od tego, jaki szczególnie cel definiujący miał na uwadze. Istnieje wiele możliwości definiowania kultury, a każda jest użyteczna w powiązaniu z dociekaniem określonego rodzaju”¹⁹².

Pewne usystematyzowanie definiowania pojęcia „kultura” zaprezentowali A. Kroeber i C. Kluckhohn, jak również późniejsi badacze tacy jak J.W. Berry czy Y.H. Poortinga, analizując i wyszczególniając aż 168 określeń zastosowań tego terminu. Według nich można wyróżnić następujące rodzaje zastosowań: *opisowe* - kładą nacisk na rozmaite czynności

¹⁸⁷ Tamże, s. 9.

¹⁸⁸ A. Kłoskowska, *Kultura masowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 9.

¹⁸⁹ Tamże, s. 9.

¹⁹⁰ J. Gajda, *Pedagogika kultury w zarysie*, Impuls, Kraków 2016, s. 15.

¹⁹¹ Tamże, s. 14.

¹⁹² M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 15.

i zachowania związane z kulturą; *normatywne* - opisują reguły i normy kulturowe. Ponadto pojęcie kultura stosuje się w opisach *psychologicznych*, gdzie kładzie się nacisk na uczenie się, rozwiązywanie problemów oraz inne podejścia behawioralne związane z kulturą, a w definicjach *strukturalnych* akcentuje się społeczne i organizacyjne elementy kultury. Natomiast definicje *historyczne* odnoszą się do dziedzictwa i tradycji związanych z pewną grupą ludzi. Ponadto pojęcie to ma również zastosowanie *genetyczne* dotyczące pochodzenia kultury¹⁹³.

Szczegółową analizę definiowania pojęcia „kultura” przeprowadziła również A. Kłoskowska, wyszczególniając sześć typów jej definiowania¹⁹⁴. W pierwszym typie określonym jak opisowo-wyliczający lub nominalistyczny sprowadza się kulturę do zbioru wyraźnie określonych przedmiotów, natomiast jej definiowanie jest wyliczeniem jej poszczególnych składowych. Przykładem tego sposobu definiowania jest objaśnienie, które określa to pojęcie jako złożoną całość obejmującą zarówno wiedzę, wierzenia, moralność, prawo i obyczaje, jak również nawyki zdobyte przez członków społeczności¹⁹⁵. W ten też „przedmiotowy” sposób rozumieją te termin archeolodzy i etnografowie w swoich pracach, skupiając się na opisach wytworów kulturowych takich jak język, wierzenia, obrzędy i zwyczaje¹⁹⁶.

Historyczne definiowanie kultury charakteryzuje się zastosowaniem takich wyrażen jak tradycja i dziedziczenie, kładąc szczególny nacisk na czynnik tradycji, która stanowi mechanizm przekazywania dziedzictwa kulturowego. Zatem kulturą określa się dobro zbiorowe i zbiorowy dorobek. Jest ona tworem twórczego i przetwórczego wysiłku wielu pokoleń, ale jednocześnie można o niej mówić dopiero, gdy dane odkrycie lub wynalazek jest zachowany i przekazywany z pokolenia na pokolenie i stanowi trwały dorobek społeczeństwa; i nie jest to tylko przyzwyczajenie jednostki^{197 198}.

Kolejnym rodzajem definicji terminu „kultura” jest ujęcie normatywne, które podkreśla zależność ludzkich zachowań i postaw od określonych norm, wartości, wzorców oraz modeli. Traktowane one są jako elementy konstruktywne kultury, która w tym ujęciu postrzegana jest

¹⁹³ D. Matsumoto, L. Juang, *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 21.

¹⁹⁴ A. Kłoskowska, *Kultura masowa. Krytyka i obrona*, PWN, Warszawa 1980,

¹⁹⁵ M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 15.

¹⁹⁶ Tamże, s. 16.

¹⁹⁷ Tamże, s. 17.

¹⁹⁸ S. Czarnowski, *Kultura*, Żak, Warszawa 2005, s. 12.

jako „zespół norm obowiązujących członków danej zbiorowości ludzkiej i warunkujących jej trwanie”¹⁹⁹. Reasumując, kultura to „przekazane i wytworzone treści i wzory wartości, idee inne symbolicznie znaczące systemy, będące czynnikami kształtującymi ludzkie zachowania oraz wytwory stanowiące produkty zachowania”²⁰⁰.

Kolejnym kontekstem jej definiowania jest ujęcie psychologiczne, które skupia się na psychicznych mechanizmach tworzenia się kultury. Zwraca uwagę na mechanizmy uczenia się, kształtowanie się nawyków, internalizację norm i wartości obowiązujące w danej społeczności. Ważnym aspektem psychologicznego definiowania kultury jest to, jaki wpływ ma ona na osobowość jednostki poprzez uczenie się i naśladownictwo, które jest procesem przyswajania kultury. Wszystkie te aspekty zawiera definicja zaproponowana przez S. Ossowskiego, która określa kulturę jako „zespół dyspozycji psychicznych przekazywanych na łonie danej zbiorowości przez kontakt społeczny i uzależniony od całego systemu stosunków międzyludzkich”²⁰¹. Kultura zarówno powstaje, jak i rozwija się wraz z człowiekiem i jest przekazywana z pokolenia na pokolenie, a szczególne znaczenie w tym procesie odgrywa język, który jest sztuką wyrażania idei²⁰². Sposób rozpatrywania terminu „kultura” jako wyniku działania mechanizmów psychologicznych znacznie poszerza jego zakres o zagadnienia filozofii społecznej oraz psychologii²⁰³.

Następny sposób definiowania kultury ma charakter strukturalistyczny, czyli koncentruje się na strukturze danej kultury i jej podstawowych elementach (materialno-technicznych, społecznych, ideologicznych i psychicznych), a także ich powiązaniach. Definicje tego typu skupiają się na specyfice i strukturze konkretnej kultury²⁰⁴.

Definiowanie kultury skupiające swoją uwagę na jej genezie to typ definiowania genetycznego, w którym szczególny nacisk kładzie się na wyjaśnienie pochodzenia kultury. W obrębie tego sposobu definiowania wyróżniamy dwie grupy. Pierwsza z nich koncentruje się na wewnętrznym rozwoju kultury, rozwoju jej form z niższych w wyższe. Druga z kolei dotyczy wyłaniania się kultury z natury, wyjaśniając związki i różnice pomiędzy kulturą

¹⁹⁹ M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 17-18.

²⁰⁰ A. Kłoskowska, *Socjologia kultury*, PWN, Warszawa 1983, s. 24.

²⁰¹ S. Ossowski, *Z zagadnień psychologii społecznej, Dzieła*, t. 3, PWN, Warszawa 1967, s. 163.

²⁰² M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 18.

²⁰³ Tamże, s. 18.

²⁰⁴ Tamże, s. 19.

a naturą. Kultura jest tu traktowana jako suma zachowań i wytworów ludzkich, przy czym jedni podkreślają aktywność intelektualną i duchową, inni natomiast fizyczną jako pracę ludzką.

Wymienione rodzaje definicji kultury należy przyjmować jako idealne, pozwalające uporządkować ogromną ilość objaśnień tego pojęcia, choć „nie udało się sklasyfikować według tych typów wszystkich definicji, ponieważ rzadko spotyka się definicje odpowiadające ściśle tylko jednemu z typów”²⁰⁵. Ponadto nie stanowią one z pewnością wykazu wyczerpującego, ponieważ pojawiać się będą nowe definicje ukazujące nowe wymiary tego pojęcia²⁰⁶.

Badacze wyszczególnili, aż 79 aspektów życia, które wiążą się z pojęciem „kultura”, uporządkowanych w osiem kategorii zwracających uwagę na jej „charakterystykę ogólną, jedzenie i ubranie, warunki mieszkaniowe i technikę, gospodarkę i transport, aktywności indywidualne i rodzinne, społeczność lokalną i rząd, opiekę społeczną, religię i naukę, seks i cykl życiowy”²⁰⁷.

Ponadto wyszczególniono jeszcze cztery inne aspekty kulturowe, takie jak *materialny* (gdzie każde zjawisko kulturowe powstało dzięki istnieniu przedmiotów materialnych, a dzięki formie materialnej są „uchwytnie”), *behawioralny* (zjawiska kulturowe są połączone z zachowaniami motorycznymi, zewnętrznymi, czyli czynnościami związanymi z tworzeniem i odbiorem kultury, a także z zachowaniami werbalnymi, czyli wypowiedzianymi). Kolejnym aspektem kultury jest jej wyraz *psychologiczny* (związany z wartościowaniem, ocenami, postawami, motywami, znaczeniami nadawanymi przez człowieka przedmiotom i zachowaniom) oraz aspekt *aksjonormatywny* (związany z przyjętymi normami i wartościami)²⁰⁸.

Kulturę definiuje się również jako ogół zjawisk, które demonstrują się w obyczajach, formach ustrojowych, wierzeniach, co tworzy swego rodzaju prototyp szerokich i opisowych definicji. Koncepcja definicji kultury G. Klemma oraz T. Waitza za pośrednictwem E. B. Taylora stała się podwaliną dla wielu późniejszych koncepcji zarówno etnologii, jak i antropologii kultury²⁰⁹.

²⁰⁵ M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 20.

²⁰⁶ Tamże, s. 20.

²⁰⁷ D. Matsumoto, L. Juang, *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 22.

²⁰⁸ F. Adamski, hasło: Kultura, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Żak, Warszawa 2006, s. 953.

²⁰⁹ A. Kłoskowska, *Kultura masowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1980, s. 19.

Pierwszą definicją „kultury”, jaka zyskała uznanie, jest ta przedstawiona w 1871 roku właśnie przez Edwarda B. Taylora, który stwierdził, że kultura jest zestawem zjawisk, łączących wiedzę, wierzenia, sztukę, zasady moralności, zwyczaje i inne zachowania, nawyki nabywane przez członków w określonej społeczności²¹⁰. Późniejsi badacze rozszerzyli tę definicję o zróżnicowanie pojęcia społeczności i kultury. Według nich społeczność to grupa ludzi prowadzących wspólne życie, natomiast kultura obejmuje to, co ci ludzie kolektywnie wytwarzają oraz praktykują. Wynika więc z tego, że kultura nie jest po prostu grupą ludzi, ale podzielanym i praktykowanym przez nią stylem życia, religią, normami zachowań. Kultura może być też rozumiana jako zjawisko obejmujące wszelkie przejawy życia społecznego, takie jak sposób komunikowania się, obyczaje, tradycje lub zawężenie tego pojęcia stosownie do przyjmowanego punktu widzenia, co związane jest np. z wyznawaną religią. A. Kłoskowska definiuje kulturę jako „względnie zintegrowaną całość obejmującą zachowania ludzi, przebiegającą według wspólnych dla zbiorowości wzorów wykształconych i przyswojonych w toku interakcji i zawierającą wytwory takich zachowań”²¹¹.

Kultura stanowi pewną całość, jest zintegrowanym i harmonijnym systemem, w którym zależności pomiędzy poszczególnymi elementami mają charakter funkcjonalny. Służy ona dwóm celom: zaspokojeniu potrzeb oraz utrzymaniu tożsamości systemu kulturowego²¹². W literaturze z zakresu antropologii społecznej wyróżniamy tzw. „kulturę numer jeden” (jest ona utożsamiana z cywilizacją lub rozwojem intelektualnym, które przejawiają się przez wykształcenie, sztukę, literaturę) oraz „kulturę numer dwa” (obejmuje całą sferę zwykłych, codziennych zachowań, takich jak sposób odżywiania, okazywania uczuć, dbałość o higienę osobistą, kwestie, z którymi człowiek się utożsamia)²¹³. Kultura to sposób postrzegania otaczającego nas świata, swego rodzaju przewodnik określający system wartości, przekonań i praktyk, które odnoszą się między innymi do zdrowia i choroby²¹⁴.

D. Matsumoto definiuje kulturę jako dynamiczny system reguł zarówno jawnych, jak i ukrytych, które są określone przez grupy i mają zapewnić przetrwanie ich wartości, przekonań, norm oraz zachowań. Wartości i przekonania te podzielane są przez grupy, lecz w różnym stopniu uznawane są przez poszczególne jednostki danej społeczności. Reguły

²¹⁰ M. Szopski, *Komunikowanie międzykulturowe*, WSiP, Warszawa 2005, s. 9.

²¹¹ A. Kłoskowska, *Kultura masowa, krytyka i obrona*, PWN, Warszawa 2005, s.40

²¹² F. Adamski, hasło: Kultura, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Żak, Warszawa 2006, s. 953.

²¹³ G. Hofstede, *Kultury i organizacje*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne Warszawa 2000,

²¹⁴ M.M. Andrews, *Theoretical Foundation of Transcultural Nursing*, w: *Transcultural Concepts in Nursing Care*, Third edition, red. M.M. Andrews, J.S. Boyle, Lippincott, Philadelphia 1999, s. 7.

te przekazywane są z pokolenia na pokolenie, są stosunkowo trwałe, choć wraz z upływem czasu mogą się zmienić²¹⁵.

Jest rzeczą wręcz niemożliwą, aby w jednej definicji zawrzeć całe bogactwo pojęcia „kultura”, ponieważ gdy skupimy się na jednym jej aspekcie, znaczenie innych zostanie tym samym pomniejszone. Termin ten jest wielowymiarowy i należy rozpatrywać nie tylko jego podstawowe wątki, takie jak człowiek, społeczeństwo, powtarzalność oraz fakt, że kultura jest zjawiskiem wyuczonym. Ma ona także wymiar czasowy, przestrzenny i jest systemem, posiada własną logikę. Kulturę rozpatrujemy również w aspekcie płaszczyzn, tj. materialna, behawioralna, psychologiczna czy aksjonormatywna²¹⁶.

Kultura charakteryzuje daną społeczność. Takie sformułowanie oznacza, że jest ona częścią osobowości każdego człowieka i każdy z nas jest „nosicielem” i reprezentantem swojej kultury. Jest ona jednym z czterech elementów osobowości społecznej, która została jakoby narzucona przez społeczeństwo w toku wychowania²¹⁷. Ma ona wpływ na człowieka, począwszy od cech fizycznych i biologicznych, poprzez zachowania (w tym dotyczące zdrowia), jak również filozofię życia. Czynniki kulturowe kształtujące osobowość człowieka determinują zachowanie i styl życia, co z kolei ma wpływ na nasze zdrowie.

Warto podkreślić, że wartości kulturowe odnoszące się do zdrowia stanowią element złożonego systemu wierzeń i wiedzy z zakresu przyczyn chorób, ale również symboliki chorób, a system ten podyktowany jest doktrynami religijnymi. Kultura to rodzaj porządku ludzkiego życia, który ukształtował się na historycznych doświadczeniach grup społecznych²¹⁸. Jak zauważa D. Matsumoto, ułatwia ona zarówno „grupom, jak i jednostkom przetrwanie, pomagając im wybierać zachowania, postawy, wartości i opinie, które mogą optymalizować wykorzystanie zasobów niezbędnych do zaspokojenia potrzeb związanych z przetrwaniem. (...) kultura ułatwia ludziom skupienie się na kilku możliwościach, wybranych spośród niezliczonych zachowań wchodzących w skład ludzkiego repertuaru behawioralnego, aby zmaksymalizować skuteczność ich działań, zważywszy na zasoby i środowisko”²¹⁹. Dlatego też „ludzie różnią się pod względem stopnia, w jaki przyjmują i wyznają postawy, wartości

²¹⁵ D.R. Matsumoto, L. Juang, *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, cytata za: J. Zalewska-Puchała, A. Majda, *Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarstwa*, Wyd. Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. H. Chrzanowskiej, Kraków 2014, s. 22.

²¹⁶ M. Filipiak, *Socjologia kultury - zarys zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 28-45.

²¹⁷ J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1970, s. 9.

²¹⁸ A. Kłoskowska, *Kultura masowa*, PWN, Warszawa 2005, s. 24-25.

²¹⁹ D. Matsumoto, L. Juang, *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 28-29.

i przekonania oraz podejmują zachowania, które składają się na ich kulturę”²²⁰. Jest ona elementem osobowości każdego człowieka, dzięki niej życie nabiera sensu oraz znaczenia.

Kultura to uporządkowane stosunki, powiązania pomiędzy wszelkimi czynnościami ludzkimi, do których zalicza się między innymi religię, język, sztukę, zwyczaje i filozofię. W celu przybliżenia fenomenu kultury kulturoznawcy wyjaśniają go na przykładzie modelu góry lodowej. Ukazuje on elementy, które tworzą kulturę, gdzie część z nich „jest wyraźnie widoczna/jawna, natomiast inne trudno odkryć”²²¹, tak jak w przypadku góry lodowej, gdzie zobaczyć można tylko niewielką jej część ponad poziomem wody. To, co jest widoczne, opiera się na znacznie większej części, która stanowi fundament, a która jest niewidoczna na pierwszy rzut oka. To, co jest nad „wodą”, to praktyki obserwowane (np. literatura, taniec, kuchnia) i każdy członek danej kultury jest ich świadomy. Natomiast część „pod wodą” to wartości, przekonania i normy, jakimi się kierujemy, a także postawy czy rozumienie takich pojęć jak np. piękno, rodzina²²².

W zakres kultury duchowej definiowanej przez humanistów wchodziły takie dziedziny jak filozofia, sztuka oraz religia. Obecność religii w kulturze potwierdzają również badania etnologów, którzy nie odkryli żadnego ludu pierwotnego, kultury bez jakiegokolwiek formy religijności. E. Fromm napisał, że „nie byłoby kultury w przeszłości i – jak się zdaje – nie może być kultury w przyszłości, która by nie miała religii”²²³. Również Ch. Dawson zwrócił uwagę, że „przez większość dziejów ludzkości, we wszystkich wiekach i na wszystkich stopniach rozwoju społeczeństw, religia stanowiła w kulturze wielką, centralną siłę jednoczącą. Była strażnikiem tradycji, chroniła prawa moralne, wychowywała i uczyła mądrości”²²⁴.

Religia „jest instytucją opierającą się na kulturowych wzorcach interakcji ze złożonym kulturowo istnieniem bytów ponadludzkich”²²⁵. Podobnie jak kultura jest ona pojęciem wieloznacznym i wydaje się jednym z najtrudniejszych do zdefiniowania, „gdyż w ciągu godziny można znaleźć bardzo wiele definicji religii, gdyż jest ich tak wiele jak ludzi, którzy je formułują”²²⁶. W historii badań nad religią sformułowano wiele definicji - zarówno tych

²²⁰ Tamże, s. 30.

²²¹ J. Zalewska-Puchała, A. Majda, *Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. H. Chrzanowskiej, Kraków 2014, s. 22.

²²² Tamże.

²²³ F. Adamski, hasło: Religia, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Żak, Warszawa 2006, s. 218.

²²⁴ Tamże.

²²⁵ F. Bowie, *Antropologia religii. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 22.

²²⁶ W. Piwowarski, *Socjologia religii*, Redakcja Wydawnicza Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996, s. 25-27.

stojących w opozycji do siebie, jak również tych dopełniających się. Jednakże żadnej z nich nie przyjęto powszechnie. Uważa się wręcz, że niemożliwe jest zdefiniowanie jej tak, aby objęła ona wszystkie zjawiska uważane potocznie za religijne i jednocześnie była dostatecznie precyzyjna, aby umożliwić oddzielenie zjawisk religijnych od niereligijnych²²⁷.

Termin *religia* wzięł swój początek od łacińskiego pojęcia *religio*. Na jego pojmowanie wpływ miała przede wszystkim filozofia Cyncerona oraz jego interpretacja, ponieważ czerpał on znaczenie *religio* z *relegere*, co oznacza „ponownie odczytane, wybrane czy rozważane”, jak również „przestrzeganie tego” i ma to związek z oddawaniem czci bogom²²⁸. Również św. Augustyn rozumiał i wiązał pojęcie religii z *religere* jako ponowny wybór „ponieważ człowiek wybiera Boga jako swój cel ostateczny”²²⁹.

Początkowo pojęcie „religia” odnosiło się prawie wyłącznie do chrześcijaństwa, natomiast inne wierzenia (religie) były określane jako pogańskie. W poszczególnych kulturach stosowano różne odpowiedniki i synonimy pojęcia „religia”. Starożytni Grecy używali określenia *eusebei* podkreślającego bojaźń wobec bóstw, natomiast w kulturze rzymskiej podkreślano kult uwielbienia i służbę - *latreia*. Izraelici z kolei używali *jir'ath elohim* oznaczające „bojaźń przed Bogiem”. Arabowie obok określenia *islam*, co oznacza „całkowicie się oddać” (w domyśle Allahowi), także terminu *din*, czyli „prawo, obyczaj, sposób życia według religii, posłuszeństwo”. Hindusi posługują się sanskryckim określeniem *sanatana dharma* („wieczna nauka, wieczna prawda i wieczne prawo”)^{230 231}. Amerykański psycholog J. H. Leuba w 1912 roku wymienił 48 definicji religii, natomiast inny badacz wymienia ich jeszcze więcej, bo aż 150, co pokazuje, iż pojęcie „religia” jest terminem równie trudnym do zdefiniowania jak „kultura”²³².

Podstawy socjologicznego rozpatrywania pojęcia „religia” stworzyli E. Durkheim i M. Weber. Pierwszy z nich chciał swoją definicją objąć wszystkie systemy uznawane za „religijne”, ale jednocześnie zapewnić jej zwartość, bez względu na to, czy uwzględnia się wierzenia w Boga lub bogów. Nie chciał on wprowadzać bóstwa jako definiującej cechy religii. Zwracał uwagę na to, aby sformułować definicję na tyle szeroką, by objęła ona swoim zakresem

²²⁷ G. Lanczakowski, hasło: Religia, w: *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 682.

²²⁸ E. Chat, *Religia w życiu człowieka. Istota, geneza i funkcja religii*, Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, Sandomierz 2009, s. 10.

²²⁹ Tamże.

²³⁰ H. Hoffmann, *Naukowa refleksja nad religiami* w: *Słownik wiedzy o religiach*, M. Siwiec (red.), Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 21.

²³¹ E. Chat, *Religia w życiu człowieka. Istota, geneza i funkcja religii*, Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, Sandomierz 2009, s. 10.

²³² Tamże.

teistyczne oraz nieiteistyczne systemy wierzeń. Dlatego też definicja religii w ujęciu E. Durkheima mówi, że jest to „zintegrowany system wierzeń i praktyk odnoszący się do rzeczy świętych, tzn. rzeczy wyłączonych i zakazanych – wierzeń i praktyk łączących wszystkich, którzy uznają je za swoje w jedną wspólnotę moralną, zwaną Kościołem”²³³.

Natomiast M. Weber zwracał uwagę na zachowania społeczne, w tym również religijne, oraz analizował znaczenie, jakie tym zachowaniom przypisywali ludzie. Punktem wyjścia były dla niego „obszary znaczenia obejmujące podstawowe wierzenia oraz podstawowe perspektywy, wokół których jednostki organizują swoje życie”²³⁴.

Na podstawie wypowiedzi E. Durkheima i M. Webera sformułowano w późniejszym czasie dwa typy socjologicznych definicji religii: funkcjonalne i substancjalne, inaczej rzeczowe. Definicje funkcjonalne koncentrują się na roli, jaką religia pełni w społeczeństwie oraz w życiu jednostki²³⁵. Definicja sformułowana przez J.M. Yingera, odwołująca się do problematyki istnienia, ujmuje religię jako „system wierzeń i praktyk, za pomocą których grupa ludzi zмага się z ostatecznymi problemami ludzkiego życia”²³⁶.

Na kulturowy aspekt definicji religii uwagę zwracali tacy badacze jak T. Parsonsas, R. Bellacha oraz współczesny antropolog C. Geertza, traktując religię jako element kulturowy²³⁷. Rozumieją ją jako „system działających symboli wywołujących potężne, wszechobecne i długo utrzymujące się u ludzi nastroje i motywacje przez formułowanie koncepcji ogólnego porządku życia i przywdziewanie tych koncepcji w aureę prawdziwości tak, że nastroje i motywacje wydają się wyjątkowo realistyczne”²³⁸. Definicje funkcjonalne nie ograniczają się tylko do religijności instytucjonalnej i konwencjonalnej, co daje możliwość „włączania w obszar religii innych ideologii i systemów świeckich pełniących podobne jak religia funkcje”²³⁹, które to stanowią substytut religii.

Drugi typ stanowią definicje substancjalne, czyli rzeczowe, które określają, czym jest religia. Zwracano w nich uwagę na „ukształtowaną w procesie socjalizacji i akulturacji społeczną formę religijności i konstruowano je w nawiązaniu do trzech dyrektyw

²³³ W. Piwowski, *Socjologia religii*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996, s. 26.

²³⁴ T. Borutka, J. Wal, *Zarys socjologii religii*, Wydawnictwo Czuwajmy, Kraków 2012, s. 38.

²³⁵ Tamże.

²³⁶ W. Piwowski, *Socjologia religii*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996, s. 345.

²³⁷ T. Borutka, J. Wal, *Zarys socjologii religii*, Wydawnictwo Czuwajmy, Kraków 2012, s. 38-39.

²³⁸ Cyt. za F. Bowie, *Antropologia religii. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 22.

²³⁹ Cyt. za T. Borutka, J. Wal, *Zarys socjologii religii*, Wydawnictwo Czuwajmy, Kraków 2012, s. 39.

metodologicznych”²⁴⁰. Pierwsza z nich przyjęła założenie, że „religijność dostępna w badaniach jest religijnością zinstytucjonalizowaną; druga – uwzględnia kontekst społeczno-kulturowy, w którym to rozwijają się zjawiska zaliczone jako religijne; trzecia dyrektywa metodologiczna zwraca uwagę na treściowe elementy religii, z których najważniejsze są: odniesienie do rzeczywistości ponadempirycznej, jakaś forma zrzeszenia religijnego, zachowania rytualne i przepisy etyczne”²⁴¹.

Przedstawicielami tego typu definiowania są W. Cohn, R. Robertson, È. Pin oraz ks. W. Piwowarski. Definiowali oni religię jako „system wierzeń, wartości oraz związanych z nimi czynności, podzielanych i spełnianych przez grupę ludzi, które wynikają z rozróżnienia rzeczywistości empirycznej i pozaempirycznej oraz podporządkowania co do znaczenia spraw rzeczywistości empirycznej sprawom rzeczywistości pozaempirycznej”²⁴². Podobnie uważał N. Söderblom, definiując religię jako „stosunek między człowiekiem a pozaświatową siłą, w którą człowiek wierzy i od której czuje się zależny, stosunek wyrażający się w modlitwie, zaufaniu, bojaźni, ofiarach, etycznym postępowaniu”²⁴³. F. Adler określał ją jako to, „co łączy człowieka z nieskończonością”²⁴⁴. Religia określana jest również jako postawa i nastawienie człowieka do otaczającego świata, którą Helmut von Glasenapp określał jako „wiara w istnienie nadnaturalnych, osobowych lub nieosobowych mocy wyrażająca się w myśleniu, chceniu i postępowaniu; od mocy tych człowiek czuje się zależny, stara się je pozyskać dla siebie lub też usiłuje się do nich wznieść”²⁴⁵. W przytoczonych definicjach widać, że religia to relacje religijne pomiędzy Bogiem a człowiekiem, choć według niektórych autorów relacja ta zredukowana jest do wiary, moralności czy uczucia.

Jak przedstawiono powyżej, dotychczas sformułowano bardzo wiele definicji „religii”. Jedna z nich, która szeroko ujmuje termin „religia” i opiera się na koncepcji C. Smitha, mówi, iż jest to system oparty na tradycji, jak również stosunek człowieka do sacrum²⁴⁶. Podkreśla ona, że „religia to oparty na tradycji zespół przekonań (wierzeń), dotyczących świata (w tym także człowieka i ludzkości) oraz sił w nim rządzących, w których to przekonaniach

²⁴⁰ Tamże.

²⁴¹ Tamże.

²⁴² W. Piwowarski, *Socjologia religii*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996, s.43.

²⁴³ E. Chat, *Religia w życiu człowieka. Istota, geneza i funkcja religii*, Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, Sndomierz 2009, s. 12.

²⁴⁴ F. Adler, *The Religion of duty*, New York McClure Phillips&C0, New York 1905, s. 94.

²⁴⁵ E. Chat, *Religia w życiu człowieka. Istota, geneza i funkcja religii*, Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, Sndomierz 2009, s. 13.

²⁴⁶ Tamże, s. 22.

odzwierciedla się stosunek człowieka do – różnie przezeń pojmowanego – sacrum (sił nadprzyrodzonych) uzewnętrzniających się w doktrynie religijnej, kulcie religijnym i organizacji religijnej”²⁴⁷.

Antropologowie A. Lehmann oraz J. Myers zaproponowali „rozszerzenie definicji religii poza duchowe i ponadludzkie byty, tak żeby móc do niej włączyć niezwykle, cudowne i niewyjaśnione. Umożliwia to stworzenie bardziej wszechstronnego obrazu zachowań religijnych ludzi z całego świata i pozwala na antropologiczne badanie takich fenomenów, jak magia, czarnoksiężstwo, klątwy i inne praktyki, które zachowały swoje znaczenie zarówno w piśmiennych, jak i niepiśmiennych społeczeństwach”²⁴⁸. Również N. Smart zwróciła uwagę na potrzebę ujęcia w definicji religii jej wielowymiarowości, tak aby uwzględnić każdą religię, podkreślić praktyczne, estetyczne oraz emocjonalne jej aspekty, a nie skupiać się tylko na świętych księgach i formułach doktrynalnych²⁴⁹. N. Smart określiła osiem wymiarów religii: rytualny (praktyczny), doktrynalny (filozoficzny), mityczny (narracyjny), eksperymentalny (emocjonalny), etyczny (prawny), organizacyjny (społeczny), materialny oraz polityczny i ekonomiczny²⁵⁰. Jej koncepcja wymiarów religii jest podejściem porównawczym, które skupia się na poszukiwaniu podobieństw oraz związków pomiędzy odmiennymi religiami. Dlatego też N. Smart ujmuje religię jako „wieloaspektowy fenomen z zachodzącymi na siebie sferami”²⁵¹.

Pewne jest, że religia była obecna w życiu człowieka. „Potwierdzają to również badania etnologów, którzy nie odkryli żadnego ludu pierwotnego (nawet niepiśmiennego) bez jakiegokolwiek formy religii”²⁵². Próbuąc odpowiedzieć na pytanie o genezę religii, należy rozgraniczyć takie zagadnienia jak indywidualne postawy wiary w Boga oraz religię jako zjawisko kulturowe. Należy również rozgraniczyć genezę konkretnej religii od pochodzenia religii jako zjawiska w ogóle samego w sobie. O genezie religii jako ogółu mówią „teorie naturalistyczne, odwołujące się do czynników przyrodzonych, i teorie antynaturalistyczne odwołujące się do czynników nadprzyrodzonych – specjalnej ingerencji Boga.

²⁴⁷ H. Hoffmann, *Naukowa refleksja nad religiami w: Słownik wiedzy o religiach*, M. Siwiec (red.), Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 22.

²⁴⁸ A. Lehmann, C.I. Myers, E. Hames (red), *Magical, Witchcraft and Religion: an Anthropological Study of Supernatural*, Maryfield Publishing Co., wydanie czwarte, Mountain View, CA 1997, s. 3; za: F. Bowie, *Antropologia religii wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 23.

²⁴⁹ F. Bowie, *Antropologia religii wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 23.

²⁵⁰ Tamże, s. 24.

²⁵¹ Tamże, s. 24.

²⁵² Tamże, s. 685.

W drugiej połowie XIX wieku zaczęto doszukiwać się początków religii w prymitywnych formach wszelkich wierzeń poprzez animizm²⁵³, politeizm po monoteizm. Początki religii umiejscawia się w sferze intelektualnej jako próbę wytłumaczenia otaczającego, często niezrozumiałego świata, lub też jako odpowiedź na emocjonalne potrzeby człowieka. E. Taylor doszukiwał się jej „genezy w wierze w niematerialne dusze, zamieszkujące kamienie, drzewa, zwierzęta lub ludzkie ciała, mogące jednak istnieć niezależnie od nich. Początku istnienia religii doszukiwano się w czci oddawanej przodkom, połączonej z wiarą w duchy, wywołaną marzeniami sennymi. J. G. Frazer uważał, że rozwinęła się w magicznym okresie kultury z potrzeby myślowego opanowania otaczającego człowieka świata”²⁵⁴.

W literaturze etnologicznej badacze zwracają uwagę na „rozdzielenie między religią a magią i podają definicję religii ze specjalnym uwzględnieniem tego przeciwstawienia”²⁵⁵. Teorie genezy religii postrzegają człowieka pierwotnego jako istotę pojętą z rozwiniętą zdolnością do refleksji oraz analizy. Magia zaś postrzegana jest jako „najpierwotniejsza forma odniesienia się człowieka do otaczającego go wszechświata. Odpowiada ona bardzo nierozwiniętemu i surowemu stanowi umysłu ludzkiego, w którym człowiek przypuszczał, iż potrafi własnymi siłami kierować i zmieniać bieg natury. Treścią natury magii jest wiara, iż człowiek może wpływać na siły natury i zmuszać je do czegoś jedynie potęgą zaklęć i rytuałów, pozwala człowiekowi działać wprost na otoczenie i panować nad nim”²⁵⁶. Jak uważał J.G. Frazer, człowiek pierwotny nie rozróżniał procesów psychologicznych od zewnętrznych, dlatego przyjął zasady magii („podobne wywołuje podobne oraz cokolwiek raz znajdowało się we wzajemnym zetknięciu, na zawsze pozostanie w pewnym stosunku do siebie”²⁵⁷) za obiektywne prawo.

Dopiero w późniejszych latach, człowiek przekonał się, iż zarówno jego przekonania, jak i teorie były błędne. Zaczął rozumieć otaczający świat jako taki, w którym poza widoczną

²⁵³ Animizm - „pierwotna forma religii, której istota miała się sprowadzać do powszechnej wiary w istnienie niematerialnych i zdolnych do samodzielnej egzystencji dusz, ożywiających wszystkie elementy kosmosu i przyrody, w tym człowieka. W religioznawstwie rozumiano go dwojako: jako pierwszy etap rozwoju religii (religia pierwotna) oraz jako «minimum religii», jądro wszystkich wierzeń religijnych. Według E. Taylora animizm narodził się z obserwacji i refleksji nad zjawiskami snu, choroby, śmierci oraz odmiennych stanów świadomości, jak omdleń, wizji, transu, halucynacji”; źródło: Hasło: Animizm, w: *Religie świata. Encyklopedia PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 41.

²⁵⁴ G. Lanczakowski, hasło: Religia, w: *Religie świata. Encyklopedia PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s.41.

²⁵⁵ B. Malinowski, *Wierzenia pierwotne i formy ustroju społecznego. Pogląd na genezę religii ze szczególnym uwzględnieniem totemizmu. O zasadzie ekonomii myślenia*, PWN, Warszawa 1984, s. 95.

²⁵⁶ Tamże.

²⁵⁷ Tamże.

rzeczywistością istnieją „niewidzialne siły, nad którymi panować nie może. Siły te wyobrażał sobie antropomorficznie, obdarzał nimi istoty, które zwał bogami, aniołami, demonami i na tym poznaniu zbudował nowy system”²⁵⁸. Aby pozyskać łaskawość tych istot, „rozwinął system modłów i aktów błagalnych”²⁵⁹. Nowe spojrzenie na otaczający świat, wierzenia i związane z nim praktyki stworzyły religię, która według J.G. Frazera jest przeciwstawna magii. Pogląd ten tłumaczy genezę religii, przypisując „umysłowi człowieka prymitywnego skłonność i zdolność do filozoficznej refleksji, wskazując jak magia i religia rozwinęły się po kolei jako system teoretycznego pojmowania wszechświata i praktycznego zachowania się opartego na tych ich teoriach”²⁶⁰.

Jednak E. Crawley, angielski uczyony, doszedł do wniosków, „że pojęcia o bóstwach i istotach duchowych nie stanowią istoty religii ani nie tłumaczą jej genezy”²⁶¹. Uważał on również, że „zasadniczą rolę w wielu religiach odgrywają kryzys życia ludzkiego, przejścia oraz akty i czynności odgrywające w życiu ludzkim najważniejszą rolę. Po wsze czasy, na wszystkich stopniach kultury i u wszystkich ras ludzkich narodziny, dojście do pełnoletniości, małżeństwo, śmierć, pogrzeb stosunki płciowe, odżywianie się, wojna stanowiły główne tematy aktów religijnych. (...) Życie więc jest kluczem do problemu religii. Instynkt życiowy, poczucie życia, wola do życia, są źródłem impulsu religijnego i początkiem religii, a raczej są z nią identyczne”²⁶². Podobnie uważa inny badacz I. King: „Religia nie da się określić ani wiarą w bogów, ani w duchy, ani żadnym innym określonym typem wyobrażeń o potęgach nadprzyrodzonych. Religia jest pewną formą ludzkiego wartościowania, to znaczy, że w religii człowiek dąży do osiągnięcia pewnych celów, zaspokajania pewnych pragnień, urzeczywistniania pewnych ideałów”²⁶³. Religia według I. Kinga stanowi nie tylko wyobrażenia, ale pewne czynności religijne mające ścisły związek z funkcjami życiowymi. Stanowi ona pewne wartości które w sposób bezpośredni odnoszą się do kwestii życia, stanowiąc pewien system wartości, dzięki któremu „grupa społeczna wyraża swą wartość dla samej siebie”²⁶⁴.

Na przestrzeni wieków różne religie pojawiały się i zanikały, wymierały. Niektóre z nich funkcjonowały tylko przez kilka wieków, inne istnieją i rozwijają się nadal. Na świecie

²⁵⁸ Tamże, s. 95.

²⁵⁹ Tamże, s.96.

²⁶⁰ Tamże.

²⁶¹ Tamże, s. 98.

²⁶² Tamże.

²⁶³ Tamże, s. 99.

²⁶⁴ Tamże.

funkcjonują różne systemy religijne, w „których to, co „święte”, jest rozumiane w różny sposób”²⁶⁵. Rozróżniamy religie, w których obowiązuje oddawanie czci tylko jednemu Bogu (monoteizm), jak i takie w których występuje wielobóstwo (politeizm), oraz religie, w których „pojęcie boga bądź to wcale nie występuje, bądź też nie odgrywa znaczącej roli (np. wczesny buddyzm). Znanie są wierzenia, w których głównym przedmiotem czci są rozmaite zwierzęta, rośliny, elementy przyrody nieożywionej (góry, rzeki, jeziora itp.)²⁶⁶.

Religie - zarówno te wymarłe, jak i współczesne - można uszeregować w następujące grupy:

- religie wymarłe i żywe - takie, które istniały kiedyś i funkcjonowały jako wynik działania określonych sił, jednak wraz z upływem czasu straciły rację bytu i zanikły; po niektórych z nich pozostały relikty, tj. ruiny świątyń, grobowców czy inne zabytki, a także resztki literatury religijnej; natomiast religie żywe to religie współczesne, które wpływają na ludzki światopogląd²⁶⁷;
- plemienne, narodowe, światowe - kryterium klasyfikacji jest zasięg geograficzny i etniczny; religie plemienne są ściśle związane z życiem danego plemienia, wyrażając jego tradycje czy sposób życia; natomiast religie narodowe związane są z funkcjonowaniem danego narodu i najczęściej powstawały na gruncie religii plemiennych²⁶⁸;
- ateistyczne, politeistyczne, monoteistyczne, panteistyczne i deistyczne - opierają się na centralnej postaci jaką jest Bóg²⁶⁹;
- naturalne i złożone - „poprzez religie naturalne rozumie się te, które wyrastają z podłoża ekonomiczno-społecznego danej grupy, a wierzenia są przekazywane z pokolenia na pokolenie w opowieściach, zwyczajach czy obrzędach. Religie te nie odwołują się do objawień czy świętych pism, nie uwzględniają również działalności wizjonerów, proroków czy charyzmatyków. Utożsamiana jest z naturalną, dlatego, że każda jednostka na podstawie urodzenia i wychowania staje się jej członkiem (...).

²⁶⁵ H. Hoffmann, *Naukowa refleksja nad religiami*, w: *Słownik wiedzy o religiach*, M. Siwiec (red.), Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 21.

²⁶⁶ Tamże.

²⁶⁷ J. Keller, *Religia*, w: J. Keller, W. Kotański, W. Tyloch, B. Kupis (red.), *Zarys dziejów religii*, Iskry, Warszawa 1986, s. 14.

²⁶⁸ Tamże, s. 14-15.

²⁶⁹ Tamże, s. 16.

Odmienne charakter mają religie złożone. Związane są one z osobą „założyciela” i faktem objawienia czy oświecenia²⁷⁰; do religii złożonych należą między innymi buddyzm, chrześcijaństwo czy islam.

Różnorodność religijna wynika z faktu, iż „religie różnią się między sobą także sposobem przekazu własnej tradycji. Niektóre z nich posiadają własne księgi święte (np. Wedy, Biblia, Koran, Tora), w innych zaś tradycja przekazywana jest ustnie z pokolenia na pokolenie”²⁷¹. Różnice wynikają również z przekonań o relacjach człowieka do otaczającego go świata, „możliwościach zbawienia”.

Reasumując powyższe rozważania, w pracy przyjęto rozumienie pojęcia kultury jako zespołu norm obowiązujących członków danej zbiorowości ludzkiej i warunkujących jej trwanie, mających wpływ na wiedzę, wierzenia, moralność, prawo, obyczaje społeczności. Jest to zbiór norm obowiązujących członków danej zbiorowości ludzkiej, ich sposób życia, w tym zachowania zdrowotne, sposób pojmowania otaczającego świata oraz radzenia sobie z problemami życia codziennego i stresem. To zespół norm i zasad, które są określone poprzez tradycję danej społeczności, a jednocześnie są determinowane przez przyjętą religię. W niniejszej pracy przyjęto takie rozumienie pojęcia „religia”, które traktuje ją jako przejaw tego, co Bóg - bez względu na to jaką przybiera postać czy imię - zaleca swoim wyznawcom. Religia jest nauką normatywną, która określa sposób, w jaki należy żyć i postępować. Religia to nie tylko Bóg, obrzędy religijne, tradycja, ale i wytyczne dotyczące tak podstawowych elementów życia jak np. dieta, odpoczynek.

Obecnie funkcjonuje bardzo wiele różnych religii, a duża część z nich jest wewnętrznie zróżnicowana pod względem doktrynalnym, etycznym, kulturowym czy organizacyjnym. Przejawem tego wewnątrzreligijnego zróżnicowania w chrześcijaństwie są istniejące nurty takie jak prawosławie, protestantyzm, katolicyzm.

Na świecie istnieje pięć głównych, najbardziej znaczących i największych religii świata:

- chrześcijaństwo (33% ludzkości - 2 mld),
- islam (22% ludzkości - 1,3 mld),
- hinduizm (15% ludzkości - 900 mln),
- buddyzm (6% ludzkości - 360 mln),
- judaizm (1 % ludzkości - 14 mln)

²⁷⁰ Tamże, s. 15.

²⁷¹ M. Siwiec (red.), *Słownik wiedzy o religiach*, Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 21.

- 14% (850 mln) stanowią ateści^{272 273}.

Spółczenstwa stanowią „wielobarwną mozaikę kultur, religii i światopoglądów”²⁷⁴, a ich wewnętrzne podziały, nurty z jednej strony podkreślają tę różnorodność, jednak z drugiej, mając wiele cech wspólnych, zbliżają te religie do siebie. W badaniach skupiłam się na takich religiach jak chrześcijaństwo, w tym katolicyzm oraz protestantyzm - adwentyzm na przykładzie Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego z uwagi na wspólne korzenie ich powstania, ale jednocześnie ze znamienymi różnicami pomiędzy tymi dwoma nurtami. Następnie skoncentrowałam się na pozostałych orientacjach religijnych, takich jak islam, judaizm, hinduizm oraz buddyzm.

Chrześcijaństwo

Chrześcijaństwo (gr. *christianismos*, łac. *christianismus*, *christianitas*) jest religią monoteistyczną i uniwersalistyczną. Jej powstanie datuje się na I w. n.e. Dzieje chrześcijaństwa określone są przez tradycję Starego Testamentu oraz „emancypację z żydowskiego Prawa”²⁷⁵. Podczas Pięćdziesiątnicy, gdy w Jeruzalem Żydzi ze wszystkich krajów oraz uczniowie Jezusa byli zebrani na jednym miejscu, „nagle rozległ się szum z nieba, jakby gwałtownie wiejącego wiatru. I napełnił cały dom, w którym przebywali. Zobaczyli też języki podobne do ognia. Rozdzielały się one i na każdym z nich spoczął jeden. Wszystkich napełnił Duch Święty. Zaczęli mówić różnymi językami, tak jak im Duch pozwalał się wypowiadać”²⁷⁶. Jak pisze M. Eliade, „zstąpienie Ducha Świętego interpretowane jest jako nowe objawienie Boga, analogicznie do objawienia na Górze Synaj. W dniu Zielonych Świątek rodzi się Kościół chrześcijański”²⁷⁷. Od tego też momentu apostołowie wyruszają głosić ewangelię, nawołując do nawrócenia i „głoszą się świadkami zmartwychwstałego Jezusa Chrystusa”²⁷⁸.

Spoiwem łączącym wszystkich chrześcijan są „dzieje i los Jezusa Chrystusa”²⁷⁹. „Jezus Chrystus jest nie tylko jednorazowym początkiem, lecz także trwałym fundamentem i niejako

²⁷² *Niezbędnik inteligenta. Religie świata*, „Polityka” 6/2009, s. 129.

²⁷³ Baza danych statystycznych www.adherents.com (dostęp z dnia 20.12.2014).

²⁷⁴ A. Różańska, *Religijność i tożsamość religijna w badaniach międzykulturowych i praktyce edukacyjnej*, w: T. Lewowicki, A. Różańska, U. Klajmon-Lech (red.), *Religia i edukacja międzykulturowa*, Cieszyn-Warszawa-Toruń: Wyd. Adam Marszałek 2012, s. 59-75.

²⁷⁵ E. Brunner-Traut (red), *Pięć wielkich religii świata*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2002 s. 148.

²⁷⁶ *Dzieje Apostolskie 2,2-4*, Biblia, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 1169.

²⁷⁷ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 225.

²⁷⁸ Tamże.

²⁷⁹ E. Brunner-Traut, *Pięć wielkich religii świata*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2002 s. 149.

duszą chrześcijaństwa²⁸⁰. Jest On uznany za Syna Bożego, Mesjasza i Zbawiciela dla grzesznej ludzkości. Jezus Chrystus zgromadził On wokół siebie wiernych uczniów zwanych apostołami i dzięki ich działalności misyjnej chrześcijaństwo się rozwinęło. Literatura przedmiotu dzieli źródła wiedzy o Jezusie Chrystusie, jego życiu i działalności na poza chrześcijańskie oraz chrześcijańskie²⁸¹. Źródła poza chrześcijańskie pochodzą z Rzymu lub Małej Azji i należą do nich: *Vita Claudii* Swetoniusza, *Annales* historyka rzymskiego Tacyta, przekaz Pilniusa Młodszego, jak również przekazy pochodzenia żydowskiego - *Toledoh Jeszu* (pochodzenie Jezusa) oraz relacje zromanizowanego historyka żydowskiego Józefa Flawiusza. Natomiast przekazami chrześcijańskimi są księgi Nowego Testamentu, w tym Ewangelie i listy apostołskie oraz pisma ojców Kościoła²⁸².

Dzięki wspomnianym źródłom można ustalić chronologię życia i działalności Chrystusa. Urodził się On za panowania Heroda Wielkiego, około 4 lata przed naszą erą, w Betlejem. Okres Jego działalności publicznej przypada na okres panowania cesarza Tyberiusza, namiestnictwa Ponckiego Piłata i rządów Heroda Antypasa. Historycznie przyjmuje się, że działalność Chrystusa rozpoczęła się w 27 roku n.e i trwała 3,5 roku. Pozwala to przypuszczać, że Jego śmierć na krzyżu przypada na wiosnę 31 roku n.e²⁸³.

Pierwsza gmina chrześcijańska powstała w Jerozolimie, jednak w tym samym czasie tworzyły się gminy w innych miejscach Palestyny²⁸⁴. Społeczność tę określano sektą, a o apostołe Piotrze mówiono: „Mąż ten, stwierdziliśmy to bowiem, jest rozsądnikiem zarazy i zakrzewiem niepokojów wśród wszystkich Żydów na całym świecie i przywódcą sekty nazareńczyków²⁸⁵. Natomiast pierwsza „ważna wspólnota nawróconych pochodzących ze środowisk pogańskich²⁸⁶ powstała w Antiochii Syryjskiej i również tutaj upatruje się genezy terminu „chrześcijaństwo”, gdzie około 43 roku n.e. wyznawców Jezusa Chrystusa nazywano *christiano*. Natomiast „Żydzi zwali ich Nazarejczykami, Galilejczykami, Ebionitami (hebr. ebionim, ubodzy), w czym wyrażało się przekonanie, że chrześcijanie są tylko odłamem lub sektą judaizmu²⁸⁷.

²⁸⁰ Tamże.

²⁸¹ B. Kumor, *Historia Kościoła*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 17.

²⁸² Tamże.

²⁸³ Tamże.

²⁸⁴ Tamże, s. 130.

²⁸⁵ Dzieje Apostolskie 24,5, Biblia, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 1201.

²⁸⁶ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 226.

²⁸⁷ M. Banaszek, *Historia Kościoła katolickiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2005, tom 1, wyd. 2, s. 18.

Określenie „chrześcijanie” pochodziło prawdopodobnie z kręgów pogańskich i początkowo miało wydźwięk negatywny. Przyjęcie przez wyznawców nowej religii zaczęło wyrażać ich odrębność i tożsamość²⁸⁸. Z Antiochii Syryjskiej „misja chrześcijańska promieniuje na cały hellenistyczny świat”²⁸⁹. Głoszenie ewangelii „spotkało się z energiczną reakcją ze strony synagogi żydowskiej w postaci zakazu ewangelizacji i uwięzienia apostołów²⁹⁰, jednak pomimo tego „Piotr i apostołowie odpowiadając, rzekli: Trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi”²⁹¹. Dlatego też prześladowania nie spowolniły rozwoju chrześcijaństwa i ewangelia rozprzestrzeniała się. „Do IV w. n.e. w wielu prowincjach rzymskich chrześcijaństwo przyjęła niemal połowa mieszkańców cesarstwa”²⁹². Natomiast za czasów Teodozjusza I Wielkiego stało się ono religią państwową²⁹³.

Na skutek zróżnicowania politycznego, kulturowego i ekonomicznego, a także dogmatycznych różnic pomiędzy chrześcijaństwem zachodnim (katolicyzmem) i bizantyjskim (wschodnim) w 1054 roku doszło do tzw. schizmy wschodniej i wyodrębnienia prawosławia²⁹⁴. Dużą rolę w rozłamie odegrała „rywalizacja biskupów Rzymu i Konstantynopola o pierwszeństwo i najwyższą władzę w Kościele”²⁹⁵, której pochodną były pogłębiające się różnice doktrynalne, które „koncentrowały się na tym, że Kościół wschodni za najwyższą instancję uznawał sobór powszechny a Kościół zachodni – biskupa rzymskiego”²⁹⁶. Zerwaniem jedności kościelnej pomiędzy Kościołem zachodnim i wschodnim były postanowienia synodu trullańskiego, natomiast „formalnie łączność między tymi Kościołami została zerwana za patriarchy Konstantynopola, Focjusza, a później Cerulariusza”²⁹⁷.

Pięć wieków później w łonie Kościoła zachodniego ponownie doszło do rozłamu - w XVI wieku „po tragicznych sporach między reformacją a kontreformacją, również Kościół zachodni rozpadł się na wiele wspólnot wyznaniowych”²⁹⁸. Ruch reformacyjny został zapoczątkowany przez Marcina Lutra w 1517 roku i „spowodował podział średniowiecznego

²⁸⁸ Hasło: Chrześcijaństwo, w: *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 198.

²⁸⁹ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 226.

²⁹⁰ B. Kumor, *Historia Kościoła*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 19.

²⁹¹ Dzieje Apostolskie 5,29, Biblia, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 1174.

²⁹² Hasło: Chrześcijaństwo, w: *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 199.

²⁹³ Tamże.

²⁹⁴ M. Poniewierska, Ł. Trzciniński, hasło: Chrześcijaństwo, w: *Religia. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2001, tom 2, s. 488.

²⁹⁵ M. Zieliński, *Człowiek i religie*, ASTRUM, Wrocław 2000, s. 142.

²⁹⁶ Tamże.

²⁹⁷ Tamże, s. 141.

²⁹⁸ E. Brunner-Traut (red.), *Pięć wielkich religii świata*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2002, s. 147.

świata zachodniego”²⁹⁹, w wyniku czego wyodrębnił się protestantyzm, który „określa różne wyznania chrześcijańskie wywodzące się od reformacji”³⁰⁰.

Obecnie chrześcijaństwo jest jedną z największych religii świata, licząc około 2 184 060 000 wyznawców w różnych denominacjach i Kościołach³⁰¹. Badania do niniejszej pracy były prowadzone wśród wyznawców Kościoła katolickiego oraz Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, w związku z czym charakterystyka religii przedstawia katolicyzm oraz spośród wyznań protestanckich – adwentyzm. W charakterystyce pominięto prawosławie ze względu na brak możliwości przeprowadzenia badań spowodowany utrudnionym dostępem i kontaktem z badanymi tego nurtu.

Katolicyzm

Kościół rzymskokatolicki jest największą chrześcijańską wspólnotą wyznaniową - liczy ok. 970 milionów wyznawców. Głosi on zasady wiary i życia religijnego określane jako katolicyzm (gr. *katholikos* - „powszechny, wspólny”). Za początek działalności Kościoła katolickiego przyjmuje się rozpoczęcie działalności pierwszego Kościoła powstałego w Jerozolimie, na któremu przewodziło dwunastu apostołów z Piotrem na czele. Rozpoczęcie jego działalności jest „ściśle związane z rozwojem chrześcijaństwa”³⁰². Nazwa Kościół katolicki - powszechny - nie funkcjonowała w chrześcijaństwie pierwotnym³⁰³. Zaczął jej używać na początku II wieku „Ignacy z Antiochii i oznaczała ona całą wspólnotę chrześcijańską zjednoczoną wiarą, kultem i organizacją”³⁰⁴. Jednak dopiero w IV wieku wyodrębniła się „struktura organizacyjna z podziałem na patriarchy, uznając pierwszeństwo biskupa Rzymu, metropolie, biskupstwa, diecezje”³⁰⁵.

Na przestrzeni wieków na soborach ustalano zasady doktrynalne, kultury, jak również określano prawa kościelne. Opierano się na „teologii ojców Kościoła, przekładając zasady biblijne na język kultury greko-rzymskiej”³⁰⁶. Historii kształtowania się Kościoła katolickiego towarzyszyły rozłamy zarówno organizacyjne, tj. Schizmy, jak i doktrynalne, tj. herezje.

²⁹⁹ M. Zieliński, *Człowiek i religie*, ASTRUM, Wrocław 2000, s. 143.

³⁰⁰ Tamże, s. 143.

³⁰¹ *Global Christianity, A Report on the Size and Distribution of the World's Christian Population*, Pew Research Center, Washington 2011, s. 11.

³⁰² M. Banaszek, *Historia Kościoła Katolickiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stanisława Wyszyńskiego, Warszawa 2006, tom 1 (wersja PDF).

³⁰³ Hasło: Katolicki Kościół, w: *Religia. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2003, tom 5, s. 409.

³⁰⁴ Tamże.

³⁰⁵ Tamże.

³⁰⁶ Tamże.

Struktura kościelna kształtowała się przez wieki w dużym stopniu w polemice z - między innymi - judaizmem, millenaryzmem, monarchianizmem, arianizmem itd. Wiele tych nurtów miało na tyle znaczący wpływ na rozwój Kościoła, że z wyłoniły się z nich odrębne struktury kościelne, jednak do czasów obecnych przetrwały tylko te, które łączą się doktrynalnie z odrębnością narodową³⁰⁷.

Prześladowania chrześcijan, które trwały do IV wieku, znacznie utrudniały organizacyjne ujednoczenie Kościoła katolickiego, a jednak ukształtowały się podstawowe zasady wiary³⁰⁸, które określają, że:

- Bóg jest jeden w Trzech Osobach.
- Syn Boży stał się człowiekiem w osobie Jezusa, który jest Zbawicielem świata, ponieważ umarł za grzechy świata i zmartwychwstał zwyciężając śmierć i szatana.
- Ludzie zerwawszy więzi z Bogiem, żyją z dala od niego i podlegają śmierci; każdy człowiek został wezwany do wiary w Boga, do życia w nadziei i miłości do bliźniego, do pełnienia woli Bożej, która została wyrażona w Dekalogu³⁰⁹.
- Przeznaczeniem ludzi jest życie wieczne z Bogiem i zmartwychwstanie po powrocie Jezusa na ziemię. Tych, którzy nie żyją według woli Bożej, czeka kara, wieczne potępienie. Gdy człowiek zaufa Bogu, przyjmuje rozumem prawdziwość objawienia i robi wszystko, aby pozostać Mu wierny³¹⁰.

Objawienie Boże, przekazane ludziom w historii ludu Izraelskiego oraz przez Jezusa Chrystusa, a następnie głoszone przez apostołów (uczniów Jezusa), jest przekazywane dalej wiernym jako Tradycja. Wyznawcy Kościoła katolickiego opierają się na zapisach w Biblii oraz Tradycji. Biblia jest interpretowana przez Kościół, a następnie przekazywana w formie dogmatów ogłaszanych przez sobory i papieża (Magisterium Kościoła). Biskupi uważani są za następców apostołów (sukcesja apostolska przekazywana jest przez sakrament święceń), papież natomiast są następcami stojącego na czele apostołów św. Piotra, dlatego też przypisuje się im władzę w Kościele. Kościół katolicki przyznaje szczególne miejsce Marii, uznanej za Matkę Bożą i Matkę ludzi, wierząc w jej dziewictwo, Niepokalane Poczęcie i Wniebowzięcie.

³⁰⁷ M. Banaszek, *Historia Kościoła katolickiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stanisława Wyszyńskiego, Warszawa 2006, tom 1 (wersja PDF).

³⁰⁸ Hasło: Katolicki Kościół, w: *Religia. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2003, tom 5, s. 409.

³⁰⁹ *Katechizm Kościoła katolickiego*, Pallotinum, Poznań 2002, s. 28 (wersja PDF).

³¹⁰ Tamże, s. 40.

Wyznawcy katolicyzmu uznają, że ludzie są obciążeni grzechem pierworodnym i mimo znajomości dobra, mają skłonności do czynienia zła, ponieważ ulegają pokusom szatana. Do zbawienia potrzebują łaski, na którą są zobowiązani odpowiedzieć przez wiarę i dobre czyny. Poznanie istnienia Boga oraz moralnego prawa jest dostępne ludzkiemu rozumowi nawet bez znajomości Objawienia. Ludzie są odpowiedzialni za swoje czyny i choć każda istota ludzka jest kochana przez Boga i przeznaczona do zbawienia, może je stracić przez swoje grzechy (złe uczynki, przestępowanie prawa Bożego). Karą za grzechy jest śmierć. Według Kościoła katolickiego bezpośrednio po śmierci ludzi czeka sąd Boży, w wyniku którego znajdują się z Bogiem w niebie, czyścicu lub jako potępieni w piekle.

W Kościele katolickim istnieją święte sakramenty: chrzest, bierzmowanie, Eucharystia, pokuta, namaszczenia chorych, kapłaństwo i małżeństwo³¹¹.

W zakresie życia religijnego oraz moralnego wyznawcy kierują się Dekalogiem. Jest on prawem natury i zbiorem etyki - odbiciem rozumu Boga - dlatego aby osiągnąć zbawienie człowiek powinien przestrzegać zarówno Dziesięciorga Przykazań, jak również zasady miłosierdzia i miłowania bliźnich³¹².

Nauka Kościoła katolickiego zaleca dbałość o życia fizyczne, ale nie ustanawia jej jako wartości absolutnej, nie aprobuje „kultu ciała”, czyli nadmiernego poświęcania uwagi sprawności fizycznej czy nadmiernego dbaniu o ciało. W zakresie przyjmowanych pokarmów Kościół nie wprowadza żadnych ograniczeń dotyczących ich rodzaju, sposobów przygotowania, podawania czy kolejności spożywania. W kwestii pokarmów zaleca jedynie umiarkowanie i wstrzeźliwość. O zaleceniach postu wspomina zarówno Stary Testament, jak i Nowy Testament; praktykował go również sam Jezus Chrystus.

Początkowo Kościół rzymskokatolicki wypracował „kulturę poszczenia”, jednak w późniejszych wiekach znacznie ją ograniczył. W dzisiejszych czasach nakazanymi przez Kościół i obowiązującymi dniami postu ścisłego oraz abstynencji od np. alkoholu są Środa Popielcowa oraz Wielki Piątek. W dni te obowiązuje zakaz jedzenia mięsa, spożywania alkoholu oraz umiarkowanie w jedzeniu. Natomiast w każdy piątek zalecane jest niespożywanie mięsa przez osoby powyżej 14. roku życia. Post ścisły obowiązuje wszystkie osoby pełnoletnie do 60. roku życia³¹³.

³¹¹ Tamże, s. 297-362.

³¹² Tamże, s. 501.

³¹³ *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Pallottinum, Poznań 2008, s. 193.

Katolicyzm nie zabrania picia alkoholu, jednak podkreśla istotność umiarkowanego spożywania go i nawołuje do tego, aby go nie nadużywać. Kościół katolicki wykazuje troskę o trzeźwość, organizując duszpasterskie inicjatywy trzeźwości, czyli pielgrzymki, rekolekcje i spotkania modlitewne oraz liczne ruchy abstynencyjne, np. katolickie bractwo trzeźwościowe, Ruch Światło-Życie „Oaza”³¹⁴. W Kościele obowiązują również *Wytyczne Episkopatu Polski dla kościelnej działalności trzeźwości*³¹⁵, a także istnieje Zespół ds. Apostolstwa Trzeźwości³¹⁶. Nie zaleca się także palenia tytoniu - nie ze względu na zakaz związany z religią, jest to raczej kwestia szkodliwości dla zdrowia. Kościół nie potępia samego palenia papierosów, jednak potępia jego nadużywanie oraz zwraca uwagę na złe skutki dla zdrowia. Natomiast stanowczo zakazuje i potępia stosowanie narkotyków.

„Dniem Pańskim” ustanowionym przez Kościół katolicki jest niedziela, która wywodzi się od dnia Zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. Jest to pierwszy dzień tygodnia, który stanowi pamiątkę pierwszego dnia stworzenia; jednocześnie jest to ósmy dzień tygodnia jako pamiątka Zmartwychwstania. Niedziela to dzień zgromadzeń liturgicznych, uczestnictwa w Eucharystii³¹⁷. Ponadto jest to dzień przeznaczony na odpoczynek i spędzenie czasu wolnego z rodziną i przyjaciółmi.

Protestantyzm

W XVI wieku w łonie Kościoła zachodniego rozpoczął się ruch religijno-teologiczno-społeczny mający na celu zreformowanie ówczesnego chrześcijaństwa. Kluczową przyczynę reformacji stanowił „upadek autorytetów religijnych, poważny kryzys Kościoła zachodniego (katolicyzmu) w XV wieku”, a także: obniżenie poziomu wykształcenia oraz jakości posługi duchowieństwa w parafiach³¹⁸, napięcia polityczne, sprzedaż odpustów i finansowanie z pozyskanych w ten sposób funduszy potrzeb militarnych papieżstwa, utrzymania dworu papieskiego, realizacji ambitnych planów budowlanych, np. Bazyliki św. Piotra w Watykanie³¹⁹. Ponadto reformatorzy zwracali uwagę i nie godzili się na „przekształcenie religii ze zjawiska należącego do sfery doświadczenia etycznego-religijnego w pobożność

³¹⁴ *Narodowy Program Trzeźwości*, Wydawnictwo Fundacji „Signum Magnum”, Warszawa 2018.

³¹⁵ Tamże, s. 49.

³¹⁶ Tamże, s.49

³¹⁷ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallotinum, Poznań 2002, s. 180.

³¹⁸ Tamże, s. 673.

³¹⁹ Hasło: reformacja, w: *Religie świata. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2006, s. 673.

ograniczającą się do sfery uczynków i pozbawioną głębszej refleksyjności”³²⁰. Teolodzy reformacyjni zwracali uwagę na to, że wierni prawie wcale nie znają Biblii i spraw religijnych.

Reformacja rozpoczęła się w Anglii, Czechach, Niemczech i Szwajcarii niemalże w tym samym okresie XVI i XVII wieku. Za początek tego ruchu uznaje się działalność Johna Wiklifa, Jana Husa, Hieronima, Ulricha Zwinglego oraz Jana Kalwina³²¹. Najważniejszą rolę odegrały jednak protest i wystąpienia Marcina Lutra, które miały największy wpływ na historię reformacji. Z protestem Marcina Lutra oraz jego zwolenników związane jest powstanie protestantyzmu³²².

Luter był mnichem, wykładowcą na Uniwersytecie w Wittenberdze, gdzie nauczał etyki, a w późniejszym czasie biblistyki. Dogłębne studium pism Biblii dały początek jego teologii, a dotyczyły one usprawiedliwienia z wiary i koncepcji grzechu. Istotnym wydarzeniem było przybicie przez Marcina Lutra do drzwi katedry w Wittenberdze 95 tez, które były sprzeciwem wobec katolickiej praktyki sprzedaży odpustów. Miało to miejsce 31 października 1517 roku.

Za swoje poglądy został on oskarżony o herezję i zagrożono mu wyklęciem z Kościoła. W odpowiedzi na te oskarżenia 10 października 1521 roku Luter spalił bullę papieża Leona X, zapowiadającą jego wyklęcie. W 1521 roku na sejmie w Wormacji został on „wyjęty spod prawa”³²³. Nie zatrzymało to jego pracy nad tłumaczeniem Nowego Testamentu na język niemiecki oraz publikacji dzieł: *Do szlachty narodu niemieckiego o poprawie stanów chrześcijańskich*, *O wolności chrześcijanina*, *O niewolnej woli*^{324 325}. Był on teologiem, który swoje przekonania opierał na Biblii - bardzo szczegółowo ją analizował i na podstawie tego sprzeciwiał się praktykom i dogmatom Kościoła zachodniego. Działalność Lutra i pozostałych reformatorów spowodowała wyodrębnienie nowego nurtu w chrześcijaństwie – protestantyzmu.

Jest to nazwa przyjęta dla Kościołów i wspólnot chrześcijańskich wywodzących się z reformacji. Zalicza się do niego Kościoły luterskie, reformowane, metodystyczne, baptystyczne, a także wspólnoty powstałe w XIX i XX wieku³²⁶. Za nadrzędne źródło prawd wiary uznają one Pismo Święte. Odrzucają elementy wiary, które nie znajdują w ich

³²⁰ Tamże.

³²¹ E.G. White, *Wielki bój*, Znaki Czasu, Warszawa 2012.

³²² M. Siwiec (red), *Słownik wiedzy o religiach*, Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 103.

³²³ Hasło: Luter, w: *Religie świata. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2006, s. 506.

³²⁴ Tamże, s. 507.

³²⁵ E.G. White, *Wielki bój*, Znaki Czasu, Warszawa 2012, s. .

³²⁶ Hasło: Protestantyzm, w: *Religie świata. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2006, s. 659.

przekonaniu ugruntowania i uzasadnienia w Biblii. Protestantyzm przyjmuje za kanoniczny tzw. kanon hebrajski Biblii, który zawiera w Starym Testamencie siedem ksiąg mniej niż Septuaginta, która stanowi punkt odniesienia dla katolicyzmu i prawosławia³²⁷. Podstawę doktrynalną protestantyzmu stanowi Pismo Święte, a główne doktryny Kościołów tego nurtu chrześcijaństwa to:

- „uznanie Jezusa Chrystusa za jedyne go pośrednika między Bogiem a ludźmi (zasada: *solus Christus*),
- przekonanie, że jedynym źródłem Objawienia jest Biblia, w związku z czym znaczenie tradycji chrześcijańskiej jest ograniczone (zasada: *sola Scriptura*),
- uznanie, że podstawą zbawienia jest wyłącznie łaska (zasada: *sola gratia*), którą człowiek uzyskuje przez wiarę (zasada: *sola fide*), a wszelka chwała należy jest jedynie Bogu, ponieważ zbawienie dokonuje się tylko przez Boga – przez Jego wolę i działanie”³²⁸.

Na współczesny protestantyzm składa się wiele Kościołów i grup wyznaniowych. Najliczniejsze w Polsce Kościoły protestanckie to: luteranizm (Kościół ewangelicko-luterański, ewangelicko-augsburski), Kościół anglikański, anabaptyzm, baptyzm, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego oraz ruch zielonoświątkowy.

Adwentyzm - Kościół Adwentystów Dnia Siódmego (KADS)

Jest to największa wspólnota Kościołów reprezentujących adwentyzm. „Stanowi dziś grono 16 641 357 ochrzczonych wyznawców, zaś razem wszystkich wyznawców ma około 25 milionów”³²⁹. W Polsce jest 9600 wyznawców KADS³³⁰. Ważnym elementem mającym wpływ na kształtowanie się Kościoła był „przejaw charyzmatu profetycznego wśród wierzących. Wywarł on inspirujący wpływ na środowisko wyznawców. Adwentyści uważają, że dar ten spoczął na młodej kobiecie Ellen Gould Harmon, późniejszej Ellen G. White”³³¹. Jest ona uznawana przez wyznawców za prorokinię posiadającą szczególny dar i opiekę Bożą.

Ponadto „doktrynalnie adwentyści są spadkobiercami ruchu Williama Millera z lat

³²⁷ Tamże, s. 659.

³²⁸ A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, *Pielęgniarstwo transkulturowe*, PZWL, Warszawa 2009, s. 44.

³²⁹ <http://www.adwent.pl/o-kosciele/kim-jestesmy> (dostęp 15.12.2014).

³³⁰ G. Gudaszewski, M. Chmielewski (red.), *Wyznania religijne, stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006-2008*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010, s. 61.

³³¹ W. Polok, *Geneza i wczesny rozwój adwentyzmu europejskiego*, Signa Temporis, Podkowa Leśna 2008, s. 44.

czterdziestych XIX wieku. William Miller – farmer, kaznodzieja, były kapitan armii amerykańskiej – był inicjatorem tzw. «ruchu drugiego adwentu», który w latach 1831-1844 przetoczył się przez większą część Ameryki w postaci wielkiego ożywienia religijnego. Opierając się na swoich studiach proroctw starotestamentowej Księgi Daniela, Miller wraz ze współpracownikami obliczyli, że Jezus powróci na ziemię 22 października 1844 roku. Kiedy Jezus się nie pojawił, uczestnicy ruchu doświadczyli tego, co nazwano później „wielkim rozczarowaniem”³³².

„W wyniku rozczarowania wiele tysięcy spośród uczestników ruchu Millera odeszło od niego. Część z nich zwróciła się jednak ku Biblii w poszukiwaniu przyczyn rozczarowania. Wkrótce doszli oni do wniosku, że powyższa data została wyliczona prawidłowo, ale milleryci błędnie zinterpretowali wydarzenia z nią związane. Poszukujący doszli do przekonania, że proroctwo Biblii przepowiadało, iż Jezus nie powróci w 1844 roku, ale że rozpocznie wtedy specjalną służbę w niebie dla tych, którzy idą w Jego ślady. Ta nauka stała się jedną z fundamentalnych zasad wiary adwentystów”³³³.

W nazwie Kościoła zawarty jest istotny sens adwentyzmu: wiara w powtórne przyjście Jezusa Chrystusa i nadzieja na spotkanie z Nim oraz przestrzeganie zgodnie z nakazem Bożym siódmego dnia tygodnia, czyli soboty, dnia odpoczynku (rozpoczynając go w piątek o zachodzie słońca i kończąc w sobotę o zachodzie słońca). Adwentyści żyją nadzieją na rychły powrót Chrystusa i nadejście wiecznego Królestwa. Traktują Pismo Święte jako jedyny autorytet w sprawach wiary. Podzielają reformacyjną naukę o zbawieniu przez wiarę. Doktryna religijna Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego zawiera wiele elementów Kościołów protestanckich, ale szczególne znaczenie przypisują oni księgom prorockim oraz objawieniom danym Ellen G. White, której pisma traktowane są jako komentarz do Biblii. W swojej nauce Kościół kładzie szczególny nacisk na:

- „wiarę będącą Bożym darem dla człowieka,
- Pismo Święte, czyli Biblię, postrzeganą jako jedyny autorytet w sprawach tej wiary,
- naukę o stworzeniu świata według opisu biblijnego (odrzuca np. ewolucję),
- świętowanie chrześcijańskiej soboty jako siódmego dnia tygodnia, zgodnie z przykazaniem Bożym,

³³² <http://www.adwent.pl/o-kosciele/historia> (dostęp z dnia: 15.12.2015).

³³³ Tamże.

- chrzest dorosłych pragnących połączyć swe życie z Bogiem poprzez przyjęcie Jezusa Chrystusa za swego Zbawiciela i przyjęcie Jego przebaczenia dostępnego dzięki ofierze na Golgocie,
- oczekiwanie na powrót Jezusa jako kulminacyjne wydarzenie bliskiej już przyszłości, zgodnie z biblijnymi prorocत्वami³³⁴.

Kościół Adwentystów Dnia Siódmego kładzie duży nacisk na zasady zachowań zdrowotnych wynikających z zapisów w Biblii. Według Zachariasza Łyko „domeną religii są sprawy ducha i wiary, zbawienia i kultu oraz ewentualnie zagadnienia moralności, ale nie sprawy dotyczące ludzkiego ciała i zdrowia. Być może jest to wynikiem zaangażowania się chrześcijaństwa na przestrzeni dziejów świata w krzewienie i realizację idei Królestwa Bożego, co mogło spowodować pewne niedowartościowanie elementu cielesnego, fizycznego, materialnego, w tym również spraw zdrowia³³⁵. Idąc za następującym tekstem biblijnym: „Czy nie wiecie, że świątynią Bożą jesteście i że Duch Boży mieszka w was?”³³⁶, adwentyści szczególnie dbają zarówno o zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, duchowe. Zgodnie z opartą na *Biblii* 21. fundamentalną zasadą wiary Kościoła ważne jest, aby dostarczać ciału wysiłku fizycznego poprzez ćwiczenia, ale również i odpoczynek.

Prekursorka adwentyzmu E.G. White napisała na temat aktywności fizycznej: „Ruch jest prawem naszego istnienia. Każdy narząd ma wyznaczoną pracę, od której wykonywania zależy rozwój i zdrowie organizmu. Normalne funkcjonowanie wszystkich narządów daje siłę i tężyznę, a wynikiem bezczynności jest zanik i śmierć³³⁷. „Chód, nawet zimową porą, okaże się bardziej korzystny dla zdrowia niż wszelkie lekarstwa, jakie mogą przepisać lekarze. (...) nie ma żadnego ćwiczenia, które mogłoby zająć miejsce chodu. Dzięki niemu krążenie krwi znacznie poprawia się³³⁸. Wyznawcy KADS dbają o zdrowie, uprawiając różne dyscypliny sportowe. Nie ograniczają się tylko i wyłącznie do spacerów czy marszów, potwierdzając tym samym, iż aktywność fizyczna jest niezbędnym elementem do utrzymania dobrego stanu zdrowia.

Jednym z zachowań zdrowotnych, na które wyznawcy Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego zwracają szczególną uwagę, jest dieta. Pragmatyka Kościoła zaleca, aby wyznawcy

³³⁴ <http://www.adwent.pl/o-kosciele/kim-jestesmy> (dostęp z dnia 14.12.2014).

³³⁵ Z. Łyko, *W trosce o zdrowie*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 1995, s. 242.

³³⁶ I Koryntian 3,16, *Biblia Polska*, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 1228.

³³⁷ D.C. Nieman, *Adwentystyczny styl zdrowego życia*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2001, s. 48- 49.

³³⁸ Tamże.

praktykowali zasady zdrowia, między innymi stosowali dietę laktoowovegetariańską zawierającą nabiał o niskiej zawartości tłuszczu, owoce, warzywa i produkty zbożowe pełnoziarniste³³⁹. Nie oznacza to jednak, że wszyscy wyznawcy nie jedzą mięsa. Część wyznawców spożywa mięso i ryby, ale nie wszystkie gatunki. Członkowie tej wspólnoty nie spożywają mięsa wieprzowego, jak również mięsa zwierząt, które nie przeżuwiają i nie mają rozdzielonego kopyta; ryby spożywane przez wyznawców muszą mieć łuski i płetwy; jeśli chodzi o ptactwo, również spożywają konkretne gatunki.

Postępowanie takie opierają na Biblii i na dowód tego przytaczają teksty zawarte w III Księdze Mojżeszowej (Leviticus) 11,1-47, gdzie jest napisane: „Takie zwierzęta możecie jeść spośród wszelkich zwierząt, jakie są na ziemi: Każde spośród bydła, które ma rozdzielone kopyto i rozszczerzoną racicę i przeżuwa pokarm, możecie jeść”³⁴⁰ (tj. krowa, koza, baran), „lecz spośród przeżuwających pokarm i mających rozdzielone kopyto jeść nie będziecie: wielbłąda, ponieważ przeżuwa pokarm, lecz nie ma rozdzielonego kopyta, ten dla was jest nieczysty; świstaka, ponieważ przeżuwa pokarm, lecz nie ma rozdzielonego kopyta, ten jest dla was nieczysty; zająca, ponieważ przeżuwa pokarm, lecz nie ma rozdzielonego kopyta, ten jest dla was nieczysty; wieprza, ponieważ ma rozdzielone kopyto i rozszczerzoną racicę, lecz nie przeżuwa połkniętego pokarmu, ten jest dla was nieczysty; mięsa ich jeść nie będziecie ani nie będziecie dotykać ich padliny, są one dla was nieczyste; Z tego wszystkiego, co żyje w wodzie, możecie jeść: wszystko co żyje w wodzie, w morzach i w rzekach, ma płetwy i łuski, jeść możecie. Wszystko zaś, co nie ma płetw i łusek w morzach i w rzekach, wszystko co się roi w wodzie, wszystkie istoty żywe, które są w wodzie, będą dla was obrzydliwością”³⁴¹.

„Z ptactwa zaś tymi brzydzić się będziecie i nie będziecie ich spożywać bo są obrzydliwością: orzeł, sęp górki, orlik, wszystkie gatunki kani i sokołów, wszystkie gatunki kruków, struś, sowa, mewa, i wszystkie gatunki jastrzębi, puszczyk, kormoran i puchacz, sójka, pelikan, ścierwojad, bocian wszelkie gatunki czapli, dudek i nietoperzy; wszelkie uskrzydłone czworonożne owady będą dla was obrzydliwością.; lecz z wszelkich uskrzydłonych czworonożnych owadów możecie jeść te, które mają ponad swoimi nogami tylne kończyny do skakania na nich po ziemi; te z nich możecie jeść: wszelkie gatunki szarańczy wędrowniej, szarańczy solam, wszelkie gatunki koników polnych”³⁴². „wszystko co chodzi na łapach swych

³³⁹ D.C. Nieman, *Adwentystyczny styl zdrowego życia*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2001, s. 34-35.

³⁴⁰ III Księga Mojżeszowa 11,1-47, *Biblia Polska*, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 121-122.

³⁴¹ Tamże.

³⁴² Tamże.

spośród zwierząt czworonożnych, będzie dla was nieczyste”³⁴³. „A wśród małych zwierząt, które biegają po ziemi będą dla was nieczyste; kret, mysz, i wszelkie gatunki jaszczurek, łasica, żółw, salamandra, skolopendra i kameleon, nie będziecie też jedli niczego co się czołga na brzuchu i niczego co chodzi na czterech i więcej nogach spośród wszystkich małych zwierząt które biegają po ziemi, gdyż są obrzydliwością, nie kalajcie siebie samych przez spożywanie któregośkolwiek płaza i nie zanieczyszczajcie się nimi, bo przez nie staniecie się nieczystymi”³⁴⁴. „To jest prawo, dotyczące bydła i ptactwa, i wszelkich istot żyjących, które roją się w wodzie, i wszystkiego, co żywe pełza po ziemi; abyście rozróżniali między tym co nieczyste, a tym, co czyste, oraz między zwierzętami, które się spożywa, a zwierzętami, których jeść nie wolno”³⁴⁵. Oprócz niespożywania „nieczystych” pokarmów wyznawcy Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego zwracają uwagę na skład takich produktów spożywczych jak jogurty, serki, galaretki, ponieważ do ich produkcji często dodawane są składniki pochodzenie wieprzowego, np. żelatyna wieprzowa, izolat krwi wieprzowej czy tłuszcz wieprzowy.

Ponieważ napoje alkoholowe, tytoń, niewłaściwe stosowanie środków leczniczych i narkotyki są szkodliwe dla naszego ciała, powinniśmy się od nich wstrzymać³⁴⁶. Stanowisko KADS w sprawie spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu jest bardzo stanowcze - nie należy tego robić.

Elementem stylu życia, do którego adwentyści przywiązują szczególną uwagę jest odpoczynek. Sobota jest dla nich dniem odpoczynku, który Bóg zalecił człowiekowi. „Pamiętaj o dniu sabatu, aby go święcić. Sześć dni będziesz pracował i wykonywał wszelką swoją pracę, ale siódmego dnia jest sabat Pana, Boga twego: Nie będziesz wykonywał żadnej pracy ani ty, ani twój syn, ani twoja córka, ani twój sługa, ani twoja służebnica, ani twoje bydło, ani obcy przybysz, który mieszka w twoich bramach. Gdyż w sześciu dniach uczynił Pan niebo i ziemię, morze i wszystko co w nich jest, a siódmego dnia odpoczął. Dlatego Pan pobłogosławił dzień sabatu i poświęcił go”³⁴⁷. Z tego powodu wyznawcy zabiegają u pracodawców, aby mieć ten dzień wolnym od pracy. Udają się w nim do kościoła, spędzają go z rodzinami i przyjaciółmi, starając się oderwać od codziennych spraw i problemów, wyciszyć się, zrelaksować i skupić myśli wokół Boga i przyjemnych rzeczy. Nie wykonują żadnych prac zarobkowych czy

³⁴³ Tamże.

³⁴⁴ Tamże, s.106.

³⁴⁵ III Księga Mojżeszowa 11,1-47, *Biblia Polska*, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 121-122.

³⁴⁶ *Oświadczenia, zalecenia i inne dokumenty Generalnej Konferencji Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2003, s. 23.

³⁴⁷ *Biblia Polska, II Księga Mojżeszowa 20, 8-11*, Wyd. Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007, s. 84.

porządkowych, nie robią zakupów, unikają długich podróży. Jest to dzień, w którym skupiają się na szczególnym kontakcie z Bogiem. Już dzień wcześniej (w piątek) przygotowują się do „sabbatu” (soboty), np. sprząając, gotując obiad tak, aby w sobotę tylko go podgrzać.

Judaizm

Judaizm, inaczej zwany mozaizmem lub wyznaniem mojżeszowym, jest religią Żydów. Stanowi on połączenie wierzeń, zasady etycznych oraz postaw i zachowań, które swoje korzenie mają w tradycji i obyczajach narodu żydowskiego. Judaizm nie jest objawieniem, doktryną ani nauką jednego natchnionego mistrza, ale owocem powolnego zbiorowego tworzenia, w którym udział brały takie postacie jak Abraham, Jakub, Dawid oraz prorocy izraelscy. Kształtował się on przez prawie trzysta stuleci, a dzieje jego powstania zawarte są w Biblii. Judaizm jest jedną z najstarszych religii świata, a jednocześnie nadal żywą.

Jego początki sięgają II tysiąclecia p.n.e., kiedy Bóg zawarł przymierze z Abrahamem, który „jako pierwszy głosił wiarę w jedyne, niewidzialnego Boga, pragnącego, by człowiek był prawy i sprawiedliwy”³⁴⁸. W tamtym czasie Abraham wraz z rodziną przywędrował do Kanaanu, skąd następnie jego potomkowie przenieśli się do Egiptu, gdzie stali się niewolnikami. Za początek tożsamości judaizmu przyjmuje się wyjście z Egiptu pod wodzą Mojżesza dzięki bezpośredniej interwencji Boga, po którym nastąpiła czterdziestoletnia wędrówka narodu izraelskiego po pustyni i zawarcie przymierza pomiędzy Bogiem a Izraelitami na Górze Synaj poprzez wręczenie Mojżeszowi tablic z Dekalogiem (Dziesięciorgiem Przykazań)³⁴⁹.

„Cechą wyróżniającą było zerwanie z powszechnym wtedy wielobóstwem i zastąpienie go wiarą w jedyne, niewidzialnego Boga, króla Izraela, Boga Abrahama, Izaaka, Jakuba, którego imienia, zapisanego jako tetra gram JHWH, a czytanego jako hebrajskie słowo «Jahwe» o znaczeniu «Mój Pan», nie wolno wymawiać”³⁵⁰. Na co dzień Żydzi nazywają Go „Ha Szem” lub „Adonai”. Bóg oczekuje od Żydów takiego sposobu życia, który utrzymuje pamięć objawień Boga i czyni z narodu żydowskiego „królestwo kapłańskie”. Przymierze Boga z narodem żydowskim ma znaczenie dla całej ludzkości, bo gdy nadejdzie Mesjasz i zapanuje powszechny pokój, cały świat pozna Boga i uzna rolę Żydów.

³⁴⁸ Hasło: Judaizm, *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 416.

³⁴⁹ Tamże, s. 418.

³⁵⁰ Tamże.

W historii judaizmu wyróżnia się dwa okresy: judaizm biblijny oraz judaizm współczesny (talmudyczny, rabinistyczny). Za początek rozwoju judaizmu biblijnego przyjmuje się ok. X wiek p.n.e, gdy powstało „królestwo Dawida”. Natomiast „zburzenie Drugiej Świątyni Jerozolimskiej, upadek powstania żydów przeciwko Rzymianom, spowodował ich rozproszenie. Rabini, znawcy i nauczyciele Tory (Świętej Księgi Żydowskiej) ustalili przypuszczalnie kanon Biblii hebrajskiej i zasady funkcjonowania judaizmu bez Świątyni, co zapoczątkowało okres judaizmu rabinicznego. Jego istotnymi cechami są dyscyplina i rytuał w życiu codziennym”³⁵¹. „Judaizm nie zna wiążącej doktryny wiary. Mimo to myśliciele żydowski wciąż usiłowali sformułować jej zasady. Najbardziej znane to z nich *Trzydzieści zasad wiary* Mojżesza Majmonidesa:

- Bóg istnieje,
- Bóg jest jeden w doskonałym i niepowtarzalnym sensie,
- Bóg jest niematerialny i nie można go z niczym porównać,
- Bóg jest wieczny,
- modlitwy należy kierować jedynie do Boga,
- Bóg objawił się prorokom,
- proroctwo Mojżesza jest wyjątkowe i największe ze wszystkich,
- za pośrednictwem Mojżesza Bóg dał Żydom Torę,
- Bóg nigdy nie zmieni ani nie zniesie Tory,
- Bóg obserwuje wszelkie zewnętrzne i duchowe uczynki człowieka,
- ludzie są nagradzani lub karani, tak jak na to zasługują,
- Mesjasz nadejdzie, nawet jeśli nastąpi to z opóźnieniem,
- umarli zmartwychwstaną³⁵².

Trzydzieści zasad wiary Mojżesza Majmonidesa opisuje wiarę żydowską, a jednocześnie odgranicza, odróżnia ją od islamu i chrześcijaństwa.

Biblia Hebrajska to Tanach, czyli:

- Tora (czyli Pięcioksiąg Mojżeszowy) - „po hebrajsku oznacza «naukę», «pouczenie», «nauczanie» i określa pięć pierwszych ksiąg Biblii”³⁵³. Zapisane jest w nich, między innymi, historia stworzenia świata, potopu, wyjścia z Egiptu

³⁵¹ Hasło: Judaizm, *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 41.

³⁵² Tamże, s. 21.

³⁵³ Tamże, s. 22.

czy przekazania Dekalogu Mojżeszowi na Górze Synaj. Mowa jest również o zasadach kultu, moralności czy regułach np. dietetycznych.

- „Newiim - do tych Ksiąg należą:
 - ✓ Wcześni Prorocy - Jozue, Sędziowie, Samuel i Królowie,
 - ✓ Późniejsi Prorocy - Izajasz, Jeremiasz, Ezechiel,
 - ✓ Prorocy Mniejsi - Ozeasz, Joel, Amos, Abdiasz, Jonasz, Micheasz, Nahum, Habakuk, Sofoniasz, Aggeusz, Zachariasz, Malachiasz.
- Ketuwim - do tych Pism zalicza się: Psalmy, Przypowieści Salomona, Księgę Joba, Księgę Daniela, Ezdrasza i Nehemiasza oraz Kroniki³⁵⁴.

Tora stanowi dla Żydów zbiór przepisów, według których żyją. Wiara rozumiana jako posłuszeństwo Torze prowadzi do „uświęcenia codzienności”. Wszystko, każda sfera życia, jest podporządkowana Torze. Żydzi przed wypełnieniem któregoś z przykazań wypowiadają błogosławieństwo. W ten sposób wyrażają, że wykonują daną czynność świadomie. Wszystkie przepisy, rytuały, symbolika tworzą spójną całość.

Talmud stanowi „zbiór doktrynalnego i prawnego, tradycyjnego nauczania judaizmu i jest zapisem wyjaśnień, komentarzy i dyskusji uczonych Żydów (rabinów) dostosowujących Prawo pisane, czyli Torę, do aktualnej i konkretnej sytuacji³⁵⁵. Jest jednym z najważniejszych Pism judaizmu. Składa się on z dwóch części:

- ✓ Miszny - „zawierająca głównie zasady postępowania i normy prawne judaizmu (Halacha)³⁵⁶; jest to w sumie 248 podstawowych obowiązków i 365 zakazów, ułożonych według porządku.
- ✓ Gemara - stanowi komentarz do poszczególnych fragmentów Miszny, szczegółowo określając właściwe zachowanie pobożnego Żyda w konkretnej sytuacji³⁵⁷.

Obecnie w judaizmie wyróżnia się następujące odłamy:

- ortodoksyjny – podkreślający konieczność ścisłego przestrzegania zasad Prawa,
- chasydzi („pobożni”),

³⁵⁴ Tamże, s. 22.

³⁵⁵ Hasło: Talmud, *Religie Świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2009, s. 773.

³⁵⁶ Tamże, s. 773.

³⁵⁷ N. Kameraz-Kos, *Święta i obyczaje żydowskie*, Wydawnictwo Cyklady, Warszawa 1997, s. 18.

- reformowany – głoszący, że niektóre z nakazów należy dostosować do zmienionych warunków życia, a judaizm jest tylko religią,
- konserwatywny – uznający potrzebę zmian, lecz podkreślający zasadę tożsamości religijno-etnicznej Żydów,
- liberalny – o najsilniejszych tendencjach asymilacyjnych zarówno w sensie religijnym jak i etnicznym.

W kwestii utrzymywania aktywności fizycznej Żydzi nie określają żadnej konkretnej dyscypliny, jednak strój - szczególnie kobiety - nie może odsłaniać zbyt wiele ciała, powinien być skromny.

Ważną kwestię stanowi fakt, iż Żydzi nie spożywają wszystkich potraw i w tym zakresie należy przestrzegać określonych przepisów. Jednym z nich jest stosowanie się do zasady „kószet” lub „kaszér”, czyli zasady czystości, ale nie w sensie higienicznym czy medycznym, ale w rozumieniu czystości duchowej³⁵⁸. Tora używa określenia *tahor* (czysty) i *tame* (nieczysty). Określenia „czysty” i „nieczysty” należy rozpatrywać w sensie rytualnym. Zasady odżywiania są zapisane są Torze, a Talmud rozszerza tematykę pokarmów dozwolonych i zakazanych. Księga Kapłańska zawiera szczegółową listę pokarmów „czystych” i „nieczystych”.

W Torze Dewarim czytamy również: „nie będziesz jadł niczego obrzydliwego. To są zwierzęta, które możesz jeść: bydlę, owca, koza, sarna, jelen, daniel, kozica, antylopa, bawół, żyrafa. Możecie jeść każde zwierzę z rozdzielonym kopytem, którego racica jest całkowicie rozszczepiona na dwoje, jeżeli przeżuwa pokarm (...). Ale spośród tych które przeżuwiają pokarm i mają rozdzielone kopyto, nie będziecie jedli: wielbłąda, zająca, świstaka, bo chociaż przeżuwiają pokarm, to nie mają rozdzielonego kopyta. Są one skażone dla was. Świni, bo ma całkowicie rozdzielone kopyto, lecz nie przeżuwa pokarmu. Jest skażona dla was. Nie zjecie ich mięsa, nie dotkniecie ich padliny [która uczyniłaby was rytualnie skażonymi]”³⁵⁹.

Określenie „czyste” i „nieczyste” dotyczy również stworzeń morskich. Żydzi mogą jeść tylko te, które mają płetwy i łuski, dlatego też nie jadają oni wszystkich rodzajów ryb, a „owoce morza”, czyli krewetki, ostrygi, kraby są zabronione. „Nieczyste” są również wszelkie produkty (jaja, mleko, tłuszcz) „pochodzące od niekoszernych zwierząt. Jedyny wyjątek stanowi tu miód pszczoły. Ponadto w kuchni koszernej zabrania się spożywania łożu oraz stawu biodrowego”³⁶⁰.

³⁵⁸ P. Spiegel, *Co znaczy koszerne? Żydowska wiara i życie*, KOS, Katowice 2009, s.153-154.

³⁵⁹ Tora Pardes Lauder, Księga Piąta Dewarim, red. i tłum. Rabin Sacha Pecaric, Fundacja Relanda D. Laudera, Kraków 2006, s. 166-168.

³⁶⁰ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Judaizm*, Agora, Warszawa 2009, s. 97.

„Powiedział Bóg do Moszego: powiedz synom Jisraela: nie będziecie jedli z tłuszczu byka, owcy ani kozy. Tłuszczu padliny i tłuszczu z rozszarpanego zwierzęcia można użyć do wszelkiej czynności, ale nie wolno go jeść (dotyczy to tłuszczu zwierząt koszernych, ponieważ niekoszernych nie wolno nawet dotykać). Jeżeli ktokolwiek zje ze [złożonego jako oddanie] tłuszczu zwierząt, które są przybliżane jako [oddanie] ogniowe dla Boga, dusza tego człowieka, który zjadł z niego, będzie odcięta od jego ludu”³⁶¹. Tłuszcz usuwa się również ze wszystkich narządów wewnętrznych zwierzęcia.

W judaizmie nie tylko rodzaj mięsa ma ogromne znaczenie; ważne jest również, aby ubój zwierzęcia był zgodny z przepisami *szechita* (ubój rytualny). Zwierzę musi się wykrwawić, ponieważ wyznawcom tych religii nie wolno spożywać krwi pod żadną postacią: „Nie będziecie jedli żadnej krwi we wszystkich waszych siedzibach, czy to z ptactwa, czy z bydła (ale krew ryby jest dozwolona). Jeżeli człowiek je jakąkolwiek krew, jego dusza będzie odcięta od jego ludu”³⁶². Dlatego też zwierzę musi zostać zabite w określony rytualny sposób. Uboju rytualnego może dokonać tylko osoba, która zdobyła wyszkolenie i uprawnienia *szocheta*, czyli rzeźnika rytualnego znającego przepisy uboju określone w Talmudzie; musi to również być człowiek bardzo pobożny. Uboju rytualnego dokonuje się za pomocą specjalnego noża z bardzo ostrą klingą, sprawdzaną przed każdym użyciem. Musi on być na tyle ostry, żeby jednym ruchem przeciąć nerwy, tętnice szyjne, tchawicę oraz przełyk zwierzęcia, by w czasie nie dłuższym niż dwie sekundy straciło przytomność, a krew mogła wyciec³⁶³. Ponadto należy sprawdzić, czy zwierzęciu nie brakuje jakiejś części ciała czy narządu wewnętrznego. Aby mięso było uznane za koszerne, zwierzę musi być zupełnie zdrowe.

Kolejność spożywanych pokarmów jest równie istotna jak to, co się je. Żydzi nie mieszają ze sobą takich potraw jak np. produkty mleczne i mięso. Jeżeli spożywają mięso, produkt mleczny mogą zjeść dopiero po pewnym czasie. Według ortodoksyjnych Żydów musi to być sześć godzin, w krajach Europy Zachodniej odczekuje się trzy godziny, z kolei według tradycji niderlandzkiej wystarczy godzina³⁶⁴. Jeżeli jednak najpierw spożyty został produkt mleczny, mięso można jeść od razu - należy tylko wypłukać usta wodą lub zjeść kawałek chleba³⁶⁵. Zasada niełączenia ze sobą mleka i mięsa jest oparta na zapisie w Szemot (druga

³⁶¹ Tora Pardes Lauder, Księga Trzecia Wajikra 7:22- 27, red. i tłum. Rabin Sacha Pearic, Fundacja Relanda D. Laudera, Kraków 2005, s. 78.

³⁶² Tamże.

³⁶³ P. Spiegel, *Co znaczy koszerne? Żydowska wiara i życie*, KOS, Katowice 2009, s. 159.

³⁶⁴ Tamże, s. 98.

³⁶⁵ Tamże.

Księga) 23,19 oraz Dewarim 14,21: „Nie będziesz gotował koźlęcia w mleku jego matki”³⁶⁶.

W aspekcie zasad odżywiania Żydzi kierują się również przepisami kaszrutu opartymi na zapisach w Torze, które jednoznacznie określają, jakie mięso i potrawy można spożywać. Przepisy kaszrutu określają również, jakich potraw nie wolno ze sobą łączyć. „Ponieważ jesteś świętym ludem Pana, twój Bóg, nie będziesz gotował koźlęcia w mleku jego matki”³⁶⁷ - zatem potrawy mleczne i mięsne muszą być oddzielane, czyli nie należy jeść np. gulaszu mięsnego podbitego śmietaną czy zapiekanki z mięsem i serem. Nie należy również jeść potrawy mięsnej, a na deser np. sernika. Rozdzielanie potraw mięsnych i mlecznych jest tak ważne, że w koszernej kuchni muszą być dwa komplety naczyń stołowych, sztućców, garnków - jeden do potraw mlecznych, drugi do potraw mięsnych.

Judaizm nie zabrania jednoznacznie spożywania alkoholu. Wino, które musi być koszerne, „występuje jako oznaka radości i łączy się z pewnymi obrzędami i zwyczajami religijnymi (np. kidusz, hawdala, seder Pesach)”³⁶⁸. Wino pije się również podczas takich świąt żydowskich jak Purim, Święto Radości Tory czy też na weselach lub podczas obrzezania. Nie należy jednak się upijać - należy spożywać je z umiarem. W produkty spożywcze - w tym również wina - Żydzi zaopatrują się w sklepach prowadzonych przez Żydów, ponieważ muszą one być koszerne. Koszerne oznacza „zdatne, nadające się”, ale nie tylko pod względem tego, że zostało wyprodukowane np. z mięsa określonego mianem „czystego”, ale również wyprodukowane przez Żyda. Produkty wyprodukowane przez „nie-Żydów” często są określane mianem „niekoszernych”.

Ważnym elementem życia wyznawców judaizmu jest „szabat” - dzień święty. „Przestrzegaj Dnia Szabatu, aby go uświęcać, tak jak Bóg, twój Bóg, nakazał ci [przy Mara, zanim dał ci Torę]. Sześć dni [powszednich] możesz pracować i wykonywać wszelkie czynności, ale sobota to Szabat dla Boga, twój Bóg. Nie będziesz wykonywać żadnych zakazanych czynności ani ty, ani twój syn, ani twoja córka, ani twój sługa, ani twoja służąca, ani twój byk, ani twój osioł, ani żadne twoje zwierzę ani konwertyta, który przebywa w twoich bramach - po to, żeby odpoczął twój sługa i twoja służąca jak ty. I pamiętaj, że niewolnikiem byłeś w ziemi Micrajim, gdy Bóg, twój Bóg, wywiódł cię stamtąd silną ręką i wyciągniętym ramieniem. Dlatego Bóg, twój Bóg nakazał ci, żebyś zachowywał Szabat”³⁶⁹. Szabat stanowi

³⁶⁶ Tora Pardes Lauder, Księga Piąta Dewarim, red. i tłum. Rabin Sacha Pecaric, Fundacja Relanda D. Laudera, Kraków 2006, s. 168.

³⁶⁷ Tamże.

³⁶⁸ M. Tworuszchka, U. Tworuszchka, *Judaizm*, Agora, Warszawa 2009, s. 98.

³⁶⁹ Tora Pardes Lauder, Księga Piąta Dewarim 5:13-15, red. i tłum. Rabin Sacha Pecaric, Fundacja Relanda D. Laudera, Kraków 2006, s. 78.

pamiętkę stworzenia świata przez Boga i jest znakiem przymierza między Bogiem a dziećmi Izraela. Zgodnie z tradycyjnym żydowskim liczeniem czasu (doba, nowy dzień nie zaczyna się o północy, ale o zachodzie słońca) szabat rozpoczyna się o zachodzie słońca w piątek i kończy się o zachodzie słońca w sobotę. Dzień ten jest dla Żydów najważniejszym dniem tygodnia, darem od Boga.

W tradycji żydowskiej panuje wiele nakazów i zakazów dotyczących tego, co można, a czego nie można wykonywać w szabat. Zakazane są wszystkie czynności nie tyle męczące fizycznie czy psychicznie, ale mające „fizyczną ingerencję w tok rzeczy na świecie”, takie jak zapalenie ognia, jazda samochodem, gotowanie³⁷⁰.

Islam

Pojęcie „islam” (ar. *al.-islam*, co oznacza „oddanie Bogu”³⁷¹, „poddanie się Bogu”³⁷²) pochodzi od słowa *aslama*, co tłumaczy się „poświęcić się”, „oddać się”³⁷³) i zostało wybrane przez samego Mahometa³⁷⁴. Podobnie jak chrześcijaństwo i judaizm islam jest religią monoteistyczną. Czytamy o tym w Surze 7,172, gdzie jest napisane: „Czy Ja nie jestem waszym Panem?”³⁷⁵. Koran wymienia przedislamskich posłańców: „Bóg wybrał Adama i Noego, rodzinę Abrahama i rodzinę Imrana”³⁷⁶; „tak jak objawiliśmy Noemu i prorokom po nim; i jak objawiliśmy Abrahamowi i Isma’ilowi, Izaakowi i Jakubowi, jak i pokoleniom Jezusowi, Hiobowi i Jonaszowi, Aaronowi i Salomonowi”³⁷⁷. A ponieważ ludzie nie zwracali uwagi na to, co Bóg do nich mówi przez swoich posłańców, On posyłał kolejnych, aby ich napominali i ostrzegali.

Początki islamu datuje się na początek VII wieku. Był to czas, w którym swoją działalność rozpoczął Muhammad Ibn Abd Allaha ibn al.-Muttaliba, zwany Mahometem³⁷⁸. Urodził się on w 570 roku w znamienym plemieniu Kurajszytów. Ponieważ ojciec zmarł jeszcze przed jego narodzinami, a matka, gdy był małym dzieckiem, wychowywał go stryj Abu

³⁷⁰ P. Spiegel, *Co znaczy koszerne? Żydowska wiara i życie*, KOS, Katowice 2009, s. 177.

³⁷¹ Hasło: Islam, *Religie Świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2009, s. 382.

³⁷² A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Seria Wydawnicza PAN, Kraków 1990, s. 223.

³⁷³ M. Majewski, H. Zimonia H. (red.), *Religioznawstwo w katechezie*, Inspektorat Towarzystwa Salezjańskiego, Kraków 1987, s. 180.

³⁷⁴ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Seria Wydawnicza PAN, Kraków 1990, s.223.

³⁷⁵ Sura 7,172, Koran, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986, s. 205.

³⁷⁶ Sura 3,33, tamże, s. 65.

³⁷⁷ Sura 4,163, tamże, s. 122-123.

³⁷⁸ M. Majewski, H. Zimonia H. (red.), *Religioznawstwo w katechezie*, Inspektorat Towarzystwa Salezjańskiego, Kraków 1987, s. 180.

Talib. Część dzieciństwa spędził na pustyni wśród Beduinów, ucząc się ich sposobu życia i doskonaląc język arabski. Nazywano go Al-Amin - „godny zaufania” - ponieważ już od dzieciństwa charakteryzował się uczciwością i szczerością; często również wycofywał się na pustynię, aby kontemplować i modlić się. Jako młodzieniec podróżował z karawanami do Syrii i - jak wierzą muzułmanie - podczas jednej z takich podróży Al-Bahir, chrześcijański mnich, przepowiedział mu przyszłość jako proroka.

Mahomet ożenił się z Chadidżą, bogatą mekkańską wdową, z którą tworzył szczęśliwe małżeństwo. Mieli cztery córki, z których najsłynniejszą jest Fatima określana mianem matki wszystkich potomków Proroka. Muzułmanie wierzą, że początkiem islamu było objawienie, jakie Mahomet otrzymał od Boga za pośrednictwem archanioła Gabriela. Słowa tego objawienia stanowią wersety sury 96 *Zakrzepła krew*³⁷⁹. Misja, jaką prowadził Prorok, skupiona była „na bezwarunkowym monoteizmie Mekki”, która w tym czasie stanowiła ośrodek politeizmu arabskiego. Przesłanie Mahometa „uderzyło nie tylko w samo serce religii, lecz także w źródło wpływów i majątku ludzi jego własnego miasta, w tym też jego rodu”³⁸⁰. Początkowo objawienie, jakie otrzymał Mahomet, przyjęli tylko jego żona Chadidża, przyjaciel Abu Bakr oraz Ali³⁸¹.

Początkiem ery muzułmańskiej była wędrówka (*hidżra*), jaką Mahomet odbył na rozkaz Boga. Była to podróż z Mekki do oazy Jasrib, znanej jako Madinat an-Nabi, czyli dzisiejsza Medyna i miała miejsce 15 lipca 622 roku i jest to podstawowa data powstania islamu³⁸².

Mahomet został uznany za ostatniego posłańca Boga. „Muhammad nie jest ojcem żadnego z waszych mężczyzn, lecz jest Posłańcem Boga i pieczęcią proroków”³⁸³. On sam podkreślał jednak, że jest zwykłym człowiekiem i sługą Bożym. Dlatego też w centrum wiary muzułman stoi Koran, a nie Prorok.

We współczesnym świecie istnieje kilka odłamów islamu, a do odgrywających najważniejszą rolę zaliczamy sunnizm i szyizm³⁸⁴. Po śmierci Mahometa część społeczności wybrała Abu Bakra (a właściwie właściwie Abd Allah Ibn Usman Abu Kuhafa) na następcę Proroka, jednak nie w funkcji profetycznej, ale jako władcę nowo utworzonej muzułmańskiej ummy - otrzymał on tytuł *chalifat rasul Allah* – następcy Proroka Boga – kalif. Jednakże część społeczności Medyny uznała, że to Ali (a właściwie Ali ibn Abi Talib - przybrany syn a następnie zięć)

³⁷⁹ Seyyed Hossein Nasr, *Istota islamu*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2010, s. 35-36.

³⁸⁰ Tamże, s.36.

³⁸¹ Tamże.

³⁸² A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Seria Wydawnicza PAN, Kraków 1990, s. 223-226.

³⁸³ Sura 33,40, Koran, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986, s. 506.

³⁸⁴ A. Marek, A. Skowron-Nalborczyk, *Nie bój się islamu. Leksykon dla dziennikarzy*, Więź, Warszawa 2005,

powinien zostać następcą Mahometa i skupiając się wokół niego, utworzyli załazek szyizmu. Sam Ali nie sprzeciwił się Abu Bakrowi, wręcz z nim współpracował, aby ostatecznie zostać czwartym Kalifem Prawowiernym sunnickiego islamu. Poniósł śmierć z rąk członka odłamu charydżytów, grupy ekstremistycznej, która odrzuciła go jako następcę Mahometa³⁸⁵.

Kwestią sporną pomiędzy sunnitami a szyitami była nie tylko „kwestia osoby następcy Proroka, lecz również jakie powinien posiadać kwalifikacje”³⁸⁶ oraz jakie zadania do niego należą. Podział zwolenników sunnizmu wynika ze względu na przynależność do *mazhab* – szkoły prawa muzułmańskiego, np. hanaficka, malikicka, szaficka oraz hanbalicka. Natomiast w szyizmie różne szkoły „można od siebie odróżnić na podstawie ich ukierunkowania prawnego, jednak bardziej znaczącym kryterium rozróżnienia, stosowanym przez samych muzułman oraz przez uczonych zachodnich, jest stanowisko danego odłamu szyizmu w kwestii imamów”³⁸⁷. Jednym z najważniejszych odłamów szyizmu jest *isna'aszarijja*, zwany szyizmem dwunastu imamów lub szyizmem imamickim. Drugim istotnym odłamek szyizmu jest ismailizm, natomiast trzecim są zajdyci³⁸⁸.

Niezależnie od szkoły doktrynalnej czy odłamu muzułmanie przyjmują Koran za „dosłowne objawienie słowa Bożego które zesłano do serca, duszy i umysłu Proroka islamu za pośrednictwem archanioła Gabriela, czyli arabskiego Dżibra'ila”³⁸⁹. Koran jednoczy wyznawców islamu, przekazując wszystkim to samo przesłanie, chociaż poszczególne grupy odmiennie go interpretują. Odgrywa on ogromne znaczenie w codziennym życiu muzułmanina. Tradycja nakazuje, aby tuż po narodzinach recytować słowa sury Koranu, zwanej Szlachetnym Koranem, do ucha noworodka. Wersety Koranu uznane są za święte i recytowane podczas codziennych modlitw; również osobie umierającej wypowiada się do ucha słowa Koranu³⁹⁰. Ponadto stanowi on „podstawowe źródło metafizyki islamu, kosmologii, teologii, prawa, etyki, świętej historii i ogólnego spojrzenia na świat. W pewnym sensie dusza tradycyjnego muzułmanina przypomina mozaikę ułożoną ze zdań Koranu, które powtarza on przez całe swoje życie”³⁹¹.

Zdaniami Koranu, które przewijają się bardzo często w życiu codziennym muzułmanina, są np. *bismala* – „w imię Boga litościwego i miłosiernego” - formuła, która

³⁸⁵ Seyyed Hossein Nasr, *Istota islamu*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2010, s. 64-65.

³⁸⁶ Tamże, s. 65.

³⁸⁷ Tamże, s. 68.

³⁸⁸ Tamże, s. 68-73.

³⁸⁹ Seyyed Hossein Nasr, *Istota islamu*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2010, s. 29.

³⁹⁰ Tamże, s. 29.

³⁹¹ Tamże, s. 29-30.

zaczyna i uświęca wszystkie prawomocne czynności; *al.-hamud li-Llahi* „chwała Bogu”, formułka kończąca akt lub wydarzenie z wyrazem wdzięczności; *insza Allah* - „jeśli Bóg tak zechce” - towarzyszy każdej wypowiedzi dotyczącej przyszłości, gdyż przyszłość leży w rękach Boga i nic nie dzieje się wbrew Jego woli”³⁹². Słowa Koranu są do tego stopnia obecne w życiu codziennym, że nawet tradycyjne muzułmańskie powitanie *as-sakamu alajkum* – „pokój z tobą” - pochodzi z Koranu.

Nauki płynące z Koranu można sprowadzić do czterech podstawowych dziedzin:

1. zasady wiary (istnienie jedynego Boga – Allaha, prorocy, aniołowie, nagroda za dobre życie czy realizacja dekretu Bożego);
2. obowiązki religijne (odmawianie modlitwy pięć razy dziennie, poszczenie podczas Ramadanu, zekat (jałmużna), choć raz w życiu pielgrzymka do Mekki oraz dżihad (walka o zapanowanie zasad Koranu na całym świecie ma znaczenie duchowe);
3. zasady moralne;
4. zasady określające organizację życia społecznego³⁹³.

Kolejnym ważnym elementem jednoczącym muzułman jest szari’at, czyli prawo Boże, które również jest różnie interpretowane przez poszczególne szkoły prawa muzułmańskiego prawa, jednak jego podstawowe elementy, a w szczególności rytuały religijne, są takie same w całym świecie islamu.

Muzułmanie są rozproszeni po całym świecie, dlatego też na ich praktykę religijną mają wpływ również uwarunkowania kulturowe. Jednakże wszystkich wyznawców islamu łączy pięć filarów wiary, które mają charakter osobistego, społecznego zaangażowania i stanowią główne obowiązki religijne:

- *Wyznanie wiary w jedynego Boga - Allaha i jego proroka – Szahada.*
- *Obowiązkowa modlitwa rytualna pięć razy dziennie – Salat*, którą odmawia się o określonych godzinach, wyrażona w wykonywaniu określonych czynności rytualnych i pokłonach. Modlitwa trwa około 10 minut, a „ten kto wypełnia w sposób formalnie doskonały zgodnie z odpowiednimi przepisami, po oczyszczeniu przez specjalne obmycia (ablucje), może uważać ze naprawdę się pomodlił”³⁹⁴. Ma ona charakter indywidualny. Jedynie modlitwa południowa w piątek ma charakter

³⁹² Tamże, s. 30.

³⁹³ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Seria Wydawnicza PAN, Kraków 1990, s. 231-232.

³⁹⁴ G. Paolucci, C. Eid, *Islam. Sto pytań. Odpowiada Samir Khail Samir*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004, s. 23.

publiczny i odbywa się w meczetach lub salach modlitwy pod kierunkiem immama. Bez względu na to, z jakiego kraju pochodzi modlący się i jakim językiem się posługuje, modlitwa zawsze jest odmawiana w języku arabskim³⁹⁵.

- *Rytualna jałmużna na ubogich i meczet – Zakat*³⁹⁶.
- *Miesięczny post w Ramadanie – Sawm* polegający na powstrzymaniu się od jedzenia i picia, a także palenia papierosów przez cały dzień od wschodu słońca do zachodu. Ramadan jest „dziewiątym miesiącem islamskiego kalendarza i trwa 29 do 30 dni. Początek i koniec ramadanu wyznaczany jest według faz księżyca. Nakaz postu oznacza intensywniejsze ofiarowanie siebie Bogu i większą solidarność ze współwyznawcami na całym świecie. W tym czasie wszyscy dorośli, zdrowi na umyśle i ciele muzułmanie powstrzymują się od spożywania pokarmów, picia, stosowania używek (np. palenia tytoniu) oraz współżycia seksualnego. Ma on charakter wspólnotowy i daje poczucie przynależności do *ummy* (wspólnoty islamskiej)”³⁹⁷. Sunna mówi, że w tym czasie wierzący powinien spożywać tylko dwa posiłki dziennie (przed wschodem słońca oraz po zachodzie). Post jest obowiązkiem każdego dorosłego muzułmanina. Osoby, które nie mogą pościć w czasie ramadanu (osoby chore, w podróży, kobiety w czasie menstruacji, w ciąży lub karmiące piersią), powinny to uczynić w innym czasie. Natomiast ci, którzy nie mogą pościć z powodu chorób przewlekłych, powinni nakarmić biednego^{398, 399}.
- *Pielgrzymka do Mekki – Hadżdż* - każdy muzułmanin powinien ją odbyć przynajmniej raz w życiu, jeśli go na to stać⁴⁰⁰.

Główną prawdą islamu jest tauhid (jedność) - wiara w jedność Boga. Muzułmanie dobrowolnie poddają się woli Bożej. Bóg jest pojmowany jako istota miłosierna i dobra. W islamie nie ma podziału na sacrum i profanum, nie ma też instytucji „kościół” i podziału na duchowieństwo oraz ludzi świeckich. Podstawową zasadę stanowi wierność religii i Bogu.

³⁹⁵ Seyyed Hossein Nasr, *Istota islamu*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2010, s. 59.

³⁹⁶ G. Paolucci, C. Eid, *Islam. Sto pytań. Odpowiada Samir Khail Samir*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004, s. 23.

³⁹⁷ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Islam*, Agora, Warszawa 2009, s. 31-33.

³⁹⁸ G. Paolucci, C. Eid, *Islam. Sto pytań. Odpowiada Samir Khail Samir*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004, s. 23.

³⁹⁹ Leksykon dla dziennikarzy Więzi - Nie bój się islamu www.wiez.pl/islam/index.php?id=6 (dostęp z dnia 20.05.2016)

⁴⁰⁰ G. Paolucci, C. Eid, *Islam. Sto pytań. Odpowiada Samir Khail Samir*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004, s. 23.

Dobre uczynki nagradzane są po śmierci pobyt w raju, złe natomiast - w piekle. Postępowanie i czyny ludzkie dzieli się na:

- „istotne obowiązki, których wypełnianie jest nagradzanie, a zaniedbanie karane,
- obowiązki i czyny zalecane, których wypełnianie jest nagradzane, lecz zaniedbanie nie jest karane,
- czyny prawnie i moralnie obojętne,
- czyny ganione, lecz nie zakazane,
- czyny zabronione i karane”⁴⁰¹.

Do największych przestępstw, grzechów islam zalicza się: „odstępstwo od wiary, politeizm i nieprzestrzeganie podstawowych obowiązków kultowych względem Boga. W dalszej kolejności zaliczane są do nich: morderstwo, nierząd, sodomia, kradzież, oszczerstwo, fałszywe świadectwo, picie alkoholu, spożywanie padliny, krwi i mięsa wieprzowego. Zabronione jest również uprawianie gier hazardowych”⁴⁰².

W kwestii aktywności fizycznej islam akceptuje te formy aktywności fizycznej, w których ciało kobiety nie jest zbyt odsłonięte; szczególnie zasłonięte powinny być włosy.

Islam jest religią, która charakteryzuje się szczególnymi zasadami dietetycznymi. Zasadnicze znaczenie ma tutaj Koran. Zawiera on doktryny religijne i prawne, a także wskazówki dotyczące między innymi pokarmów. W islamie rozróżniane są pokarmy dozwolone (halal) i niedozwolone (haram). Szczegółowe zasady zapisane są w Surze V (*Stół zastawiony*) werset 3: „Zakazane wam jest: padlina, krew i mięso świni”⁴⁰³. Z kolei sura 6 werset 145 mówi: „Ja nie znajduję w tym, co mi zostało objawione, niczego zakazanego dla człowieka w jego pożywieniu, z wyjątkiem tego, co jest martwe, albo rozlanej krwi, albo mięsa świni - bo to jest obrzydliwe - albo tego co zostało złożone na ofiarę czemuś innemu niż Bogu”⁴⁰⁴. A zatem zakazane jest nie tylko jedzenie mięsa wieprzowego oraz mięsa zwierząt takich jak koń, osioł, pies, kot, zwierząt drapieżnych czy zabitych przez uduszenie⁴⁰⁵, ale należy również unikać przetworów czy pochodnych wieprzowiny, np. żelatyny wieprzowej, niektórych rodzajów serów (gdzie stosowana jest podpuszczka - enzym trawienny pozyskiwany z żołądków cielęcych) czy jogurtów. Ponadto muzułmanom nie wolno spożywać mięsa

⁴⁰¹ K. Banek, *Islam*, w: *Słownik wiedzy o religiach*, M. Siwiec (red), Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007, s. 161.

⁴⁰² Tamże.

⁴⁰³ Sura 5,3, Koran, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986, s. 126.

⁴⁰⁴ Sura 6,145, tamże, s. 174-175.

⁴⁰⁵ Portal Aktywnie po zdrowie <http://aktywniepozdrowie.pl/zwiazane-ze-stylem-zycia/189-dieta-muzumanow> (dostęp z dnia 10.01.2015).

zwierząt padlinożernych i drapieżnych oraz płazów, a także „tego, co zostało poświęcone na ofiarę w imię czegoś innego niż Boga; zwierzę zaduszone, zabite na skutek upadku, zabite na skutek pobudzenia i to, które pożerał dziki zwierz - chyba że zdołaliście je zabić według rytuału”⁴⁰⁶.

Rytuał zabijania jest w islamie bardzo ważny. Wyznawcy mogą jeść tylko mięso pochodzące z rytualnego uboju. Może ono być nazwane *halal* tylko pod warunkiem, że pochodzi ze zwierzęcia dozwolonego, które zostało zabite w sposób rytualny, co oznacza, że „głowa zwierzęcia musi być zwrócona w stronę Mekki, a procedury zabijania poprzez wykrwawienie dokonuje muzułmanin, recytując formułę *bismalli*”⁴⁰⁷. Krew w islamie uważana jest za pierwiastek życia, dlatego też muzułmanom nie wolno jej spożywać w żadnej postaci⁴⁰⁸. Mogą natomiast jeść ryby, wielbłądy, owce, kury, jak również zwierzęta morskie⁴⁰⁹. Dozwolone są zarówno ryby słodkowodne, jak i słonowodne, natomiast „odnośnie ssaków morskich, mięczaków, muszli i raków opinie są podzielone”⁴¹⁰. Muzułmańskie szkoły prawne zajmują różne stanowiska - jedne dopuszczają, a inne uważają te produkty spożywcze za nieczyste (*haram*). Koran również nie wypowiedzi się w tej kwestii. W stosunku do zwierząt morskich nie obowiązuje zasada uboju rytualnego.

Dieta wyznawców islamu jest bardzo różnorodna, począwszy od dań pikantnych do potraw słodkich, deserów. Dużą rolę odgrywają przyprawy - najbardziej charakterystyczne to: curry, cynamon, kardamon, szafran, tymianek, oregano, kurkuma - a także potrawy takie jak „duszone warzywa z licznymi sosami, pasty, sałatki, do przygotowania, których najczęściej wykorzystuje się ogórki, bakłażany, pomidory, paprykę, zielony groszek, cukinię, pietruszkę, czosnek, cebulę czy ciecierzycę”⁴¹¹.

Aby mieć pewność, że ich pokarm jest *halal*, muzułmanie zaopatrują się w sklepach, do których mięso jest dostarczane z „pewnych źródeł”, co oznacza, że zwierzę zostało zabite w sposób rytualny, natomiast do innych produktów nie zostały dodane substancje pochodzenia zwierzęcego, np. żelatyna, emulgatory czy enzymy. Oprócz tego, co muzułmanie uznają za *halal* czy *haram*, istotną rolę odgrywa sposób jedzenia. Jedzą oni „zawsze prawą ręką”, która jest uznawana za czystą, lewa natomiast służy do czynności takich jak np. higiena w toalecie.

⁴⁰⁶ Sura 5,3, Koran, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986, s.126-127.

⁴⁰⁷ Portal Aktywnie po zdrowie <http://aktywniepozdrowie.pl/zwiazane-ze-stylem-zycia/189-dieta-muzumanow> (dostęp z dnia 10.01.2015).

⁴⁰⁸ Tamże.

⁴⁰⁹ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Islam*, Agora, Warszawa 2009, s. 93- 95.

⁴¹⁰ Tamże, s. 94.

⁴¹¹ Tamże.

Koran bardzo wyraźnie zakazuje spożywania alkoholu. „O wy, którzy wierzycie! Wino, maj sir, bałwany i strzały wróżbiarskie - to obrzydliwość wynikająca z dzieła szatana! Unikajcie więc tego! Szatan chce tylko rzucić między was nieprzyjaźń i zawiść przez wino i maj sir i odwrócić od was wspomnienia Boga i od modlitwy”⁴¹². Natomiast Sura 2,219 mówi: „Będą cię pytać o wino i grę maj sir. Powiedz: W nich jest wielki grzech i pewne korzyści dla ludzi; lecz grzech jest większy aniżeli korzyści z nich”⁴¹³. Koran się nie wypowiada się na temat palenia tytoniu i nie zabrania go w jednoznaczny sposób. Czasem, w którym muzułmanie powinni stronić od papierosów, jest okres postu Ramadan.

Islam nie określa żadnego dnia tygodnia mianem dnia świętego, dnia odpoczynku; mówi tylko o piątku jako szczególnym dniu modlitwy, w którym na modlitwę południową należy udać się do Meczetu, a przed nią rytualnie obmyć się Wudu (łudu). Na Wudu (łudu) rytualne oczyszczenie (małe oczyszczenie *taharat*) – składają się takie czynności (fardy – nakazy Najwyższego) jak: trzykrotne nabranie prawą ręką wody do ust, trzykrotnie wypluć i wypluć. Wyczyszczenie zębów np. szczoteczką; następnie trzykrotne nabranie prawą ręką wody do nosa i wysmarkanie lewą ręką, trzykrotne umycie twarzy od nasady włosów do podbródka, kolejna czynność to trzykrotne umycie rąk, łącznie z łokciami, potem jednokrotne przetarcie mokrą prawą ręką jednej czwartej głowy, należy też małymi palcami przetrzeć wnętrze uszu a kciukami – tylne części uszu, na zakończenie trzykrotne obmycie stóp wraz z kostkami⁴¹⁴.

W przeprowadzonych badaniach nie dokonywano podziału na sunnitów i szyitów ze względu na brak dostępności odpowiedniej ilości badanych z poszczególnych grup. Ponadto wszystkie odłamy, kierunki islamu charakteryzują się takimi samymi postawami w odniesieniu do badanych elementów zachowań zdrowotnych.

Buddyzm

Buddyzm jest jedną z wielkich religii uniwersalnych. Jego wyznawcy mówią, że nie jest to religia, ale system filozoficzny. Wywodzi się z nauki o charakterze etyczno-soteriologicznym propagowanym na terenie północnych Indii (pogranicze Nepalu) na przełomie VI i V wieku p.n.e. przez Siddharthę Gautamę (Budda)⁴¹⁵. Jest religią, której

⁴¹² Sura 5,90-91, Koran, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986, s. 144.

⁴¹³ Sura 2, 219, tamże, s. 43.

⁴¹⁴ A. Ujsal, *Uczę się oczyszczania i modlitwy*, Wydawnictwo ERKAM, Stambuł 2019, s. 11-15

⁴¹⁵ Hasło: Buddyzm, *Religie Świata. Encyklopedia*, PWN, Warszawa 2006, s.162.

założyciel nie został obwołany ani prorokiem, ani wysłannikiem jakiegokolwiek Boga. Buddyzm odrzuca również ideę Boga jako istoty najwyższej. Budda, czyli „Przebudzony”, jest mistrzem, przewodnikiem duchowy⁴¹⁶.

Siddhartha Gautama urodził się prawdopodobnie około 558 roku p.n.e. Pochodził z zamożnego rodu wojowników radży Śuddhodany⁴¹⁷. Po pierwszym zetknięciu się ze starością, chorobą i śmiercią w wieku 29 lat Budda opuścił pałac ojca, bogactwo, przepych oraz młodą żonę i nowonarodzonego syna Rahulę i wyruszył w poszukiwaniu „prawdy”, „wyzwolenia”^{418 419}. Stał się wędrownym ascetą i udał się do Vaisali, gdzie pod kierunkiem mistrza bramińskiego Arada Kalama zgłębiał doktrynę *samkhyi*⁴²⁰. Jednak umiejętność osiągnięcia stanu głębokiego skupienia i wchodzenia w „sferę nicości” nie przynosiły Buddzie rozwiązania fundamentalnych problemów narodzin, choroby, starości i śmierci.

W związku z tym podjął dalsze poszukiwania i rozpoczął naukę u kolejnego mistrza – Uddaki Ramaputty. Dzięki niemu Budda poznał tajniki techniki wejścia w „sferę ani postrzegania, ani braku postrzegania”⁴²¹, która jest wysublimowanym stanem umysłu prowadzącym do zniknięcia świadomości⁴²². Gdy zgłębił tajniki medytacji, zainteresował się ekstremalnymi wyrzeczeniami, aby stłumić żądze i namiętności. Jednakże wyrzeczenia, takie jak wstrzymywanie oddechu czy przyjmowanie tylko łyżki zupy fasolowej dziennie, doprowadziły go tylko do osłabienia oraz zawrotów i bólów głowy. Dlatego też zaniechał tych praktyk. Zrozumiał, że najlepsze jest wybranie „środkowej drogi” – zachowanie umiarkowania zarówno bez negowania pragnień, jak i nadmiernego im ulegania⁴²³.

Zaczął przyjmować posiłki w umiarkowanej ilości, ale przede wszystkim powrócił do praktyk medytacyjnych. Przebywając w Benares, udał się do gaju, gdzie usiadł pod drzewem *pīpal* (figowym) i ślubował nie opuścić tego miejsca, dopóki nie osiągnie oświecenia. W medytacji przeszkadzała mu Mara (śmierć), lecz jego „wcześniejsze zasługi i przyjazna postawa (*maitri*) wzniosły wokół niego sferę ochronną; nie zachwiał się przeto”⁴²⁴ i osiągnął oświecenie – nirwanę⁴²⁵. Po około siedmiu tygodniach spotkał się ze swoimi uczniami, których

⁴¹⁶ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, tom II, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 52.

⁴¹⁷ Tamże, s. 52-56.

⁴¹⁸ Tamże.

⁴¹⁹ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Oficyna Wydawnicza Barbara, Kraków 1995, s. 121-122.

⁴²⁰ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, tom II, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 54-55.

* Farad małego taharatu (oczyszczenia)

⁴²¹ D. Keown, *Buddyzm*, Prószyński S-ka, Warszawa 1997, s. 35.

⁴²² Tamże, s. 29-36.

⁴²³ Tamże, s. 36.

⁴²⁴ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, tom II, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s. 54.

⁴²⁵ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Oficyna Wydawnicza Barbara, Kraków 1995, s. 122.

wcześniej opuścił, i oznajmił im, że jest tathagatą (ten, który osiągnął to, co jest naprawdę)⁴²⁶,⁴²⁷. Wygłosił wówczas swoje pierwsze kazanie w formie pouczenia pt. *Puszczenie w Ruch Koła Dharmy*, w którym wyłożył Cztery Szlachetne Prawdy⁴²⁸:

1. Prawda o Cierpieniu (Dukkha) – „cierpieniem są narodziny, cierpieniem jest starość, choroba, śmierć, ból, smutek, rozłąka z tym, kogo miłujemy, cierpieniem jest niespełnienie życzeń”⁴²⁹.
2. Prawda o Powstawaniu Cierpienia (Samudaya) – „źródłem cierpienia jest pragnienie, które stwarza nowe wcielenie; towarzyszy mu rozkosz i namiętność, które zaspokojone bywają to tu, to tam – pragnienie uciech, pragnienie istnienia i pragnienie nieistnienia”⁴³⁰.
3. Prawda o Zniszczeniu Cierpienia (Nirodha) – „zniszczenie tego pragnienia przez zupełne zniszczenie pożądania, zaniechanie, wyzbycie się i uwolnienie i niedawanie dostępu”⁴³¹.
4. Prawda o Drodze Prowadzącej do Zniszczenia Cierpienia (Magga) – „jest nią szlachetna, z ośmiu części złożona Ścieżka: słuszny pogląd, słuszne postanowienie, słuszne słowo, słuszny czyn, słuszny żywot, słuszne dążenie, słuszne skupienie, słuszna medytacja”⁴³².

Po śmierci Buddy jego nauka bardzo szybko rozprzestrzeniła się prawie na cały subkontynent indyjski; swoim wpływem objęła Sri Lankę, Azję południowo-wschodnią i Chiny, jak również Epir, Syrię, Egipt i Kyrene⁴³³. Najwybitniejszym propagatorem buddyzmu w ówczesnym świecie był Asioka. Buddyzm jako idea, filozofia „pojawił się w okresie gwałtownych przemian społecznych, ekonomicznych i politycznych. Podobnie jak dżinizm był związany z nurtem kontestującym rytualizm wedyjski i przeciwstawiający się warstwie kapłańskiej (braminów)⁴³⁴. Nauka Buddy była przekazywana ustnie, a dopiero w pierwszym stuleciu p.n.e. nauki te zostały spisane w postaci *sutry*⁴³⁵.

⁴²⁶ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, tom II, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1994, s.55.

⁴²⁷ D. Keown, *Buddyzm*, Prószyński S-ka, Warszawa 1997, s. 39.

⁴²⁸ Tamże, s. 39-40.

⁴²⁹ Tamże, s.60.

⁴³⁰ Tamże, s. 64.

⁴³¹ Tamże, s. 67.

⁴³² Tamże, s. 70.

⁴³³ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Oficyna Wydawnicza Barbara, Kraków 1995, s. 123.

⁴³⁴ Hasło: Buddyzm, *Religie Świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 162.

⁴³⁵ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Oficyna Wydawnicza Barbara, Kraków 1995, s.123.

Z prostego buddyzmu wywodzącego się ze starych szkół, umownie nazwanego „małym wozem” („mała droga”, „buddyzm wcześniejszy”) – *hinajana*, rozwinął się na przełomie er nowy kierunek nazywany „wielkim wozem” („wielka droga”, „buddyzm późniejszy”) – *mahajana*. Mahajana znacznie rozszerzył obrzędowość oraz „stworzył monistyczną nadbudowę nad pluralistyczną nauką o wielu czynnikach istnienia”⁴³⁶. Następnie z mahajany wyłoniła się kolejna odmiana buddyzmu zwana „trzecim wozem” („Wóz diamentowy”, „Diamentowa Droga”) – *mantrajaną* lub *wadžrajaną*, w której szczególną uwagę kładziono na czynności magiczne, święcenia oraz obrzędy, co spowodowało przekształcenie nauk Buddy w ich przeciwieństwo, upodabniając je do hinduistycznego tantryzmu i siaktyzmu^{437 438}.

Wyróżniamy kilka rodzajów buddyzmu: cejloński, chiński, japoński, koreański oraz tybetański. Istnieje również bardzo wiele szkół i linii buddyzmu⁴³⁹.

Ponieważ buddyzm nie jest religią jednolitą, nie posiada również jednolitego zbioru pism określanych Świętą Księgą. W pierwszych wiekach po Chrystusie powstały nowe *sutry* i o ile sutry Kanonu Palijskiego uważano za autentyczne słowa Buddy, o tyle nowym sutrom ciężko jest przypisać autorstwo. Zostały one napisane anonimowo przez wielu autorów⁴⁴⁰.

Buddyzm charakteryzuje się tym, że inne zasady żywienia odnoszą się do mnichów, osób duchownych, a inne zasady dotyczą wyznawców. Ze względu na panujący na świecie głód wyznawcom buddyzmu „odradza się nadmierne spożywanie pokarmów”⁴⁴¹. Mnisi najczęściej jedzą to, co otrzymali jako jałmużnę. Wprawdzie klasztory buddyzmu therewady uprawiają warzywa i owoce, to jednak mnisi powinni spożywać tylko to, co otrzymają w darze od ludzi, ponieważ „je się tylko po to, aby utrzymać ciało przy życiu, ale nie po to, by jedzenie sprawiało przyjemność”⁴⁴².

Nie ma ogólnego nakazu, aby wyznawcy buddyzmu byli wegetarianami; nie ma również zakazu spożywania mięsa, choć nie wolno im zabijać zwierząt. „Nie ma zastrzeżeń, jeżeli chodzi o spożycie mięsa zwierzęcia, którego samemu się nie zabiło albo które nie zostało poddane ubojowi na polecenie danej osoby”⁴⁴³. Mnisi którzy, odżywiają się tym, co otrzymali od ludzi, nie są odpowiedzialni za śmierć zwierzęcia, którego mięso spożywają. Za jego śmierć

⁴³⁶ Tamże, s. 123

⁴³⁷ Tamże.

⁴³⁸ E. Brunner-Traut (red.), *Pięć wielkich religii świata: hinduizm, buddyzm, islam, judaizm, chrześcijaństwo*, Instytut wydawniczy PAX, Warszawa 2002, s. 61-74.

⁴³⁹ *Religie Świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 160- 181.

⁴⁴⁰ D. Keown, *Buddyzm - bardzo krótkie wprowadzenie*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1997, s. 77.

⁴⁴¹ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Buddyzm*, Agora, Warszawa 2009, s. 84.

⁴⁴² Tamże.

⁴⁴³ Tamże, s. 84.

odpowiedzialni są ci, którzy zlecili jego ubój. Obowiązuje również zasada: „trojkiej relacji: mnisi mogą przyjmować mięso, jeżeli nie widzieli ani nie słyszeli, ani nie podejrzewają, że zwierzę zostało zabite tylko i wyłącznie na ich potrzeby”⁴⁴⁴.

Spożywanie mięsa lub bycie wegetarianinem uzależnione jest również od miejsca zamieszkania, uwarunkowań geograficznych, dostępności różnego rodzaju warzyw i owoców. Wegetarianizm ma swoje uzasadnienie nie tylko zdrowotne, ale i moralne: „Jedząc mięso, człowiek spożywa wraz z nim nienawiść zwierzęcia, które odczuwało ją w momencie śmierci; zabicie lub zjedzenie żywej istoty oznacza złego *karmana*; ludzie i zwierzęta są ze sobą spokrewnieni i nie wolno im się nawzajem zabijać”⁴⁴⁵. Szczególnie w buddyzmie Mahajany spożywanie mięsa jest zabronione⁴⁴⁶.

Ponadto zaleca się unikanie spożywania jajek, ryb oraz niektórych warzyw takich jak czosnek, szczypiorek, pieprz czy papryka. Ważny element diety stanowi ryż, który uważany jest za błogosławieństwo. Często składa się go jako ofiarę w kapliczkach. W medycynie tybetańskiej (od której uzależniona jest dieta buddystów) bardzo dużą wagę przywiązuje się do świeżości pokarmów – potrawa przygotowana dwadzieścia cztery godziny wcześniej jest uważane za nieświeżą i nie należy jej spożywać. Nie powinno się również zamrażać wcześniej przygotowanych potraw (wyjątek stanowią produkty surowe)⁴⁴⁷.

Piąta reguła moralna buddyzmu (*śila*) jednoznacznie zakazuje picia alkoholu i przyjmowania narkotyków⁴⁴⁸. Nie ma jednak jednoznacznego zakazu palenia tytoniu, aczkolwiek jest on niewskazany.

Dyscypliny sportowe, np. sztuki walki (judo, kendo, karate), wzmacniają takie buddyjskie zasady jak: równowaga emocjonalna, czujność, świadomość własnego ciała. Poza ćwiczeniem uwagi, wytrwałości i sprawności sporty te służą również doskonaleniu samodyscypliny i odpowiedzialności, rozwijaniu silnej duszy, uprzejmości oraz panowaniu ducha nad ciałem. Są one nie tylko dyscypliną sportową, ale również praktyką religijną⁴⁴⁹.

W buddyzmie nie ma określonego tzw. dnia świętego przeznaczonego na szczególną medytację – każdego dnia powinno się poświęcić na to czas. Jednak w kalendarzu księżycowym

⁴⁴⁴ Tamże.

⁴⁴⁵ Tamże, s. 87.

⁴⁴⁶ A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, *Pielęgniarstwo transkulturowe*, PZWL, Warszawa 2010, s. 131.

⁴⁴⁷ Tamże.

⁴⁴⁸ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Buddyzm*, Agora, Warszawa 2009, s. 87.

⁴⁴⁹ Tamże, s. 94-95.

jest wiele świąt buddyjskich, a do czterech najważniejszych należą: *Ciotryl Dycien* – ostatni z piętnastu dni nowego roku, w czasie których Budda Siakjamuni czynił cuda; *Saga Dała Dycien* – dzień Przebudzenia; *Ciekhor Dycien* – gdy po osiągnięciu oświecenia Budda Siakjamuni po raz pierwszy obrócił Kołem Dharmym; *Lha Bab Dycien* – upamiętnia moment, gdy Budda Siakjamuni powrócił na ziemię z nieba Indry. Dodatkowo są też dni, w których kładzie się szczególny nacisk na praktyki medytacyjne, a skutki karmiczne są zwielokrotnione. Należą do nich między innymi:

- „Dzień Buddy Medycyny i Zielonej Tary – ósmy dzień miesiąca. Skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Kładzie się nacisk na praktykę medytacji.
- Dzień Guru Rinpoczego – dziesiąty dzień. Skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Zaleca się odprawić tsok oraz szczególnie skupić się na praktyce uważności.
- Dzień Dakiń – dwudziesty piąty dzień. Skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Ma podobne znaczenie jak dzień Guru Rinpoczego. Praktykuje się tsok i składa liczne ofiary.
- Dzień Strażników – dwudziesty dziewiąty dzień. Skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Nacisk kładzie się na oczyszczanie negatywności i post. Wyznawanie błędów i oczyszczanie złamanych ślubowań. Ofiarowanie tsok.
- Pełnia księżyca – skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Nacisk kładzie się na ratowanie życia zwierząt.
- Nów księżyca – skutki karmiczne wszystkich czynów są zwielokrotnione 100 razy. Nacisk kładzie się na ratowanie życia zwierząt⁴⁵⁰.

Tsok to praktykowanie ofiarowania i oczyszczenia Wadźrajany, szczególnie w dziesiątym i dwudziestym piątym dniu miesiąca tybetańskiego. Tradycyjnie określa się to jako gromadzenie „cudownych substancji”. Odnosi się do jedzenia i picia, które będą oferowane przez praktykujących podczas praktyki. Mówi się, że substancje jadalne

⁴⁵⁰ Strona internetowa Związku Buddyjskiego Bencien Karma Kamtsang Polska <https://www.benchen.org.pl/pl/kalendarz-tybetanski/buddyjskie-swieta-i-dni-specjalne-wedlug-kalendarza-ksiezycowego> (dostęp z dnia: 25.03.2018).

reprezentują umiejętne środki, a płyny reprezentują mądrość. Ważne jest, aby oferta zawierała wiele różnych substancji, w szczególności w tantrach, mięsie i alkoholu^{451 452}.

W buddyzmie istnieją wiele odłamów i szkół w zależności od przynależności do ruchu Mahāyāna („Większy Wóz”) czy Hīnayāna („Mniejszy Wóz”), jednak ze względów organizacyjnych oraz braku możliwości nawiązania kontaktów badania przeprowadziłam wśród osób praktykujących w Związku Buddyjskim Bencien Karma Kamtsang oraz Buddyjskim Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu.

Hinduizm

Hinduizm to termin zbiorczy obejmujący zróżnicowane przejawy religii występujące w przeszłości i współcześnie na obszarze subkontynentu indyjskiego i rozwijające się w opozycji do buddyzmu, dżinizmu, islamu oraz religii plemiennych⁴⁵³. Nie on jest terminem jasno określonym i ścisłym⁴⁵⁴. Pierwotnie określano religię subkontynentu indyjskiego braminizmem, a przejście jednego w drugie przebiegło niepostrzeżenie⁴⁵⁵. Nazwa „hinduizm” wywodzi się od słowa *Sindhu*, co oznacza rzekę Indus. Uważa się, że hinduizm jest „zespołem bliskich sobie religii, które ukształtowały się w indyjskim kręgu kulturowym, mających własne, odrębne formy organizacyjne, rytuały i doktryny”⁴⁵⁶. Są one jednak powiązane poprzez nadrzędną strukturę, jaką jest wzorzec społeczno-religijny, społeczno-obyczajowy czy nawet normy estetyczne – *sanatana-dharma* – odwieczny ład. Kultura zachodnia określa to jako Wielką Tradycję⁴⁵⁷. Współczesne badania religioznawcze nad hinduizmem pokazują jednak, że „właściwą jednostką opisu nie jest Wielka Tradycja, lecz *sampradaja* – czyli konkretna wspólnota religijna oraz relacje, jakie ustanawia z Wielką Tradycją, aby związać własną przeszłość z wedyjską historią objawienia (*śruti*, *smryti*)”⁴⁵⁸

Doktryny religijne hindusów są bardzo liczne i różnią się od siebie tak bardzo, że spotkać można się z twierdzeniem, iż hinduizm jest nie tyle systemem religijnym, ile raczej

⁴⁵¹ Vajrayana Foundation Lama Tharchin Rinpoche Brief Teaching on the Practice Tsok
http://www.vajrayana.org/media/files/files/7a48b5b8/Brief_Teaching_on_the_Practice_of_Tsok.pdf
(dostęp z dnia 25.03.2018).

⁴⁵² Wikipedia hasło Tsok <http://www.rigpawiki.org/index.php?title=Tsok> (dostęp z dnia 25.03.2018).

⁴⁵³ Hasło: Hinduizm, *Religia świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 342.

⁴⁵⁴ M. Zieliński, *Człowiek i religie*, Astrum, Wrocław 1998, s. 65.

⁴⁵⁵ M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, PAX, Warszawa 1994, s. 33.

⁴⁵⁶ Hasło: Hinduizm, *Religia świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 342.

⁴⁵⁷ Tamże.

⁴⁵⁸ Tamże, s. 343.

stylem życia⁴⁵⁹. Religie z subkontynentu indyjskiego w większości są kontynuacją religii Arjów wedyjskich (wedyzm, braminizm), choć „podłożem, na którym się kształtowały, był jednak należący do rdzennych ludów Indii (Adiwasi) archaiczny kompleks wierzeń animistycznych, praktyk szamańskich, kultów płodności i kultu Bogini-Matki (Dewi)”⁴⁶⁰.

Hinduizm ma znaczenie zarówno teologiczne, jak również obejmuje instytucje społeczne, tradycję, sztukę, literaturę oraz stanowi szeroko rozbudowaną filozofię⁴⁶¹. Rodowici hindusi, bez względu na to czy oddają cześć Śiwie, Wisznu czy Ganeśi, uważają, że hinduizm to „sanatanin”, co oznacza bycie wyznawcą odwiecznego *dharmy*⁴⁶². W rozumieniu i tradycji indyjskiej pojęcie to jest wieloznaczne, jednak kluczowe dla „porządku metafizycznego, etycznego, jak i społecznego”⁴⁶³. Termin „dharma” oznacza powinność, zadania, obowiązki przedstawicieli poszczególnych *warn*, czyli hierarchicznie uszeregowanych grup społecznych – prawo bytu, porządek, wschód i zachód słońca, pory roku itp. Wszystko, co nas otacza, jest przejawem *dharmy*, a życie zgodne z nią daje „szczęście w zaświatach” i lepsze kolejne wcielenie⁴⁶⁴.

Zadaniem i powinnością każdego człowieka jest postępowanie zgodne z zasadami moralnymi, aby w ten sposób „wznosić się w toku kolejnych narodzin”⁴⁶⁵. Zgodnie z tą filozofią człowiek ma cztery cele, nazywane „drogami postępowania”:

1. „rozkosz zmysłowa (*kama*),
2. zdobywanie dóbr ziemskich (*artha*),
3. wypełnianie obowiązków obywatelskich i religijnych (*dharm*),
4. osiągnięcie wyzwolenia (*moksa*)”⁴⁶⁶.

Każdy kolejny cel jest ważniejszy od poprzedniego, a najwyższym celem jest osiągnięcie wyzwolenia. Ważne prawo, z którym muszą się liczyć nawet bogowie, stanowi prawo „*Karman*”, czyli czyn, działanie, a także jego wynik i skutek. Przyszłość jest zamanifestowaniem „czynów odbywających się w terażniejszości, a określony charakter działań terażniejszości został już jakby zaprogramowany w przeszłości. Wszystkie działania są

⁴⁵⁹ A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 110- 111.

⁴⁶⁰ Hasło: Hinduizm, *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 343.

⁴⁶¹ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s. 29-31.

⁴⁶² M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s. 11.

⁴⁶³ Tamże, s. 12.

⁴⁶⁴ Tamże.

⁴⁶⁵ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s. 19.

⁴⁶⁶ Tamże.

ze sobą sprzęgnięte, nic nie dzieje się samo przez się i tylko dla siebie⁴⁶⁷. Karman determinuje przysze wcielenia, czyli to w jakiej kaście, w jakie postaci (człowieka czy zwierzęcia) i w jakiej rodzinie człowiek się odrodzi. Czyny są efektem pragnień i zamiarów, a te z kolei mają pozytywny lub negatywny wpływ na czyny człowieka⁴⁶⁸.

Panteon bogów hinduizmu jest bardzo szeroki, choć niektórzy badacze uznają, że hinduizm jest religią jednego boga, który przybiera różne formy, awatary⁴⁶⁹. Koncepcja Trimurti mówi o trzech twarzach, postaciach jednego boga, gdzie Wisznu, Śiwa i Brahma stanowią trzy aspekty jednego boga⁴⁷⁰: rolę Wisznu jest podtrzymanie stworzonego przez Brahme wszechświata, natomiast Śiwa ten wszechświat niszczy na koniec danego cyklu. Wisznu, Śiwa i Brahma stoją na czele panteonu bóstw⁴⁷¹, choć Wedy nie przedstawiają ustalonej hierarchii bóstw⁴⁷². Wiele hinduskich bóstw czci się jako strażników różnych stron świata (Indra – wschód, Jama – południe, Waruna – zachód, Kubera – północ⁴⁷³).

Bogowie i boginie posiadają różne zdolności i przybierają różne formy. Niektóre pełnią rolę głównego boga⁴⁷⁴ i są już wspomniane bóstwa Śiwa oraz Wisznu. Są one „najważniejszymi bogami i czczeni są przez hindusów tak dalece, że każdy z nich przez swoich wyznawców uważany jest za jedynego odwiecznego władcę świata”⁴⁷⁵.

Wisznu przedstawia się jako młodzieńca o błękitnej skórze stojącego lub siedzącego w pozycji wyprostowanej. W swoich czterech dłoniach trzyma on konchę, kwiat lotosu, dysk i maczugę^{476 477}. Jego żoną jest to Lakszmi (bogini szczęścia, piękna i bogactwa)⁴⁷⁸.

Wisznu pojawiał się na ziemi pod wieloma postaciami, awatarami. Ingeruje on w bieg wydarzeń, gdy dharma jest zagrożona. Przywraca ją, ratując wiernych. Według klasycznego schematu istnieje dziesięć awatarów Wisznu:

- Matsja (postać ryby, która ratuje Manu, praojca ludzkości podczas wielkiego potopu);

⁴⁶⁷ M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s.23.

⁴⁶⁸ Tamże, s. 22-27.

⁴⁶⁹ D.E. Harding, *Religie świata - podręcznik dla otwartych umysłów*, Wydawnictwo Wrocławskie, Wrocław 1998, s. 27-28.

⁴⁷⁰ M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s. 157.

⁴⁷¹ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s. 32.

⁴⁷² M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s.39.

⁴⁷³ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s.31.

⁴⁷⁴ M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s. 153.

⁴⁷⁵ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s.33.

⁴⁷⁶ Tamże.

⁴⁷⁷ M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s.155.

⁴⁷⁸ *Religie świata. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2006, s. 343-353.

- Kurma (postać żółwia, który pomógł odzyskać zaginione podczas potopu skarby i który za pomocą węża Wasukiego zaczął „ubijać” ocean który w tym czasie był wypełniony mlekiem);
- Waraha (postać dzika, który wydobył z odmętów oceanu ziemię wciągniętą tam przez demona Hiranjakszę);
- Narasinha (postać o głowie lwa i ciele człowieka, która zwycięża demona Hiranjakaśipu);
- Wamana (postać karła, który pokonał panującego nad światem demona Balego);
- Paraśurama (Rama dzierzący topór, który rozgromił kszatrijów, ponieważ prześladowali braminów)
- Rama (zabił okrutnego demona Rawanę i jego towarzyszy; jest to obok Kriszny najbardziej znany awatar Wisznu);
- Kriszna (najważniejszy awatar Wisznu uważany przez wyznawców za najwyższego boga – uważają oni nawet, że to nie był awatar tylko sam Wisznu; jest utożsamiany z absolutem; przybierał postać pasterza, kochanka oraz wojownika; jego celem było zabicie złego Kansy);
- Budda (wcielenie, które jest dwójako interpretowane: pierwsza interpretacja mówi, że Wisznu przybrał postać Buddy, aby poprzez głoszenie „fałszywych doktryn doprowadzić do tego, że ludzie przypomną sobie o prawdziwym bogu; druga interpretacja przypisuje Buddzie poważną zasługę, jaką jest zniesienie ofiar krwawych⁴⁷⁹);
- Kalkim (to wcielenie nastąpi w przyszłości i Wisznu przybędzie na białym koniu z płonącym mieczem, aby zgładzić zło, zabić demony i złych ludzi oraz odnowić świat)⁴⁸⁰.

Drugim wielkim bogiem hinduizmu jest Śiwa. Jego żona to Parwati, z którą ma dwóch synów. Jednym z nich jest sześciogłowy Skanda, a drugim Ganesa przedstawiany jako postać niebieskiego słonia. Łączy on w sobie „cechy wedyjskiego boga burzy Rudry z cechami wielu ludzi. Wyobrażany jest z jedną lub pięcioma głowami, posypany białym popiołem, w naszyjniku z ludzkich czaszek. W czerech rękach trzyma emblematy: trójząb, łuk

⁴⁷⁹ M. Kudelska, *Hinduizm*, WAM, Kraków 2006, s.162.

⁴⁸⁰ Tamże, s. 158-163.

i bęben”⁴⁸¹. Jest on bogiem siejącym grozę, ponieważ sprowadza na świat zagładę; jednocześnie jednak jest władcą płodności, a jego czczonym symbolem jest fallus⁴⁸².

Styl życia wyznawców hinduizmu, opiera się na *śastrach*, czyli na starożytnej literaturze wedyjskiej – pismach objawionych. Standardem ustanowionym przez Śrila Prabhupada w Ruchu Świadomości Kryszny jest oparty na *sattwa-gunie* (dobroci) bramiński styl życia wraz z odpowiadającą mu *sadhaną* (praktyką duchową). Jej ostateczną *sadhya*, celem jest rozwinięcie miłosnego sentymentu do Najwyższego Osobowego Boga, Śri Kryszny, którego my, *dżiwy*, jesteśmy integralną energetyczną częstką. Podczas duchowej inicjacji przy ogniu ofiarnym wielbiciel Kryszny ślubuje przestrzeganie czterech podstawowym zasad, które stwarzają odpowiednie środowisko korzystne dla kultywowania oddania dla Kryszny. Są to:

- niejedzenie mięsa, jaj i ryb,
- niespożywanie jakichkolwiek substancji pobudzających i używek typu alkohol, papierosy, narkotyki, a nawet kawa czy herbata,
- nieuprawianie hazardu,
- ograniczenie celu życia seksualnego do prokreacji.

Te cztery zasady są zewnętrznym objawem wzniosłych i upragnionych w każdym cywilizowanym społeczeństwie ludzkim cech takich jak miłosierdzie, wyrzeczenie i samokontrola, prawdomówność oraz czystość.

Aktywność fizyczna, np. bieganie, jogging, jest postrzegana jako forma medytacji: „Jeśli kiedyś biegałeś, jeśli radowało cię bieganie wcześniej rano, gdy powietrze jest świeże i młode i cały świat wraca ze snu, budzi się – biegałeś i ciało wspaniale funkcjonowało, świeże powietrze, nowy świat, na nowo zrodzony z ciemności nocy, wszystko wokoło śpiewało, czułeś się żywy, przychodzi ta chwila, gdy biegnący znika i zostaje tylko biegnięcie. Ciało, umysł i dusza zaczynają działać razem – nagle wyzwolony jest wewnętrzny organizm”⁴⁸³. „Uświadomienie sobie szczegółów biegnięcia pozwoli oszczędzać siły, sprawi, że twoje ruchy staną się łatwiejsze, abyś mógł biec wolny, rozluźniony, kołysząc się beztrąsko – tańcząc. W ten sposób bieganie staje się nowo odkrytą formą medytacji, która raczej jest sposobem bycia, a nie postawą ciała”⁴⁸⁴. Bieganie jako forma medytacji zostało również ujęte

⁴⁸¹ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s. 34.

⁴⁸² Tamże, s. 34.

⁴⁸³ Osho [Bhagwan Shree Rajneesh], *Techniki medytacyjne*, KOS, Katowice 2004, s. 9-10.

⁴⁸⁴ M. Tworuschka, U. Tworuschka, *Hinduizm*, Agora, Warszawa 2009, s. 100.

w programie medytacyjnym w ruchu Chinmoya Kumara Ghose, który nawiązuje do *kundalini jogi*”⁴⁸⁵.

Tradycyjny sport hinduski stanowią zapasy, w czasie których zawodnicy (prawie nadzy) siłują się ze sobą. Ważna jest także gra w polo na słońiach czy hokej na trawie. Sport w hinduizmie jest silnie związany z religią – często miejsca, w których się trenuje, są miejscami kultu religijnego i miejscem medytacji. W każdym takim ośrodku stoi ołtarz małpiego boga i zapaśnika Hanumana, ponieważ jest on „wzorem do naśladowania dla wielu entuzjastów sportu”⁴⁸⁶. Jest on uważany za wzór do tego stopnia, że podczas ćwiczeń z obciążeniem na hantlach widnieje wizerunek Hanumana, ponieważ uważa się, że dodaje on magiczną moc i zwiększa siłę mięśni.

Pojęcie sportu w hinduizmie nie jest rozumiane tak samo jak w społeczeństwach zachodnich, ponieważ „świadomość własnego ciała, jego kontrola oraz ćwiczenia w o wiele większym stopniu łączą się z religią, a ich celem jest najczęściej rozwijanie świadomości w celu doświadczenia jedności z tym co boskie”⁴⁸⁷. W pismach hinduskich (ajurwedyjskie teksty) ajurwedy „zakładają śmierć w podeszłym wieku, pojawia się przekonanie, że zdrowe ciało jest niezbędne, aby człowiek mógł wypełniać zadania stawiane mu przez życie. Dlatego też człowiek musi zwracać na nie uwagę”⁴⁸⁸.

Pomimo odmiennego rozumienia pojęcia „sport” hindusi przywiązują dużą wagę do aktywności fizycznej. „Trening fizyczny (wjajama), gra (krida), ćwiczenia gimnastyczne (khel-kud) służą utrzymaniu ciała w zdrowiu i zapanowania nad nim w celach duchowych. Daje to również możliwość rozwijania odwagi, zwinności oraz realizowania celów wychowawczych i wojskowych”⁴⁸⁹. Formą aktywności fizycznej często praktykowaną przez wyznawców hinduizmu i ściśle związaną z religią i medytacją jest joga. Jest to „kontrola umysłu, a co za tym idzie opanowanie ciała i ujarzmienie zmysłów. Tylko człowiek, który kontroluje swoje ciało, może osiągnąć stan koncentracji i medytacji. Joga wytworzyła metody, które pozwalają kontrolować ciało i umysł. Dzięki tym praktykom możliwe jest poznanie wyzwalające, tj. odrębności jaźni (purszy) od materii (prakriti)”⁴⁹⁰.

W kontekście diety w hinduizmie spotykamy się z pojęciem „czystości rytualnej”, która obejmuje wytwarzanie produktów spożywczych, przygotowanie posiłku, rodzaj przyborów

⁴⁸⁵ Tamże, s. 100.

⁴⁸⁶ Tamże, s. 101.

⁴⁸⁷ Tamże, s. 98.

⁴⁸⁸ Tamże.

⁴⁸⁹ Tamże, s. 100.

⁴⁹⁰ Tamże, s. 98.

kuchennych, które zostały użyte. Stopień „czystości rytualnej” zależy od wykonywanej pracy, np. masarz jest niższy rangą niż mleczarz czy piekarz. Do najniższej rangi należy zawód rolnika, ponieważ orząc ziemię, zabija on stworzenia. Ponadto „płeć i pochodzenie osób, które przygotowują potrawy, odgrywają równie ważną rolę, jak pora, miejsce i wykorzystane naczynia. Najwyżej cenieni są kucharze mężczyźni z kasty braminów”⁴⁹¹. Aby nie skalać jedzenia, podawane jest ono na naczyniach z metalu, porcelany czy szkła, które łatwo się czyści (nigdy z drewna czy gliny). Często można spotkać się również z podawaniem jedzenia na liściach bananowca, które później się wyrzuca i w ten sposób unika się rytualnego skalania. Może do niego dojść, kiedy podaje się posiłek osobie z niższej kasty, dlatego naczynia, z których jadła, należy wyrzucić.

Pokarmy są uszeregowywane w różny sposób, w zależności od tego, jakie posiadają *guny*, czyli właściwości. Rozróżniane są następujące *guny*:

- *sattwa* (czystość) – za pokarmy *sattwiczne* uznaje się rośliny strączkowe, mleko, orzechy, zboża, warzywa, owoce, ziarna i nasiona, cukier i miód;
- *radžas* (namiętość) – pokarmy *radžasowe* to kawa, czarna herbata, ostre przyprawy (które pobudzają i wzbudzają namiętność), napoje gazowane, czekolada;
- *tamas* (ciemność) – do tej grupy zaliczane są takie produkty jak mięso, ryby, jaja, grzyby, czosnek, cebula i wszystkie warzywa cebulowe, alkohol, tytoń, narkotyki⁴⁹².

Z uwagi na zasadę niekrzywdzenia (*ahimsy*) ortodoksyjni hindusi należący do wyższych kast są wegetarianami, ponieważ według nich jedzenie mięsa powoduje skalanie. Szczególnie dużym występkiem jest jedzenie wołowiny, ponieważ nie wolno zabijać krowy, która jest symbolem stworzenia i dostarczycielką mleka. Są jednak pewne odstępstwa od tej reguły, gdyż bramini z Bengalii jedzą ryby, a pozostałe kasty spożywają jaja, a nawet mięso, nigdy jednak wołowinę.

Na rodzaj pokarmu, jaki należy spożywać, ma wpływ fakt, w jakim okresie życia (*aśramie*) znajduje się dana osoba; duże znaczenie ma również jej płeć. Uważa się, że wdowa powinna bardziej dbać o rytualną czystość tego, co je – powinna unikać mięsa, cebuli itp. Im człowiek jest starszy, tym bardziej ascetycznie powinien się odżywiać i unikać pokarmów *radžas*⁴⁹³. „Bhaktowie powinni być uważni na punkcie niewegetariańskich składników

⁴⁹¹ M. Tworuschka, U. Tworuscka, *Hinduizm*, Agora, Warszawa 2009, s. 90-91.

⁴⁹² Bhakti Vikaśa Swami, *Przewodnik dla początkujących dla Świadomości Kryszny*, English Revised Edition, Wrocław 1999, s. 90-93.

⁴⁹³ Tamże, s. 51-52.

w jedzeniu przygotowywanym przez nie-bhaktów. Chleb, ciastka, lody, jogurty często zawierają pochodne jajek czy żelatyny”⁴⁹⁴.

Oprócz przytoczonego wyżej podziału pokarmów w hinduizmie występuje również powszechny podział na potrawy:

- kaćca (niedoskonałe, surowe, proste)
- pakka (gotowe, przygotowane, gotowane).

Potrawy typu kaćca, do których należy np. ryż, są przygotowywane z użyciem wody i można je przyjąć tylko od osób należących do tej samej kasty lub od braminów. Potrawy pakka są smażone na maśle klarownym (ghi), które pochodzi od świętego zwierzęcia, jakim jest krowa, dlatego też pokarmy te są odporne na skalanie. Potrawy typu pakka można przyjmować od członków innych kast⁴⁹⁵. Wielu hindusów wieczorem pije mleko z takimi przyprawami jak cynamon, kardamon, goździki – pozwala im to się wyciszyć, przygotować na nocny spoczynek czy też przygotować się do medytacji. Alkohol i tytoń są zaliczane do guny tamas (ciemności), a zatem są zabronione⁴⁹⁶.

W przeciwieństwie do chrześcijaństwa, judaizmu czy islamu w hinduizmie nie ma jednego określonego dnia odpoczynku, „dnia świętego”. W hinduizmie jest wiele świąt określonych według kalendarza księżycowego, a ponadto każdy dzień należy przeżyć, dokonując dobrych karman.

W hinduizmie – w zależności od tego, które bóstwo uznaje się za najwyższe (Wisnu – wisnuizm, Śiwa – szywaizm) – funkcjonuje wiele szkół i sekt głoszących filozofię charakterystyczną np. dla szywaitów, rytuały wynikające z tantr lub stosunek bóstwa do dusz i materii⁴⁹⁷. Spośród nich do badań wybrano Międzynarodowe Towarzystwo Świadomości Kiryszny (ISCON) oraz Szkołę Medytacji – misja Czajtanii (ze względu na dostępność wyznawców w Polsce).

Wymienione religie różnią się od siebie pochodzeniem, strukturą, dogmatami, wierzeniami, rozumieniem pojęcia Boga czy liczebnością bóstw. Jednak istnieje między nimi wiele podobieństw, np. wiara w jednego Boga w chrześcijaństwie, islamie i judaizmie. Islam i judaizm wywodzą się od tego samego ojca Abrahama, a dopiero ich późniejsze dzieje ukształtowały różnice pomiędzy nimi. Jednak podobieństwa w zasadach dietetycznych, np.

⁴⁹⁴ Tamże, s. 52.

⁴⁹⁵ Tamże, s. 90- 93.

⁴⁹⁶ Tamże, s. 90-93.

⁴⁹⁷ A. Szyszko-Bohusz, *Hinduizm, buddyzm, islam*, PAN, wydanie II, Kraków 1995, s. 35-36.

przekonania dotyczące spożywania alkoholu, pozostały. Hinduizm oraz buddyzm całkowicie różnią się od wspomnianych wyżej religii, a mimo to również można dostrzec pewne podobieństwa w zakresie zasad dietetycznych czy spożywania alkoholu, choć wynikają one z zupełnie innych względów i przekonań.

V. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

1. Cel, przedmiot, problemy badawcze i zakres badań

Bez względu na to, czy chodzi o chrześcijaństwo, islam, buddyzm, hinduizm czy judaizm, religia stanowi nieodzowny element życia człowieka i jego doświadczenia. Zawiera wskazówki dotyczące wielu dziedzin życia, w tym także zdrowia. Dlatego też, jak słusznie zauważyła Madeline Leninger w swojej koncepcji *Pielęgniarstwa transkulturowego*, kultura i religia nie tylko mają znaczący wpływ na opiekę pielęgniarską, ale także ukierunkowują działania z zakresu pedagogiki, socjologii czy polityki społecznej. Problematyka badawcza była podyktowana społeczną potrzebą poznania różnic kulturowo-religijnych w zakresie zdrowia oraz determinujących go zachowań.

Celem teoretycznym projektu badawczego było poszukiwanie i analiza wspólnych oraz odmiennych zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii (chrześcijaństwo, islam, hinduizm, judaizm, buddyzm) na podstawie „Świętych Ksiąg”^{*}.

Celem poznawczym była próba identyfikacji i diagnozy kulturowo-religijnych różnic dotyczących uwarunkowań zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii.

Celem praktycznym było wskazanie implikacji dla praktyki społeczno-pedagogicznej oraz autorski projekt modelu międzykulturowej edukacji zdrowotnej.

Zgodnie z przyjętą konwencją metodologiczną „problem naukowy jest swoistym pytaniem, a jako pytanie zakłada pewną wiedzę; coś się wie, formułując problem, a czegoś się nie wie i właśnie chodzi o to, aby się dowiedzieć, czyli poznać prawdę”⁴⁹⁸.

Strategię badawczą oparto na metodach badań ilościowo – jakościowych. S. Palka mówi, że „cel badań jest wyraźnie określony przed ich rozpoczęciem. Można go sprecyzować,

⁴⁹⁸ S. Palka, *Metodologia badań, praktyka pedagogiczna*, Wyd. GWP, Gdańsk 2006, s. 12.

podejmując próbę udzielenia odpowiedzi na kilka formalnych pytań. Celem badań może być odpowiedź na pytanie: «Jak jest?», «Dlaczego?», «Jaki jest związek między?»⁴⁹⁹. Badania ilościowe pozwalają poznać zależności pomiędzy oddziaływaniami „wychowawczymi a skutkami, jakie pociągają one za sobą w sferze zachowań i postaw osób badanych. Ponadto pozwalają na adekwatne porozumiewanie się w wielu badanych sprawach oraz w zobiiektywizowaniu zgromadzonych danych i w ustaleniu kryteriów względnie optymalnych decyzji, istotnych zarówno dla teorii, jak i praktyki pedagogicznej oraz umożliwiają korzystanie ze statystyki, dzięki której możliwa jest bardziej jednoznaczna interpretacja otrzymanych wyników»⁵⁰⁰.

Natomiast badania jakościowe mają na celu przyjrzenie się „światu zewnętrznemu”, jak również opis, analizę oraz interpretację zjawisk społecznych z perspektywy „wewnętrznej”⁵⁰¹. W badaniach tych dąży się do „uchwycenia doświadczeń, interakcji, dokumentów w ich naturalnym kontekście, uwzględniając ich specyfikę na poziomie materialnym”⁵⁰². Dlatego też stosowane metody badawcze powinny być dobierane pod kątem przedmiotu badań.

Przedmiotem moich badań były różnicowania dotyczące uwarunkowań zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii ze względu na dietę, spożywania alkoholu, palenia tytoniu, odpoczynku oraz utrzymywania aktywności fizycznej oraz znaczenie przekonań religijnych na wymienione zachowania zdrowotne, które są dla wybranych religii charakterystyczne i w ich obrębie występują istotne różnice. Przeprowadzone badania miały charakter diagnostyczny. W związku z tym iż podjęta problematyka badawcza stanowi swoisty, dotychczas w niewielkim stopniu rozpoznany obszar przedmiotowego zainteresowania badawczego, zrezygnowano z wyraźnego sformułowania hipotez. Jest to postępowanie prawidłowe w badaniach diagnostycznych. Problemy sformułowano w sposób otwarty, a badania koncentrowały się na wyciąganiu alternatywnych wniosków, dzięki czemu obszar badań nie zawęził się tylko do poszukiwania odpowiedzi na pytanie rozstrzygające „czy”⁵⁰³.

Problemy badawcze to pytania, na które odpowiedzi uzyskiwane są na drodze badań naukowych⁵⁰⁴. „Problem badawczy to pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków

⁴⁹⁹ Tamże, s.12-13.

* „Święte Księgi” – termin określający wspólnie pisma tj. Biblia, Tora, Korana, Bhagavad-Gita taką jaka jest

⁵⁰⁰ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2000, s. 19.

⁵⁰¹ M. Angrosino, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, PWN, Warszawa 2010, s. 11.

⁵⁰² Tamże, s. 12.

⁵⁰³ S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 224.

⁵⁰⁴ Tamże, s. 12.

między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”⁵⁰⁵, gdyż „nie ma nauki bez wyraźnie postawionego pytania”⁵⁰⁶.

W podjętych badaniach zastosowano rodzaj **badan diagnostycznych**⁵⁰⁷. Pojęcie „diagnoza” było początkowo stosowane tylko w medycynie, ale w późniejszym czasie zaczęto stosować je również w psychologii, socjologii oraz pedagogice. Termin ten pochodzi od greckiego słowa *diagnosis oznaczającego* „rozpoznawanie, rozróżnianie, osądzanie”⁵⁰⁸. Początkowo był używany w odniesieniu do nauk medycznych, jednakże znalazł również zastosowanie w takich dziedzinach jak socjologia, psychologia czy pedagogika. Zatem diagnoza to „każdy proces, w wyniku którego uzyskuje się nowe informacje o rzeczywistości lub jej fragmentach będących przedmiotem poznania”⁵⁰⁹. Diagnoza jest podstawą „wszelkiej działalności pedagogicznej, warunkiem racjonalnego oddziaływania”⁵¹⁰. Jednakże biorąc pod uwagę stawiany przed nią cel, można wyodrębnić szereg jej typów, różniących się między sobą zarówno przebiegiem badań, jak i interpretacją wyników.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące typy diagnozy: eksploracyjno-deskryptywną (opisowa), klasyfikacyjną, funkcjonalną, przyczynową. Ponadto pod względem zakresu można wyszczególnić takie rodzaje diagnozy jak: pełna, ogólna, szczegółowa, różnicowa. Natomiast ze względu na podmiot diagnozy wyszczególniamy diagnozę osobniczą, grupową lub środowiskową⁵¹¹. Również cel diagnozy określa jej typ: poznawcza, decyzyjna⁵¹² lub zakresu działania.

Diagnoza w moim projekcie badawczym miała charakter eksploracyjno-deskryptywny o zakresie ogólnym (sondującym), natomiast ze względu na jej podmiot jest to diagnoza

⁵⁰⁵ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Żak, Warszawa 2001, s. 43.

⁵⁰⁶ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Żak, Warszawa 2001, s. 191.

⁵⁰⁷ J. Gnitecki, *Wprowadzenie do metod badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Naukowe WSPiA, Poznań 2006, s. 11-12; cyt. za S. Palka, *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk 2010, Pedagogika GWP, s. 224-225.

⁵⁰⁸ B. Skałbana, *Diagnostyka pedagogiczna, wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Impuls Wydanie III, Kraków 2013, s. 17.

⁵⁰⁹ Tamże, s. 17.

⁵¹⁰ E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna - podstawowe problemy i rozwiązania*, Żak, Warszawa 2006, s. 23.

⁵¹¹ Tamże, s. 71-72.

⁵¹² E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia - podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Żak, Warszawa 2007, s.72.

grupowa, a jednocześnie środowiskowa. Ponadto, biorąc pod uwagę jej cel, jest to diagnoza poznawcza.

Typ eksploracyjno-deskryptywny (opisowy) diagnozy, „której funkcję stanowi sformułowanie psychopedagogicznego i społecznego modelu funkcjonowania jakiegoś obszaru rzeczywistości, polega na przedstawieniu określonego problemu z opisem i wnioskami”⁵¹³. Diagnoza ogólna (sondująca) „polega na ogólnej orientacji w problemach osoby badanej, opiera się na podstawowych metodach badawczych, tj. wywiad, analiza wytworów, metody testowe”⁵¹⁴. Celem diagnozy „grupowej jest opis i wyjaśnienie mechanizmów funkcjonowania jednostki w grupie, ale i grupy jako swoistej kategorii społecznej, z określeniem mechanizmów jej oddziaływania, dynamizmu, co stanowi przedmiot diagnozy psychologicznej, pedagogicznej i socjologicznej”⁵¹⁵. Z kolei uzupełnieniem grupowej jest poniekąd diagnoza środowiskowa, „która skupia się na opisie i wyjaśnieniu funkcjonowania układów społecznych w aspekcie ich roli wychowawczej, socjalizacyjnej, co z kolei stanowi przedmiot zainteresowania między innymi pedagogiki społecznej oraz socjologii”⁵¹⁶.

Diagnoza w moim projekcie badawczym miała cel poznawczy, który „związany jest z działalnością teoretyczną i stanowi podstawę opisu i wyjaśniania rzeczywistości indywidualnej i społeczno-kulturowej”⁵¹⁷

Proces diagnozy przebiega w sześciu etapach:

- opis (zestawienie danych, opisanie sytuacji, która zaistniała bez żadnego komentarza oceniającego),
- ocena („zastosowanie ocen, które odnoszą się do zebranych danych, co pozwala na porównanie istniejących stanów rzeczy z postulowanymi”⁵¹⁸),
- konkluzja (wnioski określające, czy istnieje potrzeba podjęcia działania),
- tłumaczenie (wyjaśnienie przyczynowe stanu rzeczy),
- postulaty (co należy zreformować, zmienić),
- stawianie hipotez⁵¹⁹.

⁵¹³ E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia - podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Żak, Warszawa 2007, s. 70-71.

⁵¹⁴ Tamże, s. 71.

⁵¹⁵ Tamże, s. 71-72.

⁵¹⁶ Tamże, s. 71-72.

⁵¹⁷ Tamże, s. 72.

⁵¹⁸ E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna - podstawowe problemy i rozwiązania*, Żak, Warszawa 2006, s.19.

⁵¹⁹ Tamże, s.18-19.

Badania diagnostyczne to „rozpoznanie, rozróżnianie (...). Jego istotą jest analiza faktów jednostkowych, zdarzeń, zjawisk i procesów, prowadząca do ich zrozumienia i wyjaśnienia. Poznając rzeczywistość w różnych jej reprezentacjach, podejmujemy próby sformułowania odpowiedzi na pytania o to, co jest i jakie jest, a więc jaki jest przedmiot badań i cel poznania”⁵²⁰. Przedmiotem badań jest człowiek i badacz pragnie znaleźć odpowiedź zarówno na pytanie, kim jest ten człowiek, jak również, kim się staje i kim powinien być⁵²¹. „Badania diagnostyczne mają na celu opis i analizę badanych faktów, zjawisk, procesów, zdarzeń łącznie z charakterystyką ich funkcjonowania i rozwoju, lecz bez możliwości głębszego wnikania w istniejące między nimi zależności sprawcze. Dotyczą one często opinii, przekonań, postaw, środowiska społecznego, zdolności specjalnych, ilorazu inteligencji”⁵²². Badania diagnostyczne (eksploracyjne) „mają za zadanie odkrycie pewnych zależności i prawidłowości, czasami tylko w ograniczonej niewielkiej liczbie przypadków (...)”⁵²³.

Problemy sformułowano w sposób otwarty, a badania koncentrowały się na wyciąganiu alternatywnych wniosków dzięki czemu obszar badań nie zawężił się tylko do poszukiwania odpowiedzi na pytanie rozstrzygające „czy”⁵²⁴.

Zastosowałam **metodę etnograficzną** i polega ona na zbieraniu danych o wytworach materialnych, stosunkach społecznych, przekonaniach, wartościach i zasadach (np. dotyczących zachowań zdrowotnych) panujących w danej społeczności⁵²⁵. Metoda ta charakteryzuje się odmiennym sposobem prowadzenia badań, ponieważ prowadzi się je w faktycznym środowisku życia badanych - jest to praca w terenie, a nie w laboratorium (w przypadku moich badań było to uczestnictwo w spotkaniach, modlitwach, medytacjach, nabożeństwach, mszach w świątyniach, synagogach, meczetach, kościołach). Ponadto badacz jest jednocześnie obserwatorem i uczestnikiem wydarzeń, nawiązuje osobiste relacje z badanymi. Badania etnograficzne mają charakter indukcyjny, czyli prowadzone są tak, aby na podstawie szczegółowych opisów można było zarysować ogólne wzory i wyjaśnić nurtujące badacza zagadnienia, a „nie sprawdzać w terenie hipotezy bazujące na istniejących już teoriach

⁵²⁰ S. Palka, *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Pedagogika GWP, Gdańsk 2010, s. 221.

⁵²¹ Tamże, s. 221.

⁵²² M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 1999, Impuls, s. 155-156.

⁵²³ S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973, s. 194

⁵²⁴ S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 224.

⁵²⁵ M. Angrosino, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, PWN, Warszawa 2010, s. 19.

czy modelach”⁵²⁶. Badania te opierają się na dialogu oraz mają charakter holistyczny tak, aby uzyskać najpełniejszy obraz grupy (religii) która jest przedmiotem badań⁵²⁷.

Metodę etnograficzną wykorzystuje się, gdy celem badacza jest poznanie rzeczywistości z perspektywy badanych⁵²⁸. Takie badanie może zostać „przeprowadzone wszędzie tam, gdzie ludzie wchodzą we wzajemne relacje w «naturalnych» warunkach grupowych”⁵²⁹. W badaniach etnograficznych wykorzystywane są przede wszystkim techniki takie jak obserwacja, wywiad oraz analiza danych zastanych⁵³⁰ (w przypadku moich badań są to „Księgi Święte”).

W projekcie badawczym zastosowana została także **metoda sondażu diagnostycznego**. Jest ona „sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje”⁵³¹. Metoda ta stosowana jest w szczególności, gdy chcemy poznać przekonania respondentów na interesujący nas temat, badacz chce dowiedzieć się, jak badani go oceniają. Umożliwia ona zgromadzenie opinii i poglądów na temat „stylu życia”, jak również uzyskanie odpowiedzi na problemy szczegółowe. Daje ona możliwość statystycznego opisu i wyjaśnienia zjawisk masowych oraz procesów występujących w wielkich zbiorach na podstawie reprezentatywnych prób statystycznych⁵³². Przedmiotem tego rodzaju badań może być świadomość określonej społeczności np. w zakresie zachowań społecznych, czy - jak w przypadku prowadzonych przez mnie badań - zachowań zdrowotnych i stylu życia.

Jako **główny problem badawczy** przyjąłam pytanie: jakie zachowania zdrowotne charakteryzują/różnicują wyznawców wybranych religii (chrześcijaństwa, islamu, hinduizmu, judaizmu, buddyzmu) oraz czy istnieją wspólne zachowania zdrowotne?

Do problemu głównego określiłam **szczegółowe pytania badawcze**, które sformułowałam następująco:

⁵²⁶ Tamże, s. 46.

⁵²⁷ Tamże.

⁵²⁸ Tamże, s. 45.

⁵²⁹ M. Angrosino, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, PWN, Warszawa 2010, s. 46 .

⁵³⁰ Tamże, s.103.

⁵³¹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Żak, Warszawa 2001, s. 80; zob. też: B. Skałbana, *Diagnostyka pedagogiczna wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, wydanie III, Impuls, Kraków 2013, s. 73-74.

⁵³² J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Bernardinum, Gdynia 2002, s. 70-71.

- Jak badani zróżnicowani wyznawaną religią rozumieją pojęcia „religia”, „religijność” oraz „zachowania zdrowotne”?
- Jakimi względami kierują się badani, przestrzegając zasad określonych przez religię?
- Jakie zachowania zdrowotne preferują wyznawcy poszczególnych religii?
- Czy dana religia pozwala spożywać mięso, a jeśli tak, czy określa rodzaje, które można jeść?
- Jakie stanowisko zajmuje „Święta Księga” oraz religia w stosunku do spożywania alkoholu, palenia tytoniu?
- Czy religia wyznacza tzw. dzień święty, dzień modlitwy, dzień odpoczynku i czy określa zasady jego spędzania? W jaki sposób badani spędzają ten dzień?
- Jaką formę aktywności fizycznej preferują badani?
- Jaką formę odpoczynku, relaksu wybierają badani?
- Które z zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii są wspólne?
- Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych według IZZ wśród wyznawców określonych religii?

Postawione pytania badawcze stanowiły zakres podjętych badań.

W prowadzonych badaniach wykorzystano przede wszystkim technikę badawczą nazwaną **obserwacją uczestniczącą**. Choć nie stanowi ona sama w sobie „techniki zbierania danych, jest raczej rolą, jaką przyjmuje badacz, by ułatwić sobie dostęp do potrzebnych informacji”⁵³³. Swobodna obserwacja uczestnicząca, w czasie której - uczestnicząc w modlitwach, obrzędach religijnych, medytacjach, nabożeństwach - mogłam obserwować zaangażowanie, postawy wyznawców, zachowania badanych w ich warunkach naturalnych oraz dokonać ich interpretacji. Podczas badania nasuwało się wiele spostrzeżeń i pytań, które na bieżąco zgłębiałam i wyjaśniałam. Dzięki temu, że byłam członkiem badanej zbiorowości, znajdowałam się w centrum badanej sytuacji i miałam możliwość poznania rzeczywistości takiej, jaką jest. Było to możliwe dzięki temu, iż obserwacja jest „aktem postrzegania działań i wzajemnych interakcji ludzi znajdujących się w miejscu badań za pomocą pięciu zmysłów badacza”⁵³⁴. Spędzając wiele godzin, a w niektórych przypadkach nawet dni, miałam

⁵³³ M. Angrosino, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, PWN, Warszawa 2010, s. 78.

⁵³⁴ cyt. za: M. Angrosino, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, PWN, Warszawa 2010, s. 81.

możliwość rozmowy nie tylko z duchownymi, ale również wyznawcami, mogłam obserwować obrzędy, wspólnie z nimi spożywać posiłki i spędzać czas wolny. Sporządzone podczas obserwacji notatki dostarczyły wiedzy na temat zachowań wyznawców chrześcijaństwa, islamu, judaizmu, hinduizmu, buddyzmu.

Podstawowym fundamentem prowadzonych badań ujętym w obserwacji był współczynnik humanistyczny postulowany przez F. Znanieckiego. Jego koncepcja mówi, że obserwowane środowisko nie jest rzeczywistym środowiskiem, w którym obserwator lokalizuje badane grupy. Prawdziwym i rzeczywistym środowiskiem jest to, które sami członkowie danej grupy czy społeczności postrzegają jako dane w przebiegu doświadczenia, czyli tego jak oni go doświadczają, postrzegają czy rozumieją⁵³⁵. Postulat ten wymaga od badacza patrzenia na obserwowaną rzeczywistość oczami jej uczestników, z ich punktu widzenia. Dlatego też podczas obserwacji oraz licznych rozmów dociekałam, co dla danej osoby oznaczają przeżywane doświadczenia, uczestnictwo w rytuałach czy przekonania i panujące zasady.

W badaniach zastosowano również technikę otwartego **wywiadu eksperckiego**, który był skierowany do osób duchownych.

Wywiad pozwolił na zgłębienie wiedzy na temat poglądów przedstawicieli wybranych religii w zakresie zdrowia, zachowań prozdrowotnych i stylu życia uwarunkowanego zasadami religijnymi. Wywiad dostarcza bogatego źródła danych - daje dostęp do tego, jak ludzie relacjonują swoje poglądy. W tym przypadku wywiad pozwolił poznać, w jaki sposób badani postrzegają i wyżywają zasady swojej religii, a także, w jakim stopniu determinuje ona ich zachowania zdrowotne i styl życia. Wywiad ekspercki przeprowadziłam z duchownymi, imamami, lamami, pastorami, rabinami, prezydentami świątyń. Zostały one przeprowadzone na podstawie autorskich dyspozycji do wywiadu.

Natomiast w odniesieniu do wyznawców wybranych religii wykorzystano **technikę ankietyzacji** oraz **technika analizy tekstu dokumentów** („Świętych Ksiąg”).

Zastosowanymi narzędziami badawczymi był **autorski kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji**, **kwestionariusz dyspozycji do wywiadu eksperckiego**, **autorski przewodnik do analizy treści dokumentów** („Świętych Ksiąg”) oraz wystandaryzowane narzędzie, jakim jest **Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego** (zob. ANEKS nr 3).

⁵³⁵ J. Szacki (red.), *Historia myśli socjologicznej*, PWN, Warszawa 2017.

Rozdany wyznawcom **autorski kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji** pozwolił na poznanie ich opinii na temat zasad zdrowotnych panujących w ich religii oraz tego, jak oni postrzegają i rozumieją te zasady, a także czy postępują według nich. Kwestionariusz ankiety zbudowany był z 42 pytań, z czego 24 to pytania otwarte, natomiast kolejne 20 to pytania zamknięte, z których część to pytania wielokrotnego wyboru (zob. ANEKS nr 1). Fakt, iż pytania zwarte w kwestionariuszu ankiety w kilku punktach były otwarte, dał możliwość przedstawienia wyznawcom mojego rozumienia poruszanych zagadnień. Dzięki temu miałam możliwość zdobycia nowej wiedzy i zrozumienia wielu niuansów zasad, jakimi kierują się wyznawcy poszczególnych religii - nie dowiedziałabym się tego, gdybym zapoznała się tylko z literaturą. Ankieta była anonimowa i kierowana do pełnoletnich wyznawców różnych religii. **Kwestionariusz dyspozycji do wywiadu eksperckiego** zbudowany był z 5 pytań, które były rozbudowane o dodatkowe, szczegółowe pytania. Pozwoliło to zgłębić badane zagadnienia z punktu widzenia osób duchownych, nauczycieli, ale jednocześnie pozwoliło przeprowadzić wywiadu w zbliżonym schemacie (zob. ANEKS 2). **Autorski przewodnik do analizy treści dokumentów („Świętych Ksiąg”)** zbudowany jest z pięciu podpunktów rozbudowanych o dodatkowe pytania szczegółowe (zob. ANEKS 4). Przewodnik analizy treści dokumentów pozwolił na usystematyzowaną i jednolitą analizę Świętych Ksiąg.

W podjętym projekcie badawczym wykorzystano narzędzie standaryzowane, jakim jest Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego⁵³⁶.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) według Z. Juczyńskiego

Liczne badania prowadzone przez naukowców wykazują, iż „regularne zachowania zdrowotne, tj. 7-8 godzinny sen, niepalenie tytoniu, aktywność fizyczna, regularność posiłków (prawidłowo zbilansowanych), ograniczone spożywanie alkoholu – sprzyjają dobremu zdrowiu”⁵³⁷. IZZ zbudowany jest z 24 stwierdzeń określających zróżnicowane zachowania zdrowotne. Dlatego też „biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu i stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne”⁵³⁸.

⁵³⁶ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wydanie II, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, s. 110; ze względu na to, iż z wykształcenia jestem pielęgniarką, w/w narzędzia badawcze zostały mi udostępnione przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

⁵³⁷ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wydanie II, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, s. 110.

⁵³⁸ Tamże, s. 115.

IZZ przeznaczony jest do badania osób dorosłych i może służyć pomocą w „programowaniu działań profilaktycznych, ustaleniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu działań profilaktycznych w praktykach zdrowotnych”⁵³⁹. Ponadto nadał kierunek w konstruowaniu modelu międzykulturowej edukacji zdrowotnej.

Badanie zostało przeprowadzone indywidualnie, a badani zaznaczali „jak często wykonują podane w IZZ czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w IZZ na skali pięciostopniowej: 1- prawie nigdy, 2 - rzadko, 3 - od czasu do czasu, 4 - często, 5 - prawie zawsze”⁵⁴⁰ (zob. ANEKS nr 3). Tytuł magistra pielęgniarstwa upoważnia mnie do stosowania narzędzia badawczego, jakim jest Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, czego potwierdzeniem jest udostępnienie mi go przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego .

2. Teren badań i dobór próby badawczej

W badaniach społecznych prawidłowy dobór próby badanych decyduje o powodzeniu projektu badawczego. Odnosi się on do reprezentatywnej próby, czyli grupa badawcza stanowi grupę wyselekcjonowanych osób, które posiadają cechy interesujące badacza i stanowią odzwierciedlenie całej populacji.

Z uwagi na fakt, że liczebność poszczególnych warstw grupy badawczej (różna liczebność wyznawców w poszczególnych religiach) przy użyciu kalkulatora doboru grup dostępnego w Internecie. Przyjęłam w założeniu, iż poziom ufności wynosi 0,95, a wielkość frakcji wynosi 0,9 natomiast błąd maksymalny 0,05 i na tej podstawie obliczyłam liczebność poszczególnych warstw grupy badawczej⁵⁴¹ (tab. 2).

⁵³⁹ Tamże.

⁵⁴⁰ Tamże.

⁵⁴¹ <http://www.naukowiec.org/dobor.html> (dostęp z dnia 10.10.2013).

Tabela 2 Liczebność grup badawczych w poszczególnych religiach obliczona na podstawie liczby wyznawców poszczególnych Kościołów, grup, stowarzyszeń, związków

<i>Religia</i>	<i>Liczba członków poszczególnych Kościołów, grup w Polsce</i>	<i>Liczebność grup badawczych w poszczególnych religiach</i>
CHRZEŚCIJAŃSTWO		
Katolicyzm	33399328	138 osób
Kościół Adwentystów Dnia Siódmego	9654	136 osób
ISLAM		
Muzułmański Związek Religijny w RP	1132	123 osoby
Liga Muzułmańska w RP	1500	127 osób
BUDDYZM		
Buddyjski Związek Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu	1020	122 osoby
Związek Buddyjski Tradycji Karma Kamtzang w Polsce	1825	129 osób
HINDUIZM		
Instytut Wiedzy o Tożsamości „Misja Czaitanii”	1480	122 osoby
Międzynarodowe Towarzystwo Świadomości Kryszny	915	120 osoby
JUDAIZM		
Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich w RP	10000	136 osób
	Razem	N= 1153 osoby

Źródło: *Wyznania religijne, stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006- 2008*, Główny Urząd Statystyczny (GUS), Warszawa 2010.

Sumując wszystkie warstwy grupy badanej, jej liczebność wynosi 1153 osoby. Badani stanowili grupę reprezentatywną. Grupy badanych zostały wyodrębnione metodą losową - jako grupowy dobór próby. „Dobór grupowy może być stosowany wówczas, gdy sporządzenie wyczerpującej listy jednostek wchodzących w skład populacji całkowitej jest niemożliwe lub

bardzo trudne. Dobór taki odnosi się wówczas nie do jednostek, lecz do grup⁵⁴². Grupami w badaniu byli wyznawcy poszczególnych wybranych religii.

Z uwagi na miejsce zamieszkania oraz miejsca zgromadzeń wyznawców islamu, judaizmu, chrześcijaństwa, hinduizmu i buddyzmu badania były prowadzone na terenie całej Polski w następujących miastach: Wrocław, Kraków, Warszawa, Czarnków (koło Kamiennej Góry), Grabnik pod Warszawą, Bielsko-Biała, Katowice.



Rys 2. Mapa miejsc gdzie były prowadzone badania

3. Organizacja i przebieg badań

Terenem badań były miejsca spotkań wyznawców (ośrodki medytacyjne, zbory, synagogi, świątynie, kościoły, meczety) w całej Polsce tj.: w Katowicach, Bielsku-Białej, Wrocławiu, Warszawie, Krakowie, Czarnowie (koło Kamiennej Góry), Grabniku-Jaktorów

⁵⁴² Zob. S. Palka, *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Pedagogika GWP, Gdańsk 2010, s. 175.

(koło Warszawy), Poznań, Cieszyn, Skoczów. Lokalizacja, w jakiej były prowadzone badania, uzależniona była od liczebności wyznawców w danym miejscu, organizowanych spotkań, festiwali czy seminariów. Ankiety były rozprowadzane wśród wyznawców zarówno osobiście przez mnie, jak również drogą internetową poprzez maile oraz portal społecznościowy Facebook. Badania były prowadzone od kwietnia 2015 do marca 2016 roku.

W czasie prowadzenia badań uczestniczyłam w Dniach Kultury Wedyjskiej we Wrocławiu w dniach 1-3 maja 2015 roku, które odbyły się we wrocławskiej Świątyni Międzynarodowego Towarzystwa Świadomości Hare Kriszna (ISCON). Natomiast w dniach 29-31 maja byłam w świątyni ISCON w Czarnowie koło Kamiennej Góry. Dzięki uprzejmości prezydenta wrocławskiej Świątyni Dvarakacyuta Dasa z jej adresu mailowego zostały rozesłane wiadomości z prośbą o wypełnienie dołączonej ankiety, dzięki czemu 70 ankiet wróciło w formie elektronicznej.

Z członkami Instytutu Wiedzy o Tożsamości „Misja Czaitanii”, który jest ruchem hinduistycznym nawiązałam kontakt mailowy. Dzięki uprzejmości jednej z przedstawicielek grupy, ankiety zostały rozesłane z adresu mailowego Szkoły Medytacji i Samorealizacji (od taką nazwą teraz funkcjonuje ten ruch). Uzyskano 126 wypełnionych ankiet.

W dniach 12-13 czerwca 2015 roku byłam Centrum Buddyjskim Bencien Karma Kamtsang w Grabniku-Jaktorów koło Warszawy, gdzie odbywały się seminaria prowadzone przez Jej Eminencję Khandro Rinpocze. Nie mogłam uczestniczyć w samych seminariach, ponieważ były one przeznaczone tylko dla osób praktykujących. Jednak podczas posiłków miałam możliwość obserwacji oraz rozmów z osobami, które przyjechały do ośrodka (około 250-300 osób). Wśród wyznawców rozprowadzono 200 ankiet w języku polskim. Podczas mojej wizyty (piątek wieczór i sobota) powróciło 60 ankiet, kolejne 40 powróciło w ostatnim dniu seminarium (niedziela) - odebrałam je w Krakowie od jednej z uczestniczek tych spotkań (która zebrała je i przywiozła); 30 wypełnionych ankiet powróciło drogą elektroniczną (skany).

W dniu 9 października (piątek) byłam w Warszawie w dzielnicy Wilanów w meczecie przy ul. Wiertniczej 103 na Piątkowej Modlitwie Muzułman. Na modlitwę przyszło około 300 wyznawców - w większości mężczyzn. Rozdano 200 ankiet - zarówno przed modlitwą, jak i po niej. Wyznawcy zwracali wypełnione ankiety tego samego dnia, większość po modlitwie (choć część zdążyła wypełnić ankiety przed nią) - w ten sposób uzyskano 120 ankiet, natomiast kolejne 60 wróciło przesyłką pocztową. Kolejne 20 ankiet otrzymałam z meczetu w Katowicach dzięki pomocy żony tamtejszego Imama - były to ankiety tylko od kobiet. Wypełnione ankiety wracały również drogą mailową. Dzięki uprzejmości Lidera Ligi

Muzułmańskiej w Krakowie ankieta została rozesłana do wyznawców drogą mailową - w ten sam sposób powróciło 30 ankiet. Ankiety kierowane do wyznawców islamu zostały przetłumaczone na język angielski z uwagi na fakt, iż większość z nich nie ma pochodzenia polskiego i nie posługuje się językiem polskim.

W dniach 21-22 maja 2015 roku uczestniczyłam w Zjeździe Delegatów Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, gdzie za zgodą pastora przewodniczącego oraz pastora przewodniczącego Diecezji Południowej rozprowadzono 80 ankiet, a których powróciło 50. Ankiety były również rozprowadzone w zborach w Cieszynie, Bielsku-Białej, Skoczowie, Poznaniu (łącznie było to 200 ankiet - powróciło 80 wypełnionych). Wypełnione kwestionariusze powróciły zarówno drogą pocztową, jak również wielu wyznawców oddawało je osobiście.

Wśród wyznawców katolicyzmu ankiety zostały rozprowadzone podczas zajęć dydaktycznych z przedmiotu Kultura i społeczeństwo które są prowadzone przeze mnie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej. Rozprowadzono 150 ankiet, a powróciło 140 wypełnionych.

W dniach 26-27 czerwca 2015 roku brałam udział w Festiwalu Kultury Żydowskiej w Krakowie. Dzięki uprzejmości Pani Dyrektor do spraw Programów (Director of Programming) uczestniczyłam w piątkowym i szabatowym nabożeństwie w synagodze, jak również w kolacji szabatowej. Ponieważ był to szabat (święty czas Żydów), wielu z nich nie chciało w tym dniu wypełnić ankiet. Pani zobowiązała się rozdać oraz zebrać kwestionariusze. Niemniej jednak powróciło tylko 10 ankiet, ponieważ większość uczestników kolacji nie mieszka w Krakowie, do którego przyjechała tylko na Festiwal. Dlatego też podjęto ponowną próbę rozdania ankiet. Na kolejną kolację szabatową w Centrum Społeczności Żydowskiej w Krakowie zostałam zaproszona 12 lutego 2016 roku. Osobiste rozdanie ankiet z zaadresowanymi kopertami, a także rozmowy i przybliżenie wyznawcom celu pracy umożliwiły zebranie 100 ankiet, które zostały przesłane pocztą. Ponadto na facebookowym profilu *Żydzi Polscy* umieściłam post z prośbą o wypełnienie ankiety i w ten sposób uzyskałam 20 wypełnionych ankiet.

4. Opracowanie statystyczne badań

Analiza statystyczna została przeprowadzona z wykorzystaniem programu statystycznego Statistica oraz programu R. Do oceny statystycznej istotności zależności między rozumieniem pojęcia „zachowania zdrowotnego” - zachowań zdrowotnych w zakresie diety (spożywania mięsa i innych produktów), palenia tytoniu, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej, odpoczynku, przestrzegania zasad obowiązujących w religii ze względu na przynależność religijną, nurt (tylko chrześcijaństwo), trwanie wyznania (zmienna skategoryzowana), wyznanie rodziców - zastosowano test chi-kwadrat, test chi-kwadrat z poprawką Yates'a oraz dokładny test Fishera.

Do oceny statystycznie istotnych różnic w poziomie odpowiedzi na stwierdzenia z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych zastosowano test U Manna-Whitney'a. Do opisu statystycznego poszczególnych pytań uwzględnionych w niniejszym badaniu wykorzystano elementy statystyki opisowej, tj. częstości, w przypadku danych ilościowych - średnia, odchylenie standardowe, mediana, minimum, maksimum, kwartyle.

VI. KULTUROWO-RELIGIJNE ZRÓŻNICOWANIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH WYZNAWCÓW WYBRANYCH RELIGII. DIAGNOZA I EDUKACJA

1. Rozumienie pojęć religia i religijność przez badanych

Religia jest obecna w każdej kulturze i jest znaczącym zjawiskiem społecznym. Nie kompensuje ona deprawacji czy frustracji, ale jest środkiem dla ludzkiej racjonalności. Jest czynnikiem motywującym i wpływa na rozwój świadomości oraz przekonań, ukierunkowując kształtowanie rzeczywistości społecznej. Religia umożliwia nie tylko doświadczenie, ale i przekształcanie świata⁵⁴³. Stanowi system wierzeń, obrzędów i praktyk, które mają swoje odniesienie do sacrum, czyli pewnych świętości, ale obejmuje również wystrzeżenie się rzeczy wyłączonych i zakazanych w jej tradycji i zasadach. Jednocześnie łączy ona wszystkich tych,

⁵⁴³ W. Piwowski, *Socjologia religii*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996.

którzy w taki sam sposób postrzegają rzeczywistość i transcendencję i uważają się za wspólnotę. Jak wspomniano w pierwszej części pracy, religia to termin trudny do zdefiniowania. Pojęcie to „stanowi złożone, wielowarstwowe zjawisko, trudne do wszechstronnego poznania, gdyż stanowi zarazem fakt psychiczny (przeżycia, wiara, modlitwa), społeczno-kulturowy (przeżywana wspólnie liturgia, kult, wspólnoty i instytucje religijne) oraz ontyczny (związek człowieka z transcendentną rzeczywistością). Jest więc fenomenem kulturowym, powiązany z subiektywną świadomością i indywidualnym zachowaniem jednostki”⁵⁴⁴. Literatura przedmiotu odnosi się do pojęcia religia jako do „zbioru prawd, nakazów i zakazów regulujących stosunek między człowiekiem i Bogiem”⁵⁴⁵.

Religijność jako pochodna pojęcia „religia” jest definiowana jako „podmiotowe, indywidualne ustosunkowanie się człowieka wobec Boga i nadprzyrodzoności, wyrażające się w sferze pojęć i przekonań, uczuć oraz zachowań jednostki”⁵⁴⁶. Jednocześnie „religijność to osobiste, subiektywne, indywidualne, a jednocześnie pozytywne ustosunkowanie się człowieka do religii (...) religijnością jest więc to wszystko, co człowiek przeżywa, doznaje, doświadcza, a także wszystko to, co w nim się dzieje, zachodzi, funkcjonuje w bezpośrednim związku z jego ustosunkowaniem do Boga”⁵⁴⁷. W teologii chrześcijańskiej termin ten jest definiowany jako „cnota moralna polegająca na okazywaniu Bogu należytej mu czci poprzez kult wewnętrzny (adoracja, ufność, miłość, asceza)”⁵⁴⁸. Z punktu widzenia psychologii i socjologii religii religijność to „postawa człowieka lub grup społecznych wobec dogmatów, nakazów i zwyczajów religijnych obowiązujących w danej religii, która manifestuje się poprzez przyswojenie tych zasad, ich akceptację i zgodnie z nimi postępowanie”⁵⁴⁹.

Natomiast dla mnie jako badaczki istotne było zbadanie, w jaki sposób religię i religijność definiują przedstawiciele badanych wyznań. W toku szczegółowej analizy wypowiedzi respondentów stwierdzono, iż pojmowanie terminu „religia” dla większości badanych jest podobne i definiowane jako (tab. 3):

- przez chrześcijan – katolików (n=138): „*oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem*” (56,2%), a także „*zbiór zasad danych przez Boga*” (40,1%);

⁵⁴⁴ E. Wysocka, *Młdzież a religia. Społeczny wymiar religijności młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 11.

⁵⁴⁵ T. Gosztyła, *Rodzinne uwarunkowania dojrzałej religijności młodzieży*, KUL, Lublin 2010, s. 17.

⁵⁴⁶ D. Krok, *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*, Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2009, s. 17.

⁵⁴⁷ T. Gosztyła, *Rodzinne uwarunkowania dojrzałej religijności młodzieży*, KUL, Lublin 2010, s. 18.

⁵⁴⁸ *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, tom 5, PWN, Warszawa 1996, s. 491.

⁵⁴⁹ Tamże.

- przez chrześcijan – adwentystów (n=136): „zbiór zasad danych przez Boga” (66,9%), a także „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (55,1%);
- przez muzułmanów (n=250): „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (38,7%) oraz „zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad” (34,0%);
- przez hinduistów (n=242): „wiara w Boga, związek z Bogiem” (58,8%) oraz „rozwój duchowy” (46,1%);
- przez Żydów (n=136): „zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad” (45,5%), „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (41,0%);
- przez buddystów (n=251): „zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad” (51,0%), „rozwój osobisty” (28,0%), „rozwój duchowy” (23,3%).

Tab. 3. Rozumienie pojęcia religia przez badanych w zależności od wyznawanej religii

Definiowanie pojęcia - religia	CHRZEŚCIJAŃSTWO				ISLAM n= 250		HINDUIZM n=242		JUDAIZM n=136		BUDDYZM n= 251		χ^2	(p)
	KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
	n	%	n	%										
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	75	55,1	77	56,2	98	38,7	144	58,8	55	41,0	0	0,0	237,519	<0,001
uczęszczanie do Kościoła, meczetu, synagogi (tradycja)	19	14,0	9	6,6	35	13,8	32	13,1	37	27,6	4	1,6	64,141	<0,001
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	29	21,3	31	22,6	86	34,0	8	3,3	61	45,5	131	51,0	163,606	<0,001
zbiór zasad danych przez Boga	91	66,9	55	40,1	51	20,2	43	17,6	24	17,9	18	7,0	206,321	<0,001
wierzenia i obrzędy	2	1,5	30	21,9	20	7,9	7	2,9	25	18,7	8	3,1	82,422	<0,001
rozwój duchowy	-	-	-	-	30	11,9	113	46,1	-	-	60	23,3	76,823	<0,001
rozwój osobisty	-	-	-	-	5	2,0	-	-	-	-	72	28,0	135,579	<0,001

- Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w rozumieniu pojęcia „religia” w zależności od wyznawanej religii (tab. 3).

- Religia jako „*oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem*” ($\chi^2=237,519$; $p < 0,001$), „*rozwój duchowy*” ($\chi^2=76,823$; $p < 0,001$) oraz „*rozwój osobisty*” ($\chi^2=135,579$; $p < 0,001$) – w ten sposób najczęściej definiują ją wyznawcy hinduizmu.
- Religia jako „*uczęszczanie do Kościoła, meczetu, synagogi (tradycja)*” ($\chi^2=64,141$; $p < 0,001$) – w ten sposób najczęściej definiują ją wyznawcy judaizmu.
- Religia jako „*zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad*” ($\chi^2=163,606$; $p < 0,001$) – w ten sposób najczęściej definiują ją wyznawcy buddyzmu.
- Religia jako „*zbiór zasad danych przez Boga*” ($\chi^2=206,321$; $p < 0,001$) – w ten sposób najczęściej definiują ją wyznawcy KADS.
- Religia jako „*wierzenia i obrzędy*” ($\chi^2=82,422$; $p < 0,001$) – w ten sposób najczęściej definiują ją wyznawcy katolicyzmu.

Następnie analiza statystyczna wykazała istotne różnice w rozumieniu pojęcia religia w zależności od wyznania rodziców jedynie w chrześcijaństwie i hinduizmie (ANEKS tab. 1):

- chrześcijanie pochodzący z rodzin chrześcijańskich znacznie częściej definiowali religię jako „*wierzenia i obrzędy*” ($\chi^2=7,924$; $p=0,0049$);
- wyznawcy hinduizmu, których rodzice również byli hinduistami znacznie częściej definiowali religię jako „*wiarę w Boga, związek z Bogiem*” ($\chi^2=11,732$; $p=0,0006$), natomiast osoby, których rodzice byli wyznawcami innych religii częściej definiowali religię jako „*rozwój duchowy*” ($\chi^2=8,002$; $p=0,0047$).

Rozumienie terminu „religia” okazało się zależne od długości bycia wyznawcą danej religii tylko w przypadku hinduizmu. Analiza statystyczna wykazała, że hinduiści, którzy są wyznawcami tej religii od urodzenia, znacznie częściej definiują ją jako „*zbiór zasad danych przez Boga*” ($\chi^2=4,069$; $p=0,0437$) (ANEKS tab. 2).

Wiek istotnie różnicował definiowanie terminu „religia” jedynie w przypadku wyznawców chrześcijaństwa i hinduizmu (ANEKS tab. 3):

- chrześcijanie poniżej 30. roku życia znacznie częściej definiowali religię jako „*wierzenia i obrzędy*” ($\chi^2=8,611$; $p=0,0135$);
- hinduiści w wieku pomiędzy 30-50 rokiem życia znacznie częściej definiowali religię jako „*oddawanie czci Bogu i służenie mu, ufność w Boga, przestrzeganie zasad podyktowanych przez Boga*” ($\chi^2=12,382$; $p=0,0021$), natomiast osoby powyżej 50. roku życia jako „*rozwój duchowy*” ($\chi^2=9,470$; $p=0,0088$).

W toku szczegółowej analizy wypowiedzi badanych stwierdzono, że pojmowanie terminu „religijność” dla większości badanych religii jest zbliżone i definiowane jako:

- przez chrześcijan – katolików (n=138): „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (56,2%), a także „zbiór zasad danych przez Boga” (40,1%);
- przez chrześcijan – adwentystów (n=136): „praktyczne zastosowanie zasad danych przez Boga, sposób życia” (66,9%), a także „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (55,1%);
- przez muzułmanów (n=250): „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (38,7%), oraz „zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad” (34,0%);
- przez hinduistów (n=242): „wiara w Boga, związek z Bogiem” (55,5%) oraz „rozwój duchowy” (46,1%);
- przez Żydów (n=136): „zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad” (45,5%), „oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem” (41,0%);
- przez buddystów (n=251): „praktyczne zastosowanie zasad danych przez Boga, sposób życia” (51%), choć w przypadku buddystów główny nacisk jest kładziony na sposób życia, ponieważ w tej religii nie funkcjonuje pojęcie boga; ponadto jest to „rozwój osobisty, bycie dobrym człowiekiem” (28,8%) oraz „podporządkowanie się regułom religii, oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów” (22,6%); w tym postrzeganiu religijności podkreślano głównie przestrzeganie obrzędów, rytuałów, natomiast oddawanie czci przypisane jest oddawaniu czci Lamom, Rinpocze, nauczycielom czy posągom Buddy.

Analiza statystyczna pokazała, że hinduiści, którzy NIE są wyznawcami tej religii od urodzenia, znacznie częściej definiują ją jako „rozwój osobisty” ($\chi^2=7,394$, $p=0,0065$) (ANEKS tab.4).

Na definiowanie terminu „religijność” istotny wpływ miał wiek, ale jedynie w przypadku wyznawców hinduizmu i buddyzmu (ANEKS tab. 5):

- wyznawcy hinduizmu powyżej 50. roku życia znacznie częściej definiowali religijność jako „praktyczne zastosowanie zasad danych przez Boga, jako sposób życia” ($\chi^2=13,530$; $p=0,0012$), natomiast wyznawcy w wieku 30-50 lat częściej rozumieli ten termin jako „rozwój osobisty” ($\chi^2=13,086$; $p=0,0010$);

- buddyści w wieku poniżej 30 roku życia znacznie częściej definiowali to pojęcie jako „praktyczne zastosowanie zasad danych przez Boga, sposób życia” ($\chi^2=20,169$; $p=0,0000$), „rozwój duchowy” ($\chi^2=9,470$; $p=0,0088$), „podporządkowanie się regułom religii, oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów, modlitwy” ($\chi^2= 48,722$; $p=0,0000$).

Rozumienie i definiowanie pojęć „religia” i „religijność” zależy od wyznawanej religii, a także od tego, do czego przykłada się najwięcej uwagi – czy do relacji z Bogiem, oddawania Mu czci, obrzędów, przestrzegania określonych przez Boga/religię zasad życia codziennego. Dla wyznawców chrześcijaństwa, islamu, judaizmu czy hinduizmu religia to między innymi związek z Bogiem, co może świadczyć i mieć wpływ na przestrzeganie i rozumienie zasad i tradycji a tym samym religijność wyznawców. Nie postrzegają oni religii jako narzuconych zasad, których „chcąc, nie chcąc”, muszą przestrzegać. Podporządkowanie się zasadom wynika z relacji, więzi z Bogiem i chęci przestrzegania Jego praw. Natomiast buddyzm postrzega religię i religijność zupełnie inaczej, a wynika to z filozofii tej religii, w której człowiek skupia się na rozwoju własnego umysłu i ducha, dążąc do tego poprzez określone zachowania i sposób myślenia.

2. Przestrzeganie zasad religijnych przez badanych wyznawców wybranych religii

W toku szczegółowej analizy wypowiedzi respondentów dotyczących „względów, z jakich przestrzegają zasad obowiązujących w religii”, stwierdziłam, że dla większości badanych względy te są zbliżone. Przestrzegają oni zasad określonych przez ich religię, ponieważ:

- chrześcijanie – katolicy (n=138): „*tak nauczyli ich rodzice i są one dla mnie czymś normalnym*” (63,5%), „*uważam, że są dobre dla mnie*” (38,7%), „*nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkimi się zgadzam*” (13,9%), „*tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać*” (5,8%);
- chrześcijanie – adwentyści (n=136): „*uważam, że są dobre dla mnie*” (97,1%); jednakże część badanych odpowiedziała: „*nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkimi się zgadzam*” (21,3%), „*tak nauczyli mnie rodzice i są one dla mnie czymś normalnym*” (19,9%);

- muzułmanie (n=250): „uważam, że są dobre dla mnie” (98,4%), „tak nauczyli mnie rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” (1,2%), „tak nauczyli mnie rodzice i nie chcą się im sprzeciwiać” (0,4%);
- wyznawcy hinduizmu (n=242): „uważam, że są dobre dla mnie” (97,6%), „tak nauczyli mnie rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” (9,8%);
- Żydzi (n=136): „uważam, że są dobre dla mnie” (76,1%), „tak nauczyli mnie rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” (41,8%);
- wyznawcy buddyzmu (n= 251): „uważam, że są dobre dla mnie” (99,2%), „tak nauczyli mnie rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” (0,8%).

Tab. 4. Przestrzeganie zasad obowiązujących w religii w zależności od wyznawanej religii

względny z jakich przestrzegane są obowiązujące w religii zasady *	CHRZEŚCJAŃSTWO				ISLAM n=250		HINDUIZM n=242		JUDAIZM n=136		BUDDYZM n=251		χ^2	(p)
	KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
	n	%	n	%										
Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	132	97,1	53	38,7	249	98,4	239	97,6	102	76,1	255	99,2	446,175	<0,001
Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	27	19,9	87	63,5	3	1,2	24	9,8	56	41,8	2	0,8	260,778	<0,001
Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcą się im sprzeciwiać	0	0,0	8	5,8	1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-

Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	29	21,3	19	13,9	-	-	-	-	5	3,7	-	-	106,868	<0,001
--	----	------	----	------	---	---	---	---	---	-----	---	---	---------	--------

- skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych

Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna wykazała, że najistotniejsze powody, dla których badani przestrzegają zasad religijnych, to (tab. 4):

- „*Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie*” – jest to najistotniejsze dla buddystów ($\chi^2=446,175$; $p<0,001$), ale również w bardzo dużym stopniu dla chrześcijan adwentystów, muzułman oraz hinduistów.
- „*Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym*” – najczęściej uważali tak wyznawcy chrześcijaństwa katolicy ($\chi^2=260,778$; $p<0,001$).
- „*Nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam*” – znacznie częściej takie stanowisko zajmowali chrześcijanie adwentyści ($\chi^2=106,868$; $p<0,001$).

Analiza statystyczna wykazała również, że wyznanie rodziców istotnie wpłynęło na przestrzeganie zasad zarówno w przypadku chrześcijan, jak również wyznawców hinduizmu oraz buddystów (ANEKS tab. 6):

- chrześcijanie, których rodzice są innego wyznania znacznie częściej respektują zasady obowiązujące w ich religii, ponieważ „*uważam, że są dobre dla mnie*” ($\chi^2=30,417$; $p=0,0000$);
- chrześcijanie będący takiego samego wyznania jak rodzice znacznie częściej przestrzegają zasad, ponieważ „*tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym*” ($\chi^2=262,661$; $p=0,0000$);
- wyznawcy hinduizmu takiego samego wyznania jak rodzice znacznie częściej przestrzegają zasad, ponieważ „*tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym*” ($\chi^2=43,791$; $p=0,0000$); nie można było obliczyć zależności w przypadku badanych będących innego wyznania niż rodzice,

a przestrzegających zasad z powodu „uważam, że są dobre dla mnie”, ponieważ wszyscy badani w tej grupie udzielili takiej odpowiedzi.

Analiza statystyczna pokazała istotne różnicowanie ze względu na długość przynależności do określonej religii w przypadku wyznawców chrześcijaństwa i hinduizmu (ANEKS tab. 7):

- chrześcijanie – wyznawcy tej religii od urodzenia znacznie częściej przestrzegają zasad, ponieważ „tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” ($\chi^2=30,590$; $p=0,0000$);
- wyznawcy hinduizmu będący wyznawcami od urodzenia przestrzegają zasad, ponieważ „tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym” ($\chi^2=133,234$; $p=0,0000$).

Zjawisko socjalizacji religijnej odgrywa ważną rolę w procesie wychowania i przekazywania wartości, wierzeń religijnych i tradycji. Zasady wiary przekazywane przez rodziców stanowią normę postępowania, wobec czego ludzie nie czują potrzeby ich zmian, a ponadto zmiana przekonań religijnych często powoduje konflikty w rodzinie. Przekazując wierzenia i przekonania religijne, rodzice zakładają, że ich dzieci prześlą je dalej swoim potomkom. Gdy dzieci zmieniają przekonania religijne rodzice najczęściej postrzegają to jako sprzeciwianie się im i często to skutkuje konfliktami w rodzinie.

Wiek istotnie wpływał na przestrzeganie zasad obowiązujących w religii w przypadku chrześcijaństwa i hinduizmu (ANEKS tab. 8):

- chrześcijanie w wieku pomiędzy 30-50 rokiem życia znacznie częściej przestrzegają zasad z powodu „uważam, że są dla mnie dobre” ($\chi^2=47,317$ $p=0,0000$) oraz „nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam” ($\chi^2=8,481$; $p=0,0144$); natomiast badani w wieku poniżej 30. Roku życia, ponieważ „tak mnie nauczyli rodzice i jest to dla mnie czymś normalnym” ($\chi^2=59,816$ $p=0,0000$);
- wyznawcy hinduizmu poniżej 30. Roku życia znacznie częściej respektują zasady, ponieważ „tak mnie nauczyli rodzice i są ona dla mnie czymś normalnym” ($\chi^2=93,425$; $p=0,0000$).

Osoby poniżej 30. Roku życia przywiązują wagę do tego, czego nauczyli ich rodzice i najczęściej nie chcą się im sprzeciwiać. Wiąże się to z faktem, że obecnie młodzi ludzie dłużej mieszkają z rodzicami i dłużej są od nich zależni. Może mieć to związek z rosnącym

wskaźnikiem zjawiska „gniazdowania” – według niektórych badaczy część rodziców sama namawia dzieci, aby pozostały w domu rodzinnym, zapewniając im wsparcie socjalne i materialne. Powodem takiego zjawiska może być lęk przed wypuszczeniem dziecka w dorosłość, ale również chęć sprawowania kontroli nad dorosłym dzieckiem⁵⁵⁰. Osoby powyżej 30. Roku życia najczęściej są bardziej niezależne, posiadają własne rodziny i swoje dotychczasowe przekonania i postawy oceniają bardziej krytycznie. Przestrzegają tych zasad, które uważają za dobre, natomiast odrzucają te, z którymi się nie zgadzają. Wydaje się, że osoby w przedziale wiekowym 30-50 lat w większym stopniu i bardziej świadomie decydują się na przestrzeganie określonych zasad. Nie pozwalają narzucać sobie pewnych schematów i tradycji bez ich pełnego zrozumienia oraz poznania, jaka jest ich geneza.

3. Rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” przez badanych wybranych religii

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji terminu „zachowania zdrowotne” zwłaszcza w obrębie medycyny i socjologii medycyny. Definicją najbardziej odpowiadającą przeprowadzonym przeze mnie badaniom jest ta zaproponowana przez D.S. Gochmana, który uwzględnił w niej wpływ przekonań religijnych i kulturowych na zdrowie człowieka. Określił on zachowania zdrowotne jako „osobiste atrybuty, takie jak przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia”⁵⁵¹.

W badaniach uwzględniono takie elementy zachowań prozdrowotnych jak: dieta (ze szczególnym uwzględnieniem spożywania mięsa), aktywność fizyczna, odpoczynek, relaks, powstrzymanie się od zachowań szkodliwych, takich jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu. Ważnym elementem badań było pytanie o to, jak przedstawiciele badanych wyznań religijnych definiują pojęcie „zachowania zdrowotne”.

W toku szczegółowej analizy wypowiedzi badanych stwierdziłam, iż pojmowanie terminu „zachowania zdrowotne” dla większości badanych jest zbliżone i definiowane jako:

⁵⁵⁰ M. Bieńko, A. Kwak, M. Rosochacka-Gmitrzak, *Wciąż jeszcze w gnieździe rodzinnym? Socjologiczne spojrzenie na młodych dorosłych*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2017, s. 14-15.

⁵⁵¹ D.S. Gochman, *Health Behavior*, Springer US 1998, ISBN: 978-1-4899-0833-9, s. 3-17.

- przez chrześcijan – katolików (n= 138): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (84,7%), „uprawianie sportu” (48,2%), „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (37,2%), „myśleć pozytywnie” (11,7%);
- przez chrześcijan – adwentystów (n=136): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (77,2%), „uprawiać sport” (34,6%), „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (29,4%), „myśleć pozytywnie” (14,7%), „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” (7,4%);
- przez muzułmanów (n=250): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (69,2%), „zdrowo się odżywiać” (35,2%), „uprawiać sport” (32,2%), „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (31,6%), „myśleć pozytywnie” (12,6%), „nie pić alkoholu, nie palić tytoniu, nie zażywać narkotyków” (11,1%), „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” (2,4%);
- przez hinduistów (n=242): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (66,1%), „zdrowo się odżywiać” (55,9%), „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (37,1%), „uprawiać sport” (32,2%), „myśleć pozytywnie” (4,9%), „równowaga pomiędzy ciałem a duchem” (4,1%);
- przez Żydów (n=136): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (73,9%), „zdrowo się odżywiać” (62,7%) oraz „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (56,0%), „uprawiać sport” (29,9%), „myśleć pozytywnie” (5,2%), „nie pić alkoholu, nie palić tytoniu, nie zażywać narkotyków” (3,0%), „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” (0,7%);
- przez buddystów (n= 251): „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” (64,2%), „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” (24,1%) (w przypadku buddyzmu – nauki nauczyciela duchowego, Rinpocze, Lamy), „uprawiać sport” (40,1%), „zdrowo się odżywić” (40,1%), „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” (37,0%), „myśleć pozytywnie” (24,1%).

Tab. 5. Rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” przez wyznawców wybranych religii

Rozumienie pojęcia zachowania zdrowotne *	CHRZEŚCIJAŃSTWO				ISLAM n=250		HINDUIZM n=242		JUDAIZM n=136		BUDDYZM n=251		χ^2	(p)
	KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
	n	%	n	%										
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	105	77,2	116	84,7	175	69,2	162	66,1	99	73,9	165	64,2	24,364	0,0002
myśleć pozytywnie	20	14,7	16	11,7	32	12,6	12	4,9	7	5,2	62	24,1	50,651	<0,0001
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	40	29,4	51	37,2	80	31,6	91	37,1	75	56,0	95	37,0	27,124	<0,0001
uprawiać sport	47	34,6	66	48,2	83	32,8	79	32,2	40	29,9	103	40,1	15,615	0,0080
zdrowo się odżywiać	-	-	-	-	89	35,2	137	55,9	84	62,7	107	41,6	210,585	<0,0001
zachowania preferowane przez świętą Księgę	10	7,4	0	0,0	6	2,4	-	-	1	0,7	62	24,1	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	28	11,1	1	0,4	4	3,0	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-	10	4,1	-	-	-	-	-	-

• skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych
Źródło: badania własne

Pojęcie „zachowania zdrowotne” najczęściej było określane jako (tab. 4):

- „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” przez chrześcijan katolików ($\chi^2=24,364$; $p=0,0002$);
- „myśleć pozytywnie” przez buddystów ($\chi^2=50,651$; $p<0,0001$);
- „dbanie o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” przez Żydów ($\chi^2=27,124$; $p<0,0001$);
- „zdrowo się odżywiać” przez wyznawców judaizmu ($\chi^2=210,585$; $p<0,0001$);
- „uprawianie sportu” przez chrześcijan katolików ($\chi^2=15,615$; $p=0,0080$).

W wypowiedziach badanych pojawiały się stwierdzenia takie jak „zachowania preferowane przez Świętą Księgę”, „nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków”, „równowaga między ciałem a duchem”. Stwierdzenia te nie były jednak istotne statystycznie.

Rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” okazało się zależne od płci respondentów w przypadku wyznawców (ANEKS tab. 9):

- chrześcijaństwa – kobiety znacznie częściej definiowały pojęcie „zachowania zdrowotne” jako „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” ($\chi^2 =9,504$; $p=0,0021$), natomiast mężczyźni jako „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” ($p=0,0000$); kobiety postrzegają zachowania zdrowotne jako dbałość o zdrowie nie tylko swoje, ale i całej rodziny – jest to pewien sposób życia; mężczyźni natomiast postrzegają je bardziej indywidualnie jako przestrzeganie zasad religii, która – jak można wnioskować – stanowi ważny element ich życia, tym bardziej, że uważają oni, iż zasady wyznawanej religii są dla nich dobre;
- islam – kobiety znacznie częściej definiowały termin „zachowania zdrowotne” jako „myśleć pozytywnie” ($\chi^2=5,721$; $p=0,0168$), „uprawianie sportu” ($\chi^2=3,938$; $p=0,0427$); ze względu na ograniczone możliwości związane z kulturą (np. charakterystyczny strój – brak możliwości chodzenia na basen, siłownię) respondentki uważają, że takie działania mają pozytywny wpływ na zdrowie; można również przypuszczać, że respondentki – zanim przyjęły islam – uprawiały jakiś sport;
- buddyzm – kobiety również znacznie częściej określały termin zachowania zdrowotne jako „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” (w przypadku buddyzmu

zachowania preferowane przez przewodnika duchowego, mistrza) ($\chi^2 = 3,926$; $p=0,0476$).

Wyznanie rodziców miało istotny wpływ na rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” tylko w przypadku chrześcijaństwa oraz islamu (ANEKS tab. 10):

- chrześcijaństwo – badani, których rodzice są takiego samego wyznania jak oni, znacznie częściej uważali, że są to „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” ($\chi^2 = 4,645$; $p=0,0311$);
- islam – respondenci będący innego wyznania niż rodzice znacznie częściej uważali, że są to zachowania „preferowane przez Świętą Księgę” ($p=0,0000$).

Zależność pomiędzy rozumieniem pojęcia „zachowania zdrowotne” a długością bycia wyznawcą danej religii okazała się istotna w przypadku islamu, hinduizmu oraz buddyzmu (ANEKS tab. 11 i 11a):

- islam – badani, którzy od pewnego czasu są muzułmanami, znacznie częściej definiowali zachowania zdrowotne jako „zachowania preferowane przez Świętą Księgę” ($p=0,0000$);
- hinduizm – respondenci, którzy są wyznawcami od pewnego czasu, częściej uważali, że zachowania zdrowotne to „dbanie o zdrowie, nie szkodenie zdrowiu” ($\chi^2 = 10,105$; $p=0,0015$);
- buddyzm – badani, którzy są wyznawcami buddyzmu przez 11-20 lat, uważali, że zachowania zdrowotne to „mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” ($\chi^2 = 11,179$; $p=0,0037$), „uprawiać sport” ($\chi^2 = 6,111$; $p=0,0471$) oraz „zdrowo się odżywiać” ($\chi^2 = 6,111$; $p=0,0471$); natomiast respondenci wyznający buddyzm ponad 20 lat uważali, że oznacza to „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” ($\chi^2 = 24,097$; $p=0,0000$) oraz „nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków” ($\chi^2 = 24,097$; $p=0,0000$).

Następną zmienną mającą istotny statystycznie wpływ na rozumienie pojęcia „zachowania zdrowotne” jest wiek (ANKES tab. 12):

- chrześcijanie – osoby poniżej 30. roku życia definiowały je jako „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające

wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” ($\chi^2=27,439$; $p=0,0000$), natomiast badani powyżej 50. roku życia jako „pozytywne myślenie, równowaga między ciałem a duchem” ($\chi^2=11,337$; $p=0,0035$);

- hinduizm – badani poniżej 30. roku życia znacznie częściej rozumieli pojęcie „zachowania zdrowotne” jako „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” ($\chi^2=5,990$; $p=0,0500$), a osoby w wieku pomiędzy 30-50 rokiem życia definiowały jako „dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” ($\chi^2=10,599$; $p=0,0050$);
- wyznawcy judaizmu – osoby w wieku powyżej 50. roku życia znacznie częściej rozumiały termin „zachowania zdrowotne” jako „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne” ($\chi^2=11,068$; $p=0,0040$);
- buddyzm – osoby w wieku pomiędzy 30-50 rokiem życia częściej definiują zachowania zdrowotne jako „myśleć pozytywnie” ($\chi^2=8,765$; $p=0,0125$), „dbanie o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu” ($\chi^2=6,991$; $p=0,0303$), „uprawiać sport” ($\chi^2=24,897$; $p=0,0000$) oraz „zdrowo się odżywiać” ($\chi^2=11,605$; $p=0,0030$).

Zachowania zdrowotne są rozumiane przez badanych wyznawców wybranych religii bardzo podobnie; jest to rozumienie zbliżone do ogólnie przyjętego pojmowania tego terminu: „zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki”. Wszystkie religie w swoich zasadach zwracają uwagę na dbałość o zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Podkreślają konieczność dbania o zdrowie i ciało z różnych względów (np. „ciało jest świątynią Ducha Świętego”, „zdrowie jest największym darem od Boga”, „dbając o zdrowie, ducha osiąga się rozwój”). Elementy zachowań zdrowotnych, na które szczególnie zwraca się uwagę w poszczególnych religiach, odpowiadają ogólnie przyjętym elementom zdrowego stylu życia, takim jak dieta, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, odpoczynek, aktywność fizyczna. Zasady zachowań zdrowotnych, którymi kierują się wyznawcy wybranych religii, wynikają z zapisów w ich Świętych Księgach, na nich się opierają i do nich się odwołują, określając swój styl życia.

4. Zasady dietetyczne obowiązujące w wybranych religiach i ich przestrzeganie przez badanych

Jeden z aspektów zachowań zdrowotnych stanowi dieta. Instytut Żywności i Żywienia opracował w 2016 roku nowe wytyczne dotyczące ogólnych zaleceń żywienia, przedstawiając je w za pomocą tzw. Piramidy Żywienia i Aktywności Fizycznej. Graficzne przedstawienie zasad prawidłowego żywienia pokazuje, jaką ilość powinny stanowić w naszej diecie poszczególne grupy produktów spożywczych. W odróżnieniu od poprzednich wersji Piramidy Żywieniowej podstawą obecnej jest aktywność fizyczna, stanowiąca najważniejszy element stylu życia. Drugim co do ważności elementem jest spożywanie owoców i warzyw oraz picie wody. Następny poziom Piramidy Żywienia i Aktywności Fizycznej stanowią produkty pełnoziarniste, następnie nabiał, a jeszcze wyżej źródła białka, takie jak mięso, ryby, jaja czy rośliny strączkowe. Na samym szczycie znajdują się tłuszcze (oleje, oliwy, orzechy), czyli te produkty, których należy spożywać w ograniczonych ilościach. Ważne jest ograniczenie spożycia cukru, soli czy kawy. Na równi ze spożywaniem owoców i warzyw, które powinny stanowić podstawę naszej diety, jest przyjmowanie prawidłowej dla wieku i stanu zdrowia ilości wody. Jak wskazuje Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła powinno się pić co najmniej 1,5 l dziennie. Uwzględniając wodę przyjmowaną w postaci napojów oraz produktów i potraw, stwierdzono, że jej spożycie powinno wynosić co najmniej 2-2,5 litra dziennie⁵⁵².

⁵⁵² Instytut Żywności i żywienia im Prof. dr med. Aleksandra Szczygła
<http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/PiramidaZdrowegoZywieniaiAktywnosciFizycznejBroszura.pdf>
(dostęp z dnia 28.11.2019).



Źródło: www.dietetycy.org.pl/piramida-zywnieniowa-2017-opisem

Wśród czynników warunkujących ludzka dietę można wyszczególnić:

1. Związane z żywnością:

- biologia człowieka (preferencje smakowe, wrażliwość smakowa, mechanizmy kontroli głodu i sytości);
- doświadczenie związane z żywnością (preferencje i awersje do produktów, ich znajomość, uczenie się nowych smaków, reakcja na smak na zasadzie „smakuje” lub „nie smakuje”);

2. Związane z czynnikami osobistymi:

- personalne (przekonania, motywacja, wiedza, normy i zasady kulturalne, religijne);
- procesy związane z wyborem żywności (wpływ środowiska, wybór produktów spożywczych ze względu na zdrowie, smak, kulturę i religię);
- interpersonalne (oddziaływanie członków rodziny (w szczególności rodziców), współpracowników);

3. Związane ze środowiskiem:

- środowisko fizyczne (infrastruktura otoczenia – możliwości zakupu żywności);
- dostępność żywności (dostępność akceptowanej przez jednostkę żywności oraz jej cena, możliwość przechowywania);
- rynek żywności (rodzaje produktów w sklepach i na targowiskach, restauracje);
- struktura społeczna, czynniki kulturowe, religijne (kształtowanie pozytywnych lub negatywnych postaw – przez rodzinę, najbliższe otoczenie, tradycja

- kulturowa, religijna, oddziaływanie grup np. społecznych, instytucji naukowych);
- czynniki ekonomiczne (cena produktów spożywczych, zarobki, wykształcenie, rodzaj i czas pracy, struktura rodziny);
 - środowisko informacyjne (reklamy, informacje o żywieniu w multimediami)⁵⁵³.

Dodatkowo na to, co ludzie spożywają, mają wpływ:

- ekspozycja na nowe potrawy;
- obserwacja, uczenie się społeczne⁵⁵⁴, czyli uczenie się poprzez obserwację zachowań innych ludzi w szczególności rodziców;
- uczenie się asocjacyjne, czyli wpływ czynników warunkowych, takich jak „nagradzanie wyborów żywieniowych (np. pochwała za zjedzenie warzyw), pokarm jako nagroda (np. deser za zjedzenie całego obiadu), czy ograniczenie spożywania określonych potraw, np. słodczy”⁵⁵⁵; takie działania mają na celu ukształtowanie wyborów żywieniowych dzieci.

Jak się jednak okazuje nie tylko badania naukowe mają wpływ na to, jak jest skomponowana dieta czy styl życia. Znaczący wpływ ma także religia. Każda z analizowanych religii charakteryzowała się wytycznymi dotyczącymi spożywania lub zakazu spożywania mięsa lub określonych jego rodzajów czy innych składników pokarmowych, np. cebuli, czosnku. Niektóre z religii określają, jakich potraw nie należy spożywać w określonym czasie (np. Wielki Piątek, Post, Ramadan), w jakiej kolejności należy je spożywać określone pokarmy, jakich składników nie wolno łączyć (np. mleka z mięsem, bezpośrednio po spożyciu mięsa nie wolno spożywać mleka).

W badaniach zwróciłam uwagę na to, czy wyznawcy znają zasady dietetyczne obowiązujące w ich religii, a także, czy wiedzą, jakich produktów dotyczą te wskazówki i z czego wynikają. Ponadto w ankiecie zapytałam respondentów, czy kontrolują skład produktów spożywczych oraz na co zwracają uwagę.

Ponadto w dyspozycjach do wywiadu ujęłam pytanie:

⁵⁵³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 367.

⁵⁵⁴ Teoria społecznego uczenia się A. Bandury, „gdzie główną rolę odgrywają osoby znaczące w bezpośrednim otoczeniu, przede wszystkim rodzice. Ponadto rówieśnicy i środki masowego przekazu stanowią źródło, informacji, służą jako wzory do naśladowania, przejawiają postawy i zachowania, które są obserwowane i włączane do zachowań jednostki”.

⁵⁵⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 368.

* Przytaczam dokładne cytaty wypowiedzi z wywiadów przeprowadzonych z duchownymi poszczególnych religii, nauczycielami, rabinem, imamem.

- **Jakie zasady dotyczące diety obowiązują w Państwa wyznaniu?**

KOŚCIÓŁ KATOLICKI* (wypowiedź księdza): *Nie ma takich wytycznych. Ograniczenia dotyczą tylko okresowego niespożywania np. mięsa (okres postu).*

KADS* (wypowiedź pastora): *„Preferowany jest wegetarianizm oraz zalecenia zawarte w Biblii III Księga Mojżeszowa rozdział 11”.*

ISLAM* (wypowiedź imama): *„Zabroniona jest wieprzowina, padlina, zakazany jest alkohol, tytoń i narkotyki. zalecana jest w islamie dieta, tzw. podział żołądka na trzy części – na jedzenie, picie i powietrze, co oznacza nieprzejadanie się. Nie jemy zwierząt, które zjadają inne zwierzęta, tylko roślinożerne”.*

JUDAIZM* (wypowiedź rabina): *„Certain foods, notably pork and shellfish, are forbidden; meat and dairy may not be cooked or eaten together, and meat must be ritually slaughtered and salted to remove all traces of blood.*

Observant Jews will eat only meat or poultry that is certified kosher. The meat must have been slaughtered by a shochet (ritual slaughterer) in accordance with Jewish law and is entirely drained of blood. Before it is cooked, it is soaked in water for half an hour, then placed on a perforated board, sprinkled with coarse salt (which draws out the blood), and left to sit for one hour. At the end of this time, the salt is washed off and the meat is ready for cooking. Today, kosher meats purchased from a butcher or supermarket are usually already kashered as described above, and no additional soaking or salting is required.

According to kashrut, meat and poultry may not be combined with dairy products, nor may they touch plates or utensils that have been touched by dairy products. Therefore, Jews who observe kashrut divide their kitchens into different sections for meat and for dairy, with separate ovens, plates, and utensils (or as much as is reasonable, given financial and space constraints; there are procedures to kasher utensils that have touched dairy to allow their use for meat)”.

HINDUIZM* (wypowiedź prezydenta świątyni – bramina): *„Bardzo ważna jest czystość pokarmów. Istnieje pojęcie GUN (ignorancji, pasji i dobroci) Bhagavad-gita Taka Jaką Jest. Rozdz. Trzy Siły Natury Materialnej. wspólna nazwa trzech jakości bytu: tamas, rajas (radžas) i sattwa. tamas — bezwład i nietrwałość, radžas — pobudzenie i namiętność, sattwa — czystość, świetlistość, lekkość. sattwa (wiedza i czystość), rajas (działanie i pasja), tamas (bezwład, ignorancja). Powiązanie pomiędzy guną umysłu, guną konsumowanego jedzenia i otaczającym nas światem oznacza, że mamy wpływ na stan naszego umysłu przez styl życia, jaki wybierzemy. Jakość jedzenia, które spożywamy, środowisko w jakim żyjemy, mają ogromny wpływ na nasze*

zdrowie psychiczne i fizyczne. Naszym celem jako człowieka jest podnoszenie sattvy w nas poprzez wybór odpowiedniego jedzenia oraz rzeczy, które są sattviczne z natury. Określone guny mogą cechować umysł, ciało, pożywienie.

Tak jak brak równowagi yin i yang powoduje zachwianie we wszechświecie, tak dominacja jednej z gun i idące za tym dysproporcje dają się we znaki w naturze rzeczy wszelakiej – tamas to guna określana w starych tekstach jako «tempa». Jej naturą jest ciemność, ociężałość, inercja i bezwład. Gunę tę charakteryzuje kolor czarny, dzięki niej istnieje wszelka struktura i postać. Gdy przeważa w świadomości ludzkiej, tworzy typ człowieka ciemnego, nieprawego, ociężałego fizycznie i duchowo, wierzącego tylko w najprostszą otaczającą go materię. W sferze diety to wszelkie substancje rozkładające i zatruwające, takie jak np. mięso, ryby, alkohol, marihuana.

Kolejną z gun jest sattwa, charakteryzująca się delikatnością i subtelnością. Oznaczona barwą białą, stanowi zasadę świadomości. Przeważając w ludzkiej psychice, daje typ jednostki uduchowionej, o prawym charakterze, łatwo pokonującej świat materii, otwartej na wyższe prawdy. Sattwa jest cechą przejrzystości, substratem świadomości, czynnikiem lekkości, instrumentem widzenia, twórcą szczęścia i dobroci. W sferze diety łączy się z preferencją rzeczy słodkich, świeżych i witalnych, takich jak zboża, owoce, zioła.

Ostatnia – radžas jako guna czerwona za swą istotę przyjmuje ruch, zmianę, energię oraz wszelką wibrację. W dziedzinie psychiki tworzy typ człowieka aktywnego z silnymi namiętnościami i ambicją. W sferze diety wiąże się z preferencją potraw ostrych, czosnku, cebuli, lubi kawę, herbatę”.

BUDDYZM* (wypowiedź Lamy): „Tradycja buddyjska nie jest pod tym względem jednolita. Sam historyczny Buddha i jego uczniowie mieli zwyczaj chodzenia po wsi z miseczką żebraczą i jedli cokolwiek im ktoś ofiarował. Zwyczaju tego przestrzegają mnisi do dziś w takich krajach jak Sri Lanka czy Tajlandia. W Chinach, a także w Korei i Japonii, dokąd buddyzm trafił poprzez Chiny, mnisi z zasady unikają jedzenia mięsa. W Bhutanie, Nepalu, Tybecie i Mongolii i Buriacji – gdzie dominuje tzw. «buddyzm tybetański» jada się mięso, ale zwyczajowo tylko dużych zwierząt (woły, jaki itd.). Ogólnie mówi się o tym, aby bezpośrednio nie zabijać ani nie kazać zabić specjalnie dla nas. Jednak jedzenie owoców czy warzyw też oznacza zabijanie zwierząt i owadów na plantacjach. Jednak nie jest się wtedy, gdy je się warzywa, albo mięso z tzw. «trzeciej ręki», na tyle bezpośrednią przyczyną śmierci, aby musieć zrezygnować z ich jedzenia. W regionie Himalajów i Tybetu do dziś istnieje tradycja tego co nazywa się «zmarłym

mięsem» pochodzącym z jaków zmarłych zimą z zimna i głodu. Nie ma wtedy moralnego problemu zabijania – jest to jedzenie tego, co i tak już nie żyje.

Każda z religii charakteryzuje się swoimi wytycznymi i zasadami w zakresie diety, spożywania lub unikania precyzyjnie określonych produktów spożywczych.

W toku szczegółowej analizy wypowiedzi badanych stwierdzono, że (tab. 6):

- chrześcijanie adwentyści (n=136): wiedzieli o zasadach dietetycznych (100%) , a także o tym, jakie pokarmy wymienione w *Świętej Księdze* (100%). Ponadto respondenci uważają, że zasady dotyczące diety wynikają z *„zapisu w Świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół”* (78,5%) oraz z *„ogólnych zasad zdrowia”* (21,5%);
- chrześcijanie katolicy (n=138): respondenci w 42% wiedzieli o zasadach dotyczących diety, natomiast 58% uważa, że nie ma takich zasad; w aspekcie pokarmów zakazanych respondenci uważają, że *„są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji, np. nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową”* (69,1%); część badanych stwierdziła, że *„nie ma takich”* pokarmów (30,9%); według badanych zasady te wynikają z *„zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół”* (54,0%); 32% nie wiedziało, z czego wynikają te zasady;
- muzułmanie (n=250): 84,2% respondentów znało zasady dietetyczne, jakie określa religia, natomiast część badanych uważała, że *„nie ma zasad”* (9,9%); ponadto na pytanie, czy są pokarmy zakazane 71,1% odpowiedziało: *„tak, są one uzależnione od zasad religijnych i tradycji, np. nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową”*, a od *„ogólnych zasad zdrowia”* 19,8%.
- wyznawcy hinduizmu: (n=242): wśród respondentów 99,6% uważa, że istnieją zasady dotyczące diety, tylko 0,4% uważa, że takowych nie ma; na pytanie, czy są pokarmy zakazane badani odpowiedzieli: *„tak, są one uzależnione od zasad religijnych i tradycji”* (100%); taki sam odsetek badanych uważa, że zasady te wynikają z *„zapisu w Świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół”* (100%)
- judaizm (n=136): według większości wyznawców w religii obowiązują zasady dotyczące diety (97,0%), natomiast 3,0% nie wiedziało, czy są jakiegokolwiek wytyczne dietetyczne; na pytanie, czy w religii są pokarmy zakazane respondenci odpowiadali, że *„tak, są one uzależnione od zasad religijnych i tradycji”* (100%); według badanych

zasady dietetyczne wynikają „z zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół” (98,5%), a także z „ogólnych zasad zdrowia” (1,5%)

- buddyści (n=251): w dużej mierze uważają, że religia określa zasady dietetyczne (39,3%), ale 30,4% badanych twierdzi, że nie ma takich zasad, jak również, że „są, ale tylko w określonych praktykach” (23,3%); na pytania o pokarmy zakazane badani odpowiedzieli, że „zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista” (100%); ponadto według badanych zasady dotyczące diety wynikają „z zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół” (100%).

Tab. 6. Zasad dietetyczne według wyznawców różnych religii

wyszczególnienie		CHRZEŚCIJAŃSTWO				ISLAM		HINDUIZM		JUDAIZM		BUDDYZM		χ^2	(p)
		KADS n=136		Katolicyzm n=138		n=250		n=242		n=136		n=251			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
zasady dotyczące diety	Tak	136	100,0	56	42,0	213	84,2	244	99,6	130	97,0	101	39,3	619,801	<0,0001
	Nie	-	-	77	58,0	25	9,9	1	0,4	-	-	78	30,4		
	NIE WIEM	-	-	-	-	15	5,9	-	-	4	3,0	18	7,0		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	23,3		
zakazane wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	136	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	0	0,0	42	30,9	-	-	-	-	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	-	-	94	69,1	253	100,0	245	100,0	134	100,0	-	-		

	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25 7	100, 0	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię, kościoł	10 6	78,5	7 4	54, 0	18 0	71,1	24 5	100, 0	13 2	98,5	25 7	100, 0	511,38 9	<0,000 1
	Nie wiem	-	-	4 4	32, 1	23	9,1	-	-	-	-	-	-		
	ogólne zasady zdrowia	29	21,5	3	2,2	50	19,8	-	-	2	1,5	-	-		
	Nie ma zasad	-	-	1 6	11, 7	-	-	-	-	-	-	-	-		

- skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych

Źródło: badania własne

Chrześcijanie adwentyści najczęściej potwierdzali, że w ich wyznaniu istnieją określone zasady dietetyczne ($\chi^2 = 619,801$; $p < 0,0001$); wyznawcy islamu, judaizmu oraz hinduizmu potwierdzali ten fakt z podobną częstotliwością. Chrześcijanie adwentyści jako zakazane określali te produkty, które są wymienione w Świętej Księdze (w tym przypadku jest nią Biblia); pozostałe religie niespożywanie określonych potraw wyjaśniają zasadami panującymi w religii oraz tradycją. Natomiast to, że zasady dotyczące spożywania lub niespożywania określonych produktów wynikają z „zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię, Kościół”, najczęściej potwierdzali wyznawcy hinduizmu oraz buddyźmu ($\chi^2 = 511,389$; $p < 0,0001$); nieznacznie rzadziej w ten sam sposób odpowiadali wyznawcy judaizmu oraz chrześcijanie adwentyści.

Analiza danych statystycznych wykazała istotną zależność pomiędzy wiedzą na temat zasad dotyczących diety oraz pokarmów zakazanych a wyznaniem rodziców tylko w chrześcijaństwie. W pozostałych religiach jej obliczenie nie było możliwe, ponieważ w większości przypadków respondenci udzielali tej samej odpowiedzi (ANEKS tab. 13):

- chrześcijaństwo (n=274): wyznanie rodziców istotnie różnicowało wiedzę na temat zasad dietetycznych ($\chi^2=34,646$; $p=0,0000$) w zakresie rodzaju produktów ($\chi^2=85,429$; $p=0,0000$) oraz źródeł, z jakich wynikają te zasady ($\chi^2=25,316$; $p=0,0000$); respondenci, którzy są innego wyznania niż rodzice, znacznie częściej wiedzieli, że „są zasady dotyczące diety” (100%) oraz że w religii są pokarmy zakazane i „są to pokarmy wymienione w Świętej Księdze” (98,5%), ale również, że te wytyczne wynikają z „ogólnych zasad zdrowia” (16,4%); natomiast badani tego samego wyznania co rodzice częściej uważali, że zasady dotyczące spożywania lub niespożywania określonych potraw wynikają z „zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół” (60,5%).

Wiedza dotycząca istnienia religijnych zasad dietetycznych, rodzaju pokarmów zakazanych oraz względów, z jakich wynikają te wytyczne, zależy od długości bycia wyznawcą religii. Zależność ta występuje tylko w przypadku chrześcijaństwa. W przypadku pozostałych religii, takich jak islam czy judaizm nie było możliwości jej obliczenia, ponieważ zdecydowana większość badanych była wyznawcami od urodzenia lub też wszyscy udzielali tej samej odpowiedzi (ANEKS tab. 14):

- chrześcijaństwo (n=274): wśród badanych, którzy są wyznawcami od pewnego czasu, wszyscy odpowiedzieli, że w religii „są określone zasady dietetyczne” ($\chi^2=54,884$; $p=0,0000$); ponadto uważali oni, że zakazane potrawy są „wymienione w Świętej Księdze (100%)” ($\chi^2=141,318$; $p=0,0000$), jak również że zasady dietetyczne wynikają z „zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół” (78,3%) oraz „ogólnych zasad zdrowia” (21,7%) ($\chi^2=45,491$; $p=0,0000$); respondenci będący wyznawcami od urodzenia uważali, że „są one uzależnione od zasad religijnych i tradycji” (52,2%) ($\chi^2=141,318$; $p=0,0000$) lub że „nie wiedzą”, z czego wynikają zasady dietetyczne określone przez religię (24,4%) ($\chi^2=45,491$; $p=0,0000$).

Dziecko wychowywane według określonych przez religię zasad dietetycznych przyjmuje wyłączenie z diety pewnych potraw i produktów spożywczych jako coś naturalnego. Często też nie zastanawia się, dlaczego tak jest. Jednak gdy osoba dorosła zmienia swoje poglądy religijne, zdobywa wiedzę na temat tego, skąd wynikają określone zasady, między innymi dietetyczne. Poznając nową religię głębiej, analizując Święte Księgi czy też inne pisma,

dlatego tacy wyznawcy posiadają większą wiedzę w zakresie przyczyn, dla których zakazano spożywania określonych rodzajów potraw, jak również na temat tego, gdzie są one zapisane.

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała, że wiedza badanych w zakresie religijnych zasad dietetycznych zależy również od płci (ANEKS tab. 15):

- chrześcijaństwo (n=274): analiza statystyczna wykazała, że płeć istotnie różnicuje wiedzę na temat istnienia religijnych zasad dietetycznych ($\chi^2=21,183$; $p=0,0000$) oraz produktów zakazanych ($\chi^2=32,202$; $p=0,0000$); mężczyźni znacznie częściej uważali, że religia *określa zasady dietetyczne* (93,8%), a jednocześnie twierdzili, że zakazane pokarmy „są zapisane w Świętej Księdze” (80,3%).; jednak to kobiety znacznie częściej ($\chi^2=12,450$; $p=0,0060$) uważały, że zakazane pokarmy są „uzależnione od zasad religijnych, tradycji”; natomiast mężczyźni o wiele częściej ($\chi^2=12,450$; $p=0,0060$) twierdzili, że zasady dietetyczne wynikają z „zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez Kościół” (74,6%), a także z „ogólnych zasad zdrowia” (17,9%); kobiety zaś częściej uważały, że „nie wiedzą” (19,5%) lub „nie ma zasad” (9,8%);
- islam (n=250): analiza badań wykazała, iż płeć istotnie różnicuje wiedzę na temat źródeł zasad dietetycznych ($\chi^2=8,949$; $p=0,0114$); kobiety częściej uważały, iż zasady dietetyczne wynikają z „zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię” (81,9%), natomiast mężczyźni częściej udzielali odpowiedzi, iż wynikają one z „ogólnych zasad zdrowia” (23,3%) lub nie wiedzieli, z czego one wynikają (11,9%);
- buddyzm (n=251): płeć w istotny sposób determinowała wiedzę na temat tego, czy w religii są określone zasady dietetyczne ($\chi^2=8,811$; $p=0,0319$); kobiety znacznie częściej uważały, że „istnieją zasady dietetyczne określone przez religię” (45,2%), natomiast według mężczyzn „zasady dietetyczne określone są tylko w określonych praktykach religijnych” (30,0%).

Zagadnienie zasad dietetycznych określonych przez religię oraz powody, z których wynikają, przeanalizowano również w zależności od wieku. Analiza ta wykazała istotne zależności tylko w przypadku chrześcijaństwa (ANKES tab. 16):

- chrześcijaństwo (n=274): analiza statystyczna wykazała, że wiek istotnie różnicował wiedzę dotyczącą tego, czy religia zawiera zasady dietetyczne ($\chi^2=39,376$; $p=0,0000$), rodzaju pokarmów zakazanych ($\chi^2=109,617$; $p=0,0000$) oraz tego, z czego wynikają te

zasady ($\chi^2=38,960$; $p=0,0000$); badani w wieku powyżej 50. roku życia udzielali odpowiedzi, że „*religia określa zasady dietetyczne*” (89,3%), częściej niż osoby w wieku 30-50 lat (82,6%) i poniżej 30. roku życia (51,7%); osoby w wieku powyżej 50. roku życia uważały, że zakazane pokarmy „*są wymienione w Świętej Księdze*” (86,0%), natomiast badani poniżej 30. roku życia, że „*są one uzależnione od zasad religijnych i tradycji*” (61,2%); badani powyżej 50. roku życia częściej uważali, że zasady dotyczące diety wynikają z „*zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię*” (72,1%) i „*ogólnych zasad zdrowia*” (19,8%), natomiast osoby poniżej 30. roku życia częściej udzielały odpowiedzi, że zasady wynikają „*zapisu w Świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię*” (62,4%) lub „*nie wiem*” (28,2%).

Szczegółowa analiza wyników badań wykazała, że spożywanie mięsa oraz jego poszczególnych rodzajów jest w istotny sposób zależne od przynależności religijnej. Stwierdzono, że (tab. 7):

- chrześcijanie (n=274): respondenci będący wyznania katolickiego częściej spożywają mięso (99,3%) niż adwentyści (68,4%); katolicy najczęściej spożywają drób (100%), wieprzowinę (87,5%), wołowinę (86,8%); natomiast adwentyści spożywają tylko drób (100%), wołowinę (59,1%) i baraninę (37,6%);
- islam (n=250): wśród badanych 86,2% spożywa mięso; muzułmanie najczęściej spożywają baraninę (86,2%), wołowinę (86,2%) i drób (64,7%);
- hinduizm (n=242): wśród wyznawców zdecydowana większość nie spożywa mięsa (96,3%); jednakże wśród badanych hinduistów jedzących mięso (n=8) wołowinę spożywa 87,5%, wieprzowinę 87,5%, drób 100%, baraninę 25,0%;
- judaizm (n=136): respondenci w 99,2% spożywają mięso; Żydzi najczęściej spożywają wołowinę (97,8%), drób (97,8%), baraninę (1,5%);
- buddyzm (n=242): wśród badanych większość nie spożywa mięsa (56,4%); natomiast respondenci jedzący mięso najczęściej spożywają drób (75,0%), wołowinę (66,1%), wieprzowinę (46,4%), baraninę (39,3%).

Ponadto przeprowadzone badania pokazały, że statystycznie mięso najczęściej spożywają chrześcijanie katolicy ($\chi^2=606,809$; $p=0,0001$), a najrzadziej wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=606,809$; $p=0,0001$). Analizując spożywanie mięsa, zwróciłam uwagę również na jego

rodzaj. Badania wykazały, że wołowinę najczęściej spożywają Żydzi ($\chi^2=74,022$; $p=0,0001$), wieprzowinę chrześcijanie-katolicy ($\chi^2=470,82$; $p=0,0001$), natomiast baraninę najczęściej jedzą muzułmanie ($\chi^2=277,052$; $p=0,0001$); badania wykazują, że drób jest mięsem najczęściej spożywanym zarówno przez chrześcijan-adwentystów, katolików, Żydów oraz tych wyznawców hinduizmu oraz buddyzmu, którzy jedzą mięso.

Tab. 7. Spożywanie mięsa i jego rodzajów przez badanych w zależności od religii

wyszczególnienie		CHRZEŚCIJAŃSTWO				ISLAM n=250		HINDUIZM n=242		JUDIAZM n=136		BUDDYZM n=251		χ^2	(p)
		KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
		n	%	n	%										
Spożywanie mięsa	Tak	93	68,4	137	99,3	215	86,0	6	2,5	135	99,2	108	43,0	606,809	<0,00 01
	Nie	43	31,6	1	0,7	35	14,0	236	97,5	1	0,8	143	56,9		
Rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak)	Wołowina	55	59,1	118	86,8	183	83,9		87,5	134	97,8	74	66,1	74,022	<0,00 01
	Wieprzowina	-	-	119	87,5	-	-	7	87,5	-	-	52	46,4	470,82	<0,00 01
	Drób	93	100,0	137	100,0	141	64,7	8	100,0	134	97,8	84	75,0	135,24	<0,00 01
	Baranina	35	37,6	36	26,5	188	86,2	2	25,0	2	1,5	44	39,3	277,052	<0,00 01

- Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne.

Spożywanie mięsa oraz jego rodzaj w zależności od długości bycia wyznawcą danej religii jest statystycznie nieistotny. Natomiast zależność od wyznania rodziców ma znaczenie w przypadku chrześcijaństwa oraz buddyzmu (ANEKS tab. 17):

- chrześcijaństwo: badani będący takiego samego wyznania jak ich rodzice znacznie częściej spożywają mięso ($\chi^2=14,603$; $p=0,0001$) i o wiele częściej jest to wieprzowina ($\chi^2=61,383$; $p=0,0000$) oraz wołowina ($\chi^2=10,486$; $p=0,0012$);
- buddyzm: mięso znacznie częściej spożywają badani będący odmiennego wyznania religijnego niż rodzice ($\chi^2=6,940$; $p=0,0084$) i choć analiza danych nie wykazała istotnych zależności, najczęściej spożywanym mięsem wśród buddystów jest drób.

Analiza statystyczna wykazała również zależność spożywania mięsa i jego określonych rodzajów od wieku, ale tylko w przypadku chrześcijaństwa oraz buddyzmu (ANEKS tab. 18):

- chrześcijaństwo: mięso najczęściej spożywały osoby poniżej 30. roku życia ($\chi^2=25,227$; $p=0,0000$); wśród rodzajów mięs spożywanych najczęściej znalazła się wołowina ($\chi^2=26,293$; $p=0,0000$) oraz wieprzowina ($\chi^2=55,932$; $p=0,0000$);
- buddyzm: mięso spożywają osoby w wieku powyżej 50. roku życia ($\chi^2=18,094$; $p=0,0001$) i najczęściej jest to wieprzowina ($\chi^2=13,139$; $p=0,0003$) oraz baranina ($\chi^2=4,456$; $p=0,0348$).

Ze względu na zakaz spożywania niektórych produktów określonych przez religię (np. wieprzowiny) w badaniach zwróciłam uwagę na to, czy respondenci kontrolują skład kupowanych artykułów spożywczych „nie zakazanych”, ale mogących mieć w składzie substancje niedozwolone, takie jak żelatyna wieprzowa w jogurtach, tłuszcz, białko wieprzowe w wędlinach drobiowych.

Szczegółowa analiza danych dotyczących kontrolowania składu produktów pod względem zawartości substancji zakazanych w zależności od religii wykazała, że najczęściej skład produktów sprawdzają chrześcijanie-adwentyści ($\chi^2=101,62$; $p<0,0001$); natomiast na zawartość poszczególnych składników najczęściej zwracają uwagę (ANEKS tab. 19):

- na zawartość konserwantów szczególną uwagę zwracają chrześcijanie katolicy ($\chi^2=218,838$; $p<0,0001$);
- substancje pochodzenia zwierzęcego, np. w słodyczach, najczęściej sprawdzają wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=159,840$; $p<0,0001$);
- zawartość w produktach drobiowych i wołowych tłuszczu wieprzowego ($\chi^2=245,770$; $p<0,0001$), białka wieprzowego ($\chi^2=186,546$; $p<0,0001$), żelatyny wieprzowej ($\chi^2=176,441$; $p<0,0001$) kontrolują chrześcijanie-adwentyści;
- na świeżość produktów najczęściej zwracają uwagę wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=60,517$; $p<0,0001$).

Kontrola składu produktów spożywczych i szczególne zwrócenie uwagi na konkretne substancje ściśle wiąże się z przyjętymi w religii zasadami. Zakaz spożywania produktów pochodzenia wieprzowego stanowi główny powód kontroli składu, aby unikać produktów potocznie nazywanych przez wyznawców KADS „nieczystymi”. Natomiast z uwagi na niespożywanie jajek wyznawcy hinduizmu zwracają szczególną uwagę na ich zawartość

np. słodyczach. Drugim bardzo ważnym aspektem jest świeżość produktów, ponieważ wiąże się to z zasadą, że wszystkie przygotowywane potrawy powinny być świeże, nie powinno się również odgrzewać potraw z dnia poprzedniego - dlatego też świeżość jest bardzo istotna dla wyznawców hinduizmu.

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała istotne zależności pomiędzy kontrolą składu kupowanych produktów spożywczych a wyznaniem rodziców. Zależności te zauważono w przypadku chrześcijaństwa, islamu oraz hinduizmu (ANEKS tab. 20):

- chrześcijaństwo (n=274): respondenci będący innego wyznania niż rodzice znacznie częściej kontrolowali skład produktów spożywczych ($\chi^2 = 11,845$; $p=0,0006$); najczęściej zwracali oni uwagę na zawartość „substancji pochodzenia zwierzęcego, np. w słodyczach” ($\chi^2 = 14,495$; $p=0,0001$), „tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych” ($\chi^2 = 15,243$; $p=0,0001$), „białku wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych” ($\chi^2 = 9,090$; $p=0,0026$), „żelatyny wieprzowej w serkach, jogurtach” ($\chi^2 = 33,282$; $p=0,0000$), „składników alergizujących, barwników i czy są świeże” ($\chi^2 = 7,387$; $p=0,0066$); na uzyskane wyniki wpływ miały odpowiedzi udzielane przez adwentystów, których rodzice w większości nie byli wyznawcami KADS;
- islam (n=250): badani, których rodzice są innego wyznania niż oni sami, o wiele częściej kontrolują skład produktów spożywczych pod względem zawartości „konserwantów” ($\chi^2 = 5,137$; $p=0,0282$);
- hinduizm (n=242): badani, których rodzice są innego wyznania, częściej kontrolują skład produktów spożywczych pod względem „zawartości substancji pochodzenia zwierzęcego w np. słodyczach” ($\chi^2 = 9,284$; $p=0,0023$) oraz „zawartości żelatyny wieprzowej, w serkach, jogurtach” ($\chi^2 = 4,534$; $p=0,0332$).

Fakt, iż wyznawcy islamu oraz judaizmu nie kontrolują składu produktów spożywczych pod względem zawartości pochodzenia wieprzowego, wynika z tego, że najczęściej produkty kupują w sklepach co do których mają pewność, że są „halal” ⁵⁵⁶ lub „koszerne”^{*}. Sklepy takie są prowadzone przez wyznawców tych religii. Natomiast wyznawcy hinduizmu kontrolują skład produktów pod względem zawartości substancji takich jak żelatyna w nabiale

⁵⁵⁶ * Halal – to, co dozwolone (w tym produkty spożywcze).

* Koszerne - zdatne, właściwe, nadające się do spożycia.

(jogurtach, serkach), ponieważ są oni wegetarianami i nie spożywają nic, co jest pochodzenia zwierzęcego, oprócz nabiału, miodu.

W przypadku pozostałych religii (dotyczy to wyznawców KADS) należy zwrócić uwagę na fakt, iż częściej kontrolują ci, których rodzice są innego wyznania. Wynika to z tego, że w momencie przyjęcia zasad KADS zawierających zakaz spożywania wieprzowiny, unikanie produktów z zawartością jej pochodnych staje się dla nich ważne - w ten sposób dostosowują się do zakazu danego przez Boga. Natomiast badani, których rodzice są tego samego wyznania, nie kontrolują tak często składu, ponieważ z reguły kupują te same, sprawdzone już produkty spożywcze.

Wyniki analizy danych związku kontroli składu kupowanych produktów spożywczych z długością przynależności do danej religii w przypadku chrześcijaństwa, islamu oraz hinduizmu pokrywają się z wynikami analizy kontroli składu kupowanych produktów spożywczych a wyznaniem rodziców. Analiza statystyczna wykazała również istotne zależności w przypadku buddyzmu (ANEKS tab. 21 i tab. 21a):

- chrześcijaństwo (n=274): respondenci będący wyznawcami danego Kościoła od pewnego czasu znacznie częściej kontrolowali skład produktów spożywczych ($\chi^2=11,845$; p=0,0006); najczęściej zwracali oni uwagę na zawartość „*substancji pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach*” ($\chi^2 =14,495$; p=0,0001), „*tluszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych*” ($\chi^2 =15,243$; p=0,0001), „*białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych*” ($\chi^2 =9,090$; p=0,0026), „*żelatyny wieprzowej w serkach, jogurtach*” ($\chi^2 =33,282$; p=0,0000), „*składników alergizujących, barwników oraz ich świeżość*” ($\chi^2 =7,387$; p=0,0066); na uzyskane wyniki wpływ miały odpowiedzi udzielane przez wyznawców KADS, którzy należą do Kościoła od pewnego czasu;
- islam (n=250): muzułmanie, którzy są wyznawcami od pewnego czasu, znacznie częściej kontrolują skład produktów spożywczych pod względem zawartości „*konserwantów*” ($\chi^2 =5,137$; p=0,0282);
- hinduizm (n=242): badani, którzy nie są wyznawcami od urodzenia, częściej kontrolują skład produktów spożywczych pod „*względem zawartości substancji pochodzenia zwierzęcego w np. słodyczach*” ($\chi^2 =9,284$; p=0,0023) oraz „*zawartości żelatyny wieprzowej, w serkach, jogurtach*” ($\chi^2 =4,534$; p=0,0332);

- buddyzm (n=251): długość bycia wyznawcą danej religii istotnie wpływała na względy kontroli „składu produktów spożywczych” ($\chi^2 = 13,268$; $p=0,0013$); badani będący wyznawcami powyżej 20 lat częściej sprawdzają skład kupowanych produktów spożywczych „ze względów zdrowotnych” (96,8%).

Względy, dla których badani którzy są wyznawcami danej religii od pewnego czasu, sprawdzają skład kupowanych produktów spożywczych są takie same jak w przypadku, gdy rodzice są innego wyznania. Głównym powodem sprawdzania składu artykułów spożywczych są względy zdrowotne, aczkolwiek składniki, na które badani zwracali uwagę, były substancjami „zakazanymi przez religię”, np. pochodzenia wieprzowego. Sugeruje to, że wyznawcy rozumieją zakazy religijne dotyczących spożywania poszczególnych produktów jako „dbałość Boga i religii” o ich zdrowie i wiedzą, że ograniczenia te wynikają ze względów zdrowotnych, a nie z doktryn.

Ponadto statystyczne różnice pojawiały się również w zależności kontroli składu kupowanych produktów spożywczych od wieku w przypadku chrześcijaństwa, hinduizmu oraz buddyzmu (ANEKS tab. 22):

- Chrześcijaństwo: wśród badanych najczęściej skład kontrolowały osoby w wieku 30- 50 lat ($\chi^2 = 37,724$; $p=0,0000$) i robiły to ze względów zdrowotnych; jednak to badani powyżej 50. roku życia najczęściej zwracali uwagę w produktach drobiowych i wołowych na zawartość tłuszczu wieprzowego ($\chi^2 = 5,137$; $p=0,0282$), białka wieprzowego ($\chi^2 = 41,351$; $p=0,0000$), żelatyny wieprzowej ($\chi^2 = 71,641$; $p=0,0000$);
- Hinduizm: wśród badanych najczęściej skład produktów spożywczych pod względem zawartości substancji pochodzenia wieprzowego kontrolowały osoby powyżej 50. roku życia. Zwracały one uwagę na zawartość tłuszczu ($\chi^2 = 14,289$; $p=0,0008$), białka ($\chi^2 = 11,270$; $p=0,0036$) oraz żelatyny ($\chi^2 = 38,033$; $p=0,0000$); na zawartość konserwantów oraz świeżość produktu zwracały uwagę głównie osoby poniżej 30. roku życia, choć dane te nie są statystycznie istotne;
- Buddyzm: najczęściej skład produktów spożywczych sprawdzały ze względów zdrowotnych osoby w wieku 30-50 lat; zwracały one uwagę na zawartość w produktach spożywczych (np. serkach, słodyczach) substancji pochodzenia wieprzowego, takich jak tłuszcz ($p=0,0026$), białka ($\chi^2 = 7,264$; $p=0,0265$); na zawartość konserwantów

najczęściej zwracali uwagę badani w wieku poniżej 30. roku życia, a badani w wieku powyżej 50. roku życia szczególną uwagę zwracali na świeżość produktów.

Zasady dietetyczne w wybranych religiach to jeden z najważniejszych elementów zachowań zdrowotnych, na które zwraca się uwagę. W niektórych religiach są one podobne (np. niespożywanie wieprzowiny w islamie, judaizmie czy Kościele Adwentystów Dnia Siódmego lub wegetarianizm w hinduizmie czy buddyzmie). Podobieństwa te mogą wynikać niejednokrotnie ze wspólnego źródła, historii powstania religii, podobnych przesłań, które na przestrzeni wieków zróżnicowały się, a pewne zasady i ich filary funkcjonują do dnia dzisiejszego. Zasady diety, jakimi kierują się wyznawcy, dotyczą najczęściej spożywania lub niespożywania mięsa lub wystrzegania się jego określonych rodzajów. Jednakże każda z wybranych religii szczegółowo określa, jakich produktów nie należy spożywać, i są to produkty zarówno mięsne, jak i niektóre rośliny, np. czosnek, cebula, grzyby.

5. Palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu przez badanych w kontekście wyznawanej religii

Elementem zdrowego stylu życia jest unikanie używek, takich jak tytoń i alkohol. Jeśli chodzi o tytoń, *Święte Księgi* nie zajmują jednoznacznego stanowiska, jednak zalecają dbanie o ciało i zdrowie, dlatego też nie zalecają palenia. Natomiast w aspekcie alkoholu jedne religie zajmują jednoznaczne - negatywne stanowisko, zabraniając go, natomiast inne nie zalecają spożywania go, ponieważ np. przeszkadza on w ścieżce postępu lub znajduje się w gunie ignorancji. Natomiast judaizm dopuszcza spożywanie alkoholu, jednakże tylko w małych ilościach w szczególne uroczystości; bezwzględnie wymagane jest także, aby wino było koszerne.

Podczas wywiadu prosiłam pastora, rabina, imama, przywódców duchowych o wypowiedź na temat.

- **Jakie jest stanowisko Państwa Kościoła odnośnie stosowania takich używek jak (alkohol, tytoń): (gdzie mogę znaleźć np. jego zapis). I z czego ono wynika?**

KOŚCIÓŁ KATOLICKI *(wypowiedź księdza):

- **Tytoń:** *Jest zachęta, aby nie używać.*
- **Alkohol:** *jest wezwanie do odpowiedzialnego korzystania. Szczególną wartość posiada i zalecana jest dobrowolna abstynencja.*

KADS* (wypowiedź pastora):

- **Tytoń.** *„Zakaz używania/spożywania. Deklaracja jest zawarta w wyznaniu składanym przed przyjęciem chrztu, który przyjmują tylko osoby dorosłe”.*
- **Alkohol.** *Jw.*

ISLAM (wypowiedź imama):

- **Tytoń** *„w islamie jest zabroniony, tak jak inne narkotyki, które uzależniają”.*
- **Alkohol** *„jest zabroniony, ponieważ ma niszczyielski wpływ na świadomość człowieka i jest matką grzechu”.*

JUDAIZM (wypowiedź rabina):

- a. **Tobacco.** *„In the last 30 years some Rabbis have come out prohibiting smoking due to the deleterious effect they have on health. Other rabbis, however do not go that far. As with many laws in Judaism—it is a debate”.*
- b. **The alcohol.** *„You can drink alcohol which is kosher (made from kosher products and is producing with supervision of Rabbi). Wine must be kosher as in ancient times it was used for Idolatrous libations”.*

HINDUIZM (wypowiedź prezydenta świątyni):

- **Tytoń** *„jest w gunie ignorancji (tamas)”.*
- **Alkohol** *„jest w gunie ignorancji (tamas)”.*

HINDUIZM (szkoła medytacji):

- **TYTOŃ:** *„WSZELKIE UŻYWKI NISZCZĄ ZDROWIE, WPLYWAJĄ TAKŻE NA STAN UMYSŁU, ZABURZAJĄC PRAWDZIWY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI. NIEINTOKSYKOWANIE SIĘ JEST JEDNĄ Z WAŻNIEJSZYCH PODSTAWOWYCH ZASAD (OBOK WEGETARIAŃSKIEGO SPOSOBU ODŻYWIANIA SIĘ, NIEBRANIA UDZIAŁU W GRACH HAZARDOWYCH ORAZ NIEANGAŻOWANIA SIĘ W SEKS POZAMAŁŻEŃSKI), KTÓRYCH PRZESTRZEGANIE UMOŻLIWIA DUCHOWY ROZWÓJ. WZMIANKI O WARTOŚCI PRZESTRZEGANIA TYCH ZASAD MOŻNA ZNALEŹĆ W BHAGAVAD GICIE, ŚRIMAD BHAGAVATAM, CAITANYA CARITAMRTA”.*
- **Alkohol.** *Jw.*

* Przytaczam dokładne cytaty wypowiedzi z wywiadów przeprowadzonych z duchownymi poszczególnych religii, nauczycielami, rabinem, imamem.

BUDDYZM (wypowiedź Lamy):

- **Tytoń.** *„W czasach Buddy w Indiach nie istniał zwyczaj palenia papierosów. W samych jego naukach nie ma więc o tym wzmianki. Współcześnie w takich krajach buddyjskich jak Birma czy Tajlandia mnisi (którzy mają stanowić wzorzec moralnej samodyscypliny) często są palaczami. W tradycji tybetańskiej uważa się, że mnisi nie powinni palić. Nie ma ograniczenia dla ludzi świeckich”.*
- **Alkohol** *„sam w sobie nie jest czymś złym. Problemem są negatywne czyny, które popełnia się, tracąc samokontrolę. Dla ludzi świeckich istnieje tradycja ślubowań nieużywania alkoholu (ślubowanie jest złamane, kiedy mówi się i robi rzeczy, których bez wypicia by się popełniło), aby nie tracić samokontroli. Jednak w krajach buddyjskich przyjmują to ślubowanie tylko nieliczni. Mnisi mają niepicie wpisane w regulę zakonną, ale wolno wypić na przykład lekarstwo na alkoholu. Chodzi jedynie o nieodurzanie umysłu”.*

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała, że (tab. 8):

- Chrześcijaństwo-katolicyzm (n=138): badani katolicy uważali, że doktryna religijna *„nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem”* (57,7%); *„zabrania jako łamanie zasad religijnych”* (33,6%) oraz *„nie wiem”* (8,8%); tytoń paliło - 11,3%, rzuciło palenie - 3,8%, nie paliło - 85,5%; tytoniu nie palili ze względów: zdrowotnych (70,8%), nie lubią ich zapachu (45,3%), religijnych (3,6%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (6,6%), inne (są drogie) (1,5%);
- chrześcijaństwo-KADS (n=136): badani wyznawcy KADS najczęściej uważali, że doktryna religijna wypowiada się na temat palenia tytoniu *„negatywnie, jako łamanie zasad religijnych”* (97,8%), *„nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem”* (2,2%); tytoń paliło - 0,7%, rzuciło palenie - 4,4%, nie paliło - 94,9%; respondenci nie palili tytoniu ze względów: zdrowotnych (84,6%), nie lubią ich zapachu (40,4%), religijnych (72,8%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (8,1%);
- islam (n=250): według badanych muzułman doktryna religijna odnośnie palenia tytoniu wypowiada się *„negatywnie, jako łamanie zasad religijnych”* (54,2%), *„nie mówi*

wprost NIE, ale nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie, a to temu nie sprzyja” (42,7%); niewielki odsetek badanych odpowiedział, że nie wiedzą, jakie jest stanowisko religii w tej kwestii (3,2%); tytoń paliło - 10,7%, rzuciło palenie - 4,7%, nie paliło - 79,8%, inne (są drogie) - 4,7%; respondenci nie palili tytoniu ze względów: zdrowotnych (64,8), nie lubią ich zapachu (30,8%), religijnych (39,1%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (14,1%).

- hinduizm (n=242): według badanych hinduizm odnosi się do palenia tytoniu „negatywnie jako łamanie zasad religijnych” (94,3%), „nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (4,1%), „nie wiem” (1,6%); tytoń paliło - 0,4%, rzuciło palenie - 8,2%, nie paliło - 87,3%, inne (czasami, towarzysko) - 0,4%; respondenci nie palili tytoniu ze względów: zdrowotnych (84,4%), nie lubią ich zapachu (64,5%), religijnych (82,8%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (10,7%), inne (są drogie) (0,8%);
- judaizm (n=136): wszyscy badani odpowiedzieli, że doktryna religijna „nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (100%); tytoń paliło - 15,7%, rzuciło palenie - 9,0%, nie paliło - 61,9%; respondenci nie palili tytoniu ze względów: zdrowotnych (43,3%), nie lubią ich zapachu (41,0%), religijnych (0,0%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (0,0%), inne (są drogie) (0,0%);
- buddyzm (n=251) – badani uważali, że religia „nie mówi wprost NIE, ale nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to temu nie sprzyja” (63,0%), „nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (17,5%), „nie wiem” (17,1%), „negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych” (2,3%); tytoń paliło - 10,1%, rzuciło palenie - 3,1%, nie paliło - 86,8%; respondenci nie palili tytoniu ze względów: zdrowotnych (66,1%), nie lubią ich zapachu (52,5%), religijnych (24,9%), uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu (17,1%).

Tab. 8. Zapisy w „Świętych Księgach” i zasady religijne dotyczące palenia tytoniu a wiedza badanych

wyszczególnienie		CHRZEŚCIJAŃSTWO				ISLAM n=250		HINDUIZM n=242		JUDIAZM n=136		BUDDYZM n=251		CHRZEŚCIJAŃSTWO	(p)
		KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
		n	%	n	%										
Doktryna religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	133	97,8	46	33,6	137	54,2	231	94,3	-	-	6	2,3	1353,3	<0,00 01
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	3	2,2	79	57,7	-	-	10	4,1	134	100,0	45	17,5		
	nie wiem	0	0,0	12	8,8	8	3,2	4	1,6	-	-	44	17,1		
	nie mówi wprost „nie”, ale nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-	108	42,7	-	-	-	-	162	63,0		
Palenie tytoniu	Tak	1	0,7	15	11,3	27	10,7	1	0,4	21	15,7	26	10,1	50,198	<0,00 01
	Rzuciłem/am palenie	6	4,4	5	3,8	12	4,7	20	8,2	12	9,0	8	3,1		
	Nie	129	94,9	113	85,0	202	79,8	214	87,3	83	61,9	223	86,8		
	inne	-	-	-	-	12	4,7	1	0,4	-	-	-	-		
względny niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	115	84,6	97	70,8	164	64,8	206	84,4	58	43,3	170	66,1	88,123	<0,00 01
	Nie lubię ich zapachu	55	40,4	62	45,3	78	30,8	155	63,5	55	41,0	135	52,5	60,847	<0,00 01
	Ze względów religijnych	99	72,8	5	3,6	99	39,1	202	82,8	-	-	64	24,9	434,830	<0,00 01

Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	11	8,1	9	6,6	37	14,6	26	10,7	-	-	44	17,1	33,906	<0,0001
Inne (są drogie)	0	0,0	2	1,5	-	-	2	0,8	-	-	-	-	-	-

- Skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych

Źródło: badania własne.

Szczegółowa analiza wykazała istotne zależności pomiędzy paleniem tytoniu, znajomością stanowiska zasad religijnych w odniesieniu do palenia a wyznaniem rodziców. Miało ono istotny wpływ wśród badanych w chrześcijaństwie, islamie oraz buddyzmie (ANEKS tab. 23):

- chrześcijaństwo (n=274): wyznanie rodziców istotnie różnicowało wiedzę badanych na temat stanowiska doktryny religijnej dotyczącego palenia tytoniu; respondenci, których rodzice są innego wyznania, częściej uważali, że religia odnosi się do palenia tytoniu „*negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych*” (95,1%) ($\chi^2=32,827$; p=0,0000) i istotnie częściej **NIE** palą oni „*ze względów religijnych*” ($\chi^2=24,269$; p=0,0000); natomiast badani, którzy są tego samego wyznania, częściej uważali, że doktryna „*nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nalogiem*” (38,0%) ($\chi^2=32,827$; p=0,0000);
- islam (n=250): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy dotyczącej stanowiska doktryny religijnej na temat palenia tytoniu; ponadto ze względów religijnych nie pali 52,2% badanych innego wyznania niż rodzice i 37,8% badanych tego samego wyznania; wynik nieistotny statystycznie;
- hinduizm (n=242): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy dotyczącej stanowiska doktryny religijnej na temat palenia tytoniu; badani innego wyznania niż rodzice częściej nie palą tytoniu, ponieważ „*uprawiam sport, a to pogarsza moją wydolność organizmu*” ($\chi^2=5,923$; p=0,0150); ze względów religijnych nie pali 83,0% badanych innego wyznania niż rodzice i 82,3% badanych tego samego wyznania; wynik nieistotny statystycznie;
- judaizm (n=136): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy dotyczącej stanowiska doktryny religijnej na temat palenia tytoniu oraz względów niepalenia tytoniu;

- buddyzm (n=251): wyznanie rodziców istotnie różnicowało wiedzę badanych na temat stanowiska zasad religijnych dotyczącego palenia tytoniu; badani, których rodzice są tego samego wyznania, częściej uważają, że religia „*nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu*” (88,9%) (p=0,0281); natomiast, ci których rodzice są innego wyznania, częściej uważają, że doktryna „*nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem*” (18,4%) (p=0,0281); ze względów religijnych nie pali 23,4% badanych innego wyznania niż rodzice i 44,4% badanych tego samego wyznania; wynik nieistotny statystycznie.

Chrześcijaństwo jest religią, w której wystąpiły rozbieżności pomiędzy adwentystami a katolikami w odniesieniu do stanowiska wobec palenia tytoniu. Osoby, które przeszły na adwentyzm (KADS) i są innego wyznania niż rodzice, uznają to samo stanowisko co Kościół Adwentystów Dnia Siódmego (KADS). Pomimo, że Biblia nie mówi bezpośrednio o paleniu tytoniu, to jednak uważając swoje ciało za świątynię Ducha Świętego, stanowczo sprzeciwiają się paleniu tytoniu, uznając to za łamanie zasad religijnych. Osoby których rodzice są tego samego wyznania, podchodzą to palenia tytoniu bardziej liberalnie, aczkolwiek należy brać tu pod uwagę, że w tej grupie większość stanowili wyznawcy katolicyzmu, gdzie zakaz palenia tytoniu nie jest tak restrykcyjnie przestrzegany jak w KADS, choć również zwraca się uwagę na szkodliwość palenia. Względy religijne niepalenia tytoniu, choć nieistotne statystycznie, były ważne dla większości badanych, w porównywalnym odsetku do względów zdrowotnych. Okazuje się, że dla większości badanych względy religijne są równie ważne jak zdrowotne.

Długość bycia wyznawcą danej religii również w istotny sposób wpłynęła na wiedzę dotyczącą stanowiska religii i Świętej Księgi oraz na względy niepalenia tytoniu wśród wyznawców chrześcijaństwa, hinduizmu oraz buddyzmu (ANEKS tab. 24 i tab. 24 a):

- chrześcijaństwo (n=274) – długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy; badani będący wyznawcami chrześcijaństwa od pewnego czasu istotnie częściej nie palą „*ze względów religijnych*” ($\chi^2 = 24,269$; p=0,0000); na wynik miały wpływ odpowiedzi KADS;
- islam (n=250): długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy na temat związku palenia tytoniu z doktryną religijną; ze względów religijnych nie paliło 52,2% badanych będących wyznawcami od pewnego czasu i 37,8% wyznawców od urodzenia; wynik nieistotny statystycznie;

- hinduizm (n=242): długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy; badani, którzy są wyznawcami od pewnego czasu, częściej nie palą ze „względów zdrowotnych” ($\chi^2 = 5,843$; $p = 0,0156$), „nie lubię ich zapachu” ($\chi^2 = 10,523$; $p = 0,0012$) oraz ze „względów religijnych” ($\chi^2 = 11,793$; $p = 0,0006$);
- judaizm (n=136): długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy na temat palenia związku tytoniu z doktryną religijną;
- Buddyzm (n=251): długość bycia buddystą istotnie różnicował wiedzę na temat stanowiska doktryny religijnej dotyczącej palenia tytoniu; respondenci, którzy są buddystami od pewnego czasu (poniżej 11-20 lat), znacznie częściej uważają, że religia wypowiada się „negatywnie, jako łamanie zasad religijnych, jest trujące” (10,6%) ($\chi^2 = 37,519$; $p = 0,0000$) i jest w „gunie ignorancji, przeszkadza w ścieżce postępu” (70,6%) ($\chi^2 = 37,519$; $p = 0,0000$); natomiast badani będący wyznawcami dłużej niż 20 lat istotnie częściej uważali, że religia „niezabrania lub nie zajmuje stanowiska, nie mówi wprost NIE, ale nie zaleca, nie pochwala należy dbać o zdrowie oto nie sprzyja jemu” (17,7%) ($\chi^2 = 37,519$; $p = 0,0000$); tytoniu częściej nie palą badani będący wyznawcami poniżej 10 lat, ponieważ „uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu” ($\chi^2 = 20,968$; $p = 0,0000$); ze względów religijnych nie paliło 20,8% - poniżej 10 lat, 25,9% - 11-20 lat, 32,3% - powyżej 20 lat; wynik nieistotny statystycznie.

Alkohol jest substancją co do której wszystkie religie zajmują jasno określone stanowisko. Zależy ono od religii oraz od tego, jak na jego temat wypowiada się Święta Księga. Generalnie wszystkie zalecają życie w trzeźwości i żadna nie pochwala „pijaństwa”, nadmiernego spożywania napojów alkoholowych. Spożywanie alkoholu w wyjątkowych sytuacjach, w niewielkich ilościach jest jednak zależne od religii (tab. 9):

- chrześcijanie-katolicy (n=138): za stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu uważają – „nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nalogiem” (81,0%), „negatywnie, jako łamanie zasad” (12,4%) oraz „nie wiem” (6,6%); co mówi Święta Księga na temat alkoholu: „nie zabrania, nie mówi wprost NIE, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nalogiem” (66,4%), „negatywnie, jako łamanie zasad” (13,1%), „nie wiem” (20,4%); alkohol spożywało 73% badanych, natomiast powody niespożywania alkoholu przez pozostałe

27% to: „nie lubię alkoholu” (21,2%), „względy zdrowotne” (15,3%), „względy religijne” (0,7%) oraz inne (0,7%);

- chrześcijanie-adwentyści (n=136): wszyscy badani uważali, że religia określa spożywanie alkoholu „negatywnie, jako łamanie zasad” (100%), a Święta Księga wypowiada się „negatywnie, jako łamanie zasad” (1,5%); wśród badanych 98,5% nie spożywa alkoholu, z następujących powodów: „nie lubię alkoholu” (37,5%), „ze względów zdrowotnych” (68,4%) oraz „ze względów religijnych” (80,9%);
- islam (n=250): religia i Koran wypowiada się na temat spożywania alkoholu „negatywnie, jako łamanie zasad religijnych” według 96,4%, natomiast pozostali nie znali jego stanowiska; wśród respondentów 95,3 % osób nie spożywało alkoholu, ponieważ: „nie lubię alkoholu” (16,6%), „ze względów zdrowotnych” (32,0%);
- hinduizm (n=242): spożywanie alkoholu jest postrzegane przez religię oraz Świętą Księgę „negatywnie, jako łamanie zasad religijnych” oraz znajduje się „w gunie ignorancji, jest to intoksykacja” (94,3%), „nie zabrania, nie mówi wprost NIE, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (4,1%), „nie wiem” (1,6%); alkoholu nie spożywa 97,1% badanych, ponieważ: „nie lubię alkoholu” (33,3%), „ze względów zdrowotnych” (55,7%), „ze względów religijnych” (67,9%);
- judaizm (n=136): wszyscy badani udzielili odpowiedzi, że zarówno religia, jak i Święta Księga uznaje, że „wino, odpowiedniej jakości (koszerne) jest dozwolone w pewnych okolicznościach” (100%); zdecydowana większość (78,4%) spożywa alkohol; ci, którzy nie piją, nie robią tego, ponieważ: „nie lubię alkoholu” (17,9%), „ze względów zdrowotnych” (0,9%);
- buddyzm (n=251): według badanych buddyzm „nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (12,1%), jednak zdecydowana większość nie wiedziała, jak religia odnosi się do spożywania alkoholu (74,3%); stanowisko pism, nauk nauczycieli i filozofii buddyjskiej: „nie zabrania, nie mówi wprost NIE, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem” (74,3%), „negatywnie, jako łamanie zasad religijnych” (12,1%), „w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem ” (0,4%); 13,2% badanych nie wiedziało, jak pisma wypowiadają się na temat alkoholu.

Tab. 9. Spożywanie alkoholu przez badanych a wyznawana religia

wyszczególnienie		chrześcijaństwo				Islam n=250		hinduizm n=242		Judaizm n=136		Buddyzm n=251		χ^2	(p)
		KADS n=136		Katolicyzm n=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
		n	%	n	%										
Spożywanie alkoholu	Tak	2	1,5	100	73,0	12	4,7	6	2,9	105	78,4	175	68,1	614,94 5	<0,0 01
	Nie	134	98,5	37	27,0	241	95,3	236	97,1	24	17,9	82	31,9		
Powody niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	51	37,5	29	21,2	42	16,6	79	33,3	24	17,9	20	7,8	80,364	<0,0 01
	Zdrowotny ch	93	68,4	21	15,3	81	32,0	132	55,7	1	0,7	18	7,0	181,55 0	<0,0 01
	Religijnych	110	80,9	1	0,7	222	87,7	161	67,9	-	-	46	17,9	371,09 5	<0,0 01
	Inne	0	0,0	1	0,7	-	-	123	51,9	-	-	-	-	-	-
Stanowisko religii dotyczące alkoholu	negatywnie jako łamania zasad religijnych	136	100, 0	17	12,4	244	96,4	231	94,3	-	-	-	-	2019,2 61	<0,0 01
	nie zabrania, w pewnych okolicznośc iach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	111	81,0	-	-	10	4,1	-	-	31	12,1		
	nie wiem	0	0,0	9	6,6	9	3,6	4	1,6	-	-	191	74,3		

	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-	-	-	-	-	134	100,0	34	13,2		
	w gnie ignorancji, jest to intoksykacji	-	-	-	-	-	-	231	94,3	-	-	1	0,4		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	134	98,5	18	13,1	244	96,4	231	94,3	-	-	31	12,1	2001,5 50	<0,0 01
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nalogiem	2	1,5	91	66,4	-	-	10	4,1	-	-	191	74,3		
	nie wiem	0	0,0	28	20,4	9	3,6	4	1,6	-	-	34	13,2		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) jest dozwolone w pewnych okolicznościach,	-	-	-	-	-	-	-	-	134	100,0	1	0,4		
	w gnie ignorancji, jest to	-	-	-	-	-	-	231	94,3	-	-	-	-		

intoksykacja, przeszkadza w ścieżce postępu															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych

Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna wykazała, że najczęściej alkoholu nie spożywają chrześcijanie-adwentyści ($\chi^2=614,945$; $p=0,0000$) – ze stanowiska Kościoła ($\chi^2=2019,261$; $p<0,001$) i Biblii ($\chi^2=2001,550$; $p<0,001$) wynika, że jest to łamanie zasad religijnych.

Analiza danych wykazała w obrębie chrześcijaństwa różnice dotyczące stanowiska religii i Świętej Księgi na temat spożywania alkoholu. Różnice te występują pomiędzy adwentyzmem a katolicyzmem. O ile różnice w stanowisku obu wyznań wynikają z odmienności doktrynalnych, o tyle zaskakujące jest, że chociaż oba wyznania opierają swoje wierzenia na Biblii, wyznawcy różnią się w wypowiedziach dotyczących tego, co Biblia mówi na temat alkoholu. Bardzo prawdopodobny jest fakt, że różnice wynikają z interpretacji zapisów w Świętej Księdze. Badania pokazują, że chrześcijanie-adwentyści, podobnie jak islam i hinduizm oraz ich Święte Księgi, postrzegają spożywanie alkoholu negatywnie jako łamanie zasad religijnych i wręcz zakazują jego spożycia.

Na wiedzę w zakresie stanowiska religii oraz Świętej Księgi dotyczącą spożywania alkoholu istotny wpływ miało wyznanie rodziców w przypadku chrześcijaństwa oraz buddyzm (ANEKS tab. 25):

- chrześcijaństwo (n=274): wyznanie rodziców istotnie różnicuje wiedzę dotyczącą stanowiska doktryny ($\chi^2=66,355$; $p=0,0000$) i Świętej Księgi ($\chi^2=58,570$; $p=0,0000$) na temat spożywania alkoholu; według respondentów, których rodzice są innego wyznania niż oni sami, religia odnosi się do alkoholu „*negatywnie, jako łamanie zasad religijnych*” (98,5%); natomiast badani tego samego wyznania co rodzice uważają, że religia „*nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem*” (53,7%); według chrześcijan, których rodzice są innego wyznania, stanowisko Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu jest „*negatywne, jako łamanie zasad*” (95,6%); badani, których rodzice są tego samego wyznania, uważają, że Święta Księga „*nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem*” (43,9%); zdecydowana większość badanych, którzy są

innego wyznania niż rodzice, **NIE** pije alkoholu ($\chi^2 = 43,909$; $p=0,0000$); istotnym powodem niespożywania alkoholu przez badanych będących tego samego wyznania co rodzice były „*względy religijne*” ($\chi^2 = 13,488$; $p=0,0002$);

- islam (n=250): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy o stanowisku doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu; statystycznie nieistotnie częściej piją osoby będące tego samego wyznania co rodzice; ze względów religijnych nie pije 88,7% badanych tego samego wyznania i 78,3% innego;
- hinduizm (n=242): brak zależności pomiędzy wyznaniem rodziców a wiedzą z zakresu doktryny i zapisów Świętej Księgi w stosunku do alkoholu; wśród badanych zdecydowana większość nie pije alkoholu; osoby będące tego samego wyznania co rodzice częściej nie piją, ponieważ „*nie lubię alkoholu*” ($\chi^2 = 4,735$; $p=0,0296$); natomiast osoby innego wyznania niż rodzice nie piją ze „*względów zdrowotnych*” ($\chi^2 = 4,221$; $p=0,0399$). Ze względów religijnych nie pije 53,3% osób innego wyznania niż rodzice i 47,3% tego samego (wynik nie istotny statystycznie).
- judaizm (n=136): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy o stanowisku doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu;
- buddyzm (n=251): wyznanie rodziców nie różnicuje istotnie wiedzy o stanowisku doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu; badani, którzy są innego wyznania niż rodzice, częściej pili alkohol ($\chi^2 = 26,175$; $p=0,0000$); ponadto buddyści, którzy są innego wyznania niż rodzice, znacznie częściej nie pili alkoholu ze „*względów zdrowotnych*” ($\chi^2 = 4,112$; $p=0,0426$); ze względów religijnych nie pije 75% badanych tego samego wyznania co rodzice i 51,5% tego samego (wynik nieistotny statystycznie).

Na spożywanie alkoholu przez badanych istotny wpływ miała długość bycia wyznawcą danej religii w przypadku chrześcijaństwa, hinduizmu i buddyzmu (ANEKS tab. 26 i tab. 26a):

- chrześcijaństwo (n=274): długość przynależności do określonej religii nie różnicuje istotnie wiedzy o stanowisku doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu; badani, którzy są wyznawcami od pewnego czasu, znacznie częściej nie spożywają alkoholu ze „*względów religijnych*” ($\chi^2 = 4,111$; $p=0,0426$); na wynik miały wpływ odpowiedzi chrześcijan-adwentystów KADS.

Chrześcijaństwo adwentystyczne w swoich zasadach charakteryzuje się wystrzeganiem i niespożywaniem alkoholu. Badani chrześcijanie, którzy są wyznawcami od pewnego czasu,

to wyznawcy KADS, dlatego też znacznie częściej „nie spożywają alkoholu ze względów religijnych”.

- Islam (n=250): długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy o stanowisku doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu. Statystycznie nieistotnie częściej piją badani będący wyznawcami od urodzenia. Ze względów religijnych nie pije 88,7% badanych będących wyznawcami od urodzenia i 78,3% wyznawców od pewnego czasu (wynik nieistotny statystycznie).
- Hinduizm (n=242) – długość bycia wyznawcą nie różnicuje istotnie wiedzy na temat stanowiska doktryny i Świętej Księgi odnośnie spożywania alkoholu. Statystycznie nieistotnie częściej piją badani będący wyznawcami od urodzenia. Znacznie częściej nie piją alkoholu badani będący wyznawcami od pewnego czasu z następujących powodów: „nie lubię alkoholu” ($\chi^2 = 6,560$; $p = 0,0104$), „zdrowotnych” ($\chi^2 = 7,038$; $p = 0,0080$), „religijnych” ($\chi^2 = 4,186$; $p = 0,0408$), „inne (jest drogi)” ($\chi^2 = 5,735$; $p = 0,0166$).
- Judaizm (n=136): długość bycia wyznawcą nie ma wpływu na znajomość doktryny i zapisów Świętej Księgi w zakresie spożywania alkoholu, jak również na samo spożywanie lub niespożywanie alkoholu. Wszyscy spożywający alkohol są wyznawcami judaizmu od urodzenia. Żaden z badanych nie podał, że nie pije alkoholu ze względów religijnych.
- Buddyzm (n=251): długość przynależności do religii nie różnicuje istotnie wiedzy w zakresie stanowiska religii i Świętej Księgi na temat spożywania alkoholu. Respondenci, którzy są buddystami od 11-20 lat, znacznie częściej nie piją alkoholu ze „względów zdrowotnych” ($p = 0,0023$), natomiast badani wyznający buddyzm powyżej 20 lat nie piją alkoholu ze „względów religijnych” ($\chi^2 = 6,487$; $p = 0,0390$).

Część z badanych religii kategorycznie zabrania spożywania alkoholu, inne natomiast dopuszczają jego niewielkie ilości, jednak generalnie nadużywanie jest zabronione, postrzegane jako grzech. Wiek oraz długość przynależności do danej religii istotnie wpływa na przekonania w tej kwestii i niespożywanie alkoholu. Jednak badania pokazują, że powstrzymanie się od alkoholu najczęściej związane było z faktem, że religia zabrania lub nie pochwała jego picia. Wszystkie religie popierają, wspomagają lub też prowadzą działania profilaktyczne wśród młodzieży oraz działania zwalczające problem alkoholizmu .

6. Aktywność fizyczna oraz formy odpoczynku i relaksu preferowane przez badanych

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych elementów zdrowego stylu życia. Stanowi podstawę piramidy żywienia i jest niezbędne do utrzymania ciała w dobrej kondycji. Religie nie zajmują jednoznacznego stanowiska w kwestii tego, jaka forma aktywności jest dopuszczalna, a jaka nie. Niemniej jednak, zwracają uwagę i zalecają, aby wyznawcy byli aktywni fizycznie. Forma aktywności fizycznej nie jest narzucana, często zależy to od preferencji wyznawcy, choć niektóre dyscypliny, np. pływanie, spacer, nordic walking, joga, pilates, są bardziej popularne.

KOŚCIÓŁ KATOLICKI (wypowiedź księdza)

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**
To jest bardzo indywidualne. Trudno dać na to pytanie jednoznaczną odpowiedź.
- **Czemu służy aktywność fizyczna?**
Brak odpowiedzi
- **Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?**
Nie ma szczególnie polecanej.

KADS (wypowiedź pastora):

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**
„Tak. Wiele osób ćwiczy regularnie”.
- **Czemu służy aktywność fizyczna?**
„Utrzymaniu zdrowia fizycznego i psychicznego”.
- **Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?**
„Umiarkowane sporty (bieganie, jazda na rowerze, nordic walking), pomijając wszelkie sporty walki”.

ISLAM (wypowiedź imama):

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**
„Tak, nasza modlitwa jest rodzajem ćwiczenia umysłowego, bo czytamy z pamięci Koran, a także ćwiczenia fizycznego, bo zmieniamy pozycje ciała i ćwiczenia duchowego, bo łączymy się z Bogiem w medytacji”.

- **Czemu służy aktywność fizyczna?**
„Doskonaleniu człowieka”.
- **Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?**
„Medytacje, spacer, jazda konna, łucznictwo, pływanie”.

JUDAIZM (wypowiedź rabina):

- **Does physical activity play a special role in the lives of followers?**
No
- **What kind of physical activity is promoted by your religion and why?**
Any kind of physical activity.

HINDUIZM (wypowiedz prezydenta świątyni):

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**
„Joga, aerobic, generalnie wszystko jest dozwolone i zależy od indywidualnych preferencji człowieka”.
- **Czemu służy aktywność fizyczna?**
„Zdrowiu”.
- **Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?**
„Generalnie nie ma takowego, ale joga jest najbardziej popularna”.

HINDUIZM (szkoła medytacji):

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**
„GENERALNIE ZALECA SIĘ PROWADZENIE ZDROWEGO TRYBU ŻYCIA, CO OBEJMUJE RÓWNIEŻ ĆWICZENIA FIZYCZNE. NIE MA JEDNAK SZCZEGÓLNYCH ZALECEŃ CO DO ICH FORMY I ILOŚCI. TO POZOSTAJE W GESTII KAŻDEGO PRAKTYKUJĄCEGO”.
- **Czemu służy aktywność fizyczna?**
„UTRZYMANIU CIAŁA W DOBRYM ZDROWIU”.
- **Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?**
„NIE MA OKREŚLONEGO RODZAJU. TO ZALEŻY OD PREDYSPOZYCJI I UPODOBAŃ PRAKTYKUJĄCEGO. NIEKTÓRZY ĆWICZĄ JOGE, INNI BIEGAJA, TRENUJĄ CROSSFIT, TANIEC, NARCIARSTWO, PŁYWAJĄ, JEŹDZĄ NA ROWERZE”.

BUDDYZM (wypowiedź Lamy):

- **Czy aktywność fizyczna odgrywa szczególną rolę w życiu wyznawców?**

„Nie. Aktywność fizyczna nie jest częścią religijności. Ale zachęca się do umiaru w używkach i utrzymaniu zdrowia, aby mieć dzięki temu warunki fizyczne do poświęcenia się aktywnościom religijnym i szlachetnym działaniom w codziennym życiu. Jednak zdrowe czy wysportowane ciało nie jest celem praktyk duchowych.

Badania wykazały, że religia miała wpływ na uprawianie sportu (tab. 9):

- Chrześcijanie KADS (n=136): najczęściej uprawiali sport, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (73%), „jest to forma relaksu dla mnie” (48,5%), „jest to praca nad moim umysłem i ciałem” (23,5%) i „jest to moje hobby” (15,4%); nie utrzymują aktywności fizycznej, ponieważ: „nie mam czasu” (40%), „ze względów zdrowotnych” (37,1%) oraz „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (22,9%);
- Chrześcijanie – katolicy (n=138): najczęściej uprawiali sport, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (63,5%), „jest to forma relaksu dla mnie” (48,2%), „jest to praca nad moim umysłem i ciałem” (24,1%) i „jest to moje hobby” (15,3%) oraz „wypoczynek, przyjemność” (1,5%); badani nie utrzymywali aktywności fizycznej z powodów: „nie mam czasu” (76,6%), „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (10,6%), „ze względów zdrowotnych” (8,5%), „nie chce mi się, nie widzę potrzeby” (4,3%);
- islam (n=250): badani muzułmanie uprawiali sport, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (61,3%), „jest to forma relaksu dla mnie” (31,6%), „jest to praca nad moim umysłem i ciałem” (27,3%), „jest to moje hobby” (19,0%); aktywności fizycznej nie uprawiali z następujących powodów: „nie mam czasu” (53,5%), „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (40,8%) oraz „ze względów zdrowotnych” (5,6%);
- hinduizm (n=242): bahtowie uprawiają różne formy sportu, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (74,3%), „jest to forma relaksu dla mnie” (56,7%), „jest to praca nad moim umysłem i ciałem” (39,2%) i „jest to moje hobby” (35,9%); najczęściej aktywności fizycznej nie uprawiają badani „ze względów zdrowotnych” (56,8%), „nie mam czasu” (24,3%) „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (10,8%), „nie chce mi się, nie widzę potrzeby” (8,1%);
- judaizm (n=136): badani utrzymują aktywność fizyczną, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (52,2%) oraz „jest to forma relaksu dla mnie” (10,4%); natomiast aktywności nie utrzymują „ze względów zdrowotnych” (59,7%), „nie mam

czasu” (25,0%), „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (12,5%) oraz „nie chce mi się” (2,8%);

- buddyzm (n=251): buddyści uprawiają sport, ponieważ: „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” (47,9%), „jest to forma relaksu dla mnie, jest to praca nad moim umysłem i ciałem” (47,9%), „jest to moje hobby” (10,9%); powody nieuprawiania sportu to: „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” (16,3%), „nie mam czasu” (14,0%) oraz „względy zdrowotne” (7,0%).

Analiza statystyczna wykazała istotne zależności pomiędzy uprawianiem sportu lub brakiem aktywności a religią (tab. 10):

- „to ma dobry wpływ na moje zdrowie” – było najistotniejsze dla wyznawców hinduizmu ($\chi^2=50,594$; $p<0,0001$);
- „jest to moje hobby” – było najistotniejszym powodem uprawiania sportu dla hinduistów ($\chi^2=93,981$; $p<0,0001$);
- „jest to forma relaksu dla mnie” – równie istotne jak poprzednie względy było to dla hinduistów ($\chi^2=93,938$; $p<0,0001$);
- „jest to praca nad moim umysłem i ciałem” – najczęściej z tych względów sport uprawiali buddyści ($\chi^2=111,318$; $p<0,0001$).

Najczęściej sportu nie uprawiali ze względów:

- „zdrowotnych” wyznawcy judaizmu ($\chi^2=123,910$; $p<0,0001$),
- „nie lubię żadnej dyscypliny sportowej” – muzułmanie ($\chi^2=123,910$; $p<0,0001$),
- „nie mam czasu” – chrześcijanie katolicy ($\chi^2=123,910$; $p<0,0001$),
- „nie chce mi się, nie widzę potrzeby” – wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=123,910$; $p<0,0001$).

Tab. 10. Aktywność fizyczna respondentów w zależności od religii

wyszczególnienie		Chrześcijaństwo				Islam N=250		Hinduizm N=242		Judaizm N=136		Buddyzm N=251		χ^2	(p)
		KADS N=136		Katolicyzm N=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
		n	%	n	%										
Względy uprawiania	To ma dobry wpływ na moje zdrowie	100	73,5	87	63,5	155	61,3	182	74,3	70	52,2	123	47,9	50,594	<0,001
	Jest to moje hobby	21	15,4	21	15,3	48	19,0	88	35,9	-	-	28	10,9	93,981	<0,001

	Jest to forma relaksu dla mnie	66	48,5	66	48,2	80	31,6	139	56,7	14	10,4	123	47,9	95,938	<0,001
	Jest to praca nad moim umysłem i ciałem	32	23,5	33	24,1	69	27,3	96	39,2	-	-	123	47,9	111,318	<0,001
	Wypoczynek, przyjemność	-	-	2	1,5	-	-	7	2,9	-	-	-	-	-	-
Względy nieuprawiania sportu	Ze względów zdrowotnych	13	37,1	4	8,5	4	5,6	42	56,8	43	59,7	18	7,0	123,910	<0,001
	Nie lubię żadnej dyscypliny sportowej	8	22,9	5	10,6	29	40,8	8	10,8	9	12,5	42	16,3		
	Nie mam czasu	14	40,0	36	76,6	38	53,5	18	24,3	18	25,0	36	14,0		
	nie chce mi się, nie widzę potrzeby	0	0,0	2	4,3	-	-	6	8,1	2	2,8	-	-		

Źródło: badania własne.

Ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia jest odpoczynek i relaks. W kwestii form odpoczynku religie nie zajmują stanowiska, jednak są w chrześcijaństwie, islamie i judaizmie określone dni tygodnia uznawane jako „Dzień Święty”, „Dzień Modlitwy”.

W różnych religiach są to różne dni (np. sobota, niedziela, piątek). W obrębie chrześcijaństwa spotykamy zarówno „Dzień Święty” niedzielę (katolicyzm), jak i sobotę (Kościoł Adwentystów Dnia Siódmego). Sobota jest również „Dniem Świętym” w judaizmie. Islam za szczególny czas w tygodniu uznaje piątek jako „Dzień Modlitwy”. Natomiast hinduizm oraz buddyzm nie mają jednego dnia tygodnia określanego mianem „Dzień Święty”. Takie dni w ciągu miesiąca określane są według kalendarza Waiszanwy, kalendarza księżycowego. W buddyzmie są dni szczególne związane z Oświeceniem Buddy zależne od faz księżyca. Wszystkie religie zwracają jednak uwagę, iż jest to czas szczególnego kontaktu z Bogiem, modlitw, medytacji czy praktyki. Jak już wspomniałam wcześniej, odpoczynek i relaks stanowią ważne elementy zdrowego stylu życia, a religia nie określa jednoznacznie, w jaki sposób należy odpoczywać, jest to kwestia indywidualna wyznawców.

KOŚCIÓŁ KATOLICKI (wypowiedź księdza):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień, który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„Każdy dzień jest dla mnie taką okazją, ale szczególnym dniem jest niedziela”

- **Jak ten dzień powinien być spędzony?**

„Na pamięci o tej najważniejszej Osobie”

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Czas na spotkanie z Bogiem oraz przeżywanie czasu tego dnia inaczej niż pozostałych”

KADS (wypowiedź pastora):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień, który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„Tak. Sobota (szabat) jako siódmy dzień tygodnia – dzień odpoczynku wynikający z Dekalogu, który Bóg dał Mojżeszowi na Górze Synaj na kamiennych tablicach. Mowa o tym jest w czwartym Przykazaniu Bożym, które zapisane jest w Biblii w II Księdze Mojżeszowej (Księdze Wyjścia) rozdział 20, 1- 17”.

- **Jak ten dzień powinien być spędzony?**

„Jest to czas na nabożeństwa, dla rodziny, dla potrzebujących. Na szczególny kontakt z Bogiem, studium Pisma Świętego”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Nie podejmujemy pracy zarobkowej ani codziennych prac i obowiązków poza absolutnie koniecznymi. Powinien to być czas służby dla Boga i bliźnich”.

ISLAM (wypowiedź imama):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień, który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„Piątek”.

- **Jak ten dzień powinien być spędzony?**

„Należy się wykąpać, włożyć czyste ubranie, pójść na modlitwę do meczetu, a później odwiedzić krewnych, znajomych, odwiedzić groby”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Można pracować, ale w czasie modlitwy piątkowej już nie”.

JUDAIZM (wypowiedź rabina):

- **Does during the week you have a special day that is dedicated to the special relationship with God, meditation, rest?**

Yes, Shabbat (after sunset on Friday till sunset on Saturday)

- **How does this day should be spent?**

Shabbat is a festive day when Jews exercise their freedom from the regular labors of everyday life. It offers an opportunity to contemplate the spiritual aspects of life and to spend time with family.

- **What can you do and what not to do?**

You can't work, use electricity, burn fire (smoke cigarettes too). You can and should pray, spend time with family, rest and eat great kosher food.

HINDUIZM (wypowiedź prezydenta świątyni):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień, który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„Nie ma jako takiego dnia świętego. Jest wiele świąt w kalendarzu Waisznawy, ale w świątyni najczęściej spotykamy się w niedzielę, ponieważ większość ludzi ma wtedy wolne i ma czas uczestniczyć w spotkaniach”.

- **Jak ten dzień powinien być spędzony?**

„Ofiarowania, Bahajany, Kirtan (intonowanie imion zwykle przy akompaniamencie bębna mrdanga i karatali), japa (intonowanie imion cicho samemu), honorowanie prasadam, Ekadasi (dzień postu jedenastego po nowiu i jedenastego dnia po pełni księżyca). Polega on na powstrzymaniu się od spożywania zbóż, fasoli, grochu i dhalu. Post ekadasi przerywa się następnego dnia, przyjmując prasadam przygotowane ze zbóż. Należy go przerwać o określonej porze. W ekadasi zabronione jest też golenie się i obcinanie paznokci”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Nie ma konkretnych zasad. Pamiętaj zawsze o Krysznie i nigdy o nim nie zapominaj. Pamiętanie jest bardzo ważne w życiu duchowym”.

HINDUIZM (szkoła medytacji):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„KAŻDY DZIEŃ W TYGODNIU JEST TAKIM DNIEM. KAŻDEGO DNIA MEDYTUJEMY, CZYTAMY LUB SŁUCHAMY O BOGU. I TE CHWILE SĄ CHWILAMI ODPOCZYNKU”.

- **Jak ten dzień powinien być spędzony?**

„REGULARNĄ, CODZIENNĄ PRAKTYKĄ KAŻDEGO ADEPTA JEST JAPA JOGA – MEDYTACJA NA KORALACH, KIRTAN – MEDYTACJA W ŚPIEWIE. ZALECA SIĘ TAKŻE STUDIOWANIE PISM ŚWIĘTYCH TAKICH JAK BHAGAVAD GITA CZY ŚRIMAD BHAGAVATAM.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„JEST BARDZO DUŻO RÓŻNYCH PORAD I WSKAZÓWEK, KTÓRE MOŻNA PODSUMOWAĆ: RÓB TO CO ZBLIŻA CIĘ DO BOGA, UNIKAJ TEGO CO ODDALA CIĘ OD NIEGO”.

BUDDYZM (wypowiedź Lamy):

- **Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień, który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?**

„W pełni i nowiu księżycy jest się zachęcanym do zwiększenia aktywności religijnych”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Dobrze jest więcej czasu poświęcić np. na modlitwę i medytację, a także na szlachetne działania. Szczególnie powinno się unikać negatywnych działań – a szczególnie zabijania. Wielu buddystów tego dnia nie je mięsa, nawet jeśli zwykle jadają. Dobrze jest znaleźć czas na dobroczynność wszelkiego rodzaju. Ratowanie życia zwierząt, które mają być zabite należy do szczególnie szlachetnych działań”.

Religia nie narzuca swoim wyznawcom formy odpoczynku czy relaksu, jest to sprawa indywidualna. Jednak analiza danych wskazuje, że niektóre z form relaksu są bardziej popularne wśród wyznawców poszczególnych religii (tab.11):

- Chrześcijanie-adwentyści (n=136): jako formę relaksu najczęściej preferują „czytanie, grę w szachy” (55,2%), „spacerując, chodząc po górach” (54,6%), „uprawiając sport” (23,5%), „spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną” (20,6%), „słuchając muzyki” (20,6%), „oglądając TV, filmy, kino, Internet” (16,2%), „śpiąc” (14,0%);
- chrześcijanie-katolicy (n=138): najczęstszą formą odpoczynku wśród katolików są „spacery, wędrówki po górach” (44,0%), „czytając, grając w szachy” (38,7%), „uprawiając sport” (31,4%), „spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną” (29,2%), „słuchając muzyki” (24,8%), „oglądając TV, filmy, kino, Internet” (24,8%), „śpiąc” (21,2%);

- islam (n=250): muzułmanie najczęściej odpoczywają poprzez „spędzanie czasu z przyjaciółmi, rodziną” (27,3%), „czytając, grając w szachy” (24,5%), „spacerując, chodząc po górach” (24,5%), „modlitwę” (20,9%), „oglądając TV, filmy, kino, Internet” (20,2%), „śpiąc” (19,4%), „uprawiając sport” (15,8%), „słuchając muzyki” (10,3%);
- hinduizm (n=242): wyznawcy najczęściej preferują odpoczynek poprzez „jogę, medytację, modlitwę” (40,0%), „czytając, grając w szachy” (33,1%), „spacerując, chodząc po górach” (33,1%), „spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną” (22,0%), „słuchając muzyki” (22,0%), „uprawiając sport” (12,2%), „śpiąc” (10,6%), „oglądając TV, filmy, kino, Internet” (0,8%);
- judaizm (n=136): Żydzi jako formę odpoczynku najczęściej wybierają „oglądając TV, filmy, kino, Internet” (47,8%), „czytając, grając w szachy” (45,5%), „spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną” (39,6%), „śpiąc” (32,8%), „słuchając muzyki” (23,1%), „spacerując, chodząc po górach” (20,9%), „uprawiając sport” (9,7%), „modlitwa” (5,2%);
- buddyzm (n=251): najczęstszą formą odpoczynku jest „spacer, chodzenie po górach” (43,2%), „czytając, grając w szachy” (31,5%), „uprawiając sport” (28,0%), „śpiąc” (25,7%), „słuchając muzyki” (25,3%), „spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną” (18,7%), „joga, medytacja, modlitwa” (17,9%), „oglądając TV, film, kino, Internet” (17,5%).

Tab. 11. Formy odpoczynku/relaksu wyznawców różnych religii

wyszczególnienie		chrześcijaństwo				Islam N=250		Hinduizm N=227		Judaizm N=136		Buddyzm N=251		χ^2	(p)
		KADS N=136		Katolicyzm N=138		n	%	n	%	n	%	n	%		
		n	%	n	%										
sposób relaksu, odpoczynku	słuchając muzyki	28	20,6	34	24,8	26	10,3	54	22,0	31	23,1	65	25,3	22,383	0,0004
	spacerując, chodząc po górach,	72	54,6	62	44,0	62	24,5	81	33,1	28	20,9	111	43,2	55,513	<0,001
	śpiąc	19	14,0	29	21,2	49	19,4	26	10,6	44	32,8	66	25,7	35,473	<0,001

czytając, gra w szachy	75	55,2	53	38,7	62	24,5	81	33,1	61	45,5	81	31,5	45,0 69	<0,0 01
oglądając TV, filmy, kino, Internet	22	16,2	34	24,8	51	20,2	2	0,8	64	47,8	45	17,5	129, 870	<0,0 01
uprawiając sport	32	23,5	43	31,4	40	15,8	30	12,2	13	9,7	72	28,0	43,4 76	<0,0 01
spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną	28	20,6	40	29,2	69	27,3	54	22,0	53	39,6	48	18,7	24,9 67	<0,0 01
joga, medytacja, modlitwa	0	0,0	2	1,5	53	20,9	98	40,0	7	5,2	46	17,9	154, 439	<0,0 01

- skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych
Źródło: badania własne.

Szczegółowa analiza statystyczna pokazała, że religia ma istotny wpływ na formę odpoczynku i relaksu (tab.10):

- „*sluchając muzyki*” – jest to najczęstsza forma odpoczynku dla buddystów ($\chi^2=22,383$; $p=0,0004$);
- „*spacerując, chodząc po górach*” – najczęściej w ten sposób odpoczywają chrześcijanie KADS ($\chi^2=55,513$; $p<0,0001$);
- „*śpiąc*” – znacznie częściej odpoczywają tak hinduiści ($\chi^2=35,473$; $p<0,0001$);
- „*czytają, grając w szachy*” – najczęściej w ten sposób relaksują się chrześcijanie KADS ($\chi^2=45,069$; $p<0,0001$);
- „*oglądając TV, filmy, kino, Internet*” – jest to najczęstsza forma odpoczynku wyznawców judaizmu ($\chi^2=129,870$; $p<0,0001$);
- „*uprawiając sport*” – jest to najczęściej wybierana forma odpoczynku przez chrześcijan-katolików ($\chi^2=43,476$; $p<0,0001$);
- „*spędzając czas z przyjaciółmi, rodziną*” – w ten sposób najczęściej odpoczywają wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=24,967$; $p<0,0001$);
- „*joga, medytacja, modlitwa*” – tę formę relaksu najczęściej wybierają wyznawcy hinduizmu ($\chi^2=154,439$; $p<0,0001$).

Badania pokazują, że chrześcijanie-katolicy oraz adwentyści najczęściej wybierają aktywne formy odpoczynku, ale jednocześnie wyznawcy KADS wybierają również relaks poprzez

czytanie lub grę w szachy. Dbając o aktywny odpoczynek, dbają o zdrowie fizyczne, ale również rozwój intelektualny. Hinduiści natomiast obierają spokojniejsze formy odpoczynku, takie jak medytacja i joga, która stanowi ważny element charakteryzujący tę religię.

7. Zachowania zdrowotne badanych grup wg. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

W swoich badaniach zwróciłam również uwagę na zachowania zdrowotne oceniane przez Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego. Jednocześnie podczas wywiadów eksperckich zapytałam, z czego wynikają zasady stylu życia praktykowane przez wyznawców badanych religii i grup.

Tab. 12. Zachowania zdrowotne badanych grup

IZZ	CHRZEŚCJAŃSTWO				ISLAM N=250		HINDUIZM N=242		JUDAIZM N=136		BUDDYZM N=251		χ^2	(p)
	KADS N=136		KATOLICYZM N=138		Średni a	SD	Średni a	SD	Średni a	SD	Średni a	SD		
	Średni a	SD	Średni a	SD										
Prawidłowe nawyki	20,17	3,98	20,46	4,29	20,11	4,24	22,58	4,35	20,33	4,02	20,16	4,25	56,775	0,000 0
Zachowania profilaktyczn	19,31	3,44	19,24	3,48	19,35	3,89	22,11	3,97	19,31	3,61	19,29	4,88	83,680	0,000 0
Pozytywne nastawienia	21,15	3,57	20,53	3,42	21,07	3,65	23,19	3,36	20,86	3,73	20,20	3,85	88,360	0,000 0
Praktyki zdrowotne	20,83	3,85	20,59	3,60	20,98	3,92	24,90	3,08	20,72	3,71	21,57	3,73	195,83 8	0,000 0
Suma	82,19	11,4 1	81,49	11,2 8	82,36	12,5 6	93,38	11,9 8	81,89	11,5 6	81,54	13,0 0	135,45 8	0,000 0

Steny	5,49	1,66	5,20	1,64	5,70	1,80	7,03	1,65	5,37	1,63	5,60	4,20	142,14 0	0,000 0
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------	------------

- skategoryzowane swobodne odpowiedzi badanych
Źródło: badania własne.

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała istotne zależności w odniesieniu do religii (tab. 12):

- prawidłowe nawyki żywieniowe najczęściej wykazywali wyznawcy hinduizmu ($\chi^2 = 56,775$; $p = 0,0000$);
- zachowania profilaktyczne najczęściej przejawiali buddyści ($\chi^2 = 83,680$; $p = 0,0000$);
- pozytywnym nastawieniem psychicznym najczęściej charakteryzowali się również buddyści ($\chi^2 = 88,360$; $p = 0,0000$);
- praktyki zdrowotne najczęściej przejawiali wyznawcy islamu ($\chi^2 = 195,838$; $p = 0,0000$).

Podczas wywiadu zwróciłam również uwagę na to, z czego wynikają zasady stylu życia praktykowane w wybranych religiach.

KOŚCIÓŁ KATOLICKI (wypowiedź księdza):

- **Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?**
„Z tego do czego zaprasza nas Ewangelia”
- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**
Brak odpowiedzi

KADS (wypowiedź pastora):

- **Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?**
„Przede wszystkim z Pisma Świętego (Biblii) oraz ksiżek autorstwa Ellen G. White, uznawanej w Kościele za proroka”.
- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**
„Człowiek powinien dbać o równomierny rozwój w zakresie fizycznym, emocjonalnym i duchowym. Niewłaściwe będzie np. dbanie tylko o jeden aspekt. Z zapisów w Biblii jasno wynika, jakie pokarmy można spożywać, a jakich nie. Zakazane potrawy wypisane są w III Księdze Mojżeszowej (Księga Kapłańska) rozdział 11,1-47. Są tam wyraźnie przedstawione

rodzaje mięs uznanych przez Boga za czyste i nieczyste. Zakazanym mięsem jest wieprzowina”.

ISLAM (wypowiedź imama):

- **Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?**

„Z religii, która organizuje całe nasze muzułmańskie życie. Islam przenika do każdej dziedziny życia człowieka. W Koranie i przekazach proroka Mahometa znajdziemy wiele wytycznych, nakazów i zakazów dotyczących życiowych sytuacji”.

HINDUIZM (wypowiedź prezydenta świątyni):

- **Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?**

„Z tradycji, Bhagavad-Gity, Inipanisady”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Nie wolno krzywdzić innych istot żyjących”.

BUDDYZM (wypowiedź Lamy):

- **Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?**

„Unikanie dziesięciu negatywnych zachowań. Trzy dla ciała: nie zabijać, nie kraść, nie krzywdzić seksualnie; cztery dla mowy: nie kłamać, nie używać szorstkiej mowy, która rani uczucia innych, nie używać mowy, która sieje niezgodę i rozdziela przyjaciół, nie marnować czasu na bezsensowną gadaninę (spośród różnych jej rodzajów głoszenie Nauk tym, którzy nie mają do nich szacunku jest najgorsze - nawracanie nie wchodzi więc w grę); trzy dla umysłu: życzenie innym cierpienia, pragnienie przywłaszczenia cudzej własności, błędne poglądy (np. że zło może prowadzić do szczęścia lub że zabijanie może być dobre i szlachetne)”.

- **Co można robić, a czego nie powinno się robić?**

„Powinno się rozwijać dziesięć pozytywnych działań: ochraniać życie innych, być szczodrym, utrzymywać właściwą moralność seksualną, być prawdomównym, mówić w sposób uprzejmy, wprowadzać swoją mową harmonię, mówić mądre rzeczy i tylko wtedy, kiedy jest potrzeba, życzyć innym szczęścia, być zadowolonym z tego, co się posiada, rozwijać mądrość (przez słuchanie Nauk, ich przemyśliwanie i kontemplację)”.

Do prawidłowych nawyków żywieniowych w IZZ wzięto pod uwagę „jem dużo warzyw, owoców”, „ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier”, „dbam o prawidłowe odżywianie”, „unikam spożywania żywności z konserwantami”, „unikam soli i silnie solonej żywności”. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jakoby potwierdza fakt, że

hinduiści zwracają szczególną uwagę na to, co spożywają (w szczególności chodzi o niespożywanie mięsa, unikają również tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, poza masłem, które stanowi ważny element wielu obrzędów oraz potraw.

Zachowania profilaktyczne to: „unikam przeziębień”, „mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia”, „przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań”, „regularnie zgłaszam się na badania lekarskie”, „staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób”, „staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby”. Jak pokazują wcześniejsze analizy moich badań, buddyści zwracają uwagę na dbałość o swoje zdrowie i ciało poprzez niespożywanie np. mięsa, ale ważnym elementem jest również podejmowanie działań profilaktycznych. Jak się okazuje ważną składową zachowań zdrowotnych buddystów jest ich pozytywne nastawienie psychiczne, które przejawia się następująco: „poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem”, „unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco”, „staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć”, „mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne”, „unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja”, „myślę pozytywie”. Filozofia buddyjska kładzie szczególny nacisk na dbałość o spokój ducha i samoświadomość emocji, co jak widać ma swoje odzwierciedlenie w wynikach uzyskanych w IZZ.

VII. EDUKACJA MIĘDZYKULTUROWA – WYBRANE KONTEKSTY

Polska staje się krajem wielokulturowym, wieloreligijnym, różnorodnym i wielobarwnym ze względów religijnych, kulturowych i światopoglądowych. Na przestrzeni kilku ostatnich lat społeczeństwo stale poddawane jest takim procesom jak modernizacja, globalizacja, transformacja oraz integracja, które powodują dynamiczne, ale jednocześnie nieprzewidywalne zmiany⁵⁵⁸. W działaniach edukacyjnych coraz bardziej wyraźne stają się „treści dotyczące stosunków między cywilizacjami i kulturami, religiami i wyznaniem, państwami i narodami, podejmujące próby rozwiązań problemów ludzkości w wymiarze globalnym, edukacyjne propozycje w zakresie ogólnoświatowych programów upowszechniania osiągnięć naukowych, wymiany wartości i tradycji oraz związanych z tym perspektyw porozumienia, współpracy, pokoju”⁵⁵⁹.

⁵⁵⁸ J. Nikitorowicz, *Kreowanie tożsamości dziecka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 13.

⁵⁵⁹ Tamże, s. 14.

S.P. Huntington przyjął, że kultura i tożsamość kulturowa tworzą wzorzec, który jest spójny, ale jednocześnie może wywoływać konflikty lub dezintegrację w społeczeństwie, a nawet na świecie⁵⁶⁰. J. Nikitorowicz zwrócił uwagę na kształtowanie się społeczeństw wielokulturowych, w których zarówno jednostki, jak i grupy oczekują, że zostaną zauważone, a wartości ich kultury i ich odrębność zostaną potwierdzone i zaakceptowane⁵⁶¹. Określa on wielokulturowość zjawiskiem powszechnym wynikającym ze wzrostu przemieszczania się, migracji, uchodźstwa, łączenia rodzin, co motywowane jest względami poznawczymi, edukacyjnymi, kulturowymi, ciekawością innych kultur⁵⁶².

Pogląd ten określa również samą ideę edukacji międzykulturowej, jako że „edukacja ta sprzyja poznawaniu, rozumieniu i akceptowaniu równych kultur i tworzących je ludzi. Co więcej – przygotowuje do współpracy i wzajemnego korzystania z dorobku ludzi różnych ras, narodowości, wyznań, kultur”⁵⁶³ w tym również i religii. Zwraca ona uwagę na różnice etniczne, rasowe, kulturowe czy religijne społeczeństwa oraz odmienne postrzeganie świata, jednocześnie szanując je i podejmując komunikację międzykulturową. Oznacza ona „przekraczanie granic własnej kultury, wychodzenie na pogranicza, po to, aby wrócić bogatszym wewnątrznie i nabyć umiejętności porównywania nie w kategoriach lepsze – gorsze, ale w kategoriach inne, ciekawe, motywujące, wartościowe, zastanawiające”⁵⁶⁴.

W rozważaniach na temat edukacji międzykulturowej należy zwrócić uwagę na jej różnicowanie z pojęciem wielokulturowości, choć w praktyce edukacyjnej, często terminy te stosowano zamiennie⁵⁶⁵. Natomiast obecnie nastąpiło rozgraniczenie edukacji wielokulturowej i międzykulturowej, ponieważ zaczęto „uwzględniać odmienne podejścia do procesu edukacyjnego”⁵⁶⁶. Według P.P. Grzybowskiego te dwa pojęcia są definiowane jako:

- *wielokulturowość* – „Różne kultury i grupy narodowe, etniczne, religijne żyją na tym samym terytorium, co nie oznacza jednak, że wchodzą ze sobą w relacje. Jeśli dochodzi między nimi do kontaktów, to najczęściej na zasadzie przypadku i dzięki sprzyjającej koniunkturze. Odmienność jest tu postrzegana jako coś negatywnego, stanowi czynnik usprawiedliwiający dyskryminację. Mniejszości są biernie tolerowane, ale nie

⁵⁶⁰ cytata za: J. Nikitorowicz, *Kreowanie tożsamości dziecka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 22.

⁵⁶¹ Tamże.

⁵⁶² Tamże.

⁵⁶³ Tamże, s. 49.

⁵⁶⁴ Tamże, s. 49

⁵⁶⁵ I. Czerniejewska, *Edukacja wielokulturowa. Działania podejmowane w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2013, s. 28-29.

⁵⁶⁶ Tamże, s. 27.

akceptowane, a tym bardziej doceniane. Mieszkańcy tego rodzaju środowiska przynależący do odmiennych grup kulturowych żyją więc niejako obok siebie, ograniczając się do wymuszonych fizyczną bliskością kontaktów zewnętrznych, tzn. niewymagających pozytywnego zaangażowania emocjonalnego;

- *międzykulturowość* – „Różne kultury, grupy etniczne, religijne żyją na tym samym terytorium i wchodzi z sobą w otwarte, regularne i trwałe interakcje, którym towarzyszy wymiana oraz wzajemne poszanowanie, zrozumienie poszczególnych stylów życia, uznawanych wartości i norm. Pozwala to tworzyć harmonijną formację ponad różnicami (bez ich eliminacji). Zróżnicowanie to postrzegane jest jako czynnik aktywizujący rozwój społeczny, polityczny, gospodarczy. Widoczny jest proces aktywnej tolerancji oraz dążenie do nawiązania i utrzymania sprawiedliwych stosunków, w ramach których każdy liczy się tak samo, tj. nie ma osób uprzywilejowanych i poniżanych, lepszych i gorszych. Mieszkańcy takiego środowiska pomimo przynależności do odmiennych grup kulturowych nie ograniczają się do wymuszonych fizyczną bliskością kontaktów, lecz w różnych dziedzinach współżyją i współpracują, rozwiązując konflikty na drodze negocjacji, kompromisów”⁵⁶⁷.

P.P. Grzybowski uważa, że model edukacji wielokulturowej *de facto* prowadzi do edukacji jednokulturowej, natomiast model edukacji międzykulturowej prowadzi do integracji i dynamizacji społeczno-kulturowej różnych kręgów społecznych, opartej na wzajemnym zbliżaniu się członków⁵⁶⁸. Taki pogląd podziela również J. Nikitorowicz, uważając, że „zadania edukacji wielokulturowej wynikają z potrzeby dostosowania szkolnictwa do zjawiska wielokulturowości, a zadania edukacji międzykulturowej polegają na wychowaniu ku wielokulturowości, wyjściu jej naprzeciw”⁵⁶⁹.

Bardzo trafnie zagadnienie różnicy pomiędzy edukacją wielokulturową a międzykulturową zostało ujęte przez autorów Poradnika Doskonalenia Nauczycieli. Podkreślono, że „edukacja wielokulturowa to ta, która zajmuje się przybliżaniem uczniom wielu innych kultur i służy przełamywaniu etnocentrycznego sposobu myślenia oraz stereotypów kulturowych. Termin edukacja międzykulturowa sugeruje natomiast pewną nową

⁵⁶⁷ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2008, s. 22-23.

⁵⁶⁸ I. Czerniejewska, *Edukacja wielokulturowa. Działania podejmowane w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2013, s. 29.

⁵⁶⁹ Tamże, s. 28-29.

jakość – możliwość wspólnego bycia obok siebie pomimo różnic, zakłada współpracę, współdziałanie. [...] dlatego obok warto pokazywać i uczyć międzykulturowości, czyli umiejętności bycia tolerancyjnym, otwartym na odmiennosc”⁵⁷⁰.

Samo pojęcie „międzykulturowości” po raz pierwszy pojawiło się w USA. Jego pionierką była R.D. DuBois oraz mniejszość żydowska. Pierwsze prace naukowe z zakresu wychowania międzykulturowego zostały opublikowane w 1943 roku przez W.E. Vickery i S.G. Cole’a i publikacja ta jest uznawana za impuls, który zapoczątkował dyskusje nad zróżnicowaniem kulturowym w edukacji. W Europie pierwsze wzmianki o międzykulturowym podejściu do edukacji pojawiły się w latach 60-tych ubiegłego wieku wśród psychologów, dlatego też „korzeni pedagogiki międzykulturowej w europejskim kręgu międzykulturowym poszukuje się w pracach z dziedziny psychiatrii i psychologii międzykulturowej, teorii komunikacji, etnometodologii”⁵⁷¹.

Pojęcie „międzykulturowość” charakteryzowało „nawiązanie trwałych, dynamicznych relacji pomiędzy nosicielami cech odrębnych kultur, przy czym na początku zwracano uwagę, że jedna ze stron jest migrantem”⁵⁷². W 1976 roku na Konferencji Generalnej UNESCO w Nairobi po raz pierwszy termin ten zastosowano w odniesieniu do otwarcia się każdej kultury na inne. Podstawę aksjologiczną międzykulturowości „stanowi filozoficzna koncepcja człowieka jako jednostki wolnej i odpowiedzialnej, wpisanej we wspólnotę podobnych mu istot. Człowiek w tej koncepcji nie stanowi produktu swojej kultury, ale jest jej twórcą i uczestnikiem”⁵⁷³. W swoich pracach D. Bouchet przyjął, że:

- „żadna kultura (religia) nie istnieje w zamkniętej i jednolitej formie;
- każda kultura (religia) stanowi formę transmisji własnych wartości i wzorów, mogących podlegać daleko idącym transformacjom;
- nikt nie jest typowym człowiekiem grupy;
- nikt nie jest człowiekiem tylko jednej wyizolowanej grupy, a swoją tożsamość określa w odniesieniu do członków różnych grup;
- nikt nie otrzymuje swej tożsamości w gotowej i niezmiennej formie”⁵⁷⁴

⁵⁷⁰ A. Klimowicz (red.), *Edukacja międzykulturowa. Poradnik dla nauczyciela*, Wydawnictwa CODN, Warszawa 2004, s. 5.

⁵⁷¹ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2008, s. 103.

⁵⁷² Tamże, s. 30.

⁵⁷³ Tamże, s. 31.

⁵⁷⁴ L. Korporowicz, *Wielokulturowość a międzykulturowość. Od reakcji do interakcji*, w: M. Kempny, A. Kapciak, S. Łodziński (red), *U progu wielokulturowości. Nowe oblicza społeczeństwa polskiego*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 70-71.

Edukacja międzykulturowa jest modelem działań społecznych, edukacyjnych, kulturalnych, który jest zorientowany na poznanie, zrozumienie i otwarcie się na innych. Jest ona nie tylko „synonimem dostarczania wiedzy o rzeczywistości, kształcenia umiejętności postępowania, ale również stanowi ona proces oparty na odkrywaniu możliwego pluralizmu osobowości”⁵⁷⁵.

Obecnie jest traktowana jako „poddyscyplina naukowa zajmująca się problemami edukacji jednostek i grup zróżnicowanych kulturowo”⁵⁷⁶. Ma charakter interdyscyplinarny, ponieważ łączy w sobie wiedzę z zakresu teorii i podstaw edukacji, antropologii, socjologii, psychologii, jak również innych nauk. Jak pisze P.P. Grzybowski, „w metodologii pedagogiki międzykulturowej można mówić o podejściach międzykulturowych lub wielokulturowych, odpowiadając paradygmatom, w których funkcjonują określone środowiska badaczy. Właśnie z uwagi na zakorzenienie problematyki zróżnicowania kulturowego i występowanie odmiennych punktów odniesienia trudno ustalić jednolity i uniwersalny rdzeń epistemologiczny pedagogiki międzykulturowej. [...] Można jednak uznać, że u podłoża epistemologii pedagogiki międzykulturowej spoczywają relacje Ja/My z Innymi/Obcymi, których kultura stanowi dla Ja/My nieobojętny przedmiot obserwacji, analizy, doświadczania i konfrontacji w różnych sytuacjach. [...] nie istnieje więc wyraźnie wyodrębniony i ściśle ograniczony przedmiot pedagogiki międzykulturowej. Można jedynie mówić o określonych, rozpatrywanych w kontekście edukacyjnych obszarów problemowych”⁵⁷⁷.

Do wspomnianych obszarów problemowych rozpatrywanych w edukacji międzykulturowej należą między innymi:

- kształtowanie tożsamości (kulturowej, religijnej); postawy, uprzedzenia, konflikty, akceptacja różnic;
- „występowanie wyodrębniających się grup kulturowych;
- skutki przemieszczania się osób z jednego środowiska kulturowego do drugiego;
- polityka społeczna (sytuacja imigrantów, prawa mniejszości kulturowych, etnicznych, religijnych);
- stosunki między kulturami tradycyjnymi i kulturą postmodernistyczną”⁵⁷⁸.

⁵⁷⁵ Cyt. za: P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2008, s. 61.

⁵⁷⁶ Cyt. za: tamże, s. 106.

⁵⁷⁷ Tamże, s. 106.

⁵⁷⁸ Tamże, s. 107.

W kontekście zachodzących zmian społecznych, szczególnie w aspekcie zróżnicowania religijnego, edukacja międzykulturowa zwraca szczególną uwagę na te różnice i promuje szacunek dla różnorodności. Kształtuje tym samym umiejętności komunikacyjne umożliwiające funkcjonowanie w społeczeństwie wielokulturowym. Zatem edukacja międzykulturowa ma na celu nie tylko promowanie zrozumienia czy budowania relacji między ludźmi różnych kultur i religii, ale równocześnie zachęca ona do postrzegania odmiennych systemów kulturowych czy religijnych jako źródła własnego, osobistego rozwoju. To edukacja międzykulturowa daje możliwość poznania innych stylów życia, zachowań wspierających zdrowie, pozwala zmienić swój życiowy paradygmat.

1. Podstawy teoretyczne, cele i zadania edukacji międzykulturowej – implikacje dla praktyki w zakresie edukacji zdrowotnej

Model edukacji międzykulturowej jest rezultatem ewolucji modelu edukacji wielokulturowej, „podejmowaniem prób zastępowania go nowym, opartym na odmiennej aksjologii i polityce społecznej wynikającej z dostrzegania potrzeb oraz oczekiwań jednostek i grup. A zatem u zarania edukacji międzykulturowej spoczywają zwłaszcza negatywne, niespełniające oczekiwań doświadczenia z edukacją wielokulturową oraz jej skutki w praktyce społecznej. [...] Oparta o ideologię międzykulturowości edukacja stanowi swoisty model działalności społecznej, kulturalnej i oświatowej, nastawiony na wzajemne poznawanie, rozumienie i wzbogacanie kultur oraz poszczególnych osób kultury te tworzących”⁵⁷⁹. O ile edukacja wielokulturowa zmierzała do asymilacji mniejszości poprzez „podporządkowanie jej grupie dominującej i utrzymanie statusu quo”⁵⁸⁰, o tyle edukacja międzykulturowa ma skutkować „integracją i dynamizacją społeczno-kulturową różnych kręgów społecznych i opierać się na wzajemnym zbliżaniu się ich członków”⁵⁸¹. Jej zadaniem jest wspieranie zarówno jednostki, jak i całych zespołów, grup ludzi w kreowaniu, tworzeniu całego procesu edukacji, a tym samym „staje ona przed wyzwaniem kształtowania świadomej solidarności ogólnospołecznej poprzez:

- poznanie i zrozumienie siebie samego, własnej kultury, własnego świata (osoba z rodzinno-lokalnym kulturowym rdzeniem, poczuciem wartości i godności może

⁵⁷⁹ Tamże, s. 59- 60.

⁵⁸⁰ Tamże, s. 60.

⁵⁸¹ Tamże.

zrozumieć innych ludzi, zrozumieć złożoność zjawisk i opanować niepewność, obawy, lęk);

- przewycięzanie tendencji do zamykania się w sferze własnych wartości, własnego kręgu kulturowego na rzecz otwarcia i zrozumienia innych, poszanowania dla różnic i traktowania ich jako czynnika rozwojowego;
- wdrażanie do zauważania i poznania Innego, kształtowanie wrażliwości i umiejętności wspólnego działania, chronienie przed uproszczonym i zdeformowanym obrazem Innego;
- inspirowanie do wymiany doświadczeń w zakresie realizacji edukacyjnych programów, działalności społecznej i instytucjonalnej”⁵⁸².

Założenia edukacji międzykulturowej to integracja, wzajemna tolerancja począwszy od najmłodszych lat, ale również podtrzymywanie tożsamości zarówno poszczególnych jednostek, jak również całych grup. Ponadto pomaga ona rozwinąć wrażliwość, ukształtować tolerancję czy „zniwelować kulturową wyższość, skłaniając się w stronę negocjacji, wymiany wartości i dialogu”⁵⁸³. Daje ona także możliwość przekraczania granic kulturowych. Stanowi rezultat „dostrzeżenia i nadania znaczenia zjawiskom różnorodności kulturowej, uznania kompetencji kulturowych, bezpośredniej komunikacji, modernizacji, styku kultur, ale jednocześnie jest ona wyzwaniem i wyjątkowym zadaniem edukacyjnym – potrzebą i koniecznością poznania siebie nawzajem”⁵⁸⁴. Definiując jak najbardziej optymalny model pedagogiki międzykulturowej, zwraca się uwagę, że powinna ona:

- „doprowadzić środowisko szkolne i pozaszkolne dziecka (ale również innych członków społeczeństwa) do uznania jego istnienia oraz wzięcia pod uwagę nie tyle jego odmienności, co potencjalnego bogactwa, zarówno językowego, jak i kulturowego, wpływającego z kultury pochodzenia”⁵⁸⁵;

⁵⁸² J. Nikitorowicz, *Spotkanie i dialog kultur – wymiary edukacji międzykulturowej*, w: T. Pilch (red.), *O potrzebie dialogu kultur i ludzi*, „Żak”, Warszawa 2000; cyt. za: M. Walancik, A. Niewiara, *Międzykulturowość z perspektywy pontyfikatu Jana Pawła II*, w: T. Lewowicki, A. Różańska, U. Klajmon-Lech, *Religia i edukacja międzykulturowa*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa- Toruń 2012, s. 124.

⁵⁸³ Tamże, s. 125.

⁵⁸⁴ Tamże, s. 128.

⁵⁸⁵ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2009, s. 71.

- pozwolić, aby jednostka, czuła się zauważana i mogła sobie powiedzieć, kim jest w odniesieniu do otoczenia, w stosunkach z nim i w ciągłym procesie wymiany i dzielenia się własną kulturą.

Edukacja międzykulturowa jest sposobem przełamania choć części trudności, które pojawiają się w społeczeństwie wielokulturowym, zróżnicowanym pod względem kulturowym, religijnym czy choćby wyznaniowym⁵⁸⁶. Wspiera ona poszukiwanie i akceptację „tego, co w kulturze, religii, ideologiach, także w innych sferach życia, ludzi łączy, co uznać można za wspólne dobra duchowe, wspólne dobra kulturowe”⁵⁸⁷. Dzięki niej możliwe jest poszerzenie własnej tożsamości zarówno jednostkowej, jak i całej społeczności, jak również doświadczanie różnic kulturowych. Edukacja międzykulturowa zwraca uwagę, wyznacza i uczy relacji międzyludzkich. Ponadto „edukacja międzykulturowa uruchamia pokłady wrażliwości, kształtuje tolerancję, niweluje kulturową wyższość, skłaniając się w stronę negocjacji, wymiany wartości i dialogu”⁵⁸⁸.

Cele edukacji międzykulturowej wynikają z jej zadania, jakim jest budowanie społeczeństwa międzykulturowego. Możliwe jest to dzięki przekazywaniu wiedzy i umiejętności, które są niezbędne do rozwiązywania problemów związanych z różnorodnością kulturową danego społeczeństwa. Najważniejszym zadaniem stawianym edukacji międzykulturowej jest wykształcenie nie tylko w dzieciach, ale i w społeczeństwie tolerancji oraz przekazanie wiedzy o kulturze mniejszości kulturowej⁵⁸⁹.

Proces edukacji międzykulturowej musi polegać na działaniach mających na celu uwrażliwienie, pobudzanie, zachęcanie do poznania, nauczania i ukształtowania postaw, umiejętności, świadomości, związanych z postrzeganiem i rozumieniem różnic⁵⁹⁰.

Do szczegółowych celów edukacji międzykulturowej należy zaliczyć te, które dotyczą:

- sfery postaw:

⁵⁸⁶ T. Lewowicki, A. Różańska, U. Klajmon-Lech, *Religia i edukacja międzykulturowa*, Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa-Toruń 2012, s. 8.

⁵⁸⁷ Tamże.

⁵⁸⁸ T. Lewowicki, A. Różańska, U. Klajmon-Lech, *Religia i edukacja międzykulturowa*, Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa-Toruń 2012, s. 125.

⁵⁸⁹ I. Czerniejewska, *Edukacja wielokulturowa. Działania podejmowane w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2013, s. 28-29.

⁵⁹⁰ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2009, s. 63.

- a. rozpatrywanie społeczeństwa jako kompleksu współistniejących oraz krzyżujących się grup, jednostek wychodzących poza granice swojej odmienności;
 - b. budzenie tolerancji;
 - c. rozwijanie wrażliwości na inne kultury oraz ich integralne wartości i wzory wzbogacające kulturę ogólną;
 - d. wyzbywanie się poczucia wyższości kulturowej, uprzedzeń, stereotypów, nacjonalizmu;
 - e. przeciwstawianie się wszelkim formom dyskryminacji, ksenofobii, rasizmu;
 - f. empatia, otwartość na Innych/Obcych, zaangażowanie na rzecz równości, pokoju
- sfery umiejętności:
 - a. dostrzeganie i rozumienie zróżnicowania kulturowego, jak również własnego poczucia godności oraz wartości w relacjach z Innymi;
 - b. samoakceptacja wobec dostrzeżonych odmienności;
 - c. „postrzeganie inności/ odmienności jako wzbogacającej, ciekawej i absorbującej, a nie jako zagrażającej, wrogiej;
 - d. zauważanie, poznanie i zrozumienie Innych jako nieuniknionych sąsiadów”⁵⁹¹;
 - e. zauważanie nierówności, wszelkich niesprawiedliwych zachowań wobec Innych, przejawów dyskryminacji, uprzedzeń czy marginalizacji czy to jednostek pojedynczych czy całych grup społecznych odmiennych kulturowo, religijnie;
 - f. podejmowanie negocjacji, dialogu, wymiany wartości z Innymi;
 - sfera świadomości:
 - a. równouprawnienie wszystkich kultur, religii;
 - b. „własna tożsamość, wartości, odrębności, niezależność;
 - c. własne korzenie kulturowe, religijne, tradycje;
 - d. więzi rodzinne, etniczne, kulturowe itp.”⁵⁹²

⁵⁹¹ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2009, s. 64.

⁵⁹² Tamże, s. 65.

Tak szeroko zakreślone cele edukacji międzykulturowej świadczą o oczekiwaniach społecznych wobec realizujących ją podmiotów. Można powiedzieć, „że cele te odpowiadają odnoszącej się do edukacji teologii i aksjologii charakterystycznej dla społeczeństw demokratycznych”⁵⁹³. T. Lewowicki zwraca również uwagę na fakt, że powinna ona „stanowić szansę na stworzenie demokratycznej oświaty, dzięki której można będzie zapewnić pomyślny rozwój wszystkim grupom”⁵⁹⁴. Realizując cele, jakimi kieruje się edukacja międzykulturowa, jak pisze T. Lewowicki, „podejmuje ona działania wychowawcze, aby członkowie poszczególnych kultur nie stali się więźniami własnych kulturowych konwencji przez sam fakt socjalizacji w takich społeczeństwach”⁵⁹⁵.

Edukacja międzykulturowa zachodzi w dwóch sferach, a cele – nachodząc na siebie – uzupełniają się nawzajem:

- sfera formalna: jej podstawą są programy realizowane w placówkach wychowawczo – oświatowych; placówka taka ma nie przekazywać ani nie wzmacniać negatywnych stereotypów, dotyczących grup odmiennych kulturowo; ma natomiast inspirować do konstruktywnej i wielopłaszczyznowej komunikacji;
- sfera nieformalna: „cele nieformalnej edukacji międzykulturowej są zbieżne z celami edukacji formalnej. Różnice w przebiegu tych dwóch procesów dotyczą realizujących je osób oraz metod ich pracy”⁵⁹⁶.

W przypadku sfery nieformalnej edukacji międzykulturowej podmiotami ją realizującymi są różnego rodzaju ośrodki kultury, domy kultury, placówki wychowania pozaszkolnego. Cele tej edukacji mogą być również realizowane w ramach imprez ulicznych czy wymian międzynarodowych. Różnica pomiędzy sferą formalną a nieformalną polega również na tym, że w tej drugiej udział biorą wolontariusze, nie „nosi piętna szkolnej obowiązkowości”⁵⁹⁷. Dzięki temu istnieje możliwość wykorzystania większej ilości sposobów, metod służących osiągnięciu założonych celów⁵⁹⁸.

⁵⁹³ Tamże.

⁵⁹⁴ Tamże.

⁵⁹⁵ T. Lewowicki, E. Ogrodzka-Mazur, A. Szczurek-Boruta, *Edukacja międzykulturowa w Polsce i na świecie*, Wyd. UŚ, Katowice 2000, s. 51.

⁵⁹⁶ P.P. Grzybowski, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik. Pojęcia – literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2009, s. 69.

⁵⁹⁷ Tamże, s. 69.

⁵⁹⁸ Tamże, s. 70.

Zarówno treści, jak i cele oraz założenia edukacji międzykulturowej, są obecne w koncepcjach „edukacji na rzecz praw człowieka, edukacji antyrasistowskiej, wychowania międzynarodowego, dlatego też dokonywanie sztywnych podziałów i rozgraniczeń jest zarówno niemożliwe, jak i bezcelowe”⁵⁹⁹.

Zadaniem współczesnej edukacji międzykulturowej jest zarówno refleksja nad zagadnieniami edukacji w zróżnicowanym kulturowo, religijnie społeczeństwie, jak również nadanie tym problemom „rangi w programach i praktyce edukacyjnej przez zwrócenie uwagi na istotność świadomego spotykania i poznawania Innego”⁶⁰⁰.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Religia odgrywa w życiu bardzo istotną rolę, wpływa na sposób, w jaki człowiek postrzega otaczający świat, jak kształtuje swój światopogląd, jaki styl życia przyjmuje, a także, jakie są jego zachowania zdrowotne, w zakres których wchodzi między innymi dieta, używanie alkoholu, tytoniu, aktywność fizyczna, sposób odpoczynku, relaksu. Mogłoby się wydawać, że religie różnią się od siebie pod względem zasad zachowań zdrowotnych, jednak analiza przeprowadzonych badań ukazuje zbliżone poglądy na te zachowania, choć wynikające z różnych względów, takich jak filozofia życia, rozumienia świata, interpretacja „Świętej Księgi”. Ostatnie lata przyniosły znaczne zróżnicowanie społeczeństwa polskiego pod względem zarówno religijnym, jak i kulturowym i brakuje opracowań przybliżających zasady zachowań zdrowotnych wyznawców poszczególnych religii.

Podjęte przez mnie badania miały na celu dokonanie diagnozy w jakim stopniu i w jaki sposób wyznawana religia wpływa i determinuje szeroko pojmowane zachowania zdrowotne. Jednym z celów było dokonanie analizy tego, w jaki sposób wyznawana religia wpływa na rozumienie takich pojęć jak religia, religijność, zachowania zdrowotne, a także, w jakim stopniu określa ona zachowania zdrowotne w zakresie diety (w szczególności spożywania mięsa oraz jego konkretnych rodzajów), spożywania alkoholu, palenia tytoniu, aktywności fizycznej oraz formy odpoczynku, relaksu. Celem badań było dostarczenie podmiotom edukacyjnym oraz medycznym wyników badań, wynikających z nich wniosków, aby ułatwić kontakt i współpracę z wyznawcami poszczególnych religii.

⁵⁹⁹ Tamże, s.71.

⁶⁰⁰ Tamże, s.109.

W niniejszej pracy dokonałam szczegółowej analizy zasad zachowań zdrowotnych determinowanych przez pięć największych religii świata takich jak chrześcijaństwo, islam, judaizm, hinduizm oraz buddyzm. W tym celu od roku 2015 do 2016 prowadziłam badania wśród wyznawców poszczególnych religii na terenie Polski.

Aby rozważyć, w jaki sposób religia określa sposób życia człowieka i jego zachowania należy najpierw przyjrzeć się, w jaki sposób badani rozumieją samo pojęcie „religia” oraz termin pochodny „religijność”. Badania pokazują, że religia w istotny sposób determinuje rozumienie tych pojęć. Każda religia charakteryzuje się doktrynami i swoistą filozofią. To, na co kładzie się nacisk, ma odzwierciedlenie w rozumieniu pojęcia „religia”. Buddyzm, który przez jego wyznawców postrzegany jest jako filozofia życia, a nie religia, rozumie to pojęcie jako sposób życia, światopogląd. Dla Żydów jest to tradycja, uczęszczanie do synagogi, przestrzeganie prawa oraz zasad związanych np. z sabatem i dietą. Hinduizm przywiązuje dużą wagę do oddawania czci bóstwom, o czym świadczą liczne rytuały i obrzędy wokół ołtarza, jak również rozwój osobisty i duchowy poprzez medytację.

Rodzina poprzez wychowanie przekazuje wartości i zasady religijne, ale często młodzi ludzie rozumieją samą religię jako wierzenia i obrzędy, zespół obowiązujących zasad, których należy przestrzegać. Są one dla nich ważne, a religia jest dla nich czymś praktycznym wynikającym np. z tradycji. Dla wyznawców hinduizmu, którzy w jako dorośli przyjęli tę religię, stanowi ona źródło wiary w Boga. Jest to rozwój duchowy, coś, co odkrywają, co nie stanowi tylko zbioru zasad, doktryn, tradycji, ale coś „żywego” – żyją tym na co dzień.

Długość bycia wyznawcą religii również wpływa na rozumienie tego terminu. Osoby będące wyznawcami hinduizmu od urodzenia – a zatem ich rodzice również są wyznawcami hinduizmu – postrzegają religię jako zbiór zasad danych od Boga. Zatem jest to nieco odmienny sposób postrzegania niż ten, który reprezentują wyznawcy będący nimi od pewnego czasu, a których rodzice są innego wyznania. Wychowanie w danej religii i znajomość zasad, obyczajów, tradycji w pewnym sensie „spłyca”, ogranicza, uogólnia rozumienie tego terminu.

Ponadto młodzi ludzie rozumieją religię jako wierzenia i obrzędy. Natomiast osoby powyżej 30. roku życia zmieniają swój światopogląd, rozpatrując sytuacje życiowe w inny, może bardziej dojrzały sposób. To samo pojęcie rozumieją już inaczej – jako ufność Bogu, oddawanie mu czci. Doświadczenie życiowe zmienia rozumienie i pogląd na religię.

O ile rozumienie tego terminu różniło się w zależności od tego, na co dana religia kładzie największy nacisk, o tyle religijność jest rozumiana podobnie przez wyznawców wszystkich religii – jako wiara w Boga, życie według danych przez Niego zasad, oddawanie

Mu czci. Często religijność jest pojmowana jako rozwój osobisty, szczególnie przez osoby, które daną religię przyjęły, będąc dorosłymi ludźmi. Szczególnie jest to zauważalne w przypadku hinduizmu, gdzie rozwój osobisty jest ważnym elementem życia, jednakże podobnie jest w pozostałych religiach. Religijność zatem można ściśle powiązać z rozwojem osobistym, który wynika ze związku z Bogiem, oddawaniem Mu czci, życiem w zgodzie z Jego zasadami i zaleceniami.

Przestrzeganie zasad i zaleceń dotyczących diety, aktywności fizycznej, stosowania używek, odpoczynku najczęściej wynika z postrzegania ich jako dobrych dających wymierne korzyści. Wyrastanie w rodzinie wyznającej określoną religię również ma istotny wpływ na postrzeganie zasad zachowań zdrowotnych jako normalnych, neutralnych, ponieważ ludzie tak zostali nauczeni. Zależność tę zauważyć można szczególnie wśród badanych chrześcijan-katolików. Natomiast gdy w dorosłym życiu badany zmienił wyznanie, przyjął tym samym nowe zasady stylu życia określone przez religię i postrzega je jako coś dobrego dla niego, lepszego, dającego więcej korzyści.

W ciągu życia człowiek pod wpływem własnych obserwacji i doświadczeń zmienia swój paradygmat, przyjmując i kierując się zasadami życia, które on sam uważa za dobre i słuszne. Buddyzm, chrześcijaństwo adwentystyczne, hinduizm i w niewielkim procencie islam są religiami, które badani najczęściej przyjęli w życiu dorosłym, dlatego też zasady, którymi kierują się obecnie, uważają za dobre dla nich samych. Niemniej jednak chrześcijanie-adwentyści nie stosują się do zasad, z którymi się nie zgadzają. Świadczy to o indywidualnym podejściu i ocenie zasad określonych przez religię, co nie oznacza, że badani nie zgadzają się z zasadami danymi przez Boga. Zasady religii opierają się na zasadach Bożych, ale przez wieki tradycja miała na nie swój wpływ. Część reguł wprowadzili ludzie, a nie Bóg, dlatego też niektórzy nie zgadzają się z nimi lub też podchodzą do nich liberalnie, szczególnie wtedy, gdy są wyznawcami religii „nowoprzyjętej”.

Ponadto nieprzestrzeganie wszystkich zasad może wynikać z faktu, iż badani przyjmując nową religię, nie chcą „porzucić” wszystkich swoich przyzwyczajzeń, ale również oceniają panujące zasady bardziej krytycznie. Natomiast gdy są wyznawcami religii „wyniesionej z domu”, zasady te są dla nich czymś normalnym, nie widzą potrzeby zmian, ale jednocześnie chcą pozostać w zgodzie z rodzicami i bliskimi. Ponadto coraz bardziej wzrasta wskaźnik zjawiska zwanego „gniazdowaniem”, czyli młodzi ludzie w późniejszym wieku rozpoczynają samodzielne życie, zakładają swoje rodziny. Tym samym rodzice mają większy wpływ na ich życie, poniekąd narzucając im swoje przekonania i zasady.

W analizie danych zaobserwowano również, że wyznawcy wszystkich religii definiowali to pojęcie w zbliżony do siebie sposób. Najczęstszą udzielaną odpowiedzią była przyjęta definicja zachowań zdrowotnych. Dalsze odpowiedzi nieco różniły się między sobą w zależności od religii i na tej podstawie wywnioskowano, iż charakterystyczne elementy filozofii i doktryny danej religii odzwierciedlały się również w definiowaniu tego terminu. Podobnie jak w przypadku rozumienia pojęć „religia” i „religijność”, również rozumienie terminu „zachowania zdrowotne” jest zależne od długości przynależności do danej religii. Zmiana religii powoduje przewartościowanie poglądów i nawet jeśli dotychczas określano zachowania zdrowotne w sposób ogólny, zgodny z przyjętą definicją, nowo przyjęte zasady życia wysuwają na pierwszy plan. Ma to odzwierciedlenie w wynikach badań dotyczących wyznania rodziców oraz długości przynależności do danej religii.

W swoich badaniach zwróciłam uwagę na stanowiska Świętej Księgi oraz wyznania religijnego w aspekcie zasad dietetycznych (w tym spożywanie mięsa i jego konkretnych rodzajów), spożywania alkoholu, palenia tytoniu, aktywności fizycznej oraz form odpoczynku i relaksu.

Wszystkie badane religie charakteryzują się zasadami dotyczącymi spożywania lub niespożywania określonych produktów. Chrześcijanie-adwentyści, muzułmanie oraz Żydzi nie spożywają mięsa wieprzowego, określonych gatunków ryb i ptactwa, opierając swoje przekonanie na zapisach w swoich Świętych Księgach. Natomiast buddyzm określa, jakich produktów nie należy spożywać w określonych praktykach – dotyczy to zarówno niespożywania mięsa, jak również takich produktów jak czosnek i cebula, ponieważ utrudnia to medytację i przepływ energii. Takie przekonanie wśród buddystów wynika z nauk nauczycieli, Rinpocze. Hinduizm, kierując się zasadą AHIMSA – niekrzywdzenia – propaguje wegetarianizm, jednocześnie nie spożywając również czosnku, cebuli, grzybów, jaj (ponieważ zjedanie jaj przerywa ciągłość procesu śmierci i narodzin, życia), a wynika to z zapisu w Bhagavad-Gitcie oraz tradycji.

Chociaż chrześcijanie opierają swoje religie na Biblii, różnią się w zasadach zachowań zdrowotnych. Wyznawcy KADS w znacznej mierze znali zasady, jakimi powinni się kierować, wybierając produkty spożywcze, zwłaszcza mięso, stwierdzając, że w tej kwestii kierują się zapisami w Biblii, jak również ogólnymi zasadami zdrowia. Katolicy natomiast częściej uważali, że wynika to z zasad religijnych i tradycji. Analiza zgromadzonego materiału pozwala na postawienie tezy, że chrześcijanie-adwentyści swoje przekonanie opierają nie tylko na tym, co przekazali im rodzice, ale również sami dociekają źródeł pochodzenia zasad dotyczących

diety. Ponadto część badanych adwentystów była innego wyznania niż rodzice, co niewątpliwie także miało wpływ na uzyskane wyniki. Proces wychowania niewątpliwie na bardzo istotny wpływ na wiedzę w zakresie zasad dietetycznych, co można było również zauważyć na przykładzie islamu oraz judaizmu, gdzie wszyscy badani byli wyznawcami od urodzenia, czyli zostali wychowani w tych religiach i również uważali że zasady te wynikają z „zapisów w Świętej Księdze”. Można wnioskować, iż sposób wychowania religijnego jest odmienny. Zarówno wyznawcy KADS, jak i muzułmanie oraz Żydzi przykładają dużą wagę do studium Świętych Ksiąg, do analizy ich zapisów już od najmłodszych lat. Wspólne czytanie Świętych Ksiąg stanowi ważny element życia rodzinnego. Są one obecne w każdym domu i już dzieci uczą się ich fragmentów na pamięć.

Chrześcijanie-adwentyści, muzułmanie oraz Żydzi nie spożywają wieprzowiny i jakichkolwiek substancji pochodzenia wieprzowego, ponieważ tak wynika z zapisów ich Świętych Ksiąg. Ponadto muzułmanie oraz Żydzi mogą spożywać tylko potrawy „czyste rytualnie”. W przypadku wyznawców KADS badani będący innego wyznania niż rodzice i będący wyznawcami od pewnego czasu w pewnym momencie swoje życia przestali jeść wieprzowinę, ponieważ tak nakazuje Biblia. Kontrola składu produktów spożywczych pod względem zawartości substancji pochodzenia wieprzowego również jest podyktowana głównie względami religijnymi – wyznawcy chcą być w pełni posłusznymi nakazom Boga, unikając nawet krwi i tłuszczu wieprzowego.

Ważny element zachowań zdrowotnych stanowi niespożywanie alkoholu oraz niepalenie tytoniu i również w tej kwestii religie zajmują stanowisko. Analiza badań pozwala wyciągnąć następujące wnioski.

O ile w odniesieniu do palenia tytoniu stanowisko wszystkich religii wynika z dbałości o ciało jako np. o świątynię Ducha Świętego, nieszkodzenia sobie, przekonania, że jest to utrudnienie medytacji czy ścieżki postępu, o tyle w kwestii alkoholu religie takie jak chrześcijaństwo adwentystyczne czy islam, wypowiadają się jednoznacznie – zabraniają. Hinduizm oraz buddyzm nie pochwalają, ponieważ utrudnia to m.in. medytację, ale jednocześnie nie zabraniają kategorycznie. Palenie tytoniu nie było tak popularne lub nie było go w ogóle, więc Święte Księgi nie wypowiadały się na jego temat. Wszystkie religie jednak jednoznacznie określają, że jest to działanie niekorzystne dla zdrowia i należy tego unikać.

W kwestii alkoholu religie zajmują zróżnicowane stanowisko. Chrześcijanie-katolicy dają przyzwolenie, ale tylko dla umiarkowanego spożywania, natomiast adwentyści jednoznacznie zabraniają, podpierając się interpretacjami zapisów w Biblii. Wniosek, jaki

można wysnuć jest taki, iż różnica w poglądzie na spożywanie alkoholu wynika z interpretacji zapisów Biblii oraz ich analizy. Podobnie jak KADS, tak i islam jednoznacznie zakazuje spożywania alkoholu, opierając się na wypowiedziach Koranu. Judaizm dopuszcza spożywanie alkoholu, szczególnie wina w określonych sytuacjach, podczas uroczystości, jednak musi być to wino koszerne – „czyste rytualnie”, ale podkreśla, że nie wolno „się upijać”.

Wyznanie rodziców oraz długość bycia wyznawcą określonej religii okazuje się być jednoznacznym czynnikiem mającym wpływ na wiedzę o zasadach określonych przez religię. Ma to istotny wpływ na wiedzę w zakresie obowiązujących reguł oraz przestrzeganie zasad zachowań zdrowotnych określonych przez wyznanie. Ulegają one zmianom, gdy człowiek zmienia poglądy religijne i dostosowuje je do nowoprzyjętych paradygmatów. Wówczas osoba bardziej przywiązuje uwagę do tego, czy dane zasady są dla niej dobre czy nie. Podchodzi do nich bardziej świadomie, dogłębniej analizując ich zasadność i źródło. Na podstawie analizy danych można wysunąć tezę, że istotne w wychowaniu – czyli również przekazaniu religii – są wartości wyznawane przez rodziców na co dzień oraz to, czy wiedzę religijną dzieci uzyskują tylko z przekazu rodziców i duchownych, czy rodzina wspólnie razem poświęca czas na czytanie Świętej Księgi, co jest praktykowane wśród Żydów, muzułmanów czy chrześcijan-adwentystów. Często uczy się dzieci, jak należy czytać Świętą Księgę, a one uczą się jej fragmentów na pamięć.

Pomimo zakazu spożywania alkoholu czy palenia tytoniu w każdej religii znajduje się niewielki odsetek (nieistotny statystycznie), który podchodzi do tych zasad bardziej liberalnie i spożywa alkohol lub pali tytoń. Ani wyznanie rodziców, ani długość bycia wyznawcą nie miały istotnego wpływu na niespożywanie alkoholu czy niepalenie tytoniu tak jak w przypadku zasad dietetycznych.

Kolejnym elementem zachowań zdrowotnych jest utrzymywanie aktywności fizycznej oraz odpoczynek i relaks. Na podstawie badań można wywnioskować, iż:

- Żadna z religii nie narzuca konkretnej formy aktywności fizycznej. Owszem, są dyscypliny bardziej popularne w konkretnych religiach, ale generalnie rzecz ujmując, zależy ona od osobistych upodobań wyznawców. Wszystkie religie podkreślają dobroczynny wpływ aktywności sportowej i zachęcają do jej utrzymania. Jedyne aspekty, na który muszą zwrócić uwagę wyznawcy islamu, to odpowiedni strój, w szczególności dla kobiet. Aczkolwiek analiza badań wykazała, że muzułmanie najczęściej nie uprawiają sportu, ponieważ nie lubią żadnej dyscypliny.

➤ Chrześcijaństwo, islam oraz judaizm są religiami, w których jeden dzień w ciągu tygodnia jest przeznaczony na pójście do kościoła, meczetu, synagogi. Jest to dzień szczególnego kontaktu z Bogiem, z rodziną i przyjaciółmi, dzień modlitwy oraz odpoczynku. Dni te wynikają z zapisów w Świętej Księdze oraz tradycji. W zależności od religii dni są to:

- chrześcijaństwo-katolicyzm – niedziela;
- chrześcijaństwo-adwentyzm KADS – sobota (od zachodu słońca w piątek do zachodu słońca w sobotę);
- islam – piątek;
- judaizm – sobota (od zachodu słońca w piątek do zachodu słońca w sobotę).

Różnice dnia świętego w przypadku chrześcijaństwa wynikają z różnicy źródeł ich pochodzenia. Wyznawcy KADS – podobnie jak Żydzi – za dzień święty, dzień odpoczynku uważają sobotę, a wynika to z zapisu Dekalogu (IV przykazanie). Dzień ten spędzają na szczególnym kontakcie z Bogiem, odpoczynku, unikając zbędnych prac. Katolicyzm przyjął za dzień święty niedzielę, a wynika to z tradycji. Natomiast buddyzm oraz hinduizm są religiami zakładającymi, iż każdy dzień powinien być szczególny, poświęcony pracy nad sobą i medytacji.

➤ Żadna z religii nie narzuca formy odpoczynku czy spędzania wolnego czasu, jest to indywidualna sprawa każdego wyznawcy, jednak podobnie jak aktywność fizyczna, niektóre formy odpoczynku są popularniejsze w danych religiach. To, na co zwraca szczególną uwagę doktryna religii, ma swoje odzwierciedlenie również w sposobie odpoczynku. Przykładem może być hinduizm czy buddyzm, gdzie zwraca się szczególną uwagę na spokój i wyciszenie, dlatego też badani wyznawcy tych religii preferują spokojniejsze formy odpoczynku, tj. spanie, spędzanie czasu z rodziną, joga, medytacja, słuchanie muzyki. W związku z tym można wysunąć wniosek, że forma odpoczynku determinowana jest tym, na czym skupia się dana religia.

Analiza wyników uzyskanych w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych pokazała, że wyznawcy buddyzmu najczęściej ze wszystkich religii zwracają uwagę na działania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne, co wynikać może z filozofii tej religii, której najważniejszy element stanowi dbałość o równowagę pomiędzy umysłem i ciałem.

Natomiast, jak wynika z wcześniej przytoczonych wyników, hinduiści zwracają szczególną uwagę na dbałość o wegetariańską, aczkolwiek bardzo urozmaiconą, zbilansowaną dietę. Przeprowadzona obserwacja uczestnicząca dała możliwość wglądu w to, jak wyglądają posiłki wyznawców. Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następującego wniosku:

- W zależności od tego, jaka jest filozofia i przesłanie religii, na jakie aspekty życia zwraca ona szczególną uwagę oraz jakie zasady stylu życia określa, wyznawcy przyjmują je i dostosowują się do nich. Religia determinuje nie tylko postrzeganie i rozumienie świata, oddziałuje nie tylko na kwestie natury duchowej, ale w istotnym stopniu determinuje również podstawowe aspekty życia.

Przeprowadzone badania umożliwiły określenie wspólnych zachowań zdrowotnych dla wszystkich pięciu religii, które zostały przedstawione w formie graficznej.

Niespożywanie mięsa wieprzowego ze względów religijnych	<ul style="list-style-type: none"> • Chrześcijanie KADS • Islam • Judaizm
Wegetarianizm	<ul style="list-style-type: none"> • Hinduizm • Buddyzm • Chrześcijanie KADS
Niespożywanie alkoholu, niepalenie tytoniu ze względów religijnych,	<ul style="list-style-type: none"> • Islam • Chrześcijanie KADS • Hinduizm • Buddyzm
Dbałość o aktywność fizyczną	<ul style="list-style-type: none"> • Chrześcijanie katolicyzm, KADS • Islam • Judaizm • Hinduizm • Buddyzm
Dbałość o odpoczynek, relaks	<ul style="list-style-type: none"> • Chrześcijanie katolicyzm, KADS • Islam • Judaizm • Hinduizm • Buddyzm

Pomimo różnic w doktrynach religijnych, paradygmatach i rozumieniu otaczającego nas świata religie charakteryzują się zbieżnymi poglądami i zasadami zachowań zdrowotnych. Chociaż wynikają one z różnych źródeł – przede wszystkim mowa tu o Księgach Świętych czy innych pismach odgrywających istotną rolę w religii – dają podobne zalecenia, np. spożywanie wieprzowiny zabronione jest w chrześcijaństwie adwentystycznym, islamie oraz judaizmie. Choć zakaz ten wynika z zapisu w odmiennych Księgach Świętych, to ma on swoje uzasadnienie również we współczesnej nauce i medycynie, która coraz częściej mówi o szkodliwości tego rodzaju mięsa. Podobna sytuacja dotyczy wegetarianizmu, gdzie hinduizm, buddyzm czy adwentyzm zalecają go z różnych względów, ale wspólnie podkreślają jego zalety prozdrowotne.

PROPOZYCJA AUTORSKICH ZAJĘĆ Z MIĘDZYKULTUROWEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ W INSTYTUCJACH PAŃSTWOWYCH

Zdrowie i edukacja są ze sobą ściśle powiązane, ponieważ „lepsze zdrowie umożliwia lepszą edukację i odwrotnie”⁶⁰¹. Jak pisze B. Woynarowska, mechanizm relacji zdrowie – edukacja jest złożony i jeszcze do końca nieznan. Należy brać pod uwagę takie zjawiska jak:

- **„Edukacja jako zasób dla zdrowia.** Wyniki wielu badań wskazują, że im wyższy poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności, mniejsza częstość chorób przewlekłych i zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta itd.), dłuższe życie.
- **Zdrowie jako zasób dla edukacji.** Zdrowie jest warunkiem rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole w ustalonym czasie, umożliwia mu systematyczne uczęszczanie do szkoły i satysfakcjonujące osiągnięcia szkolne. Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz dobre samopoczucie psychiczne i społeczne dziecka sprzyjają: dobrej dyspozycji do uczenia się, procesom koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, przyswajaniu wiedzy, opanowywaniu różnych umiejętności (...).
- **Czynniki wpływające na zdrowie i edukację są podobne.** Wśród nich największy wpływ w odniesieniu do dzieci i młodzieży mają czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny, a także szkoła, środowisko lokalne, sieci społeczne, rówieśnicy”⁶⁰². Ponadto należy podkreślić, że zarówno na zdrowie, jak i edukację znaczący wpływ na kultura

⁶⁰¹ B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2001, s. 7.

⁶⁰² Tamże.

oraz religia.

W podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej czytamy: „Ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej odgrywa edukacja zdrowotna. Zadaniem szkoły jest kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym wdrożenie ich do zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, a także stosowania profilaktyki”⁶⁰³. Należy zwrócić uwagę na potrzebę nie tylko ugruntowania, ale przede wszystkim poszerzenia wiedzy w zakresie zdrowego odżywiania, otwarcia się na to, co mówią w tym zakresie również religie. Jak bowiem okazują przeprowadzone badania, w tych kwestiach mają one konkretne wytyczne wywierające na zdrowie pozytywny wpływ.

Programy edukacji zdrowotnej koncentrują się na przekazywaniu wiedzy z zakresu różnych aspektów zdrowia, w szczególności fizycznego, choć powinno się zwrócić większą uwagę na zdrowie psychiczne, odpoczynek czy sposób radzenia sobie ze stresem.

B. Woynarowska określa cele edukacji zdrowotnej w szkole jako:

- „poznawanie siebie, śledzenie przebiegu swojego rozwoju, identyfikowanie i rozwiązywanie własnych problemów zdrowotnych («uczenie się o sobie»);
- zrozumienie, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać;
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi;
- wzmacnianie poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości;
- rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych, sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywna adaptacja do zadań i wyzwań codziennego życia;
- przygotowanie się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej”⁶⁰⁴.

Przeprowadzone badania pozwalają określić dodatkowe cele edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem różnic kulturowych, religijnych oraz sformułować następujące cele:

- 1) Poznanie zasad dietetycznych określonych przez poszczególne religie oraz ich

⁶⁰³ Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem Szkoła Podstawowa, <https://men.gov.pl/zycie-szkoly/ksztalcenie-ogolne/podstawa-programowa/podstawa-programowa-materialy-dla-nauczycieli.html> (dostęp z dnia: 18.10.2017).

⁶⁰⁴ B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2001, s. 11.

pozytywnego wpływu na zdrowie – pozwoli to rozbudzić naturalną ciekawość poznawczą oraz poszukiwanie różnorodnych sposobów odżywiania.

- 2) Kształtowanie umiejętności wyboru sposobu odżywiania, odpoczynku, radzenia sobie ze stresem.

Analiza zebranego materiału badawczego, pozwoli znacząco podnieść poziom wiedzy nauczycieli oraz uczniów na temat wspólnych cech różnych religii w kwestii zasad zdrowego stylu życia, a w szczególności reguł odżywiania się. System edukacji zdrowotnej wymaga modernizacji w zakresie międzykulturowości oraz zróżnicowania zasad, w szczególności dietetycznych. Jak pisze A. Radziewicz-Winnicki, *modernizacja* oznacza unowocześnianie, aktualizację, modyfikację oraz „(...) zastępowanie starych rzeczy i sposobów działania jakimiś nowymi”⁶⁰⁵, a jednocześnie oznaczać może „(...) działania i stany rzeczy, które prowadzą do nowoczesności, postępu bądź są związane z ideą przeobrażeń”. Wydaje się, że podjęcie działań modyfikujących system edukacji zdrowotnej umożliwi podniesienie świadomości społecznej w zakresie źródeł pochodzenia zasad stylu życia, zrozumienie ich, a tym samym zniesienie barier i uprzedzeń religijnych.

Priorytetowe cele programu wielokulturowej edukacji zdrowotnej:

- objęcie wielokulturową edukacją zdrowotną młodzieży w wieku 14–18 lat;
- działalność popularyzująca ideę wielokulturowej edukacji zdrowotnej w społeczności lokalnej;
- pozyskiwanie innych grup zawodowych do współpracy na rzecz efektywnej edukacji (pielęgniarki, pedagodzy szkolni);
- zrozumienie przez społeczność lokalną różnic zasad zachowań zdrowotnych oraz tego, z czego one wynikają;
- przygotowanie nauczycieli i pielęgniarek do sprawowania opieki nad uczniami, pacjentami o odmiennych zasadach dietetycznych (niespożywającymi wieprzowiny, wegetarianami);
- poznanie przez uczniów alternatywnych sposobów odżywiania;
- niwelowanie, przeciwdziałanie uprzedzeniom religijnym, kulturowym;
- propagowanie elementów zachowań zdrowotnych, mających istotny wpływ na zdrowie – w szczególności diety – charakterystycznych dla poszczególnych religii.

⁶⁰⁵ A. Radziewicz-Winnicki, *Spółczesność w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*, Wyd. GWP, Gdańsk 2005, s. 29.

Uczestnikami tak rozumianego programu wielokulturowej edukacji zdrowotnej nie będą wyłącznie pedagodzy oraz młodzież, ale również:

1. rodzice/ opiekunowie dzieci,
2. pracownicy świetlic środowiskowych,
3. pielęgniarki (zarówno szkolne, jak i te pracujące w placówkach opieki zdrowotnej).

Można przypuszczać, że szeroko zakreślony obszar działań przy współpracy rozlicznych agend środowiskowych, jak również zaangażowanie wielu grup zawodowych i społeczności lokalnych pozwoli zapewnić kompleksowość oddziaływań edukacyjnych i ułatwi osiągnięcie zamierzonych celów. Udział społeczności w promowaniu zdrowia oraz edukacji zdrowotnej gwarantuje wszechstronność oraz wieloaspektowość oddziaływań postulowanego modelu edukacji zdrowotnej⁶⁰⁶.

Proponowany model edukacji zdrowotnej wymaga wprowadzenia zmian w istniejących już programach. Jednak wszelkie zmiany napotykają różnego bariery – w tym przypadku są to uprzedzenia religijne i kulturowe. Ponadto w przypadku nauczycieli w przebiegu procesu awansu nauczycielskiego, który wymaga wprowadzania autorskich programów, pojawia się stwierdzenie „przeciążenia innowacjami”. Niemniej jednak postulowane zmiany są niezbędne, a skuteczny proces modyfikacji należy przeprowadzić według założenia D. Hopkinsa, w trzech etapach: inicjacji, wdrożenia oraz instytucjonalizacji⁶⁰⁷.

Inicjacja – na tym etapie należy:

- zdiagnozować poziom wiedzy nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej, jej programów, zachowań zdrowotnych w poszczególnych religiach, kulturach;
- określić zainteresowanie pedagogów szkolnych i pielęgniarek programem wielokulturowej edukacji zdrowotnej – pozyskiwanie ich do realizacji programu;
- zaprezentować założenia i idee programu instytucjom oraz uzyskanie ich aprobaty dla wdrożenia programu do praktyki.

Wdrożenie programu – próba wprowadzenia zmian do programu edukacji zdrowotnej:

- systematyczne kształcenie grup uczestniczących w realizacji programu;

⁶⁰⁶ L. Barić, H. Osińska, *Ludzie w środowiskach*, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa 1999, s. 161.

⁶⁰⁷ B. Woynarowska (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*, HERA, Warszawa 1995, s. 34.

- wspieranie uczestników poprzez udostępnianie materiałów, konsultacje, organizowanie spotkań z przedstawicielami poszczególnych religii, co daje możliwość bliższego zapoznania się z nimi.

Instytucjonalizacja – realizacja programu międzykulturowej edukacji zdrowotnej w rutynowym działaniu:

- włączenie proponowanych zajęć programu edukacji zdrowotnej do zasobów działań edukacyjnych.

Obecna podstawa programowa ujmuje edukację zdrowotną w zakresie przedmiotu wychowania fizycznego i koncentruje się głównie na elemencie aktywności fizycznej. Określa ona następujące elementy działania w zależności od tego, w której uczeń jest klasie:

1. „W zakresie wiedzy Uczeń:

- 1) opisuje, jakie znaczenie ma aktywność fizyczna dla zdrowia;
- 2) opisuje piramidę żywienia i aktywności fizycznej;
- 3) opisuje zasady zdrowego odżywiania;
- 4) opisuje zasady doboru stroju do warunków atmosferycznych w trakcie zajęć ruchowych;
- 5) wyjaśnia pojęcie zdrowia;
- 6) opisuje pozytywne mierniki zdrowia;
- 7) wymienia zasady i metody hartowania organizmu;
- 8) omawia sposoby ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem i niską temperaturą;
- 9) omawia zasady aktywnego wypoczynku zgodne z rekomendacjami aktywności fizycznej dla swojego wieku (np. WHO lub UE);
- 10) wymienia czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie oraz wskazuje te, na które może mieć wpływ;
- 11) omawia sposoby redukowania nadmiernego stresu i radzenia sobie z nim w sposób konstruktywny;
- 12) omawia konsekwencje zdrowotne stosowania używek i substancji psychoaktywnych w odniesieniu do podejmowania aktywności fizycznej;
- 13) wymienia przyczyny i skutki otyłości oraz nieuzasadnionego odchudzania się i używania sterydów w celu zwiększenia masy mięśni;

14) wyjaśnia wymogi higieny wynikające ze zmian zachodzących w organizmie w okresie dojrzewania”⁶⁰⁸.

2. W zakresie umiejętności uczeń potrafi:

- 1) przestrzega zasad higieny osobistej i czystości odzieży;
- 2) wykonuje ćwiczenia kształtujące nawyk prawidłowej postawy ciała w postawie stojącej, siedzącej i leżeniu oraz w czasie wykonywania różnych codziennych czynności;
- 3) wykonuje ćwiczenia oddechowe i inne o charakterze relaksacyjnym;
- 4) podejmuje aktywność fizyczną w różnych warunkach atmosferycznych;
- 5) przyjmuje prawidłową postawę ciała w różnych sytuacjach;
- 6) opracowuje rozkład dnia, uwzględniając proporcje między pracą a wypoczynkiem, wysiłkiem umysłowym a fizycznym, rozumiejąc rolę wypoczynku w efektywnym wykonywaniu pracy zawodowej;
- 7) dobiera rodzaj ćwiczeń relaksacyjnych do własnych potrzeb;
- 8) demonstruje ergonomiczne podnoszenie i przenoszenie przedmiotów o różnej wielkości i różnym ciężarze”⁶⁰⁹.

W podstawie programowej zbyt mało miejsca poświęca się zagadnieniom zdrowego odżywiania, nie wspominając już o różnicach kulturowych w tym aspekcie. Dlatego też podjęłam próbę sformułowania zajęć dydaktycznych dotyczących zróżnicowań religijnych ze szczególnym uwzględnieniem edukacji żywieniowej. Wiele badań wykazuje, że młodzież wie, czym jest prawidłowe żywienie oraz zdrowa żywność, jednak mają trudności w przestrzeganiu zasad, ponieważ wskazują na brak czasu i ograniczoną dostępność zdrowych produktów w sklepiku szkolnym. Przyczyną tego stanu rzeczy jest również brak zainteresowania oraz wiedzy młodzieży w zakresie zdrowego odżywiania. Należy przedstawić możliwości alternatywnego odżywiania i zachęcić do poznania korzyści, jakie ono daje.

Projekt Young Minds, w którym brali udział również uczniowie szkół w Danii, Holandii oraz Szkocji, zaproponował alternatywną piramidę żywienia, w której zawarto następujące elementy:

⁶⁰⁸ Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem Szkoła Podstawowa, <https://men.gov.pl/zycie-szkoly/ksztalcenie-ogolne/podstawa-programowa/podstawa-programowa-materialy-dla-nauczycieli.html> (dostęp z dnia: 18.10.2017).

⁶⁰⁹ Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem Szkoła Podstawowa, <https://men.gov.pl/zycie-szkoly/ksztalcenie-ogolne/podstawa-programowa/podstawa-programowa-materialy-dla-nauczycieli.html> (dostęp z dnia: 18.10.2017).

- „czynniki społeczne (wspólne spożywanie posiłków),
- estetyczne, psychologiczne (przyjemności),
- związane z jakością produktów,
- dieta wegetariańska”⁶¹⁰.

Dlatego też w pracy z młodzieżą ważne jest, aby podejmować dyskusje między innymi na tematy, takie jak:

- „wpływ czynników kulturowych na nasze wzory jedzenia,
- tradycje w społeczności a wzory jedzenia,
- zwyczaje w rodzinie a wybory żywieniowe,
- inne czynniki środowiskowe wpływające na kształtowanie się wzorów jedzenia u dzieci i młodzieży”⁶¹¹.

W autorskiej propozycji zajęć dydaktycznych/warsztatów skupiłam się przede wszystkim na zasadach dietetycznych, ponieważ w głównej mierze to one nastroczają najwięcej problemów w opiece edukacji nad wyznawcami określonych religii. Jednocześnie są to zasady, które wnoszą najwięcej pozytywnych efektów do życia społeczeństwa.

AUTORSKA PROPOZYCJA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH/WARSZTATÓW

Uczestnicy: uczniowie w wieku 14-18 lat

Czas trwania: 2 razy po 90 minut

Cel:

- Przybliżenie uczestnikom zasad dietetycznych określonych przez poszczególne religie.
- Ukazanie różnorodności dań wynikających z różnorodności kulturowej i religijnej.
- Przeciwdziałanie uprzedzeniom wynikającym z odmienności kulturowej i religijnej.

Zadania:

- Przedstawienie wpływu produktów spożywczych na zdrowie oraz przedstawienie „zdrowych zamienników” i alternatyw.
- Postrzeganie różnorodności sposobu odżywiania jako potencjału.
- Rozwijanie u uczniów wiedzy, umiejętności oraz zdolności do podejmowania decyzji oraz dokonywania poprawnych wyborów dotyczących zdrowia.

⁶¹⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017, s. 373.

⁶¹¹ Tamże,

- Przekazywanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia z uwzględnieniem zróżnicowania kulturowego.
- Przedstawienie korzyści wynikających ze zróżnicowanego stylu życia.
- Poznanie przez uczniów odmiennych sposobów odżywiania i ich pozytywnego wpływu na zdrowie.
- Zachęcenie uczniów do wprowadzenia zmian w sposobie odżywiania.

Oczekiwane efekty:

1. Zastanowienie się, co mogą/powinni zmienić w swoim sposobie odżywiania – ma to na celu rozbudzenie chęć wprowadzenia zmian.
2. Uważliwienie na różnorodność kulturową.

Przebieg zajęć:

- Poproś, aby uczniowie powiedzieli, jak rozumieją następujące pojęcia:
1. Zachowania zdrowotne, styl życia, religia, kultura. Zapytaj czy ktoś chciałby podzielić się swoim rozumieniem tych pojęć. Stwórzcie wspólną definicję. Zastanówcie się, jaki związek mają ze sobą zachowania zdrowotne i religia.
 - Podziel uczniów na 5 grup (każda grupa będzie opisywać jedną określoną religię), rozdaj karty pracy i poproś, aby wypełnili je wspólnie w grupie. Daj uczniom 15 minut na pracę w grupach, a następnie poproś, żeby każda grupa przedstawiła efekty swojej pracy. Na tablicy spisujcie najważniejsze informacje dla danej religii, tak aby stworzyć „bazę danych” zawierającą wszystkie omawiane religie. Wraz z całą klasą zastanówcie się, czy te wypisane informacje i skojarzenia są prawdą czy stereotypowym myśleniem. Na dyskusję przeznacz ok. 30 minut.
 - Przedstaw uczniom zasady zachowań zdrowotnych charakterystyczne dla każdej religii. Przybliż im sposób odżywiania wyznawców każdej z nich, to, z czego on wynika, podkreślając różnorodność oraz ich pozytywny wpływ.
 - Poproś, aby uczniowie podzielili się na 3-4 osobowe grupy. Niech każda z nich wybierze potrawę charakterystyczną dla danej religii (tak aby z każdej religii było ok. 5 różnych potraw). Niech na następne zajęcia uczniowie przyniosą potrzebne składniki, ewentualnie wstępnie przygotowane produkty, tak aby podczas warsztatów dokończyć potrawę. Niech każda grupa opowie o daniu, które przygotowała: jak jego składniki wpływają na organizm, jakie wartości spożywcze zawierają. Wszystkie potrawy powinny być przygotowane w taki

sposób, aby członkowie pozostałych grup mogli ich spróbować. Pozwoli to uczniom poznać nowe smaki, przekonać się, że łatwo jest je przygotować samemu, a przede wszystkim, że są pożywne i pełnowartościowe.

- Zachęć uczniów do zastanowienia się, co mogą zmienić w swojej diecie, jakie potrawy wprowadzą do jadłospisu.

KARTA PRACY I

Nazwa religii

- W jakich rejonach świata występuje?
.....
- Z czym kojarzy się wam ta religia?
.....
- Jakie panują w niej zasady zachowań zdrowotnych (czy jej wyznawcy spożywają alkohol, palą tytoń, jakich produktów spożywczych nie jedzą)?
.....
- Jakie potrawy kojarzą wam się z tą religią?
.....
- Czy wiesz jakie zasady odżywiania panują w tej religii?
.....
- Z czego wynika twoja wiedza na temat tej religii
.....

DYSKUSJA

Zagadnienia poruszone w niniejszej pracy dotyczą bardzo szerokiego zakresu tematycznego, który obejmuje problemy z dziedziny antropologii, religioznawstwa, pedagogiki zdrowia, promocji zdrowia oraz zdrowia publicznego. Wszystkie te dziedziny są ze sobą bardzo ściśle powiązane i uzupełniają się nawzajem, w szczególności, gdy dotyczy to tematu zdrowia. Jest to zagadnienie, które musi być rozpatrywane pod wieloma względami nie tylko z medycznego, socjologicznego, psychologicznego czy pedagogicznego punktu widzenia, ale również należy je rozpatrywać, analizować i postrzegać przez pryzmat kultury i religii.

Z. Freud uważał, że religia ma istotny wpływ na życie człowieka, na jego zdrowie psychiczne, twierdząc, że „tylko religia może odpowiedzieć na pytanie o cel życia i pomóc stłumić nerwice”⁶¹². Jednakże jej wpływ na styl życia, a tym samym na zdrowie, w odniesieniu i porównaniu pięciu największych religii świata nie został jak dotąd dokładnie zbadany. Wiele naukowych publikacji zarówno w języku polskim, jak i angielskim odnosi się *stricte* osobno do zdrowia psychicznego czy też masy ciała, długości życia i jego jakości wśród wyznawców poszczególnych religii. Nie odnaleziono badań, które analizowałyby styl życia i zachowania zdrowotne jednocześnie w pięciu największych religiach świata.

Niemniej jednak, wiele artykułów wskazuje na silną zależność pomiędzy zdrowiem, stylem życia a religią. Mówi się również o dużym wpływie, jaki religia ma na efektywność terapii medycznej w jednostkach chorobowych takich jak choroby serca i układu krążenia, choroby psychiczne, nowotwory, przewlekłe bóle, choroby nerek⁶¹³. Liczne badania pokazują, że religia wpływa na zmniejszenie śmiertelności, częstotliwości występowania chorób sercowo-naczyniowych, przyspieszenie powrotu do zdrowia po chorobie oraz poprawę zdrowia psychicznego⁶¹⁴.

Religia z reguły, chociaż nie zawsze, ma pozytywny wpływ na zdrowie. Pozytywny wpływ stwierdzono w badaniach u osób o różnym wieku, płci i religii takich jak protestanci, katolicy, Żydzi, buddyści czy muzułmanie⁶¹⁵. W związku z tym przekonania religijne i przynależność kulturowa powinny być brane przez medyków pod uwagę w procesie leczenia

⁶¹² H.G. Koenig, *Religion and Medicine II: Religion mental health and related behaviors*, „International Journal of Psychiatry in Medicine”, vol. 31 (1) 2001, s. 97-109.

⁶¹³ H.G. Koenig, *Religion, Spirituality and Health: The Research and Clinical Implications*, International Scholarly Resrach Network ISRN Psychiatry, Vol. 2012 Article ID 278730, s. 9-12.

⁶¹⁴ A. Greil, J. McQuullan, M. Benjamins, D.R. Johson, K. Jahnsen, Ch. Heinz, *Specifying the effects of religion on medical helpseeking: The case of infertility*, „Social Science&Medicine”, nr 71 2010, s. 734-742.

⁶¹⁵ K.S. Seybold, P.C. Hill, *The role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health*, „Current Directions in Psychological Science”, Volume: 10 issue: 1, page(s): 21-24 Issue published: February 1, 2001.

pacjenta, na co zwróciła również uwagę prekursorka pielęgniarstwa transkulturowego Madeleine Leininger. Kultura oraz religia mają ogromny wpływ nie tylko na przebieg leczenia, ale przede wszystkim kształtują styl życia, zachowania zdrowotne mające wpływ i często decydujące o pojawieniu się jednostek chorobowych. W badaniach podkreśla się znaczący wpływ religii na zdrowie psychiczne, co wyraża się lepszym samopoczuciem, wyższą jakością życia, jak również niższym wskaźnikiem depresji, lęku czy samobójstw, które odnotowano wśród osób religijnych⁶¹⁶.

Jednym z najczęściej badanych elementów zachowań zdrowotnych, na który ma wpływ religia, jest dieta oraz jej zasady. Zasady żywieniowe wynikają z uwarunkowań społecznych i kulturowych, ale przede wszystkim religijnych. Wynikają z nabytej wiedzy, a także utrzymywanej tradycji. Ponadto żywność ma też symboliczny potencjał jako identyfikator etniczny i religijny. Często zasady żywieniowe stanowią rozpoznawalny element przynależności do konkretnej religii, np. gdy ktoś mówi, że nie je wieprzowiny, inni członkowie społeczeństwa często zakładają, że ta osoba jest Żydem, muzułmaninem lub adwentystą. Wszystkie religie posiadają „zasady” zdrowotne i żywieniowe, które są wyraźnie określone dla wyznawców w tekstach tzw. świętych pism.

Liczne badania opisują zróżnicowaną śmiertelność ogólną oraz śmiertelność zależną od wieku i płci w różnych grupach religijnych. Wielu badaczy zwraca również uwagę na zróżnicowane wskaźniki zapadalności na choroby układu krążenia, nadciśnienie i udary, niektóre nowotwory, choroby jelit, jak również ogólny stan zdrowia w poszczególnych grupach religijnych⁶¹⁷. Być może ważna jest tutaj nie sama religia, ale religijność, czyli – jak to w większości definiowali respondenci moich badań – przestrzeganie określonych przez religię zasad, w tym również dietetycznych. Jak pokazują badania innych naukowców, religijność przyczynia się do obniżenia stresu i wydłużenia życia. Ponadto religijność przyczynia się do zdrowszego stylu życia, a nawet – jak wynika z badań moich oraz innych badaczy – może go wykształcić, wypracować. Dotychczasowy styl życia i praktykowane zachowania zdrowotne ulegają zmianie pod wpływem przyjmowanych doktryn i przekonań religijnych.

Często jednak pewne zachowania są kontynuowane w dorosłym życiu, choć nie zawsze ludzie wiedzą, z czego wynikają praktykowane przez nich zasady. Jest to rezultatem procesu socjalizacji, jaki zachodzi w rodzinie – praktykowane zasady przyjmowane są przez

⁶¹⁶ S.R. Weber, K.I. Pargament, *The role of religion and spirituality in mental health*, „Curr Opin Psychiatry” 2014, vol. 27, number 5, s. 358-363.

⁶¹⁷ B. Shatenstein, P. Ghadirian, *Influences on Diet. Health Behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups*, „Nutrition”, vol. 14, No. 2 1998, s. 223-230.

dzieci, ponieważ tak robili rodzice. Wówczas przyjmuje się je jako coś „normalnego” i nie ma potrzeby zagłębiania się, „co z czego wynika” i „czemu jest tak, a nie inaczej”. Dopiero zetknięcie się z „czymś nowym”, religią, kulturą, powoduje, że człowiek zaczyna się zastanawiać i zgłębiać zasadność praktykowanych zachowań. Wówczas zaczyna się również modyfikować zachowania, styl życia podporządkowując do „nowych” przekonań i zasad. Ponadto styl życia jest konsekwencją uczestnictwa w kulturze i nie jest „indywidualnym i niepowtarzalnym wzorem zachowań jednostki”⁶¹⁸. Z jednej strony więc styl życia jest determinowany poprzez uczestnictwo w kulturze i religii. Niektórzy badacze uważają, że to właśnie uczestnictwo w kulturze – ja rozszerzam to o uczestnictwo w religii – określa konkretny styl życia⁶¹⁹. Z drugiej zaś strony styl życia wywiera wpływ na uczestniczenie w danej kulturze i religii, dostosowując ją nieco do zmieniającego się świata, własnego rozumienia świata czy interpretacji Świętych Ksiąg.

Różnorodność kultur i religii wymusza jakoby zmianę postaw społeczeństwa wobec tych, którzy praktykują odmienny styl życia, zrozumienie i uszanowanie tej różnorodności i odmienności. Prowadzi się wiele badań skupiających się na wpływie praktykowanych zasad stylu życia wynikających z przekonań religijnych na zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne, przebieg leczenia, utrzymanie wysokiej jakości życia, długość życia. Nie odnalazłam jednak badań mających na celu *stricte* wyłonienie wspólnych cech i zasad zachowań zdrowotnych pięciu największych religii świata. Najczęściej w dyskusjach pojawia się zagadnienie różnic przekonań i interpretacji zapisów Świętych Ksiąg, co nierzadko pogłębia dystans pomiędzy wyznawcami poszczególnych religii. Należy jednak dążyć do wzajemnego zrozumienia, odnalezienia wspólnych cech i zasad wspomagających zdrowie i rozwój. Jak pokazują badania, pomimo wielu różnic doktrynalnych, różnic w pochodzeniu i różnych tradycji pięć największych religii świata posiada wiele wspólnych zasad wpierających zdrowie. Należy je propagować i podkreślać, a tym samym niwelować i zapobiegać uprzedzeniom społecznym.

Analiza zasad zachowań zdrowotnych w różnych religiach przeprowadzona przez wielu badaczy pokazuje, że religia ma znaczący głos w przypadku niepalenia tytoniu, niespożywania alkoholu, utrzymywania aktywności fizycznej i diety. Jak pokazują badania, wpływa ona na zdrowie człowieka poprzez trzy aspekty – psychologiczny, behawioralny oraz

⁶¹⁸ P. Nosal, *Styl życia a uczestnictwo w kulturze pytania o wzajemne relacje i metodologiczny punkt ciężkości w badaniach stylów życia*, *Kultura i społeczeństwo*, 2010, nr 2, s. 21-36.

⁶¹⁹ D. Chaney, *Lifestyle*, Routledge London/New York 1996.

społeczny, środowiskowy. Dzięki psychologicznemu wpływowi religii na zdrowie człowiek lepiej radzi sobie ze stresem, zaburzeniami depresyjnymi, charakteryzuje się bardziej pozytywnym i pogodnym nastawieniem do życia. Liczne badania potwierdzają pozytywny wpływ na religii na zdrowie psychiczne⁶²⁰.

Społeczny aspekt wpływu religii na człowieka przejawia się tym, że ludzie praktykujący i uczestniczący w społeczności religijnej otrzymują większe wsparcie ze strony otaczającego środowiska. Ponadto człowiek religijny rozwija w sobie cechy takie jak uczciwość, odwaga, niezawodność, altruizm, hojność, przebaczenie, cierpliwość, pokora, a także inne cechy wspierające stosunki i relacje społeczne. Ich pielęgnowanie daje poczucie spełnienia, realizacji samego siebie, lepszego samopoczucia psychicznego, co przekłada się na pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne.

Ostatnim obszarem, na jaki religia ma znaczący wpływ, są zachowania zdrowotne. Wnioski z przeprowadzonych przez mnie badań również pokazują, iż religia ma wpływ na niespożywanie alkoholu lub ograniczanie jego ilości, żadna religia nie popiera także palenia tytoniu. W większości religie propagują zasady dietetyczne mające pozytywny wpływ na zdrowie.

Wszelkie praktyki religijne, przestrzeganie zasad określonych przez Boga czy siłę transcendentną (bez względu na to, jakie imię nadają poszczególne religie – Jahwe, Allah, HaSzem, Kriszna itd.) ma pozytywny wpływ na człowieka i jego zdrowie. Badania wielu badaczy ukazują, że osoby wierzące lepiej znoszą stres, lepiej i szybciej radzą sobie z problemami. Ponadto osoby wierzące również bardziej dbają o swoje zdrowie. Najlepszym i najbardziej dobitnym dowodem na pozytywny wpływ religii na zdrowie są słowa Gertrude Baines. Gdy miała 112 lat, zapytano ją, jak myśli, dlaczego tak długo żyje, a ona odpowiedziała krótko: „Zapytaj Boga. Dbalam o siebie i żyłam tak, jak On chciał”⁶²¹

⁶²⁰ H.G. Koenig, *Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors*, „International Journal Psychiatry in Medicine”, nr 31 (1) 2001, s. 97-109.

⁶²¹ H.G. Koenig, *Religion, Spirituality and Health: The research and Clinical Implications*, „International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry”, Vol. 2012, article ID 278730, s. 12.

BIBLIOGRAFIA:

1. **Adamski F.**, *Hasło: Religia*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
2. **Adler F.**, *The religion of duty*, New York McClure Phillips&Co, New York 1905.
3. **Andrews M. M.**, *Theoretical Foundation of Transcultural Nursing*, w: *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Third edition, red. Andrews M. M., Boyle J. S., Lippincott, Philadelphia 1999.
4. **Angrosino M.**, *Badania etnograficzne i obserwacyjne*, Wyd. PWN, Warszawa 2010.
5. **Antonovsky A.**, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Wyd. IPN, Warszawa 1996.
6. **Apanowicz J.**, *Metodologia ogólna*, Wyd. Bernardinum, Gdynia 2002.
7. **Bacchiocchi S.**, *Wino w Biblii*, Wyd. Orion, Radom 2012.
8. **Banaszek M.**, *Historia kościoła katolickiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2005, tom 1 wyd. 2.
9. **Banaszek M.**, *Historia kościoła katolickiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2005, tom 1 wyd. 2 (wersja pdf).
10. **Barić L., Osińska H.**, *Ludzie w środowiskach*, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa 1999.
11. **Bhaktivedanta Swami Prabhupada A.C.** *Bhagavad-gita Taka Jaką Jest*. Z sanskrytu na angielski, z angielskiego na polski: NN, Bhaktivedanta Book Trust, Warszawa 1986.
12. **Bhakti Vikaśa Swami**, *Przewodnik dla początkujących dla Świadomości Kryszny*, English Revised Edition, Wrocław 1999.
13. **Bień-Skorupka M.** *Buddyzm a życie codzienne jego wyznawców*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2008.
14. **Bieńko M., Kwak A., Rosochacka-Gmitrzak M.**, *Wciąż jeszcze w gnieździe rodzinnym? Socjologiczne spojrzenie na młodych dorosłych*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2017.
15. **Bik B., Przewoźniak L.**, *Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia*, w: W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005, s. 145-164.
16. **Biblia Polska**, Towarzystwo Biblijne w Polsce, Warszawa 2007.
17. **Binkowska-Bury M., Marć M., Januszewicz P.**, *Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej*, *Medycyna Ogólna*, 2010, 16 (XLV), 1.

18. **Bonney R.**, *Reflections on the Differences Between Religion and Culture*, Clinical Cornerstone. 2004;611].
19. **Borzucka-Sitkiewicz K.**, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
20. **Borutko T., Wal J.**, *Zarys socjologii religii*, Wyd. Czuwajmy, Kraków 2012.
21. **Bowie F.**, *Antropologia religii, Wprowadzenie*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
22. **Bralczyk J.** *Szlachetne zdrowie*, Charaktery nr. 56 (2004).
23. **Brunner-Traut E.**, *Pięć wielkich religii świata*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2002.
24. **Brzeziński T.** (red), *Historia medycyny*, Wyd. PZWL, Warszawa 1988.
25. **Campbell C. T., Campbell T. M.**, *Nowoczesne zasady odżywiania*, Wyd. Galaktyka, Łódź 2011.
26. **Chat E.**, *Religia w życiu człowieka, Istota, geneza i funkcje religii*, Wyd. Diecezjalne i drukarnia w Sandomierzu, Sandomierz 2009.
27. **D. Chaney**, *Lifestyle*, Routledge London/New York 1996.
28. **Charzyńska-Gula M.**, *Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego*, Wyd. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2001.
29. **Chruściel P., Ciechaniewicz W.**, *Edukacja zdrowotna z elementami teorii wychowania*, Wyd. PZWL, Warszawa 2018.
30. **Cohen A.**, *Talmud*, Cyklady, Warszawa 2012.
31. **Coruh B., Ayele H., Pugh M., Mulligan T.**, *Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature*, Explore 2005, vol. 1, No. 3.
32. **Cylkowska-Nowak M.**, *Edukacja zdrowotna: możliwości, problemy, ograniczenia*, Wyd. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008.
33. **Czarnowski S.**, *Kultura*, Wyd. Żak, Warszawa 2005.
34. **Czerniejewska I.**, *Edukacja wielokulturowa. Działania podejmowane w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2013.
35. **Demel M.**, *Pedagogika zdrowia*, Wyd. WSiP, Warszawa 1980.
36. **Demel M.**, *Repetycje, Wybrane zadania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu*, Wyd. Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa 2008.

37. **Demel M.**, *O wychowaniu zdrowotnym*, Wyd. PZWL, Warszawa 1968.
38. **Demel M.**, *Wychowanie zdrowotne: geneza, rozwój, stan posiadania, perspektywy*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr. 1 (1992).
39. **Demel M., Mazurkiewicz E., Wentlandtowa H.**, *Pedagogika Zdrowia* [w:] Okoń W. (red) Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych, Wyd. PWN, Warszawa 1976.
40. **Danecki J.**, *Podstawowe wiadomości o islamie*. Dialog, Warszawa 1998.
41. **Durkheim E.**, *Elementarne formy życia religijnego, System totemiczny w Australii*, Wyd. PWN, Warszawa 2010.
42. **Eliade M.**, *Historia wierzeń i idei religijnych*, Wyd. PAX, Warszawa 1994.
43. **Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku**, Wyd. Żak, Warszawa 2003.
44. **Encyklopedia Religie Świata**, Wyd. PWN, Warszawa 2006.
45. **Encyklopedia Religii, tom 5** Wyd. PWN, Warszawa 2003.
46. **Endsjø D. Ø.**, *Seks a religia*, Wyd. Czarna Owca, Warszawa 2011.
47. **Filipiak M.**, *Socjologia kultury zarys zagadnień*, Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996.
48. **Foster V. W.**, *Zaczynj od nowa. Zdrowy styl życia dla ciebie i twojej rodziny*, Wyd. Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 1996.
49. **Foster V. W.**, *Sekrety Zdrowia*, Wyd. Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2008.
50. **Fraser G. E.**, *Diet as Primordial Prevention in Seventh-Day Adventists*, Preventive Medicine 29, S18–S23 (1999) Article ID pmed.1998.0415, available online at www.idealibrary.com
51. **Gajda J.**, *Pedagogika kultury w zarysie*, Wyd. Impuls, Kraków 2016.
52. **Gary E. Fraser**, *Diet as Primordial Prevention in Seventh-Day Adventists*, Preventive Medicine (1999) 29, S18–S23 Article ID pmed.1998.0415.
53. **Gawęcki J., Roszkowski G.**, *Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2009.
54. **Global Christianity, A Report on the Size and Distribution of the World's Christian Population**, Pew Research Center, Washington 2011.
55. **Gnitecki J.**, *Wprowadzenie do metod badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Naukowe WSPiA, Poznań 2006, s. 11-12; cyt. za S. Palka, *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Wyd. Pedagogika GWP, Gdańsk 2010.

56. **Gniazdowski A.** (red.), *Zachowania zdrowotne*. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990.
57. **Gochman D.S.**, *Health Behavior*, Springer US 1998, ISBN: 978-1-4899-0833-9, s. 3-17.
58. **Gosztyła G. T.**, *Rodzinne uwarunkowania dojrzałej religijności młodzieży*, Wyd. KUL, Lublin 2010.
59. **Gottwald F., Kolmer L.**, *Jedzenie, rytuały i magia*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza SA, Warszawa 2009.
60. **Górak-Sosnowska K., Kubarek M.**, *W kręgu kultury islamu. Materiały dydaktyczne dla nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Stowarzyszenie ARABIA.pl, Polski Komitet ds. UNESCO, Warszawa 2007.
61. **Greil A., McQuullan J., Benjamins M., Johson D.R., Jahson K., Heinz Ch.**, *Specifying the effects of religion on medical helpseeking: The case of infertility*, „Social Science&Medicine”, nr 71 2010, s. 734-742.
62. **Grzybowski P. P.**, *Edukacja międzykulturowa – przewodnik, Pojęcia – Literatura – adresy*, Impuls, Kraków 2008.
63. **Gudaszewski G., Chmielewski M.** (red.), *Wyznania religijne Stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006- 2008*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.
64. **Harding D. E.**, *Religie świata podręcznik dla otwartych umysłów*, Wydawnictwo Wrocławskie, Wrocław 1998.
65. **Hawsk S. R., Madanat H. N., Merrill R. M., Goudy M. B., Miyagawa T.**, *A cross-cultural analysis of motivation for eating as a potential factor in the emergence of global obesity: Japan and United States*, Health Promotion International, nr 2 2003, s. 153-162.
66. **Hixson K. A., Gruchow H. W., Morgan D. W.**, *The Relation between Religiosity, Selected Health Behaviors, and Blood Pressure among Adult Females*, PREVENTIVE MEDICINE 27, 545–552 (1998) ARTICLE NO. PM970321.
67. **Hofstede G.**, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2000.
68. **Hoffman H.**, *Naukowa refleksja nad religiami* [w:] Siwiec M (red.) Słownik wiedzy o religiach, Wyd. Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007.
69. **Jabbour S., Fouad F.M.**, *Religion-based tobacco control interventions: how should WHO proceed?*, Bull World Health Organ 2004;82:923-7.

70. **Jarosz E., Wysocka E.**, *Diagnoza psychopedagogiczna - podstawowe problemy i rozwiązania*, Wyd. Żak, Warszawa 2006.
71. **Jasiewicz J., Zybert E.B. (red)**, *Czas przemiany- czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014.
72. **Juczyński Z.**, *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*, „Przeгляд Psychologiczny” 1999, nr 4.
73. **Juczyński Z.**, *Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
74. **Juczyński Z.**, *Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
75. **Kameraz-Kos N.**, *Święta i obyczaje żydowskie*, Wydawnictwo Cyklady, Warszawa 1997.
76. **Karen Hye-cheon Kim**, *Religion, body satisfaction and dieting*, *Appetite* 46 (2006) 285–296.
77. **Karen Hye-cheon Kim**, *Religion, weight perception and weight control behavior*, *Eating behaviors* 8 (2007) 121- 131.
78. **Katechizm Kościoła Katolickiego**, Wyd. Pallotinum, Poznań 1994.
79. **Karski J. B.**, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, wydanie V, Warszawa 2011.
80. **Karski J. B.**, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2003.
81. **Kameraz-Kos N.**, *Święta i obyczaje żydowskie*, Wyd. Cyklady, Warszawa 1997.
82. **Kawczyńska-Butrym Z.**, *Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi*, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, nr. 10 (1997).
83. **Keller J.**, *Religia*, w: J. Keller, W. Kotański, W. Tyloch, B. Kupis (red.), *Zarys dziejów religii*, Wyd. Iskry, Warszawa 1986.
84. **Kempny M., Kapciak A., Łodziński S. (red)**, *U progu wielokulturowości. Nowe oblicza społeczeństwa polskiego*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1997,
85. **Keown D.**, *Buddyzm*, Wyd. Prószyński S-ka, Warszawa 1997.
86. **Kickbusch I.**, *21st century determinants of health and wellbeing. A new challenge for health promotion*, *Global Health Promotion*, No 19 (3) 2012.
87. **Kim K.H., Sobal J., Wethington E.**, *Religion and body weight*, *International Journal of Obesity*, nr 27 (2003), s. 469 – 477.

88. **Klimczak K., Majda A.**, *Zachowania zdrowotne obcokrajowców studiujących w Krakowie na kierunku lekarskim*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011; 19 (1): 55–62.
89. **Klimowicz A.** (red.), *Edukacja międzykulturowa. Poradnik dla nauczyciela*, Wydawnictwa CODN, Warszawa 2004.
90. **Kłosowska A.**, *Kultura masowa*, Wyd. PWN, Warszawa 1980.
91. **Kłosowska A.**, *Kultura masowa*, Wyd. PWN, Warszawa 2005.
92. **Kłosowska A.**, *Socjologia kultury*, Wyd. PWN, Warszawa 1983.
93. **Koran**, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1986.
94. **Kodeks Prawa Kanonicznego**, Pallottinum, Poznań 2008.
95. **Koenig H. G.**, *Religion and Medicine II: Religion mental health and related behaviors*, International Journal of Psychiatry in Medicine, vol. 31 (1) 2001, str. 97-109.
96. **Koenig H. G.**, *Religion, Spirituality and Health: The research and clinical Implications*, ISRN Psychiatriy, vol. 2012 article ID 278730.
97. **Koenig H. G., King D. E., Carson V. B.**, *A history of religion, medicine, and healthcare w Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press, New York, NY, USA, 2 edycja, 2012 , s. 15–34.
98. **Kolb D. A.**, *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Person Education Limited, London 2015
99. **Korporowicz L.**, *Wielokulturowość a międzykulturowość. Od reakcji do interakcji*, w: M. Kempny, A. Kapciak, S. Łodziński (red), *U progu wielokulturowości. Nowe oblicza społeczeństwa polskiego*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 70-71.
100. **Knott K.**, *Hinduizm*. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2000.
101. **Krok D.**, *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*, Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2009
102. **Kudelska M.**, *Hinduizm*, Wyd. WAM, Kraków 2006.
103. **Kulik T. B., Pacian A.**, *Zdrowie publiczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2014.
104. **Kumor B.**, *Historia Kościoła*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001.
105. **Lanczakowski G.**, *Hasło: Religia*, [w:] Religie Świata Encyklopedia PWN, Warszawa 2006.
106. **Lee B.Y., Newberg A.B.**, *Religion and health: a review and critical analysis*. Zygon 2005;40:443-68.
107. **Lee J. G.**, *Strategies for healthcare facilities, construction, and real estate management*,

- Healthcare financial management, Maj 2012, 94-101.
108. **Lehman A., Myers C.I., Hames E. (red)**, *Magical, Witchcraft and Religion: an Anthropological Study of Supernatural*, Maryfield Publishing Co., wydanie czwarte, Mountain View, CA 1997, s. 3; za: F. Bowie, *Antropologia religii wprowadzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 23.
 109. **Leowski J.**, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wyd. CEDEWU, Warszawa 2011.
 110. **Lewowicki T., Szczurek-Boruty A., Grabowska B. (red.)**, *Spoleczne uwarunkowania edukacji międzykulturowej, Konteksty teoretyczne tom 1*, Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa-Toruń 2009.
 111. **Lewowicki T., Szczurek-Boruty A., Grabowska B. (red.)**, *Spoleczne uwarunkowania edukacji międzykulturowej, Problemy praktyki oświatowej tom 2*, Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa-Toruń 2009.
 112. **Lewowicki T., Różańska A., Klajmon- Lech U. (red.)**, *Religia i edukacja międzykulturowa*, Adam Marszałek, Cieszyn-Warszawa-Toruń 2012.
 113. **Lewowicki T., Szurek-Boruta A., Grabowska B. (red.)**, *Kultura w edukacji międzykulturowej - konteksty teoretyczne i społeczno- polityczne*, Adam Marszałek, Cieszyn- Warszawa- Toruń 2013.
 114. **Lewowicki T., Ogrodzka-Mazur E., Szczurek-Boruta A.**, *Edukacja międzykulturowa w Polsce i na świecie*, Wyd. UŚ, Katowice 2000
 115. **Levin J. S.**, *How religion influence morbidity and health: reflection on natural history salutogenesis and host resistance*; Soc. Sci. Med. Vol. 43, No. 5; 849- 864 (1996).
 116. **Libiszowska-Żółtkowska M.**, *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła Katolickiego. Promocja Zdrowia*, Nauki Społeczne i Medycyna, Nr. 12-13 (1997).
 117. **Ludington A., Diehl H.**, *Zadbaj o swoje zdrowie*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2006.
 118. **Lynn Rew, Y. Joel Wong, L.L.B.**, *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*, „Journal of Adolescent Health” 38 (2006) 433–442.
 119. **Łaszek M., Nowacka E., Szatko F.**, *Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych*, Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 114-119.

120. **Łobocki M.**, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 1999.
121. **Łobocki M.**, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2000,
122. **Łyko Z.**, *W trosce o zdrowie*, Wyd. Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 1995.
123. **Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.**, *Pielęgniarstwo Transkulturowe Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
124. **Majewski M., Zimonia H.**, *Religioznawstwo w katechezie*, Inspektorat Towarzystwa Salezjańskiego, Kraków 1987.
125. **Matsumoto D., Juang L.**, *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
126. **Malinowski B.**, *Wierzenia pierwotne i formy ustroju społecznego. Pogląd na genezę religii ze szczególnym uwzględnieniem totemizmu*, PWN, Warszawa 1984.
127. **Marek A., Skowron-Nalborczyk A.**, *Nie bój się islamu. Leksykon dla dziennikarzy*, Wyd. Więź, Warszawa 2005.
128. **Marzec-Holka K.**, *Spoleczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000.
129. **Melosik Z.**, *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999
130. **Michalak L., Trocki K., Bond J.**, *Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking?* Drug and Alcohol Dependence 87 (2007) 268–280.
131. **Modrzewski J.**, *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2007.
132. **Narodowy Program Trzeźwości**, Wydawnictwo Fundacji „Signum Magnum”, Warszawa 2018.
133. **Nasr S. H.**, *Istota Islamu*, PAX, Warszawa 2010.
134. **Nieman D. C.**, *Adwentystyczny styl życia*, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2001.
135. **Nikitorowicz J.**, *Kreowanie tożsamości dziecka*, Wyd. GWP, Gdańsk 2005.
136. **Nikitorowicz J.**, *Edukacja regionalna i międzykulturowa*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.

137. **Nikitorowicz J.**, *Spotkanie i dialog kultur – wymiary edukacji międzykulturowej*, w: T. Pilch (red.), *O potrzebie dialogu kultur i ludzi*, „Żak”, Warszawa 2000.
138. **Nosal P.**, *Style życia a uczestnictwo w kulturze, pytania o wzajemne relacje i metodologiczny punkt ciężkości w badaniach stylów życia*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 2, 2010, s. 21-36.
139. *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, tom 5, Wyd. PWN, Warszawa 1996.
140. **Nowak S.**, *Metodologia badań socjologicznych*, Wyd. PWN, Warszawa 1970, s. 224.
141. **Nydahl Lama Ole**, *O naturze rzeczy. Współczesne wprowadzenie do buddyzmu.*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 2008.
142. **Niezbędnik inteligenta**, *Religie świata*, „Polityka” 6/2009.
143. **Okoń W.** (red), *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*, Wyd. PWN, Warszawa 1976.
144. **Opolski J., Wysocki M. J.**, *Zdrowie 2020 – nowe założenia polityki zdrowotnej, cz. I*, Przegląd epidemiologiczny 2013; 67: 87-91.
145. **Osho [Bhagwan Shree Rajneesh]**, *Techniki medytacyjne*, Wyd. KOS, Katowice 2004.
146. **Ostrowska A.**, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, IFiS PAN, Warszawa 1999.
147. **Ossowski S.**, *Z zagadnień psychologii społecznej, Dzieła t.3*, Wyd. PWN, Warszawa 1967.
148. **Oświadczenia, zalecenia i inne dokumenty Generalnej Konferencji Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego**, Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”, Warszawa 2003.
149. **Palka St.**, *Metodologia badań, praktyka pedagogiczna*, Wyd. GWP, Gdańsk 2006.
150. **Palka S.**, *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Wyd. GWP, Gdańsk 2010.
151. **Paolucci G., Eid C.**, *Islam Sto pytań odpowiada Samir Khail Samir*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004.
152. **Park C. L., Edmondson D., Hale-Smith A., Blank T. O.**, *Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle?*, J Behav Med (2009) 32:582–591.
153. **Peter H. Van Ness**, *Epidemiology and the study of religion*, Religion 33 (2003) 147–159.
154. **Piątkowski W., Brodniak W.A. (red)**, *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyd. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005.

155. **Piechaczek-Ogierman G.**, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009.
156. **Pilch T., Bauman T.**, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Żak, Warszawa 2001.
157. **Pilch T.** (red), *O potrzebie dialogu kultur i ludzi*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.
158. **Piwowarski W.**, *Socjologia religii Antologia tekstów*, Wyd. NOMOS, Kraków 2012.
159. **Piwowarski W.**, *Socjologia religii*, Wyd. Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996.
160. **Polok W.**, *Geneza i wczesny rozwój adwentyzmu europejskiego*, Signa Temporis, Podkowa Leśna 2008.
161. **Podczasik M.**, *Rodzina i religijność jej dzieci a stosunek do wiary*, Family Forum, nr. 4 [2014].
162. **Poniewierska M., Trzeciński Ł.**, hasło: Chrześcijaństwo, w: *Religia. Encyklopedia PWN*, PWN, Warszawa 2001, tom 2.
163. **Puchalski K.**, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych* [w:] Gniazdowski A. (red): *Zachowania zdrowotne*, Wyd. Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990.
164. **Rachna Joshi**, *Kamasutra, Zmysłowa kobieta, Męczyzna uwodzicielski*, wyd. MUZA SA, Warszawa 2003.
165. **Radzewicz-Winnicki A.**, *Spółeczeństwo w trakcie zmiany. Rozważania z zakresu pedagogiki społecznej i socjologii transformacji*, Wyd. GWP, Gdańsk 2005.
166. **Reindl Benjamins M., Brown C.**, *Religion and preventative health care utilization among the elderly*, *Social Science & Medicine* 58 (2004) 109–118.
167. **Robinson F.**, *Wielkie kultury świata. Islam* (przekład Pierzchała J., Dziekan M.), Świat Książki, Warszawa 1996.
168. **Roman E.**, *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*, Wyd. Eruditus, Poznań 1998.
169. **Roman E.**, *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*, *Forum Oświatowe* nr. 1 (1994).
170. **Różańska A.**, *Religijność i tożsamość religijna w badaniach międzykulturowych i praktyce edukacyjnej*, w: T. Lewowicki, A. Różańska, U. Klajmon-Lech (red.), *Religia i edukacja międzykulturowa*, Cieszyn-Warszawa-Toruń: Wyd. Adam Marszałek 2012,

- s. 59-75.
171. **Schweer T.**, *Judaizm*, Verbitum, Warszawa 2003.
 172. **Seybold K.S., Hill P.C.**, *The role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health*, „Current Directions in Psychological Science”, Volume: 10 issue: 1, page (s): 21-24.
 173. **Seyyed Hossein Nasr**, *Istota Islamu*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2010.
 174. **Severino G., Wilson C., Turnbull D., Duncan A., Gregory T.**, *Attitudes towards and beliefs about colorectal cancer and screening using the faecal occult blood test within the Italian-Australian community*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, nr. 10 2009, s. 387-394.
 175. **Sęk H.**, *Znaczenie zachowań zdrowotnych w psychoonkologii*, w: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
 176. **Sęk H.**, *Psychologia kliniczna*, Wyd. PWN, Warszawa 2006.
 177. **Siadkowski A., K.**, *Tożsamość islamska i edukacja. Studium teoretyczno-empiryczne na przykładzie mniejszości jemeńskiej w Polsce*, Gliwice 2007, ISBN 978-83-925641-0-2.
 178. **Shatenstein B., Ghadirian P.**, *Infulences on Diet. Health Behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups*, „Nutrition”, vol. 14, No. 2 1998, s. 223-230.
 179. **Siciński A.**, *Styl życia, Kultura, Wybór Szkice*, Wyd. IFIS PAN, Warszawa 2002.
 180. **Siciński A.**, *Problemy teoretyczne i metodologiczne stylów życia*. Wyd. IFiS, Warszawa 1980.
 181. **Siwiec M.** (red), *Słownik wiedzy o religiach*, Wyd. Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007.
 182. **Siwacki M.**, *Słownik wiedzy o religiach*, Wyd. Park Edukacja, Bielsko-Biała 2007.
 183. **Skalbania B.**, *Diagnostyka pedagogiczna, wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Impuls Wydanie III, Kraków 2013.
 184. **Sloan R. P., Bagiella E., Powell T** *Religion, spirituality, and medicine*, THE LANCET, Vol. 353 February 20 (1999) 664-667.
 185. **Słociak E., Bartnikowska E.**, *Ocena profilu lipidowego i całkowitego potencjału antyoksydacyjnego (TSA) surowicy mężczyzn - członków Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego z Warszawy*, „Żywienie człowieka i metabolizm”, 2007, XXXIV, nr 3-4.

186. **Słońska Z., Misiuna M.:** *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów.* Warszawa 1994.
187. **Słońska Z.,** *Kompetencje zdrowotne (health literacy) i ich znaczenie dla zdrowia,* w: J. Jasiewicz, E.B. Zybert (red), *Czas przemiany- czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka,* Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014, s. 340-353.
188. **Spiegel P.,** *Co znaczy koszerne? Żydowska wiara i życie,* KOS, Katowice 2009.
189. **Solomon N.,** *Judaizm,* Wyd. Prószyński i S- ka, Warszawa 1997.
190. **Suchman E. A.,** *Sociomedical Variations among Ethnic Group,* American Journal of Sociology, nr 70 (1964).
191. **Suliga E.:** *Zachowania zdrowotne.* Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004.
192. **Surzykiewicz J.,** *hasło: Holizm,* Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku tom 2 Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2003.
193. **Sygit M.,** *Zdrowie Publiczne,* Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
194. **Syrek E.,** *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze,* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008.
195. **Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K.,** *Edukacja Zdrowotna,* Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
196. **Syrek E.,** *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim, Studium pedagogiczno-społeczne,* Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997.
197. **Syrek E.,** *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki,* „Pedagogika społeczna”, nr 2 (72), 2019.
198. **Syrek E.,** *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych* [w:] Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (red), *Edukacja zdrowotna,* Wyd. W AiP, Warszawa 2009.
199. **Syrek E.,** *Kulturowe aspekty zachowań zdrowotnych w sytuacji zmiany społecznej,* [w:] Marzec-Holka K., *Spółeczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej,* Wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000.
200. **Syrek E.,** *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych,* w: B. Zawadzka, T. Łączek (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017.

201. **Szacki J.** (red.), *Historia myśli socjologicznej*, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
202. **Szepański J.**, *Elementarne Pojęcia Socjologii*, Wyd. PWN, Warszawa 1970.
203. **Szlendak T.** *Socjologia rodziny, Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Wyd. PWN, Warszawa 2011.
204. **Szumski J.**, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wyd. PWN, Warszawa 1984.
205. **Szyszko-Bohusz A.**, *Hinduizm, buddyzm, islam*, Seria Wydawnicza PAN, Kraków 1990.
206. **Szopski M.**, *Komunikowanie międzykulturowe*, Wyd. WSiP, Warszawa 2005.
207. **Śliwierski B., Kwieciński Z.**, *Pedagogika*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
208. **Tannahill A.**, *Health promotion: the Tannahill model revisited*, Public Health nr 123 (2009) s.396-399.
209. **Titkow A.**, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, PWN, Warszawa 1973.
210. **Tora Parades Lauder**, *Księgi I-V*, tłum. Rabin Sacha Pecaric, Wyd. Stowarzyszenie Pardes, Kraków 2006.
211. **Tworuschka M., Tworuschka U.**, *Chrześcijaństwo*, Wyd. AGORA Warszawa 2009.
212. **Tworuschka M., Tworuschka U.**, *Judaizm*, Wyd. AGORA, Warszawa 2009.
213. **Tworuschka M., Tworuschka U.**, *Islam*, Wyd. AGORA, Warszawa 2009.
214. **Tworuschka M., Tworuschka U.**, *Buddyzm*, Wyd. AGORA, Warszawa 2009.
215. **Tworuschka M., Tworuschka U.**, *Hinduizm*, Wyd. AGORA, Warszawa 2009.
216. **Unterman A.**, *Żydzi wiara i życie*, Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 2002.
217. **Ujsal A.**, *Uczę się oczyszczania i modlitwy*, Wyd. ERKAM, Stambuł 2019.
218. **Walentynowicz-Moryl K.**, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, Hygeia Public Health, nr 52 (1) 2017.
219. **Weber S.R., Pargament K.I.**, *The role of religion and spirituality in mental health*, „Curr Opin Psychiatry” 2014, vol. 27, number 5, s. 358-363.
220. **White E. G.**, *Medyczna praca misyjna*, Wyd. Orion, Radom 2009.
221. **White E. G.**, *Wielki bój*, Wyd. Znaki Czasu, Warszawa 2012.
222. **Winiarski M.**, *Rola rodziny w życiu jednostki, narodu i społeczeństwa globalnego*, Studia nad Rodziną 13/1-2 (2009).
223. **Wojtczak A.**, *Zdrowie Publiczne, najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, Wyd. CEDEWU, Warszawa 2017.

224. **Wojakowski D.**, *Wielokulturowość pogranicza wyzwaniem dla edukacji (z badań na Pograniczu polsko- ukraińskim)*, w: T. Lewowicki (red.), *Edukacja międzykulturowa w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
225. **Woynarowska B.**, *Edukacja Zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2010.
226. **Woynarowska B.**, *Edukacja Zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
227. **Woynarowska B.** (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
228. **Woynarowska B.** (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2001.
229. **Woynarowska B.** (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*, Wyd. HERA, Warszawa 1995.
230. **Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollar R., Kollarova M., Bajger B.**, *Związki stylu życia ze zdrowiem*, *Jurnal of Clinical Healthcare* nr 4 (2015).
231. **Wysocka E.**, *Młodość a Religia. Społeczny wymiar religijności młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
232. **Wysocka E.**, *Człowiek a środowisko życia - podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Wyd. Żak, Warszawa 2007.
233. **Zakrzewski J.**, *Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania*, „Przegląd Psychologiczny”, 1987, nr 3.
234. **Zawadzka B., Łączek T.** (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017.
235. **Zawadzka B.**, *Pedagogika zdrowia (ujęcie historyczne)*, w: B. Zawadzka, T. Łączek T (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017.
236. **Ziemski S.**, *Problemy dobrej diagnozy*, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
237. **Ziarko M.**, *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
238. **Ziemiański S.**, *Żywność a choroby cywilizacyjne. Żywność człowieka* 2001, sup. Nr XXVIII.
239. **Zieliński M.**, *Człowiek i religie*, ASTRUM, Wrocław 2000.
240. **Zola I.**, *Culture and Symptoms, An Analysis on Patients Presenting Complaints*, *American Journal of Sociology*, nr 31 (1964).

Netografia:

1. **Baza danych statystycznych** www.adherents.com (dostęp z dnia 20.12.2014).
2. **Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, art. 2**
www.prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/O/D20151916.pdf
(dostęp z dnia 27.11.2019).
3. **Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawa z dnia 18 listopada 2015 r. o zdrowiu publicznym, Art. 2**
www.prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001916
(dostęp z dnia: 25.03.2019)
4. **Milestone in Health Promotion Statements from Global Conferences**
www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
(dostęp z dnia 4.06.2019)
5. **Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem Szkoła Podstawowa,**
www.men.gov.pl/zycie-szkoly/ksztalcenie-ogolne/podstawa-programowa/podstawa-programowa-materialy-dla-nauczycieli.html (dostęp z dnia: 18.10.2017).
6. **Sak J.,** *Złożoność i różnorodność pojęć choroby*, Studia Metodologiczne tom 30 (2013) Wyd. Naukowe UAM, www.hdl.handle.net/10593/8420 (dostęp z dnia 15.11.2019)
7. **Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H.,** *BMC Public Health 2012*
www.bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80
(dostęp z dnia 4.07.2018),
8. **Oficjalna strona internetowa Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Polsce**
www.adwent.pl/o-kosciele/kim-jestesmy (dostęp 15.12.2014).
9. **Oficjalna strona internetowa Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Polsce**
www.adwent.pl/o-kosciele/historia (dostęp z dnia: 15.12.2015)
10. **Strona internetowa Leksykon dla dziennikarzy NIE BÓJ SIĘ ISLAMU**
www.wiez.pl/islam/index.php?id=6 (dostęp z dnia 20.05.2016)
11. **Portal internetowy Aktywie po Zdrowie** www.aktywniepozdrowie.pl/zwiazane-ze-stylem-zycia/189-dieta-muzumanow
(dostęp z dnia 10.01.2015).

12. **Związek Buddyjski Bencien Karma Kamtsang** www.benchen.org.pl/pl/kalendarz-tybetanski/buddyjskie-swietta-i-dni-specjalne-wedlug-kalendarza-ksiezycowego (dostęp z dnia: 25.03.2018).
13. **Przesłanie** Lamy Tharchin Rinpoche
www.vajrayana.org/media/files/files/7a48b5b8/Brief_Teaching_on_the_Practice_of_Tsok.pdf (dostęp z dnia 25.03.2018).
14. **Rigpa Shedra Wiki, Online Encyclopedia of *Tibetan Buddhism***
www.rigpawiki.org/index.php?title=Tsok (dostęp z dnia 25.03.2018).
15. **Strona internetowe Instytutu Żywności i Żywienia im. Prof. dra med. Aleksandra Szczygła**
www.izz.waw.pl/attachments/article/7/PiramidaZdrowegoZywieniaiAktywnosciFizycznejBroszura.pdf (dostęp z dnia 28.11.2019).
16. **Strona internetowy Naukowiec.org** www.naukowiec.org/dobor.html (dostęp z dnia 10.10.2013).

ANEKS

1. Kwestionariusz ankiety dla wyznawców różnych religii (chrześcijaństwa, buddyzmu, hinduizmu, islamu, judaizmu)
2. Dyspozycje do wywiadu eksperckiego z liderami, imamami, rabinami, pastorami i księżmi.
3. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wg. Z. Juczyńskiego
4. Autorski przewodnik do analizy treści dokumentów (Świętych Ksiąg)
5. Tabele

Aneks 1

Kwestionariusz ankiety dla wyznawców różnych religii

(chrześcijaństwa, buddyzmu, hinduizmu, islamu, judaizmu)

Szanowni Państwo!

*Polska staje się krajem wielokulturowym, wieloreligijnym, gdzie nie zawsze ludzie rozumieją odmienność stylu życia innych. Niniejsza ankieta stanowi element badań na temat stylu życia w różnych religiach (chrześcijaństwie, buddyzmie, hinduizmie, islamie, judaizmie). Ich analiza ma posłużyć propagowaniu zdrowego stylu życia w oparciu o zasady różnych religii oraz przybliżeniu społeczeństwu tych zasad. Informacje uzyskane od Państwa będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Ankieta jest **anonimowa** (proszę jej nie podpisywać). Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć „X”.*

Dziękuję za pomoc w prowadzeniu badań.

Badania prowadzi: mgr Ewelina Jaksz-Recmanik

Cześć I

1. Jak rozumie Pan/Pani pojęcie „styl życia”?
.....
.....
2. Jak Pana/Pani religia odnosi się do palenia tytoniu?
.....
.....
3. Jak Pana/Pani Święte Księgi odnosi się do palenia tytoniu?
.....
.....
4. Jak Pana/Pani religia odnosi się do spożywania alkoholu?
.....
.....
5. Jakie jest stanowisko Pana/Pani Świętego Księgi odnośnie spożywania alkoholu?
.....
.....
6. Czy w Pana/Pani religii określone są zasady dotyczące diety?
 - a. Tak
 - b. Nie
 - c. Inne
.....

7. Czy w Pana/Pani religii są zakazane pokarmy? (jeśli tak to których pokarmów nie wolno spożywać?)

8. Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub niespożywania określonych rodzajów pokarmu?

9. Jaka forma sportu jest najpopularniejsza wśród wyznawców Pana/Pani religii?

10. Czy w Pana/Pani religii jest określony w ciągu tygodnia dzień tzw. dzień święty, dzień odpoczynku, dzień modlitwy? (jeśli tak, to jaki jest to dzień?)

11. Czy w Pana/Pani religii określone są zasady świętowania tego dnia? Jeśli tak to jakie są to zasady i czego one dotyczą? (co można robić, a czego nie powinno się robić w tym dniu)
- a. Tak

- b. nie
12. Co Pan/Pani rozumie pod pojęciem „religia”?

13. Jak Pan/Pani rozumie pojęcie „religijność”?

II część

1. Uprawia Pan/Pani sport, ponieważ:
- To ma dobry wpływ na moje zdrowie.
 - Jest to moje hobby.
 - Jest to dla mnie forma relaksu.
 - Jest to praca nad moim umysłem i ciałem.

e. Inne

.....
.....
.....

2. Jaki rodzaj sportu Pan/Pani uprawia i dlaczego akurat taki?

.....
.....
.....

3. Jeśli nie uprawia Pan/Pani sportu, to z jakich względów:

- a. Ze względów zdrowotnych.
- b. Nie lubię żadnej dyscypliny sportowej.
- c. Nie mam czasu.
- d. Inne

.....

4. W jaki sposób Pan/Pani się relaksuje, odpoczywa?

.....
.....
.....
.....
.....

5. W jaki sposób spędza Pan/Pani swój dzień świąteczny?

.....
.....
.....

6. Czy pali Pan/ Pani tytoń?

- a) tak
- b) rzuciłem/rzuciłam palenie
- c) nie
- d) Inne

.....

7. Jak długo Pan/Pani pali tytoń?

- a) 0,5 roku,
- a) 1 rok,
- b) 2 lata,
- c) 3 lata i dłużej.
- d)

Inne.....

8. Z jakich względów nie pali Pan/Pani tytoniu?

- a. Ze względów zdrowotnych.
- b. Nie lubię ich zapachu.
- c. Ze względów religijnych.

- d. Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu.
- e. Inne

.....

9. Czy pije Pan/Pani alkohol?

- a. Tak
- b. Nie

10. Z jakich przyczyn Pan/Pani nie pije alkoholu?

- a. Nie lubię alkoholu.
- b. Zdrowotnych.
- c. Religijnych .
- d. Inne

.....

11. Jaki rodzaj alkoholu Pan/Pani pije i jak często?

- a. Piwo (jak często?
.....)
- b. Wino (jak często?
.....)
- c. Wódka (jak często?
.....)
- d. Inne
.....

12. Czy spożywa Pan/Pani mięso?

- a. Tak
- b. Nie

13. Jak często Pan/Pani je mięso?

- a. Codziennie
- b. 2-3 razy w tygodniu
- c. 1 raz w tygodniu
- d. Raz w miesiącu
- e. Inne

.....

14. Jakie rodzaje mięsa Pan/Pani spożywa?

- a. Wołowina tak nie
- b. Wieprzowina tak nie
- c. Drób tak nie
- d. Konina tak nie
- e. Baranina tak nie
- f. Inne

.....

15. Z jakich względów Pan/Pani nie spożywa wołowiny?

- a. Nie lubię jej.
- b. Jest zbyt droga.
- c. Względy zdrowotne.
- d. Względy religijne.

e. Inne

.....
16. Z jakich względów Pan/Pani nie spożywa wieprzowiny?

- a. Nie lubię jej.
- b. Względy zdrowotne.
- c. Względy religijne.
- d. Inne

.....
17. Z jakich względów Pan/Pani nie spożywa koniny?

- a. Nie lubię jej.
- b. Jest zbyt droga.
- c. Względy zdrowotne.
- d. Względy religijne.
- e. inne

.....
18. Z jakich względów Pan/Pani nie spożywa baraniny?

- f. Nie lubię jej.
- g. Jest zbyt droga.
- h. Względy zdrowotne.
- i. Względy religijne.
- j. Inne

.....
19. Czy kupując produkty spożywcze, tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, Pan/Pani sprawdza ich skład?

- a. Tak
- b. Nie (jeśli nie to dlaczego

.....
.....
.....)
20. Na zawartość jakich substancji Pan/Pani zwraca uwagę w składzie produktów spożywczych?

- a. Konserwanty,
- b. Substancje pochodzenia zwierzęcego, np. w słodczych,
- c. Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych,
- d. Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych,
- e. Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach
- f. Inne

.....
21. Z jakich względów przestrzega Pan/Pani obowiązujące w Pana/ Pani religii zasady?

- a. Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie.

- b. Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym.
- c. Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać.
- d. Inne

.....

Metryczka

Wiek

płeć

Stan cywilny

Jakiego jest Pan/ Pani wyznania religijnego?

- a) Buddyzm
- b) Islam
- c) Hinduizm
- d) Chrześcijanin
- e) Judaizm
- f) Inne

.....

Do jakiego Kościoła, nurtu, ugrupowania, szkoły Pan/ Pani należy?

.....

Jakiego wyznania są Pana/ Pani rodzice?

- a) takiego samego jak ja
- b) innego (jakiego?)

.....

Jak długo jest Pan/Pani wyznawcą tej religii?

.....

Jakie ma Pan/Pani wykształcenie?

- e) Podstawowe
- f) Zawodowe
- g) Średnie
- h) Wyższe

Aneks 2

Dyspozycje do wywiadu eksperckiego z liderami, imamami, rabinami, pastorami i księżmi.

Dyspozycje do wywiadu:

1. Jakie zasady dotyczące diety obowiązują w Państwa wyznaniu?
.....
.....
.....
2. Jakie jest stanowisko Państwa Kościoła odnośnie stosowania takich używek jak:
 - a. Tytoń
.....
.....
.....
 - b. Alkohol
.....
.....
.....
3. Czy Państwa wyznaniu zwraca się szczególną uwagę na aktywność fizyczną?
 - czy odgrywa ona szczególną rolę w życiu wyznawców?
.....
.....
.....
 - czemu służy ta aktywność fizyczna?
.....
.....
.....
 - jaki rodzaj aktywności fizycznej jest propagowany przez Państwa wyznanie i dlaczego?
.....
.....
.....
4. Czy w czasie tygodnia mają Państwo szczególny dzień który jest poświęcony na szczególny kontakt z Bogiem, medytację, odpoczynek?
.....
.....

- Jak ten dzień powinien być spędzony?

.....
.....

- Co można robić, a czego nie powinno się robić?

.....
.....
.....

5. Z czego wynikają Państwa zasady stylu życia?

.....
.....
.....

Aneks 3

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wg. Z. Juczyńskiego

Płeć M.... K.... Wiek

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem.

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/ Pani wymienionych poniżej zachowań?

Proszę odpowiedzieć wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

- 1- prawie nigdy
- 2- rzadko
- 3- od czasu do czasu
- 4- często
- 5- prawie zawsze

- 1. Jem dużo warzyw, owoców
- 2. Unikam przeziębień
- 3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojeniem moim zdrowiem
- 4. Wystarczająco dużo odpoczywam
- 5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
- 6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
- 7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
- 8. Unikam przepracowania
- 9. Dbam o prawidłowe odżywianie
- 10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
- 11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
- 12. Kontroluję swoją wagę ciała
- 13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
- 14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
- 15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
- 16. Wystarczająco dużo śpię
- 17. Unikam soli i silnie solonej żywności

18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób
19. Unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. Inne, jakie?

ANEKS 4

Autorski przewodnik do analizy treści dokumentów (Świętych Ksiąg)

Analiza zapisów w Świętych Księgach w aspekcie:

1. Zasady dietetyczne:

- a. Jakie produkty spożywcze są dozwolone?
- b. Jakie produkty spożywcze są zabronione?
- c. Czy jest określona kolejność spożywania potraw?
- d. Czy jest określony sposób spożywania posiłków np. tylko prawą ręką

2. Palenie tytoniu:

- a. Czy jest w Świętych Księgach jest mowa o paleniu tytoniu?
 - Jeśli tak, to w jakim kontekście i czy jego palenie jest dozwolone z punktu widzenia Świętych Ksiąg?

3. Spożywanie alkoholu:

- a. Czy jest w Świętych Księgach jest mowa o spożywaniu alkoholu?
 - Jeśli tak, to w jakim kontekście i czy jego spożywanie jest dozwolone z punktu widzenia Świętych Ksiąg?
 - Czy jest określona ilość i rodzaj alkoholu jaki można spożywać?
 - Czy są opisane i określone sytuacje, rytuały religijne w których można spożywać alkohol?

4. Aktywność fizyczna:

- a. Czy w Świętych Księgach jest mowa o aktywności fizycznej?
- b. Jeśli tak to czy są wskazane, określone jej rodzaje lub ich intensywność?

5. Odpoczynek:

- a. Czy w Świętych Księgach jest mowa o odpoczynku?
- b. Jeśli tak to czy jest określony czas, dzień szczególnie poświęcony na odpoczynek?
 - Jaki jest to dzień?
 - Co Święte Księgi mówią o zasadach spędzania tego dnia, jak należy go spędzać?

ANEKS 5 TABELE

TAB. 1	ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 2	ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO RELIGII
TAB. 2A	ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO RELIGII BUDDYZM n= 257
TAB. 3	ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 4	ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIJNOŚĆ W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO OKREŚLONEGO WYZNANIA
TAB. 5	ROZUMIENIE PRZEZ BADANYCH POJĘĆ „RELIGIJNOŚĆ” W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 6	PRZESTRZEGANIE ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 7	PRZESTRZEGANI OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII ZASAD W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI OKRESU PRZYNALEŻNOŚCI DO OKREŚLONEGO KOŚCIOŁA/NURTU
TAB. 8	PRZESTRZEGANIE ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 9	ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI
TAB. 10	ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 11	ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII
TAB. 11a	ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257
TAB. 12	ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 13	ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 14	ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII
TAB. 15	ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI
TAB. 16	ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 17	SPOŻYWANIE MIĘSA I JEGO RODZAJÓW W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 18	SPOŻYWANIE MIĘSA I JEGO RODZAJÓW W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 19	KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD RELIGII
TAB. 20	KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 21	KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII
TAB. 21a	KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257
TAB. 22	KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU
TAB. 23	PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
TAB. 24	PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII
TAB. 24A	PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM)
Tab. 25	SPOŻYWANIE ALKOHOLU W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW
Tab. 26	SPOŻYWANIE ALKOHOLU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII

Tab. 26A

SPOŻYWANIE ALKOHOLU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ
DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257

TAB. 1 ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA	Takiego samego jak ja		Innego		χ^2	(p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	112	54,6	40	58,8	0,363	0,5468*
uczęszczanie do Kościoła (tradycja)	21	10,2	7	10,3	0,000	0,9906*
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	45	22,0	15	22,1	0,000	0,9852*
zbiór zasad danych przez Boga	104	50,7	42	61,8	2,498	0,1140*
wierzenia i obrzędy	31	15,1	1	1,5	7,924	0,0049**
rozwój duchowy	-	-	-	-	-	-
rozwój osobisty	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	87	37,8	11	47,8	0,881	0,3479*
uczęszczanie do Kościoła (tradycja)	33	14,4	2	8,7	0,186	0,6658**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	81	35,2	5	21,7	1,145	0,2845**
zbiór zasad danych przez Boga	46	20,0	5	21,7	0,006	0,9407**
wierzenia i obrzędy	19	8,3	1	4,4	0,066	0,7965**
rozwój duchowy	29	12,6	1	4,4	0,689	0,4064*
rozwój osobisty	3	1,3	2	8,7	-	-
HINDUIZM N=245						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	46	74,2	90	49,2	11,732	0,0006*
uczęszczanie do Kościoła (tradycja)	2	3,2	30	16,4	5,959	0,0146**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	2	3,2	6	3,2	-	-
zbiór zasad danych przez Boga	11	17,7	32	17,5	0,002	0,9635*
wierzenia i obrzędy	1	1,6	6	3,3	-	-
rozwój duchowy	19	30,7	94	51,4	8,002	0,0047*
rozwój osobisty	-	-	-	-	-	-
JUDAZIM N=134						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	87	37,8	11	47,8	0,881	0,3479*
uczęszczanie do Kościoła (tradycja)	33	14,4	2	8,7	0,186	0,6658**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	81	35,2	5	21,7	1,145	0,2845**
zbiór zasad danych przez Boga	46	20,0	5	21,7	0,006	0,9407**
wierzenia i obrzędy	19	8,3	1	4,4	0,066	0,7965**
rozwój duchowy	29	12,6	1	4,4	0,689	0,4064*
rozwój osobisty	3	1,3	2	8,7	-	-
BUDDYZM N=257						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	-	-	-	-	-	-
uczęszczanie do Kościoła (tradycja)	0	0,0	4	1,7	-	-
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	4	22,2	127	53,1	5,225	0,0223**
zbiór zasad danych przez Boga	0	0,0	18	7,5	0,531	0,4663**
wierzenia i obrzędy	0	0,0	8	3,4	-	-
rozwój duchowy	12	66,7	48	20,1	17,778	0,0000**
rozwój osobisty	12	66,7	60	25,1	12,351	0,0004**

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Źródło: badania własne

TAB. 2 ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO RELIGII

	do urodzenia		pozostali		χ^2	(p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	26	60,5	49	52,7	0,719	0,3965*
uczęszczanie do Kościoła	6	14,0	13	14,0	0,000	0,9969**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	9	20,9	20	21,5	0,022	0,8816**
zbiór zasad danych przez Boga	28	65,1	63	67,7	0,092	0,7622*
wierzenia i obrzędy	0	0,0	2	2,1	-	-
rozwój duchowy	-	-	-	-	-	-
rozwój osobisty	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	87	37,8	11	47,8	0,881	0,3479*
uczęszczanie do Kościoła	33	14,4	2	8,7	0,186	0,6658**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	81	35,2	5	21,7	1,145	0,2845**
zbiór zasad danych przez Boga	46	20,0	5	21,7	0,006	0,9407**
wierzenia i obrzędy	19	8,3	1	4,4	0,066	0,7965**
rozwój duchowy	29	12,6	1	4,4	0,689	0,4064*
rozwój osobisty	3	1,3	2	8,7	-	-
HINDUIZM N=245						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	13	48,2	123	56,4	0,666	0,4145*
uczęszczanie do Kościoła	2	7,4	30	13,8	0,386	0,5343**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	1	3,7	7	3,2	-	-
zbiór zasad danych przez Boga	9	33,3	34	15,6	4,069	0,0437**
wierzenia i obrzędy	0	0,0	7	3,2	-	-
rozwój duchowy	10	37,0	103	47,3	1,008	0,3154*
rozwój osobisty	-	-	-	-	-	-
JUDIAZM N=134						
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	87	37,8	11	47,8	0,881	0,3479*
uczęszczanie do Kościoła	33	14,4	2	8,7	0,186	0,6658**
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	81	35,2	5	21,7	1,145	0,2845**
zbiór zasad danych przez Boga	46	20,0	5	21,7	0,006	0,9407**
wierzenia i obrzędy	19	8,3	1	4,4	0,066	0,7965**
rozwój duchowy	29	12,6	1	4,4	0,689	0,4064*
rozwój osobisty	3	1,3	2	8,7	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 2A ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO RELIGII BUDDYZM n= 257

ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA	poniżej 10 lat		11-20		>20		χ^2	(p)
	n	%	n	%	n	%		
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	-	-	-	-	-	-	-	-
uczęszczanie do Kościoła	0	0,0	4	4,7	0	0,0	-	-
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	42	39,6	53	62,4	32	51,6	9,815	0,0074*
zbiór zasad danych przez Boga	14	13,2	0	0,0	4	6,4	-	0,0004*
wierzenia i obrzędy	8	7,6	0	0,0	0	0,0	-	-
rozwój duchowy	30	28,3	18	21,2	12	19,4	2,187	0,3350*
rozwój osobisty	24	22,6	20	23,5	28	45,2	11,272	0,0036*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 3 ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIA W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

	< 30 lat		30-50		>50		χ^2	(p)
	n	%	n	%	N	%		
CHRZEŚCIAJŃSTWO N=273								
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	62	53,0	41	58,6	49	57,0	0,638	0,7267*
uczęszczanie do Kościoła,	12	10,3	4	5,7	12	14,0	2,846	0,2410*
sposób życia według pewnych zasad	24	20,5	16	22,9	20	23,3	0,260	0,8781*
zbiór zasad danych przez Boga	63	53,9	42	60,0	41	47,7	2,367	0,3061*
wierzenia i obrzędy	21	18,0	3	4,3	8	9,3	8,611	0,0135*
rozwój duchowy								
rozwój osobisty								
ISLAM N=253								
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	34	46,0	23	28,8	41	41,4	5,282	0,0713*
uczęszczanie do Kościoła,	11	14,9	8	10,0	16	16,2	1,502	0,4718*
sposób życia według pewnych zasad	25	33,8	25	31,3	36	36,4	0,518	0,7720*
zbiór zasad danych przez Boga	16	21,6	15	18,8	20	20,2	0,197	0,9061*
wierzenia i obrzędy	6	8,1	6	7,5	8	8,1	0,026	0,9869*
rozwój duchowy	7	9,5	9	11,3	14	14,1	0,929	0,6283*
rozwój osobisty	2	2,7	2	2,5	1	1,0	-	-
HINDUIZM N=245								
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	0	0,0	27	15,5	0	0,0	12,382	0,0021*
uczęszczanie do Kościoła,	2	6,5	23	13,2	7	17,5	1,890	0,3886*
sposób życia według pewnych zasad	1	3,2	6	3,5	1	2,5	-	-
zbiór zasad danych przez Boga	7	22,6	31	17,8	5	12,5	1,256	0,5338*
wierzenia i obrzędy	0	0,0	7	4,0	0	0,0	-	-
rozwój duchowy	8	25,8	80	46,0	25	62,5	9,470	0,0088*

rozwój osobisty								
JUDAIZM N=134								
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	5	29,4	27	49,1	23	37,1	2,822	0,2440*
uczęszczanie do Kościoła	6	35,3	14	25,4	17	27,4	0,631	0,7294*
sposób życia według pewnych zasad	11	64,7	25	45,4	25	40,3	3,199	0,2020*
zbiór zasad danych przez Boga	1	5,9	11	20,0	12	19,4	1,924	0,3821*
wierzenia i obrzędy	2	11,8	11	20,0	12	19,4	1,924	0,3821*
rozwój duchowy	-	-	-	-	-	-	-	-
rozwój osobisty	-	-	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257								
oddawanie czci Bogu, wiara w Boga, związek z Bogiem	-	-	-	-	-	-	-	-
uczęszczanie do Kościoła	0	0,0	4	2,2	0	0,0	-	-
zespół zachowań, światopogląd, sposób życia według pewnych zasad	18	100,0	83	45,4	30	53,6	19,775	0,0001*
zbiór zasad danych przez Boga	0	0,0	14	7,7	4	7,1	-	0,7639***
wierzenia i obrzędy	6	33,3	2	1,1	0	0,0	-	-
rozwój duchowy	0	0,0	52	28,4	8	14,3	10,679	0,0048*
rozwój osobisty	0	0,0	58	31,7	14	25,0	8,486	0,0144*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 4 ROZUMIENIE POJĘCIA RELIGIJNOŚĆ W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI PRZYNALEŻNOŚCI DO OKREŚLONEGO WYZNANIA

	do urodzenia		pozostali		χ^2	(p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	32	74,4	62	66,7	0,828	0,3629*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	18	41,9	52	55,9	2,325	0,1273*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	-	-	-	-	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	-	-	-	-	-	-
ISALM N=253						
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	137	59,6	11	47,8	1,187	0,2760*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	98	42,6	13	56,5	1,644	0,1998*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	4	1,7	0	0,0	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	62	27,0	7	30,4	0,012	0,9111**
HINDUIZM N=245						
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	20	74,1	162	74,3	0,001	0,9787*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	8	29,6	38	17,4	1,612	0,2041**
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	1	3,7	0	0,0	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	0	0,0	55	25,2	7,394	0,0065**
JUDIAZM N=134						

praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	97	72,4	-	-	-	-
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	48	35,8	-	-	-	-
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	-	-	-	-	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	25	18,7	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 5 ROZUMIENIE PRZEZ BADANYCH POJĘĆ RELIGIJNOŚĆ W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

	< 30 lat		30-50		>50		χ^2	(p)
	n	%	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273								
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	89	76,1	47	67,1	58	67,4	2,497	0,2869*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	47	40,2	28	40,0	47	54,7	5,042	0,0804*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	3	2,6	0	0,0	1	1,2	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	-	-	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253								
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	46	52,2	46	57,5	56	56,6	0,594	0,7429*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	31	41,9	36	45,0	44	44,4	0,172	0,9174*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	2	2,7	0	0,0	2	2,0	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	25	33,8	14	17,5	30	30,3	5,892	0,0526*
HINDUIZM N=245								
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	16	51,6	130	74,7	36	90,0	13,530	0,0012*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	5	16,1	29	16,7	12	30,0	3,954	0,1385*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	1	3,2	0	0,0	0	0,0	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	8	25,8	47	27,0	0	0,0	13,086	0,0010*
JUDAIZM N=134								
praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	46	52,2	46	57,5	56	56,6	0,594	0,7429*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	31	41,9	36	45,0	44	44,4	0,172	0,9174*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	2	2,7	0	0,0	2	2,0	-	-
Duchowość, rozwój osobisty,	25	33,8	14	17,5	30	30,3	5,892	0,0526*
BUDDYZM N=257								

praktyczne stosowanie zasad danych przez Boga	18	100,0	82	44,8	26	46,4	20,169	0,0000*
oddawanie czci Bogu według obrzędów, przestrzeganie obrzędów	16	88,9	32	17,5	10	17,9	48,722	0,0000*
regularne chodzenie do Kościoła, Świątyni, Meczetu, Synagogi	-	-	-	-	-	-	-	-
Duchowość, rozwój osobisty, bycie dobrym człowiekiem	16	88,9	42	23,0	16	28,6	34,754	0,0000*
	0	0,0	18	9,8	6	10,7	2,033	0,3619*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 6 PRZESTRZEGANIE ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego jak ja		Innego		χ^2	(p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
względy z jakich przestrzegane są obowiązujące w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	120	58,5	65	95,6	30,417	0,0000**
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	114	55,6	0	0,0	62,661	0,0000**
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać	8	3,9	0	0,0	-	0,2070***
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	33	16,1	15	22,1	1,252	0,2631*
ISLAM N=253							
względy z jakich przestrzegane są obowiązujące w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	227	98,7	22	95,6	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	3	1,3	0	0,0	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać	1	0,4	0	0,0	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
względów przestrzegania	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	57	91,9	182	100,0	-	-

obowiązujących w religii zasady	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	20	32,3	4	2,2	43,791	0,0000**
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	3	4,8	4	2,2	-	-
JUDAIZM N=134							
względów przestrzegania obowiązujących w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	102	76,1	-	-	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	56	41,8	-	-	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	5	3,7	-	-	-	-
BUDDYZM N=257							
względów przestrzegania obowiązujących w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	2	11,1	0	0,0	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	-	-	-	-	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 7 PRZESTRZEGANIE OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII ZASAD W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI OKRESU PRZYNALEŻNOŚCI DO OKREŚLONEGO KOŚCIOŁA/NURTU.

		do urodzenia		pozostali		χ^2	(p)
		N	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
względy przestrzegania obowiązujących zasady w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	43	100,0	89	95,7	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	21	48,8	6	6,5	30,590	0,0000**
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	12	27,9	17	18,3	1,624	0,2025*
ISLAM N=253							

względy przestrzegania obowiązujących zasady w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	227	98,7	22	95,6	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	3	1,3	0	0,0	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać	1	0,4	0	0,0	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
względy przestrzegania obowiązujących w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	22	81,5	217	100,0	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	20	74,1	4	1,8	133,234	0,0000**
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać	-	-	-	-	-	-
	inne	3	11,1	4	1,8	-	-
JUDAIZM N=134							
względy przestrzegania obowiązujących zasady w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	102	76,1	-	-	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	56	41,8	-	-	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwiać	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	5	3,7	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 8 PRZESTRZEGANIE ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W RELIGII W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

		< 30 lat		30-50		>50		χ^2	(p)
		n	%	n	%	n	%		
CHRZEŚCIAJŃSTWO N=273									
Względy przestrzegania zasad obowiązujących w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	53	45,3	59	84,3	73	84,9	47,317	0,0000*
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	80	68,4	14	20,0	20	23,3	59,816	0,0000*
	Ponieważ tak nauczyli mnie	3	2,6	2	2,9	3	3,5	-	-

	rodzice i nie chcę się im sprzeciwić								
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	14	12,0	20	28,6	14	16,3	8,481	0,0144*
ISALM N=253									
Względy przestrzegania zasad obowiązujących w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	73	98,7	79	98,8	97	98,0	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	2	2,7	0	0,0	1	1,0	-	-
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	1	1,4	0	0,0	0	0,0	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	-	-	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245									
względów przestrzegania obowiązujących w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	28	90,3	172	98,9	39	100,0	-	-
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	18	58,1	4	2,3	2	5,1	93,425	0,0000*
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze wszystkim się zgadzam	-	-	-	-	-	-	-	-
	Inne	1	3,2	1	0,6	0	0,0	-	-
JUDAIZM N=134									
Względy przestrzegania zasad obowiązujących w religii	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	15	88,2	40	72,7	47	75,8	1,724	0,4223*
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	8	47,1	22	40,0	26	41,9	0,267	0,8750*
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-	-	-
	Inne nie przestrzegam, ponieważ nie ze	1	5,9	3	5,4	1	1,6	-	-

	wszystkim się zgadzam								
BUDDYZM N=257									
względów przestrzegania obowiązujących w religii zasady	Ponieważ uważam, że są dobre dla mnie	15	88,2	40	72,7	47	75,8	1,724	0,4223*
	Ponieważ tak mnie nauczyli rodzice i są one dla mnie czymś normalnym	8	47,1	22	40,0	26	41,9	0,267	0,8750*
	Ponieważ tak nauczyli mnie rodzice i nie chcę się im sprzeciwić	-	-	-	-	-	-	-	-
	Inne (ponieważ są to polecenia samego Boga i są one absolutnie słuszne, względów zdrowotnych)	1	5,9	3	5,4	1	1,6	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB 9 ROZUMIENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI

	Kobiety		Mężczyźni		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	170	82,5%	51	76,1%	1,345	0,2462*
myśleć pozytywnie	28	13,6%	8	11,9%	0,019	0,8892**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	79	38,3%	12	17,9%	9,504	0,0021*
uprawiać sport	91	44,2%	22	32,8%	2,679	0,1017*
zdrowo się odżywiać	-	-	-	-	-	-
zachowania preferowane przez świętą Księgę	1	0,5%	9	13,4%	-	0,0000***
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	67	71,3	108	67,9	0,311	0,5769*
myśleć pozytywnie	18	19,2	14	8,8	5,721	0,0168*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	32	34,0	48	30,2	0,406	0,5241*
uprawiać sport	38	40,4	45	28,3	3,938	0,0472*
zdrowo się odżywiać	38	40,4	51	32,1	1,806	0,1790*
zachowania preferowane przez Świętą Księgę	3	3,2	3	1,9	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	17	18,1	11	6,9	7,485	0,0062*
HINDUIZM N=245						

zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	119	69,6	43	58,11	3,040	0,0812*
myśleć pozytywnie	11	6,4	1	1,4	1,876	0,1708**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	67	39,2	24	32,4	1,008	0,3155*
uprawiać sport	54	31,6	25	33,8	0,036	0,8492*
zdrowo się odżywiać	92	53,8	45	60,8	1,029	0,3103*
zachowania preferowane przez Świętą Księżę	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	0	0,0	1	1,4	-	-
równowaga między ciałem a duchem	9	5,3	1	1,4	-	-
JUDAZIM N=134						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	62	72,1	37	77,1	0,398	0,5284*
myśleć pozytywnie	4	4,7	3	6,3	-	-
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	47	54,7	28	58,3	0,169	0,6806*
uprawiać sport	24	27,9	16	33,3	0,433	0,5104*
zdrowo się odżywiać	57	66,3	27	56,3	1,325	0,2498*
zachowania preferowane przez Świętą Księżę	1	1,2	0	0,0	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	3	3,5	1	2,1	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	100	63,7	65	65,0	0,045	0,8314*
myśleć pozytywnie	38	24,2	24	24,0	0,001	0,9703*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	61	38,9	34	34,0	0,618	0,4319*
uprawiać sport	69	44,0	34	34,0	2,518	0,1126*
zdrowo się odżywiać	69	44,0	34	34,0	2,518	0,1126*
zachowania preferowane przez Świętą Księżę	73	46,5	34	34,0	3,926	0,0476*
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	61	38,9	34	34,0	0,618	0,4319*
równowaga między ciałem a duchem	38	24,2	24	24,0	0,001	0,9703*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 10 ROZUMENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚĆ OD WYZNANIA RODZICÓW

	Takiego samego jak ja		Innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	172	83,9	49	72,1	4,645	0,0311*

myśleć pozytywnie	29	14,2	7	10,3	0,368	0,5440*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	68	33,2	23	33,8	0,010	0,9212*
uprawiać sport	87	42,4	26	38,2	0,372	0,5419*
zdrowo się odżywiać	-	-	-	-	-	-
zachowania preferowane przez świętą Księgę	7	3,4	3	4,4	-	0,7139***
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	162	70,4	13	56,5	1,898	0,1683*
myśleć pozytywnie	29	12,6	3	13,0	0,072	0,7878**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	70	30,4	10	43,5	1,645	0,1996*
uprawiać sport	78	33,9	5	21,7	0,908	0,3407**
zdrowo się odżywiać	83	36,1	6	26,1	0,531	0,4663**
zachowania preferowane przez świętą Księgę	1	0,4	5	21,7	-	0,0000***
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	25	10,9	3	13,0	0,001	0,9747*
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	36	58,1	126	68,9	2,406	0,1209*
myśleć pozytywnie	2	3,2	10	5,5	0,134	0,7148**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	27	43,6	64	35,0	1,459	0,2271*
uprawiać sport	26	41,9	53	29,0	3,568	0,0589*
zdrowo się odżywiać	40	64,5	97	53,0	2,489	0,1146*
zachowania preferowane przez Świętą Księgę	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	0	0,0	1	0,6	-	-
równowaga między ciałem a duchem	2	3,2	8	4,4	-	-
JUDAIZM N=134						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	99	73,9	-	-	-	-
myśleć pozytywnie	7	5,2	-	-	-	-
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	75	56,0	-	-	-	-
uprawiać sport	40	29,9	-	-	-	-
zdrowo się odżywiać	84	62,7	-	-	-	-
zachowania preferowane przez Świętą Księgę	1	0,7	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	4	3,0	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257						

zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	14	77,8	151	63,2	0,982	0,3217*
myśleć pozytywnie	2	11,1	60	25,1	1,108	0,2926**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	6	33,3	89	37,2	0,006	0,9380**
uprawiać sport	10	55,6	93	38,9	1,300	0,2542**
zdrowo się odżywiać	10	55,6	97	40,6	0,989	0,3200**
zachowania preferowane przez Świętą Księżę	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 11 ROZUMENIE POJĘCIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚĆ OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII

	do urodzenia		pozostali		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	36	83,7	69	74,2	1,024	0,3117**
pozytywne myślenie, równowaga między ciałem a duchem	6	14,0	14	15,1	0,008	0,9268**
dbać o zdrowie, nie szkodzić sobie, nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	11	25,6	29	31,2	0,444	0,5050*
uprawiać sport, zdrowo się odżywiać	11	25,6	36	38,7	2,241	0,1344*
zachowania preferowane przez świętą Księżę	5	11,6	5	5,4	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	162	70,4	13	56,5	1,898	0,1683*
myśleć pozytywnie	29	12,6	3	13,0	0,072	0,7878**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	70	30,4	10	43,5	1,645	0,1996*
uprawiać sport	78	33,9	5	21,7	0,908	0,3407**
zdrowo się odżywiać	83	36,1	6	26,1	0,531	0,4663**
zachowania preferowane przez świętą Księżę	1	0,4	5	21,7	-	0,000***
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	25	10,9	3	13,0	0,001	0,9747*
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające	19	70,4	143	65,6	0,078	0,7803**

zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne						
myśleć pozytywnie	1	3,7	11	5,1	0,028	0,8667**
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	2	7,4	89	40,8	10,105	0,0015**
uprawiać sport	8	29,6	71	32,6	0,008	0,9283**
zdrowo się odżywiać	14	51,9	123	56,4	0,204	0,6519*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	0	0,0	1	0,5	-	-
równowaga między ciałem a duchem	1	3,7	9	4,1	-	-
JUDAIZM N=134						
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	99	73,9	-	-	-	-
myśleć pozytywnie	7	5,2	-	-	-	-
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	75	56,0	-	-	-	-
uprawiać sport	40	29,9	-	-	-	-
zdrowo się odżywiać	84	62,7	-	-	-	-
zachowania preferowane przez świętą Księgę	1	0,7	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	4	3,0	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 11a ROZUMENIE POJECIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚĆ OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257

	poniżej 10 lat		11-20		>20		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
	n	%	n	%	n	%		
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	74	69,7	60	70,6	29	46,8	11,179	0,0037*
myśleć pozytywnie	24	22,6	16	18,8	20	32,3	3,693	0,1578*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	22	20,8	33	38,8	36	58,1	24,097	0,0000*
uprawiać sport	36	34,0	43	50,6	22	35,5	6,111	0,0471*
zdrowo się odżywiać	36	34,0	43	50,6	22	35,5	6,111	0,0471*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	-	-	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	22	20,8	33	38,8	36	58,1	24,097	0,0000*
równowaga między ciałem a duchem	24	22,6	16	18,8	20	32,3	3,693	0,1578*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 12 ROZUMENIE POJECIA ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZALEŻNOŚĆ OD WIEKU

	< 30 lat		30-50		>50		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
	n	%	n	%	N	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273								
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	109	93,2	57	81,4	55	64,0	27,439	0,0000*
pozytywne myślenie, równowaga między ciałem a duchem	7	6,0	10	14,3	19	22,1	11,337	0,0035*
dbać o zdrowie, nie szkodzić sobie, nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	37	31,6	30	42,9	24	27,9	4,151	0,1255*
uprawiać sport, zdrowo się odżywiać	54	46,2	24	34,3	35	40,7	2,568	0,2770*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	0	0,0	1	1,4	9	10,5	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253								
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	52	70,3	56	70,0	67	67,7	0,171	0,9179*
myśleć pozytywnie	10	13,5	9	11,3	13	13,1	0,213	0,8992*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	21	28,4	28	35,0	31	31,3	0,787	0,6748*
uprawiać sport	22	29,7	26	32,5	35	35,4	0,613	0,7362*
zdrowo się odżywiać	26	35,1	27	33,8	36	36,4	0,133	0,9358*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	1	1,4	2	2,5	3	3,0	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	7	9,5	9	11,3	12	12,1	0,309	0,8569*
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245								
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	25	80,7	107	61,5	30	75,0	5,990	0,0500*
myśleć pozytywnie	0	0,0	11	6,3	1	2,5	-	-
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	11	35,5	74	42,5	6	15,0	10,599	0,0050*
uprawiać sport	9	29,0	59	33,9	11	27,5	0,779	0,6774*
zdrowo się odżywiać	12	38,7	98	56,3	27	67,5	5,912	0,0520*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	-	-	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	1	0,6	0	0,0	-	-
równowaga między ciałem a duchem	1	3,2	8	4,6	1	2,5	-	-

JUDAIZM N=134								
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	7	41,2	42	76,4	50	80,7	11,068	0,0040*
myśleć pozytywnie	0	0,0	2	3,6	5	8,1	-	-
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	13	76,5	25	45,4	37	59,7	5,713	0,0575*
uprawiać sport	4	23,5	14	25,4	22	35,5	1,772	0,4124*
zdrowo się odżywiać	13	76,5	37	67,3	34	54,8	3,508	0,1731*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	-	-	-	-	1	1,6	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	1	1,8	3	4,8	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257								
zachowania mające na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia, wspierające zdrowie, dobre nawyki, mające wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne	14	77,8	116	63,4	35	62,5	1,567	0,4569*
myśleć pozytywnie	0	0,0	52	28,4	10	17,9	8,765	0,0125*
dbać o zdrowie, nie szkodzić zdrowiu	2	11,1	75	41,0	18	32,1	6,991	0,0303*
uprawiać sport	2	11,1	91	49,7	10	17,9	24,897	0,0000*
zdrowo się odżywiać	2	11,1	87	47,5	18	32,1	11,605	0,0030*
zachowania preferowane przez świętą Księgę	-	-	-	-	-	-	-	-
nie pić alkoholu, nie palić, nie zażywać narkotyków	-	-	-	-	-	-	-	-
równowaga między ciałem a duchem	-	-	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 13 ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego jak ja		Innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	N	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO							
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	124	61,7	68	100,0	34,646	0,0000**
	Nie	77	38,3	0	0,0		
	Nie wiem	-	-	-	-		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	69	33,8	67	98,5	85,429	0,0000*
	nie ma takich	42	20,6	0	0,0		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową	93	45,6	1	1,5		

	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	124	60,5	56	53,6	25,316	0,0000*
	nie wiem	44	21,5	0	0,0		
	ogólne zasady zdrowia	21	10,2	11	16,4		
	nie ma zasad	16	7,8	0	0,0		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
ISLAM							
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	190	82,6	23	100,0		0,1156***
	Nie	25	10,9	0	0,0		
	Nie wiem	15	6,5	0	0,0		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową	230	90,9	23	9,1		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	163	70,9	17	73,9	-	0,5100***
	nie wiem	20	8,7	3	13,0		
	ogólne zasady zdrowia	47	20,4	3	13,0		
	nie ma zasad	-	-	-	-		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
HINDUIZM							
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	62	100,0	182	99,4	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko jedna osoba zaznaczyła odpowiedź „nie”	
	Nie	0	0,0	1	0,6		
	Nie wiem	-	-	-	-		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową	62	25,3	183	74,7		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-		

Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościół	62	25,3	183	74,7	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie wiem	-	-	-	-		
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-		
	nie ma zasad	-	-	-	-		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
JUDAIZM							
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	128	97,0	2	100,0	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko dwie osoby były innego wyznania jak rodzice	
	Nie	-	-	-	-		
	Nie wiem	4	3,0	0	0,0		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko dwie osoby były innego wyznania jak rodzice	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową	132	98,5	2	1,5		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościół	130	98,5	2	100,0	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko dwie osoby były innego wyznania jak rodzice	
	nie wiem	-	-	-	-		
	ogólne zasady zdrowia	2	1,5	0	0,0		
	nie ma zasad	-	-	-	-		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
BUDDYZM							
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	8	44,4	93	38,9	-	0,0655*
	Nie	2	11,1	76	31,8		
	Nie wiem	0	0,0	18	7,5		
	tak ale tylko w określonych praktykach	8	44,8	52	21,8		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji nie wolno jeść mięsa w piątek, środę popielcową	-	-	-	-		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	18	7,0	239	93,0		

Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	18	7,0	239	93,0	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź
	nie wiem	-	-	-	-	
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	
	nie ma zasad	-	-	-	-	
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia...	-	-	-	-	

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 14 ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII

		do urodzenia		pozostali		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Czy są określone w religii zasady dotyczące diety	Tak	99	55,0	93	100,0	54,884	0,000**
	Nie	77	42,8	0	0,0		
	Nie wiem	4	2,2	0	0,0	-	-
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-		
Czy są zakazane jakieś wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	43	23,9	93	100,0	141,318	0,000*
	nie ma takich	42	23,3	0	0,0		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane (nie uwzględniono do obliczenia zależności)	1	0,6	0	0,0		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	94	52,2	0	0,0		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	108	60,0	72	78,3	45,491	0,000*
	nie wiem	44	24,4	0	0,0		
	ogólne zasady zdrowia	12	6,7	20	21,7		
	nie ma zasad	16	8,9	0	0,0		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
ISLAM N=253							
Czy są określone w religii zasady dotyczące diety	Tak	190	82,6	23	100,0	-	0,1156***
	Nie	25	10,9	0	0		
	Nie wiem	15	6,5	0	0		
Czy są zakazane jakieś wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		

	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	230	90,9	23	9,1		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	163	70,9	17	73,9	-	0,5100***
	nie wiem	20	8,7	3	13,0	-	-
	ogólne zasady zdrowia	47	20,4	3	13,0	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
Czy są określone w religii zasady dotyczące diety	Tak	27	100,0	217	99,5	-	-
	Nie	-	-	1	0,5	-	-
	Nie wiem	-	-	-	-	-	-
	tak ale tylko	-	-	-	-	-	-
Czy są zakazane jakieś wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	27	11,0	218	89,0		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	27	11,0	218	89,0	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie wiem	-	-	-	-		
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-		
	nie ma zasad	-	-	-	-		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
JUDAIZM N=134							
Czy są określone w religii zasady dotyczące diety	Tak	124	97,6	6	85,7	-	0,1952***
	Nie	-	-	-	-		
	Nie wiem	3	2,4	1	14,3		
Czy są zakazane jakieś wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie ma takich	-	-	-	-		
	są ale nie wiem gdzie są zapisane	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	127	94,8	7	5,2		
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez kościoł	125	98,4	7	100,0	-	1,0000***
	nie wiem	-	-	-	-		
	ogólne zasady zdrowia	2	1,6	0	0,0		
	nie ma zasad	-	-	-	-		

	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia....	-	-	-	-		
--	--	---	---	---	---	--	--

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 15 ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI

		Kobiety		Mężczyźni		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Zasady dotyczące diety określone religii	Tak	131	64,2	61	93,8	21,183	0,0000**
	Nie	73	35,8	4	6,2		
	Nie wiem	pominięto odpowiedzi „nie wiem”, gdyż tylko 4 osoby udzieliły takiej odpowiedzi					
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-	-	-
pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	83	40,3	53	80,3	32,202	0,0000*
	nie ma takich	39	18,9	3	4,5		
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	pominięto odpowiedzi „nie wiem”, gdyż tylko 1 osoba udzieliła takiej odpowiedzi					
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	84	40,8	10	15,2		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	130	63,4	50	74,6	12,450	0,0060*
	nie wiem	40	19,5	4	6,0		
	ogólne zasady zdrowia	20	9,8	12	17,9		
	nie ma zasad	15	7,3	1	1,5		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253							
Zasady dotyczące diety określone religii	Tak	82	87,2	131	82,4	2,069	0,3554*
	Nie	6	6,4	19	11,9		
	Nie wiem	6	6,4	9	5,7		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-	-	-
pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź					
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	-	-	-	-	-	-
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-

Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	77	81,9	103	64,8	8,949	0,0114*
	nie wiem	4	4,3	19	11,9		
	ogólne zasady zdrowia	13	13,8	37	23,3		
	nie ma zasad	-	-	-	-		
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia (AHIMSY).	-	-	-	-		
HINDUIZM N=245							
Zasady dotyczące diety określone religii	Tak	170	99,4	74	100,0	-	-
	Nie	1	0,6	0	0,0	-	-
	Nie wiem	-	-	-	-	-	-
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-	-	-
pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	171	100	74	100,0	-	-
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	171	100	74	100,0	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia (AHIMSY).	-	-	-	-	-	-
JUDAIZM N=134							
Zasady dotyczące diety określone religii	Tak	85	98,8	45	93,8	-	-
	Nie	-	-	-	-	-	-
	Nie wiem	1	1,2	3	6,3	-	-
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	-	-	-	-
pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	86	100	48	100	-	-
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa	85	98,8	47	97,9	-	-

zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	religijnego i zasad ustanowionych przez religię							
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	1	1,2	1	2,1	-	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia (AHIMSY).	-	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257								
Zasady dotyczące diety określone religii	Tak	71	45,2	30	30,0	8,811	0,0319*	
	Nie	48	30,6	30	30,0			
	Nie wiem	8	5,1	10	10,0			
	tak ale tylko w określonych praktykach	30	19,1	30	30,0			
pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych,	-	-	-	-	-	-	-
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	157	100	100	100	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu?	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	157	100	100	100	-	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-
	blokują kanały energetyczne, zasady niekrzywdzenia (AHIMSY).	-	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 16 ZASADY DIETETYCZNE ORAZ WZGLĘDY Z JAKICH ONE WYNIKAJĄ W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

		< 30 lat		30-50		>50		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273									
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	60	51,7	57	82,6	75	89,3	39,376	0,0000*
	Nie	56	48,3	12	17,4	9	10,7		
	Nie wiem	pominięto odpowiedzi „nie wiem”, gdyż tylko 4 osoby udzieliły takiej odpowiedzi							
wybrane pokarmy	tak wymienione w Świętej Księdze	17	14,7	45	64,3	74	86,0	109,617	0,0000*
	nie ma takich	28	21,4	10	14,3	4	4,7		

zakazane przez religię	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-		
	tak są one uzależnione od zasad religijnych,	71	61,2	15	21,4	8	9,3		
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze, oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	73	62,4	45	65,2	62	72,1	38,960	0,0000*
	nie wiem	33	28,2	7	10,1	4	4,7		
	ogólne zasady zdrowia	2	1,7	13	18,8	17	19,8		
	nie ma zasad	9	7,7	4	5,8	3	3,5		
ISLAM N=253									
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	65	87,8	70	87,5	78	78,8	-	0,3086***
	Nie	4	5,4	7	8,8	14	14,1		
	Nie wiem	5	6,8	3	3,8	7	7,1		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	Brak możliwości obliczenia statystyki, gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź							
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	Brak możliwości obliczenia statystyki, gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź							
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	52	70,3	54	67,5	74	74,7	2,141	0,7099*
	nie wiem	6	8,1	10	12,5	7	7,1		
	ogólne zasady zdrowia	16	21,6	16	20,0	18	18,2		
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245									
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	31	100,0	174	100,0	40	100,0	-	-
	Nie	-	-	-	-	-	-		
	Nie wiem	-	-	-	-	-	-		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	31	100,0	174	100,0	40	100,0	-	-

	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	31	100,0	174	100,0	40	100,0	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-	-
JUDAIZM N=134									
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	16	94,1	54	98,2	60	96,8	-	-
	Nie	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nie wiem	1	5,9	1	1,8	2	3,2	-	-
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych, tradycji	Brak możliwości obliczenia statystyki, gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź							
	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	-	-	-	-	-	-	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	17	100,0	55	100,0	60	96,8	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	2	3,2	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N= 257									
zasady dotyczące diety określone przez religię	Tak	8	44,4	73	39,9	20	35,7	-	0,0586***
	Nie	10	55,6	62	33,9	6	10,7		
	Nie wiem	-	-	10	5,5	8	14,3		
	tak ale tylko w określonych praktykach	-	-	38	20,8	22	39,3		
wybrane pokarmy zakazane przez religię	tak wymienione w Świętej Księdze	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma takich	-	-	-	-	-	-	-	-
	są, ale nie wiem, gdzie są zapisane	-	-	-	-	-	-	-	-
	tak są one uzależnione od zasad religijnych,	-	-	-	-	-	-	-	-

	zalecany jest wegetarianizm, ale jest to kwestia osobista	18	100, 0	191	100, 0	56	100,0	-	-
Z czego wynikają zasady dotyczące spożywania lub nie, określonych rodzajów pokarmu	z zapisu w świętej Księdze oraz z tradycji, prawa religijnego i zasad ustanowionych przez religię	18	100, 0	191	100, 0	56	100,0	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	-	-
	ogólne zasady zdrowia	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie ma zasad	-	-	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 17 SPOŻYWANIE MIĘSA I JEGO RODZAJÓW W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego jak ja		Innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	N	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Spożywanie mięsa	Tak	182	88,8	47	69,1	14,603	0,0001*
	Nie	23	11,2	21	30,9		
Rodzaj spożywanego mięsa (tylko TAK) N=229	Wołowina	146	80,2	27	57,4	10,486	0,0012*
	Wieprzowina	119	65,4	0	0,00	61,383	0,0000**
	Drób	-	-	-	-	-	-
	Konina	12	6,6	0	0,00	-	0,1333***
	Baranina	53	29,1	18	38,3	1,471	0,2253*
ISLAM N=253							
Spożywanie mięsa	Tak	200	87,0	18	78,3	1,326	0,2495*
	Nie	30	13,0	5	21,7		
Rodzaj spożywanego mięsa (tylko TAK) N=229	Wołowina	168	73,0	15	65,2	0,640	0,4238*
	Wieprzowina	-	-	-	-	-	-
	Drób	127	55,2	14	60,9	0,090	0,7640**
	Konina	6	2,6	0	0,0	-	-
	Baranina	172	74,8	16	69,6	0,087	0,7674**
HINDUIZM N=245							
Spożywanie mięsa	Tak	7	11,3	1	0,5	-	-
	Nie	55	88,7	181	99,5		
Rodzaj spożywanego mięsa (tylko TAK) N=8	Wołowina	7	100,0	0	0,0	-	-
	Wieprzowina	6	85,7	1	100,0	-	-
	Drób	-	-	-	-	-	-
	Konina	-	-	-	-	-	-
	Baranina	2	28,6	0	0,0	-	-
JUDAIZM N=134							

Spożywanie mięsa	Tak	132	99,2	-	-	-	-
	Nie	1	0,8	-	-	-	-
Rodzaj spożywanego mięsa (tylko TAK)	Wołowina	131	97,8	-	-	-	-
	Wieprzowina	-	-	-	-	-	-
	Drób	131	97,8	-	-	-	-
	Konina	-	-	-	-	-	-
	Baranina	2	1,5	-	-	-	-
BUDDYZM N=257							
Spożywanie mięsa	Tak	2	11,1	110	46,0	6,940	0,0084**
	Nie	16	88,9	129	54,0		
Rodzaj spożywanego mięsa (tylko TAK) N=112	Wołowina	0	0,0	74	67,3	-	-
	Wieprzowina	0	0,0	52	47,3	-	-
	Drób	2	100,0	82	74,6	-	-
	Konina	0	0,0	20	18,2	-	-
	Baranina	0	0,0	44	40,0	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 18 SPOŻYWANIE MIĘSA I JEGO RODZAJÓW W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

		< 30 lat		30-50		>50		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273									
Spożywanie mięsa	Tak	113	96,6	50	71,4	66	76,7	25,227	0,0000*
	Nie	4	3,4	20	28,6	20	23,3		
rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak) n=229	Wołowina	98	86,7	40	80,0	35	53,0	26,293	0,0000*
	Wieprzowina	85	75,2	22	44,0	12	18,2	55,932	0,0000*
	Drób	-	-	-	-	-	-	-	-
	Konina	8	7,1	0	0,0	4	6,1	-	-
	Baranina	28	24,8	18	36,0	25	37,9	4,089	0,1295*
ISLAM N=253									
Spożywanie mięsa	Tak	65	87,8	70	87,5	83	83,8	-	-
	Nie	9	12,2	10	12,5	16	16,2		
rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak) N=229	Wołowina	52	70,3	59	73,8	72	72,7	0,245	0,8846*
	Wieprzowina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Drób	43	58,1	45	56,3	53	53,5	0,372	0,8304*
	Konina	3	4,1	1	1,3	2	2,0	-	-
	Baranina	53	71,6	58	72,5	77	77,8	1,041	0,5942*
HINDUIZM N=244									
Spożywanie mięsa	Tak	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nie	31	100,0	174	100,0	39	100,0		

rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak) N=8	Wołowina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Wieprzowina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Drób	-	-	-	-	-	-	-	-
	Konina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Baranina	-	-	-	-	-	-	-	-
JUDAIZM N=134									
Spożywanie mięsa	Tak	17	100,0	54	98,2	61	100,0	-	-
	Nie	-	-	1	1,8	-	-		
	inne sporadycznie, okazjonalnie	-	-	-	-	-	-		
rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak) N=132	Wołowina	17	100,0	54	98,2	60	96,8	-	-
	Wieprzowina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Drób	17	100,0	54	98,2	60	96,8	-	-
	Konina	-	-	-	-	-	-	-	-
	Baranina	-	-	1	1,8	1	1,6	-	-
BUDDYZM N=257									
Spożywanie mięsa	Tak	-	-	80	43,7	32	57,1	18,094	0,0001*
	Nie	18	100,0	103	56,3	24	42,9		
rodzaje spożywanego mięsa (tylko tak) N=112	Wołowina	-	-	54	67,5	20	62,5	0,081	0,7764**
	Wieprzowina	-	-	28	35,0	24	75,0	13,139	0,0003**
	Drób	-	-	62	77,5	22	68,8	0,525	0,4687**
	Konina	-	-	12	15,0	8	25,0	0,951	0,3294**
	Baranina	-	-	26	32,5	18	56,3	4,456	0,0348*

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 19 KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD RELIGII

		KADS		Katolicyzm		islam	judaizm		hinduizm		buddyzm		Wartość statystyki	(p)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n			%
Kontrola składu produktów	tak	133	98,5	91	66,4	219	88,3	4	2,9	195	95,6	233	90,7	101,62	<0,0001
	nie	2	1,5	46	33,6	29	11,7	4	2,9	9	4,4	24	9,3		
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych	Konserwanty	110	82,7	85	93,4	70	31,3	3	2,2	178	91,3	217	84,4	218,838	<0,0001
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słożykach	98	73,7	23	25,3	112	50,0	2	1,4	218	111,8	136	52,9	159,840	<0,0001
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	121	91,0	25	27,5	154	68,8	4	2,9	69	35,4	66	25,7	245,770	<0,0001
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	111	83,5	16	17,6	142	63,4	4	2,9	84	43,1	70	27,2	186,546	<0,0001
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	131	98,5	17	18,7	171	76,3	4	2,9	146	74,9	144	56,0	176,441	<0,0001

Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	0	0,0	25	27,5	28	12,5	2	1,4	58	29,7	26	10,1	60,517	<0,0001
--	---	-----	----	------	----	------	---	-----	----	------	----	------	--------	---------

TAB. 20 KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego		innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	N	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze, N=270	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	159	77,6	65	97,0	11,845	0,0006**
	nie bo nie widzę potrzeby	46	22,4	2	3,0		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=224	Konserwanty	144	90,6	51	78,5	5,998	0,0143*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	73	45,9	48	73,8	14,495	0,0001*
	Zawartość tłuszczu w wieprzowym w produktach drobiowych i wołowych	91	57,2	55	84,6	15,243	0,0001*
	Zawartość białka w wieprzowym w produktach drobiowych i wołowych	80	50,3	47	72,3	9,090	0,0026*
	Zawartość żelatyny w wieprzowej, podpuszczki	86	54,1	62	95,4	33,282	0,0000**

	wieprzowej w serkach, jogurtach						
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	24	15,1	1	1,5	7,387	0,0066**
ISLAM N=253							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N=248	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	30	13,3	4	17,4		
	nie bo nie widzę potrzeby	10	4,4	2	8,7		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-		
	nie chce mi się	17	7,6	0	0,0		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	168	74,7	17	73,9		
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=224	Konserwanty	59	29,1	11	52,4	5,137	0,0282*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodczykach	99	48,8	13	61,9	0,841	0,3592*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	142	70,0	12	57,1	0,918	0,3380*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	130	64,0	12	57,1	0,149	0,6990**
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	156	76,9	15	71,4	0,082	0,7745**
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	25	12,3	3	14,3	0,008	0,9310*
	HINDUIZM N=245						
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N=204	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	53	98,1	142	94,7	-	-
	nie bo nie widzę potrzeby	1	1,9	8	5,3		

	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-		
	nie chce mi się	-	-	-	-		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/składników zakazanych	-	-	-	-		
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=244	Konserwanty	52	83,9	126	69,2	5,023	0,0250*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	49	79,0	169	92,9	9,284	0,0023*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	17	27,4	52	28,6	0,030	0,8619*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	17	27,4	67	36,8	1,808	0,1788*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	30	48,4	116	63,7	4,534	0,0332*
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	17	27,4	41	22,5	0,611	0,4345*
JUDAIZM N=134							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze, N=8	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	4	50,0	-	-	-	-
	nie bo nie widzę potrzeby	-	-	-	-	-	-
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	2	25,0	-	-	-	-
	nie chce mi się	2	25,0	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/składników zakazanych	-	-	-	-	-	-
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie	Konserwanty	3	75,0	-	-	-	-
	Substancje pochodzenia	2	50,0	-	-	-	-

produktów spożywczych N=4	zwierzęcego np. w słodyczach						
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	100,0	-	-	-	-
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	100,0	-	-	-	-
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	4	100,0	-	-	-	-
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	2	50,0	-	-	-	-
BUDDYZM N=257							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze,	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	14	77,8	219	91,6	2,335	0,1265**
	nie bo nie widzę potrzeby	4	22,2	20	8,4		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
	Konserwanty	6	33,3	211	88,3	34,395	0,0000**
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych?	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	14	77,8	122	51,1	3,788	0,0516**
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	22,2	62	25,9	0,005	0,9453**
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	22,2	66	27,6	0,049	0,8250**
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki	14	77,8	130	54,4	2,827	0,0927**

	wieprzowej w serkach, jogurtach						
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	0	0,0	26	10,9	1,146	0,2843**

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 21 KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII

		Od urodzenia		Od pewnego czasu		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	N	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze, N=272	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	159	77,6	65	97,0	11,845	0,0006**
	nie bo nie widzę potrzeby	46	22,4	2	3,0		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względu na zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=229	Konserwanty	144	90,6	51	78,5	5,998	0,0143*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	73	45,9	48	73,8	14,495	0,0001*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	91	57,2	55	84,6	15,243	0,0001*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	80	50,3	47	72,3	9,090	0,0026*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	86	54,1	62	95,4	33,282	0,0000**
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki,	24	15,1	1	1,5	7,387	0,0066**

	czy zawierają składniki alergizujące						
ISLAM N=253							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, słodczyce, wędliny, N=248	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	30	13,3	4	17,4	-	-
	nie bo nie widzę potrzeby	10	4,4	2	8,7		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-		
	nie chce mi się	17	7,6	0	0,0		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	168	74,7	17	73,9		
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	-	-	-	-		
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=224	Konserwanty	59	29,1	11	52,4	5,137	0,0282*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodczych	99	48,8	13	61,9	0,841	0,3592*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	142	70,0	12	57,1	0,918	0,3380*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	130	64,0	12	57,1	0,149	0,6990**
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	156	76,9	15	71,4	0,082	0,7745**
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	25	12,3	3	14,3	0,008	0,9310*
HINDUIZM N=245							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, słodczyce, wędliny, N=204	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	26	96,3	169	95,5	-	-
	nie bo nie widzę potrzeby	1	3,7	8	4,5		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-		
	nie chce mi się	-	-	-	-		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/	-	-	-	-		

	składników zakazanych						
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych? N=244	Konserwanty	25	92,6	153	70,5	4,869	0,0273**
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	22	81,5	196	90,3	1,152	0,2831**
	Zawartość tłuszczu w wieprzowemu produktach drobiowych i wołowych	6	22,2	63	29,0	0,265	0,6070**
	Zawartość białka w wieprzowemu produktach drobiowych i wołowych	6	22,2	78	35,9	1,441	0,2299**
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	19	70,4	127	58,5	0,952	0,3291**
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	9	33,3	49	22,6	0,996	0,3182**
JUDAIZM N=134							
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze, N=8	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	4	50,0	-	-	-	-
	nie bo nie widzę potrzeby	-	-	-	-	-	-
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	2	25,0	-	-	-	-
	nie chce mi się	2	25,0	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-
	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych N=4	Konserwanty	3	75,0	-	-	-	-
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	2	50,0	-	-	-	-
	Zawartość tłuszczu w wieprzowemu produktach	4	100,0	-	-	-	-

	drobiowych i wołowych							
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	100,0	-	-	-	-	-
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	4	100,0	-	-	-	-	-
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	2	50,0	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 21a KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257

		< 10 lat		11-20		>20		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze,	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	100	94,3	69	81,2	60	96,8	13,268	0,0013*
	nie bo nie widzę potrzeby	6	5,7	16	18,2	2	3,2		
Na zawartość jakich substancji zwracano uwagę w składzie produktów spożywczych?	Konserwanty	82	77,4	73	85,9	58	93,6	7,979	0,0185*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	56	52,8	46	54,1	30	48,4	0,503	0,7775*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	18	17,0	32	37,7	14	22,6	10,982	0,0041*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	24	22,6	30	35,3	14	22,6	4,614	0,0996*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	60	56,6	46	54,1	34	54,8	0,126	0,9389*

	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	6	5,7	2	2,4	18	29,0	31,891	0,0000*
--	--	---	-----	---	-----	----	------	--------	---------

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 22 KONTROLA SKŁADU KUPOWANYCH PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

		< 30 lat		30-50		>50		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273									
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N=272	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	78	66,7	70	100,0	76	89,4	37,724	0,0000*
	nie bo nie widzę potrzeby	39	33,3	0	0,0	9	10,6		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracana jest uwaga w składzie produktów spożywczych N=224	Konserwanty	67	85,9	65	92,9	63	82,9	3,351	0,1872*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodczych	22	28,2	47	67,1	52	68,4	32,126	0,0000*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	28	35,9	51	72,9	57	88,2	48,967	0,0000*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	23	29,5	43	61,4	61	80,3	41,351	0,0000*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	25	32,1	50	71,4	73	96,1	71,641	0,0000*
	Inne czy są świeże, czy	8	10,3	12	17,1	5	6,5	4,299	0,1166*

	zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące								
ISALM N=253									
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N=248	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	10	13,9	12	15,4	12	12,2	-	0,8907***
	nie bo nie widzę potrzeby	2	2,8	3	3,8	7	7,1		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-		
	nie chce mi się sprawdzać, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	4	5,6	6	7,7	7	7,1		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	56	77,8	57	73,1	72	73,5		
Na zawartość jakich substancji zwracana jest uwaga w składzie produktów spożywczych N=224	Konserwanty	24	35,3	20	28,2	26	30,6	0,849	0,6542*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodczykach	36	52,9	33	46,5	43	50,6	0,599	0,7411*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	47	69,1	49	69,0	58	68,2	0,017	0,9915*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	47	69,1	45	63,4	50	58,8	1,725	0,4221*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	51	75,0	54	76,1	66	77,7	0,151	0,9272*
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	7	10,3	12	16,9	9	10,6	1,844	0,3977*
HINDUIZM N=245									
Kontrola składu produktów spożywczych tj.	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze	30	96,8	128	95,5	37	94,9	-	-

sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N= 204	względów zdrowotnych								
	nie bo nie widzę potrzeby	1	3,2	6	4,5	2	5,1		
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-		
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-		
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-		
Na zawartość jakich substancji zwracana jest uwaga w składzie produktów spożywczych N=244	Konserwanty	29	93,6	119	68,4	30	76,9	8,811	0,0122*
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	29	93,6	152	87,4	37	94,9	2,549	0,2795*
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	12,9	45	25,9	20	51,3	14,289	0,0008*
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	4	12,9	60	34,5	20	51,3	11,270	0,0036*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	26	83,9	83	47,7	37	94,9	38,033	0,0000*
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	7	22,6	45	25,9	6	15,4	1,958	0,3757*
	JUDAIZM N=134								
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodczyce, N=8	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	0	0,0	2	100,0	2	33,3		
	nie bo nie widzę potrzeby	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	0	0,0	0	0,0	2	33,3		
	nie chce mi się	0	0,0	0	0,0	2	33,3		

	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracana jest uwaga w składzie produktów spożywczych N=4	Konserwanty	0	0,0	2	100,0	1	50,0	-	-
	Substancje pochodzenia zwierzęcego np. w słodyczach	0	0,0	1	50,0	1	50,0	-	-
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	Wszyscy badani zaznaczyli tą odpowiedź							
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	Wszyscy badani zaznaczyli tą odpowiedź							
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	Wszyscy badani zaznaczyli tą odpowiedź							
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki, czy zawierają składniki alergizujące	0	0,0	1	50,0	1	50,0	-	-
BUDDYZM N=257									
Kontrola składu produktów spożywczych tj. sery, jogurty, wędliny, słodycze,	tak chcę wiedzieć co zawierają, ze względów zdrowotnych	18	100,0	169	92,4	46	82,1	-	0,0412***
	nie bo nie widzę potrzeby	0	0,0	14	7,7	10	17,9	-	-
	nie bo kupuję zawsze te same sprawdzone produkty	-	-	-	-	-	-	-	-
	nie chce mi się	-	-	-	-	-	-	-	-
	sprawdzam, czy nie ma tam produktów/ składników zakazanych	-	-	-	-	-	-	-	-
Na zawartość jakich substancji zwracana jest	Konserwanty	18	100,0	147	80,3	52	92,9	8,690	0,0130*
	Substancje pochodzenia	18	100,0	96	52,5	22	39,3	20,207	0,0000*

uwaga w składzie produktów spożywczych	zwierzęcego np. w słodyszach								
	Zawartość tłuszczu wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	0	0,0	56	30,6	10	17,9	-	0,0026***
	Zawartość białka wieprzowego w produktach drobiowych i wołowych	0	0,0	54	29,5	16	28,6	7,264	0,0265*
	Zawartość żelatyny wieprzowej, podpuszczki wieprzowej w serkach, jogurtach	12	66,7	104	56,8	28	50,0	1,701	0,4273*
	Inne czy są świeże, czy zawierają barwniki i składniki alergizujące	0	0,0	2	1,1	24	42,9	-	0,0000***

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badania własne

TAB. 23 PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego jak ja		innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	115	56,1	64	94,1	32,827	0,0000*
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	78	38,0	4	5,9		
	nie wiem	12	5,9	0	0,0		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-	-	-
Palenie tytoniu	Tak	15	7,5	1	1,5	-	0,1503***
	Rzuciłem/am palenie	7	3,5	4	5,9		
	Nie	179	89,1	63	92,6		
	Inne (czasami zapalę)	-	-	-	-		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	153	74,6	59	86,8	3,659	0,0558**
	Nie lubię ich zapachu	84	41,0	33	48,5	1,190	0,2754*

	Ze względów religijnych	61	29,8	43	63,2	24,269	0,0000*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	13	6,3	7	10,3	0,665	0,4148*
	Inne (są drogie)	2	1,0	0	0,0	-	-
ISLAM N=253							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	124	53,9	13	56,5	0,830	0,6604*
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	98	42,6	10	43,5		
	nie wiem	8	3,5	0	0,0		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-		
Palenie tytoniu	Tak	25	10,9	2	8,7	0,942	0,8152*
	Rzuciłem/am palenie	11	4,8	1	4,3		
	Nie	184	80,0	18	78,3		
	Inne (czasami zapalę)	10	4,3	2	8,7		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	148	64,4	16	69,6	0,250	0,6174*
	Nie lubię ich zapachu	75	32,6	3	13,0	2,892	0,0890**
	Ze względów religijnych	87	37,8	12	52,2	1,807	0,1789*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	32	13,9	5	21,7	0,495	0,4819**
	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	62	100,0	169	92,4	-	-
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	4	2,2		
	nie wiem	0	0,0	10	5,5		
Palenie tytoniu N=236	Tak	1	1,6	0	0,0	Brak możliwości obliczenia statystyki, gdyż zdecydowana większość badanych nie paliła lub też rzuciła palenie	
	Rzuciłem/am palenie	1	1,6	19	10,9		
	Nie	59	95,2	155	89,1		
	Inne (czasami zapalę)	1	1,6	0	0,0		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	53	85,5	153	84,1	0,004	0,9496**
	Nie lubię ich zapachu	44	71,0	111	61,0	1,987	0,1586*

N=236	Ze względów religijnych	51	82,3	151	83,0	0,016	0,8984*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	1	1,6	25	13,7	5,923	0,0150**
	Inne (są drogie)	0	0,0	2	1,1	-	-
JUDAIZM N=134							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	-	-	-	-	-	-
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	134	100,0	-	-	Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż wszyscy badani zaznaczyli jedną odpowiedź	
	nie wiem	-	-	-	-	-	-
Palenie tytoniu N=116	Tak	21	15,7	-	-	-	-
	Rzuciłem/am palenie	12	9,0	-	-	-	-
	Nie	83	61,9	-	-	-	-
	Inne (czasami zapalę)	-	-	-	-	-	-
względy niepalenia tytoniu N=113	względów zdrowotnych	58	43,3	-	-	-	-
	Nie lubię ich zapachu	55	41,0	-	-	-	-
	Ze względów religijnych	-	-	-	-	-	-
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	-	-	-	-	-	-
	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-
BUDDYZM N=257							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	1	5,6	5	2,1	-	0,0281***
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	1	5,6	44	18,4		
	nie wiem	0	0,0	44	18,4		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	16	88,9	146	61,1		
Palenie tytoniu	Tak	0	0,0	26	10,9	-	0,3663***
	Rzuciłem/am palenie	0	0,0	8	3,4		
	Nie	18	100,0	205	85,8		
	Inne (czasami zapalę)	-	-	-	-		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	16	88,9	154	64,4	3,445	0,0635**
	Nie lubię ich zapachu	8	44,4	127	53,1	0,219	0,6401**
	Ze względów religijnych	8	44,4	56	23,4	2,909	0,0881**

	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	4	22,2	40	16,7	0,074	0,7861**
	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 24 PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII

		Od urodzenia		Od pewnego czasu		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	43	100,0	90	96,8	-	-
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	3	3,2		
	nie wiem	-	-	-	-		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-		
Palenie tytoniu	Tak	15	7,5	1	1,5	-	0,1503***
	Rzuciłem/am palenie	7	3,5	4	5,9		
	Nie	179	89,1	63	92,6		
	Inne (czasami zapalę)	-	-	-	-		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	153	74,6	59	86,8	3,659	0,0558**
	Nie lubię ich zapachu	84	41,0	33	48,5	1,190	0,2754*
	Ze względów religijnych	61	29,8	43	63,2	24,269	0,0000*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	13	6,3	7	10,3	0,665	0,4148*
	Inne (są drogie)	2	1,0	0	0,0	-	-
ISLAM N=253							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	124	53,9	13	56,5	0,830	0,6604*
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	98	42,6	10	43,5		
	nie wiem	8	3,5	0	0,0		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-		
Palenie tytoniu	Tak	25	10,9	2	8,7	0,942	0,8152*
	Rzuciłem/am palenie	11	4,8	1	4,3		
	Nie	184	80,0	18	78,3		

	Inne (czasami zapalę)	10	4,3	2	8,7		
względy niepalenia tytoniu	względów zdrowotnych	148	64,4	16	69,6	0,250	0,6174*
	Nie lubię ich zapachu	75	32,6	3	13,0	2,892	0,0890**
	Ze względów religijnych	87	37,8	12	52,2	1,807	0,1789*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	32	13,9	5	21,7	0,495	0,4819**
	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	27	100,0	204	93,6		
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-	-	-
	nie wiem	0	0,0	10	4,6		
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	0	0,0	4	1,8		
Palenie tytoniu N=236	Tak	1	3,7	0	0,0	Brak możliwości obliczenia statystyki, gdyż zdecydowana większość badanych nie paliła lub też rzuciła palenie	
	Rzuciłem/am palenie	1	3,7	19	9,1		
	Nie	24	88,9	190	90,9		
	Inne (czasami zapalę)	1	3,7	0	0,0		
względy niepalenia tytoniu N=236	względów zdrowotnych	18	66,7	188	86,6	5,843	0,0156**
	Nie lubię ich zapachu	9	33,3	146	67,3	10,523	0,0012**
	Ze względów religijnych	16	59,3	186	85,7	11,793	0,0006*
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	0	0,0	26	12,0	2,472	0,1159**
	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-
JUDAIZM N=134							
Stanowisko religii odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, zabrania jako łamanie zasad religijnych	-	-	-	-	-	-
	nie zabrania, nie zajmuje stanowiska, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	134	100,0	-	-	-	-
	nie wiem	-	-	-	-	-	-
	nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu	-	-	-	-	-	-
Palenie tytoniu N=116	Tak	21	15,7	-	-	-	-
	Rzuciłem/am palenie	12	9,0	-	-	-	-
	Nie	83	61,9	-	-	-	-
	Inne (czasami zapalę)	-	-	-	-	-	-
względy niepalenia tytoniu N=113	względów zdrowotnych	58	43,3	-	-	-	-
	Nie lubię ich zapachu	55	41,0	-	-	-	-
	Ze względów religijnych	-	-	-	-	-	-
	Uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	-	-	-	-	-	-

	Inne (są drogie)	-	-	-	-	-	-
--	------------------	---	---	---	---	---	---

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

TAB. 24A PALENIE TYTONIU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM)

BUDDYZM									
		< 10 lat		11-20		>20		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
Palenie tytoń	Tak	14	13,2	10	11,8	2	3,2	-	0,2403***
	Rzuciłem/am palenie	4	3,8	2	2,4	2	3,2		
	Nie	88	83,0	73	85,9	58	93,5		
względy nie palenia tytoniu	względów zdrowotnych	72	67,9	54	63,5	40	64,5	0,448	0,7995*
	nie lubię ich zapachu	50	47,2	43	50,6	38	61,3	3,197	0,2023*
	ze względów religijnych	22	20,8	22	25,9	20	32,3	2,763	0,2513*
	uprawiam sport, więc palenie pogarsza moją wydolność organizmu	32	30,2	6	7,1	6	9,7	20,968	0,0000*
Stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie palenia tytoniu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych – grzech, łamanie przykazania „nie zabijaj”, jest trujące	0	0,0	9	10,6	2	3,2	37,519	0,0000*
	nie zabrania/ zezwala nie zajmuje stanowiska, nie mówi wprost „nie”, ale nie zaleca, nie pochwała, należy dbać o zdrowie a to nie sprzyja jemu negatywnie, gdy jest nałogiem	9	8,5	8	9,4	11	17,7		
	nie wiem	44	41,5	8	9,4	17	27,4		
	w gunie ignorancji, jest to intoksykacja, przeszkadza w ścieżce postępu	53	50,0	60	70,6	32	51,6		

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 25 SPOŻYWANIE ALKOHOLU W ZALEŻNOŚCI OD WYZNANIA RODZICÓW

		Takiego samego jak ja		Innego		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	86	42,0	67	98,5	66,355	0,0000*
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	110	53,7	1	1,5		
	nie wiem	9	4,4	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	87	42,4	65	95,6	58,570	0,0000*
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	90	43,9	3	4,4		
	nie wiem	28	13,7	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu	Tak	100	48,8	2	2,9	43,909	0,0000**
	Nie	105	51,2	66	97,1		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	54	51,4	26	39,4	2,357	0,1247*
	Zdrowotnych	67	63,8	47	71,2	0,999	0,3175*
	Religijnych	57	54,3	54	81,8	13,488	0,0002**
	Inne	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	221	96,1	23	100,0	-	-
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	9	3,9	0	0,0		

	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	221	96,1	23	100,0	-	-
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	9	3,9	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu	Tak	11	4,8	1	4,4	0,177	0,6738*
	Nie	219	95,2	22	95,6		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	39	17,0	3	13,0	0,035	0,8517**
	Zdrowotnych	71	30,9	10	43,5	1,527	0,2165*
	Religijnych	204	88,7	18	78,3	1,258	0,2620**
	Inne	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	62	100,0	169	92,3	-	-
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	10	5,5		
	nie wiem	0	0,0	4	2,2		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	62	100,0	169	92,3	-	-
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	10	5,5		

	nie wiem	0	0,0	4	2,2		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu N=244	Tak	7	11,3	0	0,0	-	0,0001***
	Nie	55	88,7	182	100,0		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	25	45,4	54	29,7	4,735	0,0296*
	Zdrowotnych	24	43,6	108	59,3	4,221	0,0399*
	Religijnych	35	63,6	126	69,2	0,607	0,4360*
	Inne	26	47,3	97	53,3	0,614	0,4333*
JUDAIZM N=134							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	-	-	-	-		Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko 2 osoby miało inne wyznanie jak rodzice
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	-	-	-	-		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	132	98,5	2	1,5		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	-	-	-	-		Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko 2 osoby miało inne wyznanie jak rodzice
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	-	-	-	-		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	132	98,5	2	1,5		
Spożywanie alkoholu	Tak	103	81,1	2	100,0		Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko 2 osoby miało inne wyznanie jak rodzice
	Nie	24	18,9	0	0,0		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	24	18,2	0	0,0		Brak możliwości obliczenia statystyki gdyż tylko 2 osoby
	Zdrowotnych	1	0,8	0	0,0		
	Religijnych	-	-	-	-		
	Inne	-	-	-	-		

						miało inne wyznanie jak rodzice	
BUDDYZM N=257							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	1	5,6	30	12,6	-	0,6571***
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	14	77,8	177	74,1		
	nie wiem	3	16,7	31	13,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	0	0,0	1	0,4		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	1	5,6	30	12,6	-	0,6571***
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	14	77,8	177	74,1		
	nie wiem	3	16,7	31	13,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	0	0,0	1	0,4		
Spożywanie alkoholu	Tak	2	11,1	173	72,4	26,175	0,0000**
	Nie	16	88,9	66	27,6		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	4	25,0	16	24,2	0,068	0,7940**
	Zdrowotnych	0	0,0	18	27,3	4,112	0,0426**
	Religijnych	12	75,0	34	51,5	2,010	0,1564**
	Inne	-	-	-	-	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

**Tab. 26 SPOŻYWANIE ALKOHOLU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ
DANEJ RELIGII**

		Od urodzenia		Od pewnego czasu		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%		
CHRZEŚCIJAŃSTWO N=273							
Stanowisko religii odnośnie	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	60	33,3	93	100,0	-	0,0000***

spożywania alkoholu	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	111	61,7	0	0,0		
	nie wiem	9	5,0	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	61	33,9	91	97,8	101,696	0,0000*
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	91	50,6	2	2,2		
	nie wiem	28	15,6	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu	Tak	100	55,6	2	2,2	72,464	0,0000**
	Nie	80	44,4	91	97,8		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	47	58,8	33	36,3	8,646	0,0033*
	Zdrowotnych	53	66,2	61	67,0	0,012	0,9137*
	Religijnych	41	51,2	70	76,9	12,320	0,0004*
	Inne	-	-	-	-	-	-
ISLAM N=253							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	221	96,1	23	100,0	-	-
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	9	3,9	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	221	96,1	23	100,0	-	-

spożywania alkoholu	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-		
	nie wiem	9	3,9	0	0,0		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu	Tak	11	4,8	1	4,4	0,177	0,6738*
	Nie	219	95,2	22	95,6		
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	39	17,0	3	13,0	0,035	0,8517**
	Zdrowotnych	71	30,9	10	43,5	1,527	0,2165*
	Religijnych	204	88,7	18	78,3	1,258	0,2620**
	Inne	-	-	-	-	-	-
HINDUIZM N=245							
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	27	100,0	204	93,6	-	-
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	10	4,6		
	nie wiem	0	0,0	4	1,8		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	27	100,0	204	93,6	-	-
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	0	0,0	10	4,6		
	nie wiem	0	0,0	4	1,8		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	-	-	-	-		
Spożywanie alkoholu	Tak	7	25,9	0	0,0	-	-
	Nie	20	74,1	217	100,0	-	-

N=244								
przyczyn niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	1	0,0	78	35,9	6,560	0,0104**	
	Zdrowotnych	5	25,0	127	58,5	7,038	0,0080**	
	Religijnych	9	45,0	152	70,1	4,186	0,0408**	
	Inne	16	80,0	107	49,3	5,735	0,0166**	
JUDAIZM N=134								
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	-	-	-	-	-	-	
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-	-	-	
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	134	100,0	-	-	-	-	
	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych	-	-	-	-	-	-	
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	-	-	-	-	-	-	
	nie wiem	-	-	-	-	-	-	
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	134	100,0	-	-	-	-	
	Spożywanie alkoholu	Tak	105	78,4	-	-	-	-
	Nie	24	17,9	-	-	-	-	
przyczyny niespożywania alkoholu	Nie lubię alkoholu	24	17,9	-	-	-	-	
	Zdrowotnych	1	0,7	-	-	-	-	
	Religijnych	-	-	-	-	-	-	
	Inne	-	-	-	-	-	-	

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

Tab. 26A SPOŻYWANIE ALKOHOŁU W ZALEŻNOŚCI OD DŁUGOŚCI BYCIA WYZNAWCĄ DANEJ RELIGII (BUDDYZM) N=257

		< 10 lat		11-20		>20		Wartość statystyki	Poziom istotności (p)
		n	%	n	%	n	%		
Spożywanie alkoholu	Tak	76	71,7	51	60,0	46	74,2	4,269	0,1183*
	Nie	30	28,3	34	40,0	16	25,8		
przyczyn nie picia alkoholu	Nie lubię alkoholu	4	13,3	12	35,3	2	12,5	-	0,0724***
	Zdrowotnych	2	6,7	14	41,2	2	12,5	-	0,0023***

	Religijnych	12	40,0	22	64,7	12	75,0	6,487	0,0390*
Stanowisko religii odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie jako łamanie zasad religijnych	12	11,3	9	10,6	10	16,1	1,681	0,7941*
	nie zabrania, w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	77	72,6	66	77,6	44	71,0		
	nie wiem	16	15,1	10	11,8	8	12,9		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	1	0,9	0	0,0	0	0,0	-	-
stanowisko „Świętej Księgi” odnośnie spożywania alkoholu	negatywnie, jako łamanie zasad religijnych–	12	11,3	9	10,6	10	16,1	1,681	0,7941*
	nie zabrania, nie mówi wprost „nie w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem, ale negatywnie, jeśli się nadużywa, gdy jest nałogiem	77	72,6	66	77,6	44	71,0		
	nie wiem	16	15,1	10	11,8	8	12,9		
	wino, odpowiedniej jakości (koszerne) w pewnych okolicznościach można, w małych ilościach, z umiarem,	1	0,9	0	0,0	0	0,0	-	-

* Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Źródło: badania własne

STRESZCZENIE

W przygotowanej dysertacji doktorskiej przedstawiono zagadnienie stylu życia, zachowań zdrowotnych w kontekście zróżnicowań kulturowo-religijnych. Przedmiotem badań uczyniono zachowania zdrowotne takie jak dieta, stosowanie używek takich jak alkohol, tytoń, ale również przeanalizowano aktywność fizyczną, formy odpoczynku, relaksu. Wszystkie te zachowania analizowano w odniesieniu do zasad określonych w pięciu wybranych religiach tj.: chrześcijaństwo, islam, judaizm, buddyzm oraz hinduizm, a badania prowadzono na terenie Polski. Zachowania zdrowotne uwarunkowane są między innymi takimi czynnikami jak cechy osobowościowe człowieka, środowiskiem w którym żyje, oraz wpływem ludzi którzy go otaczają. Istotne znaczenie dla zachowań zdrowotnych ma również kultura i religia jako komponent kultury według których jednostka żyje, rozwija się, przyjmuje jej wartości, przekonania i utożsamia się z przyjętymi w danej kulturze i religii zasadami. Problematyka pracy doktorskiej ściśle związana jest ze społeczno-ekologicznym modelem zdrowia oraz zagadnieniami pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki, edukacji międzykulturowej jak i zdrowia publicznego. W dysertacji omówiono złożoności tematyki zachowań zdrowotnych w odniesieniu do zróżnicowania kulturowego, religijnego oraz przedstawiono z czego ta różnorodność wynika i jak panujące w społeczności religijnej zasady zachowań zdrowotnych są postrzegane i praktykowane przez wyznawców wybranych religii.

Celem zrealizowanego projektu badawczego było poszukiwanie i analiza wspólnych jak i odmiennych wybranych do analizy zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii, a ponadto podjęto próbę identyfikacji kulturowo-religijnych zróżnicowań dotyczących uwarunkowań zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii. Strategię badawczą oparto na metodach badań ilościowo – jakościowych a zastosowanymi metodami były: metoda etnograficzna i sondażu diagnostycznego. Wykorzystanymi technikami badawczymi była obserwacja uczestnicząca, wywiad ekspercki jak również wykorzystano technikę ankietyzacji i analizy tekstu dokumentów. Zastosowanymi narzędziami badawczymi były: autorski kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, kwestionariusz dyspozycji do wywiadu eksperckiego, autorski przewodnik do analizy treści dokumentów („Świętych Ksiąg”) oraz wystandaryzowane narzędzie, jakim jest Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego.

Przeprowadzone badania wykazały iż zachowania zdrowotne zależne są od przynależności religijnej. Natomiast przestrzeganie zasad określonych przez religię znaczący wpływ ma długość bycia jej wyznawcą, fakt czy rodzice należą do tej samej religii co badany oraz wiek badanych. Wyniki przeprowadzonych badań stanowiły podstawową inspirację dla przygotowania propozycji zajęć dydaktycznych z edukacji zdrowotnej międzykulturowej, których celem jest obalanie mitów, niwelowanie uprzedzeń, sztucznych granic, czasem wręcz agresji wobec ludzi odmiennych kulturowo i religijnie. Edukacja zdrowotna jako jedno z narzędzi promocji zdrowia ukierunkowana jest na

podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Nie tylko lekarz, pielęgniarka czy pedagog, ale każdy powinien mieć pozytywny stosunek do drugiego człowieka bez względu na wyznawaną religię, przynależność kulturową. Dlatego tak ważna jest znajomość zasad jakimi kierują się wyznawcy różnych religii. Ponadto poznanie różnorodności zachowań zdrowotnych daje możliwość modyfikacji własnych zachowań i „przejęcia” nowych zaczerpniętych z innych kultur, a które mogą pozytywny wpływ na nasze zdrowie.

SUMMARY

The prepared doctoral dissertation presents the issue of lifestyle, health behaviors in the context of cultural and religious diversity. The subject of research was health behaviors such as diet, use of stimulants such as alcohol, tobacco, but also physical activity, forms of rest and relaxation were analyzed. All these behaviors were analyzed in relation to the principles set out in the five selected religions, i.e. Christianity, Islam, Judaism, Buddhism and Hinduism, the research was conducted in Poland. Health behaviors are conditioned, among others, by factors such as personality traits of human being's, the environment in which he/she lives, and the influence of people who surround he/she. Culture and religion are also important for health behaviors as a component of the culture according to which the individual lives, develops, adopts its values, beliefs and identifies with the principles adopted in a given culture and religion. The issues of the doctoral dissertation are closely related to the socio-ecological health model and issues of health pedagogy as a subdiscipline of pedagogy, intercultural education and public health. The dissertation discusses the complexity of the subject of health behavior in relation to cultural and religious diversity, represents what this diversity derives from and how the principles of wholesome behavior in the religious community are perceived and practiced by the followers of selected religions.

The aim of the research project was to search and analyze common and different health behaviors of the followers of selected religions, identified for analysis, and an attempt was made to identify cultural and religious differences regarding the determinants of health behavior, of followers of selected religions. The research strategy was based on quantitative and qualitative research methods and the methods used were the: ethnographic method and diagnostic survey. The research techniques used were participant observation, expert interview as well as the questionnaire and text analysis techniques. The research tools used were: the author's own survey questionnaire, the questionnaire for the expert interview, the author's guide

to analyzing the content of documents ("Holy Books") and a standardized tool, which is the Inventory of Health Behaviors according to Z. Juczyński.

The research showed that health behaviors depend on religious affiliation. On the other hand, adherence to the principles set by religion is significantly influenced by the length of being a follower of that specific religion, the fact whether parents belong to the same religion as the respondent and the age of the respondents. The results of the conducted research constituted the basic inspiration for the preparation of didactic classes in intercultural health education, with the aim to refute myths, eliminate prejudices, artificial boundaries, sometimes even aggression towards culturally and religiously different people. Health education as one of health promotion tools is aimed at raising public health awareness.

Not only a doctor, nurse or educator, but everyone should have a positive attitude towards other people regardless of their religion or cultural affiliation/s. That is why, it is so important to know the principles followed by the followers of different religions. In addition, learning about the diversity of health behaviors gives you the opportunity to modify your own behavior, and "take over" new ones taken from other cultures that can have a positive effect on our health.