

КАТОЛИЧЕСТВО ИЛИ ПРОТЕСТАНТИЗМ? ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ*

АЛЕКСАНДР РАМОНОВ

В статье проанализированы здоровье и благополучие людей в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах с учетом их религиозной принадлежности и религиозной активности на основе данных выборочного обследования, проведенного по единой методологии. Показано, что факторы религиозной принадлежности и активности незначимы в выборке европейских стран в целом и не оказывают влияния на здоровье пожилых людей в моделях Западной и Восточной Европы по отдельности. Сделан вывод, что фактор национальной принадлежности оказывается более существенным для здоровья и благополучия пожилых людей, чем религиозный.

Ключевые слова: католичество, протестантизм, здоровье пожилых людей.

ВВЕДЕНИЕ

Макс Вебер (1864-1920) в своем ставшем классическим исследовании «Протестантская этика и дух капитализма» [Вебер 1990] отмечал, что протестантская этика стала одним из нескольких исторических факторов, способствовавших становлению рационального ведения хозяйства и рационального капитализма в странах Западной Европы. В рамках протестантской этики постепенно обрел силу такой ценностный аспект, как отказ от индифферентного отношения к жизни, существующего в рамках католицизма, становление мирского аскетизма. Другой классик социологии Эмиль Дюркгейм (1858-1917) выделял негативный аспект влияния протестантизма, который выражается в более высокой интенсивности самоубийств среди протестантов, в частности, говорил, что «наклонность протестантов к самоубийству должна находиться в зависимости от того духа свободомыслия, которым проникнута эта религия» [Дюркгейм 1994].

Нормативно-этические основы, заложенные в религии, могут влиять не только на отношение к труду и на практики ведения хозяйства, но и на отношение к собственному здоровью и жизни, которое выражается, в частности, в приверженности здоровому образу жизни, его рационализации с целью поддержания своих тела и разума в здоровом состоянии.

Александр Владимирович Рамонов, Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Россия.

E-mail: aramonov@hse.ru. Статья поступила в редакцию в октябре 2014 г.

* Статья подготовлена в рамках проекта Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ «Социально-экономические факторы активного долголетия и государственная политика в отношении пожилых» (2013-2014 гг.).

Эти идеи легли в основу направления эпидемиологии, посвященного изучению специфики смертности, заболеваемости, здоровья и благополучия в целом представителей различных религиозных направлений, исследованию комплексных зависимостей между религией, образом жизни и здоровьем, получившего название «эпидемиология религии» [Levin 1994].

Ряд эмпирических исследований в рамках этого направления посвящен изучению влияния религии и религиозного поведения на смертность и заболеваемость в малых религиозных общинах, характеризующихся высокой вовлеченностью их членов в религиозную деятельность [Jenkins 1971; Comstock, Partridge 1972; Byrd 1988; Troyer 1988].

Другие исследования посвящены выявлению объяснительных механизмов влияния религиозного фактора на заболеваемость (в частности, гипертонию) [Levin, Vanderpool 1989; Levin 1996], поиску ответа на вопрос: «Как религиозность может «проникать в системы организма и влиять на жизненно важные функции», каковы опосредующие механизмы ее влияния?». Было выявлено, что не только поведенческие (образ жизни), но и психоэмоциональные (стресс, общий уровень эмоционального благополучия, уровень счастья) факторы, значения которых различны у сторонников разных религиозных направлений, оказывают влияние на заболеваемость и здоровье.

Ряд исследований направлен на изучение влияния религии на здоровье и активность пожилых людей, в частности показано, что следует осторожно интерпретировать различия в здоровье пожилых в различных религиозных группах ввиду эффекта селекции (сами показатели религиозной активности могут выступать одним из индикаторов общего здоровья, уровня повседневной активности и благополучия) [Levin, Vanderpool 1987; Levin 1989; Witter et al. 1985; Koenig 1990].

Население старше трудоспособного возраста в условиях старения оказывает все большую нагрузку на социальные системы: это, как правило, люди, среди которых распространены хронические заболевания и проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную активность, довольно значительна. Актуальность настоящего исследования в том, что для анализа многостороннего влияния религии на здоровье с учетом межстрановой специфики использован широкий набор стран и показателей здоровья и благополучия пожилого населения. Выделены 3 группы факторов благополучия пожилых людей: 1) страновая принадлежность и общий уровень социально-экономического развития и благополучия исследуемых стран; 2) религиозная структура исследуемых стран (доли представителей определенных деноминаций в общей структуре); 3) религиозная активность. Среди многообразия рассмотренных эффектов здоровья пожилых выделен именно фактор религиозной принадлежности в отношении католичества и протестантизма, получен ответ на вопрос, является ли он значимым.

ДАННЫЕ И ПОКАЗАТЕЛИ

В исследовании использованы данные международного обследования здоровья, здорового образа жизни и уровня доверия к врачам [ISSP 2011]¹. Обследование проведено по единым вопросам и методологии построения выборки (индивидуальная, репрезентирующая все население) в 29 странах, включая Южную Корею, Южную Африку, Филиппины и Россию. Обследование проводится на регулярной основе в странах мира, его анкета включает как общие блоки вопросов об образовании и уровне жизни респондентов, так и специальные тематические: в 2011 г. это был блок вопросов о здоровье (со слов респондента) и об уровне доверия к врачам и к работе системы здравоохранения.

Для целей настоящего исследования выбраны представители четырнадцати стран Западной и Восточной Европы (таблица 1), выборки которых включают как католиков, так и тех, кто придерживается направлений протестантизма. В качестве нижней границы пожилого населения использован возраст 55 лет для обоих полов.

В анализ не включены европейские страны с нулевыми значениями представленности католиков и протестантов в выборке 55+: Финляндия (католики), Болгария (католики), Хорватия (протестанты).

Таблица 1. Объемы выборок лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 взятых для анализа странах (в скобках даны общепринятые в Европе аббревиатуры их названий), чел.

Страна	Мужчины	Женщины	Всего
Бельгия (BE)	580	651	1231
Чехия (CZ)	285	340	625
Дания (DK)	241	237	478
Франция (FR)	716	785	1501
Германия (DE)	346	331	677
Литва (LT)	166	275	441
Нидерланды (NL)	357	394	751
Польша (PL)	183	259	442
Португалия (PT)	187	267	454
Словакия (SK)	233	288	521
Словения (SI)	158	257	415
Швеция (SE)	237	264	501
Швейцария (CH)	235	228	463
Великобритания (GB)	175	201	376

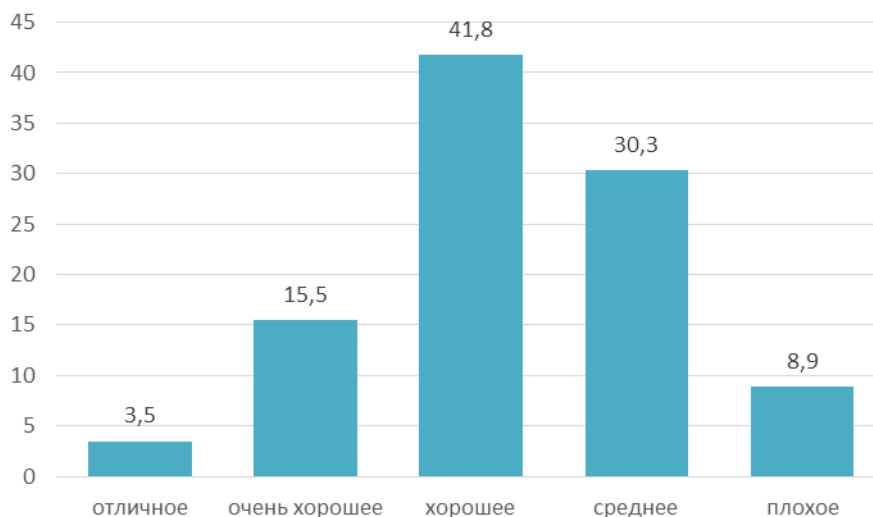
Источник: [ISSP 2011].

Цель настоящего исследования – на примере католиков и протестантов оценить влияние религиозной принадлежности и религиозной активности на здоровье и благополучие пожилых людей в европейских странах с учетом различий в религиозном составе их населения. Для этого сначала выделены группы стран со схожим уровнем социально-экономического развития, затем в каждой из них построены регрессионные модели факторов общего благополучия пожилых людей, в число которых входят религиозная принадлежность и религиозная активность.

¹ Доля ответивших при обследовании - от 33% в Нидерландах до 85% в Южной Африке, 48% в России.

Описание независимых переменных

Зависимой переменной в рамках модели бинарной логистической регрессии во всех моделях выступил факт оценки собственного здоровья в целом как плохого (использована альтернатива «Плохое» из 5 вариантов ответа: «Отличное», «Очень хорошее», «Хорошее», «Среднее», «Плохое» - см. рисунок), который, как выявлено в результате предыдущих исследований, соответствует более высокому риску смерти [Idler, Benyamini 1997].



Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете собственное здоровье в целом?» среди лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах (N=8737), %

В качестве независимых переменных использован ряд сопоставимых между странами показателей, характеризующих:

1. социальный статус (уровень образования, положение на рынке труда) – подробнее см. далее;
2. религиозную принадлежность;
3. религиозную активность;
4. некоторые специфические показатели здоровья и здорового образа жизни людей в возрасте 55 лет и старше (индекс массы тела, регулярные физические упражнения по утрам).

В моделях учитывается пол и возраст.

Для использования в модели бинарной логистической регрессии переменные, содержащие в качестве альтернатив более двух вариантов ответа, перекодированы в бинарные.

В качестве индикаторов социального статуса и образа жизни пожилых использованы уровень образования (рассматривалась доля людей, имеющих образование выше среднего специального², распространенность которого среди лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах в 2011 г. составила 19%) и основной род занятий на момент опроса. Анкета обследования ISSP содержала ряд альтернатив ответа на вопрос об основной

² Использована международная сопоставимая шкала уровней законченного образования.

деятельности. Согласно распределению ответов на вопросы анкеты, в 2011 г. в 14 странах среди респондентов в возрасте 55 лет и старше 24% сохраняли позиции на ранке труда, 64% являлись пенсионерами. На основе полученных ответов сформирована переменная «Имеет ли опрашиваемый на момент опроса оплачиваемую работу или нет». Поскольку в возрасте 55 лет многие еще продолжают трудовую деятельность (не является официальной границей прекращения трудовой деятельности во всех использованных в анализе странах), это состояние оценивалось только для возрастов 65+. В данной возрастной группе его распространенность составила 3,7%.

Для оценки религиозной принадлежности и активности в анкете обследования выбраны соответствующие вопросы: о религиозном направлении, которого придерживается респондент (католик или представляет направления протестантизма), и о том, как часто он/она посещал(а) церковные службы (или просто ходил(а) в церковь) за последний месяц с вариантами ответа от «Никогда» до «Несколько раз в неделю или чаще». Исходя из ответов на последний вопрос, сформированы 2 группы: те, кто регулярно посещали службы или просто ходили в церковь (раз в неделю или чаще), и те, кто делали это нерегулярно (реже одного раза в неделю) или не делали вовсе. 16% представителей 14 европейских стран в возрасте 55 лет и старше в 2011 г. посещали церковь или ходили на службы раз в неделю или чаще в течение месяца, предшествующего опросу.

Среди специфических показателей здоровья выбран индекс массы тела, рассчитанный на основе роста и массы тела респондента, зафиксированных с его слов. Высокие значения этого индекса (в качестве критических определены значения 30 и выше) говорят о наличии избыточной массы тела, увеличивающей вероятность гипертонии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы. Индикатором здорового образа жизни выступает распределение ответов на вопрос, как часто респондент делает физические упражнения (зарядка, тренировки). Для использования в модели ответы на этот вопрос отнесены к группе 1, если респондент делал физические упражнения 1 раз в неделю или чаще.

В качестве независимых переменных в модель включен возраст (принадлежность респондента к возрастной группе 55-69 лет; контрольная группа – 70+), а также пол (контрольная группа - мужчины).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Построение модельных групп стран

Для построения моделей влияния религиозной принадлежности и активности с учетом социального статуса на оценку собственного здоровья как плохого страны объединены в две крупные группы, близкие территориально и по уровню социально-экономического развития.

В таблице 2 приведена основная информация о сформированных группах стран Западной и Восточной Европы.

Таблица 2. Религиозный состав населения модельных групп стран

Показатель	Группа стран	
	Западная Европа: Швеция, Дания, Великобритания, Германия, Нидерланды, Швейцария, Бельгия, Франция, Португалия	Восточная Европа: Словения, Словакия, Литва, Чехия, Польша
Доля католиков ³ , %	43	73
Доля протестантов, %	27	4
Доля представителей других направлений, включая «отсутствие принадлежности к общепринятым течениям», %	30	23
Объем выборки 55+ ⁴ , чел.	6435	2444

Источник: [ISSP 2011].

В рамках модели Восточной Европы протестантов существенно меньше: доля пожилых респондентов соответствующего вероисповедания составила 4% против 27% в модели Западной Европы.

Факторы оценки собственного здоровья в целом как плохого в общей модели и в отдельных группах стран

В модели как для всех стран, так и отдельно для групп стран Западной и Восточной Европы, учитывалось влияние нюансов оценки собственного здоровья в отдельных странах или их подгруппах. Результаты оценки приведены в таблицах 3а, 3б; для общей модели страновые коэффициенты в таблицах не представлены.

Показатель $E_{\text{р}}(B)$ в таблицах 3а, 3б представляет собой экспоненту коэффициента связи и говорит о силе линейной взаимосвязи. Если он больше 1, можно говорить о положительной связи, т.е. о том, что имеет место негативное влияние соответствующего показателя на здоровье и благополучие; если этот показатель близок к 1, можно говорить об отсутствии линейной связи, но этот показатель нужно интерпретировать только при учете статистической значимости влияния. Показатель Sig. говорит о значимости коэффициентов взаимосвязи. Если он ниже, чем 0,05, то можно говорить о наличии линейной взаимосвязи со степенью уверенности 95%.

При учете страны, параметров образа жизни, как и социально-экономических характеристик, религиозная принадлежность (католичество или протестантизм) и религиозная активность во всех моделях оказались незначимыми для общего здоровья параметрами.

Во всех моделях со степенью уверенности 95% значимо увеличивает вероятность наступления плохого здоровья наличие избыточной массы тела, даже при учете возраста, страновых особенностей и параметра здорового образа жизни. Занятия зарядкой или

³ Показатель рассчитан по отношению к числу ответивших на вопрос о религии.

⁴ Общее число участвовавших в опросе в группе стран.

легкими физическими упражнениями хотя бы раз в неделю положительно значимо влияют на общее самочувствие в общей модели и в Западной Европе. Однако в Восточной Европе этот показатель оказался незначимым при прочих равных условиях.

Таблица 3а. Бинарная логистическая регрессия факторов плохого самочувствия среди лиц в возрасте 55 лет и старше в целом и отдельно в моделях Западной и Восточной Европы

Показатель	14 европейских стран (N=8737; N _{пз} =781)		9 стран Западной Европы (N=6306; N _{пз} = 374)		5 стран Восточной Европы (N=2431; N _{пз} =407)	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Зарядка хотя бы 1 раз в неделю	0,67	0,001	0,46	0,000	0,88	0,422
Индекс массы тела >30	1,66	0,000	1,53	0,024	1,76	0,000
Наличие оплачиваемой работы в возрастной группе 65+	0,79	0,49	0,84	0,7	0,74	0,593
Наличие высшего образования	0,64	0,02	0,59	0,047	0,72	0,244
Религиозная принадлежность: католики по сравнению с протестантами	0,92	0,681	1,03	0,911	0,79	0,454
Посещение религиозных служб раз в неделю или чаще	0,82	0,121	0,94	0,753	0,77	0,096
Возрастная группа 55-69 лет по сравнению с группой 70+	0,49	0,000	0,58	0,002	0,44	0,000
Пол респондента: женский	1,27	0,039	1,39	0,071	1,17	0,285

Примечание: N_{пз} – число респондентов, определивших состояние своего здоровья как плохое.

Таблица 3б. Эффекты стран

Страны Западной Европы	Exp(B)	Sig.	Страны Восточной Европы	Exp(B)	Sig.
Португалия (PT)	1,91	0,013	Чехия (CZ), Польша (PL), Словакия (SK)	0,38	0,000
Швеция (SE)	0,16	0,002			
Великобритания (GB)	0,69	0,443			
Франция (FR), Швейцария (CH), Бельгия (BE)	0,31	0,000	Словения (SI)	0,52	0,002

Примечания: Эффекты всех стран положительно значимы относительно Литвы на уровне 95%.

Литва (в общей модели и в модели Восточной Европы), а также Дания, Нидерланды, Германия (в модели Западной Европы) не включены программой в таблицу итоговых результатов. Они могут быть использованы как база для сравнения эффектов других стран в соответствующих моделях.

Константа незначима только в модели Восточной Европы.

Страны сгруппированы территориально. Отдельно в модели выступили Португалия, Литва, Словения, Швеция (отсутствие «соседей» в выборке) и Великобритания.

Если говорить о характеристиках социального статуса, то факт продолжения трудовой деятельности (формальной, оплачиваемой) незначим во всех моделях. Это связано с тем, что распространенность оплачиваемой занятости в возрастах 65 лет и старше крайне низка, за этим могут стоять не столько объективные нарушения в активности в этой возрастной группе, сколько институциональные барьеры. Наличие законченного высшего образования не влияет на вероятность оценки собственного здоровья как плохого в Восточной Европе в отличие от двух остальных моделей.

В рамках модели Западной Европы в Португалии - на фоне других западноевропейских стран - среди пожилых наблюдается «эффект негативных ожиданий» по отношению к собственному здоровью. Как выявлено в результате предыдущих исследований, тот же эффект характерен для другой страны Южной Европы – Испании. Однако в этой стране он вызван особенностями интерпретации категорий ответа на соответствующий вопрос [Рамонов, Вишнеvский 2012]. Исключительное положение Португалии на фоне других стран Западной Европы (заметное даже при контроле демографических показателей, социально-экономических параметров и других показателей здоровья) заслуживает внимания со стороны как научного сообщества, так и политических организаций в рамках ЕС.

В предыдущих исследованиях показано, что, хотя пожилые женщины в среднем проживают дольше мужчин, доля жизни, проживаемая с плохим здоровьем, у них существенно выше; особенно этот феномен характерен для стран Восточной Европы и России [Андреев и др. 2014]. Включение пола в модели показало, что пол незначим в моделях Западной и Восточной Европы со степенью уверенности 95%. Это значит, что более негативная оценка собственного здоровья женщинами по сравнению с мужчинами объясняется другими параметрами, включенными в модели. Возраст оказался положительно значимым для общего самочувствия параметром во всех моделях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате работы на основе использования данных международного обследования, проведенного по единому вопроснику и схожему дизайну в странах с различной религиозной структурой населения, показано, что религиозная принадлежность и частота посещения служб католиками и протестантами не могут рассматриваться как значимо положительные факторы общего здоровья и благополучия пожилых людей. Более существенны и значимы различия в национальной принадлежности и/или стране проживания на момент обследования, а также различия в объективном состоянии организма (в частности, выражающемся в отсутствии/наличии избыточной массы тела) и образе жизни, направленном на поддержание здоровья и хорошего самочувствия. Регулярные физические упражнения положительно повлияли на уровень общего здоровья и благополучия как в целом, так и в странах Западной Европы, чего нельзя сказать о характеристиках религиозной принадлежности. Влияние страновой принадлежности избирательно: наблюдается всплеск плохого здоровья среди людей возраста 55 лет и старше в Португалии на фоне других стран Западной Европы. Литва выделяется негативно оцениваемым здоровьем среди пожилых на фоне как других стран Восточной Европы, так и всех остальных европейских стран, которые были включены в проведенный анализ.

ЛИТЕРАТУРА

Андреев Е.М., Е.А. Кваша, А.В. Рамонов, Т.Л. Харькова (2014). Смертность и продолжительность жизни / Население России 2012: двадцатый ежегодный

- демографический доклад / Отв. ред.: А.Г. Вишневский. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ: 239-308.
- Вебер М. (1990). Протестантская этика и дух капитализма / М. Вебер Избранные произведения / Пер. с нем. М.: Прогресс: 61-135.
- Дюркгейм Э. (1994). Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр. М.: Мысль: 399.
- Рамонов А.В., А.Г. Вишневский (2012). Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России и в четырех странах ЕС в 2007 году // Вопросы статистики. 11: 50-60.
- Byrd R.C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population // *Social Science and Medicine*. 81: 826-829.
- Comstock G.W., K.B. Partridge (1972). Church attendance and health // *J. Chron. Dis.* 25: 665-672.
- Idler E.L, Y. Benyamini (1997). Self-Rated Health and mortality: a review of twenty-seven community studies // *J Health Soc Behav.* 38(1): 21-37.
- ISSP (2011). International Social Survey Programme: Health and Health Care 2011. URL: <http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/2011>.
- Jenkins C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease // *N. Engl. J. Med.*: 284, 244-255, 307-317.
- Koenig H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary // *J. Geriatric Psychiat.* 23: 23-53.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion // *Social Science and Medicine*. 24: 589-600.
- Levin J.S. (1989). Religious factors in aging, adjustment, and health: A theoretical overview // W. M. Clements, ed. *Religion, Aging and Health: A Global Perspective*. New York: The Haworth Press: 133-146.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? // *Social Science and Medicine*. 29: 69-78.
- Levin J.S. (1994). Religion and Health: is there an association? Is it valid, and is it causal? // *Social Science and Medicine*. 38: 1475-82.
- Levin J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance // *Social Science and Medicine*. 43: 849-864.
- Troyer H. (1988). Review of cancer among 4 religious sects: Evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors // *Social Science and Medicine*. 26: 1007-1017.
- Witter R.A., W.A. Stock, M.A. Okun, M.J. Haring (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis // *Rev. Religious Res.* 26: 332-342.

CATHOLICISM OR PROTESTANTISM? HEALTH AND WELL-BEING OF THE ELDERLY WITH VARIOUS RELIGIOUS BACKGROUND IN EUROPE*

ALEXANDER RAMONOV

ALEXANDER RAMONOV. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS. E-MAIL: aramonov@hse.ru. DATE RECEIVED: NOVEMBER 2014.

On the basis of an international survey, the article analyzes the health and well-being of the elderly (55+) of different religious background in 14 European countries. Religious affiliation and activity are shown to have an insignificant influence on the health of the elderly both within European countries on the whole and within Western and Eastern countries separately. It is concluded that country origin is more significant than religious affiliation and activity.

Key words: catholicism, protestantism, health of the elderly

* THE ARTICLE IS PREPARED WITHIN THE BASIC RESEARCH PROGRAM AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE) «SOCIO-ECONOMIC FACTORS OF ACTIVE AGEING AND POLICY PLANNING» (2013-2014).

REFERENCES

- Andreev E.M., A.V. Ramonov, E.A. Kvasha, T.L. Kharkova (2014). Smertnost' I prodolzhitel'nost' zhiz'ni [Mortality and life expectancy] // A.G. Vishnevsky, ed. Naselenie Rossii 2012: dvadcatyi ezhegodnyi demographicheskii doklad [Population of Russia 2012: Twentieth annual demographic report]. M.: Izdatelskiy dom NRU HSE: 239-308.
- Byrd R.C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population // *Social Science and Medicine*. 81: 826-829.
- Comstock G.W., K.B. Partridge (1972). Church attendance and health // *J. Chron. Dis.* 25: 665-672.
- Durkheim E. (1994). Samoubiystvo: Sociologicheskii etud [Suicide: A sociological study]/ Translated from French. M.: Mysl': 399.
- Idler E.L, Y. Benyamini (1997). Self-Rated Health and mortality: a review of twenty-seven community studies // *J Health Soc Behav.* 38(1): 21-37.
- ISSP (2011). International Social Survey Programme: Health and Health Care 2011. URL: <http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/2011>.
- Jenkins C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease // *N. Engl. J. Med.* 284, 244-255, 307-317.
- Koenig H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary // *J. Geriatric Psychiat.* 23: 23-53.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion // *Social Science and Medicine*. 24: 589-600.

- Levin J.S. (1989). Religious factors in aging, adjustment, and health: A theoretical overview // W. M. Clements, ed. *Religion, Aging and Health: A Global Perspective*. New York: The Haworth Press: 133-146.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? // *Social Science and Medicine*. 29: 69-78.
- Levin J.S. (1994). Religion and Health: is there an association? Is it valid, and is it causal? // *Social Science and Medicine*. 38: 1475-82.
- Levin J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance // *Social Science and Medicine*. 43: 849-864.
- Ramonov A.V., A.G. Vishnevsky (2012). Ozhidaemaia prodolzhitel'nost' zdorovoy zhiz'ni v Rossii i v chetyreh stranah ES v 2007 godu [Healthy life expectancy in Russia and four EU countries in 2007] // *Voprosy statistiki*. 11: 50-60.
- Troyer H. (1988). Review of cancer among 4 religious sects: Evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors // *Social Science and Medicine*. 26: 1007-1017.
- Weber M. (1990). *Protestantskaia etika I duh kapitalisma* [The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism] // M. Weber. *Izbrannye proizvedeniya* [Selected Works] / Translated from German. M.: Progress: 808.
- Witter R.A., W.A. Stock, M.A. Okun, M.J. Haring (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis // *Rev. Religious Res*. 26: 332-342.