

# “Dao Bog zdravlja”: o povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj

**Branko Ančić**

Institut za društvena istraživanja  
e-mail: branko@idi.hr

**Dinka Marinović Jerolimov**

Institut za društvena istraživanja  
e-mail: dinka@idi.hr

**SAŽETAK** Interdisciplinarna istraživanja koja se provode zadnjih nekoliko desetljeća ukazuju na postojanje korelacije između religioznosti i zdravlja. Religija kao sustav vrednota i svjetonazora ima značajan utjecaj na zdravlje koje se sve više promatra s kulturološkog aspekta pri čemu i sociologija sudjeluje kao relevantna, reflektirajuća disciplina. Tijekom 1960-ih godina značajno se povećao broj empirijskih studija koji se usredotočuju na istraživanje religioznosti i zdravlja. To su najvećim dijelom američka (poglavito epidemiološka) istraživanja u kojima se počelo postavljati pitanja o crkvenoj praksi, religijskoj involviranosti, religijskoj pripadnosti, molitvama, važnosti religijskih vjerovanja, što je čak dovelo do razvoja epidemiologije religije. Nalazi su često, ali ne i uvijek, pokazivali pozitivne efekte religije na zdravlje. U Hrvatskoj je odnos religioznosti i zdravlja, osobito njegov sociološki vidik, neistražena tema. Stoga smo, temeljem nekoliko indikatora iz istraživanja *Društvene i religijske promjene u Hrvatskoj* provedenog 2004. godine na reprezentativnom uzorku punoljetnih stanovnika željeli provjeriti hipotezu o povezanosti religioznosti i zdravlja u hrvatskom društvu. Kao indikatore religioznosti koristili smo religijsku samoidentifikaciju, učestalost odlazanja u crkvu i učestalost osobne molitve, a kao indikatore zdravlja zdravstveno ne/odgovorno ponašanje, samoprocjenu zdravstvenih teškoća i samoprocjenu osobnog zdravstvenog stanja. Za testiranje hipoteze koristili smo logističku i ordinalnu regresijsku analizu. Utvrđeno je postojanje povezanosti između religioznosti i zdravlja, međutim mali broj i vrsta indikatora te vrlo niska proporcija objašnjene varijance ne dopuštaju zaključak o prirodi te povezanosti, tj. je li ona pozitivna, negativna ili i pozitivna i negativna. Neistraženost teme u nas i njena kompleksnost ukazuju na potrebu teorijskog (sociološkog) utemeljenja budućih istraživanja, razvijanja kompleksnog sustava varijabli/indikatora, te osobito na potrebu interdisciplinarnog pristupa ukoliko se želi doći do razumijevanja i smislenih objašnjenja odnosa religioznosti i zdravlja.

**Ključne riječi:** religioznost, zdravlje, zdravstveno ne/odgovorno ponašanje, samoprocjena zdravstvenih teškoća, samoprocjena osobnog zdravstvenog stanja.

## 1. O povezanosti religioznosti i zdravlja

Brojne epidemiološke studije (ponajviše američke) ukazuju većinom na pozitivnu povezanost religioznosti i zdravlja. Međutim, kompleksnost oba fenomena, njihovih međusobnih odnosa, te posljedica koje imaju ili mogu imati na individualni, grupni i društveni život ukazuje na potrebu šireg koncipiranja interdisciplinarnih istraživanja kojima bi se točnije utvrdila prava priroda tih odnosa.

Prve epidemiološke i medicinske studije o utjecaju religioznosti na zdravlje javile su se u 19. stoljeću. Međutim, od tada je u samo nekoliko od preko 250 empirijskih studija specifično istraživan odnos religioznosti i zdravlja, iako je većina sadržavala religijske indikatore. Podaci koji su upućivali na vezu između religioznosti i zdravlja nisu interpretirani, niti su referirani slični nalazi iz drugih studija (Levin, 1994.). Osim toga, naglašene ideološke i institucionalne barijere<sup>1</sup> unutar akademske medicine obeshrabrivala su objavljivanje pozitivnih nalaza. Ukratko, prihvaćanje tijelom-duh pluralizma nije se uzimalo u obzir, te je ideja da religijski *background* ili iskustvo ispitanika mogu na bilo koji način utjecati na zdravlje smatrana folklorom s rubova znanstvene (istraživačke) zajednice (Levin, 1994). Međutim, bilo je i drugačijih mišljenja u modernoj medicini. Zadnjih četiri desetljeća značajno se povećao broj empirijskih studija koje se usredotočuju na istraživanje odnosa religije/religioznosti/spiritualnosti i zdravlja (Weaver i sur., 2006.). U okviru epidemiologije razvija se aspekt socijalne epidemiologije koji otvara pitanja usmjerena društvenim znanostima.<sup>2</sup>

Tijekom 1960-ih godina epidemiološka istraživanja počela su uključivati pitanja o religijskoj pripadnosti, religijskoj involviranosti, crkvenoj praksi, molitvama te važnosti koju ljudi u svom životu pridaju religijskim vjerovanjima. Nalazi su često, ali ne i uvijek, pokazivali pozitivne efekte religije/religioznosti na zdravlje: smanjenje kardiovaskularnih bolesti, visokog krvnog tlaka, moždanog udara, većine karcinoma te nekih drugih bolesti, manju stopu svih uzroka morbiditeta i mortaliteta<sup>3</sup>, nižu razinu simptoma depresije i suicida, niže stope razvoda, alkoholizma i ovisnosti o drogama uključujući pušenje cigareta i rekreacijsko uzimanje droga te na više stope životnog zadovoljstva i bračnog zadovoljstva, kao i općenito pozitivan efekt na ljude iz različitih kultura (Thoresen, 1999.). Frank (1961.) podastire dokaze kako vjera utječe na izlječenje nekih psihosomatskih oboljenja, dok su Srole i sur. (1962.) otkrili da religiozne osobe koje su postale nereligiozne imaju viši stupanj

<sup>1</sup> Te barijere uključivale su stavove i vjerovanja da je religija nevažna, da nije stvarna, da je znanost koja uzima u obzir takve nalaze loša, da je to suprotno liječničkom obrazovanju i da takvi nalazi mogu samo ohrabriti svećenstvo (Levin, 1994.:1475).

<sup>2</sup> U području društvenih znanosti već su klasici Durkheim, Weber, Maimonides, Wesley, James, Freud, Jung, te kasnije npr. Maslow i Russel ukazivali na religiju kao snagu koja može pozitivno ili negativno utjecati na ljudsko zdravlje.

<sup>3</sup> Mortalitet (stopa smrtnosti) je broj smrtnih slučajeva (od bolesti ili općenito) na 1000 stanovnika mjereno u razdoblju od godinu dana. Morbiditet je broj oboljelih u odnosu na cijelu populaciju stanovnika.

psiholoških oštećenja, dok je u obratnom slučaju utvrđen manji stupanj psiholoških oštećenja<sup>4</sup>.

Dio istraživanja fokusiran je na utjecaj sudjelovanja u različitim oblicima religijske prakse na zdravlje. Istraživanje provedeno u SAD-u koje je trajalo 8 godina pokazuje da se osobama koje češće *odlaze na crkvene službe* očekivani životni vijek<sup>5</sup> produljuje i za 7 godina u odnosu na one koje ne odlaze (Lee i Newberg, 2005.; Oman i Thoresen, 2002.; Idler i Musick, 2003.). Comstock i Partridge su 1972. godine analizirali odlaženje u crkvu na populaciji od 91.000 stanovnika okruga Maryland te su došli do zaključka da osobe koje redovito odlaze u crkvu imaju manje ciroza, emfizema, suicida i smrti uzrokovane srčanim bolestima. Oxman i suradnici (1995.), analizirajući 232 pacijenta koji su imali operaciju srca, impliciraju da nedostatak sudjelovanja u zajedničkim grupama i nedostatak podrške i utjehe koju religija pruža postaje konzistentan prediktor mortaliteta. Međutim, Nisbet i sur. (2000.) u svojoj studiji iznose nalaze o obrnutoj korelaciji između religioznosti i suicida.

Neka istraživanja dokazuju kako *učestalost moljenja* utječe na smanjenje mišićne tenzije, poboljšanje kardiovaskularnih i neuro-imunoloških parametara, psihološku i spiritualnu smirenost, jačanje osjećaja smisla življenja, jačanje sposobnosti nošenja s problemima, bolje fizičko funkcioniranje pacijenata s bolovima u koljenima i smanjenje mogućnosti kardiovaskularnih bolesti. Istraživanje Polome i Pendeltona (1991.) pokazuje povezanost vrste molitava sa zdravljem pojedinca: molitve sa zahtjevima i molitve u obredima povezane su s nižim razinama zadovoljstva životom, dok su kolokvijalne molitve povezane s višim razinama. *Meditacije* također mogu imati brojne zdravstvene dobrobiti: pomažu ljudima da postignu stanje mirne budnosti s poboljšanjem vremena reakcije, kreativnosti i razumijevanja, smanjuju anksioznost, depresiju, iritaciju i čudljivost, poboljšavaju sposobnost učenja, pamćenja, samoaktualizacije, povećavaju osjećaj vitalnosti i pomlađivanja te emocionalnu stabilnost. Kako preliminarne studije upućuju, meditativne prakse mogu pomoći pacijentima da lakše podnose bolesti kao što su hipertenzija, psorijaza, iritabilne crijevne bolesti, anksioznost i depresija te općenito kronične boli. Neke studije pokazuju da su osobama koje meditiraju poboljšane respiratorne funkcije i kardiovaskularni parametri (Lee i Newberg, 2005.). Nekoliko studija pokazuju da joga (danas možda najrasprostranjenija meditativna praksa, u kojoj se koriste razne tehnike disanja, rastezanja i opuštanja), doprinosi smanjenju kolesterola, razine triglicerida, dijabetesa, poboljšanju respiratornih funkcija, dugoročnom smanjenju krvnog tlaka, ublažavanju simptoma astme, smanjivanju zastoja srca te promjena raspoloženja (Lee i Newberg, 2005.).

---

<sup>4</sup> Navedeno iz knjige Argyle, M. i Beit-Hallahmi, B. (1975). *The Social Psychology of Religion*. Routledge & Kegan Paul.

<sup>5</sup> Očekivani životni vijek je prosječna vrijednost dodatnih godina za koje se može očekivati da će osoba živjeti od određene dobi nadalje. (<http://www.rice.edu/projects/HispanicHealth/HealthStatus/HealthStat.html>)

U svakom slučaju, istraživači u području različitih disciplina (epidemiolozi, psiholozi, antropolozi, sociolozi, teolozi, gerontolozi itd.) zadnja četiri desetljeća pokazuju veliki interes za ovu temu. Neki autori navode da se gotovo 600 posto povećao broj publikacija o odnosu religioznosti/spiritualnosti<sup>6</sup> i zdravlja (Weaver i sur., 2006.; Lee i Newberg, 2005.). Navedeni rezultati daju samo skicu široke istraživačke djelatnost u tom području.

Međutim, Levin (1996.)<sup>7</sup> je upozorio da nepovezanost tih brojnih istraživanja i nalaza može rezultirati olako donesenim i krivim zaključcima i tvrdnjama o odnosu religioznosti i zdravlja. Takvi krivi zaključci mogu biti podlogom stvaranja različitih mitova koje često demantira empirijska stvarnost temeljem dostupnih dokaza uglavnom epidemioloških istraživanja. Primjeri takvih mitova koje navodi Levin prikazani su u tablici 1.

Tablica 1.  
Popularni mitovi i empirijska stvarnost

Popularni mitovi	Empirijska stvarnost
Religijska involviranost promovira ozdravljenje	Ne, ali može spriječiti morbiditet
Religiozne osobe ne obolijevaju	Ne, nego su povezane sa smanjenim rizikom ili vjerojatnostima morbiditeta
Spiritualnost je protektivni faktor	Ne, za sada nije istraživana odvojeno od religije
Molitva liječi	Ne postoje epidemiološki dokazi; potrebni eksperimentalni dokazi
Religija je najvažniji faktor ozdravljenja	Ne, ali može biti značajan faktor među ostalima
Nadnaravne sile utječu na zdravlje	Ne postoje pouzdani znanstveni dokazi

Iz ovih uvida je evidentno da se još uvijek ne može sa sigurnošću ustvrditi *kako* religija (običajima i normama) i religioznost utječu na zdravlje. Radi se o problematici koju je potrebno promatrati interdisciplinarno (psihologijski, sociopsihologijski, sociokulturalno i medicinski), jer samo takav pristup će s većom pouzdanošću omogućiti donošenje znanstveno utemeljenih i smislenih zaključaka. U tom smislu je korisna podjela Omana i Thoresena, (2002.) na četiri mehanizma koja čine kauzalnu mrežu odnosa religioznosti i zdravlja: zdravstveno ponašanje, socijalna podrška, psihološka stanja i nadnaravni utjecaji.

Za sociologiju su znanstveno relevantna prva dva mehanizma. Naime, različite religije potiču čovjekovu odgovornost prema tijelu i zdravlju kao prema "sredstvu

<sup>6</sup> O razlici pojmova govori se dalje u tekstu.

<sup>7</sup> Jeffrey S. Levine jedan je od znanstvenika koji posljednjih nekoliko godina razvija novu znanstvenu disciplinu – *epidemiologiju religije*.

božjeg djelovanja". Primjerice Mormoni, Adventisti sedmog dana ili ortodoksni Židovi, kao i neke orijentalne religije, zabranjuju vjernicima konzumaciju cigareta i alkohola, te promiču zdravu ishranu.<sup>8</sup> Potiče se, dakle, zdravstveno odgovorno ponašanje (ponašanja koje promiče zdravlje) i brani/sankcionira zdravstveno neodgovornog ponašanja (ponašanje rizično za zdravlje). S druge strane, vjerske zajednice omogućuju ljudima stvaranje socijalnih mreža kroz koje se razmjenjuju informacije i iskustva te daje socijalna podrška članovima. Ta socijalna podrška se može manifestirati materijalno i nematerijalno (Bainbridge, 1997.; Cox, 1995.; Dugandžija, 1990.; Martin, 1996.). Osim toga, kroz socijalne mreže vjernici usvajaju svjetonazore i vrijednosne sustave koji određuju njihovo ponašanje prema vlastitom tijelu, odnosno prema zdravlju.

Podaci iz različitih (osobito psihologijskih) istraživanja ukazuju na povezanost psiholoških stanja, religioznosti i zdravlja. Utvrđeno je da religiozne osobe mogu kroz različite osjećaje koje njihova vjera potiče (nadu, sreću, strast, utjehu, itd.) stvoriti pozitivna psihološka stanja i time omogućiti bolje mentalno zdravlje (Cox, 1995.) Recentna istraživanja pokazuju utjecaj religioznosti na poboljšanje vještina suočavanja s problemima, te na poticanje pozitivnih osjećaja o sebi i o svijetu (Idler<sup>9</sup>, Musick et al., 2003.).

Oman i Thoresen (2002.) čak smatraju da osim ovih mehanizama, (bar načelno) postoji i mogućnost da stanovite religijske prakse mogu djelovati izvan okvira prirodnih zakona, gdje se ulazi u područje izvan dosega suvremene znanosti. Ovakva shvaćanja zastupaju znanstvenici koji znanost poimaju u sklopu postmodernističke paradigme.

## 2. Osnovni pojmovi: religioznost i zdravlje

Osnovni pojmovi čiji odnos se u radu istražuje su religioznost i zdravlje. Izrazita kompleksnost sva tri fenomena odražava se i u problemu njihova definiranja. Definicija religioznosti u ovom radu zasniva se na najrasprostranjenijem obliku religijskog pripadanja u Hrvatskoj – pripadnosti tradicionalnim crkvenim religijama (dominantno i izrazito većinski katoličanstvu).

*Religioznost* smo odredili kao osobni stav pojedinca prema transcendentnom i svetom koji se očituje u dimenzijama vjerovanja, prakse, znanja, iskustva i moralnih definicija. Prema rezultatima različitih istraživanja, u Hrvatskoj prevladava tradicionalna

---

<sup>8</sup> Prema Podacima iz National Geographica, studija koju su od 1976. do 1988. godine financirali državni instituti za zdravlje u SAD-u, pokazala je da adventisti sedmoga dana koji žive u Loma Linda žive u prosjeku četiri do deset godina duže od prosječnog Kalifornijca (Studeni 2005/11).

<sup>9</sup> Ellen L. Idler je jedna od vodećih sociologinja u području istraživanja odnosa religije i zdravlja.

crkvena religioznost koja obuhvaća elemente koje su ispitanici usvojili u procesu primarne socijalizacije kao dio obiteljske tradicije, te kao dio tradicije i običaja sredine u kojoj žive (Aračić, Črpić, Nikodem, 2003.; Boneta, 2000.; Črpić, Zrinščak, 2010.; Marinović Jerolimov, 2000.; 2005.; Nikodem, 2004.; Zrinščak, Črpić, Kušar, 2000.). Kao indikatori tradicionalne religioznosti koriste se najčešće konfesionalna identifikacija ispitanika i njihovih roditelja, religijska samo-identifikacija, religijska socijalizacija u obitelji, školi i vjerskim institucijama, usvajanje vjerovanja, sudjelovanje u obrednoj i izvan-obrednoj (individualnoj i grupnoj) religijskoj praksi, usvajanje religijskih vrijednosti, te njihov utjecaj na ponašanje u svakodnevnom životu pojedinaca.

Međutim, neophodno je uz religioznost spomenuti i pojam *dubovnosti*. Nastojeći obuhvatiti religijske promjene u društvima, znanosti o religiji uz pojam religioznosti koriste i pojam duhovnosti. Isto tako i u istraživačkom području odnosa religioznosti i zdravlja, pojam duhovnosti koristiti se sve više te se njegovom operacionalizacijom nastoji doprinijeti boljem razumijevanju povezanosti religioznosti i zdravlja. Religioznost i duhovnost se u svojem značenju često preklapaju. Religioznost je u odnosu s religijom, no duhovnost to ne mora nužno biti. Naime, pojedinac se može povezivati s transcendentnim i bez institucionalnog i organizacijskog okvira. Religioznost i duhovnost mogu biti različiti, ali i slični, stoga kada govorimo o religioznosti često uključujemo i duhovnost.<sup>10</sup>

Pitanje definiranja pojma *zdravlja* prolazi kroz više različitih znanstvenih i neznanstvenih polja. Biomedicina, sociologija, psihologija, psihijatrija, antropologija, filozofija, ali i razni pokreti za zdravlje, udruge bolesnika i sl. imaju svoje definicije zdravlja pri čemu se stvara međusobno kritički odnos i donekle neslaganje ili nerazumijevanje što zdravlje zapravo jest ili bi trebalo biti. Ti različiti pristupi i koncepti pojma zdravlja mogu se sagledati kroz dihotomije koje definiraju zdravlje: idealno tipske nasuprot normativnim definicijama, bio-medicinske nasuprot socijalno-medicinskim definicijama, laičke nasuprot profesionalnim definicijama, statičke nasuprot dinamičkim definicijama te strukturalno-funkcionalne nasuprot adaptacijskim definicijama (Cerjan-Letica i sur., 2003.:38).

Primjer ideal-tipske definicije zdravlja je definicija Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) koja kaže da "zdravlje nije samo izostanak bolesti, već stanje potpunog fizičkoga, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja." Prednost ove definicije je da nadilazi medicinski determinizam koji odvajajući duh i tijelo ne prilazi čovjeku holistički, ali upada u zamku utopizma i idealizma, pri čemu je teško odrediti tko je uopće onda zdrav. Talcott Parsons, polazeći od strukturalno-funkcionalističkog po-

<sup>10</sup> Polazeći od ideal-tipske definicije spiritualnosti kao nečega, s jedne strane suprotnog konzervativnoj religiji, a s druge strane suprotnog sekularizmu, Eileen Barker navodi pet mogućih odnosa religioznosti i spiritualnosti: 1) religioznost i spiritualnost se preklapaju, 2) spiritualnost je jedna ili jedna između više (moguće vrlo različitih) kategorija religioznosti, 3) religioznost kao pojam spada pod opći pojam spiritualnosti, 4) religioznost i spiritualnost se djelomično preklapaju i 5) religioznost i spiritualnost su dva potpuno različita i odvojena fenomena (Barker, 2004.:30).

imanja socijalnog realiteta pristupa zdravlju kao pretpostavci čovjekove sposobnosti da bude funkcionalan za društveni sustav tj. da ostvaruje svoje propisane društvene zadaće i uloge u ostvarivanju svojih društvenih potencijala (Parsons, 1979.). Bio-medicinske definicije zdravlja polaze od prisutnosti, odnosno odsutnosti bolesti. U svakom slučaju možemo zaključiti da zdravlju kao osobnom i društvenom fenomenu ne možemo pristupiti redukcionistički već da moramo uključivati kako biološku kategoriju, tako i socijalnu dimenziju zdravlja/bolesti (Cerjan-Letica i sur., 2003.).

### 3. Neki relevantni nalazi o odnosu religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj

Odnos religioznosti i zdravlja kao *posebna tema* nije do sada bio predmetom socioloških istraživanja u Hrvatskoj<sup>11</sup>. Međutim, u svega nekoliko radova iz područja sociologije religije dotaknuta je ta relacija. U sklopu istraživanja tradicionalne crkvene religioznosti Marinović Bobinac (2005.) raspravlja o ozdravljenju kao jednoj od mogućih posljedica jačih religioznih iskustava i kao samostalnoj vrsti religioznog iskustva<sup>12</sup>, dok Črpić i Jukić (1998.) tek spominju ozdravljenje tijela kao nerazdvojni dio ozdravljenja duha u holističkom pristupu različitih alternativnih religioznosti odnosno duhovnosti.<sup>13</sup>

Marinović Bobinac (2005.) je u navedenom istraživanju utvrdila da je među posebnim vrstama religioznih iskustava najzastupljenije iskustvo ozdravljenja, koje je doživjelo 14% ispitanika. Kada je u pitanju tradicionalna katolička religioznost kakva je dominantno rasprostranjena u Hrvatskoj, pretpostavka je da se iskustvo ozdravljenja javlja većinom u kontekstu raširene pučke religioznosti ili u kontekstu elitističke, karizmatičke religioznosti, koja u okviru Katoličke crkve nije široko rasprostranjena. U korist teze o povezanosti iskustva ozdravljenja i pučke religioznosti govori i podatak iz istoga istraživanja, da je ozdravljenje kao religiozno iskustvo prisutnije među ispitanicima koji su bili u Međugorju na hodočašću, nego u onih koji nisu bili te među onima koji su bili više puta u odnosu na one koji su bili jednom (Marinović Bobinac, 2005.). Ovo istraživanje je pokazalo i povezanost između religioznog iskustva ozdravljenja i religijske samoidentifikacije ispitanika te učestalijeg pohađanje crkve. Religiozno iskustvo ozdravljenja najčešće doživljavaju uvjereni vjernici dok s opadanjem intenziteta religioznosti linearno pada i sklonost

---

<sup>11</sup> Postoje radovi koji su u sklopu različitih istraživanja dotakli specifične aspekte odnosa religioznosti i zdravlja: istraživanje seksualnog (rizičnog) ponašanja (Štulhofer, 2011.), istraživanja o povezanosti religioznosti i kvalitete života pacijenata s rakom dojke (Aukst-Margetić, B. i sur., 2009.; Aukst-Margetić, B. i sur., 2005.) te istraživanja o povezanosti religioznosti/spiritualnosti i suicidnog ponašanja ratnih veterana oboljelih od post-traumatskog stresnog poremećaja (Nad, S. et al., 2008.; Mihaljević, S. et al., 2010.).

<sup>12</sup> Radi se o istraživanju Društvene i religijske promjene u Hrvatskoj koje je 2004. proveo istraživački tim Instituta za društvena istraživanja, na reprezentativnom uzorku odrasle populacije Hrvatske.

<sup>13</sup> Tekst je nastao na rezultatima istraživanja European Values Study, koje je provedeno 1998. godine.

doživljavanju iskustava ozdravljenja. Svi ostali ispitanici (dakle i religiozni) doživljavali su ta iskustva ispod prosjeka. Ispitanici koji idu u crkvu mjesečno, tjedno i svaki dan, religiozno iskustvo ozdravljenja doživljavali su iznadprosječno, dok su ih oni koji nikada ne idu u crkvu ili idu samo o većim blagdanima doživljavali ispodprosječno (Marinović Bobinac, 2005.).<sup>14</sup> Autorica je također utvrdila da na iskustva ozdravljenja (i obraćenja) diskriminirajuće djeluju četiri sociodemografska obilježja: dob, spol, radni status i mjesto boravka. Dominantna determinanta doživljavanja iskustva ozdravljenja je spol ispitanika: žene su iskustvo ozdravljenja doživljavale značajno češće nego muškarci i to ponajviše domaćice. To su također češće doživljavali ispitanici iz grada, u dobi između 50 i 59 godina.

#### 4. Cilj i metode

Brojnost znanstvenih radova u svijetu koji ukazuju na povezanost religioznosti i zdravlja, neistraženost ove teme u Hrvatskoj te neistraženost socioloških aspekata toga odnosa, naveli su nas da ovim radom “otvorimo” ovu zanimljivu temu u sklopu naše sociologije religije. Pri tome smo bili svjesni da je tema izrazito kompleksna, te da su mogućnosti zaključivanja temeljem nekoliko indikatora ograničena dometa.

Stoga smo kao cilj ovoga rada postavili istraživanje odnosa osobne religioznosti i određenih aspekata zdravlja temeljem nekoliko postojećih indikatora iz istraživanja *Društvene i religijske promjene u Hrvatskoj* koje je proveo Institut za društvena istraživanja 2004. godine. Iako ovo istraživanje nije bilo usmjereno na odnos religioznosti i zdravlja, ti su indikatori omogućili da pokušamo odgovoriti na pitanja: postoji li odnos osobne religioznosti i zdravstveno ne/odgovornog ponašanja, postoji li odnos između religioznosti i samoprocijenjenih zdravstvenih teškoća i samoprocijenjenog osobnog zdravstvenog stanja i ako postoji, o kakvom se odnosu radi?

Postavili smo najopćenitiju hipotezu o postojanju povezanosti osobne religioznosti i zdravlja.

##### Ispitanici

Podaci su skupljeni metodom ankete na proporcionalno stratificiranom slučajnom uzorku odraslih stanovnika Hrvatske od 18. godine nadalje (N=2.220). Osigurana je proporcionalna zastupljenost s obzirom na vrstu naselja, spol, dob, školsku spremu i aktivnost.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Ti su nalazi u skladu s rezultatima istraživanja o povezanosti učestalosti odlaženja u crkvu i doživljavanja iskustva uslišanosti molitve i sl. (Hay i Morisy, 1978.; Glock i Stark, 1965.; Greeley, 1978.; Vernon, 1968.).

<sup>15</sup> Više o uzorku vidi u *Sociologija sela* (2005.), Vol. 43, no. 2 (168).



## Varijable

Za provjeru hipoteze koristili smo sljedeće indikatore religioznosti i zdravlja.

1. Kao **indikatore religioznosti** koristili smo religijsku samoidentifikaciju i učestalost nekih oblika religijske prakse.
  - 1.1. *Religijska samoidentifikacija* obuhvaća pozicioniranje ispitanika na skali od šest stupnjeva: uvjereni sam vjernik i prihvaćam sve što moja vjera uči; religiozan sam ali ne prihvaćam sve što moja vjera uči; nisam siguran vjerujem li ili ne vjerujem; prema religiji sam ravnodušan; nisam religiozan iako nemam ništa protiv religije; religiozan sam i protivnik sam religije. U analizi je korištena skraćena skala od četiri stupnja: 1-uvjereni vjernik; 2-religiozan; 3-nesiguran i ravnodušan; 4-nereligiozan i protivnik religije.
  - 1.2. *Religijsku praksu* mjerili smo učestalošću odlazaka u crkvu i učestalošću osobne molitve skalom od 5 stupnjeva koju smo za potrebe analize u ovom radu skratili na tri stupnja: 1-nikada, 2-mjesečno i rjeđe, te 3-tjedno i češće.
2. Kao **indikatore zdravlja** koristili smo oblike zdravstveno ne/odgovornog ponašanja, samoprocjenu zdravstvenih teškoća i samoprocjenu osobnog zdravstvenog stanja.
  - 2.1. Odabrani su sljedeći indikatori zdravstveno ne/odgovornog ponašanja:
    - 2.1.1. Konzumiranje cigareta – ispitanicima su ponuđeni sljedeći odgovori: 1-ne puši i nikada nije pušio/la, 2-pušio/la je, ali je prestao/la pušiti, 3-puši do 1 kutije dnevno, 4-puši više od 1 kutije dnevno. U analizi smo koristili sažetu dihotomnu skalu s odgovorima 1-ne pušim cigarete i 2-da pušim cigarete.
    - 2.1.2. *Konzumiranje alkohola* – ispitanici su odgovarali na sljedeće ponudene odgovore: 1-ne pije i nikad nije pio, 2-prestao je piti, 3-pije prigodno (blagdani, proslave i sl.), 4-pije redovito, ali manje od navedenog (u pitanju je bilo navedeno pola litre vina ili 3 piva i/ili 3 čašice žestokog pića na dan), 5-pijem otprilike toliko, 6-pije više od toga. U analizi smo koristili sažetu dihotomnu skalu s odgovorima 1-ne pijem alkohol i 2-pijem alkohol.
    - 2.1.3. *Odlazak liječniku zbog zdravstvenih problema te odlazak liječniku radi kontrole ili preventive* (ponuđeni su odgovori 1-ne i 2-da).
  - 2.2. Temeljem odgovora na pitanje o tome jesu li ispitanici u posljednjih godinu dana imali neke zdravstvene teškoće (glavobolja, bolovi u kostima, teškoće sa srcem i krvnim žilama, teškoće sa želucem, teškoće s krvnim tlakom i opći umor<sup>16</sup>) izveden je kompozitni *indeks subjektivne simptomatologije*. Ponuđeni odgovori bili su: 1-ne, 2-manje teškoće, 3-veće teškoće.

---

<sup>16</sup> Cronbachova  $\alpha$  iznosi 0.699.

2.3. *Samoprocjena osobnog zdravstvenog stanja* gdje je korištena skala Likertovog tipa pri čemu je 1-vrlo loše, a 5-vrlo dobro.

### Obrada podataka

Za testiranje hipoteze koristili smo logističku i ordinalnu regresijsku analizu<sup>17</sup>. S obzirom na karakteristike religioznosti po sociodemografskim obilježjima, u regresijski model smo kao prediktorske varijable, uz religioznost, uvrstili i dob (18-39, 40-59, 60+), spol (muški, ženski), školsku spremu (bez osnovne škole i osnovna škola, srednja škola, viša škola i fakultet) i mjesto boravka (selo, grad) kako bismo izolirali efekt kovarijance na kriterijske varijable (indikatore zdravlja, indeks subjektivne simptomatologije, samoprocjenu osobnog zdravstvenog stanja).

## 5. Rezultati istraživanja

Kao što smo već istakli u Hrvatskoj su najrasprostranjenije tradicionalna crkvena religija i religioznost. Prema posljednjem popisu stanovništva iz 2001. godine konfesionalnu pripadnost iskazalo je 94% ispitanika (od toga 87% katoličkoj vjeroispovijesti). Tijekom devedesetih utvrđen je porast religioznosti u odnosu na prijašnje razdoblje i to prema brojnim indikatorima (Črpić, Kušar, 1998.; Marinović Jerolimov, 1999.; Baloban, Črpić, 2000.; Marinović Jerolimov, 2005.). S obzirom na sociodemografska, sociostrukturalna i sociokulturalna obilježja, rezultati većine istraživanja su pokazali da su religioznije žene, stariji, manje obrazovani, sa sela, domaćice, poljoprivrednici i umirovljenici, a da je nereligioznost veća kod mladih ispitanika, da se povećava sa stupnjem obrazovanja, višim položajem u društvenoj strukturi i da je više rasprostranjena među ispitanicima koji žive u gradu (Marinović Jerolimov, 2005.; Črpić, Zrinščak, 2010.). Stoga smo u našim regresijskim modelima uz varijable kojima se testira religioznost koristili i navedene sociodemografske varijable: mjesto boravka, dob, spol i postignuti stupanj školske spremu.

### 5.1. Ponašanje vezano za zdravlje i religioznost

Zdravstveno ne/odgovorno ponašanje je djelovanje pojedinca koje ima posljedice na osobno zdravlje<sup>18</sup>. Kao *indikator* zdravstvenog ponašanja u našoj analizi koriste se varijable o konzumaciji cigareta, konzumaciji alkohola te o odlasku liječniku zbog zdravstvenih problema ili kontrole/preventive.

<sup>17</sup> Statističke obrade provedene su SPSS statističkim paketom.

<sup>18</sup> Na primjer, smrti povezane s pušenjem imaju udio od 17% svih smrti u Hrvatskoj. Također, prema *Global Status Report on Alcohol* koji je 2004. godine izdala Svjetska zdravstvena organizacija, postoji oko 60 tipova bolesti i ozljeda povezanih s alkoholom.

Prema podacima našeg istraživanja 33,3% ispitanika puši<sup>19</sup>, dok 57,0% pije alkohol. U zadnjih 12 mjeseci zbog zdravstvenih problema liječnika je posjetilo 61,3% ispitanika, a zbog kontrole ili preventive 60,7% ispitanika.

S obzirom da su prediktorske varijable i kategorijalne i ordinalne, indikatore zdravstvenog ponašanja smo rekodirali u dihotomne odgovore te ih analizirali logističkom regresijom.

Tablica 2.  
Koeficijenti konzumacije cigareta i alkohola (logistička regresija)

	Konzumacija cigareta			Konzumacija alkohola		
	$\beta$	Exp ( $\beta$ ) (odds ratio)*	Sig.	$\beta$	Exp ( $\beta$ ) (odds ratio)	Sig.
<b>Religijska samoidentifikacija</b>	-,008	,993	,909	,053	1,054	,427
<b>Odlazak u crkvu</b>	-,344	,709	,000	,070	1,072	,410
<b>Osobna molitva</b>	-,014	,986	,866	-,169	,845	,037
<b>Dob</b>	-,795	,451	,000	-,297	,743	,000
<b>Spol</b>	,357	1,428	,000	1,585	4,882	,000
<b>Školska sprema</b>	-,193	,825	,015	,273	1,314	,000
<b>Mjesto boravka</b>	-,216	,806	,033	-,305	,737	,002
Cox & Snell R <sup>2</sup>	,096			,177		
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,133			,237		

\* koeficijent vjerojatnosti promjene

Analiza sociodemografskih prediktora pokazuje da su sa konzumiranjem cigareta i alkohola statistički značajno povezani dob, spol, školska sprema i mjesto boravka (tablica 2.). Stariji ispitanici, žene, te ispitanici koji žive na selu manje konzumiraju cigarete i alkohol. Obrazovaniji ispitanici manje puše od onih s nižim stupnjevima školske sprema, ali više konzumiraju alkohol. S obzirom na religijsku praksu, pokazuje se da ispitanici koji češće odlaze u crkvu manje puše. Štoviše, odlazak u crkvu, kao jedna od nezavisnih varijabli koja je pove-

<sup>19</sup> To odgovara podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2000. godine kada je u Hrvatskoj zabilježeno 30,3% pušača, od toga 34,1% muškaraca, a 26,6% žena (<http://www.euro.who.int/Document/E80607.pdf>). Istraživanje WHO-a iz 2003. godine pokazuje da dobna struktura utječe na konzumaciju cigareta. Najviše puše mladi koji su između 18-29 godina života (34,1%), dok najmanje puše osobe iznad 70 godina (9,0%).

zana s varijablom konzumacije cigareta, iza spola je druga po redu prediktorska varijabla po koeficijentu vjerojatnosti promjene. Osobe koje češće mole, manje uzimaju alkohol. Prediktivnost ove varijable na trećem je mjestu, nakon spola i dobi.

Tablica 3.

Koeficijenti odlaska liječniku zbog zdravstvenih problema te odlaska liječniku zbog kontrole ili preventive (logistička regresija)

	Odlazak liječniku u posljednjih godinu dana zbog zdravstvenih problema			Odlazak liječniku u posljednjih godinu dana zbog kontrole ili preventive		
	$\beta$	Exp ( $\beta$ ) (odds ratio)*	Sig.	$\beta$	Exp ( $\beta$ ) (odds ratio)*	Sig.
<b>Religijska samoidentifikacija</b>	,102	1,107	,107	,069	1,072	,271
<b>Odlazak u crkvu</b>	,235	1,265	,004	,215	1,240	,008
<b>Osobna molitva</b>	,105	1,111	,173	,081	1,084	,300
<b>Dob</b>	,537	1,711	,000	,603	1,827	,000
<b>Spol</b>	-,408	,665	,000	-,512	,599	,000
<b>Školska sprema</b>	-,172	,842	,020	,069	1,071	,363
<b>Mjesto boravka</b>	-,270	,763	,005	-,459	,632	,000
Cox & Snell R <sup>2</sup>	,071			,080		
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,096			,109		

\* koeficijent vjerojatnosti promjene

S obzirom na odlazak liječniku zbog zdravstvenih problema, vidljivo je da su se varijable dob, spol, školska sprema i mjesto boravka pokazale prediktivnima, dok je kod odlaska liječniku zbog kontrole ili preventive to slučaj s varijablama dobi, spola i mjesta boravka. Sasvim je razumljivo da je dob najjači prediktor te da stariji ispitanici češće odlaze k liječniku bilo da se radi o zdravstvenim problemima ili o kontroli/preventivi. Muškarci, manje obrazovani te ispitanici sa sela u posljednjih 12 mjeseci manje su odlazili liječniku zbog zdravstvenih problema. Žene i ispitanici iz grada su u posljednjih godinu dana češće odlazili k liječniku zbog kontrole ili preventive. Što se tiče varijabla religioznosti vidljivo je da se samo odlaženje u crkvu može promatrati kao prediktivno svojstvo u ovom regresijskom modelu i to po važnosti odmah nakon varijable dobi. Ispitanici koji češće odlaze u crkvu će i češće odlaziti liječniku bilo zbog zdravstvenog problema bilo zbog kontrole/preventive.

## 5.2. Indeks subjektivne simptomatologije, samoprocjena zdravstvenog stanja i religioznost

U ovom istraživanju ispitanici su bili upitani o učestalosti zdravstvenih problema u posljednjih godinu dana s istom skalom odgovora. Glavobolja, bolovi u kostima, teškoće sa srcem i krvnim žilama, teškoće sa želucem, teškoće s krvnim tlakom i opći umor su navedeni kao zdravstveni problemi pri čemu smo onda konstruirali kompozitni indeks kojega samo nazvali *indeks subjektivne simptomatologije*. Uz ova pitanja ispitanici su procjenjivali svoje zdravlje općenito u posljednjih godinu dana. *Samoprocjena zdravlja* bitan je indikator zdravlja koji obuhvaća i fizičko i emocionalno stanje koje se ne može obuhvatiti niti jednim tehničkim aparatom, a pod utjecajem je brojnih faktora, kao što su socioekonomski status, socijalna podrška, sustav vjerovanja, ponašanje vezano uz zdravlje itd. (Idler, 1999.). Oba ova indikatora nisu tzv. objektivni pokazatelji zdravlja već su procjene ispitanika o vlastitom zdravlju odnosno nisu nužno potvrđeni od strane objektivnog drugog (primjerice liječnika), ali su važan indikator u utvrđivanju zdravstvenog stanja.

Prema rezultatima našeg istraživanja, najčešće zdravstvene poteškoće koje su ispitanici imali u 2004. godini su bolovi u kostima, glavobolje i opći umor. Više od 50% ispitanika imalo je problema upravo s tim simptomima. Prema indikatoru samoprocjene zdravlja 45% ispitanika procjenjuje svoje zdravlje kao osrednje, loše ili vrlo loše. S obzirom da su varijable subjektivne simptomatologije i samoprocjene zdravstvenog stanja ordinalne, analizirali smo ih ordinalnom regresijskom analizom.

Regresijski model za indeks subjektivne simptomatologije (tablica 3.) pokazuje da su dob, spol, školska sprema i mjesto boravka valjani prediktori. Osim mjesta boravka, iste varijable su valjani prediktori i za samoprocjenu zdravlja. Stariji ispitanici, obrazovaniji ispitanici, ispitanici koji žive u gradu te žene, u posljednjih godinu dana su imali više zdravstvenih problema. Svojim zdravljem su zadovoljniji mlađi ispitanici, obrazovaniji, oni koji žive u gradu te muškarci.

Od indikatora religioznosti, varijable odlazak u crkvu i učestalost osobne molitve pokazali su se u manjoj mjeri prediktivnim naspram spomenutih sociodemografskih prediktora, no ipak statistički značajnim. Što se tiče religioznosti i indeksa osobne simptomatologije veće zdravstvene probleme iskazuju ispitanici koji se češće mole, te ispitanici koji odlaze u crkvu mjesečno i rjeđe od ispitanika koji u crkvu odlaze tjedno i češće. Ispitanici koji ne idu u crkvu nezadovoljniji su svojim zdravljem od ispitanika koji u crkvu odlaze tjedno i češće. S obzirom na učestalost osobne molitve, svojim zdravljem zadovoljniji su ispitanici koji uopće ne mole od ispitanika koji mole tjedno i češće. Dakle, postoji veća vjerojatnost da će ispitanici koji češće odlaze u crkvu imati manje zdravstvenih problema te da će biti zadovoljniji svojim zdravljem. S druge strane vjerojatnije je da će ispitanici koji češće mole imati učestalije zdravstvene probleme i biti nezadovoljniji svojim osobnim zdravljem.

Tablica 4.

Koeficijenti indeksa subjektivne simptomatologije i samoprocjene zdravstvenog stanja (ordinalna regresija)

		Indeks subjektivne simptomatologije		Samoprocjena zdravstvenog stanja	
		Koeficijenti regresije	sig.	Koeficijenti regresije	sig.
<b>Religijska samoidentifikacija</b>	uvjereni vjernici	,109	,544	-,124	,513
	religiozni	,075	,661	-,017	,927
	nesigurni i ravnodušni	,295	,086	-,188	,302
	nereligiozni	0	.	0	.
<b>Odlazak u crkvu</b>	nikad	,197	,148	-,358	,013
	mjesečno i rjeđe	,194	,047	-,168	,105
	tjedno i češće	0	.	0	.
<b>Osobna molitva</b>	nikad	-,617	,000	,385	,008
	mjesečno i rjeđe	-,383	,000	,141	,175
	tjedno i češće	0	.	0	.
<b>Dob</b>	18-39	-1,389	,000	2,047	,000
	40-59	-,654	,000	,880	,000
	60+	0	.	0	.
<b>Spol</b>	muški	-,569	,000	,361	,000
	ženski	0	.	0	.
<b>Školska sprema</b>	bez i osnovna škola	,844	,000	-,965	,000
	srednja škola	,359	,002	-,269	,030
	viša škola i fakultet	0	.	0	.
<b>Mjesto boravka</b>	selo	-,395	,000	-,094	,264
	grad	0	.	0	.
Cox & Snell R <sup>2</sup>		,192		,248	
Nagelkerke R <sup>2</sup>		,196		,266	

## 7. Zaključak

Brojna istraživanja su ukazala na pozitivan utjecaj religioznosti na zdravlje (uz nekolicinu koja su utvrdila i negativne efekte). To su pretežito istraživanja kliničke ili epidemiološke naravi u kojima se najčešće istražuju ispitanici koji prolaze terapiju nakon određenog zdravstvenog problema. Kroz terapijski tretman prati se u određenom vremenskom periodu njihov oporavak i pri tome mjeri razina njihove

religioznosti, te njezin utjecaj na oporavak pacijenta/ispitanika (Wildes, K. A. et al., 2009.).

Veliki dio istraživanja u ovom području provodi se u SAD-u, kojeg karakterizira multikonfesionalna religijska situacija koja se po mnogočemu razlikuje od (gotovo monokonfesionalne) religijske situacije u Hrvatskoj. Američka istraživanja stoga se često bave utvrđivanjem denominacijskih razlika u svezi sa zdravljem<sup>20</sup>. U takvoj situaciji indikatori religijske prakse kao što je odlazak u crkvu drugačije funkcioniraju nego u društvu poput hrvatskog gdje religioznost pokazuje više elemente tradicionalnog utjecaja, nego vjerske angažiranosti.

Intencija analize u ovom radu je bila istražiti postoji li uopće povezanost između religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj i kakva je priroda te veze. Temeljem malog (dostupnog) broja indikatora nije moguće decidirano zaključiti radi li se o pozitivnom, negativnom ili pozitivnom i negativnom efektu. Ovi indikatori, te vrlo niska proporcija objašnjene varijance ne dopuštaju takvu vrstu zaključka te upućuju na potrebu razvijanja kompleksnog sustava indikatora. Zaključak koji je moguć je zapravo i potvrda hipoteze koju smo nastojali istražiti – religioznost i zdravstveni status jesu povezani. Od tri analizirana indikatora religioznosti (religijska samoidentifikacija, učestalost odlazanja u crkvu, učestalost osobne molitve) vidljivo je da odlazak u crkvu i osobna molitva jesu povezana sa zdravljem. O kakvoj se povezanosti radi jasno je iz provedene analize koja je pokazala kako postoji veća vjerojatnost da će osobe koje češće odlaze u crkvu manje konzumirati cigarete, imati će manje zdravstvenih problema i češće će zbog tih problema, ali i zbog kontrole/preventive odlaziti liječniku te će općenito biti zadovoljniji svojim zdravljem. Isto tako se pokazuje kako je veća vjerojatnost da će osobe koje se češće mole manje konzumirati alkohol. Ovakav nalaz mogao bi se interpretirati u okviru teze da religija potiče čovjekovu odgovornost prema tijelu i zdravlju kao prema "sredstvu božjeg djelovanja", ali i da vjera može doprinijeti stvaranju pozitivnih psiholoških stanja. Dodatno se može interpretirati i tezom o povoljnom utjecaju socijalnih mreža koje stvaraju ljudi koji redovito odlaze u crkvu te socijalne podrške (formalne i neformalne) koju dobivaju u grupi. S druge strane analiza je pokazala kako osobe koje imaju učestalije zdravstvene probleme i koje su nezadovoljnije češće mole, tražeći u nadnaravnom pomoć u rješavanju zdravstvenih problema. U tom kontekstu teorija teodiceje, koja ima posebno značenje u judeo-kršćanskoj tradiciji, objašnjava kako religija u trenucima nevolje i zla osigurava značenje i utjehu u borbi s patnjom, bezizlaznošću, krivnjom i mogućom smrću. Neistraženost teme u nas i njena kompleksnost ukazuju na potrebu teorijskog (sociološkog) utemeljenja budućih istraživanja, razvijanja kompleksnog sustava varijabli/indikatora, te osobito na potrebu interdisciplinarnog pristupa ukoliko se želi doći do razumijevanja i smislenih objašnjenja odnosa religioznosti i zdravlja.

---

<sup>20</sup> Tako primjerice protestantske denominacije liberalnog tipa za razliku od konzervativnijih protestantskih denominacija pokazuju da su njihovi vjernici imaju bolje zdravstveno stanje (Bock, E. W., Cochran, J. K. and Beeghley, L., 1987.; Oman, D. and Thoresen, C. E., 2002.).

## Literatura

1. Aračić, P.; Črpić, G. i Nikodem, K. (2003). *Postkomunistički horizonti*. Đakovo: Teologija u Đakovu.
2. Argyle, M. i Beit-Hallahmi, B. (1975). *The Social Psychology of Religion*. London and Boston: Routledge & Kegan Paul.
3. Aukst-Margetić, B.; Jakovljević, M.; Ivanec, D.; Margetić, B.; Ljubičić, Đ.; Šamija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 33(4):1265-1271.
4. Aukst-Margetić, B.; Jakovljević, M.; Margetić, B.; Biščan, M.; Šamija, M. (2005). Religioznost, depresija i bol u bolesnika s rakom dojke. *General Hospital Psychiatry*, 27(4):250-255.
5. Barker, Eileen. (2004). The Church Without and the God Within: Religiosity and/or Spirituality?, in: Marinović Jerolimov D.; Zrinščak S.; and Borowik I. (Eds.). *Religion and Patterns of Social Transformation*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu: 23-47.
6. Bock, E. W.; Cochran, J. K.; and Beeghley, L. (1987.) Moral Messages: The relative influence of denomination on the religiosity-alcohol relationship. *The Sociological Quarterly*, 28(1):89-103.
7. Boneta, Željko (2000). Stabilizacija vjerničke strukture i/ili njihanje klatna – Religioznost u Istri – Prilog socio-religijskoj karti Hrvatske. *Revija za sociologiju*, (2000)3/4:133-151.
8. Cerjan-Letica, G.; Letica, S.; Babić-Bosanac, S.; Mastilica, M.; Orešković, S. (2003.) *Medicinska sociologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Comstock, G. W. i Partridge, K. B. (1972.) Church Attendance and Health. *Journal of Chronic Disease*, 25:665-672.
10. Črpić, G. i Jukić, J. (1998.) Alternativna religioznost. *Bogoslovska smotra*, 68(4):589-617.
11. Črpić, G. i Zrinščak, S. (2010). Dinamičnost u stabilnosti: religioznost u Hrvatskoj 1999. i 2008. godine. *Društvena istraživanja*, (19)1/2:3-27.
12. Davie, G. (2005). *Religija u suvremenoj Europi. Mutacija sjećanja*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga.
13. Dugandžija, N. (1990). *Božja djeca*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.
14. Glock, C. Y. i Stark, R. (1965). *Religion and Society in Tension*. Chicago, IL: Rand McNally.
15. Greeley, A. (1975). *Sociology of paranormal: A reconnaissance*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
16. Hay, D. i Morisy, A. (1978). Reports of ecstatic, paranormal, or religious experience in Great Britain and the United States – A comparison of trends. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 17(3):255-268.
17. (<http://www.who.int/infobase/>). Pregledano 11. prosinca 2010.
18. Idler, E. L. (1999). Self-assessment of health: the next stage of studies. *Research on Aging*, 21(3):387-391.
19. Idler, E. L.; Musick, M. A.; Ellison, C. G.; George, L. K.; Krause, N.; Ory, M. G.; Pargament, K. I.; Powell, L. H.; Underwood, L. G.; Williams, D. R. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. Conceptual Background and Findings From the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 4(4):327-365.
20. Jeffrey S. Levin (1994). Religion and Health: Is there an Association, is it valid, and is it casual?. *Social Science and Medicine*, 38(11):1475-1482.



21. Lee, B. Y. i Newberg, A. B. (2005). Religion and Health: A Review and Critical Analysis. *Zygon*, 40(2):443-468.
22. Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science & Medicine*, 43(5):849-864.
23. Marinović Bobinac, A. (2005). Dimenzija religioznog iskustva u Hrvatskoj: "šapat anđela" iz sociološkijske perspektive. *Sociologija sela*, 43(2):339-370.
24. Marinović Jerolimov, D. (2000). Religijske promjene u tranzicijskim uvjetima u Hrvatskoj: promjene u dimenzijama religijske identifikacije i prakse. *Sociologija sela*, (147/148):43-80.
25. Marinović Jerolimov, D. (2005). Tradicionalna religioznost u Hrvatskoj 2004: između kolektivnoga i individualnog. *Sociologija sela*, (43)2:303-338.
26. Marinović Jerolimov, Dinka (1999). Religijske promjene u Hrvatskoj od 1989. do 1996. godine, u: Ivan Grubišić i Siniša Zrinščak (Ur.). *Religija i integracija*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar: 187-203.
27. McGuire, M. B. (1993). Health and Spirituality as Contemporary Concerns. *Annals, AAPS*, 527:144-153.
28. Measurement of health status (<http://www.rice.edu/projects/HispanicHealth/HealthStatus/HealthStat.html>. Pregledano 31. rujna 2010).
29. Mihaljević, S.; Vuksan-Ćusa, B.; Marčinko, D.; Koić, E.; Kušević, Z.; Jakovljević, M. (2010). Spiritual Well-being, cortisol, and suicidality in Croatian war veterans suffering from PTSD. *Journal of Religion and Health*, 49:383-387.
30. Miller, W. R. i Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, Religion and Health. An Emerging Research Field. *American Psychologist*, 58(1):24-35.
31. Nad, S.; Marčinko, D.; Vuksan-Ćusa, B.; Jakovljević, M.; Jakovljević, G. (2008). Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1):79-83.
32. Nikodem, K. (2004). Religijski identitet u Hrvatskoj. Dimenzije religijskog identiteta i socio-ekološke orijentacije. *Socijalna ekologija*, (2004)3-4:257-285.
33. Nisbet, P. A.; Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L. (2000). The Effect of Participation in Religious Activities on Suicide versus Natural Death in Adults 50 and Older. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188:543-546.
34. Oman, D. i Thoresen, C. E. (2002). 'Does Religion Cause Health?'. Differing Interpretations and Diverse Meanings. *Journal of Health Psychology*, 7(4):365-380.
35. Oxman, T. E.; Freeman Jr. D. H. i Manheimer, E. D. (1995). Lack of Social Participation of Religious Strength and Comfort as Risk Factors for Death after Cardiac Surgery in the Elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57:5-15.
36. Parsons, T. (1979). *Teoria sociologica e societa moderna*. Milano: Etas.
37. Partridge, C. (Ed.) (2005). *Enciklopedija novih religija*. Zagreb: Naklada Ljevak.
38. Poloma, M. i Pendleton, B. (1989). Religious Experiences, evangelism and institutional growth within the Assemblies of God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(2):415-431.
39. Poloma, M. i Pendleton, B. (1991). The Effects of Prayer and Prayer Experience on Measures of General Well Being. *Journal of Psychology and Theology*, 10:71-83.
40. Štulhofer, A.; Šoh, D.; Jelaska, N.; Bačak, V.; Landripet, I. (2011). Religiosity and sexual risk behavior among Croatian College Students, 1998-2008. *Journal of sex research*, 1:360-371.
41. Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health. Is There a Relationship?. *Journal of Health Psychology*, 4(3):291-300.
42. Vernon, G. M. (1962). *Sociology of Religion*. New York: McGraw Hill.

43. Weaver, A. J.; Pargament, K. I.; Flannelly, K. J.; Oppenheimer, J.E. (2006). Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality and Health: 1965-2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2):208-214.
44. WHO European Country profiles on Tobacco Control (2003). (<http://www.euro.who.int/Document/E80607.pdf>). Pregledano 07. prosinca 2010.
45. WHO Global Status Report on Alcohol (2004). ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)). Pregledano 12. prosinca 2010.
46. Wildes, K. A.; Miller, A. R.; de Majors, S.; Ramirez, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 18(8):831-840.
47. Zrinščak, S.; Črpić, G. i Kušar, S. (2000). Vjerovanje i religioznost. *Bogoslovska smotra*, (70)2:233-235.

**Branko Ančić**

*Institute for Social Research*

*e-mail: branko@idi.hr*

**Dinka Marinović Jerolimov**

*Institute for Social Research*

*e-mail: dinka@idi.hr*

## **"May God Give Us Health": Correlation Between Religiosity and Health in Croatia**

### **Abstract**

Interdisciplinary research carried out in the last few decades has shown a correlation between religiosity and health. Religion and its system of values and life philosophy considerably affects health which is increasingly observed from the culturological aspect. In this sociology is a relevant discipline which reflects on the issue. In the 1960s there was a significant increase in the number of empirical studies which concentrated on religiosity and health. Those were mostly American (especially epidemiological) studies which examined church practices, religious involvement, religious affiliation, prayers, the importance of religious beliefs, which even led to the development of the epidemiology of religion. The findings often (but not always) showed positive effects of religiosity on health. In Croatia the correlation between religiosity and health, especially from the sociological viewpoint, has not yet been explored. We have therefore tried, using some indicators from the 2004 research *Social and Religious Changes in Croatia* which was carried out on a representative sample of adult population, to verify the hypothesis about the connection of religiosity and health in the Croatian society. Indicators of religiosity were religious self-identification, frequency of going to church and frequency of personal prayers. Indicators of health were ir/responsible behaviour with regard to one's health, self-estimates of health problems and self-estimates of general personal state of health. We have used ordinal and logistic regression analysis to test the hypothesis. We have established a connection between religiosity and health. However, a small number and few types of indicators and a very low proportion of variance explained do not allow a valid conclusion about the nature of the correlation. Is it positive, negative or both? Because of the complexity of the topic and the fact that it is still unexplored, a theoretical (sociological) foundation for future research is necessary as well as the developing of a more sophisticated system of variables/indicators. If we want to better understand and explain the connection between religiosity and health, interdisciplinary approach is another necessity.

*Key words:* religiosity, health, ir/responsible behaviour with regard to health, self-estimate of health problems, self-estimate of general personal state of health, Croatia.