

# Povezanost religioznosti s tjelesnim i mentalnim zdravljem — istraživanja, spoznaje i klinička praksa

Tanja Radionov\*

## Sažetak

*Cilj je rada prikaz znanstvenih, teorijskih i kliničkih spoznaja o povezanosti religioznosti i zdravlja. Započeli smo prikazom znanstvenih istraživanja o pozitivnoj i negativnoj povezanosti religioznosti s tjelesnim i mentalnim zdravljem. Potom smo prikazali teorijske modele odnosa religioznosti i zdravlja s kompleksnim međudnosom medijacijskih mehanizama. Znanstvene spoznaje našle su svoju primjenu u kliničkoj praksi, posebice psihijatriji. Na kraju je rada osvrt na buduća znanstvena istraživanja.*

*Ključne riječi: religioznost; tjelesno zdravlje; mentalno zdravlje; molitva; medijacijski mehanizmi*

## Uvod

Religioznost je multidimenzionalan i složen fenomen. Definira se kao institucionalno izražavanje vjere i prakse. Uključuje potragu čovjeka za smislom, daje osjećaj kontrole i razumijevanja onoga što se oko njega događa, vjerovanja, ponašanje i rituale koji potiču odnos s transcendentnim, sa svetim, s Bogom, kao i razumijevanje odnosa i odgovornosti prema drugima živeći zajedno u zajednici (Hood et al., 2009, 11–20). Zauzima važno mjesto u životima mnogih ljudi. Primjerice, u Hrvatskoj 84,3% građana pripada nekoj vjerskoj zajednici, 87% vjeruje u Boga, 67% je zainteresirano za sveto ili nadnaravno, 81% žena i 65% muškaraca vjera tješi i ohrabruje, 33% moli svakodnevno, a 56% jednom tjedno ili češće, 26% sudjeluje u crkvenim obredima tjedno, 16% mjesečno, a 40% povremeno (Črpić i Zrinščak, 2010, 8–20). Kao dio ljudskoga iskustva, religioznost je privukla pažnju znanstvenika, posebice psihologa i psihijatara, koji sve više prihvaćaju i bio–psihološko–socijalno–duhovnu paradigmu. Zanimao ih je odnos religioznosti i zdravlja jer su prve epidemiološke studije pokazale uglavnom pozitivnu, a tek u

\* Mr. sc. Tanja Radionov, Savjetovalište sv. Josip. Adresa: Mesnička 6, 10000 Zagreb, Hrvatska. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6342-9002>. E-adresa: [radionovtanja@gmail.com](mailto:radionovtanja@gmail.com)

manjoj mjeri negativnu povezanost religioznosti s tjelesnim i mentalnim zdravljem. Istraživali su složen odnos religioznosti i zdravlja, mehanizme po kojima tijelo, um i duh zajedno djeluju u određenju zdravlja i bolesti kako bi dobivene spoznaje primijenili u kliničkoj praksi kroz pružanje najbolje zdravstvene zaštite.

Cilj je rada prikazati znanstvene, teorijske i kliničke spoznaje iz područja istraživanja odnosa religioznosti i zdravlja. Započinjemo prikazom znanstvenih istraživanja o odnosu religioznosti i zdravlja te pozitivne i negativne povezanosti religioznosti s tjelesnim i mentalnim zdravljem. Za bolje razumijevanje rezultata istraživanja prikazali smo teorijske modele odnosa religioznosti i zdravlja, kao i složen međuodnos medijacijskih mehanizama. Znanstvene spoznaje našle su svoju primjenu u kliničkoj praksi, posebice psihijatriji. Na kraju je rada osvrtno na buduća znanstvena istraživanja u tom području.

### *1. Razvoj istraživanja odnosa religioznosti i zdravlja*

Prva znanstvena istraživanja o odnosu religioznosti i zdravlja započela su 1950-ih i 1960-ih godina s velikim epidemiološkim studijama u kojima su uglavnom ispitivane opće varijable, pripadnost vjerskoj zajednici ili odlasci na crkvenu službu. Od 80-ih i 90-ih godina sustavnije je istraživani odnos specifičnih dimenzija religioznosti i zdravlja te je bitno povećan broj i metodološka kvaliteta istraživanja. Uključivala su sve dobne skupine, oba spola, različite vjerske zajednice, etničke skupine, geografske regije, epidemiološka, longitudinalna, transferzalna, prospektivna, eksperimentalna i klinička istraživanja. Provedene su i njihove analize (Ančić, 2016, 11–17).

Iznijeti su metodološki prigovori istraživanja (znanstveno loše oblikovane studije, epidemiološke studije, neprimjereni uzorci, prenamaganje i heterogenost rezultata, nedostatan definiranje i mjerenje religioznosti, nedostatna kontrola kovarijanci i metodološka analiza rezultata, heterogenost izlaznih varijabli, neadekvatna interpretacija rezultata o uzročnoj vezi religioznosti i zdravlja) i u manjoj mjeri etički prigovori (problemi manipulacije, prelaska granica profesionalnosti liječnika, kršenje privatnosti i izazivanja povrede pacijenta) (Sloan et al., 1999). Uvažena je potreba za multivarijantnim istraživanjima s kontrolom medijacijskih varijabli i multiplim usporedbama, a na dio prigovora odgovoreno je kroz prikaz brojnih multivarijantnih istraživanja, potvrdom da se pozitivna povezanost religioznosti i zdravlja dobiva i nakon kontrole medijacijskih faktora koji ukazuju na prirodu te veze, a etički nije upitno sagledavati religioznost pacijenta kao potencijalni izvor zdravlja (Koenig et al., 1999, 123–131).

### *2. Povezanost religioznosti i zdravlja*

Analiza istraživanja odnosa religioznosti i zdravlja pokazala je postojanje većinom pozitivne povezanosti religioznosti, tjelesnoga i mentalnoga zdravlja, a

manji dio istraživanja ili nije utvrdio povezanost ili je utvrdio da je ona negativna. Većina svih istraživanja odnosi se na odnos religioznosti i mentalnoga zdravlja.

### *2.1. Povezanost religioznosti i tjelesnoga zdravlja*

Analiza istraživanja utvrdila je da je u većini dobivena povezanost religioznosti sa smanjenjem kardiovaskularnih bolesti, boljim oporavkom i manjom smrtnosti od njih, smanjenjem moždanih udara, gastrointestinalnih bolesti, ciroza, emfizema, boljim imunološkim i endokrinološkim pokazateljima, smanjenjem infekcijskih bolesti, različitih karcinoma i smrtnosti od njih, boljim zacjeljivanjem rana, općenito manjom smrtnosti od 24% do 28%, dužim životnim vijekom od 7 do 14 godina, boljim podnošenjem boli, bržim oporavkom nakon teških operacija, boljom subjektivnom procjenom zdravlja. Posebice je utvrđena povezanost intrinzične religioznosti i boljega općega zdravlja starijih osoba (Hood et al., 2009, 442; Koenig et al., 2012; Lee i Newberg, 2005; Levin, 2001, 31–32; Nelson, 2009, 313–315).

### *2.2. Povezanost religioznosti i mentalnoga zdravlja*

Utvrđena je bitna povezanost intrinzične religioznosti s dobrobiti i zadovoljstvom u životu, manjom depresivnosti, suicidalnosti i žalovanjem, bržim oporavkom od depresije, posebice kod starijih osoba, osoba s tjelesnim oštećenjima i zdravstvenim problemima, u stresnim situacijama, etničkim manjinama i onima iz ruralnih sredina (Koenig, 2005, 90–93; Nelson, 2009, 374–379). Pri tom bitnu ulogu imaju socijalna podrška i religiozni oblici suočavanja (Loewenthal, 2006, 55–73). Međutim, utvrđena je i povezanost gledanja vjerske televizije i slušanja vjerskoga radija s depresivnosti kod starijih koji imaju i lošije tjelesno zdravlje (Koenig, 2005, 90–93).

Dobivena je povezanost intrinzične religioznosti i niže anksioznosti i straha od smrti, posebice kod starijih, za razliku od ekstrinzične i raznih oblika patološke religioznosti i negativnih oblika suočavanja koji mogu povećati anksioznost. Povezanost religioznosti i anksioznosti smanjuje se kada se kontrolira socioekonomski status, tjelesno oštećenje i socijalna podrška, koji su također u korelaciji s anksioznošću (Koenig, 2005, 83–86; Loewenthal, 2006, 74–86). Religioznost je povezana i sa smanjenjem generaliziranoga anksioznoga poremećaja, paničnoga poremećaja, fobija i posttraumatskoga stresnoga poremećaja (PTSP) (Koenig, 2005, 83–88). No, utvrđena je povezanosti religiozne skrupuloznosti s opsesivno-kompulzivnim poremećajem (OKP) (Hood et al., 2009, 446; Koenig, 2005, 73–74, 88–90).

Religioznost nije uzročni faktor duševnih bolesti, no može se reflektirati na sadržaj simptoma poput halucinacija, deluzija, mišljenja. Važno je razlikovati zdrava religiozna vjerovanja i religiozne deluzije (Loewenthal, 2006, 11–48). Iznenađujuća, vrlo intenzivna religijska iskustva i vjerska obraćenja te iskustvo u patološkim vjerskim zajednicama mogu destabilizirati ranjivu osobu. Pripadnost podržavajućoj vjerskoj zajednici i korištenje religioznih oblika suočavanja mogu

pak imati terapeutsku ulogu u suočavanju i nošenju s bolešću, u boljem oporavku i biti zaštitni faktor od suicidalnosti (Hood et al., 2009, 445–449; Koenig, 2005, 113–132).

Većina istraživanja utvrdila je povezanost religioznosti s manjom konzumacijom, zlorabom i ovisnosti o drogama, alkoholu i cigaretama, kao i bržim oporavkom u situaciji ovisnosti u svim dobnim skupinama. No, utvrđena je i tzv. paradoksalna konzumacija alkohola kod maloga broja osoba koje pripadaju vjerskim zajednicama s patološkim obrascima religioznosti, koji su bitan izvor stresa za osobu. Programi liječenja Program 12 koraka, Anonimni alkoholičari i njima slični programi liječenja i drugih ovisnosti pokazali su se terapijski vrlo uspješni (Koenig, 2005, 109–112; Nelson, 2009, 370–374).

### 2.3. *Povezanost molitve i zdravlja*

Proučavanje povezanosti molitve i zdravlje privukao je posebnu pažnju znanstvenika. Molitva je povezana s boljim općim zdravljem, emocionalnim zadovoljstvom i dobrobiti, srećom, životnim zadovoljstvom, optimizmom te nižom razinom psihološkoga stresa, depresivnosti i anksioznosti (Hood et al., 2009, 73–74; Lee i Newberg, 2005, 454–457). Istraživanja Sveučilišta Duke utvrdila su da što netko više sudjeluje u molitvenim aktivnostima to bolje procjenjuje svoje opće zdravlje u svim dobnim skupinama, a posebice kod starijih (Levin, 2001, 78–80). Kimball (2013, 40–42) je u meta-analizi utvrdio da je u 60% studija utvrđeno da molitva kao strategija suočavanja dovodi do poboljšanja simptoma mentalnih bolesti.

Byrd (1988) je napravio jedno od najvažnijih istraživanja o pozitivnoj povezanosti posredničke molitve i oporavka kardiovaskularnih bolesnika, što je kasnije potvrdio samo dio autora (Hodge, 2007; Masters et al., 2006, 21–22). U meta-analizi Masters et al. (2006, 23–25) nisu utvrdili bitan efekt posredničke molitve na tjelesno zdravlje i uz druge autore iznose kritički osvrt na znanstvenu metodologiju i mogućnost interpretacije rezultata tih istraživanja (teško je znanstveno mjeriti utjecaj molitve na ishode bolesti u odnosu na druge medijacijske mehanizme i primijenjene terapije). Hodge (2007) daje opširan pregled istraživanja navodeći mali ali bitan efekt posredničke molitve kao intervencijske strategije. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se donijeli čvršći zaključci.

### 2.4. *Negativna povezanost religioznosti i zdravlja*

Dio istraživanja pokazuje da veza religioznosti i zdravlja može biti i štetna za zdravlje osobe. Ekstremne, fundamentalističke i patološke religiozne prakse i vjerovanja (autoritarnost, rigidnost, dogmatizam, sugestibilnost, ovisnost) te ekstrinzični oblik religioznosti mogu se negativno odraziti na mentalno zdravlje osobe kroz razvoj socijalnih devijacija i patološkoga ponašanja vezano za životne odluke i zdravlje. Primjerice odbijanje medicinskih dijagnostičkih i terapijskih intervencija i korištenje religijskih oblika liječenja. I religijsko zlostavljanje (tjelesno, emocionalno, seksualno, materijalno, duhovno) može biti štetno za zdravlje.

Unutar vjerske zajednice mogući su konflikti, pritisci, kontrola, zabrane i prijetnje kaznom, osuđivanje, odbacivanje i izolacija pojedinoga člana, izazivanje osjećaja bespomoćnosti, očaja, srama i krivnje, nemogućnost ispunjavanja visokih očekivanja, što sve može dovesti do visoke razine stresa, nižega samopouzdanja, anksioznosti, depresije i lošijega tjelesnoga zdravlja (Ćorić, 2007, 39–41, 46–58; Hood et al., 2009, 456–459; Koenig, 2005, 70–80; Lee i Newberg, 2005, 454–455; Loewenthal, 2006; Nelson, 2009, 422–431).

Patološka religioznost, krive slike Boga (okupiranost grijehom, skrupuloznost, strah od Boga, Bog koji kažnjava, napušta i odbacuje), krive slike o sebi (negativna slika sebe, perfekcionizam, uspoređivanje s drugima), bolna iskustva i osobne zle sklonosti povezani su s generaliziranom i socijalnom anksioznosti, paničnim poremećajem, paranoidnosti, OKP, depresivnosti, psihološkim distresom i niskim samopoštovanjem te većim mortalitetom nakon bolesti (Ćorić, 2007, 41–46; Pargament et al., 2001).

### *2.5. Istraživanja odnosa religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj*

U Hrvatskoj je proveden manji broj istraživanja u tom području. Utvrđena je povezanost religioznoga iskustva ozdravljenja s religioznosti i odlascima u crkvu, posebice kod žena (Marinović Bobinac, 2005), povezanost odlazaka u crkvu i osobne molitve s manjom konzumacijom cigareta i alkohola, manje zdravstvenih problema, više preventivnih pregleda i većim zadovoljstvom zdravljem (Ančić i Marinović Jerolimov, 2011, 71–89). Religiozno iskustvo mladih ima pozitivne posljedice na njihovo psihičko funkcioniranje te usvajanje i održavanje prosocijalnoga ponašanja (Brlas, 2014, 20–24). Kod veterana Domovinskoga rata oboljelih od PTSP-a dobivena je povezanost duhovne dobrobiti, intrinzične religioznosti i manje suicidalnosti te povezanost PTSP-a i negativnoga religioznoga suočavanja (Mihaljević et al., 2011; Mihaljević et al., 2012; Nad et al. 2008). Studija o povezanost kvalitete života i religioznosti kod pacijentica s karcinomom dojke pokazala je kako je umjerena religioznost povezana s lošijom percepcijom zdravlja, a viša je religioznost povezana s višom razinom društvene podrške (Aukst-Margetić et al., 2009). Viša religioznost povezana je s manjom depresivnosti i suicidalnosti, a viša duhovnost utječe na brži oporavak od depresije i suicidalnosti (Mihaljević, 2014, 83–86). Ančić (2016, 144–153) je u svojem istraživanju utvrdio povezanost religioznosti i zdravlja.

## *3. Modeli i mehanizmi odnosa religioznosti i zdravlja*

Autori su pokušali pružiti teorijske modele i mehanizme objašnjenja složenoga odnosa religioznosti i zdravlja.

### *3.1. Teorijski modeli odnosa religioznosti i zdravlja*

Nekoliko je modela koji objašnjavaju odnos religioznosti i zdravlja koji se temelje na modelu autora Wheatona (1985). Prvi je supresijski model, prema

kojemu lošije zdravlje i stres dovode do porasta religioznosti, što dovodi do supresije negativnoga efekta toga stresa na zdravlje. Drugi je model kontrabalansa, prema kojemu su religioznost i stres svaki zasebno i u suprotnom smjeru povezani sa zdravljem, pri čemu lošije zdravlje ne dovodi do povećanja religioznosti. Treći je preventivni model, prema kojemu religioznost ima direktan i indirektan zaštitni efekt i može imati preventivni utjecaj na tjelesno i mentalno zdravlje preko povezanosti s drugim izvorima zdravlja, poput životnoga stila i ponašanja. Četvrti je moderacijski model, prema kojemu su lošije zdravlje i stres u interakciji s religioznošću i medijacijskim faktorima na način da njihov efekt na zdravlje ovisi o razini religiozne uključenosti. Religioznost smanjuje stres u ekstremnim situacijama poput teške bolesti, invaliditeta, tugovanja. Peti je model utjecaja zdravlja ili stresor efekt model, prema kojemu lošije zdravlje smanjuje neke oblike religioznosti (primjerice odlaske u crkvu), što može imati suprotan efekt od supresijskoga (Nelson, 2009, 315–316).

Marks (2005) opisuje model prema kojemu je religijska praksa povezana s biološkim, vjerovanja s psihološkim, a zajedništvo sa socijalnim zdravljem. Ančić (2016, 51–53) predlaže model odnosa između vjerske zajednice kao socijalnoga resursa, religioznosti, zdravstvenoga ponašanja i zdravstvenoga stanja.

### 3.2. *Medijatori odnosa religioznosti i zdravlja*

U analizi specifičnih faktora pozitivnoga odnosa religioznosti i zdravlja opisano je više skupina medijacijskih mehanizama: biološki, ponašajni, psihološki, socijalni i transcendentni. Oni pružaju multifaktorsko objašnjenje kako je religioznost preko djelovanja pojedinih ili svih mehanizama povezana sa zdravljem. Levin (2001) se je u svojoj knjizi toj temi posebno posvetio, kao i brojni drugi autori (Hood et al., 2009, 57–66, 437–445, 449–451; Koenig, 2005, 50–69; Lee i Newberg, 2005, 450–454; Levin, 2001, 73–96, 125–149; Loewenthal, 2006, 125–139; Nelson, 2009, 179–182, 316–318; Newberg i Newberg, 2005, 199–215):

a) Genetski faktori. Religioznost i religiozni stavovi imaju bitnu genetsku komponentu kroz složenu interakciju više gena, što je utvrđeno u studijama bližanaca.

b) Biološki faktori. Ponašajni, kognitivni, emocionalni, socijalni i transcendentni faktori koji proizlaze iz religioznoga iskustva povezani su s fiziološkim promjenama u živčanom, imunološkom, endokrinološkom i kardiovaskularnom sustavu, što ima pozitivan učinak na nošenje sa stresom, tjelesno i mentalno zdravlje. Proučavanje “religioznih” mehanizama u mozgu nazvano je “neuroteologijom”, posebice u frontalnom režnju i talamusu.

c) Zdrav životni stil, ponašanje i izbori u životu. Većina religija ističu vjerovanja povezana s ponašanjem vezanim za zdravlje, bolest i smrt, a koja imaju za posljedicu pozitivne izbore u životu. Uključuju zdravu prehranu, vježbanje, dovoljno spavanja, cijepljenje, medicinske kontrole, preventivne preglede, prevenciju zlorabe ili ovisnosti o cigaretama, alkoholu i drogi, poteškoća tijekom školovanja i karijere, rizičnoga seksualnoga ponašanja, delikventnoga ponašanja.

d) Socijalna integracija i socijalna podrška. Pripadanje i sudjelovanje u vjerskoj zajednici i praksi socijalna su ponašanja koja povećavaju socijalnu podršku (instrumentalnu, emocionalnu, duhovnu), osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti, zadovoljstvo u međuljudskim odnosima, prijateljstvo, altruizam, ljubav prema drugima. U suradnji s biološkim faktorima ublažavaju ili smanjuju efekte psihološkoga stresa i povećavaju resurse za nošenje s njima.

e) Pozitivne emocije. Religioznost je povezana s pozitivnim vrijednostima, stavovima i pogledom na život, kao i pružanjem smisla, cilja i usmjerenja u životu. Rezultira razvojem pozitivnih emocija poput osjećaja vlastite vrijednosti, mira, povjerenja, zahvalnosti, ljubavi, radosti, nade, optimizma, opraštanja, altruizma, empatije. Istovremeno smanjuje negativne emocije poput straha, tuge, ljutnje, mržnje, krivnje. To je sve povezano s biološkim faktorima koji pozitivno utječu na zdravlje. Posebno se naglašava pozitivan utjecaj dobrobiti, sreće, nade, optimizma, pozitivnih očekivanja, opraštanja, osjećaja smisla, svrhe i kontrole u životu.

f) Vjerovanja i stavovi. Religije potiču sustav vjerovanja i stavova povezanih sa svim aspektima života osobe, njezin pogled na svijet, vlastiti život i zdravlje, međuljudske odnose, ponašanje, što ima važnu ulogu u zdravlju, zadovoljstvu u životu i smanjenju psihološkoga stresa. Potiču pozitivne psihološke resurse koji povećavaju osjećaj vlastite vrijednosti, opće zadovoljstvo, kvalitetne odnose i pomažu u nošenju sa životnim stresom i poteškoćama.

g) Religiozni stilovi i strategije suočavanja sa stresom. Molitva, religiozne prakse, socijalna podrška kao religiozni oblici suočavanja pomažu na pozitivan način u nošenju sa stresom i teškim situacijama u životu, poput teških i kroničnih bolesti, smrti i sl.

h) Nadempirijski, nadnaravni ili transcendentni faktori. Mistična iskustva mogu aktivirati određene biološke procese u tijelu, u živčanom, imunološkom, endokrinološkom i kardiovaskularnom sustavu, koji se pozitivno odražavaju na zdravlje, na promjenu pogleda na vlastiti život, svijet oko sebe i odnose, pozitivne emocije, stanje dobrobiti, dublji smisao. Tu se ubraja i uloga posredničke molitve. No, vrlo je teško znanstveno istraživati te faktore.

#### *4. Primjena spoznaja o odnosu religioznosti i zdravlja u kliničkoj praksi*

Zdrava religiozna uvjerenja i prakse pacijenata mogu poslužiti kao pomoć u mnogim standardnim medicinskim tretmanima tjelesnih i mentalnih poremećaja i bolesti.

Starije osobe posebno žele da liječnici s njima razgovaraju o religioznim uvjerenjima i potrebama te da o tom vode računa. Time im se može pomoći u boljem nošenju s bolestima, utjecati na tijek liječenja i oporavak, bolju suradnju i odnos liječnik–pacijent, a pozitivan utjecaj može imati i podrška socijalne grupe (Hefti, 2009, 244–252). To je posebice važno u području psihijatrije i mentalnoga zdravlja. Mnogi liječnici to smatraju važnim, no malo njih to radi u praksi (manje od 10–20%) (Lee i Newberg, 2005, 444–445). Većina nema vremena posvetiti se

dublje toj temi u razgovoru s pacijentima, nekima nije ugodno o tom razgovarati, a mnogi nemaju potrebna znanja, ne žele izlaziti izvan područja svoje profesionalne stručnosti, ne žele nametati svoja vjerska uvjerenja ili nemaju interes i svjesnost o tom (Lee i Newberg, 2005, 444; Moreira–Almeida et al., 2014, 176). Različiti su načini kako religioznost pacijenta može biti uključena u medicinski tretman: ispitati religioznu povijest, pružanje podrške zdravim vjerskim uvjerenjima i propitivanje patoloških, ispunjenje vjerskih potreba, uključivanje vjerskih službenika, odlazak na vjersku službu, slušanje vjerskoga radija ili televizije, čitanja vjerskih sadržaja, poticanje pozitivnoga religioznoga suočavanja, zajednička i osobna molitva (Hefti, 2009, 262–264; Moreira–Almeida et al., 2014, 178–180).

Američko psihijatrijsko društvo 2006. donijelo je prve smjernice i etička pitanja u vezi s religioznosti, odnosno duhovnosti i psihijatrijskom praksom (Petec et al., 2006, 1), što su 2010. prihvatila i druga nacionalna društva (Verhagen i Cook, 2010, 616–628) te su 2016. Svjetsko psihijatrijsko društvo i Svjetska zdravstvena organizacija donijeli smjernice o poziciji duhovnosti i religioznosti u psihijatriji (Moreira–Almeida et al., 2016, 87–88).

Različite vjerske organizacije moguće je uključiti u provođenje različitih preventivnih programa u području zdravstvene zaštite (Koenig, 2005, 185–226). Svećenici mogu imati važnu ulogu unutar zdravstvenoga sustava kroz savjetovanje i rad, kako s bolesnicima tako i s medicinskim djelatnicima (Koenig, 2005, 173–184).

## 5. *Važnost budućih istraživanja*

Potrebno je dodatno proučavati ovo znanstveno područje na način jasnijega definiranja pojmova, istraživanja multidimenzionalnih konstrukata tih pojmova, razvijanja i provjeravanja teorijskih postavki koje se odnose na povezanost religioznosti i zdravlja, kako pozitivnu tako i negativnu, te provođenja kvalitetnih istraživačkih metodologija. Dobro bi bilo imati konsenzualno prihvaćenu definiciju religioznosti i razvijati metodološki valjane i pouzdane mjerne instrumente, uz razvoj i alternativnih oblika mjerenja. Neophodna su metodološka poboljšanja budućih istraživanja, kroz strogo dizajnirane longitudinalne studije testirajući hipoteze s ciljem utvrđivanja uzročne veze religioznosti i zdravlja. Također, važan je interdisciplinarni pristup u istraživanjima te daljnje istraživanje mogućih medijatora odnosa religioznosti i zdravlja. Naposljetku, važna je primjena znanstvenih spoznaja o odnosu religioznosti i zdravlja u kliničkoj praksi, na efikasnost tretmana i utjecaj na pacijente, liječnike i odnos liječnik–pacijent, razvoj novih preventivnih tretmana, posebice u području mentalnoga zdravlja, te ispitivanje efikasnosti religioznih intervencija u suradnji s konvencionalnim tretmanima i njihovu povezanost s cjelokupnim zdravljem religioznih pacijenata (Koenig, 2005, 255–265; Lee i Newberg, 2005, 258–259; Moreira–Almeida et al., 2014, 181).



## Zaključak

Odnos religioznosti i zdravlja vrlo je složen. U njemu sudjeluje više skupina medijacijskih mehanizama: biološki, ponašajni, psihološki, socijalni i transcendentni, koji nude multifaktorsko objašnjenje toga odnosa. Danas postoji znanstveni konsenzus o uglavnom pozitivnom odnosu religioznosti s tjelesnim i mentalnim zdravljem, iako dio istraživanja ukazuje i na negativnu povezanost. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se pobliže utvrdilo na koji je način religioznost uzročno povezana sa zdravljem kako bi dobivene spoznaje našle puni smisao i primjenu u medicinskoj kliničkoj praksi u što kvalitetnijem pristupu liječenja religioznoga pacijenta.

## Literatura

- Ančić, Branko (2016). *Religija i zdravlje: Vjerska zajednica kao socijalni resurs*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.
- Ančić, Branko; Marinović Jerolimov, Dinka (2011). “Dao Bog zdravlja”: O povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj. *Sociologija i prostor*, 49(1), 71–89.
- Aukst-Margetić, Branka; Jakovljević, Miro; Ivanec, Dragutin; Margetić, Branimir; Ljubičić, Juliano; Šamija, Mirko (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium antropologicum*, 33(4), 1265–1271.
- Brlas, Siniša (2014). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: Pomaže li religioznost mentalnom zdravlju mladih*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok.
- Byrd, Randolph C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81(7), 826–829.
- Chamberlain, Theodore. J.; Hall, Christopher A. (2000). *Research on the Relationship between Religion and Health: Realized Religion*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Črpić, Gordan; Zrinščak, Siniša (2010). Dinamičnost u stabilnosti: Religioznost u Hrvatskoj 1999. i 2008. godine. *Društvena istraživanja*, 19(1–2), 2–27.
- Ćorić, Šimun Šito (2007). Dimenzije psihopatološke religioznosti: Psihoreligijski pristup. U: Marina Jurčić, Mijo Nikić i Herman Vukušić (ur.), *Vjera i zdravlje* (str. 37–76). Zagreb: Zaklada Biskup Josip Lang.
- Hefti, Rene (2009). Integrating spiritual issues into therapy. U: Philippe Huguelet, Harold G. Koenig (ur.), *Religion and Spirituality in Psychiatry* (str. 244–267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hodge, David R. (2007). A systematic review of the empirical literature on intercessory prayer. *Research on Social Work Practice*, 17(2), 174–187.
- Hood, Ralph W.; Hill, Peter. C.; Spilka, Bernard (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Kimball, Benjamin M. (2013). *A practical meta-analysis of prayer efficacy in coping with mental health*. Faculty of the School of Social Work, St. Catherine University and the University of St. Thomas, St. Paul, Minnesota.
- Koenig, Harold G. (2005). *Faith and Mental Health: Religious Resources for Healing*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, Harold G.; Idler, Ellen; Kasl, Stanislav; Hays, Judith C.; George, Linda K; Mulsick, Marc; Larson, David B.; Collins, Terence R.; Benson, Herbert (1999). Religion,

- spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 123–131.
- Koenig, Harold G.; King, D. E.; Carson Verna Benner (2012). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Lee, Bruce Y.; Newberg, Andrew B. (2005). Religion and health: A review and critical analysis. *Journal of Religion and Science*, 40(2), 443–468.
- Levin, Jeffrey S. (2001). *Good, Faith, and Health: Exploring the Spirituality Healing Connection*. New York: John Wiley & Sons.
- Loewenthal, Kate (2006). *Religion, Culture and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marinović Bobinac, Ankica (2005). Dimenzija religioznog iskustva u Hrvatskoj: “šapat andela” iz sociološkijske perspektive. *Sociologija sela*, 43(2), 339–370.
- Marks, Loren (2005). Religion and bio–psycho–social health: A review and conceptual model. *Journal of Religion and Health*, 44(2), 173–186.
- Masters, Kevin S.; Spielmans, Glen I.; Goodson, Jason T. (2006). Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A meta–analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 21–26.
- Mihaljević, Sanea (2014). *Utjecaj duhovnosti na suicidalnost i brzinu oporavka u oboljelih od depresije* (Doktorski rad). Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
- Mihaljević, Sanea; Aukst–Margetić, Branka; Vuksan–Ćusa, Bjanka; Koić, Elvira; Milošević, Milan (2012). Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 292–297.
- Mihaljević, Sanea; Vuksan–Ćusa, Bjanka; Marčinko, Darko; Koić, Elvira; Kušević, Zorana; Jakovljević, Miro (2011). Spiritual well–being, cortisol, and suicidality in Croatian war veterans suffering from PTSD. *Journal of religion and health*, 50(2), 464–473.
- Moreira–Almeida, Aleksander; Koenig, Harold G.; Lucchetti, Giancarlo (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(2), 176–182.
- Moreira–Almeida, Aleksander; Sharma, Avdesh; Janse van Rensburg, Bernard; Verhagen, Peter J.; Cook, Christopher C. H. (2016). WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88.
- Nad, Sanea; Marčinko, Darko; Vuksan–Ćusa, Bjanka; Jakovljević, Miro; Jakovljević, Gordana (2008). Spiritual well–being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: A case control study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 79–83.
- Nelson, James M. (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*. New York: Springer Science and Business Media.
- Newberg, Andrew B.; Newberg, Stephanie K. (2005). The neuropsychology of religious and spiritual experience. U: Raymond F. Paloutzian i Crystal Park (ur.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (str. 199–215). New York: The Guilford Press.
- Pargament, Kenneth I.; Koenig, Harold G.; Tarakeshwar, Nalini; Hahn, June (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881–1885.
- Petecet, John R.; Abou–Allaban, Yousef; Dell, Mary L.; Greenberg, William; Lomax, James.; Torres, Michael; Cowell, Vickie (2006). *Resource Document on Religious/Spiritual Commitments and Psychiatric Practice*. Arlington: American Psychiatric Association.

- Sloan, Richard P.; Bagiella, Emilia; Powell, Tia (1999). Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 353(9153), 664–667.
- Verhagen, Peter J.; Cook, Christopher C. H. (2010). Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association consensus or Position statement on spirituality and religion in psychiatry. U: Peter J. Verhagen et al. (ur.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries* (str. 615–631). Oxford: Wiley–Blackwell.
- Wheaton, Blair (1985). Models of the stress–buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(4), 352–364.

*The Association Between Religiosity and Physical and Mental Health — Research, Insights, and Clinical Practice*

Tanja Radionov\*

*Summary*

*The aim of the paper is to present scientific, theoretical and clinical insights into the association between religiosity and health. Research has found the association between religiosity and physical and mental health to be mainly positive, while only a small number of studies have determined no association or a negative association. We have given an overview of scientific research on the positive and negative connections between religiosity and physical and mental health. Several authors presented methodological and ethical objections to the research conducted. However, there is a consensus by most authors that the association between religiosity and health is a valid and important field of research. We have presented theoretical models of the connection between religiosity and health with a description of the complex interrelationship between mediation mechanisms. There are five basic models, namely, the suppressor model, the distress–deterrent model or counterbalancing model, prevention model, moderator model and health effect model or stressor effect model. The main mediation mechanisms are biological, behavioural, psychological, social and transcendental. Scientific findings have found their application in clinical practice — especially psychiatry — enabling the best possible health care for the religious patient. At the end of the paper is a review of future scientific research.*

*Keywords: religiosity; physical health; mental health; prayer; mediation mechanisms*

\* Mr. sc. Tanja Radionov, prof., St. Joseph Counseling Office. Address: Mesnička 6, 10 000 Zagreb, Croatia. E–mail: [radionovtanja@gmail.com](mailto:radionovtanja@gmail.com)