



Sveučilište u Zagrebu

FILOZOFSKI FAKULTET

Branko Ančić

VJERSKA ZAJEDNICA KAO SOCIJALNI RESURS
Istraživanje o povezanosti religije i zdravlja

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2013



University of Zagreb

FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Branko Ančić

**RELIGIOUS COMMUNITY AS A SOCIAL RESOURCE:
Research on Relationship Between Religion and
Health**

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2013.



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Branko Ančić

VJERSKA ZAJEDNICA KAO SOCIJALNI RESURS
Istraživanje o povezanosti religije i zdravlja

DOKTORSKI RAD

Mentorica:
dr. sc. Dinka Marinović Jerolimov

Zagreb, 2013.



University of Zagreb

FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Branko Ančić

**RELIGIOUS COMMUNITY AS A SOCIAL RESOURCE:
Research on Relationship Between Religion and
Health**

DOCTORAL THESIS

Supervisor:
dr. sc. Dinka Marinović Jerolimov

Zagreb, 2013.

Ova disertacija dio je znanstvenoistraživačkog projekta *Male vjerske zajednice kao akteri religijskih promjena u hrvatskom društvu* (100-1001172-1072) pri Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu čija je voditeljica prof.dr.sc. Ankica Marinović, znanstvena savjetnica. Projekt je financiran od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta RH.

O MENTORICI:

Dinka Marinović Jerolimov je znanstvena savjetnica zaposlena na Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu. Bavi se sociologijom religije, a posebno istraživanjem tradicionalne crkvene religioznosti, malih vjerskih zajednica, religioznosti mladih, odnosima crkve i države, te novih oblika religioznosti. Voditeljica je međunarodnog istraživačkog projekta *International Social Survey Programme* (ISSP) u kojemu uz Hrvatsku sudjeluje preko 40 zemalja svijeta. Kao suradnica sudjelovala je na različitim međunarodnim i domaćim projektima iz područja sociologije religije. Kao gost predavač sudjelovala je u dodiplomskoj nastavi, te doktorskim studijima na Odsjeku za Sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, na Fakultetu političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, te na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu. Objavila je oko pedesetak znanstvenih radova od čega su dvije knjige (*Prikaz malih vjerskih zajednica u Zagrebu* i *Vjerske zajednice u Hrvatskoj*, koja je objavljena u koautorstvu s Ankicom Marinović). Radovi su objavljeni u domaćim i međunarodnim publikacijama.

SAŽETAK

U posljednjih 40-50 godina sve su intenzivnija istraživanja koja se bave odnosom religije i zdravlja, pri čemu se kao znanstvena tema pojavljuje u različitim znanstvenim disciplinama kao što su antropologija, sociologija, psihologija, medicina (psihijatrija, gerontologija, socijalna epidemiologija), itd. S obzirom na multidimenzionalnost predmeta istraživanja, različite znanosti nastoje sustavno istražiti religioznost (religijsku uključenost/angažman) i zdravlje (fizičko i mentalno). U tom smislu je to i u ovom radu osnovni istraživački cilj, pri čemu se specifičnije nastoji istražiti u kojoj mjeri i kako se taj odnos posreduje kroz pripadnost i angažman u određenim vjerskim zajednicama. U tu svrhu provelo se istraživanje u šest kršćanskih vjerskih zajednica (Savez baptističkih vjerskih zajednica, Evanđeosko pentekostna crkva, Crkva cjelovitog evanđelja, Savez crkava „Riječ života“, Crkva Isusa Krista Svetaca posljednjih dana (mormoni) i Kršćanska adventistička crkva) te jednoj ne-kršćanskoj zajednici (Hinduistička vjerska zajednica). Kako bi se vidjelo postoji li razlika u osobnom zdravlju (zdravstvenom ponašanju i zdravstvenom stanju) kod pripadnika vjerskih zajednica u usporedbi s općom populacijom koristili su se podaci iz međunarodnog istraživačkog projekta *International Social Survey Programme* modula „Zdravlje“. Utvrđeno je da pripadnici vjerskih zajednica određene dimenzije svojeg zdravlja procjenjuju boljim te da su vjerske zajednice zdravstveno relevantne socijalne sredine u kojima se odnos religije i zdravlje posreduje i to prvenstveno kroz mehanizme stvaranja socijalne podrške i socijalnog kapitala.

Ključne riječi: religija, religioznosti, religijski angažman, zdravlje, zdravstveno ponašanje, zdravstveno stanje, vjerska zajednica kao socijalni resurs, socijalna podrška, socijalni kapital

SUMMARY

In the last 40-50 years there is a significant increase in the research that addresses the relationship between religion and health (Weaver et al. 2006). Variety of research topics in this field emerge within disciplines such as sociology, psychology, medicine (psychiatry, gerontology, social epidemiology), anthropology, etc. It could be said that religion in modern societies has a twofold role (Ellen L. Idler, 2009). One role relates to its impact on the practice and organization of medicine, on the impact on health-related professions, on the lives of patients, their families and social networks and on health-related institutions which were formed by religious institutions. The second role relates to that of social epidemiology and general health of the population. Some even consider the use of the phrase epidemiology religion (JS Levin & Vanderpool, 1987). Thus, it is clear that the relationship between religion and health is existent at the social level, it is therefore not surprising that a rise in research seeking to uncover this relationship at the individual level and to determine its nature can be spotted. Given the multi-dimensionality of the object of research, sciences dealing with health, social sciences and behavioural sciences are trying to, especially in recent years, systematically explore religiosity (religious involvement/engagement) and health (physical and mental). In that context this is the main research objective in this paper, but with a specific aim to explore to what extent and how this relationship is mediated through affiliation and involvement in certain religious communities. Given that the research on relationship between religion and health varies with different conceptual approaches, which largely depend on the various scientific areas engaged, one can say that the main character of this research is sociological exploration of the relationship in a particular socio-religious context (Croatian society). Therefore a survey was conducted in six Christian religious communities (Baptist Union of Religious Communities, Evangelical Pentecostal Church, Full Gospel Church, Word of Life Church, The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints (Mormons) and Seventh-day Adventist Church) and one non-Christian community (Hindu religious organization). In order to see whether there is a difference in personal health (health behaviour and health status) among members of religious communities data from the international research project International Social Survey Programme module "Health" was used. Since there are rare studies on smaller religious communities in Croatia, the ISSP module "Religion" was used in order to reveal the extent to which participants in religious communities differ in their religiosity than the general population.

The analysis showed that the subjects in religious communities have an active and consistent religiosity and that although there are certain differences between the communities, which are mostly caused by a variety of religious traditions, it seems that highly prevalent religiosity in communities creates a social platform which is characterized by homogeneity and firm integration of its own members. When data on religious involvement in a religious communities was viewed it showed that frequent participation in activities in a religious community, whether the activities were of religious or non-religious character, lead to increased social support, increased trust, increased general networking, increased sense of integration in the community, or in other words in increased general social support and social capital.

Concerning the health the analysis showed that regarding the specific elements of personal health, subjects in religious communities evaluated their health better. The striking difference is found in the use of substances, where in a significantly lesser extent members of the religious communities excessively drink and almost do not even smoke cigarettes. Concerning health status analysis showed that there is a difference between respondents in religious communities and the general population in a way that members of religious communities evaluated their health better as it was illustrated by the data on the index of self-assessment of physical health, on the indicator of disease (chronic disease, long-term illness and/or physical disability), on the indicator of personal well-being and on general indicator of self- assessment of personal health.

Analysis of correlates of personal health showed the extent to which health responsible behaviour and better health condition are mediated through resources that religious community can offer to its member. Dimensions of religious communities as social resources appear to be significant correlates of personal health, thereby confirming that the religious community can be a health relevant social environment in which the relationship between religion and health intermediates, primarily through the creation of mechanisms of social support and social capital. It should be noted that the analysis showed that this mediation in the relationship between religiosity and health increases through the strictness of the community in the rules relating to the everyday life practice, which are shaped within religious traditions of specific communities.

Key words: religion, religiousness, religious engagement, health, health behaviour, health status, religious community as a social resource, social support, social capital

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. PREGLED ISTRAŽIVANJA.....	4
2.1. Istraživački počeci.....	4
2.2. Odnos religije i fizičkog zdravlja	10
2.2.1. Religija i mortalitet.....	10
2.2.2. Religija i kardiovaskularna oboljenja.....	13
2.2.3. Religija i rak	14
2.3. Odnos religije i mentalnog zdravlja	16
2.3.1. Religija i subjektivna dobrobit	18
2.3.2. Religija i depresija.....	19
3. PREMA IZGRADNJI TEORIJE.....	21
3.1. Sociologija odnosa religije i zdravlja. Prema ili od teorije?.....	21
3.1.1. Određenje osnovnih pojmova.....	21
3.1.2. Četiri teorijske razine	31
3.1.2.1. <i>Velike teorije</i>	31
3.1.2.2. <i>Teorije srednjeg dometa</i>	34
3.1.2.3. <i>Teorijski modeli</i>	37
3.1.2.4. <i>Medijatori, moderatori i mehanizmi</i>	39
3.1.3. Teorijski okvir ovog istraživanja – Vjerska zajednica kao socijalni resurs.....	42
3.2. Socio-religijski kontekst hrvatskog društva	53
4. CILJEVI I METODE ISTRAŽIVANJA	61
4.1. Konceptualno-kontekstualni okvir istraživanja	61
4.2. Sadržaj istraživanja te istraživačka pitanja i ciljevi.....	64
4.3. Odabir istraživačkih metoda.....	66
4.4. Uzorkovanje i terensko prikupljanje podataka	69
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	76
5.1. Religioznost u vjerskim zajednicama	76
5.1.1. Religijska samoidentifikacija	76
5.1.2. Religijska praksa	79
5.1.3. Religijska vjerovanja.....	83
5.2. Socio-demografska obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama	90
5.3. Vjerska zajednica kao socijalni resurs.....	96
5.4. Zdravlje u vjerskim zajednicama.....	117

5.4.1.	Zdravstveno ponašanje u vjerskim zajednicama	117
5.4.2.	Zdravstveno stanje u vjerskim zajednicama	126
5.5.	Odnos religioznosti i zdravlja.....	139
5.5.1.	Odnos religioznosti i zdravlja – usporedba opće populacije i vjerskih zajednica	139
5.5.2.	Odnos religioznosti i zdravlja – vjerska zajednica kao socijalni resurs	144
6.	ZAKLJUČAK	156
7.	POPIS LITERATURE	163
8.	PRILOZI.....	184
	ŽIVOTOPIS	196

1. UVOD

Odnos religije i zdravlja predmet je različitih znanstvenih disciplina kao što su medicina (gerontologija, psihijatrija, socijalna epidemiologija), psihologija, antropologija, pa i sociologija itd. U zadnjih 40-50 godina ova tema intenzivnije se istražuje, a rezultati učestalo publiciraju u medicinskim časopisima te časopisima iz područja sociologije i psihologije religije. Iako je odnos religija i zdravlja u empirijskom smislu recentnija tema, ona se konceptijski i istraživački oslanja na radove utemeljitelja sociologije (Durkheim, Weber) i drugih klasičnih teoretičara (Freud, Jung, Maslow). Naime, u svim navedenim radovima promišljao se i istraživao odnos religije i zdravlja, konkretnije rečeno istraživali su se pozitivni i negativni učinci religije na ljudsko zdravlje.

Usprkos tome što se već u 19. stoljeću mogu pronaći empirijska istraživanja (Levine, 2009.) koja su koristila indikatore religioznosti i u kojima su nalazi upućivali na postojanje odnosa između religioznosti i zdravlja. Budući da je u to vrijeme medicina bila dominantno pozitivistički orijentirana onemogućeno je bilo uočavanja pozitivnih utjecaja koje religija/religioznost mogu imati na zdravlje. Tek od '60-ih godina prošlog stoljeća, znanstvenici otvaraju šire horizonte sve većem broju znanstvenih disciplina čiji je cilj empirijski otkriti prirodu odnosa religije i zdravlja. U prilog propulzivnosti ove teme među ostalim govori i činjenica da se od 1987. godine pokušava konceptualizirati novu znanstvenu poddisciplinu – epidemiologija religije (*epidemiology of religion*) (Levin i Vanderpool, 1987.).

Broj empirijskih istraživanja koja se bave odnosom religije/religioznosti i zdravlja u posljednjih 40-50 godina značajno raste (Weaver et al., 2006.). Stoga Chatters (2000.) naglašava kako se u tome periodu mogu vidjeti sljedeće istraživačke tendencije: a) razvoj i ekspanzija istraživačkih programa; b) podizanje kvalitete istraživanja; c) porast interesa raznih znanstvenih disciplina i poddisciplina (npr. psihoneuroimunologija) te kliničke prakse. Drugim riječima, u tom periodu shvaća se multidimenzionalnost predmeta istraživanja te se postavljaju temelji za sustavnije istraživanje religioznosti (religijska uključenost/angažman) i zdravlja (fizičkog i mentalnog).

U kasnim 80-im godinama prošloga stoljeća u SAD-u objavljeno je nekoliko članaka o epidemiološkim istraživanjima koja pokazuju da je visoka razina religijskog angažmana umjereno povezana s boljim zdravstvenim statusom. Epidemiolozi stoga ističu kako je religija/religioznost „protektivni faktor koji pruža mali, ali značajno primarno-preventivni učinak na morbiditet u populaciji“ (Ellison i Levin, 1998:701). U toj generaciji istraživanja,

vidljivo je kako religijski angažman ima pozitivan efekt kako na smanjenje pojavnosti bolesti srca, hipertenzije, moždanog udara, nekih vrsta raka, gastroenteroloških problema tako i na sklonost ka boljoj procjeni vlastitog zdravlja, te samo-prepoznavanju simptoma (Levin i Schiller, 1987.).

Usprkos brojnim istraživanjima o pozitivnim učincima religioznosti na osobno zdravlje, mogu se pronaći i istraživanja koja upućuju na negativne učinke religije na fizičko i mentalno zdravlje ili na neadekvatno korištenje zdravstvenih usluga. Iako nema sustavnih istraživanja, u nekima se ipak pokazuje da vjerska zajednica svojim učenjem može nametnuti određena vjerovanja koja promoviraju socijalnu devijantnost štetnu po zdravlje (Ellison i Taylor, 1996.). Isto tako pokazuje se kako sudjelovanje u vjerskoj zajednici može doprinijeti i stvaranju socijalnog pritiska koji kao takav može u konačnici imati negativne posljedice po zdravlje (Krause et al., 2000.).

Suvremene tendencije u istraživanju odnosa religije i zdravlja idu u smjeru definiranja sadržaja istraživačkog područja, testiranja teorijskih koncepata, provođenja jasnijih i kvalitetnijih metodoloških procedura kako bi se uskladile s istraživačkim pitanjima. Evidentno je drugim riječima da se razvijaju konceptualno valjane mjere religioznosti i duhovnosti primjenjive i prikladne ovom istraživačkom području (Koenig, 2001.).

Unatoč tome što su teorijski okviri ovih i sličnih istraživanja različiti, među njima uočavamo četiri opća teorijska pristupa ili eksplanatorna mehanizma o povezanosti religije/religioznosti i zdravlja (Elison i Levin, 1998., Oman i Thoresen, 2002.):

- Zdravstveno ponašanje – podrazumijeva da većina religija u sklopu svojih doktrina pokušava regulirati individualne životne stilove i zdravstvena ponašanja usmjerena na odgovoran odnos vjernika prema svojem tijelu i općenito zdravstvenom stanju (Levin, 2001.).
- Socijalna podrška – podrazumijeva da angažirani vjernici u svojoj vjerskoj zajednici stvaraju određene društvene mreže u kojima mogu, razmjenom informacija i iskustva te stvaranjem bliskih prijateljskih odnosa, dobivati i graditi socijalnu podršku (formalnu i neformalnu). Na taj način vjerska zajednica može biti promatrana kao socijalni resurs čiji je utjecaj na zdravlje evidentan (Ellison i George, 1994.).
- Psihološka stanja – podrazumijeva da religioznost može promovirati pozitivnu samo-percepciju, specifične resurse suočavanja s problemima (npr. pojedinačne kognitivne i bihevioralne odgovore na stres), poticati određene osjećaje kod pojedinaca kao što su

sreća, utjeha, nada i sl., te time može doprinijeti boljem mentalnom, ali i fizičkom zdravlju (Koenig, 1998.).

- Nadempirijski/nadnaravni utjecaji – podrazumijeva da pitanje mogućeg i nadnaravnog utjecaja na zdravlje, tj. utjecaja koji izlazi izvan okvira prirodnih zakona (npr. izlječenje bioenergijom) ne treba odbaciti kao moguće objašnjenje.

U Hrvatskoj do sada odnos religije i zdravlja nije bio predmet posebnog istraživanja. Marinović Bobinac (2005.) je u kontekstu istraživanja religijskih iskustava u Hrvatskoj istaknula nalaz da je 14 % ispitanika doživjelo iskustvo ozdravljenja, pri čemu se to iskustvo pojavljuje iznad prosjeka kako kod onih ispitanika koji se religijski samoidentificiraju kao uvjereni vjernici tako i kod ispitanika koji češće odlaze u crkvu. U radu Ančić i Marinović Jerolimov (2011.) potvrđena je povezanost religioznosti i zdravstvenog statusa. Od tri analizirana indikatora religioznosti (religijska samoidentifikacija, učestalost odlazanja u crkvu, učestalost osobne molitve) vidljivo je da su odlazak u crkvu i osobna molitva povezani sa subjektivnom procjenom zdravlja. Osim ovih istraživanja provedena su i istraživanja o povezanosti religioznosti i kvalitete života pacijentica 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.)

U ovom radu istražiti će se sociološki aspekti odnosa religije/religioznosti i zdravlja uzimajući u obzir dva eksplanatorna mehanizma: zdravstveno ponašanje i socijalna podrška. Zdravstveno ponašanje će se istražiti u vezi s propisanim religijskim normama, te kroz analizu kako zdravstveno odgovornog ponašanja tako i ponašanja rizičnog po zdravlje. Socijalna podrška će se istražiti kroz analizu religijskog angažmana u određenoj vjerskoj zajednici, ali i kroz analizu utjecaja vjerske zajednice kao socijalnog resursa relevantnog za zdravlje pojedinca. Ovakvim pristupom ovaj se rad oslanja na već postojeće paradigme razumijevanja uloge društvenih determinanti zdravlja populacije te polazi od Durkheimovog shvaćanja uloge religije kao čimbenika socijalne (dez)integracije koja kao primarna snaga može povezivati/razdvajati pojedince s društvom (sprječavati/poticati alijenaciju i time suicid), odnosno, nastavka te tradicije u pojmovima socijalne podrške i važnosti bliskih socijalnih veza koje mogu utjecati na zdravlje.

2. PREGLED ISTRAŽIVANJA

2.1. Istraživački počeci

Tijekom posljednjih 40-50 godina područje istraživanja odnosa religije i zdravlja počelo se intenzivnije istraživati obuhvaćajući razne discipline poput sociologije, psihologije, medicine (gerontologije, socijalna epidemiologije) psihijatrije, antropologije, itd. U ovom razdoblju dolazi do značajnog porasta empirijskih studija u čijem je fokusu odnos religije i zdravlja (Weaver et al. 2006). No, već u 19. stoljeću mogu se pronaći prvi tragovi koji su utrljali put razvoja istraživanja ovog odnosa. Jedan od osnivača Američkog psihijatrijskog udruženja Amariah Brigham je 1835. godine objavio knjigu pod naslovom *Observations on the Influence of Religion upon Health and Physical Welfare of Mankind* (Opažanja o utjecaju religije na zdravlje i fizičku dobrobit čovječanstva). Komparativno prikazujući razne religije kroz povijest Brigham se usredotočio na negativne utjecaje koje religija može imati na zdravlje. Među takve utjecaje navodi u rasponu od žrtvovanja ljudi, religijske rituale koji osakaćuju tijelo (obrezivanje, kastracija, flagelacija, izrezivanje tijela, ankiloza zglobova...) do opasnih doktrina. Popis negativnih utjecaja proširuje i spominjanjem neadekvatno izgrađenih mjesta bogoštovlja (hladni, mračni i vlažni prostori), ali i navodno „posebnih“ utjecaj Duha svetoga na bolesti i uzbuđenja neurološkog sustava (utjecaj religijske nadraženosti (ekscitacije) na ozlijede mozga i neurološkog sustava – neuračunljivost, epilepsija, konvulzije, hidrocefalus). Uz Brighamovo navođenje negativnih utjecaja religije na zdravlje, postoje i radovi koji ističu mogućnost terapijskog utjecaja vjere i molitve na određene psihičke probleme. Benjamin Travers je 1837. godine u svojem članku pod naslovom *Observations on the Local Diseases Termed Malignant* (Opažanja o lokalnim malignim bolestima) naveo kako nije nikada primijetio rak penisa kod židova (Travers 1837). Svega nekoliko godina poslije (1844.) u radu Rigoni-Sterna navedeno je kako kod katoličkih časnih sestara u Veroni (Italija) postoji značajno viši rizik od raka dojke te značajno niži rizik od raka maternice. John Shaw Billings je među prvima već 1891. godine uzeo u obzir religijsku pripadnost kao mogući faktor utjecaja na različite razine morbiditeta i mortaliteta¹ među različitim društvenim grupama (J S Levin and Schiller 1987). Na istom tragu jest zasigurno i djelo *Religion and Medicine: The moral control of nervous disorders* (Religija i Medicina: Moralna kontrola živčanih poremećaja) iz 1908. godine autorâ Elwooda Worcestera, Samuela McComba i Isadora H. Coriata.

¹ 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 (Kirch 2008)

Razvoju područja istraživanja odnosa religije i zdravlja doprinijeli su i radovi proizišli iz djelatnosti kršćanske pastorale poput *Religion in Illness and Health* (Wise, 1942.), *Religion and Health* (Hiltner, 1947.), *Religious Factors in Mental Illness* (Oates, 1955) i *Psychology, Religion and Healing* (Weatherhead, 1961.). Upravo je razvoj „pokreta“ religija i zdravlje unutar pastoralne skrbi prije nekoliko desetljeća utjecao na razvoj važnih institucija koje su bile značajan faktor u znanstvenom razvoju područja odnosa religije i zdravlja (Levin, 2009: 128). Pod okriljem tog „pokreta“ osnovane su tri su važne institucije: *Blanton-Pale Institute* (osnovan 1937.), *Academy of Religion and Mental Health* (osnovana 1953. kao znanstveni odjel unutar instituta) te *Journal of Religion and Health* (osnovan 1961. od strane instituta). Časopis izlazi i danas te je jedan od najvažnijih znanstveno-izdavačkih „prostora“ u kojem se objavljuju brojni radovi. Akademija je imala i svoju nakladničku seriju između 1950. i 1970. u kojoj su pisali autori velikog ugleda i utjecaja u društvenim znanostima poput Abrahama Maslowa, Margaret Mead i Talcotta Parsonsa.

Istraživanja koja su se bavila odnosom religije i zdravlja intenzivirala su se od '60-ih godina prošloga stoljeća i to uglavnom unutar javno-zdravstvenih² istraživanja. Neka istraživanja koja su u najvećoj mjeri doprinijela razvoju istraživačkih interesa za ovo područje, biti će prikazani detaljnije prikazani u narednom poglavlju. Uz to treba reći da se nalazi ovih istraživanja najčešće navode i koriste kao bitni argumenti u opravdanju razvoja istraživanja odnosa religije i zdravlja. Sve u svemu, istraživanja koja će biti prikazana u nastavku pripadaju *istraživanjima prve generacije* i u tom smislu osvrt na njih prijeko potreban.

Zdravstveni ekonomist Victor Fuchs uspoređivao je razine mortaliteta u dvjema američkim državama – Utah i Nevada. Uspoređujući stope mortaliteta tijekom '60-ih godina došao je do zanimljivog nalaza. Iako su navedene države imale su približno jednake razine prihoda, obrazovanja, stupanj urbanizacije, klimatološke uvjete i kvalitetu i opseg zdravstvenih usluga, razine zdravlja populacije u njima značajno su se razlikovale. Stanovnici države Utah su bili ne samo zdraviji u odnosu na stanovnike Nevade, nego i među najzdravijim stanovnicima SAD općenito. Usporedbe radi, dječji mortalitet je u Nevadi bio 40% viši nego u državi Utah. Smrtnost prouzrokovana rakom respiratornog sustava u Nevadi je bila viša za 296%, dok je smrtnost od ciroze jetre bila viša za 111%. Iako se Fuchs nije u svojim istraživanjima bavio odnosom religije i zdravlja, plauzibilno je zaključio da postoji razlika u životnim stilovima

² Javno zdravstvo (*Public Health*) je znanost koja se bavi prevencijom bolesti, prolongiranjem života i promoviranjem zdravlja kroz organizirane napore i pružanje informacija društvu, organizacijama (javnim i privatnim), zajednicama i pojedincima (Kirch 2008).

stanovnika država Utahe i Nevade. U državi Utah uglavnom žive pripadnici Crkve Isusa Krista Svetaca posljednjih dana, popularnije nazvani mormonima, čiji životni stil isključuje pušenje duhana i konzumiranje alkohola (Fuchs 1998). U istraživanju koja su provedeno od 1960. do 1975. godine među američkim amišima u okruzima Ohio, Indiana i Pennsylvania pokazalo se da postoje različite stope mortaliteta među amišima. Objašnjenje za tako različite stope mortaliteta nalazi se u postojanju manjeg rizika u socijalnoj i fizičkoj okolini (Hamman et al. 1981). Tijekom tog istog razdoblja Phillips i suradnici (Phillips et al. 1978; Phillips et al. 1980) provodili su epidemiološka istraživanja s ciljem promatranja uzroka razine mortaliteta među Adventistima Sedmoga Dana. Došli su do zaključka da kod Adventista postoji niža razina rizika obolijevanja od koronarnih srčanih bolesti u usporedbi s populacijom. U istom razdoblju u Nizozemskoj Berkle i de Ward su utvrdili da kod pripadnika ove religijske zajednice zbog specifičnog životnog stila (zabranjena konzumacija cigareta i alkohola te pažljiva ishrana) postoji razlika u razini mortaliteta od opće nizozemske populacije pri čemu je očekivani životni vijek³ kod muškaraca 8.9 godina dulji od opće populacija, a kod žena je 3.6 godina (Berkel and de Ward, 1983). Do sličnih zaključaka i nalaza kod pripadnika ove religijske zajednice došli su i istraživači iz Poljske i Norveške (Idler 2011). Nakon Fuchsovih nalaza nastavljena su istraživanja na populacijama mormona i to ne samo u državi Utah nego i Kaliforniji te Kanadi (Lyon et al. 1978; Jarvis 1977; Enstrom & others 1980). Podaci su upućivali da postoji niža stopa mortaliteta kod mormona nego kod ne-mormona u ovim državama. U Utahi je zabilježena čak 35% manja smrtnost mormona od kardiovaskularnih bolesti nego kod ne-mormona. Autori i u ovim istraživanjima dolaze do sličnih zaključaka naglašavajući činjenice da mormoni ne puše, češće se bave fizičkim aktivnostima, postoji jača obiteljska solidarnost, aktivnije sudjelovanje u zajednici te prihvaćanje religijske ideologije koja doprinosi smanjenju stresa. Enstrom naglašava da je ova zajednica iznimno pogodna za epidemiološka istraživanja jer njene socio-ekonomske i socio-demografske karakteristike odgovaraju karakteristikama opće populacije bijelaca u SAD-u, ali ima značajno drugačije zdravstvene karakteristike koje mogu utjecati na nižu razinu rizika od karcinoma. Istraživanja su se u to vrijeme provodila i među židovskom populacijom, pa tako Herman i Enterline (1970) ističu da je niža razina raka pluća kod muških židova u Pittsburghu vrlo vjerojatno uzrokovana nižom razinom pušenja cigareta (Herman & Enterline 1970). Osim istraživanja koja su se bavila spomenutim religijskim

³ Očekivani životni vijek je „statistička mjera definirana očekivanim (aritmetička sredina) preživljavanjem ljudi temeljena na određenom broju kriterija kao što su spol i geografska lokacija. Popularno je najčešće konstruirana da označava životnu očekivanu dob od rođenja za određenu ljudsku populaciju, što je zapravo isto kao i očekivana dob umiranja. No ipak, tehnički očekivani životni vijek znači očekivani preostali broj godina života i može biti izračunata za bilo koju dob“ (Kirch 2008, p.853).

zajednicama, bitna su i istraživanja koja su bila usredotočena na redovnike i redovnice nekih od religijskih zajednica (Taylor et al. 1959, King et al. 1975). Činjenica da katoličke časne sestre uglavnom ne obolijevaju od raka vrata maternice za razliku od prostitutki kod kojih je taj oblik karcinoma česta pojava dovela je do spoznaje da se ta bolest prenosi heteroseksualnim odnosima (Idler et al. 2010).

Upravo je od ranih '70-ih godina epidemiologija počela istraživati prirodu odnosa između religije i mortaliteta time usmjeravajući istraživače na daljnje potrebe otkrivanja prirode ovog odnosa. U istraživačkom fokusu navedenih studija, ali i drugih studija koje su obilježile ovaj period⁴, je bio odnos između religijske pripadnosti i mortaliteta (Jarvis & Northcott 1987). Važna karakteristika ovih studija je način prikupljanja podataka. Radi se o studijama koje su koristile podatke na agregatnoj razini, istražujući razine mortaliteta unutar specifičnih religijskih zajednica kao što su Muslimani i Druzi⁵ u Izraelu, Adventisti Sedmog Dana, Crkve Isusa Krista Svetaca posljednjih dana (mormoni), Reorganizirana crkva Isusa Krista Svetaca posljednjih dana, Parsi (u Indiji), Jehovini svjedoci i Huteriti. Podaci su uglavnom prikazani kao standardizirani omjeri mortaliteta⁶ i to za sve uzroke ili specifične uzroke razina mortaliteta. Stoga, religija u tim studijama nije bila uzeta u obzir kao nezavisna varijabla ili kao varijabla općenito, već su se samo promatrale razlike između religijskih grupa.

Ova i druga slična istraživanja pružaju valjane dokaze i argumente da razina morbiditeta i mortaliteta varira s obzirom na različite religijske grupe i denominacije što omogućava zaključak da je viša razina religijskog angažmana umjereno povezana s boljim zdravstvenim statusom. Nalazi ovih studija karakteristični su za uzorke muškaraca i žena, za uzorke različitih rasnih i etničkih grupa te za uzorke različitih religija kršćanske i ne-kršćanske provenijencije te za pojedince s različitim socio-ekonomskim statusom u različitim stadijima života.

Stoga ova istraživanja dopuštaju zaključak da je religija protektivan faktor koji pruža mali, ali značajni primarno-preventivni učinak na morbiditet u populaciji (Ellison & Levin, 1998: 701).

⁴ Levin i Schiller (1987) navode da se može pronaći oko 250 takvih studija, pri čemu neke datiraju od početka 19 stoljeća (J S Levin & Vanderpool, 1987; Levin, Jeffrey S., 1987).

⁵ Druzi su monoteistička religija nastala tijekom 11. stoljeća koju karakterizira eklektični sustav doktrina u kojem postoje različiti židovski, neoplatonistički, kršćanski, gnostički i iranski kulturni elementi. Religija se razvila iz šijitskog islama i to iz grane koja se naziva ismailizam. Pripadnici ove religije žive najvećim djelom u Libanonu, a manje zajednice se nalaze u Siriji i Izraelu te ih karakterizira snažna povezanost među članovima i zatvorenost u odnosu na ne-pripadnike (Britannica n.d.).

⁶ Standardizirani omjeri mortaliteta (standardized mortality ratio) služe stvaranju ukupne statistike mortaliteta koja služi komparacijama populacija koje se razlikuju prema distribuciji pojedinaca po dobi, spolu i rasi (Kirch 2008).

No, prije prihvaćanja ovakvog zaključka bitno je istaknuti moguće kritike ovim istraživanjima. Postoje sporne točke u ovakvim istraživanjima koje bacaju sjenu na moguće zaključke. Idler ističe tri kritičke opservacije koje se nameću (Idler 2009). Prvu kritika može se nazvati ekološkom zabludom ili ekološkom greškom. Ona se odnosi na mogućnost krive pretpostavke da se na temelju visoke razine nekog fenomena u diversificiranom društvu može pretpostaviti pozitivna korelacija između fenomena i većine u tom društvu. Druga kritika odnosi se na ograničenja istraživanja koja se provode na agregatnoj razini. Naime, ovakva istraživanja onemogućuju identifikaciju medijatora odnosa religije i zdravlja na individualnoj razini. Drugim riječima nije jasno zašto i kako religija utječe na zdravlje pojedinaca. Treća kritika, koja se zapravo nastavlja na drugu kritiku, je da pripadnost takvim strogo reguliranim i zatvorenim religijskim zajednicama ne može biti jasno odvojena od kauzalnih procesa koji mogu utjecati na članove tih zajednica. Uz ove, može se uputiti još i kritika da nedostaje i bolja teorijska i empirijska operacionalizacija samog fenomena religije. Pripadnost religiji, odnosno članstvo u religijskoj zajednici ne upućuje istraživača na samu prirodu te pripadnosti. Činjenica o pripadanju ili ne pripadanju religijskoj grupi ne govori o tome kako i na koji način joj pojedinac pripada. Radi li se o većem ili manjem religijskom angažmanu, ili o većoj ili manjoj razini prihvaćanja normi i vrijednosti te religijske zajednice te kako to utječe ili ne utječe na osobno zdravlje, pitanja su na koje ova istraživanja nisu dala valjane odgovore.

Krajem '70-ih, a posebice tijekom '80-ih i '90-ih godina prošlog stoljeća intenziviraju se studije i istraživanja koje možemo nazvati *istraživanjima druge generacije*, a čije se ciljeve i analize može promatrati kao reakcije na prethodno iznesene kritičke opservacije. Metodološki gledano podaci se više prikupljaju na individualnoj razini te u određenim vremenskim periodima (longitudinalno). Jedna od važnijih studija je longitudinalno istraživanje provedeno u Alameda okrugu u Kaliforniji (SAD) gdje su podaci prikupljeni u periodu od devet godina (1965-1974). Cilj istraživanja je bio promatrati utjecaj četiri izvora socijalnih kontakata – braka, kontakata s bliskim prijateljima i rođacima, formalnog i neformalnog članstvo u udrugama te članstva u crkvenim zajednicama – na razinu mortaliteta (Berkman & Syme 1979). Analiza rezultata je pokazala da veća socijalna povezanost kroz spomenute socijalne kontakte odnosno socijalne mreže utječe na nižu razinu mortaliteta. Dakle, što se tiče religije, kod pojedinaca koji su iskazali pripadanje određenoj crkvi ili hramu postoji niža razina mortaliteta. Nakon ove studije ubrzo su uslijedila i druga slična istraživanja kao što su istraživanja u okrugu Tecumseh u Michiganu (House, Robbins & Metzner, 1982) i okrugu Evans u Georgiji (Schoenbach, Kaplan, Fredman & Kleinbaum, 1986). U obje ove spomenute studije radi se o prospektivnim studijama

kohorti⁷ u kojima se pokazalo da su socijalni odnosi, odnosno socijalne veze važan faktor koji utječe na zdravlje (na nižu razinu mortaliteta) (House et al. 1988). Ispitujući zdravlje pojedinaca, njihovo zdravstveno ponašanje, socijalne odnose s članovima uže i šire obitelji, susjedima ili dobrovoljnim udruženjima te religijski angažman (pripadnost i odlaženje u crkvu) pokazalo se da postoji pozitivan utjecaj na zdravlje. Štoviše, za razliku od do tada uvriježene pretpostavke o negativnom utjecaju okoline na zdravlje kroz stres, siromaštvo, loše radne uvjete, loše urbane uvjete, ubrzani stil života, i sl., socijalna okolina počela se teorijski promatrati u drugačijoj perspektivi. Tako su Pulisuk i Parks, u studiji o socijalnoj podršci i obiteljskom stresu, naglasili kako pojedinci koji pripadaju određenoj socijalnoj mreži koja pruža kontinuirane međuljudske odnose stječu svojevrstni imunitet od fizičkih i psihičkih oboljenja dok su Zuckerman i suradnici, u studiji koja je obuhvaćala 400 starijih građana u Connecticutu od 1972. godine do 1974. godine, zaključili kako je religioznost (mjerena razinom prihvaćanja religijskih vjerovanja) jedna od psiho-socijalnih varijabli koja utječe na smanjenje rizika od smrtnosti kod starijih osoba lošijeg zdravstvenog stanja (King 1990).

Zahvaljujući ovim inicijalnim studijama, socijalno umrežavanje počelo se promatrati kao potencijal u kojem mogu postojati za zdravlje protektivni faktori i promicati zdravstveno poželjno ponašanje. U tom kontekstu religija se percipirala kao jedan od faktora koji može pružati socijalnu podršku i socijalnu kontrolu koja nije nužno štetna po zdravlje. Stoga Chatters (2000.) naglašava kako se u tome periodu mogu vidjeti sljedeće istraživačke tendencije: a) razvoj i ekspanzija istraživačkih programa; b) podizanje kvalitete istraživanja; c) porast interesa raznih znanstvenih disciplina i poddisciplina (npr. psihoneuroimunologija) te kliničke prakse.

⁷ Kohorta se definira kao grupa ljudi u određenoj populaciji koja dijeli zajedničke karakteristike ili iskustva u definiranom vremenskom periodu. Kohorte se u medicinskim i društvenim znanostima istražuju kako bi se stekli dokazi koji potvrđuju ili opovrgavaju postojanje veze između pretpostavljenih uzroka i bolesti (kauzalan odnos). Prospektivna studija kohorti je longitudinalno istraživanje u kojem istraživač prikuplja podatke o članovima određene kohorte u vremenu početka istraživanja i identificira nove slučajeve bolesti od tog trenutka nadalje (Kirch, 2008: 154, 1024). U tom smislu prospektivno označava prognostički potencijal tih studija kojima je cilj na temelju kompleksnijih statističkih analiza predvidjeti razvijanje novih bolesti.

2.2. Odnos religije i fizičkog zdravlja

Tijekom 90-ih pojavljuju se sve češće longitudinalna panel istraživanja koja pokazuju da je religijski angažman povezan sa zdravljem, usprkos široko testiranoj kovarijatnosti za društvene veze, zdravstvena ponašanja i sociodemografske varijable. Istražujući odnos religije i zdravlja, znanstvenici su nastavili istraživati povezanost s razinama mortaliteta, ali su proširili interes i prema ostalim aspektima fizičkog zdravlja. Raznovrsne studije bavile su se utjecajem religije na prevalenciju različitih vrsta raka, hipertenzije, kardiovaskularnih oboljenja, moždanog udara, gastroenteroloških problema, općih i specifičnih faktora mortaliteta, samo-procijenjenog zdravlja i subjektivne simptomatologije, dijabetesa, itd. (Chatters 2000; Lee & Newberg 2005; Koenig et al. 2001). Stoga će se i ovdje prikazati neke od studija koja su se bavila istraživanjima povezanosti religije i mortaliteta, religije i kardiovaskularnih oboljenja te religije i raka.

2.2.1. Religija i mortalitet

Znanstveni interes prema povezanosti religije i mortaliteta nije vidljiv samo u novije vrijeme već ga se može pronaći u znanstvenim radovima od prije 140 godina. Francis Galton, inače poznat kao pokretač eugeničkog pokreta te rođak Charlesa Darwina, je 1872. godine u radu *Statistical inquiries into the efficacy of prayer* (Statističko istraživanje o učinkovitosti molitve) pošao od činjenice da određene društvene skupine mole više od drugih skupina. Zanimalo ga je, primjerice, žive li svećenici i misionari, kao ljudi koji zasigurno mole više nego liječnici ili pravnici, dulje. Statistička analiza pokazala je da ne postoji razlika među ovim grupama. Dodatno je istražio žive li članovi kraljevske obitelji dulje s obzirom da su molitve često upućene njima, no ni tu nije bilo značajne razlike. Stoga je zaključio kako molitva nema učinka na zdravlje (Galton 1872). Može se reći da je ovo prvo „znanstveno“ istraživanje o posljedičnoj dimenziji religioznosti. U recentnije vrijeme unutar istraživanja o povezanosti religije i mortaliteta formiraju se interdisciplinarne skupine stručnjaka gdje uz epidemiologe i liječnike (karakteristično za istraživanja prve generacije) sudjeluju sociolozi i demografi. Religija se pokušava operacionalizirati multidimenzionalno, ali s uvijek prisutnim indikatorom crkvene prakse. Nastavljaju se studije na određenim geografskim prostorima kao što je bila i prethodno spomenuta studija Berkmana i Symea iz 1979. godine⁸. Oman i suradnici analizirali su

⁸ Studija Lise Berkman i Leonarda Symea iz 1979. godine značajno do doprinijela ne samo razvoju istraživanja odnosa religije i zdravlja, već općenito u razvoju epidemiologije, a sami nalazi su itekako pridonijeli promjenama u perspektivama poimanja zdravlja i bolesti općenito. Naime, upravo je ova studija, u kojoj se pratilo 6928 slučajno odabranih odraslih ispitanika iz Alameda okruga, potvrdila važnost socijalnih odnosa u zdravstvenom stanju

specifične uzroke mortaliteta u Alameda okrugu dvadeset godina nakon Berkmana i Symea. Nalazi su pokazali da je odlazak u crkvu, nakon što je izvršena kontrola kovarijance za indikatore zdravstvenog statusa, socijalne povezanosti i zdravstvenog ponašanja, značajno povezan sa svim ispitivanim uzrocima mortaliteta na način da učestalijim odlazanjem u crkvu dolazi do smanjenja omjera rizika⁹ (Oman et al. 2002). U istom okrugu Strawbridge i suradnici su proveli longitudinalno istraživanje. U razdoblju od 28 godina (1968-1994) potvrdilo se da kod učestalih odlazitelja u crkvu postoji manji rizik od smrtnosti te da su u tom periodu poboljšali svoje zdravstveno ponašanje. Uz ove nalaze pokazalo se da je veća vjerojatnost da će prestati pušiti i piti, češće vježbati, ostati u braku s istom osobom te povećati broj svojih socijalnih kontakata (Strawbridge et al. 1997). Studije Omana i Reeda te Koeniga i suradnika potvrdile su u velikom djelu ove nalaze. Oman i Reed su u kalifornijskom okrugu Marin pratili nasumični uzorak 1931 stanovnika/ice starijih od 55 godina i to u razdoblju od pet godina. Ispitanici su podijeljeni u dvije grupe – one koji odlaze tjedno ili u određenim prilikama u crkvu na vjerske službe te one koji ne odlaze uopće. Analiza je pokazala da za osobe iz prve grupe postoji 36% manja šansa za umiranje tijekom tog razdoblja, a nakon izvršene statističke kontrole konzumiranja cigareta i alkohola, težine, socijalne podrške, bračnog statusa, depresije, dobi, spola, brojnih kroničnih oboljenja i sl., taj se postotak smanjio na 26% (Oman & Reed 1998). Slično je i regionalno istraživanje provedeno u Piedmont regiji u Sjevernoj Karolini u SAD. Nakon što je testirana kovarijatnost na brojnim varijablama, nalaz o smanjenoj smrtnosti kod religijski aktivnih ispitanika je potvrđen (Koenig et al. 1999).

Osim ovakvih istraživanja u kojima je istraživana populacija na određenom manjem teritoriju, provodila su se istraživanja (poglavito u istraživanjima druge generacije) i na široj društvenoj razini. Ovdje treba istaknuti da je najveći dio tih istraživanja proveden u SAD, no postoje i relevantna istraživanja i u nekim drugim zemljama svijeta. Uzorci ovih istraživanja variraju od 819 do 28369 ispitanika/ica. Isto tako variraju i nalazi od onih koji upućuju da postoji 50% veći rizik smrtnosti za one koji ne odlaze u crkvu, do onih koji pokazuju da postoji 12% veći rizik smrtnosti za one koji odlaze u crkvu (E. Idler, 2011: 368). Spomenut ću ovdje neka od najznačajnijih istraživanja. Jedno od tih je i istraživanje provedeno nad slučajnim nacionalnim uzorkom od 3 617 Amerikanaca starijih od 25 godina tijekom 7,5 godina. Cilj je bio istražiti utjecaj odlaska u crkvu na mortalitet na način da se empirijski ekstenzivno obuhvate moguća

pojedina. U razdoblju od 9 godina (1965-1974) pratili su iste ispitanike i pokazalo se da oni ispitanici koji su 1965. godine imali manje socijalnih odnosa imali daleko veće šanse od ranijeg umiranja.

⁹ Omjer rizika (*hazard ratio*, eng.) je procjena rizika između dviju grupa (npr. eksperimentalne i kontrolne). Omjer rizika se koristi kako bi se testirale statističke hipoteze te kao pokazatelj mogućnosti izlječenja (Kirch, 2008: 510).

objašnjenja. Stoga su u analizi kontrolirani utjecaji dobi, bračnog statusa, obrazovanja, prihoda ispitanika i kućanstva, zdravstvenog stanja, indeksa tjelesne mase, fizičke aktivnosti, broja prijateljskih kontakata, veličine socijalne mreže, i subjektivne socijalne podrške. Oni ispitanici koji su odlazili u crkvu jednom mjesečno ili češće imali su smanjeni rizik od smrtnosti i to za 30-35%, pri čemu se 20-30% ovog utjecaja može objasniti odgovornijim zdravstvenim ponašanjem i to poglavito učestalijom fizičkom aktivnosti (Musick et al. 2004). Jedno od najvećih istraživanja u ovom području provedeno je u sklopu *National Health Interview Survey-Multiple Cause of Death* u SAD. Radi se o slučajnom reprezentativnom uzorku nacionalne populacije u kojem su sudjelovale 21 204 odrasle osobe, a koje je praćeno u vremenskom periodu od 1987. do 1995. godine. Pokazalo se da je odlazak u crkvu povezan s mortalitetom i to na način da kod onih osoba koje ne odlaze u crkvu postoji 1.87 puta veća rizik smrtnosti nego kod osoba koja odlaze u crkvu. Oni koji ne odlaze u crkvu živjeli su u prosjeku 75.5 godina, dok su oni koji odlaze u crkvu jednom tjedno živjeli 81.9 godina, odnosno 82.9 godina kod onih koji odlaze češće od jednom tjedno. Drugim riječima, nalazi pokazuju da religiozniji ljudi žive dulje i do 7 godina¹⁰. Posebno je testirano da ne postoji utjecaj lošijeg zdravstvenog stanja na početku studije kod onih koji ne odlaze u crkvu ili su lošijeg socio-ekonomskog stanja. Pokazalo se da kod ispitanika koji ne odlaze u crkvu postoji značajno veća vjerojatnost da će imati lošije zdravstveno stanje (Hummer et al. 1999). Osim ovih, poglavito američkih istraživanja, značajna su i ona koja su provedena i u drugima zemalja. Tu se posebno ističu istraživanja provedena u Izraelu, Danskoj i Tajvanu. U jednom od izraelskih istraživanja evidentno je da postoji značajno smanjena razina smrtnosti za religiozne muškarce i žene (Abramson et al. 1982), dok u drugom ta značajnost postoji samo kod muških ispitanika (Goldbourt et al. 1993). U danskom je istraživanju istaknuto kako postoji 27% manja mogućnost rizika za sve uzroke mortaliteta kod žena koje učestalo odlaze u crkvu (La Cour et al. 2006). U tajvanskom istraživanju skupljali su se uzorci urina i krvi ispitanika te se provjeravalo njihovo psiho-fizičko stanje (Yeager et al. 2006). No povezanost nije utvrđena, iako je u nekim sličnim istraživanjima utvrđena povezanost između religioznosti i biomarkera (Lutgendorf et al. 2004). Ono što sa sigurnošću možemo zaključiti da postoji u najvećem broju istraživanja jest utvrđena bivarijatna korelacija između odlaženja na religijske službe i mortaliteta. Ta veza je manje snažna kada se testiraju i posredujuće varijable, no često je i dalje prisutna. Ovakva istraživanja koja su pratila i utjecaj nekih posredujućih varijabli doprinijela

¹⁰ Do sličnog nalaza došli su Idler i Kasl u istraživanju koje je pokazalo da starije osobe koje su živjele u stambenom naselju u New Havenu u Connecticutu (SAD) mogu „odgoditi“ vrijeme umiranja dok ne završe veći vjerski praznici (Idler & Kasl 1992).

su razvoju i specifičnih eksplanatornih mehanizama o kojima će više riječi biti dalje u tekstu. Istraživačko područje odnosa religioznosti i mortaliteta u posljednjih skoro dvadeset godina postaje kompleksnije s aspekta istraživačkih nacrti, testiranih varijabli i obuhvata populacija (Hummer et al. 2004). Iako se takva istraživanja dominantno provode u SAD, postoje i značajne studije u nekim drugim zemljama. Važno je istaknuti da se vrlo često radi o rigoroznim statističkim analizama, a u zadnje vrijeme provode se i meta-analize kojima je cilj utvrditi značajnost tih istraživanja.

2.2.2. Religija i kardiovaskularna oboljenja

Oboljenja kardiovaskularnog sustava je skup različitih kroničnih oboljenja koja se odnose na srce i krvožilni sustav. Glavna oboljenja su koronarne srčane bolesti (srčani udari), hipertenzija (visoki krvni tlak), bolesti perifernog krvožilnog sustava te cerebrovaskularne bolesti (moždani udari). Za prva istraživanja u ovom području karakteristične su studije kojima je cilj bio proučavanje prevalencije koronarnih srčanih bolesti u različitim religijskim judeo-kršćanskim grupama kao što su židovi (Dreyfuss 1953; Epstein & Boas 1955; Goldbourt et al. 1993; Friedman & Hellerstein 1967; Shapiro et al. 1969), katolici i protestanti (Wardwell et al. 2010; Watson 1991), mormoni (Lyon et al. 1978; Enstrom 1989), adventisti sedmoga dana (Phillips et al. 1978; Phillips et al. 1980; Snowdon et al. 1984; Fraser et al. 1992) ali i među pripadnicima drugih svjetskih religija (Gupta et al. 1997; Gopinath et al. 1995). Zanimljivo je istaknuti upravo ova posljednja dva spomenuta istraživanja. Tijekom 20 godina istraživano je 3148 stanovnika u odabranim naseljima u indijskoj pokrajini Rajasthan. Rizik oboljenja od koronarnih srčanih bolesti je operacionaliziran tako da su pregledani liječnički dosjei pacijenata, odgovori na upitnik Svjetske zdravstvene organizacije te promjene utvrđene EKG uređajem. Isto tako su ispitanici upitani o prakticiranju joge i molitve. Analiza je pokazala da postoji 70% manja mogućnost oboljenja od koronarnih srčanih bolesti kod onih ispitanika koji su prakticirali jogu ili su se molili (Gupta et al. 1997). U drugom istraživanju koje je isto provedeno u Indiji u New Delhiju na populaciji od 13560 odraslih ispitanika, indikatori srčanih oboljenja su utvrđeni kliničkom povijesti ispitanika te EKG snimanjima. Pokazale su se razlike među religijskim grupama i to na način da je najviši rizik od oboljenja postojao kod muslimana i sikha, osrednji kod hindusa dok je najniži bio kod kršćana. Iako svjesni ograničenja u zaključivanju o razlozima koji utječu na razlike oboljenja kod ovih vjerskih grupa, autori smatraju da je važno jasno reći da razlike postoje (Gopinath et al. 1995).

Uz istraživanja koja pokazuju denominacijske razlike, u nešto manjoj mjeri postoje i istraživanja koja istražuju povezanost religioznosti i kardiovaskularnih bolesti. Jedno od takvih istraživanja su proveli Oxman i suradnici na pacijentima koji su bili na operaciji srca. Spomenuti autori utvrdili su da postoji viši rizik od 6 mjeseci ranije smrti kod onih pacijenata koji nemaju utjehu u svojoj vjeri. Nalaz je potvrđen i nakon testirane kovarijatnosti za određene sociodemografske varijable (Oxman et al. 1995). Tijekom posljednjih godina sve su učestalije studije koje se bave odnosnom religioznosti i hipertenzije (Lapane et al. 1997; Levin & Vanderpool 1989; Koenig et al. 1998). Skupljajući podatke u tri vremenska vala (1986, 1989-1990, 1993-1994) istraživači su na probabilističkom uzorku od 3963 osoba starijih od 65 godina intervjuom utvrđivali uzimaju li ispitanici lijekove za krvni tlak i da li ih je liječnik upozorio da imaju problema s krvnim tlakom. Pri intervjuiranju ispitanicima je izmjeren sistolički i dijastolički tlak. Kontrolirajući utjecaj za spol, dob, rasu, fizičko funkcioniranje, obrazovanje, indeks tjelesne mase, te u longitudinalnim analizama i za krvni tlak u prijašnjim vremenskim valovima, u nalazima je pokazano da je visok krvni tlak češći kod ispitanika koji manje odlaze u crkvu te rjeđe čitaju Bibliju (Koenig et al. 1998).

2.2.3. Religija i rak

Kod istraživanja o povezanosti religije i različitih vrsta raka postoje istraživanja već s početka 20. stoljeća. Na početku se uglavnom radilo o studijama na židovskoj populaciji. U jednoj od prvih studija, čiji su rezultati objavljeni u British Medical Journal, podaci su prikupljeni u posmrtnom poduzeću Ujedinjene Sinagoge u Londonu. Bez dubljih statističkih analiza, utvrđeno je da je razina smrtnosti od raka kod židova manja nego kod ne-židova (Marshall 1890). Istraživanja iste populacije nastavljena su i kasnije, a postoje i istraživanja na pripadnicima drugih vjerskih zajednica (Phillips et al. 1980; Phillips et al. 1978; Enstrom & others 1980; Enstrom 1989), kao što su primjerice amiši. Tako su Hamman i suradnici 1981. godine proveli kontrolnu studiju uzroka smrti amiša u tri naselja u Ohiou, Pennsylvaniji i Indiani (SAD). Koristeći podatke sa smrtnica i popisa stanovništva istraživači su uspjeli utvrditi razinu mortaliteta. Iako nije postojala strukturna razlika između amiša i ne-amiša, utvrđeno je da kod muškaraca starijih od 40 godina postoji niža razina smrtnosti i to poglavito zbog niže stope oboljenja od raka i kardiovaskularnih bolesti. Kod ostalih žena, razlika u korist amiških žena postojala je u dobnoj skupini između 10 i 39 godina života (Hamman et al. 1981). Jedno od istraživanja provedeno je i na prostoru bivše Jugoslavije u kojem je uspoređena stopa raka vrata maternice između muslimanskih i ne-muslimanskih žena mlađih od 60 godina.

Razlike između ove dvije grupe očitovale su se u nižoj stopi raka vrata maternice kod muslimanskih žena i to ponajprije zbog toga što su iskazivale veću razinu religijske angažiranosti, pa samim time i u manjoj mjeri konzumirale alkohol i cigarete (Kessler et al. 1974). Pokazuje se da je religioznost, bilo mjerena kroz crkvenu praksu ili samo religijsku pripadnost, povezana s nižim razinama oboljenja od raka i to kroz mehanizme utjecaja na zdraviji životni stil (izbjegavanje pušenja cigareta, pijenja alkohola, zdravije prehrane i sl.). To je i za očekivati s obzirom da postoji dokazi da otprilike dvije trećine svi oboljenja od raka mogu biti prevenirana zdravijim životnim stilom (Harold G. Koenig et al., 2001: 317). Važno je istaknuti i da su brojna istraživanja ukazala na značajnost religije kod osoba oboljelih od raznih vrsta raka, i to istražujući na koji način religija potiče određene psihološke mehanizme suočavanja s takvim teškim oboljenjima što u konačnici dovodi do kvalitetnijeg oporavka ili čak i bržeg izlječenja (Halstead & Fernsler 1994; Querzoli et al. 2001; Wallace et al. 2001; Kershaw et al. 2004; Drozd-Dabrowska 2005; Balboni et al. 2007).

2.3. Odnos religije i mentalnog zdravlja

Od svojih početaka u drugoj polovici 19. stoljeća psihologija je počela razvijati svoj interes prema proučavanju religije s individualnog aspekta, pri čemu je taj interes tijekom vremena varirao. Relevantni psiholozi poput Junga, Fromma, Allporta, Maslowa, Frankla, Jamesa, Halla čiji su radovi u velikoj mjeri odredili i razvoj same psihologije, isticali su važnost psihologijskog proučavanja religije i duhovnosti kako bi se pojedinca razumjelo u cjelini (Hussain 2011). Pronalaženje smisla i utjehe u životu, zadovoljavanje temeljnih i viših potreba, pitanje intrinzične i ekstrinzične religioznosti, utjecaj religioznosti/duhovnosti na osobni rast i razvoj, samo su neke od perspektiva koje su ovi psiholozi istaknuli kao zadaću same discipline. Upravo je stoga i u samim počecima razvoja psihologije utjecaj religije na zdravlje i psihičku dobrobit bio u fokusu znanstvenog interesa koji je tijekom '20-ih i '30-ih godina prošlog stoljeća izgubio na svojem intenzitetu, poglavito zbog razvoja psihoanalize. No, u drugoj polovici 20. stoljeća dolazi ponovo do porasta interesa za ovu temu.

Iako debata o pozitivnom nasuprot negativnom utjecaju religije na mentalno zdravlje nije novijeg datuma, tek u posljednje vrijeme postoje ozbiljnije teorijske i istraživačke studije koje se time bave. Rezultati tih istraživanja mogu se pronaći u stotinama studija, dok se u posljednjih dvadesetak godina može pronaći i nekoliko ekstenzivnih pregleda i sinteza (Koenig 1998; George et al. 2000; Chamberlain & Hall 2000; Levin & Schiller 1987; Gartner et al. 1991). Osim psihologa u tom području sudjeluju i epidemiolozi, gerontolozi, istraživači unutar kliničke prakse, ali i ostali društveno-znanstvenici poput sociologa. Općenita podjela ovih istraživanja bi stoga bila na ona koja proizlaze iz kliničkih i epidemioloških studija i ona koja su u domeni društvenih istraživanja. Prva grupa istraživanja pripada tradiciji već spomenutih istraživanja prve generacije te su u tom smislu slična ranim radovima u ovom području. Ilustracije radi zanimljivi su pionirski radovi Srolea i Langnera iz 1962. godine u studiji provedenoj u Midtown Manhattanu (Srole & Langner 1962). Oni su istraživali raširenost mentalnih oboljenja među aktivnim i neaktivnim članovima katoličkih, protestantskih i židovskih zajednica. Glavni nalaz u toj studiji jest da kod aktivnih članova svih triju navedenih religijskih zajednica postoji manja raširenost mentalnih oboljenja. Slični nalazi su kasnije potvrđeni i u istraživanju provedenom u New Havenu o povezanost između religijske pripadnosti i crkvene prakse s jedne strane i psiholoških oboljenja s druge strane (Lindenthal et al. 1970). Poznati sociolog religije Rodney Stark je analizirao podatke iz istraživanja s kontrolnim grupama među vanbolničkim pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti u Kaliforniji. U tom je istraživanju došao do važnog nalaza koji govori o tome da postoji veća

vjerojatnost da mentalno oboljeli pacijenti neće biti religijski angažirani, da im religija neće biti važna, da neće biti članovi religijske zajednice te da neće odlaziti u crkvu ili sinagogu na religijske obrede (Stark 1971). Kao što su i istraživanja prve generacija doživjela značajne kritike i ova su istraživanja ukazivala na potrebu kompleksnijih istraživačkih nacrti. Glavne zamjerke su bile upućene na pitanja uzorkovanja (premali i nereprezentativni uzorci) i nedostatka boljih statističkih mjera i kontrola. Stoga je upravo nakon ovih početnih epidemioloških i kliničkih studija došlo do značajne ekspanzije ovog područja i to velikim dijelom unutar socijalne gerontologije¹¹. Brojna istraživanja počela su ukazivati na vezu između religije i mentalnog zdravlja. Tako je postajalo jasno da je religijski angažman, odnosno religijska involviranost (pojam kojeg često koriste istraživači u ovom području) povezan s brojnim psihičkim elementima kod pojedinca kao što su primjerice suočavanje s problemima, samopoštovanje i vještine, zadovoljstvo životom, depresija, kronična anksioznost, demencija, sreća, usamljenost ili pak emocionalna prilagodba (Levin et al. 1995; Schaie et al. 2004; Koenig et al. 1988; Idler 1987). Primjeri novog vala istraživanja, koji su na metodološkoj razini pokušali prevladati početne kritike, su posebno radovi Levina i suradnika iz 1996 te Ellisona i suradnika iz 1997. U prvom radu pokazalo se da među tri generacije meksičkih Amerikanaca u Texasu religijska praksa, i to mjerena učestalošću odlaska u crkvu, smanjuje depresiju. U drugom radu pokazalo se da oni Afro-Amerikanci koji u crkvu odlaze češće od jednom tjedno te koji češće iskazuju da ih religija vodi kroz život, imaju smanjene psihičke tegobe i smanjeni rizik od velikih depresivnih poremećaja (nav. prema Ellison & Levin, 1998).

S obzirom da postoji utjecaj religije na razne aspekte mentalnog zdravlja, poput utjecaja na depresiju, anksiozne poremećaje, šizofreniju i ostale psihoze, razinu samopoštovanja i sl. te da su razne studije u velikoj mjeri istraživale specifične aspekte ovog odnosa, ovdje će se prikazati odnos religije spram subjektivne dobrobiti i depresije.

¹¹ Socijalna gerontologija, odnosno gerontologija je multidisciplinarno područje koje obuhvaća biomedicinske i društvene znanosti u svrhu razumijevanja starenja kao biološke, psihološke i sociološke pojave. U tom smislu treba razlikovati gerontologiju od gerijatrije kao grane kliničke medicine koja se bavi medicinskim potrebama starijih osoba (Kirch, 2008: 496)

2.3.1. Religija i subjektivna dobrobit

Opsežna literatura koja se bavi istraživanjem religije i mentalnog zdravlja odnosi se upravo na utjecaj religioznosti na psihološku dobrobit pojedinca. Individualna dobrobit u psihološkom smislu definira se kao zadovoljstvo životom i osjećaj sreće. Subjektivna dobrobit je multidimenzionalan konstrukt koji se sastoji od različitih subjektivnih procjena koje pojedinci imaju o svojem životu, događajima i okolnostima u kojima žive. Dokazi psiholoških istraživanja o samo-procjeni zadovoljstva životom i samo-procjeni sreće govore da se radi o pouzdanim indikatorima o tome kako su pojedinci zadovoljni svojim životom (Galloway et al. 2006). Na temelju pregleda literature, istraživanja o odnosu religije i subjektivne dobrobiti se mogu grupirati u tri tipa: istraživanja na reprezentativnim uzorcima, prospektivna (longitudinalna) istraživanja i intervencijska ili klinička istraživanja. Ovdje ću se zadržati samo na prva dva tipa s obzirom da treći tip istraživanja onemogućuje generalizacije na populaciju jer se radi o malim, ne-reprezentativnim uzorcima koji uglavnom obuhvaćaju osobe oboljele od određene bolesti. Karakteristično je za prva istraživanja na reprezentativnim uzorcima da su korišteni indikatori religioznosti ili subjektivne dobrobiti uglavnom s jednim pitanjem. No, i kod tih istraživanja sa samo jednim pitanjem za obje dimenzije pokazalo se da postoji značajna povezanost između religioznosti (često mjerena samo indikatorom odlaska u crkvu) i subjektivne dobrobiti (mjereno indikatorom zadovoljstva životom) (Koenig et al. 2001). S vremenom su studije počele koristiti složeniju metodologiju s kompleksnijim mjerama religioznosti i subjektivne dobrobiti (Ellison 1991; Krause et al. 1998; Poloma & Pendleton 1989; Levin et al. 1995; Chatters 2000; Ellison & George 2010). Postoji nekoliko argumenata oko kojih se znanstvenici u ovom području slažu. Većina studija koja se bave odnosom religije i subjektivne dobrobiti pronalaze pozitivan utjecaj religioznosti na dobrobit pojedinca. Koenig i suradnici analizirali su preko 100 istraživanja koja su statistički testirala povezanost religije i subjektivne dobrobiti od čega je 80% studija potvrdilo pozitivnu korelaciju između religioznosti i osjećaja sreće, životnog zadovoljstva, samouvjerenosti i ostalih elemenata psihološke dobrobiti (Harold G. Koenig et al., 2001: 117). Slične potvrde mogu se pronaći i u nekim drugim studijama (Ellison & Levin 1998; Witter et al. 1985). Drugi argument oko kojeg postoji slaganje je da je religioznost konzistentan prediktor subjektivne dobrobiti (Inglehart 2010; Stark & Maier 2008). Ako se religioznost uspoređi s drugim korelatima kao što su bračni status, obrazovni status, dob ili spol, i dalje je vidljiv utjecaj na subjektivnu dobrobit. Štoviše, čak i u usporedbi s osobnim prihodima u nekim studijama, religioznost se pokazuje kao jednako ili čak i više potentan korelat (Ellison & Gay 1989). Uz ove elemente jasna je i povezanost između

odlaska u crkvu i subjektivne dobrobiti što čini ovaj indikator religioznosti konzistentnim (C.G. Ellison and J.S. Levin 1998).

2.3.2. Religija i depresija

Depresija je među najzastupljenijim i najraširenijim mentalnim oboljenjima u svijetu. Procjenjuje se da je u svijetu preko 450 milijuna ljudi oboljelo od depresije. Radi se o mentalnom poremećaju koji se očituje u depresivnim raspoloženjima, u gubitku interesa za užitkom, u poremećajima spavanja i ishrane, u osjećajima krivnje i niskog samopouzdanja te u osjećaju smanjene energije i loše koncentracije (Kirch 2008). I ovdje ću spomenuti neke od studija na populacijama na temelju pregledane literature. Brojna su istraživanja koja su ispitala razlike u razini raširenosti depresije među pripadnicima različitih vjera. Tako postoje razne studije koje su se bavile rasprostranjenošću depresije među židovima. Neke od tih studija upućuju na nalaz da postoji veći rizik od depresivnog oboljenja upravo kod pripadnika ove vjere (Levav et al. 1997; Koenig et al. 2001). Studije pokazuju kako kod židova postoji veća vjerojatnost, za razliku od ne-židova, da će u životu doživjeti češće depresiju te da će trajanje depresije biti dulje. Čak se procjenjuje da se radi o 1.5 do 2 puta većoj vjerojatnosti (Levav et al. 1997). Kod primjerice katolika studije se razlikuju u svojim nalazima. U nekim studijama pokazuje se negativna korelacija s razinom depresije (Miller et al. 1997; Levav et al. 1997), dok se kod nekih pokazuje pozitivna korelacija (Ross 1990). Kod pentekostalaca, slično kao i kod židova, istraživanja uglavnom potvrđuju da postoji viša razina rasprostranjenosti depresije (Koenig et al. 1994; Meador et al. 1992). Pretpostavka je da pentekostalizam u većoj mjeri privlači osobe koje su depresivne (Koenig et al. 1994). Uz ova istraživanja koja su fokusirana na konfesionalne razlike, postoje i istraživanja u kojima je religioznost, kao multidimenzionalan konstrukt, mjerena učestalošću odlaska u crkvu, učestalošću molitve, religijskom samo-identifikacijom, procjenom važnosti religije, odnosno tzv. indikatorima opće religijske uključenosti (*general religious involvement*). Nalazi pokazuju da su neke od dimenzija religioznosti povezane sa smanjenom razinom depresije (Ferraro 1998; Fehring et al. 1987; Bienenfeld et al. 1997). Osobe koje su više angažirane u religijskim zajednicama i koje visoko vrednuju svoju vjeru imaju manji rizik od depresivnog oboljenja (Kennedy et al. 1996; Strawbridge et al. 1998), a u situacijama i kada obole od depresije oporavak traje kraće (Braam et al. 1997). Slične zaključke potkrepljuju i nalazi iz istraživanja provedenog u nekoliko europskih zemalja na starijem stanovništvu (Braam et al. 2001). S obzirom da postoje brojne studije u ovom području, Smith, McCullough i Poll napravili su meta-analički pregled nad

150 studija u kojemu su pokazali da postoji povezanost između depresije i religioznosti te da se radi o uglavnom o negativno koreliranom odnosu (za osobe s višom razinom religioznosti veća je vjerojatnost da će imati manje depresivnih simptoma). Ta veza između religioznosti i depresije snažnija je kod osoba koje su u ranoj odrasloj dobi (između 25. i 35. godine života) i kod osoba koje su starije od 65 godina. Analiza je pokazala da razina korelacija između religioznosti i depresije postaje jača s povećanjem stresnih uvjeta, namećući time mogući zaključak o religioznosti kao „amortizeru“ utjecaja stresnih uvjeta koji mogu uzrokovati depresiju (Smith et al. 2003).

3. PREMA IZGRADNJI TEORIJE

3.1. Sociologija odnosa religije i zdravlja. Prema ili od teorije?

Nakon sažetog pregleda razvoja istraživačkog područja o odnosu religije/religioznosti i zdravlja potrebno je pokušati odgovoriti na pitanje kako religija utječe na zdravlje? Koja su moguća objašnjenja povezanosti? Postoji li epistemološki valjana teorija ili teorije koje daju objašnjenje? O kojim se kauzalnim i eksplanatornim mehanizmima radi? Neki elementi tih mehanizama mogli su se iščitati u prezentiranim istraživanjima, no potrebno ih je pokušati sustavno prezentirati. Kako bi se doprinijelo izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja, prvenstveno je potrebno pokušati odrediti dva temeljna pojma u ovom području – religiju i zdravlje.

3.1.1. Određenje osnovnih pojmova

Epistemološki relevantan doprinos u pristupu izučavanja religije dao je domaći sociolog religije Esad Ćimić i to upravo kroz ideju da se religiji može pristupiti s tri razine (Ćimić 1988). Jedna razina govori o religiji *per se* što podrazumijeva u veberovskom ideal-tipskom smislu religiju kao autonomnu cjelinu, kao što je primjerice filozofija ili umjetnost. Dakle, radi se o ideji idealnog postojanja religije. Druga razina odnosi se na religiju u kontekstu, odnosno na religiju kao određenu društveno povijesnu činjenicu. Ostvarujući se u određenom vremenu i prostoru ona postaje relevantnim društvenim fenomenom. Treća razina podrazumijeva ostvarenje religije u osobi. Radi se o poimanju religije kao osobnog iskustva čovjeka. Upravo kroz trirazinski pristup kojeg nam je ponudio Ćimić, postaje jasno da je religija kompleksna i multidimenzionalna pojava te da namjera jednoznačnog i jasnog određenja pojma religije, ostaje samo namjera, a nikada konačni uspjeh.

Religija u suvremenim (post)industrijskim društvima je i dalje značajna socijalna činjenica koja u mnogočemu povezuje (a trirazinski pristup podsjeća nas da je za to i sposobna) dnevne socijalne, političke i ekonomske aktivnosti. Michele Dillon ističe da je važno empirijski promatrati religiju zbog barem tri razloga (Dillon 2003). Jedan je taj što religija ima potencijal odigrati vitalnu emancipatorsku ulogu u procesima društvenih promjena. Drugi razlog je što religija ima heurističku vrijednost u rasvjetljavanju razumijevanja individualnih iskustava u svakodnevnom životu. Tu treba dodati da samim time ono pruža i razumijevanje za odnos

pojedinaca prema društvu, a treći razlog je što religija ima prediktorske sposobnosti raznih socijalnih i individualnih procesa, od političke sfere do individualnih zdravstvenih ishoda. Drugim riječima teme u kojima je religija ključan faktor su brojne, pa stoga i ne čudi da je znanstveni interes za religiju prisutan i to kroz brojne znanstvene discipline kao što su historiografija, filozofija, pedagogija, socijalna antropologija, religiologija, teologija, psihologija, sociologija, političke znanosti, itd. Svaka od disciplina nastoji i odrediti ovaj fenomen, dok posebno empirijske znanosti, kao što su sociologija i psihologija, pokušavaju opisati i istražiti dimenzije fenomena. Nema jedne općeprihvaćene i jednoznačne definicije religije o čemu govore i razne debate između znanstvenih disciplina, ali i unutar samih disciplina. Unutar sociologije religije ta debata uglavnom uključuje dva tabora, u jednom u kojem se više zagovara supstantivna definicija religije, dok se u drugom više zagovara funkcionalna definicija religije (Furseth & Repstad 2006; Hamilton 1995). Cilj supstantivne definicije je pronalaženje zajedničkih dimenzija koje religije imaju kako bi se religija odredila s obzirom na njen sadržaj, dakle na njenu supstancu. S obzirom da se sociologija religije razvijala prvenstveno unutar judeo-kršćanske tradicije susptantivisti u svojem pokušaju definiranja polaze iz zapadnocične perspektive u kojoj dominira kršćanstvo, pa stoga religiju određuju kao set vjerovanja u nadnaravnu stvarnost. U tom odnosu prema nadnaravnom, odnosno svetom, su uz vjerovanja važne i religijske prakse, institucije, simboli. Dakle radi se o čovjekovom odnosu sa svetim kozmosom (Berger 1967). Uz to što se radi o zapadnom poimanju svetoga, transcendentnoga, koje ne uključuje neke istočnjačke religije, supstantivni pokušaj nailazi i na neuspjeh zbog toga što se radi o statičnoj definiciji koja ne odražava i ne obuhvaća religijske promjene i koja zanemaruje život religije izvan institucionalnog okvira, dakle u svakodnevnom životu (Zrinščak 2008). Tu više uspjeha pokazuju sociolozi iz drugog tabora. Kao što i sam pojam otkriva funkcionalna definicija religije stavlja naglasak na same funkcije koje religije može imati u individualnom i društvenom životu. Religija kao sustav ideja, vjerovanja, vrijednosti i praksi određuje se u smislu utilitarnosti ili efekta kojeg može imati na pojedince i/ili društvo (Furseth & Repstad, 2006:20). Osnovna kritika funkcionalnoj definiciji je ta da se radi o redukcionističkom pokušaju koji je zapravo pretjerano inkluzivan jer uključuje previše elemenata. Ako se primjerice tvrdi da religija ima integrativnu funkciju, dakle da integrira pojedinca u društvo, onda se sve što ima integrativnu funkciju može smatrati religijom (Hamilton, 1995:19), a pri čemu se zanemaruje njena moguća disfunkcionalna uloga ili utjecaj. Usprkos kritici funkcionalnoj definiciji religije, ona je zasigurno plodonosnija upravo za područje odnosa religije i zdravlja. Dvije definicije iz ove perspektive nam mogu donekle pomoći. Jedna je definicija Thomasa Luckmana koji

definira religiju kao „transcendenciju biološke prirode od strane ljudskog organizma“ apostrofirajući formaciju osobe kroz razumijevanje sebstva u značenjima ispunjenom totalitetu i to kroz stvaranje referentnog okvira za interpretaciju stvarnosti (Furseth & Repstad, 2006:20-21). Druga je definicija Milтона Yingera koji religiju definira kao „sustav vjerovanja i praksi pomoću kojih se grupa ljudi bori s konačnim problemima ljudskog života“ (Hamilton, 1995:19). Ako bismo se poslužili elementima iz ovih definicija, mogli bismo reći da se religija za potrebe istraživanja njezinog odnosa prema ljudskom zdravlju može definirati kao sustav vjerovanja, praksi, značenja i obrazaca ponašanja koji pružaju pojedincu referentni okvir za nošenje s problemima ljudskog života, stvarajući time uvjete za njegovu integraciju u širi društveni okvir. Religija je time resurs koji stoji čovjeku na raspolaganju tijekom njegovog života i koji može imati učinke (pozitivne ili negativne) i na ljudsko zdravlje.

No, pokušaji određenja religije nas prvenstveno uče važnoj činjenici da religiju, kada je se želi znanstveno istraživati, treba promatrati upravo kroz njezine dimenzije. Višedimenzionalni pristup religiji važan je epistemološki pristup u istraživanjima religije, no prije njegova objašnjenja potrebno je izložiti razliku između pojmova religije i religioznosti. Jasno je i iz supstantivnog i funkcionalističkog određenja religije da se radi o sustavu (konkretnije možemo govoriti o društvenom podsustavu), dok je **religioznost** individualni aspekt religije – subjektivan sustav značenja, vjerovanja, stavova, osjećaja i ponašanja orijentiran prema transcendentnom i svetom, a koji utječe na ponašanje pojedinca/vjernika i u svjetovnom kontekstu. Radi se dakle o unutarnjim dispozicijama „koje se manifestiraju bilo na verbalan bilo na neverbalan način u ponašanju vjernika“ (Bahtijarević 1975). Takav subjektivan sustav se razvija uvijek u određenom društvenom kontekstu i kao takav je obilježen individualnim i društvenim karakteristikama (Marinović Jerolimov 2005a). U tom smislu često se, i izvan znanstvenog diskursa, distingvira religija i **vjera**, pri čemu kada mislimo o religiji mislimo u pojmovima „vanjska, javna, objektivna, ustanovljena i racionalna“, dok za vjeru koristimo pojmove „unutarnja, privatna, subjektivna i emocionalna“ (Marinović Bobinac 1999a). Vjera je zapravo osobno iskustvo koje u monoteističkim religijama označava neposredan susret i odnos s Bogom te slušanje i preuzimanje objave u djelovanju i životu (Skledar 2003). Upravo ovdje kada opisujemo vjeru treba spomenuti još jedan pojam koji se u posljednje vrijeme često koristi u istraživanjima odnosa religije i zdravlje, a radi se o pojmu **duhovnosti** (George et al. 2000; Frey 2005; M. B. McGuire 1993; Cohen & Koenig 2003; Thoresen & Harris 2002). Istraživanja pokazuju da neki pojedinci u samoidentifikaciji odabiru prije pojam duhovan nego religiozan (Roof 1999; Wuthnow 1998; Heelas & Woodhead 2005). Tu činjenicu možemo

promatrati iz konteksta „velikog subjektivnog zaokreta moderne kulture“ (Taylor 1991) pri čemu neki autori govore čak o „duhovnoj revoluciji“ (Luckmann 1967; Taylor 1991), dok s druge strane neki autori smatraju da se radi o plitkoj interpretaciji te da se taj pojam uopće znanstveno ne može istražiti (Bruce 2002; Thomson 1996). No, bez obzira na prijepore ostaje i dalje činjenica da se neke osobe prije prepoznaju duhovnima nego religioznima. Stoga, ostaje pitanje koja je razlika između ta dva pojma. Barker navodi pet mogućih odnosa između među tim pojmovima (Barker, 2004: 30): prvi je odnos potpunog preklapanja; drugi je odnos je onaj u kojemu je duhovnost jedna od mogućih dimenzija religioznosti; treći govori o tome da je duhovnost širi pojam od religioznosti; četvrti podrazumijeva djelomično preklapanje; dok peti odnos podrazumijeva potpuno odvojene i različite pojmove. Usprkos ovim mogućnostima razlika koja se može podrazumijevati između religioznosti i duhovnosti upućuje na to da kada govorimo o duhovnosti mislimo na pojedinčev odnos s transcendentnim, ali izvan institucionalnog i organizacijskog okvira (Ančić & Marinović Jerolimov, 2011: 76). Ukoliko bismo na trenutak pristali uz teoretičare koji duhovnost promatraju kao društveno relevantni fenomen, onda bismo analogno Ćimićevom trirazinskom pristupu religiji, mogli isto tako govoriti u duhovnosti *per se*, duhovnosti kao društveno-povijesnoj činjenici te duhovnosti kao osobnom iskustvu, pri čemu nas upravo duhovnost na ovoj drugoj razini upućuje da sam pojam u istraživačkom području odnosa religije i zdravlje prvenstveno ovisi o društvenom kontekstu. Stoga ne smijemo teorijski i empirijski odustati od pojma duhovnosti i potencijalnog odnosa sa zdravljem, ali upotreba pojma smisljena je onda kada znamo više o samoj društvenoj pojavnosti duhovnosti¹².

Kompleksnost odnosa religioznosti i duhovnosti i nemogućnost jasnog i jednoznačnog definiranja samo dodatno ide u prilog potrebi promatranju religije, odnosno religioznosti kao multidimenzionalnog konstrukta. Najznačajnija teorijska tipologija religije je tzv. petodimenzionalni model Charlesa Glocka i Rodneya Starka¹³. U njemu se određuje pet dimenzija koje su karakteristične svim religijama – dimenzija vjerovanja, dimenzija religijske prakse, iskustvena dimenzija, dimenzija religijskog znanja i posljedična dimenzija (Stark & Glock 1968).

¹² S obzirom da se istraživanje u ovom radu provodi u hrvatskom društvu u kojem prevladava tradicionalna crkvena religioznost (više o tome u idućim poglavljima), pojam i koncept duhovnosti se kao takav neće koristiti u istraživanju.

¹³ Za detaljniji pregled razvoj višedimenzionalnog pristupa religiji te o raspravi između zagovaratelja jednodimenzionalnog i zagovaratelja višedimenzionalnog pristupa pogledati u Marinović Jerolimov 1995.

Dimenzija vjerovanja odnosi se na ideje koje mogu biti u određenoj mjeri usustavljene, u koje pojedinac vjeruje i drži ih istinitima. Radi se o dimenziji religijskih dogmi u koje pojedinac vjeruje. Sadržaji vjerovanja se naravno razlikuju među religijama, no sama dimenzija karakteristična je za sve religiji, a očekuje se da će pojedinac te sadržaje prihvatiti.

Dimenzija religijske prakse uključuje zapravo dva oblika – rituale i pobožnosti. Rituali, primjerice unutar kršćanstva, odnose se na odlaske u crkvu, krštenje, pričest, potvrdu i sl., dok je pobožnost manje formalizirana i nema toliki javni karakter kao rituali. Ona uključuje privatne molitve ili čitanje sakralnih tekstova. Neke pobožne aktivnosti mogu biti formalizirane liturgijom, dok neke mogu biti spontane i temeljiti se na improvizaciji. Za oba ova oblika očekuje se da ih pojedinci izvode.

Iskustvena dimenzija je zapravo individualno, subjektivno religijsko iskustvo. Za očekivati je da će svaki pojedinac imati određeno emocionalno iskustvo koje je potaknuto religijskim angažmanom. Ta iskustva se naravno među pojedincima razlikuju, a mogu uključivati emocije kao što su strah, stid, uzbuđenje, radost, smirenje i sl. Dakle radi se o osobnim religijskim doživljajima, koji su, iako se razlikuju između pojedinaca i između religija, važan element u svakoj religiji.

Dimenzija religijskog znanja odnosi se na skup informacija o religiji kojeg svaki pojedinac ima. Biti upoznat s temeljnim principima, organizacijskom strukturom, ritualima ili pak svetim tekstovima važna je dimenzija osobne religioznosti¹⁴.

Posljedična dimenzija obuhvaća učinke koje religija ima na živote pojedinaca u svakodnevnim iskustvima. Radi se zapravo u utjecaju prethodnih četiriju dimenzija na pojedinca u mjeri da mogu oblikovati stavove i ponašanje u svakodnevnom životu.

U istraživanjima odnosa religije/religioznosti i zdravlja, poglavito u onim istraživanjima koje su provodili socijalni epidemiolozi, dugo vremena se religioznost mjerila s jednim, eventualno dva indikatora. Uglavnom se radilo o poimanju religioznosti kroz dimenziju religijske prakse i to prvenstveno crkvenom praksom (odlazak u crkvu). Tek se u posljednja dva desetljeća koristi višedimenzionalan pristup, pri čemu se i sami istraživači u području trude i dalje produbljivati i razvijati dimenzije religije koje su važne u otkrivanju prirode odnosa religije i zdravlja dajući

¹⁴ Treba ipak spomenuti kada se govori o ovoj dimenziji religijskog znanja, da je ona malo istraživana u svijetu te da postoje razlike unutar samih religija, ali i između njih, u percepciji što religiozna osoba treba znati te koja je kvaliteta znanja potrebna (Marinović Bobinac 2000a). Istraživanja pokazuju da je vjerska nepismenost u smislu nepoznavanja temeljnih religijskih dogmi sveprisutno u Europi i to poglavito među mlađom generacijom (Davie 2005).

time važan doprinos nastavku višedimenzionalnog poimanja religije i izvan samo područja religije i zdravlja (Fetzer et al. 1999; Traphagan 2005; O'Connell & Skevington 2007; Frey 2005; Musick et al. 2003; Hall et al. 2008).

Definirati **zdravlje** predstavlja jednako teški poduhvat kao i definirati religiju. Razvojem medicinske sociologije, poglavito nakon Drugog svjetskog rata, definicije zdravlja su se itekako mijenjale. Razvojem te sociološke discipline te različitim sociološkim teorijskim perspektivama, definicija zdravlja je izmakla ekskluzivnosti definiranja bio-medicinske perspektive koja se usredotočila samo na biološku razliku između „normalnog“ i „abnormalnog“. Ta je perspektiva promatrala zdravlje, odnosno bolest, kroz otkrivanje kliničkih simptoma smatrajući da se radi o prisustvu biološke patologije (Thomas 2003). Razlog tomu je što medicinski model odvajala duh i tijelo, te bolest smješta samo u kontekst tijela reducirajući tako zdravlje na bio-kemijske i neurološke procese zanemarujući socijalne, psihološke i bihevioralne dimenzije (Engle 1977). Stoga su različiti konceptualni pristupi u istraživanju zdravlja doveli do različitih definicija samog pojma pa se tako i definicije mogu tipologizirati kroz dihotomije – od idealnotipskih 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 et al. 2003). Jedna od najčešće spominjanih definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije u čijem je statutu zdravlje definirano kao „stanje potpune fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne kao puko odsustvo bolesti i nemoćnosti“. Naknadno je ta definicija nadopunjena te se ističe da je zdravlje resurs za svakodnevni život, a ne objekt življenja, da je to pozitivan koncept u kojem se naglašavaju individualni, ali i socijalni resursi te fizičke sposobnosti (Kirch, 2008:515). Ovako određenje zdravlja daje pojedincu veći značaj, u smislu da je čovjek sam suodgovoran za svoje zdravstveno stanje te da odabirom svojeg životnog stila zapravo odabire i svoje zdravstveno stanje. Stoga se zdravlje određuje kao biološka, ali i sociološka kategorija, pri čemu se ne smije definirati samo kao puko odsustvo bolesti već se mora uzeti u obzir fizičko, mentalno, socijalno i duhovno blagostanje pojedinca.

Razvoj medicinske sociologije u posljednjih 50-60 godina, koja je počela promišljati, istraživati i analizirati zdravlje te na neki način uzela predmet bavljenja iz ruku dominantnih medicinskih znanosti, najveći doprinos ostvarila je upravo ističući dvije ključne primjedbe.

Prva primjedba je ta da je zdravstveni status pojedinca, odnosno populacije, pod snažnim utjecajem socijalnih faktora (Štifanić 2001; Cockerham 2004; Cockerham 2009; Wainwright 2008). Shvativši da je pristup zdravlju, kojim se nastoje otkriti patogeni uzroci (kao što su primjerice virusi) bolesti, ograničen i nedostatan, znanstveni istraživači više napora ulažu da razotkriju utjecaj socio-patoloških uzroka kao što su primjerice siromaštvo, zagađeni zrak ili loši stambeni uvjeti. Stoga kada govorimo o determinantama zdravlja uz fizičke i biološke faktore moramo voditi računa o socijalnim i kulturalnim faktorima. Istražujući socijalne determinante zdravlja otkrivamo na koji način društvo i njegove socio-kulturne i socio-ekonomske organizacije te vrijednosti i norme utječu na zdravlje pojedinaca odnosno populacije. Pitanja socijalnih nejednakosti, socijalnih klasa, rodnih razlika, materijalne deprivacije, klimatske promjene, ekonomskih kriza, bračnih i obiteljskih problema i sl. postaju značajnim odrednicama zdravlja. Uz navedene socijalne odrednice zdravlja važna je i spoznaja da na zdravlje značajan utjecaj ima i samo psihološko stanje pojedinaca. Izlaganje psihičkim stresorima pojedinac može doživjeti na način da ima fiziološke manifestacije kao što su srčana oboljenja, rak, oslabljeni imunološki sustav i sl. Tako je primjerice Wilkinson tvrdio da u bogatijim zemljama u kojima postoje veće socijalne nejednakosti, a koje imaju lošije zdravstveno stanje populacije od siromašnijih zemalja u kojima su socijalne razlike značajno manje, razliku u zdravstvenim stanjima možemo interpretirati činjenicom da su ljudi u lošijem zdravstvenom stanju zbog utjecaja psihološkog stresa kojeg uzrokuje socijalna nejednakost (Wilkinson 1996).

Druga primjedba medicinske sociologije značajna za paradigmatiku promjenu promatranja zdravlja jesu dva aspekta zdravlja, odnosno činjenica da zdravlje može biti subjektivno kao što može biti i objektivno. Osoba može objektivno imati određeni zdravstveni problem kojeg uzrokuje određena fizička patologija, no kako se zbog toga osjeća te kako se ponaša subjektivne su dimenzije koje su jednako značajne i za znanost i za zdravstvene praktičare u struci. Neki čak istraživači smatraju da je zdravlje bazično subjektivna kategorija te da je jedina valjana mjera zdravlja kada ljudi sami procjenjuju svoje zdravstveno stanje (Blaxter 1990; Pierret 1995). Pri tome treba biti oprezan, jer percepcije zdravlja se razlikuju ne samo među pojedincima, nego i među različitim socijalnim grupama. No, ponašanje pojedinaca koje utječe na zdravlje je jedno od najvažnijih elemenata osobnog zdravlja i dobrobiti. Skoro je nemoguće odrediti koja sve individualna ponašanja utječu na zdravlje te koja je priroda tog utjecaja, no moguće je definirati zdravstveno ponašanje kroz osobne atribute poput vrijednosti, vjerovanja, motive, očekivanja, percepcije i slične kognitivne elemente koji utječu na osobno zdravlje. Uz

ove attribute važne su osobne karakteristike te bihevioralni obrasci, akcije i navike koji utječu na zdravlje bilo da ga čuvaju, obnavljaju ili poboljšavaju (Gochman 1997).

Tri su dimenzije zdravstvenog ponašanje koje je moguće odrediti (Kasl & Cobb 1996). Prva se odnosi na **preventivno zdravstveno ponašanje** koje podrazumijeva individualne akcije usmjerene prema otkrivanju ili prevenciji bolesti. Takva ponašanja su primjerice redoviti odlasci na liječničke preglede, korištenje sigurnosnog pojasa u automobilu ili pak upotreba kondoma tijekom seksualnog odnosa. Druga dimenzija je **ponašanje vezano za bolesti** kada pojedinci poduzimaju određene akcije ukoliko misle da su bolesni s ciljem otkrivanja svojeg zdravstvenog stanja i načina izlječenja. Treća dimenzija je **ponašanje u ulozi bolesnika** (*sick-role behaviour*) što podrazumijeva akcije koje pojedinci poduzimaju kada misle da su bolesni s ciljem ozdravljenja, a što uključuje primanje terapije od strane zdravstvenih djelatnika ili zavisna ponašanje koja odstupaju od dnevnih rutiniranih radnji. Ove dimenzije se naravno i preklapaju, pa je stoga potrebno napraviti distinkciju između ponašanja vezanog za zdravlje i životnog stila vezanog za zdravlje te tipova zdravstvenog ponašanja. Kada je u pitanju ovo posljednje moguće je odvojiti barem pet tipova zdravstvenog ponašanja (Kirch, 2008: 518-519). Ponašanje koje se temelji na vlastitoj brizi (*self-care behaviour*) je jedno od najvažnijih koncepata u očuvanju zdravlja, a podrazumijeva akcije s ciljem očuvanja vlastitog zdravlja. Primjeri su različiti, od redovitih liječničkih konzultacija, redovitog vježbanja, promatranja vitalnih znakova, do traženja informacija kroz razne vrste društvenih mreža (uključujući i virtualne) ili pak redovitog odmaranja. Drugi tip, odnosi se na ponašanje u kojem se koristi zdravstvena usluga/zaštita (*health care utilization behaviour*) što uključuje aktivnosti od korištenja preventivnih usluga do hospitalizacije u slučaju ozljede. Jedan od primjera su tzv. redoviti sistematski pregledi. Pojavom AIDS-a sve više se istražuje i seksualno ponašanje (*sexual behaviour*) koje je kompleksno istraživačko područje, ali koje naglašava važnost ponašanja kao što su redovita upotreba kontracepcijskih sredstava, limitiranje broja seksualnih partnera ili pak seksualna apstinencija, a koje utječu na prevalenciju spolno prenosivih bolesti. Četvrti tip ponašanja odnosi se na ponašanje vezano za prehranu (*dietary behaviour*) bilo da se radi o redovitoj ishrani, dijetnoj prehrani ili zdravoj ishrani. Bolesti povezane s ishranom su brojne, od različitih vrsta raka, do koronarnih oboljenja. Uz konzumaciju hrane, jedan od tipova ponašanje odnosi se i na uporabu supstanci (*substance-use behaviour*) kao što su alkohol, duhan, marihuana, kokain, heroin, različite vrste lijekova i slično. Korištenjem tih supstanci osobe nastoje utjecati na vlastito raspoloženje i problem nastaje kada pretjerana uporaba supstanci dovodi do zloporabe štetne za zdravlje. Sva ova ponašanja mogu biti jednokratna ili

sporadična, ili pak redovita i planirana. Ukoliko se radi o ponašanjima koja se ponavljaju te ukoliko proizlaze iz određenog sustava vjerovanja onda možemo govoriti o životnom stilu orijentiranom na zdravlje.

Često se o zdravlju govori kroz pojmove fizičko i mentalno, no toj dihotomiji može se pripisati da je pretjerano simplificirana ili čak reduktivna. Tako se **mentalno zdravlje** određuje i kao odsustvo psihičkih oboljenja, ali i kao prisutnost subjektivne dobrobiti, dok se **fizičko zdravlje** odnosi više na samo fiziološko stanje tijela (Koenigt et al. 1988). No jasne crte razdvajanja između fizičkog i mentalnog zdravlja nema ili ju je barem teško povući. U prilog tomu ide i mogućnost govora o socijalnom zdravlju. Šireći perspektivu proučavanja zdravlja¹⁵, istraživači sve češće govore o važnosti socijalnog zdravlja osobe i to primarno nakon što su shvatili heurističku važnost istraživanja zdravstvenog ponašanja i socijalnih determinanti zdravlja. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije **socijalno zdravlje** se može odrediti kao pomoć koju pojedinci dobivaju kroz strukturalne (primjerice veličina socijalne mreže) i funkcionalne (primjerice emocionalna podrška) odnose (Tovar-Murray 2010). U tom smislu socijalni odnosi relevantni za zdravlje sadrže tri aspekta (Kirch 2008). Prvi aspekt je promatranje socijalne integracije kroz kvantitativne oblike socijalnih odnosa kao što su broj aktivnih socijalnih odnosa i frekventnost socijalnih kontakata. Drugi aspekt govori o tome da se socijalne mreže mogu odrediti kao mreže socijalnih odnosa u čijem je središtu osoba. Karakteristike takvih mreže, tj. odnosa su reciprocitet, intenzitet, kompleksnost i gustoća. Treći se aspekt odnosi na samu kvalitetu socijalnih odnosa odnosno na funkcionalne i relacijske sadržaje. Kroz ovakve socijalne odnose ostvaruju se i različiti socijalni procesi kao što su regulacija i kontrola, zahtjevi i konflikti te socijalna podrška. Upravo se ovaj zadnji proces sve češće nalazi u fokusu istraživanja kada govorimo o socijalnom zdravlju, ali i kada govorimo o odnosu religije i zdravlja (Krause et al. 2011; Krause et al. 2001; Berkman 1985; Taylor & Chatters 1988; Krause 2006; Nooney & Woodrum 2002).

¹⁵ Od '80-ih godina na ovamo sve češće se govori o novom socijalnom modelu zdravlja ili o „novoj zdravstvenoj svijesti“ (Pierret 1995; Radley 2003), pri čemu javno-zdravstvena istraživanja i politike, koje sve više u fokus stavljaju socijalnu uvjetovanost i individualni potencijal prevencije zdravlja, sve manje resursa ulažu na liječenje bolesnih, a više na reguliranje zdravih (Wainwright 2008). Štoviše i sama sociologija redefinira samu sebe. Upravo se pred sintagmom medicinske sociologije daje prednost sintagmi sociologija zdravlja i bolesti i to zato što se sociološko istraživanje zdravlja i bolesti: a) kritički odnosi prema medicinskom modelu; b) što zbog interesa prema fenomenologiji zdravlja i bolesti u fokus stavlja percepciju i ekspresiju zdravstvenih problema od strane pacijenata; c) što se kritizira moderna društva u kojima medicinska profesija iskazuje interes primarno prema bolesti; d) te zbog toga što se kritički odnosi prema medikalizaciji društvenih problema (Abercrombie, Hill, & Turner, 2008: 356).

Promjena paradigme od medicinskog modela definiranja i poimanja zdravlja, prema socijalnom modelu određenja zdravlja nagnala je društveno-znanstvenike, ali i prirodo-znanstvenika da postavljaju drugačija istraživačka pitanja kada istražuju zdravlje. Zašto su osobe lošijeg socio-ekonomskog statusa ujedno i lošijeg zdravstvenog statusa, posjeduju li žene više zdravstveno odgovornih navika, oboljevaju li direktori češće od kardiovaskularnih bolesti, je li zdravstvena zaštita bolja u metropoli ili manjem gradu, puše li ljudi više kada su u interakciji s drugima... sve su ovo pitanja koja postaju relevantnim kako za istraživače zdravlja, tako i za same zdravstvene praktičare pri postavljanju dijagnoza. Stoga ne čudi mogućnost da se postavi i pitanje postoji li povezanost između religije i zdravlja.

3.1.2. Četiri teorijske razine

Nakon određenja temeljnih pojmova vratimo se pokušaju izgradnje sociološke teorije odnosa religije i zdravlja. U posljednje vrijeme u ovom području znanstvenici sve više pokušavaju temeljem vlastitih empirijskih istraživanja, ali i temeljem vrlo opsežne empirijske literature, problematizirati pitanje teorijskog pristupa u istraživanju odnosa religije i zdravlja (Levin 2009; Krause 2011; Blasi 2011; Levin et al. 2011). Tijekom 2011. godine izašla je u izdanju međunarodne izdavačke kuće Brill knjiga pod naslovom *Toward a Sociological Theory of Religion and Health* (Prema sociološkoj teoriji religije i zdravlja), prva publikacija s ciljem skiciranja teorijskog pristupa utemeljenog na sociologiji (Blasi 2011). U uvodnom tekstu urednik publikacije smatra da postoje dva načina izgradnje teorije u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja. Jedan način je da se odmaknemo od prikupljanja empirijskih nalaza i primaknemo teorijama srednjeg dometa, dok je drugi način da se odmaknemo od disciplinarnih nasljeđa velikih teorija (grand teorija) i primaknemo aplikaciji teorija srednjeg dometa na empirijske nalaze (Blasi, 2011: 2-3). Iako se radi o dvama legitimnim načinima izgradnje teorije u ovom području, ne može se reći da se radi o jedina dva načina.

S obzirom da se istraživanjima s teorijama srednjeg dometa može uputiti kritika koja se odnosi na mogućnost generalizacije, nameće se pitanje uloge ili mogućnosti viših teorijskih razina u istraživanju odnosa religije i zdravlja. Stoga se čini plodonosnim promišljati i razvijati ideju o četiri teorijska konstrukta koje su skicirali Jeff Levin, Linda M. Chatters i Robert Joseph Taylor (Levin et al. 2011). Ideju o četiri teorijska konstrukta posudili su iz gerontologije, pri čemu se ti konstrukti mogu promatrati na kvazi-temporalnoj liniji, pri čemu ih označavaju kao četiri teorijska vremena (*four tenses of theory*). Pojam vremena analogno koriste iz gramatike.

Iako su navedeni autori skicirali razlike između svakog od četiri navedena teorijska konstrukta, u ovom radu se ta četiri teorijska konstrukta proširuju s ciljem doprinosa izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja, ali isto tako s ciljem razrade teorijskog modela koji će biti istraživani u ovom radu.

3.1.2.1. Velike teorije

Prvi teorijski konstrukt naziva se *grand* teorijom, odnosno velikom teorijom ili teorijom s velikim „T“. Radi se o makro-teorijskom pristupu s opširnim teorijskim narativima i konceptima. U sociologiji su dominantne velike teorije kao što su strukturalizam, funkcionalizam, konfliktna teorija ili pak fenomenologija. Sociološka teorija odnosa religije i

zdravlja može se pratiti od početka razvoja sociologije, odnosno od klasičnih teoretičara koji su doprinijeli razvoju kako opće sociologije tako i sociologije religije te medicinske sociologije, odnosno sociologije zdravlja/bolesti. Radovi i analize Emila Durkheima i Maxa Webera se u ovoj temi pokazuju kao iznimno instruktivnim teorijskim pretpostavkama na kojima se sociologija odnosa religije i zdravlja može teorijski i epistemološki graditi, a upravo proizlaze iz makro-teorijskih pristupa.

Jedna od prvih socioloških analiza bila je Durkheimova studija o samoubojstvu u kojoj je Durkheim nastojao pokazati kako je individualni čin, kao što je samoubojstvo, strukturalno povezan s određenim društvenim karakteristikama. U svojoj teoriji o samoubojstvu Durkheim govori o tri tipa samoubojstva (Cvjetičanin & Supek 2003). Prvo je egoistično za koje je karakteristično da se radi o činu kada je pojedinac otuđen od svojeg socijalnog okruženja. Drugo je anomijsko uzrokovano općim stanjem nereda društvenih funkcija, odnosno stanje odsustva jasno određenih normi. Treće je altruistični tip samoubojstva u kojem se naglašava normativni zahtjev za takvim činom. Analizirajući stope morbiditeta uzrokovane samoubojstvom te uspoređujući te stope između različitih društava Durkheim je pokazao da postoji razlika između područja/društava s dominantnom katoličkom većinom od onih s dominantno protestantskom većinom. Utvrdivši da je u protestantskim društvima/područjima ta stopa viša, Durkheim u svojoj interpretaciji naglašava da se radi o društvima s jače izraženom individualizacijom u kojima nedostaje „dostatno intenzivan kolektivni život“ (E. L. Idler, 2009: 134). Durkheimova analiza i tipologija samoubojstava plodonosan je temelj za sociologiju odnosa religije i zdravlja jer govori o dvije značajne funkcije religije – regulativnoj i integrativnoj. Regulativna funkcija religije manifestira se ne samo u tome što religija daje norme i vrijednosti koje se odnose ne samo na područje religijskih i moralnih tema već i u tome što svojim pravilima upućuje vjernike na načine zadovoljavanja svojih ljudskih potreba, odnosno utječe na ponašanja koja se odnose na prehranu, seks, odnos prema radu, itd. Vršeci regulaciju upravo u onim ponašanjima koja su povezana sa zdravljem, postvaruje se odnos religije i zdravlja. Odnosi prema drugim osobama isto tako mogu biti pod snažnim utjecajem religije čime se ostvaruje i njena integrativna uloga. Religija kao osnova na kojoj se mogu odvijati međuljudski odnosi te prenošenje socijalnog kapitala, omogućuje stvaranje osjećaja privrženosti, voljenosti i određenog smisla potrebnog ljudima. Ta je funkcija posebno važna potrebitima čije opće zdravlje može biti ugroženo u situacijama nedostatnosti osnovnih resursa, kao što su hrana, odjeća, obuća, mjesto boravka i sl. Stvarajući osjećaj pripadnosti, religija zasigurno uvećava šanse za ostvarivanje odnosa u kojem pojedinac može imati korist od drugog

pojedince, pri čemu se ta korist može manifestirati u stvaranju uvjeta koji mogu utjecati na zdravstveno stanje.

Doprinos Maxa Webera u ovom području prvenstveno dolazi iz njegove opće teorije religije. Objasnjavajući težnju za izbjavljenjem od fizičkih, duševnih ili socijalnih patnji te prolaznosti života koja se javlja kod čovjeka, Weber smatra da ona vodi do „religiozno determiniranog „načina života“, držanog na okupu središnjim smislom ili nekim pozitivnim ciljem“ što po njemu dovodi do praktičnog djelovanja usklađenog s jedinstvenim vrijednostima (Weber, 2000: 122). Smisao takvog života nije samo usmjerenost na onostrano već i na ovostrano. Religijski potencijal leži upravo u tome što religija pruža koherentni svjetonazorski sustav koji može pojedincima pružati utjehu i način nošenja u teškim trenucima. Problem teodiceje, kako ga Weber vidi, centralan je u njegovoj sociologiji religije, dakle kako religija objašnjava mudrog i pravednog boga u kontekstu zlih životnih situacija. Bolest, odnosno problem s fizičkim i/ili mentalnim zdravljem, može biti jedna od takvih teških životnih situacija u kojima religija može pružati interpretativni okvir utjehe i osnaživanja pojedinaca. No, isto tako religija može pružati malevolentne interpretacije koje mogu imati i negativan učinak na zdravlje (George et al. 2000; Mccullough & Smith 2003).

Na ovoj teorijskoj razini, treba uzeti u obzir i razmatranja koja istraživači u ovom području do sada nisu uzimali u obzir u svojim pionirskim teorijskim raspravama. Radi se sociologiji tijela. Sociološke studije tijela temelje se na konstruktivističkoj orijentaciji u kojoj se tijelo promatra kao mjesto ispreplitanja socijalnih i kulturnih silnica (Mellor 2007). Obnovljeni interes prema tijelu potiče sociologiju da u svojim teorijskim i empirijskim istraživanjima socijalnih aspekata religijskog uzima u obzir i tijelo na način da promatra utjelovljene religijskih dimenzija rituala i disciplinarnu¹⁶ regulaciju religijskih institucija (McGuire 1990; M. McGuire 1993). Iako s pozicije kritike religije, Foucault u svojim historijskim radovima promatrajući sociokulturni utjecaj religije na određenje ludila i utjecaj na razvoj i institucionalizaciju medicine na zapadu, isto tako govori o utjelovljenju religijskih vjerovanja. Stoga smatra da su svi religijski diskursi

¹⁶ Kada govorimo o disciplinarnoj regulaciji religijskih institucija trebamo sagledati širi kontekst Foucaultovog argumenta kako suvremena društva razvijaju različite tehnike moći koje služe kao sredstvo regulacije tijela i tjelesnih ekspresija, te emocija i emocionalnih ekspresija. Brian Turner, istražujući različite režime tijela, poput dijetalnog ponašanja, manira pri objedima, fizičkih vježbi i higijene, navodi kako je tendencija modernog procesa racionalizacije upravo discipliniranje tijela (nav. prema McGuire 1990). No, iako se radi o tendencijama suvremenih društvenih procesa, pitanje regulacije i discipliniranja tijela nije samo suvremena tendencija već je kao takvo prisutno u različitim razdobljima i različitim kulturama.

ujedno i diskursi o ljudskom tijelu. Naime, kada religija govori o religijskim praksama i vjerovanjima usporedno uvijek izražava i brigu za ljudsko tijelo (Carrette 2000).

Teorijski doprinos sociologije tijela u području istraživanja odnosa religije i zdravlja pokazuje se heuristički plodnim pristupom, no zahtjeva ulaganje ekstenzivnijeg i minucioznijeg truda što nije cilj ovog rada. Uzimajući u obzir kratko opisane radove Durkheima i Webera te mogući doprinos sociologije tijela, može se istaknuti da se makro-teorijski pristup odnosu religije i zdravlja temelji na ideji religijskog utjecaja na discipliniranje, reguliranje i individualiziranje tijela. Važno je da se takvim teorijskim pristupom omogućuje izgradnja teorije primjenjive i izvan judeo-kršćanske tradicije zapada, što je zasigurno bitan doprinos istraživačkom području odnosa religije i zdravlja.

3.1.2.2. *Teorije srednjeg dometa*

Za razliku od prve razine velikih teorija i makro pristupa, druga razina teorijskih konstrukta svojim je dosegom nešto slabija. U nastojanju objašnjenja bihevioralnih, socijalnih i kulturalnih fenomena, teorije srednjeg dometa, kako ih je i nazvao poznati sociolog Robert Merton, proizlaze iz velikih teorijskih orijentacija, ali se fokusiraju na jasno određena područja i probleme (Levin et al. 2011). Primjeri takvih teorija u sociologiji su brojni, od teorije relativne deprivacije, preko teorije socijalne mobilnosti do teorije anomalije. Upravo u području istraživanja odnosa religije i zdravlja, neki autori (npr. Neal Krause, 2011) smatraju da se teorijski okvir područja kreće upravo između različitih teorija srednjeg dometa pri čemu je međusoban odnos tih teorija poprilično konfuzan. Iako ne postoji sustavan pregled teorija srednjeg dometa o odnosu religije/religioznosti i zdravlja, dvije teorijske perspektive se mogu uočiti – psihološka i sociološka. U većini radova te se dvije perspektive često i preklapaju, no moguće je razdijeliti ih prema istraživačkom pristupu koji su često više usredotočeni na jedna od dva aspekta, pa je stoga bolje govoriti o pristupima koji su dominantno, no ne i isključivo sociološki ili psihološki. Tako Ellison razdvaja javni i privatni tip religijskog ponašanja koji mogu imati drugačije utjecaje na zdravlje (Ellison 1995). Javna religijska aktivnost odnosi se upravo na one elemente koje možemo pronaći u Durkheimovom makro-teorijskom pristupu, dakle na integraciju i kontrolu. S druge strane privatna religijska aktivnost usmjerena je na odnos s transcendentnim (božanskim). Razlika se očituje u tome što prvi pristup govori o socijalnoj podršci koju pruža vjerska zajednica (*church-based social support*), dok se u drugom pristupu govori o religijskim načinima ili strategijama suočavanja s problemima, u ovom slučaju vezanim za zdravlje (*religious coping*). No, u izgradnji sociološke teorije odnosa religije

i zdravlja, ove se dvije perspektive međusobno ne isključuju. Dapače, druga, dominantno psihološka perspektiva je podjednako sociološki utemeljena kao i prva perspektiva. Gledajući s makro-teorijskog nivoa ona se naslanja upravo na Webera koji govori o religijskom potencijalu za pružanje utjehe pojedincima i za davanje načina suočavanja s njihovim problemima. Ako prva perspektiva govori o socijalnoj podršci, druga govoreći o religijskoj podršci zapravo samo suženije pristupa problematici. Robert Wuthnow u svojoj studiji o odnosima unutar formalnih vjerskih grupa ističe da bliske socijalne veze koje nastaju u njima, kroz primjerice molitvene sastanke ili sastanke na kojima se čita Biblija, potiču pojedince da se usmjere na religiju u trenucima osobne krize (Wuthnow 2000). Iako se usmjerenje na religijsku podršku u suočavanju s životnim problemima može ostvariti i izvan takvih grupnih aktivnosti, primjerice u odnosima jedan na jedan, upravo je vjerska zajednica resurs, odnosno referentni okvir koji to omogućava. Stoga i ne čudi da se pojavljuju istraživanja koja pokušavaju ove dvije perspektive koristiti komplementarno (Nooney & Woodrum 2002; Krause et al. 2001; Lavric & Flere 2008; Krause et al. 1998).

Iako vrlo često s minimalnim doticajima, sociologija religije i sociologija zdravlja/bolesti se upravo sa svojim teorijskim okvirima mogu susresti na ovom nivou i to kroz teoriju socijalnog kapitala. Iako postoje različite definicije socijalnog kapitala, teorijska osnova govori o tome da se kroz socijalne odnose akumuliraju socijalni resursi, pri čemu su socijalni resursi poput socijalnog kapitala, grupne kohezije i socijalne podrške prisutni u religijskim zajednicama (Putnam 2000). Stoga se involviranost u religijskoj zajednici promatra i potvrđuje kao značajan izvor socijalnog kapitala (Wuthnow 2002). U kontekstu teorije socijalnog kapitala posljednjih se godina pojavljuju sve češće istraživanja o važnosti socijalnog kapitala za zdravlje (Nieminen et al. 2010; Kawachi et al. 1999; Kritsotakis & Gamarnikow 2004). Socijalni kapital važan je za individualno zdravlje zbog toga što pruža socijalnu podršku, što utječe na ponašanje pojedinca stvaranjem grupnog pritiska i to kroz očuvanje normi koje promoviraju zdravlje ili pak zbog toga što osnaživanjem grupnog identiteta može omogućiti pružanje emotivne podrške. Socijalni kapital je ključan za zdravlje i zbog toga što pruža određene informacije važne za zdravlje (Song et al. 2009). Religija kao izvor socijalnog kapitala stoga postaje bitnom determinantom zdravlja, pri čemu treba voditi računa o vrstama socijalnog kapitala. Iako se u literaturi može pronaći više mogućih tipologija socijalnog kapitala, za područje odnosa religije i zdravlja instruktivna je Putnamova podjela na „povezujući socijalni kapital“ (*bonding social capital*) i „premošćujući socijalni kapital“ (*bridging social capital*) (Putnam 2000; Wuthnow 2002). Povezujući socijalni kapital odnosi se na manje grupe u kojima se razvija međusobno

povjerenje i solidarnost kroz određeni vremenski period. Kroz njega se lakše i brže ostvaruju emotivna podrška i razumijevanje, prijateljstva, osjećaj pripadnosti i briga za ostale članove, razmjena informacija, materijalna podrška. Dakle, sve one dimenzije koje imaju korist za zdravlje (Portes 1998). Premošćujući socijalni kapital češće je odlika heterogenih grupa i značajan je za opću društvenu razinu (Wuthnow 2002), te se kao takav na toj razini i istražuje, no takva vrsta socijalnog kapitala može biti prisutna kod homogenih grupa. Radi se o potencijalu grupe da stvara odnose s drugim grupama ili pojedincima. U kontekstu odnosa religije i zdravlja to može predstavljati situaciju u kojoj članovi vjerske zajednice koriste socijalne veze drugih članova od kojih mogu imati korist za zdravlje. Poznanstva s liječnicima, medicinskim tehničarima, fizijatrima, osobama koje se bave kućnom njegom i slično, pripadaju takvim socijalnim vezama koje mogu doprinijeti zdravlju.

Postoje i kritičari isticanja veze između religije i socijalnog kapitala, koji smatraju da se socijalni kapital koji nastaje u religijskim grupama ne razlikuje od socijalnog kapitala koji nastaje u bilo kojoj drugoj grupi, dakle i u grupama koje imaju isključivo sekularna obilježja (Bagiella et al. 2005). No, razlika ipak postoji. Dimenzije poput doktrine, rituala, vjerovanja i tradicije koje mogu utjecati na zdravlje su distinktivno religijske dimenzije, pa stoga možemo govoriti o religijskom kapitalu (Iannaccone 1990; Shapiro 2011). Doktrine koje proizlaze iz religije pojedincima mogu oblikovati određene svjetonazore i perspektive o ljudskoj prirodi i društvu koji mogu utjecati na ponašanja povezana s boljim zdravstvenim stanjem (Shapiro 2011; Chatters 2000; Levin 2001; Ellison 1995). Isto tako religijski rituali, kao što je i Durkheim naglašavao, kroz kolektivne aktivnosti grupe mogu jačati i individualne veze s društvom (Shapiro 2011). Iako se može steći dojam da religija ima samo pozitivan utjecaj na zdravlje, treba reći da neka istraživanja, i to u manjoj mjeri, pružaju dokaze o negativnoj povezanosti. Upravo se u vjerskoj zajednici mogu stvoriti negativni međuodnosi među članovima i s voditeljima vjerskih zajednica, pri čemu takvi negativni međuodnosi mogu imati jači utjecaj na lošije zdravstveno stanje nego u sekularnim zajednicama zbog toga što su očekivanja o opraštanju drugima, pomaganju i voljenju svojih su-vjernika veća nego u sekularnom okruženju (Krause 2003; Krause 2011). Stoga možemo pretpostaviti da je za utjecaj na zdravlje relevantna interakcija između socijalnog kapitala i religijskog kapitala koja se ostvaruje unutar okvira vjerskih zajednica.

3.1.2.3. Teorijski modeli

Na trećoj razini teorijskih konstrukta govori se o teorijskim modelima koji proizlaze iz teorija srednjeg dometa. Glavna karakteristika teorijskih modela jest da služe stvaranju operacionalizacijskih modela te da određuju empirijsku analizu. U njima se nastoji odrediti povezanost između različitih koncepata. Teorijski modeli odnosa religije i zdravlja koji se najčešće spominju koriste se u istraživanjima starijih osoba i primarno su orijentirana na odnos religije i mentalnog zdravlja. Primjeri takvih modela su: model supresije, model umanjenja stresa, model prevencije, model moderacije i model zdravstvenih učinaka (Ellison & Levin 1998; Levin & Chatters 1998). Ograničenja nekih od navedenih modela u izgradnji sociološke teorije odnosa religija i zdravlja nalaze se u tome što se kroz modele nastoji istražiti interakcijski efekt lošeg zdravlja (ili primjerice stresora) i religioznosti na mentalno zdravlje, no neki od aspekata navedenih modela mogu biti od pomoći u promišljanju samog odnosa religije i zdravlja. Na neki način može se govoriti o pretpostavkama ili scenarijima odnosa religijske involviranosti u vjerskoj zajednici, posredujućih mehanizama i zdravlja. Stoga ću ovdje iznijeti **četiri moguća teorijska modela** odnosa religije i zdravlja koje sam imenovao s obzirom na naglašene dimenzije obuhvaćene samim modelom.

Model 1 – *Reakcija na zdravstvene probleme bez angažmana u vjerskoj zajednici*. U ovom modelu može se istražiti povezanost zdravstvenih problema pojedinaca i religijske involviranosti, pri čemu se može pretpostaviti da se osobe s lošijim zdravstvenim stanjem odlučuju usmjeriti prema religiji i to na način da postaju religijski više angažirane. Taj se angažman može manifestirati povećanom religioznošću, pri čemu treba imati na umu da je religioznost multidimenzionalan fenomen, pa se stoga povećana religioznost može manifestirati u određenim dimenzijama. Primjerice osoba može zbog ograničenja uzrokovanih zdravstvenim problemima ili zbog nekih drugih motiva učestalije moliti i/ili tražiti utjehu u religijskim tekstovima, pri čemu neka istraživanja pokazuju da postoji povezanost između molitve i zdravlja (Poloma & Pendleton 1989; Krause 2010). Okrenuvši se religiji, osoba može primjenjivati religijske strategije nošenja s problemima koje su u korelaciji sa zdravstvenim stanjem (Pargament et al. 2000; Pargament et al. 2012; Krause 2008; Krause 2010). Ovaj bi teorijski model u svojoj istraživačkoj operacionalizaciji bio karakterističan za kliničke studije, primjerice na hospitaliziranim bolesnicima kod kojih se u određenom vremenskom periodu prati odnos spomenutih dimenzija religioznosti i (ne)uspješnosti terapije.

Model 2. – *Reakcija na zdravstvene probleme s angažmanom u vjerskoj zajednici*. Ovaj model može podrazumijevati iste elemente kao i prethodni model, ali uključuje i doprinos religijskog angažmana unutar vjerske zajednice, odnosno efekt kojeg vjerska zajednica kao socijalni resurs može imati na zdravlje pojedinca. Dakle, pojedinac može zbog zdravstvenih problema postati religijski angažiraniji i involviraniji u vjerskoj zajednici, što može aktivirati već spomenute religijske strategije nošenja s problemima, ali i socijalnu podršku pruženu kroz vjersku zajednicu za koju se pokazalo da ima utjecaja na zdravlje (Krause et al. 2001; Ellison & George 2010; Taylor & Chatters 1988). U istraživanju ovog modela istraživači bi se trebali više usmjeriti na vjersku zajednicu kao predmet istraživanja, pri čemu bi i kvantitativni i kvalitativni pristup pridonijeli boljem uvidu u samu prirodu odnosa religije i zdravlja.

Model 3. – *Preventivni potencijal religije*. Socijalna kontrola koju religija može imati važan je element u objašnjenju ovog modela. Može se pretpostaviti da veća religijska involviranost utječe na ona ponašanja pojedinaca koja mogu imati utjecaj na zdravlje. Religija može kod pojedinaca utjecati na ponašanje koje se temelji na vlastitoj brizi o zdravlju te kroz svoja pravila jasno odrediti pojedince prema uporabi različitih supstanci kao što su alkohol, duhan, kokain, heroin, i sl. te prema određenim prehrambenim navikama (Beeghley et al. 1990; Bock & Cochran 1987; Kravetz 2005; Phillips et al. 1978; Wallace & Forman 1998). U ovom je modelu naglasak na odnosu između religioznosti i zdravlja kroz religijsku promociju određenih životnih stilova koji utječu na zdravstveno stanje. Iako bi i kvalitativna istraživanja mogla doprinijeti empirijskom prikupljanju dokaza za ovaj model, kvantitativni pristup i to prvenstveno kroz epidemiološke studije širokog opsega (veliki broj ispitanika) su karakteristične za ovaj model.

Model 4 – *Vjerska zajednica kao socijalni resurs*. Slično kao i drugom modelu u ovom se isto tako stavlja naglasak na angažman pojedinaca u vjerskim zajednicama. Povećanom involviranošću i angažmanom pojedinca u vjerskoj zajednici stvara se situacija u kojoj mu ta zajednica može pružiti kontekst u kojem se lakše ostvaruju socijalni odnosi i to primarno zbog toga što pojedinci dijele zajedničke svjetonazore. Pri tome vrijednosni sustavi i norme koje postoje u svim religijskim tradicijama mogu obvezati pojedince na pomaganje i pružanje podrške ostalim članovima, pogotovo u teškim životnim situacijama. Time se zapravo odnos religije i zdravlja posreduje kroz socijalnu podršku pruženu u vjerskoj zajednici (George et al. 2010; Krause et al. 2001; Lim & Putnam 2010; Anson et al. 1991; Bradley 2010; Krause et al. 2011; Krause & Cairney 2009). Istraživanja kojima je u cilju analizirati utjecaj, odnosno posredujući efekt vjerske zajednice na osobno zdravlje su dominantno, pa skoro i isključivo,

kvantitativne prirode. Stoga, bi bilo neophodno u istraživanjima i kvalitativnom metodologijom obuhvatnije istražiti raznolikost elemenata, odnosno dimenzija vjerske zajednice kao socijalnog resursa relevantnog za zdravlje.

Ovako prikazani teorijski modeli su naravno samo ideal-tipski modeli koji mogu pomoći u osmišljavanju nacrtu istraživanja, ali ni u kom slučaju nisu sveobuhvatni, niti unutar svakog modela pojedinačno niti među modelima općenito. Dapače, oni se međusobno mogu nadopunjavati. Primjerice treći model koji govori o preventivnom potencijalu religije može biti važna dimenzija unutar vjerske zajednice, odnosno može se uzimati u obzir i u drugom i četvrtom modelu. Isto tako postoje i dodatni elementi koji mogu posredovati u tom odnosu, poput dobi, socio-ekonomskog statusa i sl., no oni se kao takvi prije mogu izdvojiti na četvrtom teorijskom nivou.

3.1.2.4. *Medijatori, moderatori i mehanizmi*

Medijatori, moderatori i mehanizmi važni su upravo u nastojanjima da se razmrsi odnos religije i zdravlja, odnosno da se opiše priroda odnosa zavisnog konstrukta s nezavisnim (Levin et al. 2011). Ova tri teorijsko-metodološka elementa proizlaze konkretnije iz hipoteza te se zapravo radi o vrstama varijabli. Tako je *medijator* varijabla koja se nalazi u posredujućem odnosu između religije i zdravlja pri čemu se podrazumijeva da je taj odnos kauzalni. Primjer medijatora u odnosu religije i zdravlja može biti ponašanje povezano sa zdravljem kao što je konzumiranje alkohola, cigareta, određena prehrana i sl. Stoga, ukoliko postoji pozitivan utjecaj religioznosti na zdravstveno stanje, ono se može posredovati upravo kroz utjecaj religioznosti na ponašanja koja imaju salutarni utjecaj na zdravlje pojedinca.

Kod *moderator* varijable radi se zapravo o interakcijskom učinku kojeg ta varijabla može imati na pretpostavljeni kauzalni odnos između zavisnog i nezavisnog konstrukta. Karakteristično za ovu varijablu je to što ona na neki način prethodi odnosu zavisne i nezavisne varijable. U epidemiologiji se naziva i modifikatorom efekta, dakle faktorom, kao što su primjerice dob ili zdravstveno oštećenje, koji može promijeniti efekt između zavisne i nezavisne varijable (Kirch, 2008:320). Primjerice ako se uzme dob u obzir, može se pretpostaviti da će starije osobe biti ograničenije u prakticiranju svoje religije na način da će zbog svojeg zdravstvenog stanja manje odlaziti na vjerske službe. Stoga, ukoliko starije osobe, za koje se ujedno može pretpostaviti da imaju i lošije zdravstveno stanje, rjeđe odlaze u crkvu, onda se pozitivan utjecaj između odlaska

u crkvu (nezavisna varijabla) i zdravstvenog stanja (zavisna varijabla) ostvaruje većim djelom zbog toga što oni koji su lošijeg zdravstvenog stanja izmiču u analiziranom uzorku.

Na ovoj teorijskoj razini cilj je kroz psiho-socijalne, psiho-fiziološke, biološke, bihevioralne i interpersonalne dimenzije pronaći one karakteristike, funkcije i manifestacije religijske participacije koje mogu imati utjecaj na zdravlje (Ellison & Levin 1998; Idler 1987).

Autori često u ovom području kada nastoje opisati odnos religije i zdravlja koriste pojam mehanizmi, odnosno sintagmu eksplanatorni mehanizmi. Mehanizmi bi na ovom teorijskom nivou značili skup varijabli koje objašnjavaju kauzalni odnos nezavisnog i zavisnog konstrukta. Primjeri takvih mehanizama mogu biti indikatori vezani za zdravstveno ponašanje (primjerice u preventivnom modelu spomenutom ranije), za vjersku zajednicu kao socijalni resurs ili pak za stres koji može utjecati na zdravlje.

Najšire opisani eksplanatorni mehanizmi mogu se pronaći u radu Christophera G. Ellisona i Jeffrey S. Levina pod naslovom *The Religion-Health Connection: Evidence, Theory and Future Directions* objavljenom 1998. godine. U njemu navedeni autori, koji su i među najznačajnijim istraživačima u ovom području, naglašava kako postoji nekoliko mogućih eksplanatornih mehanizama koji prikazuju razne aspekte pozitivnog utjecaja religijskog angažmana na zdravlje, pri čemu ti mehanizmi obuhvaćaju bihevioralne i psihosocijalne konstrukte (Ellison & Levin 1998). Mehanizmi kroz koje religija ostvaruje svoj utjecaj na zdravlje su sljedeći:

- a) regulacija individualnih životnih stilova i zdravstvenog ponašanja,
- b) osiguravanje socijalnih resursa (primjerice socijalnih veza, formalna i neformalna podrška),
- c) promocija pozitivne samo-percepcije poput samopoštovanja i osjećaja osobne vještosti¹⁷,
- d) osiguranje specifičnih načina suočavanja s problemima (posebno bihevioralne i kognitivne reakcije na stres),
- e) ostale pozitivne emocije kao što su ljubav, opraštanje i sl;
- f) promocija zdravih uvjerenja,
- g) dodatni mehanizmi poput postojanja izlječenja bioenergijom.

¹⁷ Osjećaj osobne vještosti (*personal mastery*) odnosi se na individualni osjećaj kompetencije i uvjerenja o performansama u određenim područjima utemeljeno na vlastitom iskustvu (Berry & West 1993).

Ponešto slično, ali jezgrovitije, te kauzalne mehanizme analizirala je i Ellen Idler. Ona ukazuje na tri ključna kauzalna mehanizma koji objašnjavaju kako religioznost utječe na pojedinačno zdravlje (Idler 2004). Prvi mehanizam govori o tome kako religija općenito promovira zdravi životni stil, pa je stoga razumno za pretpostaviti da će povećani religijski angažman dovesti do povećanog prihvaćanja religijskih normi koje su usmjerene prema regulaciji životnih stilova kao što je konzumacija alkohola i duhana ili pak prehrambene navike. Drugi mehanizam objašnjava povezanost religioznosti i zdravlja kroz posredujuću ulogu religije u stvaranju socijalne podrške. Treći mehanizam naglašava kako religija može osiguravati koherentni okvir značenja koji omogućuje specifične načine suočavanja s problemima, utjehu i razumijevanje teških tranzicija u životu. Uz ova tri objašnjenja veze Idler dodaje i četvrti, u kojem ističe kako religijska participacije ima direktne pozitivne fiziološke efekte na otkucaje srca, krvni tlak, mišićni tonus ili imunološki sustav. Iako se dokazi za ovaj mehanizam mogu pronaći u nekim istraživanjima (Lee & Newberg 2005; Musick et al. 2003), ostaje i dalje dvojba u kojoj mjeri se radi o posredujućem utjecaju religije/religioznosti kroz prva tri navedena mehanizma, a koliko se stvarno radi o direktnom utjecaju. Isto tako treba uzeti u obzir da se bolesti, poput ovih navedenih, ne mogu promatrati samo redukcionistički u fizičkom smislu jer se time zanemaruju socijalne, psihološke, spiritualne i bihevioralne dimenzije bolesti. U mnogim istraživanjima eksplanatorni mehanizmi koji se istražuju često predstavljaju teorijski doseg s čime nastala potreba za širim teorijsko-epistemološkim temeljima tek nameće zadaće znanostima koje se bave odnosnom religije i zdravlja. Zato i ne iznenađuje interes sociologije u posljednjih nekoliko godina upravo prema izgradnji sociologijske teorije odnosa religije i zdravlja.

3.1.3. Teorijski okvir ovog istraživanja – Vjerska zajednica kao socijalni resurs

Prije iznošenja teorijske perspektive i teorijskog modela koji će poslužiti u ovom istraživanju uputno je pokušati dati odgovor na pitanje zašto nam je teorija u ovom području uopće potrebna. Istraživanja i nalazi koji su prikazani u uvodnom djelu samo su dio bogate empirijske građe u području istraživanja odnosa religije i zdravlja. Jedna od glavnih karakteristika područja je raznolikost disciplina koje u njemu sudjeluju, pri čemu sve discipline nemaju jednaku standardizaciju znanstvenog pristupa. Tako primjerice epidemiološke studije ili pak kliničke studije vrlo često nisu vođene teorijom ili ako i imaju neku teorijsku pozadinu ona nije kao takva prikazana već se kao motivacija za odabir istraživanja nalazi skrivena u samom istraživanju. To ne znači da se radi o a-teorijskim radovima već se radi o tome da postoji implicitna upotreba teorije, odnosno da se u pristupu u kojem se ne postavljaju teorijski izvedene hipoteze u radu ili pokušava testirati određena teorija, zapravo nastoji istražiti konkretno vidljiv problem/pojava (Levin et al. 2011). S druge strane doprinos društvenih znanosti, koje su se u ovom području pojavile tek s istraživačima druge generacije, vidljiv je upravo u tome što se teorija nastoji koristiti eksplicitno. Stoga i ne čudi činjenica da se rasprava o teorijskom/im pristupu/ima odnosa religije i zdravlja pojavljuje tek u novije vrijeme. Eksplicitnim korištenjem teorijskih perspektiva kojima se istraživači služe, stvara se doprinos upravo u samom provođenju kvalitetnijih istraživanja – od postavljanja jasno formuliranih istraživačkih pitanja, odabira mjernih instrumenata i postavljanja hipoteza, osmišljavanju istraživačkih nacrti, do analize i interpretacije podataka. Uz to postoji još jedan bitan argument u prilog izgradnji i važnosti teorije odnosa religije i zdravlja. Naime, iako samo područje više nije tako novo te s obzirom da je tijekom posljednjih nekoliko desetljeća razvoj područja bio propulzivan, postoje određeni mitovi o učinku religije na zdravlje (Levin 1996). Primjeri tih mitova su sljedeći:

- religijska involviranost promovira iscjeljenje
- religiozne osobe se ne razbolijevaju
- molitva ozdravljuje
- religija je najvažniji faktor zdravlja
- postoje nadnaravni utjecaji na zdravlje

Ti su mitovi¹⁸ pogrešne interpretacije brojnih nalaza iz istraživanja dok empirijski dokazi govore sljedeće:

- religija može utjecati na morbiditet
- i religiozne osobe oboljevaju, ali sa smanjenim rizikom ili vjerojatnostima morbiditeta
- ne postoji empirijski dokazi da molitva liječi, ali postoje dokazi da može imati pozitivne utjecaje na zdravlje
- religija nije najvažniji faktor, ali je sigurno značajan faktor zdravlja
- ne postoje pouzdani znanstveni dokazi o nadnaravnim utjecajima na zdravlje

Stoga je važno u istraživanjima jasnije i preciznije operacionalizirati istraživačka pitanja i korištene varijable kako bi se izbjegla zamka stvaranja novih i produbljiivanja starih mitova u ovom području. Teorijski okvir ovog istraživanja proizlazi iz četiri teorijske razine prezentirane u prethodnom poglavlju, a sam model će biti prezentiran u sljedećim odlomcima.

Jedno od glavnih obilježja modernih društava jest da su diferencirana po funkcionalnoj liniji u smislu da postoje različiti društveni podsustavi poput ekonomije, politike, religije, medicine, znanosti, obitelji i sl. dok se distinkcija pred-modernog može pronaći u činjenici da je religija bila sveobuhvatna društvena pojava, pri čemu je u svojem institucionalnom obliku nastojala imati kontrolu nad ostalim društvenim sferama (Dobbelaere 1999; Dobbelaere 1985; Berger 1969; Luhmann 1982). Procesi racionalizacije i diferencijacije oduzimaju religiji dominantnu ulogu u davanju odgovora na eshatološka pitanja o životu i smrti, ili konkretnije zdravlja i bolesti. Tako primjerice u modernim društvima odgovore na ta pitanja pokušava dati društveni podsustav medicine, no time se ne može osporiti činjenica da (što je i Foucault naglašavao) sve religije imaju svoj specifičan odnos spram zdravlja i bolesti. Ako uzmemo u obzir socijalnu ulogu religija u odnosu prema zdravlju/bolesti onda možemo vidjeti kako su prije, a i sada, institucije koje se odnose na pitanja zdravlja/bolesti (poput bolnica) često osnivane i organizirane od strane religijskih aktera ili pak kako razne religijske institucije i akteri javno i polemično sudjeluje u raznim raspravama koje se odnose na pitanje zdravlja i bolesti, s naglaskom na etičkoj procjeni (npr. umjetna oplodnja, eutanazija, darivanje organa, zdravstveni odgoj i obrazovanje i sl.). Uz zapadni biomedicinski sustav sve češće se pojavljuje paralelno ili

¹⁸ Potrebno je spomenuti kako je Levin u navedenim mitovima navodio i mit o tome da je spiritualnost protektivni faktor. Iz današnje perspektive taj je mit djelomično potvrđen istraživanjima koja su se u posljednjih nekoliko godina više fokusirala na operacionalizaciju samog pojma/fenomena spiritualnosti te se pokazuje da postoji salutarni učinak i spiritualnosti na zdravlje (Ironson et al. 2002; Cohen 2002; Cohen & Koenig 2003; Musick et al. 2003; Miller & Thoresen 2003; Mills 2002; Balboni et al. 2007; Maselko & Kubzansky 2006).

zamjensko korištenje drevnih medicinskih tradicija koje se još naziva komplementarnim ili alternativnim medicinama. Takvi pristupi proizlaze iz tradicionalnih medicinskih sustava¹⁹ koji su postojali prije pojave zapadne biomedicine te svoja utemeljenja imaju u filozofsko-religijskim sustavima.

Stoga možemo reći da religija u modernim društvima ima dvostruku ulogu (Idler 2009). Jedna uloga odnosi se na njezin utjecaj na praksu i organizaciju medicine/a; od utjecaja na profesije vezane za zdravlje, živote pacijenata, njihovih obitelji i socijalnih mreža do institucija koje se odnose na zdravlje, a osnivale su ih religijske institucije. Druga uloga odnosi se na socijalnu epidemiologiju i opće zdravlje populacija. Neki čak govore i o sintagmi epidemiologija religije (Levin & Vanderpool 1987). Dakle, jasno je kako je odnos religije i zdravlja prožet na društvenoj razini, stoga i ne čudi porast istraživanja koja nastoje taj odnos razotkriti i utvrditi njegovu prirodu i na individualnoj razini.

Odnos religije i zdravlja, odnosno efekt kojeg religija može imati na zdravlje pojedinca, u ideal-tipskom konstrukt se može realizirati kroz dvije razine, odnosno kroz dvije vrste religijskog ponašanja. Na jednoj razini može se realizirati u vrsti religijskog ponašanja kojoj je dominantna karakteristika privatnost. Dakle, pojedinac u takvoj vrsti religijskog ponašanja svoju religioznost ostvaruje sam bez posredstva drugih pojedinaca. Čitajući sakralne tekstove, kontemplirajući i meditirajući, pojedinac se može bez interakcije s drugima kroz različite religijske načine nositi sa zdravstvenim problemima ili pak smanjiti negativan utjecaj stresa na zdravlje. Razlog tomu je što religije pruža koherentan okvir značenja koji pruža specifične načine suočavanja s problemima, utjehu i razumijevanje teških životnih tranzicija. S druge strane, salutarni efekt religije na zdravlje se može ostvariti kroz religijsko ponašanje kojemu je dominantna karakteristika javnost, odnosno komunitarnost. Komunitarni angažman općenito ima potencijal da utječe na zdravlje (Berkman 1985). Kada govorimo o komunitarnom angažmanu u kontekstu odnosa religije i zdravlja govorimo zapravo o djelovanju pojedinca unutar određene vjerske zajednice. Istraživanja pružaju dokaze o tome da neke osobe, koje su religijski angažirane u vjerskim zajednicama, bolje brinu o sebi, što se manifestira i u boljem zdravstvenom stanju.

Ekstenzivna je literatura koja opisuje salutarne učinke koje vjerska zajednica, odnosno povećana involviranost i angažman u vjerskoj zajednici, ima na mentalno i fizičko zdravlje (Ellison & George 2010; Ellison 1991; Krause et al. 2002; Hummer et al. 2004; Krause et al.

¹⁹ Poznate su tri drevne medicinske tradicije – Arapska, Kineska i Hinduistička (Quah 2009).

1998; Krause et al. 2001; Mueller et al. 2001; George et al. 2010). Odnos religijske involviranosti i zdravlja ponajviše se istraživalo kroz komunitarni aspekt vjerske zajednice koja svojim članovima pruža socijalne veze (odnose) i socijalnu podršku. Ono što vjersku zajednicu čini drugačijom od nekih drugih društvenih grupa koje su sekularne je visoka razina homogenosti. Ta homogenost se očituje u ideološkoj i statusnoj dimenziji, omogućavajući ostvarivanje socijalnih odnosa koji se prelijevaju i izvan religijskog života pojedinca. Utjecaj koji se na taj način ostvaruje u sekularnom okruženju može biti u funkciji adaptacije u šire laičke mreže. Upravo utjecaj koji može biti evidentan unutar i izvan zajednice upućuje na činjenicu da se radi o multidimenzionalnom konstruktu kada se govori o odnosu religijske involviranosti i zdravlja posredstvom vjerske zajednice kao socijalnog resursa.

Empirijski dokazi pokazuju da primjerice osobe koje učestalo odlaze u crkvu imaju povećani broj osoba s kojima ostvaruju socijalne odnose te češće izmjenjuju određena dobra, usluge i informacije (Ellison & George 2010). Dakle čini se da su dva elementa važna u vjerskoj zajednici – *socijalna integracija* i *socijalna podrška*. Socijalna integracija manifestira se u tome što vjernici koriste veće i gušće socijalne mreže u kojima se nalaze njihovi su-vjernici. Na taj način povećava se mogućnost stvaranja prijateljstava i to prvenstveno zbog toga što se radi o zajednicama (mrežama) u kojima pojedinci dijele određene vrijednosti i svjetonazore i to kako religijske tako i socijalne i političke. Dijeleći vrijednosti i svjetonazore te interese i aktivnosti vjernici si međusobno pružaju pomoć oblikujući tako vjersku zajednicu u suportivnu grupu. Unutar zajednica razni oblici pomoći se manifestiraju, pri čemu se vrlo često govori o objektivnoj i subjektivnoj podršci (Jones 2004; Ellison & Levin 1998). Objektivna podrška podrazumijeva pružanje i primanje pomoći bilo da se radi o formalnim kanalima vjerske zajednice ili o neformalnim kanalima, dok subjektivna pomoć znači zadovoljstvo pruženom pomoći te očekivanu pomoć. Vjerske zajednice često pružaju pomoć svojim članovima tako što organiziraju razne programe, usluge i inicijative. Primjerice predavanja o određenim bolestima, financijski fondovi usmjereni prema članovima slabijeg socio-ekonomskog statusa, diseminacija informacija o raznim zdravstvenim problemima i uslugama, programi za mlade i obitelji itd. Takve vrste podrška su upravo formalne naravi jer ih posreduju kako članovi vjerske zajednice tako i voditelji. Neformalni aspekti se manifestiraju upravo kroz odnose koji se na neki način ostvaruju „nepisanim“ pravilima zajednice, odnosno kroz samu interakciju članova. I kod neformalnih oblika pomoći može se raditi o materijalnim i nematerijalnim primjerima pomoći. Davanje hrane, novčane pomoći, pružanje usluga prijevoza, davanje informacija

dobivenih iz neke druge socijalne mreže, sve su to primjeri materijalne pomoći koja se može odvijati i u neformalnim odnosima između članova.

Osim socio-ekonomske pomoći, iznimno je važna i socio-emotivna pomoć te spiritualna pomoć. Ljubaznost i suosjećanje, mogućnost podijeliti s nekime neka vjerska razmišljanja, grupna molitva za potrebite članove, pružanje utjehe i sl. mogu biti iznimno značajni vjernicima. U jednom istraživanju autori su socijalnu podršku koja je utemeljena u vjerskoj zajednici podijelili na spiritualnu podršku, emocionalnu podršku koju pružaju članovi vjerske zajednice te emocionalnu podršku koju pruža svećenstvo, pri čemu se iznimno značajnim pokazala upravo spiritualna pomoć koja doprinosi religijskom suočavanju sa životnim problemima (Krause et al. 2001). Vjerska zajednica stoga vrlo često nadopunjuje obiteljske odnose u pružanju pomoći pojedincima (Taylor & Chatters 1988). Evidentno je dakle, da povećani religijski angažman u određenoj vjerskoj zajednici može doprinijeti ne samo kvantiteti socijalnih odnosa nego i kvaliteti. Upravo zbog toga što se radi o homogenoj zajednici u kojoj su odnosi intenzivnog karaktera zbog toga što se dijele vrijednosti, svjetonazori, iskustva i prakse, pojedinci mogu osnaživati svoje identitete i to prvenstveno kroz promjenu percepcije o sebi. Oni se mogu vidjeti kao „dobri prijatelji“, kao „dobri supružnici“, kao „dobri roditelji“ ili čak i kao „dobri seksualni akteri“ (Peitl et al. 2009; Ellison 1993).

S obzirom da vrlo često teološki imperativ religija nalaže da je potrebno pružati pomoć drugima te da se to nalazi u samom temelju kongregacijskog života, među članovima se javljaju odnosi čije su odlike povjerenje, altruizam i reciprocitet. Pružati pomoć drugima i očekivati pomoć kada je potrebna, stvarajući određenu empatiju, čini vjersku zajednicu kvalitativno drugačijom od laičkih grupa. Upravo interpersonalno povjerenje i osjećaji uzajamnosti mogu povećati percepciju o kvaliteti socijalnih odnosa. Treba uzeti u obzir i temporalnu dimenziju, s obzirom da dugogodišnji individualni odnosi, u kojima se pruža pomoć i očekuje pomoć od drugih, stvaraju ono što se u literaturi navodi kao konvojima podrške (*supportive convoys*) koji pak doprinose razvijanju i očuvanju normi altruizma i reciprociteta (Taylor & Chatters 1988; Ellison & George 2010). Može se reći da se tako stvaraju „kredit“ među članovima, odnosno da osobe koje su angažirane u pomaganju drugima imaju očekivanja da će taj svoj angažman moći „unovčiti“ u trenucima kada će im trebati. Isto tako redovito odlaženje na kolektivne rituale je iznimno važno jer se pokazalo da povećani značaj sudjelovanja u kolektivnim događajima u vjerskoj zajednici doprinosi jačanju veza sa samom zajednicom (McMillan & Chavis 1986) s čime vjernici pridaju posebno značenje svojim zajednicama stvarajući zajednički osjećaj značenja i svrhe (Bellah et al. 1985). Na taj način se razvija zajednički diskurs

i set značenja koji, dajući interpretativan okvir za ljudsku patnju u vremenima nevolja i problema, doprinosi smanjenju nesigurnosti i to primarno kroz poruke nade.

Pitanje koje se samo po sebi nameće je koja je uloga religije u ponašanju koje utječe na zdravlje? Jedna od spomenutih istraživačkih studija iz druge generacije dala je donekle odgovor na ovo pitanje. Radi se o epidemiološkoj studiji provedenoj u New Havenu SAD, u kojoj se pokazalo da je odlazak u crkvu značajno povezan s višom razinom fizičke aktivnosti, nižom razinom uporabe alkohola te većom vjerojatnošću za potpunim prestankom pušenja (Idler 2004). Brojne studije (neke isto tako već spomenute) o vjerskim zajednicama, kao što su mormoni ili adventisti, pokazale su da vjernici u tim zajednicama imaju nižu razinu od mnogih kroničnih oboljenja, kao što je primjerice rak, što je povezano s njihovom manjom konzumacijom alkohola, cigareta i droga. Neke religije svojim vjernicima daju i jasne upute za prehrabene navike, kao što je izbjegavanje začinjene hrane, ne konzumiranje mesa ili post (Troyer 1988). Religijski faktori mogu biti povezani i sa seksualnim ponašanjem, kao što je promiskuitetnost, upotreba kondoma, seksualna apstinencija i sl (Brewster et al. 1998; Štulhofer et al. 2010; Puzek et al. 2012). Obiteljski život isto tako može biti pod utjecajem religije bilo na način da utječe na bračnu monogamiju, vjerojatnost ulaska u brak ili bračno zadovoljstvo na način da smanjuje rizik od bračnih sukoba (Wilcox & Wolfinger 2007; Mahoney et al. 2001; Call & Heaton 1997; Ellison & Hummer 2010). U svakom slučaju radi se o brojnim istraživanjima koja pružaju dokaze o utjecaju religije/religioznosti na razne aspekte ponašanja povezanog sa zdravljem, no i dalje ostaje nejasno kako religija utječe na zdravstveno ponašanje. Ellison i Levin smatraju da tomu prethode određeni razlozi (Ellison & Levin 1998). Jasno je da religije pružaju određene norme koje utječu na ljudsko ponašanje. Te religijsko-etičke norme daju usmjerenje vjernicima u brojnim sferama njihovog života, zbog čega vjernici nastoje svoja ponašanja, ali i ponašanja drugih, prilagoditi. Internalizirajući religijske norme, kod vjernika, u slučaju kršenja normi, mogu se javiti osjećaj krivnje i grižnje savjesti. Osjećaji mogu biti čak pojačani strahom i to prvenstveno od božje kazne, a onda i od sankcija, bilo formalnih ili neformalnih. Formalne sankcije podrazumijevaju u nekoj vjerskoj zajednici od izbacivanja iz zajednice (religije) do uskrate nekih resursa koje zajednica pruža. Neformalne sankcije se, uključuju ismijavanje, ostracizam i sl. Uz adaptaciju ponašanja u skladu s propisanim normama, vjernici mogu svoje životne stilove prilagođavati, odnosno oponašati, prema uzorima na one vjernike koji su percipirani kao stanovite referentne točke u toj društvenoj mreži. Zaključno, religija utječe na ponašanja ne/poželjna za zdravlje regulacijom kroz norme, pri čemu vjernici više prihvaćaju norme ukoliko su više involvirani u svojoj religiji, odnosno, ukoliko su religijski angažiraniji.

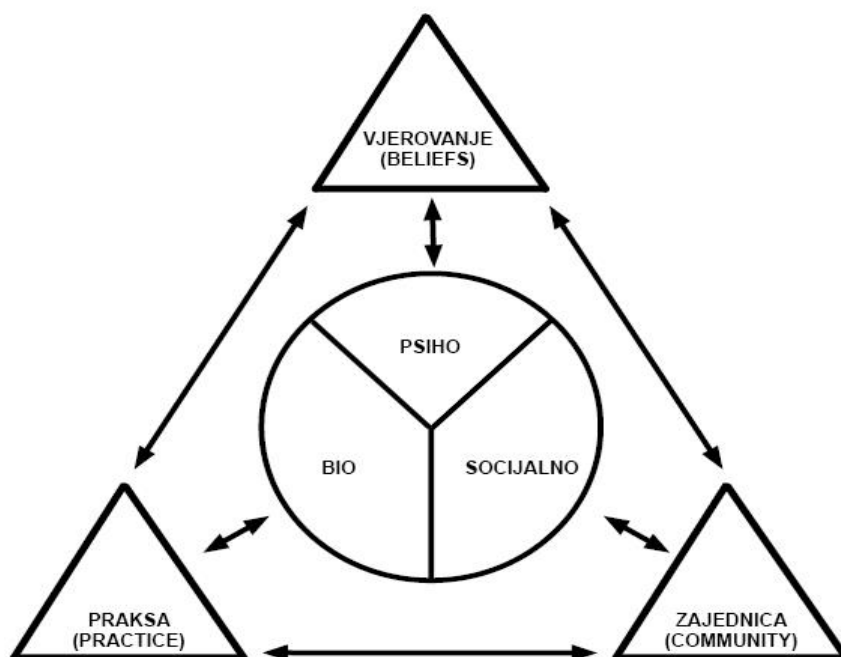
Ta religijski involviranost, očituje se posredstvom povećanog angažmana u vjerskoj zajednici. Stoga, je potrebno istražiti koji mehanizmi vjerske zajednice koja svojim članovima pruža određene resurse doprinose zdravlju.

Za tu svrhu koristan je model kojeg je predložio Loren Marks, a kojeg temelji na meta-analizi literature iz ovog područja te na nalazima vlastitih istraživanja u kojima je koristio kvalitativnu metodologiju među mormonima, muslimanima, židovima i kršćanima, na individualnoj razini i grupnoj (obiteljskoj) (Marks 2005). Kao prvo, Marks ističe da njegov konceptualni model obuhvaća tri dimenzije religije, za koje se pokazalo da su relevantne za zdravlje i to ne samo u okviru kršćanstva. To su vjerovanja, religijske praksa i vjerske zajednice (vidi više u slici 1.). Te su dimenzije religije međusobno povezane i to tako da postoji veza između prakse i vjerovanja, vjerovanja i zajednice te zajednice i prakse.

Veza između prakse i vjerovanja je značajna jer određena ponašanje koja su relevantna za zdravstveno stanje su pod utjecajem određenih vjerovanja, primjerice rizično seksualno ponašanje te konzumacija alkohola, droga i duhana. Stoga je ta veza značajna za biološko zdravlje.

Veza između vjerovanja i zajednice značajna je u smislu da vjerska zajednice pruža, u trenucima stresa ili životnih gubitaka poput voljenih osoba, psihološku pomoć kroz socijalnu, emocionalnu i moralnu podršku. Iako to ovdje Marks ne spominje, valja dodati da može pružiti i ekonomsku podršku (financijsku i materijalnu). Ta je veza značajnija za psihičko zdravlje.

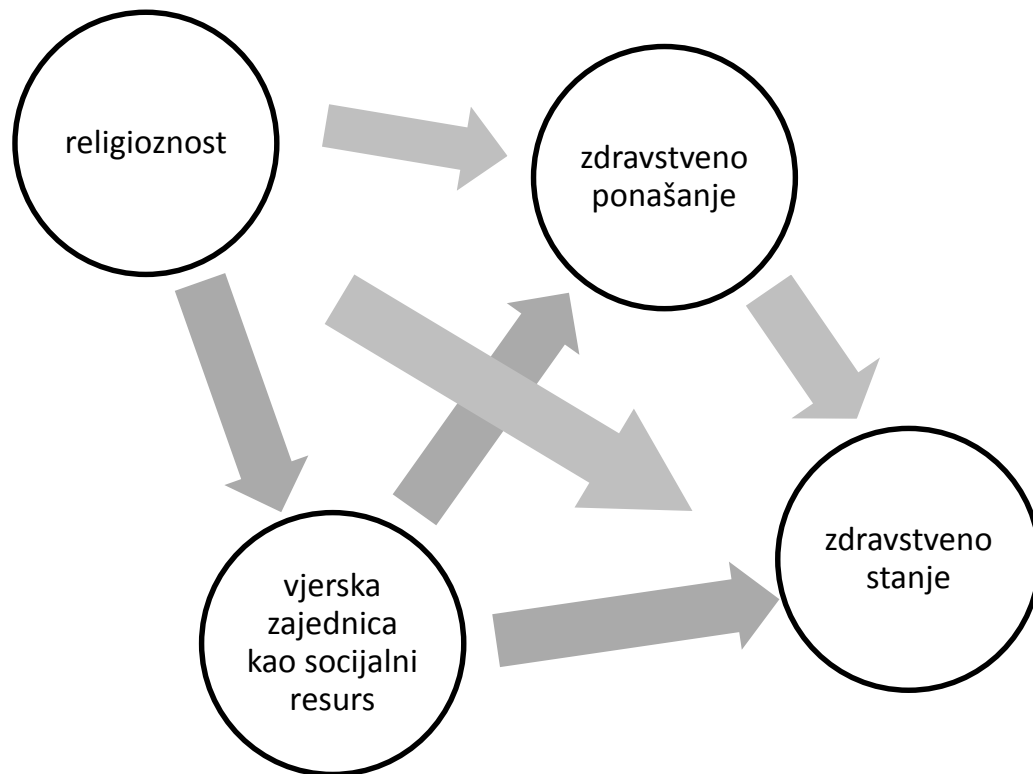
Treća veza odnosi se na socijalno zdravlje. Naime, vjerska zajednica je specifična socijalna mreža koja se može kvalitativno razlikovati od drugih grupa time što pruža socijalnu podršku pojedincima i obiteljima što se i pokazalo da je važan faktor koji utječe na subjektivnu dobrobit. No, ono što ne znamo je kakav je to specifičan utjecaj koji vjerska zajednica ima na socijalno zdravlje te koje značenje pojedinci pripisuju svojem religijskom angažmanu.



Slika 1. Model odnosa religioznosti i zdravlja prema Loren Marks

U ovom radu priklonit ću se ponešto izmijenjenom modelu kojeg je predložila Idler, ali i Oman i Thoresen (Oman & Thoresen 2002) i gore prikazani Marksov model te detaljnije skicirati teorijsko-kauzalnu mrežu s naglaskom na dva od četiri glavna mehanizma kroz koja se ostvaruje odnos religije i zdravlja. S obzirom da je cilj u ovom radu istražiti utjecaj religije na zdravlje s posebnim naglaskom na sociološke aspekte, pokušati ću objasniti utjecaj religije na ponašanje vezano za zdravstveno stanje te posredujući utjecaj religije kroz angažman u vjerskoj zajednici koja može biti promatrana kao socijalni resurs koji doprinosi zdravlju tako što pruža socijalnu podršku.

Teorijski model koji će se istraživati u ovom istraživanju dijagramski je prikazan u slici 2.



Slika 2. Teorijski model – odnos između vjerske zajednice kao socijalnog resursa, religioznosti, zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanje

Ranije u tekstu spomenuto je da postoji ekstenzivna literatura u kojoj se istražuju salutarni učinci koje vjerska zajednica, odnosno povećana involviranost i angažman u vjerskoj zajednici, imaju na mentalno i fizičko zdravlje. Stoga se postavlja pitanje potrebe nastavka istraživanja te koji se novi elementi u tom odnosu trebaju istraživati. Model koji je dijagramski prikazan sadrži dvije relevantne pretpostavke. Prva je taj da je svaki od elemenata prikazanih multidimenzionalan. O kojim se točno dimenzijama radi biti će prikazano u metodologijskom dijelu. Druga relevantna pretpostavka jest da su svi elementi međusobno povezani. Sama priroda tih odnosa detaljno će se istražiti u radu, no pretpostavka je da je glavni prediktor, odnosno moderator i medijator u odnosu između religije/religioznosti i zdravlja upravo angažman u vjerskoj zajednici. Pregled dosadašnjih istraživanja, koja su se nastojala razotkriti dimenzije koje vjerska zajednica ima, a koje imaju salutarni učinak na pojedinčevo zdravlje, pokazuje da postoji potreba za daljnjim istraživanjima i to iz nekoliko razloga.

Kao prvo istraživanja su često bila fokusirana na samo neke od mogućih dimenzija koje su značajne u kontekstu vjerske zajednice, a koji mogu imati utjecaja na zdravlje. Dimenzije koje su se istraživale odnose se na suportivni potencijal vjerske zajednice koji ima salutarne učinke za zdravlje, poput učestalosti socijalnih kontakata te dobivene i očekivane socijalne podrške.

No te dimenzije se nastoje proširiti, pa tako primjerice učestalost socijalnih kontakata kao dimenzija socijalnih odnosa ne govori dovoljno o prirodi samih odnosa, odnosno o kakvim se vrstama socijalnih odnosa radi u vjerskoj zajednici koji su u korelaciji sa zdravstvenim ponašanjem i stanjem.

Istraživanja u ovom području su dominantno, pa skoro i isključivo, kvantitativne prirode. Epidemiolozi, psiholozi, sociolozi ili pak klinički istraživači u metodološkim nacrtima i operacionalizacijom istraživanja koriste uglavnom kvantitativnu metodologiju koja postaje sve više kompleksnijom i statistički sofisticiranijom namećući pri tom kontinuiranu edukaciju istraživača i produbljujući pri tom i sam razvoj metodologije u području društvenih znanosti. Pristup kvalitativnom metodologijom time i dalje ostaje marginalnim pristupom, no ne samo iz tog razloga, već i iz razloga što postavljena istraživačka pitanja i hipoteze ne stvaraju potrebu za njezinim korištenjem. Jedno od ključnih pitanja za koje se čini da do sada uopće nije postavljeno, odnosi se na samo viđenje odnosa religije i zdravlja od strane vjernika. Smatraju li vjernici da religija uopće utječe na zdravlje, može li iz njihove perspektive religija doprinijeti zdravstvenom stanju, da li može bitna percepcija o pozitivnom učinku religije na njihovo osobno zdravstveno ponašanje i stanje biti i motivatorom većeg religijskog angažmana, kako im religija pomaže kada imaju zdravstvene probleme..., ostaju pitanjima na koje do sada istraživanja nisu pokušala dati odgovore, a pri tome se kvalitativna metodologija pokazuje valjanim epistemološkim pristupom.

Vjerska zajednica kao socijalni resurs koji može utjecati na zdravlje pokazuje se kao važnim predmetom istraživanja u ovom području. No i dalje ostaje nerazjašnjeno kako i u kojoj mjeri je ona specifično okruženje u kojem se taj odnos ostvaruje, odnosno po čemu se ona razlikuje od sekularnih zajednica tj. okruženja. U novije vrijeme prepoznaje se zadaća da se razmrse utjecaji članova vjerskih zajednica od utjecaja članova sekularnih zajednica (Krause et al. 2011), no daljnji istraživački rad na tome tek predstoji.

Uz ove razloge o nastavku i potrebi daljnjih istraživanja, iznimno je važan još jedan razlog. Naime, bogata literatura u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja i isto tako bogatstvo nalaza, detaljnijim pregledom pokazuju iznimnu nadzastupljenost istraživanja koje su se provodila u SAD. Ta činjenica ne čudi s obzirom da su prvi istraživači upravo i bili iz SAD te da se u zadnjih nekoliko desetljeća povećavaju financijska sredstva usmjerena na istraživanja. Koliko to postaje propulzivnom temom u SAD-u govori i jedan kuriozitet izvan znanstvenog svijeta. U veljači 2009. godine časopis *Time*, američke tjedne novine koje se distribuiraju i

široj svijetu, posvetio je cijeli broj upravo pod naslovom *How Faith Can Heal* (Kako vjera može liječiti) temi odnosa religije/spiritualnosti i zdravlja. Iako postoje istraživanja koja se provode i u nekim drugim zemljama poput Indije, Japana, Izraela, Tajvana, Danske, itd., i dalje su dominantna američka istraživanja. Uz to treba imati na umu da religijska situacija u američkom društvu je u mnogočemu specifična u usporedbi s religijskom situacijom u Europi. Američko društvo obilježeno je visokom razinom religijskih vjerovanja te bogatom kulturom vjerskih zajednica, odnosno raznih crkava (Berger et al. 2008; Davie 2005) koje su često u samom središtu društvenog života američkih zajednica. Štoviše, pokazuje se da u istraživanjima značajan utjecaj ima pripadnost rasnim grupama, pa shodno tome i nalazi pokazuju da se vjerske zajednice Afro-Amerikanaca razlikuju od vjerskih zajednica u kojima su dominantno bijelci kada se radi o odnosu religioznosti i zdravlja (Krause et al. 2011). Stoga se nameće pitanje sociokulturnog konteksta, odnosno razlika u socio-religijskim situacijama društava u kojima se istražuje ovaj odnos. U tom smislu postoji potreba da se istraživanja provode i u drugim društvima, kao što je u ovom slučaju hrvatsko. Zato je potrebno skicirati socio-religijsku situaciju hrvatskog društva.

3.2. Socio-religijski kontekst hrvatskog društva

Razdoblje socijalizma u Hrvatskoj karakterizira negativna društvena klima spram religija i potiskivanje religija u privatnu sferu. No ipak, po pitanju religioznosti razdoblje socijalizma obilježila su dva razdoblja. Prvo je sekularizacijsko razdoblje do kraja sedamdesetih/početka osamdesetih, a drugo je revitalizacijsko razdoblje od tada pa do danas (Zrinščak 2006). Padom Berlinskog zida bivše socijalističke zemlje prolaze kroz transformaciju koja kao sociopolitički i socioekonomski proces obuhvaća promjene u društvu na ekonomskom, političkom i socijalnom polju. Promjene u tim poljima kreiraju promjene na općem društvenom polju. Institucije mijenjaju svoja djelovanja, tradicija poprima nove oblike, vrijednosti bivaju mijenjane drugim vrijednostima, društveni odnosi poprimaju drugačija značenja i oblike. Dakle dolazi do sveopćeg društvenog pomaka u kojem je naravno i religija obuhvaćena. Te promjene na političkom, ekonomskom i sociokulturnom polju utječu na promjene položaja religija i crkava u tim društvima. Sve to utječe i na promjenu vrijednosnog sustava društava tih zemalja. Tako promijenjene vrijednosti, ili u trenutcima i nedostatak istih, mijenjaju religijsku sliku i religijski kontekst tih društava. Iako postoje razlike među bivšim socijalističkim društvima, važno je istaknuti zajedničke karakteristike koje su obilježile i socio-religijsku situaciju Hrvatske. Pod tim karakteristikama se podrazumijeva promjena položaja i uloge vjerskih zajednica u javnoj sferi, promjena odnosa vjerskih zajednica i države, međuodnos religijskog i nacionalnog, međuodnos religijskog i političkog te povećanje broja novih religijskih pokreta i porasta alternativne religioznosti (Borowik 1997; Cifrić 2000; Hornsby-Smith 1997; Tomka 1995; Tomka & Zulehner 1999; Zrinščak 1998). Za razliku od zapadnih društava, revitalizacija religije u Hrvatskoj ne slijedi trendove otkopčavanja religije od političkog društva, ne karakterizira je proces individualizacije, detradicionalizacije i dekolektivizacije odlučivanja, te ne slijedi trend porasta religije *a la carte*, odnosno religijskog bricolage-a. U Hrvatskoj se odvijaju suprotni procesi tj. revitalizacija religije, koja se najšire rečeno, odvija u znaku reagracije oko eklezijalnih institucija, retradicionalizacije i retotalizacije (Vrcan 2001). No, treba reći da i u zapadnim zemljama postoji raznolikost religijskih situacija te trendovi koji su ovdje naznačeni nisu u stalnoj prisutnosti niti u jednakom intenzitetu.

Proces revitalizacije religioznosti vidljiv je na individualnoj razini na kojoj je evidentan porast religioznosti tradicionalnog tipa na što empirijski podaci ukazuju od kraja '80-ih i početka '90-ih godina prošlog stoljeća (Aračić et al. 2003; Cifrić 2000; Črpić & Zrinščak 2005; Črpić & Zrinščak 2010; Marinović Jerolimov 1999; Marinović Jerolimov 2000a; Marinović Bobinac 2005; Marinović Jerolimov 2005b; Marinović Jerolimov 2005a). Štoviše, u komparativnom

kontekstu Hrvatska spada u sam vrh europskih zemalja kada se radi o individualnim aspektima religioznosti (Aračić et al. 2003; Črpić & Zrinščak 2005; Ančić & Zrinščak 2012). Porast religioznosti vidljiv je ako se pogledaju podaci koji se odnose na neke od dimenzija religioznosti. Primjerice konfesionalna identifikacija, prema podacima iz popisa stanovništva 1991., 2001. i 2011. godine, pokazuje sljedeće (tablica 1.).

Tablica 1. Konfesionalna pripadnost prema popisu stanovništva (%)

	1991.	2001.	2011.
Rimokatolička	76,5	87,83	86,28
Pravoslavna	11,1	4,42	4,44
Islamska	1,2	1,28	1,47
Protestantska*	0,4	0,27	0,34
Ostale**	6,9	0,47	0,43
Nisu vjernici, neopredijeljeni, agnostici, nepoznato	3,9	5,78	7,03

*Popis iz 1991. godine u kategoriji „ostalo“ podrazumijeva i „nepoznato“.

**Prema popisu iz 2011. godine „protestantska“ nije prikazano kumulativno, pa se ovdje prikazuje ukupna pripadnost Baptističkoj, Evangeličkoj, Calvinističkoj, Metodističkoj te Kristovoj pentekostnoj vjerskoj zajednici.

1991. godine vidljivo je da oko 96% građana Hrvatske izražava pripadnost jednoj od navedenih konfesija, pri čemu je dominantno pripadanje katoličanstvu. Značajnija promjena je evidentna ako se usporede podaci popisa iz 2001. i 1991. godine s obzirom na pad postotnog udjela pravoslavaca (skoro 7%), što se zasigurno može pripisati posljedicama društveno-političkih promjena, primarno migracijama uzrokovanim ratnim zbivanjima. Između 2001. i 2011. godine značajnije promjene nema, pri čemu posljednji popis pokazuje da se oko 93% stanovnika Hrvatske konfesionalno opredjeljuje, a u sklopu čega je dominantna pripadnost katoličkoj vjeroispovijesti (oko 86%). Slični podaci se potvrđuju i u istraživanjima na nacionalno reprezentativnim uzorcima (Ančić, 2011; Marinović Jerolimov, 2005b; Nikodem, 2011; Črpić & Zrinščak, 2005, 2010²⁰). Treba spomenuti da iako je evidentan porast konfesionalne pripadnosti tijekom '90-ih godina, on je započeo već krajem '80-ih godina, što treba sagledati i u sklopu činjenice da je u Hrvatskoj tijekom socijalizma razina konfesionalne pripadnosti uvijek bila dosta visoka. Tijekom '60-ih i '70-ih godina razina konfesionalne identifikacije bila

²⁰ Kod zadnjeg vala istraživanja iz *Europskog istraživanja vrednota* treba s oprezom uzeti u obzir rezultate konfesionalnog izjašnjavanja, s obzirom da se pokazuje značajno niža razina ukupnog konfesionalnog pripadanja (oko 85%) te pripadanja katoličkoj vjeroispovijesti (oko 80%). Razlog tomu je način na koje je postavljeno pitanje o konfesionalnoj pripadnosti gdje su ispitanici upitani o pripadanju vjerskoj zajednici. S opravdanjem se može pretpostaviti da neki ispitanici ne prepoznaju pitanje koje u sebi sadrži sintagmu „vjerska zajednica“ kao pitanje na kojem trebaju odrediti svoju konfesionalnu pripadnost (više o tome u Ančić, 2011; Tomka, 2005).

je slična današnjoj (oko 94% ukupne konfesionalne pripadnosti te oko 86% pripadnosti katoličkoj vjeroispovijesti), dok je značajan pad vidljiv početkom '80-ih godina (Marinović Jerolimov 1999).

Iako je konfesionalna pripadnost važan indikator, na individualnoj razini puno više saznajemo o religioznosti na temelju indikatora dimenzija religijske samoidentifikacije, religijske prakse (poput odlaska u crkvu na vjerske službe ili molitve) ili pak religijskih vjerovanja.

Što se tiče religijske samoidentifikacije u domaćim istraživanjima koristili su se različiti indikatori²¹, no glavna intencija indikatora jest da ispitanici sami identificiraju svoj intenzitet religioznosti, odnosno da sami procjene koliko su (ne)religiozni, pri čemu se radi o kontinuumu između religioznosti s jedne strane i nereligioznosti s druge strane. Isto kao i kod konfesionalne pripadnosti, religijska samoidentifikacija pokazuje sve šire rasprostranjenu religioznost na individualnoj razini u hrvatskom društvu od druge polovice '80-ih godina, pri čemu možemo reći da se najveći dio hrvatske populacije smatra *religioznima u određenoj mjeri*. Recentnija istraživanja pokazuju da postoji od 74% (Ančić & Zrinščak 2012) do 88% (Nikodem 2011) osoba koji se smatraju religioznima, ovisno o korištenim indikatorima, no bitno je istaknuti da se ne radi o homogenoj skupini, već da postoje razlike u intenzitetu, poglavito između osoba koji se smatraju uvjerenim vjernicima koji prihvaćaju sve što ih njihova vjera uči i onima koji su religiozni, ali ne prihvaćaju sve što ih vjera uči (religiozni na vlastiti način), pri čemu ovih prvih ima oko 47%, a ovih drugih oko 42% (Nikodem 2011). Štoviše, prva skupina uvjerenih vjernika koji tvrde da prihvaćaju sva vjerska naučavanja, nije homogena, već pokazuje opći obrazac različito rasprostranjene religioznosti u pojedinim dimenzijama (Marinović Jerolimov 2005b, p.331).

Što se tiče religijske prakse, konkretnije odlaska u crkvu na vjersku službu, istraživanja pokazuju da se i u toj dimenziji religije odvija revitalizacija, samo što se taj trend može pratiti uglavnom nakon sloma socijalizma, dok je tijekom '80-ih karakteristična određena stabilizacija (Marinović Jerolimov 1999). U novije vrijeme otprilike 23% odlazi u crkvu tjednom, 17% mjesečno, 26% godišnje, rjeđe od toga 15%, dok oko 17% uopće ne odlazi. Što se tiče molitve, dnevno moli oko 35%, tjedno oko 15%, mjesečno oko 11%, godišnje oko 10%, rjeđe od toga oko 13%, dok nikada ne moli oko 16% (Ančić & Zrinščak 2012). Osim podataka o odlasku u crkvu na vjerske službe, što se tiče religijske prakse, zanimljivi su i podaci o sudjelovanju u

²¹ Više o instrumentarijima mjerenja religijske samoidentifikacije u Hrvatskoj u Bezinović, Marinović Bobinac, & Marinović Jerolimov, 2006.

aktivnostima vjerske zajednice, ne računajući odlaske na vjerske obrede. Tako primjerice na tjednoj razini u izvanobrednim aktivnostima sudjeluje oko 4%, isto je i za mjesečnu razinu, na godišnjoj razini je oko 18%, rjeđe od toga oko 10%, dok nikada ne sudjeluje nešto preko 60%. Ista je distribucija odgovora ako se pogledaju rezultati unutar dominantne katoličke populacije²².

Ako pogledamo analize o rasprostranjenosti i tipu vjerovanja karakterističnima za hrvatsko društvo, onda se može reći da su najprihvaćenija tradicionalna crkvena vjerovanja, no ona nisu prihvaćena u jednakoj mjeri, pa tako primjerice preko 90% vjeruje u Boga, dok tek malo iznad 50% vjeruje u život poslije smrti, raj i pakao (Marinović Jerolimov 2006; Ančić & Zrinščak 2012). Isto tako postoji i prisutnost alternativnih vjerovanja, odnosno vjerovanja koja su izvan crkvena, pri čemu se procjenjuje da je razina prihvaćanje alternativnih vjerovanja između 5% i 26% (Marinović Jerolimov 2005b). Stoga nas podaci o širokoj varijaciji vjerovanja koja tvore tradicionalan sklop vjerovanja te podaci o paralelnom postojanju alternativnih vjerovanja, navode na zaključak da u hrvatskom društvu postoji „dezintegracija dogmatskog sustava i sinkretična religijska svijest“ (Marinović Jerolimov 2006, p.264).

Iako je utvrđena visoka razina religioznosti te je kao takva široko rasprostranjena u hrvatskom društvu, vidljivo je iz podataka da ta razina nije jednaka u svim dimenzijama. Najviša razina je evidentna na identifikacijskoj razini, prvenstveno na razini konfesionalnog opredjeljenja, a zatim na razini vlastite religijske identifikacije, dok je razina prakse značajno niža. Uz ova obilježja religioznosti u hrvatskom društvu, treba istaknuti da su istraživanja pokazala da su žene, starije osobe, manje obrazovane osobe te osobe iz ruralnih krajeva češće religiozne, te da iako recentnije analize pokazuju da postoji određena „dinamičnost u stabilnosti“, kada se analiziraju promjene između 1999. i 2008. godine²³ (Črpić & Zrinščak 2010), i dalje možemo sa sigurnošću tvrditi da u Hrvatskoj prevladava tradicionalna religioznost institucionalnog tipa (Nikodem 2011). No vidljivo je da uz tradicionalnu religioznost postoje i privatni oblici religioznosti, odnosno oni oblici koji se u sociologiji religije nazivaju religijskim individualizmom. Karakteristike kao što su smanjeni značaj institucionalne religioznosti (primjerice odlazak u crkvu) u usporedbi s višom razinom važnosti osobne religioznosti te

²² Prikazani rezultati dobiveni su frekvencijskom analizom podataka iz međunarodnog istraživačkog programa *International Social Survey Programme* istraživačkog projekta, i to iz modula „Religija“ te do sada nisu nigdje prikazani. Podaci su prikupljeni 2009. godine na nacionalno reprezentativnom uzorku.

²³ Analiza podataka iz *Europskog istraživanja vrednota* pokazuje da se između 1999. i 2008. godine povećao udio mlađih u vjerničkoj populaciji, da se smanjio udio starijih te povećao udio žena (Črpić & Zrinščak 2010), no daljnja istraživanja su potrebna kako bismo mogli biti sigurniji kojeg su intenziteta promjene u vjerničkoj strukturi građana Hrvatske.

orijentacija prema alternativnim oblicima religioznosti koji imaju karakteristike individualizacijskih procesa (veća sklonost obrazovanijih, mlađih te onih iz urbanih sredina) ukazuju na postojanje oblika religijske individualizacije (Pollack & Müller 2006). U tom kontekstu hrvatsko društvo obilježeno je paralelnim postojanjem tradicionalnih i individualnih oblika religioznosti.

Kao što se može vidjeti iz spomenutih istraživanja religioznost u hrvatskom društvu je relativno dobro istraživani društveni fenomen, no spoznaja o samom fenomenu nam je važna i u kontekstu utjecaja kojeg religioznost ima na oblikovanje stavova i vrijednosnih sustava pojedinaca. Dakle, koji su posljedični utjecaji koje religioznost ostavlja na članove društva i koliko je to važno kada se istražuje društvo općenito, pitanja su na koja domaći istraživači isto daju odgovore. U tom smislu vrijednosni sustavi u hrvatskom društvu često su istraživani u više navrata i iz više perspektiva, a poglavito odnos religioznosti i vrijednosnih sklopova (Sekulić 2011; Sekulić & Šporer 2006; Rimac 1998; Milas & Rihtar 1998; Labus 2005; Aračić et al. 2003; Aračić & Nikodem 2000; Marinović Jerolimov 2000a). Religioznost je vrlo često izvor političkih i općedruštvenih vrijednosnih orijentacija, i to naravno ne vrijedi samo za hrvatsko društvo. Najopćenitije rečeno, prediktivni potencijal religioznosti u vrijednosnim orijentacijama promatra se u odnosu između tradicionalnih i modernih vrijednosnih sustava. Kada govorimo o vrijednostima, u hrvatskom društvu vidljiva je konzistentna struktura koju određuje tradicionalna i kolektivna vrijednosna svijest, pri čemu su u većoj mjeri prihvaćene kolektivne vrijednosti obitelji, države, socijalne pravde, nacionalne prošlosti, koje su obilježene patrijarhalnim, autoritarnim, etnocentričkim te tradicionalnim emocionalno-psihološkim dimenzijama (Labus 2005). S obzirom da postoji prihvaćanje i modernih vrijednosti, analize pokazuju da se za razdoblje prije propasti socijalističkog sustava, ali i za razdoblje nakon, može reći da je opći trend u hrvatskom društvu kombiniran retradicionalizacijom i modernizacijom osnovnih vrijednosnih orijentacija. Retradicionalizacija se manifestira porastom religioznosti i nacionalnog ekskluzivizma, dok je modernizacija vidljiva u većem prihvaćanju rodne jednakosti, tj. opadanju rodnog konzervativizma (Sekulić 2011). Odnos religioznosti i nekih vrijednosnih struktura pokazuje se postojanom, kako u razdoblju prije pada, tako i u razdoblju nakon pada socijalizma, iako je evidentan i rast religioznosti u društvu. Tako je primjerice religioznost pozitivno korelirana s rodnim konzervativizmom, nacionalizmom i političkim autoritarizmom u socijalističkom razdoblju, dok je u post-socijalističkom i dalje prediktivna za rodni konzervativizam, politički autoritarizam i opći autoritarizam. Religioznost s

nacionalizmom je bila u većoj mjeri povezana u razdoblju uoči raspada sustava, nego što je danas (Sekulić & Šporer 2006, p.13).

Uz jaku vezu između religioznosti i vrijednosnih struktura u hrvatskom društvu, poznata nam je i važnost religioznosti u nekim dimenzijama oblikovanja političkih orijentacija (Rimac 1998) ili pak kao jedne od determinanti socijalnog kapitala, odnosno kao važan prediktor civilnog umrežavanja (Štulhofer 2004), no znatno se manje zna o ulozi religioznosti u zdravlju pojedinaca. Odnos religije i zdravlja općenito, te važnost religioznosti kao značajne determinante zdravlja specifično, u Hrvatskoj do sada nije bilo posebno istraživano, ili preciznije, pojavljuje se kao istraživačka tema vrlo rijetko i sporadično. Stoga, se gotovo posve nepoznato postoji li odnos religije i zdravlja u hrvatskom društvu te ukoliko postoji o kakvoj prirodi odnosa se radi. Zato je potrebno naznačiti koja su se istraživanja/publikacije bavile odnosom religije i zdravlja te koji su glavni nalazi i zaključci istraživanja.

Iako se radi o zanemarenoj temi zanimljivo je da je u Zagrebu 2010. godine održan simpozij u organizaciji Filozofskog fakulteta Družbe Isusove na temu „Bolest i zdravlje u religijama“. Cilj simpozija bio je obraditi temu o tome kako se bolest i zdravlje tretiraju u religijama, te je 2011. godine izdan i zbornik radova sudionika simpozija s istim naslovom (Nikić 2011). Iako je glavno obilježje skupa i zbornika radova interdisciplinarnost, primarno se radi o interkonfesionalnom promišljanju brige religije za zdravlje čovjeka, a u funkciji kvalitetnije aktualizacije i realizacije njegovog vjerničkog potencijala. Radovi su primarno preglednog karaktera te u tom smislu izostaju empirijski potkrijepljena istraživanja.

Od empirijskih radova koji postoje, možemo napraviti podjelu na one koji su iz područja psihologije i psihijatrije te na one koji su bliže sociologijskoj znanosti²⁴. Iz ove prve grupe radi se o četiri rada, pri čemu su sva četiri kliničke studije. Tri rada u toj grupi odnose se na istraživanje uloge religioznosti/duhovnosti kod ratnih veterana oboljelih od post-traumatskog stresnog poremećaja (Mihaljević et al. 2012; Mihaljević et al. 2011; Nad et al. 2008), pri čemu se pokazuje da postoji korelacija između duhovne dobrobiti i intrinzične religioznosti sa suicidalnim namjerama (obrnuto korelirano), te da je čak kod onih pacijenata koji su pokazali višu razinu duhovne dobrobiti zabilježena niža razina kortizola, steroidnog hormona čija je registrirana viša razina povezana s većim rizikom od samoubojstva. Druga tema u ovoj grupi odnosi se na povezanost kvalitete života i religioznosti kod pacijentica s karcinomom dojke.

²⁴ Treba spomenuti da postoji i jedan rad autora iz prve skupine koji daje opći pregled odnosa religije i zdravlja (Aukst-Margetić & Margetić 2005).

Studija je pokazale da je umjeren religioznost povezana s lošijom percepcijom zdravlja, dok je viša religioznost povezana s višom razinom društvene podrške (Aukst-Margetić et al. 2009).

U drugoj više sociološki orijentiranoj grupi istraživanja, možemo izdvojiti nešto manje radova. Već je spomenut rad Štulhofera i suradnika u kojem se istraživao odnos religioznosti i rizika od spolno prenosivih bolesti na mladoj populaciji (studenti prve godine studija Sveučilišta u Zagrebu). Analiza je pokazala da je religioznost, mjerena dimenzijama religijskog odgoja i osobne religioznosti, negativno povezana sa znanjem u ljudskoj seksualnosti, i to kod žena, ali da, usprkos očekivanjima temeljenim na drugim empirijskim radovima, nije povezana s korištenjem kondoma. Kod žena je primijećeno da religioznost u obje dimenzije utječe na kasnije stupanje u prvi spolni odnos. Općenito, zaključeno je da se religioznost ne pokazuje kao prediktivno svojstvo koje je povezano sa smanjenim rizikom od spolno prenosivih bolesti (Štulhofer et al. 2010). U svakom slučaju radi se o relevantnom radu koji se bavi odnosom religioznosti i ponašanja vezanog za zdravlje.

Indikativan je i rad Marinović Bobinac koja je u kontekstu istraživanja religijskih iskustava u Hrvatskoj istaknula nalaz da je 14 % ispitanika doživjelo iskustvo ozdravljenja, pri čemu se to iskustvo pojavljuje iznad prosjeka kod onih ispitanika koji se religijski samo-identificiraju kao uvjereni vjernici te kod ispitanika koji učestalije odlaze u crkvu (Marinović Bobinac 2005). Za sada jedino istraživanje koje se bavilo odnosom religioznosti i zdravlja na nacionalno reprezentativnom uzorku²⁵, prikazano je u radu Ančić i Marinović Jerolimov (2011.) u kojem je potvrđena povezanost religioznosti i zdravstvenog statusa. Od tri analizirana indikatora religioznosti (religijska samoidentifikacija, učestalost odlazanja u crkvu, učestalost osobne molitve) vidljivo je da su odlazak u crkvu i osobna molitva povezani sa subjektivnom procjenom zdravlja te da postoji veća vjerojatnost da će osobe koje češće odlaze u crkvu manje konzumirati cigarete, da će imati manje zdravstvenih problema te da će češće zbog tih problema, ali i kontrole/preventive odlaziti liječniku. Isto tako pokazalo se da će općenito biti zadovoljniji svojim zdravstvenim stanjem (Ančić & Marinović Jerolimov 2011).

Možemo reći da postoji potreba za istraživanjima odnosa religije/religioznosti i zdravlja, te da iako postoje neki manji istraživački naponi, u Hrvatskoj se nalazimo na samom početku. S obzirom da će se u istraživanju ovaj rad većim dijelom orijentirati na otkrivanju uloge vjerske zajednice kao socijalnog resursa značajnog za zdravlje, te iako se radi o području u kojem

²⁵ Korišteni su podaci iz projekta *Društvene i religijske promjene u Hrvatskoj*, Instituta za društvena istraživanja, koji je proveden 2004. godine na reprezentativnom uzorku punoljetnih stanovnika.

postoji potreba za interdisciplinarnim pristupom, primarno sociološka orijentacija rada nastoji pridonijeti kako razumijevanju uloge religioznosti i vjerskih zajednica u suvremenom hrvatskom društvu, tako i zdravlja kao socijalne činjenice čije determinante treba šire i opsežnije razotkriti.

4. CILJEVI I METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. Konceptualno-kontekstualni okvir istraživanja

Predmet ovog istraživanja je odnos religije i zdravlja, specifičnije u kojoj mjeri i kako se taj odnos posreduje kroz pripadnost i angažman u određenim vjerskim zajednicama. S obzirom da u istraživanjima odnosa religija i zdravlja postoje različiti konceptualni pristupi, koji u velikoj mjeri ovise o znanstvenom području unutar kojega se taj odnos razmatra, može se reći da je osnovni karakter ovoga istraživanja sociološka eksploracija tog odnosa u određenom socio-religijskom kontekstu (hrvatskog društva).

Naime, vidjeli smo na temelju statističkih podataka o socio-religijskoj slici Hrvatske, da se zapravo radi o gotovo monokonfesionalnom društvu s izrazitom dominantnom pripadnosti katoličanstvu. Usprkos toj odrednici, hrvatsko društvo je obilježeno i značajnim brojem vjerskih zajednica iz različitih drugih tradicija, pri čemu je broj pripadnika u tim zajednicama, promatrano na razini ukupne populacije, relativno mali. Uzmu li se u obzir ove karakteristike, pripadnost ne-katoličkim vjerskim zajednicama se u kontekstu hrvatskog društva može označiti kao pripadnost manjim vjerskim zajednicama, odnosno radi se o tzv. manjinskoj religioznosti.

Odnos religije i zdravlja u ovom radu se istražuje u sklopu malih vjerskih zajednica. Naime na temelju pregleda istraživanja prikazanog na početku ovog rada, evidentno je da mogući utjecaj religioznosti na osobno zdravlje u određenoj mjeri ovisi i o samoj religijskoj tradiciji. U određenim religijskim tradicijama religijske norme koje mogu utjecati na neke elemente zdravlja, primjerice na određene obrasce ponašanja koji utječu na osobno zdravlje, mogu biti eksplicitnije izražene i više internalizirane nego u nekim drugim religijskim tradicijama. Upravo iz tog razloga je plodonosnije istraživati sociološke aspekte odnosa religije/religioznosti i zdravlja u više vjerskih zajednica koje proizlaze iz različitih religijskih tradicija.

Ukoliko se uzme u obzir monokonfesionalno obilježje hrvatskog društva, može se postaviti opravdano pitanje o razlogu zašto se ne istražuje ovaj odnos u dominantno prisutnoj katoličkoj konfesiji. Dio objašnjenja proizlazi i gore navedenog razloga koji se odnosi na raznolikost religijskih tradicija čiji se utjecaj nastoji istražiti, a što bi bilo nemoguće ukoliko se bi istraživalo samo unutar katoličanstva. Uz to cilj ovog rada je istražiti odnos religioznosti i zdravlja u zajednicama koje nisu tradicionalne iz razloga što se pretpostavlja da su u netradicionalnim zajednicama međusobni odnosi intenzivnijeg karaktera nego u tradicionalnim, kao što je

primjerice katoličanstvo. No s obzirom na gotovo monokonfesionalno obilježje hrvatskog društva, istraživanje odnosa religije/religioznosti i zdravlja na nacionalno-reprezentativnim uzorcima omogućuju znanstvene spoznaje o ovoj temi i na katoličkoj populaciji, pri čemu će se podaci o (ne)postojanju tog odnosa i prikazati u nastavku rada. Isto tako treba reći da je cilj istraživanja razotkriti da li se odnos religije/religioznosti i zdravlja ostvaruje upravo kroz angažman u vjerskoj zajednici te je li u tom smislu vjerska zajednica socijalni resurs koji ima određene učinke na osobno zdravlje. Zbog toga u odabiru istraživanih vjerskih zajednica naglasak nije bio na reprezentativnosti u smislu opće populacije Hrvatske.

Kako je prikazano u odlomku o socio-religijskim istraživanjima hrvatskog društva, odnos religije i zdravlja je sporadično istraživana tema, a u okviru istraživanja različitih vjerskih zajednica praktički i nepostojeća. Ovdje treba uzeti u obzir i činjenicu da istraživanja o nekatoličkim vjerskim zajednicama, pri čemu se prvenstveno misli na sociološka istraživanja, isto tako nisu učestala. Osim istraživanja dijela zajednica kršćanske provenijencije provedenog u Zagrebu od 1988. do 1991. godine (Marinović Jerolimov 1991; Plačko 1991; Dugandžija 1990; Marinović Bobinac 1991), te specifičnije istraživanja o pentekostnim zajednicama (Marinović Bobinac 1999b; Marinović Bobinac 2000b), manje vjerske zajednice (tradicionalne manje vjerske zajednice, novi religijski pokreti i različiti oblici postmoderne religioznosti i duhovnosti) do unatrag nekoliko godina nisu bile sociološki istraživane²⁶. Značajan doprinos istraživanju vjerskih zajednica u Hrvatskoj je knjiga *Vjerske zajednice u Hrvatskoj* u kojoj su prikazani kratka povijest, vjerovanja, obredi, hijerarhija, organizacija, članstvo, tradicija, običaji i blagdani za skoro 40 registriranih vjerskih zajednica (kršćanske i nekršćanske provenijencije) (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008). Usprkos ovoj knjizi u kojoj su pružene ekstenzivne informacije o vjerskim zajednicama u Hrvatskoj i dalje nedostaje socioloških istraživanja unutar samih zajednica koja bi doprinijela boljem razumijevanju praksi i funkcioniranju samih zajednica. U tom kontekstu je ovo istraživanje određeni doprinos tome razumijevanju.

Kao što je spomenuto postoji nekoliko mehanizama koji objašnjavaju na koji način religija može ostvarivati svoj utjecaj na zdravlje, pri čemu je u ovom istraživanju primarni fokus na dva mehanizma. Prvi mehanizam se odnosi na regulaciju individualnih životnih stilova i

²⁶ Od 2007. godine u Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu provodi se projekt pod nazivom „Manje vjerske zajednice kao akteri religijskih promjena u hrvatskom društvu“, pod vodstvom prof. dr. sc. Ankice Marinović. S obzirom da je osnovni cilj projekta utvrditi kako manje vjerske zajednice kao akteri sudjeluju u procesu religijskih promjena u hrvatskom društvu, može se reći da su se sociološka istraživanja manjinske religioznosti intenzivirala (više o projektu moguće je pronaći na mrežnoj stranici <http://zprojekti.mzos.hr/page.aspx?pid=96&lid=1>).

zdravstvenog ponašanja dok se drugi mehanizam odnosi na mogućnost religije i vjerskih zajednica da pojedincima osigurava socijalne resurse koji mogu imati posljedice na osobno zdravlje. No, kako bi se mogao odnos religioznosti i zdravlja istražiti kroz ova dva mehanizma, potrebno je osigurati empirijski uvid zasebno u religioznost u vjerskim zajednicama te zasebno u elemente osobnog zdravlja u istim tim zajednicama, s obzirom da o tome postoje male ili nikakve spoznaje.

U konceptualnom okviru važno je naglasiti da su u istraživanju važna tri osnovna podkoncepta, odnosno pojma koja su multidimenzionalnog karaktera.

1. Prvi pojam se odnosi na religioznost koju se određuje kao individualni aspekt religije. U tom smislu je religioznost subjektivan sustav značenja, vjerovanja, stavova, osjećaja i ponašanja orijentiran prema transcendentnom i svetom, a koji utječe na ponašanje pojedinca/vjernika i u svjetovnom kontekstu. Stoga će se kao dimenzije religioznosti istražiti konfesionalna pripadnost, religijska samo-identifikacija, prihvaćena religijska vjerovanja te religijska praksa. Uzevši u obzir navedene različite dimenzije religioznosti, koristit će se i sintagma religijska angažiranost koja se primarno odnosi na elemente religijske prakse, pri čemu se razlika odnosi na činjenicu da religijska praksa uglavnom podrazumijeva specifične prakse koje su religijskog karaktera, poput odlaska na vjerske službe ili molitvene grupe. Religijska angažiranost podrazumijeva te dimenzije, ali i dimenziju sudjelovanja u vjerskoj zajednici koja nije vezana nužno za religijske sadržaje.

2. Drugi podkoncept je zdravlje. Tu je važno reći da postoje različiti pristupi u istraživanju zdravlja te da se ono ne smije definirati samo kao puko odsustvo bolesti već se mora uzeti u obzir fizičko, mentalno, socijalno i duhovno blagostanje pojedinca. Zdravlje je sigurno pod utjecajem bioloških faktora te se kao takvo može biološki i odrediti, no ne smije se nikako zanemariti da se radi i o sociološkoj kategoriji, pa se stoga u ovom istraživanju zdravlju pristupa iz perspektive *samoprocjene pojedinca*. U toj samoprocjeni dvije su osnovne dimenzije koje se procjenjuju. Prva se odnosi na *zdravstveno ponašanje* dok se druga odnosi na *zdravstveno stanje*, pri čemu su obje dimenzije važni pokazatelji osobnog zdravlja. Naime, istraživanja su pokazala da su subjektivne procjene zdravlja pouzdane mjere osobnog zdravlja, te da su u korelaciji s objektivnim pokazateljima zdravlja (Mackenbach et al. 2002; Idler & Angel 1990; Mora et al. 2008; Lee 2000; Shunquan et al. 2013).

3. Treći podkoncept odnosi se na *vjersku zajednicu kao socijalni resurs*. Društvene skupine općenito imaju potencijal da promoviraju zdravstveno (ne)poželjno ponašanje i stavove

(Berkman 1985; Berkman & Syme 1979). U tom smislu vjerske zajednice mogu promatrati kao specifične društvene skupine s obzirom da kroz svoje religijske doktrine i norme promoviraju određene obrasce ponašanja koji imaju utjecaj na osobno zdravlje, ali mogu pojedincima pružati i određene elemente koji imaju salutarne učinke na zdravlje. Stoga se koncept vjerske zajednice u ovom istraživanju razmatra kao određeni socijalni milje u kojem postoje pojedincima dostupni resursi značajni za zdravlje. Time se resursi značajni za zdravlje mogu podijeliti na dvije općenitije dimenzije. Jedna se odnosi na elemente *socijalnog kapitala*, poput umrežavanja i povjerenja, dok se druga odnosi na *pružanje podrške*, poput podrške od strane ostalih su-vjernika ili podrške od strane voditelja vjerske zajednice. Podrška od koje pojedinci mogu imati koristi za zdravlje može biti materijalnog i nematerijalnog tipa.

4.2. Sadržaj istraživanja te istraživačka pitanja i ciljevi

Kao što je već rečeno, osnovni cilj ovog rada je stjecanje znanstvenih spoznaja o nekim sociološkim aspektima odnosa religioznosti i osobnog zdravlja. Kroz ovo istraživanje saznati će se nešto o odnosu religije i zdravlja u društvu u kojem je ta tema bila istraživački zanemarena, pri čemu ekstenzivna literatura iz područja pokazuje kako postoji potreba da se ovaj odnos istražuje izvan primarno dominantnog američkog istraživačkog okvira. Shodno tome, potreba istraživačkog produbljivanja ove teme izvan određenog društvenog konteksta leži upravo u činjenici da se religija može promatrati kao društveno-povijesna pojava što dovodi do pretpostavke da u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja istraživanja treba provoditi u različitim socio-kulturnim kontekstima.

Različiti znanstvene discipline u istraživanju odnosa religije i zdravlja pokazuju određeni nerazmjer u teorijskom i metodološkom pristupu, no usprkos tim razlikama multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup u velikoj mjeri obogaćuje ovo istraživačko područje dobivenim spoznajama. Sociologijski doprinos je u zadnjih dvadesetak godina sve prisutniji i značajniji, ali uglavnom unutar epidemioloških studija. U tom kontekstu nedostaje više sociologijski orijentiranih i dizajniranih istraživačkih studija, što je ovdje također jedan od ciljeva. Isto tako treba uzeti u obzir da je sociologijski doprinos izuzetno bitan upravo kroz relevantnost kongregacije za ostvarenje odnosa religije i zdravlja.

Iako postoji opsežna literatura o odnosu religije i zdravlja, činjenica da se taj odnos slabo istraživao u različitim socio-kulturnim kontekstima nameće potrebu da se formiraju konkretnija deskriptivna istraživačka pitanja bez unaprijed stvorenih hipoteza.

1. Postoji li povezanost između religioznosti i zdravlja (zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja) u hrvatskom društvu?
2. Postoji li povezanost između religioznosti i zdravlja (zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja) u vjerskim zajednicama?
3. Ukoliko postoji povezanost radi li se o pozitivnom utjecaju religioznosti na zdravstveno ponašanje i stanje?
4. Razlikuju li se ispitanici u manjim vjerskim zajednicama od ispitanika u općoj populaciji u odnosu na zdravstveno ponašanje i stanje?
5. Razlikuju li se ispitanici u manjim vjerskim zajednicama od ispitanika iz opće populacije u razini religioznosti?
6. Doprinosi li religijski angažman u vjerskoj zajednici stvaranju socijalnog kapitala?
7. U kojoj mjeri vjerska zajednica doprinosi stvaranju podrške svojim vjernicima?
8. Ukoliko se u vjerskoj zajednici stvaraju određeni socijalni resursi kao što su socijalni kapital te podrška, u kojoj mjeri oni posreduju odnos religioznosti i zdravlja?

4.3. Odabir istraživačkih metoda

S obzirom na postavljena istraživačka pitanja i istraživačke ciljeve te na temelju pregleda bogate empirijske građe, odnos religioznosti i zdravlja se u ovom radu primarno istražuje kvantitativnim metodološkim pristupom. Jedan od razloga tomu je što se tim pristupom omogućuje testiranje značajnosti povezanosti, odnosno utjecaja religioznosti na zdravlje. Iz tog razloga se i u ovom istraživanju koristi kvantitativni metodološki pristup, uz malu nadopunu kvalitativnom metodologijom. Naime, eksploracija odnosa između religioznosti i zdravlja će se primarno istražiti kvantitativnim pristupom, dok će kvalitativni biti u funkciji boljeg razumijevanja kako se taj odnos ostvaruje unutar vjerske zajednice te po čemu je vjerska zajednica specifična društvena mreža koja sadrži socijalne resurse koji mogu imati učinak na zdravlje.

U kvantitativnom pristupu korištena je metoda ankete pri čemu se anketiranje provelo na dvije razine – na razini opće populacije i na razini vjerskih zajednica.

1. Razina opće populacije:

Na razini nacionalnog reprezentativnog uzorka koristili su se podaci iz znanstveno-istraživačkog projekta ISSP (International Social Survey Programme). ISSP je jedan od najstarijih kontinuiranih međunarodnih istraživačkih programa u kojem sudjeluje 47 zemalja svijeta u kojemu se svake godine provodi istraživački modul na određenu temu iz područja društvenih znanosti, poput religije, uloge vlasti, sporta i slobodnog vremena, socijalnih nejednakosti, radnih orijentacija, okoliša, nacionalnog identiteta, obitelji, rodni uloga i sl. S obzirom da se u analizi nastojalo uspoređivati razinu vjerskih zajednica i razinu opće populacije, korištena su dva istraživačka modula. U 2011. godini na nacionalno reprezentativnom uzorku provedeno je anketno istraživanje na temu „Zdravlje“ (Health). Jedan od aspekata u ovom istraživačkom modulu je iskustvo zdravlja/bolesti na individualnoj razini. Ova tema između ostalog ima i dugu istraživačku povijest u sociologiji zdravlja i kao takva često teorijski promišlja odnos zdravstvenog statusa i društvenog položaja. Stoga je svrha analize podataka na razini nacionalne populacije bila istražiti povezanost između stupnja religioznosti i zdravstvenog ponašanja i stanja te istražiti socio-demografska i socio-strukturalna obilježja pojedinaca povezana sa stupnjem njihove religioznosti te njihovim zdravstvenim ponašanjem i stanjem. Iz drugog istraživačkog modula „Religija“ (Religion), (proveden 2009. godine također na nacionalom reprezentativnom uzorku) korišteni su određeni dijelovi koji se odnose na različite dimenzije religioznosti.

2. Razina vjerskih zajednica:

Na ovoj grupnoj razini provedeno je anketno istraživanje među vjernicima u sedam vjerskih zajednica kršćanske i nekršćanske provenijencije u Hrvatskoj. Dva su osnovna kriterija koja su korištena u odabiru vjerskih zajednica.

Prvi kriterij je postojanje doktrinarnih zahtjeva spram zdravlja i u tom smislu očekivano postojanje specifičnih praksi, dok se drugi kriterij temeljio na socio-religijskom kontekstu u Hrvatskoj gdje dominiraju tradicionalne kršćanske vjerske zajednice, pa su stoga od pet istraživanih vjerskih zajednica, četiri zajednice kršćanske, dok je jedna nekršćanske provenijencije. Prikupljanjem podataka metodom ankete, te analizom, svrha je dodatno istražiti povezanost stupnja religioznosti sa zdravstvenim ponašanjem i stanjem, ali i posebno istražiti kako vjerska zajednica kao socijalni resurs kroz dimenzije socijalnog kapitala i podrške utječe posredno na zdravstveno ponašanje i stanje.

Kako bi se moglo istražiti razlike i sličnosti između ovih dviju razina određeni indikatori iz oba ISSP modula su replicirani i na razini vjerskih zajednica. Konkretnije, kako bi se mogao istražiti odnos religioznosti i zdravlja te na koji način se taj odnos posreduje unutar vjerske zajednice, korišteni su indikatori dimenzija za svaki od spomenutih podkonceptata.

Kao indikatori religioznosti korišteni su: indikatori religijske i konfesionalne samo-identifikacije, grupne i individualne religijske prakse te religijska vjerovanja. Za procjenu religijske prakse korišteni su indikatori koji mjere učestalost odlaska u crkvu na vjerske službe/obrede i odlaska u vjersku zajednicu na molitvene grupe ili grupe u kojim se čitaju sveti tekstovi (grupni oblici religijske prakse) te indikator koji mjeri učestalost osobne molitve (individualnu religijsku praksu). Kao pokazatelj dijela religijskog angažmana korišten je indikator procjene sudjelovanja u ostalim aktivnostima vjerske zajednice koji nisu obredno-religijskog karaktera. Indikatori religijske samo-identifikacije, religijske prakse (odlazak na vjerske službe, sudjelovanje u ostalim aktivnostima i učestalost molitve) te religijska vjerovanja (u boga, život poslije smrti, raj, pakao i vjerska čuda) su iz ISSP modula „Religija“ i u istom su obliku replicirani u upitniku za vjerske zajednice u svrhu komparacije.

Za indikatore zdravlja korišteni su indikatori koji se odnose na zdravstveno ponašanje i zdravstveno stanje. Indikatori zdravstvenog ponašanja odnose se na vlastitu brigu, na korištenje zdravstvene usluge/zaštite, na prehranu te na uporabu supstanci, dok se indikatori zdravstvenog stanja odnose na samo-procjenju fizičkog i mentalnog stanja, na boravak u bolnici, na kronično

oboljenje, na osobnu dobrobit, na opću procjenu zdravstvenog stanja te je na temelju prikupljenih podataka o visini i težini ispitanika konstruiran indeks tjelesne mase. Također svi su indikatori preuzeti iz ISSP modula „Zdravlje“ replicirani u anketnom upitniku za vjerske zajednice.

Što se tiče indikatora vjerske zajednice kao socijalnog resursa oni se odnose na dvije spomenute dimenzije – na socijalni kapital i na podršku koju vjerska zajednica može pružiti svojim članovima. Kao mjere socijalnog kapitala korišteni su uobičajeni indikatori koji se odnose na umrežavanje i povjerenje i to na način da se umrežavanje ispitalo kroz broj prijatelja unutar zajednica te broj prijatelja izvan zajednice (frekventnost socijalnih kontakata), dok se povjerenje ispitalo kroz općenito povjerenje u ljude. Za stjecanje uvida u mogućnost vjerske zajednice da pruža određenu podršku svojim članovima korišteno je nekoliko baterija pitanja, pri čemu su neke preuzete u cijelosti dok su neke prilagođene cilju istraživanja. U skladu s teorijskim pretpostavkama o vjerskoj zajednici kao specifičnoj mreži koja može pružati specifičnu vrstu socijalne podrške koje je više religijskog karaktera korištena je jedna od rijetkih konstruiranih skala koja se odnosi prvenstveno na religijsku podršku, pri čemu je i empirijski validirana. Radi se o *religious support scale* istraživača Williama E. Fialae, Jeffreyja P. Bjorcka i Richarda Gorsucha (2002) koja se pokazuje kao dobra mjera religijske podrške bez obzira na razlike u religijskim tradicijama (Bjorck et al. 2011). U toj skali, nakon što su autori napravili teorijske i empirijske analize, nalaze se tri potkategorije pod nazivima kongregacijska podrška, podrška vjerskog voditelja i božja podrška (iste potkategorije su se faktorizirale i u ovom istraživanju, što je prikazano u daljnjoj analizi). Uz specifičnu vrstu socijalne podrške koja je primarno religijskog karaktera, korištena je i općenita mjera socijalne podrške. Potrebno je reći kako je socijalna podrška multidimenzionalni konstrukt koja bazično sadrži tri dimenzije (Cornman et al. 2001; Kim 2002; Taylor & Chatters 1988; Ellison & George 2010). Prva dimenzija se odnosi na procjenu stupnja prema kojemu je osoba socijalno integrirana u određenu zajednicu. U tu svrhu korištena je baterija pitanja po kojoj se procjenjuje osjećaj pripadanja vjerskoj zajednici, pripadanje vjerskoj zajednici kao važan dio osobnosti pojedinca te osjećaj važne uloge u životu vjerske zajednice, a koje je preuzeta iz rada Krausea, Shawa i Lianga (2011.). Druge dvije dimenzije socijalne podrške odnose se na *primljenu* socijalnu podršku u kojoj ispitanik/ica procjenjuje je li primio/la neki oblik socijalne podrške te na *percipiranu* socijalnu podršku u kojoj ispitanik/ica procjenjuje u kojoj mjeri misli da mu/joj je dostupna socijalna podrška. Dosadašnja istraživanja pokazala su da je u istraživanju zdravlja bolje koristiti indikatore percipirane socijalne podrške zbog toga što se pokazuju valjanijim

mjerama u predikciji različitih zdravstvenih ishoda (Cornman et al. 2001; Chaison 2006; Thrasher et al. 2004; Nurullah 2012)²⁷. Iz tog razloga se u ovom istraživanju koristila samo mjera percipirane socijalne podrške. U pregledu literature primijećeno je da ne postoje kvalitetnije mjere percipirane socijalne podrške koje su primjenjive u istraživanju u vjerskim zajednicama. Iz tog razloga je preuzeta ekstenzivna baterija percipirane socijalne podrške iz istraživanja Shinyeol Kima koja je prilagođena za ispitivanje u kontekstu vjerskih zajednica (Kim 2002) i to na način da su za svaku od mogućih životnih situacija u kojima su ispitanici trebali procijeniti mogućnost dobivanja socijalne podrške od uopćenog „nekoga“, bili upitani da procijene za nekoga od članova svoje vjerske zajednice.

Isto tako korišteni su i osnovni socio-demografski indikatori koji su relevantni u istraživanjima koja se odnose na zdravstvene ishode – dob, spol i obrazovanje.

Svaki od spomenutih indikatora je detaljno prikazan (točno postavljena pitanja i korištene skale) u poglavlju o rezultatima i analizama kako bi se lakše moglo pratiti njihovo korištenje te se kao takvi nalaze i u upitniku koji je priložen na kraju rada.

Uz kvantitativni pristup korišten je i kvalitativni pristup kroz provedene polustrukturirane intervjue s voditeljima vjerskih zajednica. Cilj ovog pristupa nije usmjeren u direktnu eksploraciju odnosa religioznosti i zdravlja već je bio usmjeren u stjecanje uvida u aktivnosti vjerskih zajednica te njihovo funkcioniranje u kontekstu odnosa religije i zdravlja. Konkretnije voditelji su bili upitani općenito o tome kako vide zdravlje kao temu unutar svoje religije te na koji način i kakve aktivnosti koje mogu biti povezane sa zdravljem organiziraju u svojim vjerskim zajednicama (npr. organizirana predavanja o zdravlju, programi pružanja osnovnih materijalnih potreba, skupljanje novčanih sredstava za oboljele i sl.). Upitnik za vjerske voditelje se također nalazi u prilogu.

4.4. Uzorkovanje i terensko prikupljanje podataka

U procesu uzorkovanja primijenjene su različite tehnike na razini opće populacije u sklopu ISSP projekta i na razini vjerskih zajednica.

U sklopu ISSP istraživanja podaci u oba modula su prikupljeni na isti način i to metodom ankete na troetapnom stratificiranom slučajnom uzorku ispitanika starijih od 18 godina. Uzorkovanje

²⁷ O kompleksnom problemu mjerenja percipirane i prihvaćene socijalne podrške pogledati kod Abu Sadat Nurullah (2012).

je obuhvaćalo razinu naselja, kućanstava te individualnu razinu. Prva etapa odnosi se na selekciju naselja kao primarnih jedinica uzorka te se temelji na metodi *probability proportionate to size*. Na temelju popisa naselja iz Državnog zavoda za statistiku (u modulu „Religija koristio se popis iz 2001. godine, dok se u modulu „Zdravlje“ koristio popis iz 2011. godine) te je svako naselje iz popisa imalo jednaku vjerojatnost da se nađe u uzorku proporcionalno svojoj veličini populacije. Izbor naselja temelji se na slučajnom uzorkovanju i to na način da su sva naselja abecedno poredana, a njihove populacije su zbrojene. Svakoj populaciji dodijeljen je slučajno odabrani broj. Izabrana su ona naselja čiji su brojevi slučajno odabrani. Unutar svakog naselja korištena je *random starting points* metoda. Ukupno je bilo 120 početnih točaka pri čemu je kod svake točke trebalo pronaći 10 ispitanika. Druga etapa odnosi se na odabir kućanstava i to *random walk methodom*. Anketari su imali točno određeni smjer kretanja, pri čemu su mogli anketirati ispitanike nakon svakog šestog kućnog broja. Ukoliko se nije ostvario kontakt na određenom kućnom broju tek nakon pete posjete anketari su mogli odustati od tog kućanstva. U trećoj etapi ispitanik/ica je odabran/na prema ključu zadnjeg rođendana. U uzorku u sklopu modula „Religija“ broj ispitanika je bio 1201 dok je u modulu „Zdravlje“ taj broj bio 1210. U prvom modulu prosječna dob ispitanika je 45,8, pri čemu je 43% muškaraca i 57% žena. U drugom modulu prosječna dob ispitanika je 47,6, od čega je 47,5% muškaraca i 52,5% žena.

Na razini vjerskih zajednica uzorkovanje je provedeno drugačijim tehnikama. Kao prvo treba reći da se radi o ne-probabilističkom uzorkovanju. Kod neprobabilističkog uzorkovanja postoji nekoliko tehnika kojima se istraživač može poslužiti. Jedna od njih je namjerno uzorkovanje (Denscombe 2007) koje je i ovdje korišteno, pri čemu postoji nekoliko razloga korištenja namjernog uzorkovanja.

Prvi se odnosi na sam cilj istraživanja. Ukoliko se želi istražiti na koji način vjerska zajednica može biti resurs u posredovanju odnosa religioznosti i zdravlja tada je namjerno uzorkovanje primjerenije zbog toga što omogućuju odabir onih zajednica koje su „bogatije“ informacijama potrebnim za istraživanje u skladu s navedenim ciljem.

Drugi razlog odnosi se na nedostatnost informacija o manjim vjerskim zajednicama, odnosno nepoznavanje temeljnih parametara populacije vjernika u vjerskim zajednicama što onemogućuje probabilističko uzorkovanje. Isto tako, na temelju istraživačkog pitanja o tome u kojoj mjeri se zajednice razlikuju s obzirom na različite religijske tradicije primjerenije je „rukom odabrati“ same zajednice.

Stoga sam se u odabiru zajednica vodio trima kriterijima. Prvi se odnosi na eventualnu razliku među zajednicama s obzirom na religijske norme koje mogu biti usmjerene prema osobnom zdravlju. Drugi kriterij se odnosi na intenzitet sudjelovanja u vjerskim zajednicama dok se treći odnosi na socio-religijsku situaciju hrvatskog društva u kojima te zajednice egzistiraju. U tom kontekstu odabrano je sedam vjerskih zajednica od kojih je šest zajednica kršćanske provenijencije dok je jedna zajednica nekršćanske provenijencije. U odabiru zajednica iz prve skupine vodilo se tipologijom zajednica koja je korištena u knjizi *Vjerske zajednice u Hrvatskoj* (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008). U njoj su kršćanske zajednice podijeljene na (1) tradicionalne kršćanske crkve, na (2) kršćanske crkve proizašle iz izvorne protestantske tradicije, na (3) kršćanske crkve reformacijske baštine, te na (4) ostale kršćanske crkve. Zajednice su odabrane iz zadnje dvije grupe zbog pretpostavke da je u njima veći intenzitet sudjelovanja i međusobnih odnosa vjernika nego što je to slučaj kod tradicionalnih zajednica (zajednica iz prve dvije grupe) te zbog toga što je moguće pronaći jasniju razliku u religijskim normama koje mogu biti usmjerene prema zdravlju. Vodeći se tim kriterijima izabrane su sljedeće zajednice: Savez baptističkih vjerskih zajednica, Evanđeosko pentekostna crkva, Crkva cjelovitog evanđelja, Savez crkava „Riječ života“, Crkva Isusa Krista Svetaca posljednjih dana (mormoni) i Kršćanska adventistička crkva. Prve četiri zajednice spadaju u grupu kršćanskih crkava reformacijske baštine, dok mormonska i adventistička nalaze spadaju pod ostale kršćanske crkve. U sklopu nekršćanskih zajednica odabrana je Hinduistička vjerska zajednica.

S obzirom da se na razini vjerskih zajednica koristilo namjerno uzorkovanje, nastojalo se obuhvatiti što veći broj vjernika u zajednicama, pa se anketiranje odvijalo u pravilu nakon značajnih vjerskih obreda. Isto tako nastojalo se izbjeći isključivo uzorkovanje ispitanika u Zagrebu, pa je osim Zagreba anketno istraživanje provedeno i u Karlovcu (baptistička i mormonska vjerska zajednica), Dubrovniku (Crkva „Riječ života“) te Osijeku (baptistička vjerska zajednica). U ukupnom uzorku ima 320 ispitanika, pri čemu je prosječna dob 41,7, od čega je 40% muškaraca i 60% žena. Detaljnije podaci o uzorku vjerskih zajednica vidljivi su u tablici 2.

Tablica 2. Vjerske zajednice obuhvaćene istraživanjem – religijska tipologija i uzorak

Religija / religijska tradicija		Vjerska zajednica Hrvatskoj	N pojedinih vjerskih zajednica	N ispitanika	%	
Kršćanske vjerske zajednice	Kršćanske crkve reformacijske baštine	Baptistička	Savez baptističkih crkava u RH	3	85	26,5
		Pentekostna	Evandeoska pentekostna crkva u RH	2	47	14,7
		Pentekostna – samostalne crkve	Savez crkava „Riječ života“ Crkva cjelovitog evanđelja	2 1	49 22	15,3 6,9
	Ostale kršćanske crkve	Mormonska	Crkva Isusa Krista Svetaca posljednjih dana	2	45	14,1
		Adventistička	Kršćanska adventistička crkva	1	27	8,4
	Ukupno 1			11	275	
Nekršćanska vjerska zajednica	Hinduistička	Hinduistička vjerska zajednica Hrvatske	1	45	14,1	
	Ukupno 2			1	57	
Ukupno 1+2			12	320	100	

Prikazane vjerske zajednice su na temelju istih kriterija prema kojima su odabrane, svrstane u grupe, odnosno napravljena je određena tipologija. Tipologija je primarno sociologijskog karaktera i to za potrebe analize odnosa religioznosti i zdravlja te posebno dimenzija osobnog zdravlja. Tri anketirane zajednice u Zagrebu, Karlovcu i Osijeku koje su u sklopu Saveza baptističkih crkava u Republici Hrvatskoj grupirane su zajedno te će se prikazivati kao baptističke vjerske zajednice (N=85). Dvije zajednice iz Evandeosko pentekostne crkve u Republici Hrvatskoj (obje iz Zagreba), dvije zajednice iz Saveza crkava „Riječ života“ (Zagreb i Dubrovnik) te jedna zajednica iz Crkve cjelovitog evanđelja u Zagrebu, će se prikazivati isto tako zajedno s obzirom da se radi o pentekostnim vjerskim zajednicama (N=118). Iako se među

ovim zajednicama mogu pronaći određene razlike, one sociološki nisu relevantne za ovo istraživanje. Treća grupa odnosi se na mormonsku vjersku zajednicu i adventističku vjersku zajednicu (N=72). Ove dvije vjerske zajednice stavljene su zajedno za potrebe analize iz određenih razloga. Kao prvo radi se o kršćanskim zajednicama koje se ne žele svrstati u kršćanske zajednice proizašle iz izvorne protestantske tradicije (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008), odnosno u crkve reformacijske baštine. Iako teološki različite, sociološki promatrano postoje određeni slični elementi kao što su vjerovanje u proročanstva, krštenje uranjanjem, vođenje života u skladu s Dekalogom te jasne etičke norme koje se odnose na izvanjski svijet. Te jasne etičke norme očituju se u striktnim pravilima koja se primjerice odnose na tijelo (pravila koja se donose na konzumaciju alkohola, cigareta, određene vrste hrane, i sl.), ali i u nekim opće vrijednosnim stavovima poput zabrane pobačaja, zabrane predbračnog seksa i izvanbračnog seksa (elementi koji isto mogu utjecati isto na osobno zdravlje) ili pak nepodržavanja homoseksualnosti (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008). Dakle, ako iz sociološkog rakursa promatramo njihovu teologiju možemo reći da se radi o apokaliptičnim sektama, odnosno sektama u kojima se iščekuje apokalipsa, pri čemu se riječ sekta ovdje koristi isključivo kao vrijednosno neutralan pojam. Ako promatramo njihov svjetovni oblik onda sociološki možemo upotrijebiti pojam „striktnosti“ kao koncept koji označava mjeru odvojenosti, ili bolje rečeno mjeru različitosti, koju jedna vjerska zajednica ima prema drugim zajednicama ili prema društvu u cijelosti. Iannaccone naglašava da se striktnost može promatrati kao apostrofiranje određene denominacije u održavanju distinktivnih životnih stilova ili morala u osobnim i obiteljskim životima, u područjima poput oblačenja, prehrane, zabave, konzumacije alkohola, braka, seksa i slično (Iannaccone 1994). Iako primjerice i kod baptističke i kod pentekostne religijske tradicije postoje određene upute za život, baptistička i pentekostna religijska tradicija se razlikuju od mormonska i adventističke u velikoj mjeri upravo u tome što postoji manja striktnost u zahtjevima prema svojim vjernicima. Tako unutar baptističke tradicije postoji teološka različitost, te visoka autonomnost baptističkih vjerskih zajednica u promišljanju i djelovanju. Raznolikost u promišljanju manifestira se u tome da kod baptističke tradicije ne postoje jednoznačni odgovori na neka etička pitanja, od kontracepcije, eutanazije, seksualne orijentacije, razvoda braka pa čak do korištenja oružja (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008, p.119), dok kod mormonizma i adventizma postoji. Isto se može reći i za ovdje istraživane pentekostne zajednice koje u svojim zahtjevima prema svjetovnom životu svojih članova nemaju tako jasno određena pravila za koja se očekuje striktno pridržavanje. I na kraju posljednji, četvrti tip zajednice odnosi se na hinduističku

zajednicu koja se promatrati kao zaseban tip zbog činjenice da se radi o ne-kršćanskoj vjerskoj tradiciji.

3.1. Istraživačke procedure

U opisu istraživačkih procedura treba se osvrnuti na dva aspekta: provođenje terena, te analizu i prikaz rezultata.

Terenski dio istraživanja je za ISSP modul „Religija“ trajao otprilike od početka lipnja 2009. godine do sredine rujna 2009. godine. Kod modula „Zdravlje“ teren se provodio tijekom svibnja i lipnja 2011. godine.

Terenski dio istraživanja na razini vjerskih zajednica provodio se tijekom ožujka, travnja i svibnja 2013. godine. Sva su anketiranja provedena u prostorijama vjerskih zajednica, pri čemu je od ukupno 12 pojedinih zajednica u njih 9 anketiranje provedeno pod mojom osobnom supervizijom, dok je u 3 zajednice provedeno pod supervizijom instruiranih osoba. Intervjue s voditeljima sam isto tako osobno proveo u prostorijama vjerskih zajednica te ih digitalno snimio.

Prikupljeni kvantitativni podaci skupljeni su u određene baze podataka koje su obrađivane SPSS 13.0 statističkim programskim paketom. S obzirom na mogućnost komparacije između razina opće populacije i razina vjerskih zajednica napravljene su tri baze podataka. U jednoj bazi su podaci s repliciranim indikatorima koji se odnose primarno na procjenu religioznosti i to za obje razine. U drugoj bazi su podaci koji se isto odnose na obje razine, a sadrže indikatore zdravstvenog ponašanje i zdravstvenog stanja. U trećoj bazi podataka su isključivo svi indikatori koji su korišteni u anketnom upitniku za članove vjerskih zajednica.

U prvom dijelu prikaza rezultata prikazani su osnovni podaci koji se odnose na religioznost, pri čemu je za svaki pokazatelj religioznosti napravljena komparacija između opće populacije i vjerske zajednice. Osnovni razlog takvoj analizi leži u činjenici što za navedene vjerske zajednice ne postoje nikakvi socio-religijski podaci koji bi dali uvid u religioznost ispitanika. Upravo kako bi se moglo o tome više saznati potrebna je bila i komparacija s osnovnim pokazateljima religioznosti na razini opće populacije. Drugi dio analize odnosi se na pokazatelje osobnog zdravlja, posebno na razini vjerskih zajednica te posebno u komparaciji s općom populacijom. Ta je analiza napravljena kako bi se mogli steći određeni odgovori na istraživačko pitanje o razlici u zdravstvenom ponašanju i stanju između ispitanika u vjerskim zajednicama i ispitanika iz opće populacije. Jednostavnije rečeno, cilj analize bio je vidjeti jesu

li ispitanici u vjerskim zajednicama boljeg ili lošijeg zdravlja nego ostali u društvu koje ih okružuje.

Na temelju pregleda opsežne literature ovo je rijetka mogućnost da se u istraživanju odnosa religioznosti i zdravlja može istražiti u kojoj mjeri religijski angažman u vjerskim zajednicama čini značajnu razliku u osobnom zdravlju, što upravo omogućuje komparacija razine vjerskih zajednica i opće populacije. Na kraju su prikazani rezultati analiza koje se odnose na eksploraciju vjerske zajednice kao socijalnog resursa za koji se pretpostavilo da može, ali i ne mora imati salutarne učinke na osobno zdravlje.

S obzirom na razlike u uzorcima, kako između razine opće populacije i razine vjerskih zajednica tako i između samih vjerskih zajednica, te s obzirom da se kod velikog broja indikatora distribucija pokazuje značajno zakrivljenom bilo udesno ili ulijevo, korištena je neparametrijska statistika i to prvenstveno oni statistički testovi koji mogu ukazivati na značajnost razlika. Kod svake analize je navedeno koji je test korišten. Za one baterije pitanja kod kojih je to analiza omogućavala i kod kojih je to imalo teorijskog smisla, konstruirani indeksi kako bi se moglo lakše provoditi daljnje analize. Kod svake takve konstrukcije opisano je kako je izvedena.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

5.1. Religioznost u vjerskim zajednicama

Prije analize prirode odnosa religije i zdravlja, važno je skicirati neka osnovna socio-religijska i socio-demografska obilježja vjernika u istraživanim vjerskim zajednicama te komparirati ta obilježja s općom populacijom. Svrha komparacije jest otkrivanje sličnosti i razlika angažirane religioznosti komunitarnog tipa od religioznosti koja prevladava u hrvatskom društvu. U kojoj mjeri religijska involviranost protkana odnosima i angažmanom u vjerskoj zajednici, čini pojedinca religijski „drugačijim“, odnosno razlikuju li se osobe angažiranije u vjerskim zajednicama od opće populacije, prema dobi, spolu i obrazovanju. Stoga će se u analizi koristiti neki od osnovnih pokazatelja religioznosti kao što su religijska samo-identifikacija, religijska vjerovanja, religijska praksa, te osnovni socio-demografski pokazatelji.

5.1.1. Religijska samoidentifikacija

Multidimenzionalno obilježje religioznosti istraživačima i analitičarima postavlja određeni izazov u pronalaženju najboljih mjera religioznosti iz kojeg proizlazi i svjesnost o ograničenjima pojedinih indikatora. U tom smislu religijska samoidentifikacija jest osnovni pokazatelj pojedinčeve vlastite identifikacije prema religijskom, odnosno nereligijskom. Drugim riječima, pojedinac sama sebe određuje kao objekt kojemu se pripisuju određene karakteristike koje možemo nazvati religijskima (Vernon 1962).

U tablici 3 prikazani su postotni udjeli religijske samoidentifikacije, pri čemu je korištena skala od pet stupnja (od 1 „izrazito religiozan/na“ do 5 „izrazito nereligiozan/na“) koja je kasnije rekodirana u tri stupnja – 1-religiozan/na, 2-niti religiozan/na niti nereligiozan/na, 3-nereligiozan/na. Prikazani su i postotni udjeli „bez odgovora“ s ciljem objašnjenja razlika između različitih religijskih tradicija, pri čemu će u kasnijim analizama rezultati tih ispitanika biti tretirani kao *system missing*.

Tablica 3. Religijska samoidentifikacija

Vjerske zajednica		Religiozan	Niti religiozan niti nereligiozan	Nereligiozan	Ne mogu odabrati	Bez odgovora	Ukupno
Baptistička	N	71	4	3	1	6	85
	%	83,5	4,7	3,5	1,2	7,1	100
Pentekostalne	N	81	8	7	6	16	118
	%	68,6	6,8	5,9	5,1	13,6	100
Mormonska/ Adventistička	N	71	0	1	0	0	72
	%	98,6	,0	1,4	,0	,0	100
Hinduistička	N	37	2	2	3	1	45
	%	82,2	4,4	4,4	6,7	2,2	100
Ukupno	N	260	14	13	10	23	320
	%	81,3%	4,4%	4,1%	3,1%	7,2%	100

Što se tiče religijske samoidentifikacije jasno je i pri površnom uvidu da postoji razlika između vjerskih zajednica. Iako kod svih vjerskih zajednica prevladavaju oni koji se izjašnjavaju kao religiozni zanimljiva je razlika upravo unutar kršćanskih zajednica. Najviša razina religioznosti prisutna je kod mormonske i adventističke vjerske zajednice koje se međusobno statistički značajno ne razlikuju ($t=-1,000$, $p>0,05$, $df=26$). Nakon toga slijede baptističke vjerske zajednice u kojima je razina religioznosti značajno manja nego u mormonskim i adventističkim zajednicama ($t=3,234$, $p>0,05$, $df=128$; $t=2,787$, $p>0,05$, $df=98$), ali značajno viša nego u pentekostnim zajednicama ($t=-2,379$, $p<0,05$, $df=200$). Iako se iz ovog istraživanja razlika između razina religijske samoidentifikacije ne može empirijski objasniti, može se ipak iz nekog općeg poznavanja njihovih tradicija. Čini se da se razlog u visokoj razini deklarirane religioznosti kod mormona i adventista može pronaći u samom teološkom i dogmatskom podučavanju, gdje se razlika između primjerice mormona i adventista s jedne strane, te baptista ili pentekostalaca s druge strane, očituje u tome što su prve dvije zajednice „striktnije“. Kao što je spomenuto, striktnost vjerske zajednice u sociologiji se može koristiti kao koncept koji označava stupanj odvojenosti, odnosno različitosti, koju jedna vjerska zajednica može imati prema drugim zajednicama ili prema društvu u cjelini. To znači da se striktnost može promatrati kao apostrofiranje određene denominacije u održavanju distinktivnih životnih stilova ili morala u osobnim i obiteljskim životima, odnosno promatrati razlike u posljedičnim dimenzijama religioznosti određenih religijskih tradicija. Teološka različitost koja je moguća unutar iste religijske tradicije te visoka autonomnost vjerskih zajednica iste tradicije u promišljanju i djelovanju mogu dovesti do toga da određene norme nisu u jednakoj mjeri internalizirane. Iako i kod baptista i kod pentekostalaca postoje određene upute za život, ove

dvije zajednice se razlikuje od mormonske i adventističke u velikoj mjeri upravo u tome što unutar samih zajednica postoji teološka različitost, te visoka autonomnost. Uz ovo moguće objašnjenje, važno je napomenuti i samu percepciju pojma religioznost, odnosno razliku u percepciji. Upravo kroz osobno iskustvo anketiranja u ovim zajednicama, shvatio sam da neki vjernici u baptističkim i pentekostnim zajednicama riječ religija/religijsko/religiozno češće vezuje uz rasprostranjeno katoličanstvo u hrvatskom društvu i određene manifestacije religioznosti, koje sami često kritiziraju i uzimaju kao primjer vjere koja nije „živa“. Ispunjavajući upitnike, više puta sam doživio da mi prilaze vjernici s pitanjima „što je to biti religiozan?“, „što to znači?“, te nakon mojeg objašnjenja da se radi o osobnoj percepciji vlastite religioznosti, ispitanici bi nastavili objašnjavati kako za njih biti religiozan znači biti deklaratorno religiozan, povezujući pojam s tradicionalnom religioznošću u hrvatskom društvu za koju smatraju da nije u skladu s „biblijskim“ ili „Kristovim“ učenjima²⁸. U prilog tomu govori i podatak iz tablice 3. u kojoj je vidljivo da je primjerice kod pentekostnih zajednica 16 ispitanika zaokružilo „bez odgovora“. Dakle, uz pojam religija vezuju za njih određene negativne konotacije. U svakom slučaju čini se da je potrebno u budućim istraživanjima detaljnije istražiti denominacijske i međugrupne razlike u religijskoj samoidentifikaciji.

Kod hinduističke vjerske zajednice je isto tako primjetna visoka razina religijske identifikacije. Iako postoje razlike između vjerskih zajednica što se tiče osobnog religijskog određenja, visoka razina je konzistentno primjetna, što i jest u skladu s očekivanjima.

Stoga je važno usporediti u kojoj mjeri se razina religijske samoidentifikacije u vjerskim zajednicama razlikuje u odnosu na razinu opće populacije (tablica 4). Kao što je već prethodno spomenuto većina hrvatskih građana deklarira se religioznima (između 74% i 88% stanovnika), što se i ovdje potvrđuje s brojkom od oko 77%. No, razlika u intenzitetu među njima postoji, pa je tako i vidljivo iz tablice da se na razini opće populacije većina smatra donekle religioznima (oko 47%), dok se manjina smatra izrazito religioznima (oko 7%).

²⁸ S obzirom da anketni upitnik nije bio konstruiran s ciljem dubljeg otkrivanja religijske identifikacije, objašnjenja ispitanika s pojmovima koje su koristili (koji su navedeni u navodnim znacima) bila su zabilježena u osobnom istraživačkom dnevniku.

Tablica 4. Religijska samoidentifikacija – usporedba vjerskih zajednica s općom populacijom %

	Izrazito religiozni	Vrlo religiozni	Donekle religiozni	Niti religiozni niti nereligiozni	Donekle nereligiozni	Vrlo nereligiozni	Izrazito nereligiozni
Vjerske zajednice	35,9	39,0	15,7	4,9	,3	2,1	2,1
Opća populacija	6,7	23,1	47,2	11,8	4,2	5,7	1,2
Ukupno	12,4	26,2	41,1	10,5	3,4	5,0	1,4

Ako usporedimo podatke o religijskoj samoidentifikaciji unutar istraživanih vjerskih zajednica s općom populacijom, onda se može primjeriti da postoji razlika²⁹ koja se očituje u značajno višoj razini religioznosti koja iznosi skoro 90%, pri čemu je ta razlika najveća upravo u kategorijama onih koji se prepoznaju kao izrazito religiozni (razlika od 28%) i onih koji se prepoznaju kao donekle religiozni (razlika od 31%). Dakle, može se zaključiti da je u relativno visoko religioznom društvu kao što je hrvatsko, religioznost izraženija upravo kod onih osoba koje su religijski uključene u vjerskim zajednicama, pa čak i onda kada pojam religijsko može biti negativno konotiran.

5.1.2. Religijska praksa

Kao što je već spomenuto, religijska praksa kao dimenzija religioznosti u sebi sadrži dva osnovna oblika. To su rituali i pobožnost. Kod kršćanstva rituali se primarno odnose na odlaske u crkvu na vjerske službe, na primanje sakramenata poput krštenja, pričesti, potvrde i sl. Pobožnost se odnosi na određene aktivnosti koje nemaju nužno javni karakter poput rituala. Tako se pod pobožnošću mogu smatrati privatne molitve, čitanje sakralnih tekstova, dok je kod nekih religijskih tradicija to meditacija. Iako pobožne aktivnosti mogu biti oblikovane kroz liturgiju, one mogu imati i individualna obilježja te se ostvarivati kroz spontanost i improvizaciju. Ova različita obilježja religijske prakse kao jedne od važnih dimenzija religioznosti mogu zahtijevati različite empirijske mjere – u socio-religijskim istraživanjima se često koriste dvije: učestalost odlaska u crkvu na vjerske obrede (službe) i učestalost molitve. Stoga će se i ovdje prikazati rezultati za ova dva empirijska indikatora uz dva dodatna indikatora koja pokazuju učestalost sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju

²⁹ Testirana je razlika aritmetičkih sredina neparametrijskim Mann-Whitney testom: $U=86848,000$; $p<0,01..$

sveti tekstovi, a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda te učestalost sudjelovanja u ostalim aktivnostima vjerske zajednice, ne računajući odlaske na vjerske obrede

U tablici 5 prikazani su postoci odgovora o učestalosti odlaska ispitanika na vjerske obrede (službe), pri čemu je skala od osam stupnjeva rekodirana u četiri stupnja. Prvi stupanj odnosi se na tjedno odlaženje na vjerske obrede, a sastoji se od odgovora „nekoliko puta tjedno i češće“ te odgovora „jednom tjedno. Drugi stupanj jest mjesečno odlaženje na službe dobiven rekodiranjem odgovora „2 ili 3 puta mjesečno“ i „jednom mjesečno“. Treći stupanj koji označava odlaženje na vjerske službe na godišnjoj razini sastavljen je od odgovora „nekoliko puta godišnje“ i „jednom godišnje“, dok su u stupanj „nikada“ pribrojani oni odgovori koji su označavali rjeđe od jednom godišnje. Razlog ovakvom prikazu jest jednostavnije razumijevanje rezultata, ali i lakša interpretacija rezultata, pogotovo što se radi o iznimno ulijevo nagnutoj distribuciji. S obzirom da je korištena ista skala kod pitanja o učestalosti molitve i kod pitanja o sudjelovanju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda, na isti način se provela procedura rekodiranja.

Tablica 5. Učestalost odlaska na vjerske obrede (službe) te na molitvene grupe ili grupe u kojima se čitaju sveti tekstovi, a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda (%)

Vjerske zajednice	Odlazak na vjerske obrede službe			
	Tjedno	Mjesečno	Godišnje	Nikada
Baptistička	92,9	2,4	3,5	1,2
Pentekostalne	94,9	1,7	2,5	0,8
Mormonska/Adventistička	88,6	4,3	7,1	,0
Hinduistička	68,9	22,2	6,7	2,2
Ukupno	89,3	5,3	6,7	2,2
	Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi			
	Tjedno	Mjesečno	Godišnje	Nikada
Baptistička	50,6	19,8	21,0	8,6
Pentekostalne	70,5	14,3	8,9	6,3
Mormonska/Adventistička	76,5	10,3	7,4	5,9
Hinduistička	59,5	19,0	19,0	2,4
Ukupno	65,0	15,5	13,2	6,3

Prikazani rezultati daju jasnu sliku jednog od elemenata religijske prakse. Kod svih kršćanskih zajednica većina ispitanika odlazi barem jednom tjedno, ako ne i češće, na vjerske službe, dok se kod hinduističke zajednice može primijetiti visoka razina tjednog odlaska na vjerske obrede,

ali nešto niža u usporedbi s kršćanskim zajednicama³⁰. Razlog zašto postoji razlika kod ispitanika hinduističke zajednice jednim dijelom se može pronaći u samoj sintagmi „vjerski obredi (službe)“ koju je dio ispitanika mogao doživjeti kao dio kršćanske tradicije i diskursa, ne procjenjujući, odnosno ne prepoznajući svoju religijsku praksu, poput redovitog odlaska na meditacije, jogu i sl., u toj mjeri učestalom.

Kako je i objašnjeno u metodološkom poglavlju, slučajno uzorkovanje, na način da su sudjelovali najvećim djelom oni vjernici koji su bili prisutni na vjerskom obredu, zasigurno dovodi do nad zastupljenosti učestalijih religijskih praktikanata (što i je bio cilj u ovom istraživanju), pa onemogućuje komparaciju s općom populacijom.

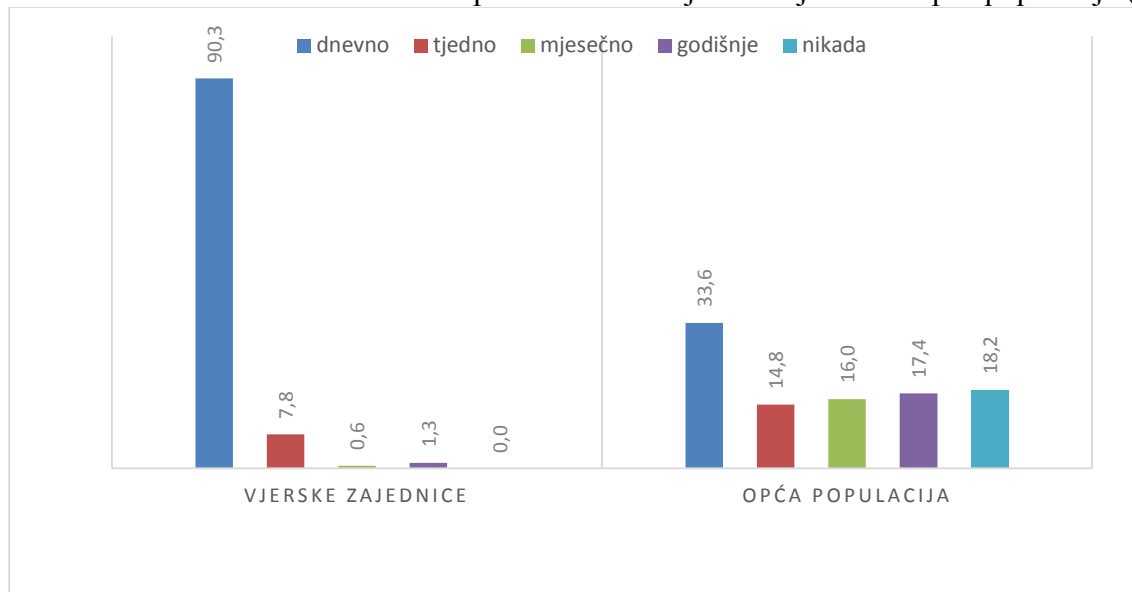
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi, a da su ta sudjelovanja izvan redovite vjerske službe, pokazuje određene razlike među istraživanim zajednicama. Kod svih zajednica radi se o religijskog praksi koja je učestalija na tjednoj razini isto kao i kod odlaska na vjerske obrede (službe), ali je nešto manjeg intenziteta. Čini se da su vjernici mormonskih, adventističkih i pentekostnih zajednica u nešto većoj mjeri angažiraniji u religijskoj praksi koja je organizirana izvan redovitih vjerskih službi nego što su baptistički i hinduistički vjernici. No, općenito gledano u svim zajednicama ispitanici se mogu okvalificirati kao religijski angažirani praktikanti čija je religijska praksa intenzivna i izvan redovitih religijskih službi.

Uz sudjelovanje u molitvenim grupama, važna je i učestalost molitve kod vjernika kao dio religijske prakse koja može imati grupni i komunitarno vidljiv karakter te individualni karakter kao intimni iskaz religioznosti (osobne pobožnosti).

Usporedba učestalosti molitve između samih vjerskih zajednica nema pretjeranog smisla s obzirom da preko 85% ispitanika po vjerskoj zajednici moli dnevno, odnosno preko 90% moli tjedno i dnevno. Stoga je zanimljivo vidjeti u kojoj mjeri se razlikuju članovi vjerskih zajednica od opće populacije u odnosu na učestalost molitve (grafikon 1).

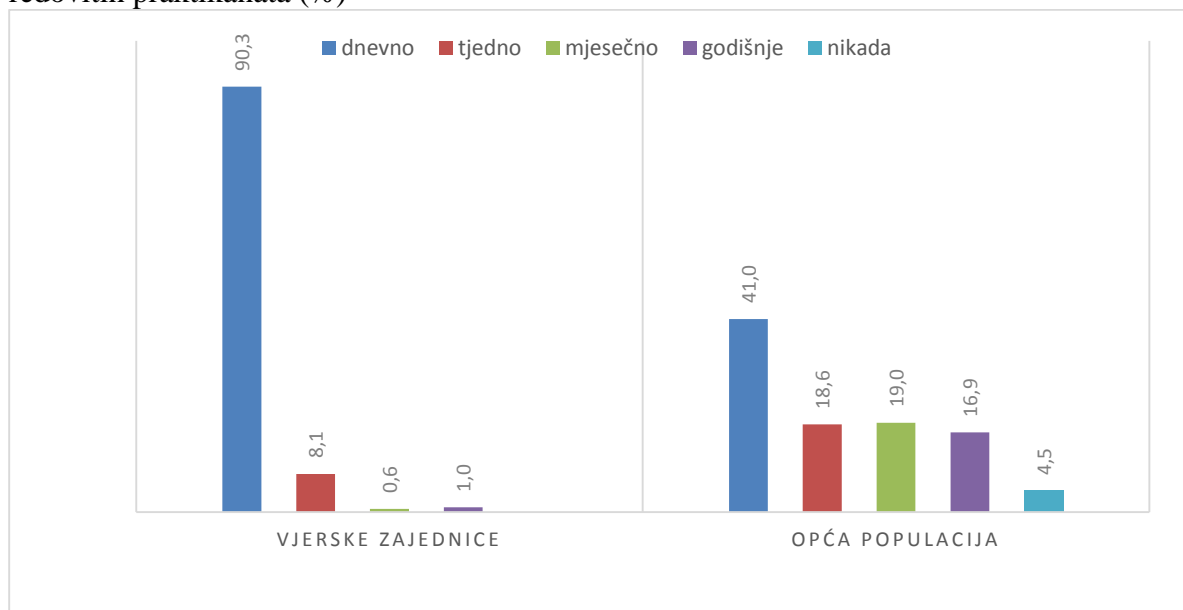
³⁰ Ako se promatra hinduistička zajednica u komparaciji sa prosječnim odlaskom na vjerske službe za sve kršćanske zajednice, onda testirana razlika pokazuje statistički značajnu razliku (Mann-Whitney $U=4730$; $\text{sig}=,000$).

Grafikon 1. Učestalosti molitve – usporedba razine vjerske zajednice i opće populacije (%)



Kao što je već do sada spomenuto, u hrvatskom društvu preko 90% građana konfesionalno određuje pripadanje određenoj religiji/konfesiji, a između 74% i 88% iskazuje religioznost u određenoj mjeri. Religijska praksa, prema dosadašnjim istraživanjima (Marinović Jerolimov 2000b; Marinović Jerolimov 2005b; Marinović Jerolimov 2006; Marinović Jerolimov 2000a; Marinović Jerolimov 1999; Črpić & Zrinščak 2010; Črpić & Zrinščak 2005; Ančić & Zrinščak 2012; Aračić et al. 2003; Nikodem 2011), prisutna je u manjoj mjeri nego konfesionalnost i opća religioznost, pri čemu je to posebno vidljivo u učestalosti molitve. Ako se promatra kumulativno onda se čini da najveći dio vjernika moli, s obzirom da preko 80% izjavljuje da moli, no u toj proporciji vjernika razlike su velike što je vidljivo i iz gore prikazanog grafikona. Iako najviši postotak je upravo kod onih koji kažu da dnevno mole (33,6%) značajan postotak od 17,4% to čini ipak nekoliko puta godišnje ili i rjeđe. Promatrajući postotke u komparaciji ovih dviju razina pokazuje se u kojoj mjeri su istraživanjem obuhvaćeni ispitanici iz vjerskih zajednica snažno predani svojoj religiji te u kojoj mjeri postoji diskrepancija u dimenzijama religioznosti na društvenoj razini, time više što molitva može biti i dio osobnog, intimnog religijskog iskaza koji se može prakticirati izvan određene vjerske zajednice i vjerskog prostora. Čak i usporedba redovitih praktikanata (u to su uključeni od onih koji idu tek nekoliko puta godišnje do onih koji idu i više puta tjedno) iz oba uzorka pokazuje da postoji značajna viša učestalost molitve na razini vjerskih zajednica (grafikon 2). Može se reći da je molitva za članove ovih vjerskih zajednica dio njihove svakodnevice.

Grafikon 2. Učestalosti molitve – usporedba razine vjerske zajednice i opće populacije kod redovitih praktikanata (%)



5.1.3. Religijska vjerovanja

Vlastita procjena religioznosti zanimljiv je indikator osobne religioznosti, ali je kao takav samo jedan od orijentira u istraživanju religioznosti. Prikazani indikatori religijske prakse također su važan dio uvida u religioznost, ali i dalje nedostaje onaj dio slagalice koji bi nam nešto više pokazao o samoj supstantivnoj dimenziji religioznosti. Stoga je zasigurno jedna od najvažnijih dimenzija religioznosti upravo dimenzija vjerovanja. Rezultati istraživanja multidimenzionalnosti religioznosti pokazuju da se radi o centralnoj dimenziji religioznosti (Marinović Jerolimov 2005b), odnosno o samoj supstanci čovjekovog religioznog iskaza. Pokušaj sociološkog razotkrivanja ove dimenzije često nailazi na određene prepreke, pri čemu je glavna prepreka kvantifikacija samih vjerovanja. Postoji neograničeno prostranstvo mogućih vjerovanja, gdje su neka zasigurno pod utjecajem različitih religijskih sustava i tradicija, dok su neka više ukorijenjena u pučkoj kulturi. Religijska vjerovanja mogu biti i eklektički sastavljena iz različitih religijskih i/ili tradicionalnih i/ili modernih sustava ideja. Vjerovati u neko nadnaravno biće, ili vjerovati da prelazak crne mačke preko ceste donosi nesreću, ili pak da crna mačka koja prelazi cestu jest nadnaravno biće, sociologu predstavljaju jednako legitimna i sociološki relevantna vjerovanja čija se grupna/društvena rasprostranjenost nameće kao predmet istraživanja i analize.

U istraživanju vjerskih zajednica koje pripadaju različitim religijskim tradicijama – u ovom slučaju različitim kršćanskim denominacijama te hinduističkoj – nemoguće je navesti u

upitniku sva relevantna vjerovanja koja proizlaze iz tih tradicija, a da je isti upitnik moguće primijeniti u svakoj od zajednica. To jest moguće ukoliko je primarni istraživački cilj eksploracija samih vjerovanja. Stoga su, u svrhu dobivanja nekih općih socio-religijskih kontura, u upitnik stavljena neka od pitanja koja mjere intenzitet vjerovanja koja su najrasprostranjenija u hrvatskom društvu. Tako je mjereno intenzitet vjerovanja u Boga, u život poslije smrti, u raj, u pakao i u vjerska čuda, pri čemu su ta vjerovanja, koja su odabrana i stavljena u anketni upitnik zbog socio-religijske situacije u hrvatskom društvu, upravo karakteristična za kršćanski religijski sustav, ali u nekim dijelovima itekako poznata i hinduističkom religijskom sustavu. No, ova očita istraživačka diskriminacija prema nekršćanskoj tradiciji smisljena je upravo stoga što je sociološki relevantno pokušati skicirati situaciju u kojoj pripadnici zajednica koje povijesno-kulturološki ne pripadaju tradicionalnom kulturnom krugu prihvaćaju ona vjerovanja koja su im tradicijom prenošena, a koja nisu sastavni dio religijskog sustava zajednice kojoj sada pripadaju.

Skala koja se koristila kod indikatora religijski vjerovanja sastoji se od pet stupnjeva (Likertovog tipa): 1-u potpunosti se slažem do 5-u potpunosti se ne slažem.

Tablica 6. Prihvaćanje vjerovanja

Rang	Baštističke v.z.			Pentekostne v.z.			Mormonska v.z.			Adventistička v.z.			Hinduistička v.z.		
	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.
1	Boga	1,02	,152	Boga	1,04	,379	Boga	1,00	,000	Boga	1,07	,267	Boga	1,44	1,035
2	Život poslije smrti	1,49	1,297	Raj	1,16	,739	Život poslije smrti	1,49	1,272	Vjerska čuda	2,67	1,441	Život poslije smrti	1,53	1,160
3	Raj	1,51	1,250	Život poslije smrti	1,19	,819	Vjerska čuda	1,96	1,595	Život poslije smrti	2,96	1,629	Vjerska čuda	2,42	1,574
4	Pakao	1,58	1,267	Vjerska čuda	1,24	,903	Raj	2,27	1,750	Raj	3,19	1,642	Raj	3,29	1,502
5	Vjerska čuda	1,68	1,302	Pakao	1,37	1,123	Pakao	2,38	1,749	Pakao	3,93	,958	Pakao	3,38	1,435

U tablici 6 prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije za svako od pet istraživanih vjerovanja, pri čemu su vjerovanja u svakoj zajednici rangirana prema intenzitetu prihvaćanja. Ukoliko se promatra rasprostranjenost vjerovanja kod kršćanskih vjerskih zajednica, primjetno je da se one međusobno razlikuju. Kod nekih zajednica, iako se razlikuju u intenzitetu, sva su navedena vjerovanja prihvaćena, pa tako kod baptista i pentekostalaca velika većina prihvaćaju vjerovanje u Boga, život poslije smrti, raj, pakao i vjerska čuda. S druge strane kod mormona i adventista primjetno je da su neka vjerovanja u manjoj mjeri prihvaćena, a neka čak i odbačena. Iako sva u polju prihvaćanja (ako je aritmetička sredina manja od 2,5), kod mormona je primjetno da su najmanje prihvaćena vjerovanja u raj i pakao, dok se kod adventista ta dva vjerovanja, zajedno s vjerovanjem u život poslije smrti nalaze u polju ne prihvaćanja. Ovo je i očekivano s obzirom da u mormonizmu i adventizmu ne postoje kao takvi koncepti raja i pakla te se smatra da su ljudske duše nakon smrti u stanju mirovanja i čekanja dolaska Sudnjeg dana (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008).

Ako gledamo na kumulativnoj razini svih kršćanskih zajednica onda je najprihvaćenije vjerovanje u Boga, za koje svi ispitanici iz kršćanskih zajednica tvrde da vjeruju (izuzetak je samo jedna osoba u svim istraživanim vjerskim zajednicama koja se odlučila za mogućnost „ne mogu odabrati“), pri čemu je vjera u Boga skoro jednodimenzionalno prihvaćena, s obzirom da 98% ispitanika iskazuje potpuno vjerovanje. Nakon vjerovanja u Boga, slijede vjerovanje u život poslije smrti, vjerska čuda, raj i pakao.

Kod hinduističke zajednica, ako ju promatramo u komparaciji s kršćanskim zajednicama, postoji razlika u prihvaćanju ovih vjerovanja. Vjerovanja koja se nalaze u polju prihvaćanja su ona u Boga i u život poslije smrti, samo što su kod hinduista ona nešto slabijeg intenziteta prihvaćanja nego kod kršćana. No, unutar same zajednice radi se o vjerovanjima koja su istog intenziteta prihvaćanja što je za očekivati s obzirom da se radi o važnim dimenzijama doktrinarnog učenja hinduizma. Upravo je koncept života poslije smrti kod hinduizma jedna od temeljnih postavki s obzirom da ova religijska tradicija prihvaća vjerovanje u reinkarnaciju (ponovno rođenje) kao sastavni dio kruga rađanja i smrti (*samsara*) (Clarke 2006; Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008). Vjerovanje u raj i pakao, kao i kod adventista, nalaze se u polju neprihvaćanja, odnosno veći dio vjernika u te koncepte ne vjeruje.

Moguće je napraviti i komparaciju nekih od istraživanih vjerovanja s općom populacijom. U tu svrhu i tablici 7 prikazani su postotni rezultati samo za one ispitanike koji vjeruju u život poslije smrti, raj, pakao i vjerska čuda. Odgovori „u potpunosti vjerujem“ i „uglavnom vjerujem“

rekodirani su u odgovor „vjerujem“, pri čemu se mogu usporediti samo ova navedena vjerovanja s obzirom da se ista nalaze i u ISSP modulu „Religija“. Komparacija i testiranje razlika prikazano je samo za kršćanske zajednice s obzirom da mali broj ispitanika nekršćanske provenijencije u općoj populaciji (N=16) onemogućuje valjanu analizu. Uz to treba napomenuti da je kategorija kršćanske vjerske zajednice iz opće populacije derivirana na način da su uzeti u obzir svi ispitanici koji su se konfesionalno izjasnili da pripadaju određenoj kršćanskoj konfesiji.

Tablica 7. Prihvaćanje vjerovanja – komparacija (%)

	Život poslije smrti	Raj	Pakao	Vjerska čuda
Kršćanske v.z.	96,0	94,3	88,3	93,5
Kršćanske v.z. – opća populacija	63,6	64,9	56,7	56,6
Mann-Whitney <i>U</i> test	82510	83385	79432	76382,5
Sig.	,000	,000	,000	,000

S obzirom na razlike u veličini uzorka koristio se također neparametrijski test razlike koji pokazuje da se statistički značajno razlikuju razine prihvaćanja vjerovanja između istraživanih vjerskih zajednica i opće populacije. Ako se pogledaju postoci vjerovanja u život poslije smrti, raj, pakao i vjerska čuda na razini opće populacije može se primijetiti da su značajno niži od postotaka na razini vjerskih zajednica (baptističke, mormonske, adventističke i tri pentekostne zajednice). I prijašnja istraživanja prihvaćanja vjerovanja u hrvatskom društvu upućuju da se na individualnoj razini može primjetiti disolucija dogmatskog sustava (Marinović Jerolimov 2005b; Marinović Jerolimov 2006), pogotovo ako se uzme u obzir da na razini opće populacije (bez posebnog izdvajanja onih koje se konfesionalnim izjašnjavanjem može smatrati kršćanima) preko 90% vjeruje u Boga (Ančić & Zrinščak 2012). U tom smislu, komparacija prihvaćanja vjerovanja indicira da je ta dimenzija na razini istraživanih vjerskih zajednica konzistentnija, no moguće je prigovoriti da se uspoređuju samo deklaratorni kršćani (razina opće populacije) i oni koji su deklaratorni kršćani i redovitiji praktikanti (razina vjerske zajednice) s obzirom da su obuhvaćeni ispitanici u istraživanju oni koji su bili na vjerskoj službi. Dakle smislenije bi bilo usporediti kršćane na obje razine koji su ujedno i redoviti polaznici vjerskih službi. Zato su u tablici 8 prikazani postoci prihvaćanja vjerovanja za one ispitanike koji redovito odlaze na vjerske službe – jednom mjesečno i češće.

Tablica 8. Prihvaćanje vjerovanja – komparacija redovitih praktikanata(%)

	Život poslije smrti	Raj	Pakao	Vjerska čuda
Kršćanske v.z. – redoviti praktikanti	96,2	94,8	89,0	94,4
Kršćanske v.z. – opća populacija – redoviti praktikanti	75,5	83,1	73,9	69,7
Mann-Whitney <i>U</i> test	41322	44178	41342	38909
Sig.	,000	,000	,000	,000

Nakon korekcije ove metodološke pristranosti, jasnije je da je razina vjerovanja kod redovitih kršćanskih praktikanata na razini opće populacije viša nego što je to prikazano u tablici 8, pri čemu je ovdje moguća i dodatna preciznost. Naime, ovi redoviti kršćanski praktikanti iz opće populacije su zapravo katolici, s obzirom da se radi o 97,5% izjašnjenih katolika. To nas vodi do zaključka da su vjernici u manjim vjerskim zajednicama kršćanske provenijencije skloniji u većoj mjeri prihvatiti temeljna vjerovanja i biti konzistentniji u tome nego vjernici iz dominantno prisutne katoličke vjeroispovijesti. Naravno, ovaj zaključak bilo bi potrebno dodatno empirijski potkrijepiti, što ovdje nije cilj.

Evidentno je da je kod svih istraživanih zajednica centralno vjerovanje u Boga i kao takvo je u iznimno visoko mjeri prihvaćeno u svim zajednicama. S razinom opće populacije moguće je usporediti vjerovanje u Boga indikatorom koji svojom skalom omogućuje šire raspoznavanje osim puke dihotomije vjerujem – ne vjerujem (tablica 9).

Tablica 9. Prihvaćanje vjerovanja (%)

	Kršćanske v.z.	Kršćanske v.z. – opća populacija
Znam da Bog zaista postoji i uopće ne sumnjam u to	92,4	62,8
Iako ponekad sumnjam, ipak osjećam da vjerujem u Boga	6,5	16,5
U nekim trenucima vjerujem u Boga, a u nekima ne	,7	7,7
Ne vjerujem u osobnog Boga, ali da u višu silu	,0	7,3
Ne znam postoji li Bog i ne vjerujem da postoji način saznati	,4	3,7
Ne vjerujem u Boga	,0	2,0
Mann-Whitney <i>U</i> test	104116,000	
Sig.	,000	

Dublji uvid u vjerovanje u Boga komparacijom između ovih dviju razinu nanovo potvrđuje veću konzistentnost kod vjernika u vjerskim zajednicama s obzirom da značajno viši postotak zna da Bog postoji i uopće ne sumnja u to, odnosno da značajno manji postotak usprkos izraženoj sumnji, ipak osjeća da vjeruje u Boga.

Iako nije u potpunosti komparativno, može se reći da i ovo istraživanje potvrđuje analizu i zaključke iz već spomenutog istraživanja malih vjerskih zajednica u Zagrebu gdje se pokazalo kako postoji stanovita doktrinarna čistoća malih vjerskih zajednica (Plačko 1991, p.54). Visoka kongruentnost među članovima u prihvaćanju osnovnih religijskih vjerovanja ukazuje na homogenost samih zajednica pri čemu to može doprinijeti ne samo religijskom zajedništvu već i stvaranju temelja za općenite međusobne odnose u zajednicama koji nisu nužno religijskog karaktera.

5.2. Socio-demografska obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama

U istraživanju religioznosti važno je promotriti u kojoj mjeri su osnovna socio-religijska obilježja povezana i s osnovnim socio-demografskim pokazateljima, odnosno u kojoj mjeri neki socio-demografski elementi „proizvode“ razlike u razini religioznosti. Već u samim počecima razvijanja višedimenzionalnih pokazatelja religioznosti pokazalo se da su različite dimenzije religioznosti povezane s osnovnim socio-demografskim elementima kao što su dob, spol, obrazovanje i društvena klasa (Fukuyama 1961), pri čemu se ti osnovni socio-demografski elementi koriste kao pokazatelji dominantnih teorija koje se bave religijom poput teorija sekularizacije, teorija individualizacije i teorija religijskog tržišta (Pickel 2009). U ovom dijelu u prikazu socio-demografskih obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama namjera nije tražiti dokaze za i/ili protiv spomenutih teorija, već naprosto steći uvid u dvije stvari. Jedna se odnosi na (ne)postojanje razlika prema dobi, obrazovanju i spolu u uzorkovanoj populaciji vjernika u ovim vjerskim zajednicama, dok se druga odnosi na usporedbu vjernika u vjerskim zajednicama s religijski angažiranim vjericima u općoj populaciji (redoviti crkveni praktikanti).

Stoga su u tablici 10 prikazani rezultati neparametrijskih testova (Mann-Whitney *U* testa i Kruskal–Wallis hi-kvadrat testa) koji testiraju razlike u religioznosti prema tri osnovna socio-demografska obilježja – spolu, dobi i obrazovanju. Razlike su prikazane prema šest indikatora religioznosti: religijskoj samoidentifikaciji, vjeri u Boga, odlasku na vjerske službe, sudjelovanju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, sudjelovanju u ostalim aktivnostima zajednice ne računajući odlaske na vjerske obrede i učestalosti molitve. Dob je rekodirana na način da su ispitanici prema godini rođenja podijeljeni u četiri dobne grupe: 18-29, 30-39, 40-49 i iznad 50 godina. Prema obrazovanju ispitanici su podijeljeni u tri skupine: primarna razina (oni ispitanici koji su završili osnovnu školu³¹), sekundarna razina (ispitanici koji imaju završenu trogodišnju strukovnu školu, završenu četverogodišnju strukovnu školu ili završenu gimnaziju) te tercijarna razina (ispitanici koji imaju završenu višu školu, stručni studij, veleučilište, fakultet, visoku školu ili akademiju).

³¹ Niti jedan ispitanik/ica nije bez završene osnovne škole.

Tablica 10. Socio-demografska obilježja i razlike u religioznosti

		Religijska samoidentifikacija		Vjerovanje u Boga		Odlazak na vjerske službe		Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi		Sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednice		Molitva	
		N	Rang M	N	Rang M	N	Rang M	N	Rang M	N	Rang M	N	Rang M
Spol	M	123	142,70	127	159,46	127	153,53	120	143,47	122	153,34	128	162,00
	Ž	174	153,46	189	157,85	191	163,47	183	157,59	180	150,25	191	158,66
	Mann-Whitney U test	9925,5		11879,0		11370,5		9956,5		10755,0		11967,5	
	Sig.	,262		,655		,078		,106		,737		,536	
Dob	18-29	73	160,92	78	158,06	77	161,21	73	146,36	71	147,63	77	157,03
	30-39	88	140,57	93	157,08	93	167,32	90	164,06	88	139,43	94	177,58
	40-49	57	155,52	62	162,16	63	155,79	62	163,22	63	152,81	63	160,90
	50+	78	140,69	82	155,84	84	150,17	78	134,46	79	165,48	84	140,49
	Kruskall – Wallis χ^2 test	3,695		1,683		2,029		6,646		4,085		10,515	
	Sig.	,296		,641		,566		,084		,252		,015	
Obrazovanje	Primarna razina	12	179,92	13	147,50	14	132,00	14	114,79	14	119,39	14	142,07
	Sekundarna razina	131	143,05	140	152,96	141	154,85	136	146,07	131	148,05	140	153,40
	Tercijarna razina	144	141,87	153	154,50	153	156,24	145	153,02	149	149,66	154	156,63
	Kruskall – Wallis χ^2 test	2,622		,747		1,163		2,913		1,720		,549	
	Sig.	,270		,688		,559		,233		,423		,760	

Kada se promatra odnos spola i religioznosti, odnosno odnos roda i religioznosti, istraživanja su se često fokusirala na razlike u sklonosti žena i muškaraca prema religijskome. Iako neki autori kritiziraju takav binarni pristup, naglašavajući pri tome da je rodni identitet jedan od mnogih identiteta relevantnih u istraživanju religioznosti (Kimmel 2008; Woodhead 2003), drugi autori i dalje naglašavaju da se muškarci i žene razlikuju u svojim religijskim iskustvima (Ozorak 1996). Čini se da se osnovna razlika ukazuje u tome da žene imaju jaču tendenciju biti religijski angažiranije nego muškarci. Žene redovitije odlaze u crkvu, više su posvećene religiji te više izražavaju interes prema religiji, pri čemu se to posebno očituje unutar kršćanstva (Francis & Wilcox 1998; Francis 1997; Miller & Hoffmann 1995; Walter & Davie 1998). Neki empirijski pokazatelji sugeriraju da se žene i muškarci razlikuju u religijskim iskustvima i to na način da žene nastoje njegovati blizak odnos s Bogom i drugima u vjerskim zajednicama, dok muškarci više naglašavaju Božju moć te su više duhovno angažirani (Ozorak 1996). U tom kontekstu zanimljivo je promatrati razlike u ovom istraživanju. Prema navedenoj literaturi mogle bi se očekivati razlike između muškaraca i žena u navedenim pokazateljima religioznosti, no ta razlika, čini se, u potpunosti izostaje. Dakle, prema religijskoj samoidentifikaciji, vjeri u Boga, odlasku na vjerske službe, sudjelovanju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, sudjelovanju u ostalim aktivnostima zajednice, ne računajući odlaske na vjerske obrede, te učestalosti molitve ne pokazuju se razlike između žena i muškaraca, što nas upućuje na mogući zaključak da su u ovim zajednicama vjernice i vjernici u istoj mjeri religiozni.

Kada se govori o odnosu religioznosti i dobi onda se može reći da postoje barem dva osnovna sociološka razloga u analiziranju dobnih razlika u religioznosti. Jedan razlog odnosi se na tzv. važnost životnog ciklusa, dok se drugi razlog odnosi na generacijske razlike (razlike dobnih kohorti) (Davie 2007, p.236). Kod važnosti životnog ciklusa radi se zapravo o promatranju kako se intenzitet religioznosti mijenja kroz život, pri čemu je uobičajena pretpostavka o povećanoj važnosti religioznosti u starijoj dobi zbog neodgodive činjenice približavanja smrti. No, naravno treba voditi računa o tome da ne stare svi jednako i da se u skladu s time ne aktualizira religioznost jednako (Marinović Jerolimov 2000a). Generacijske razlike važne su u kontekstu gore spomenutih teorija, poput teorije sekularizacije, kada je istraživačka namjera istražiti društvenu dinamiku promjena. Ovdje se dob promatra više u kontekstu životnog ciklusa jer se može pretpostaviti da će primjerice stariji ispitanici biti više religiozni s obzirom na već navedenu pretpostavku ili da će biti više religiozni s obzirom na ispitanike srednje generacije zbog više slobodnog vremena kojeg mogu upotrijebiti većim religijskim angažmanom. No, te

pretpostavke se ovdje ne mogu potvrditi s obzirom da ne postoje razlike prema dobi na pet istraživanih indikatora religioznosti. Jedina razlika primjetna je kod učestalosti molitve, na način da stariji ispitanici (iznad 50 godina života) u nešto većoj mjeri mole, pri čemu ta razlika s obzirom na nisku vrijednost hi-kvadrata može upućivati na to da se radi o slučajnosti.

Kada se govori o odnosu religioznosti i obrazovanja dugo vremena su mnogi znanstvenici smatrali da će obrazovanje, kroz koje će ljudi biti izloženi znanstvenim istraživanjima i objašnjenjima, odmaknuti sve mitove i praznovjerja te da će tako potreba za vjеровanjima i religijom nestati (Sherkat 2003). Ovaj je pristup bio dominantan u prvoj polovici dvadesetog stoljeća i to u kontekstu teorija sekularizacije, pri čemu se danas pokazuje kako je zapravo takav pristup dobrim djelom dovodio do zablude s obzirom da religija nije nestala, a u mnogim društvima je upitno radi li se uopće u padu utjecaja religije (Sherkat & Ellison 1999). Jedan od razloga zašto obrazovanje nije uspjelo u dovesti do nestajanja religije jest taj da znanost i obrazovanje nemaju puno za reći o nadnaravnim stvarima o kojima govore religije, pa samim time nisu u mogućnosti dokazati/pokazati da ne postoji raj, pakao ili pak Bog. Štoviše ako se promatraju razine obrazovanja, onda je moguće reći da su primarna i sekundarna razina obrazovanja manje negativno usmjerene prema religiji i religijskom sadržaju za razliku od tercijarne razine, pogotovo u određenim obrazovnim disciplinama gdje je više izražen sekularan, pa čak i antireligijski svjetonazor³² (Sherkat 2003, p.161). Usprkos rečenome, pokazuje se da stečeno obrazovanje može smanjiti usmjerenost prema ortodoksnijim religijama, odnosno angažmanu u striktnijim religijskim zajednicama, a samim time i prema povećanju religijskog nepripadanja općenito (Johnson 1997). No zanimljivo je kako efekt obrazovanja ovisi i o samoj religijskoj tradiciji, pa se tako pokazalo kako obrazovanje može imati pozitivan utjecaj na religijska vjеровanja kod katolika na način da obrazovaniji mogu snažnije vjerovati u život poslije smrti (Greeley & Hout 1999). Slično se pokazalo i u istraživanju mormona gdje razina obrazovanja ima pozitivan utjecaj na religijsku praksu i angažman (Cornwall 1989). U kojem god pravcu obrazovanje može utjecati na religioznost, jasno je da se ne radi o jednodimenzionalnom odnosu, pa je stoga i u tom kontekstu zanimljivo kako u istraživanim vjerskim zajednicama ne postoje razlike u razini obrazovanja s obzirom na religijsku samoidentifikaciju, vjeru u Boga, odlazak na vjerske službe, sudjelovanje u molitvenim

³² U tom kontesu zanimljiv je pregled Starka i Finkea koji su pokazali kako među sveučilišnim profesorima oni koji pripadaju prirodnim znanostima, poput biologa, fizičara, matematičara, različitih inženjera i sl. postoji tendencija izražavanja pravovjernih religijskih vjеровanja i učestalijeg odlaženja u crkvu, dok s druge strane kod profesora humanističkih i društvenih znanosti postoji jače izražena tendencija prema ateističkom svjetonazoru, a ponekad i otvorenom neprijateljstvu spram religijskog (Stark & Finke 2000).

grupama ili grupama u koji se čitaju sveti tekstovi, sudjelovanju u ostalim izvanobrednim aktivnostima zajednica te učestalosti molitve.

Donekle neočekivano, analiza pokazuje da ne postoje statistički značajne razlike prema spolu, dobi i obrazovanju u odnosu na religioznost ispitanika u ovim vjerskim zajednicama. Dakle bez obzira radi li se o muškarcima ili ženama, starijima ili mlađima, obrazovanijima ili manje obrazovanima visoka religioznost, mjerena kroz samoidentifikaciju, vjerovanje, religijsku obrednu i izvanobrednu praksu te učestalost molitve, pokazuje se u konzistentnom obliku.

Kako je već napomenuto na početku ovog odlomka, zanimljivo je vidjeti razlikuju li se vjernici u istraživanim vjerskim zajednicama u odnosu na opću populaciju prema ovim osnovnim socio-demografskim obilježjima. Kako bi komparacija bila valjana stvoren je iz opće populacije (ISSP Religija) poduzorak onih koji redovito odlaze na vjerske obrede. Razlog tomu jest taj što su ispitanici u vjerskim zajednicama učestali odlazitelji na vjerske obrede (95% odlazi barem jednom mjesečno), pa je stoga smisleno usporediti ih s isto tako redovitim praktikantima iz opće populacije. Redoviti praktikanti su određeni kao oni koji odlaze minimalno jednom mjesečno ako ne i češće. U općoj populaciji takvih je otprilike 41% od čega je 95,5% katolika, pa se može reći da se radi o socio-demografskoj usporedbi redovitih praktikanata baptista, mormona, adventista, pentekostalaca i hinduista s jedne strane i katolika s druge strane (tablica 11).

Tablica 11. Socio-demografska obilježja redovitih praktikanata – usporedba vjerskih zajednica i opće populacije

	Spol		Dob		Obrazovanje		
	M	Ž	M	SD	Primarna razina	Sekundarna razina	Tercijarna razina
Redoviti praktikanti – v.z.	41,2%	58,8%	42,09	14,228	4,1%	45,4%	50,5%
Redoviti praktikanti – o.p	34,2%	65,8%	46,79	17,625	25,4%	60,2%	14,5%
Testirana razlika	$U=67905,5$; sig. ,049		$U= 58156,5$; sig. ,000		$U=38119,5$; sig. ,000		

Dosadašnja istraživanja na općoj populaciji kada se govori o socio-demografskim karakteristikama religioznosti pokazala su da postoje određene razlike prema dobi, spolu, i obrazovanju, odnosno da je religioznost u Hrvatskoj pod određenim utjecajem demografskih obilježja. Iako se mogu primijetiti određene promjene u socio-demografskim razlikama u religioznosti (Črpić & Zrinščak 2010) i dalje se može primijetiti da je religioznost, pogotovo ako se promatra religijska praksa, u nešto većoj mjeri prisutna kod starijih osoba, žena, onih sa

sela, osoba s nižom školskom spremom, domaćica i umirovljenika (Marinović Jerolimov 2005b; Nikodem 2011). Ako u tom kontekstu usporedimo redovite praktikante iz sedam vjerskih zajednica s redovitim praktikantima iz opće populacije, odnosno redovitim katoličkim praktikantima, vidljivo je da postoji razlika na sva tri osnovna socio-demografska obilježja. I na razini vjerskih zajednica i na razini opće populacije praktikanata primjetno je kako su u većoj mjeri zastupljene žene, no ta je zastupljenost više izražena kod katoličkih praktikanata. Ako se promatra samo aritmetička sredina kao prosječna mjera dobi vidljivo je da su redoviti katolički praktikanti u nešto većoj mjeri stariji nego redoviti praktikanti u istraživanim vjerskim zajednicama. Najizraženije razlike primjetne su upravo kod postignute obrazovne razine. Na razini opće populacije dominiraju oni ispitanici koji su završili sekundarnu razinu obrazovanja (završena gimnazija, trogodišnja ili četverogodišnja strukovna škola). U najmanjoj mjeri je onih redovitih praktikanata koji imaju tercijarno obrazovanje, dakle više, visoko i fakultetsko obrazovanje što je vidljivo i kada ih se uspoređi s većim postotkom onih koji imaju samo primarnu razinu obrazovanja, dakle osnovnoškolsko obrazovanje ili i bez završene osnovne škole. Na razini vjerskih zajednica je izrazito drugačija obrazovna struktura i to na način da dominiraju oni s tercijarnim obrazovanjem, dok onih s primarnim obrazovanjem ima u poprilično malom postotku.

Može se zaključiti kako se religiozno angažirani ispitanici u manjim vjerskim zajednicama koje se ovdje istražuju razlikuju od religiozno angažiranih ispitanika iz opće populacije, koji dominantno pripadaju katoličanstvu i to na način da je razlika između muškaraca i žena manja u korist žena, da su redoviti praktikanti u nešto većoj mjeri mlađi te da se dominantno radi o obrazovanim osobama i to sa završenom tercijarnom obrazovnom razinom.

5.3. Vjerska zajednica kao socijalni resurs

Nakon skiciranja nekih temeljnih dimenzija religioznosti i stavljanja te skice u širi kontekst komparirajući ih sa socio-religijskim i socio-demografskim obilježjima šire društvene razine, važno je pokušati otkriti koliko je vjernicima njihova vjerska zajednica važno mjesto okupljanja i izvan uobičajenih vjerskih obreda, koliko im je osobno vjerska zajednica važan dio njihovog identiteta i u kojoj mjeri osjećaju svoju vjersku zajednicu važnim socijalnim prostorom u kojemu borave.

U tu svrhu korištena je baterija pitanja koja obuhvaća *osjećaj pripadanja u vjerskoj zajednici* preuzeta iz rada *Social Relationship in Religious Institutions and Healthy Lifestyles* autora Neala Krausa, Benjamina Shawa i Jersey Langa (Krause et al. 2011). U bateriji se nalaze sljedeće četiri izjave: a) osjećam da uistinu pripadam svojoj vjerskoj zajednici; b) biti članom moje vjerske zajednice važan je dio moje osobnosti; c) osjećam da imam značajnu ulogu u životu moje vjerske zajednice; d) osjećam se dobrodošlim/dobrodošlom u svojoj vjerskoj zajednici. Za svaku izjavu korištena je ista skala od četiri stupnja: 1 u potpunosti se ne slažem, 2 ne slažem se, 3 slažem se, 4 u potpunosti se slažem.

Stoga su u tablici 12 prikazane aritmetičke sredine i rangovi aritmetičkih sredina za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih izjava te neparametrijski Kruskal-Wallis test kao jednosmjerni test analize varijance odabran zbog različitih veličina uzoraka svake od istraživanih vjerskih zajednica, te Friedmanov test varijance rangova kako bi se utvrdile razlike između indikatora.

Tablica 12. Procjena integracije u vjersku zajednicu

Vjerske zajednice	Osjećam da uistinu pripadam svojoj vjerskoj zajednici			Biti članom moje vjerske zajednice važan je dio moje osobnosti			Osjećam da imam značajnu ulogu u životu moje vjerske zajednice			Osjećam se dobrodošlim/dobrod ošlom u svojoj vjerskoj zajednici		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička	81	3,6 7	154,82	74	3,6 8	155,08	72	3,4 4	143,82	75	3,7 6	146,73
Pentekostalne	116	3,6 7	158,53	105	3,5 5	142,40	106	3,3 5	135,59	108	3,6 8	141,25
Mormonska	44	3,9 1	181,59	36	3,8 3	170,92	36	3,6 9	168,96	38	3,9 2	162,64
Adventistička	24	3,6 3	144,33	26	3,5 4	135,06	24	3,6 3	166,31	25	3,7 2	139,48
Hinduistička	43	3,4 2	120,99	42	3,1 7	97,45	40	3,0 3	99,49	41	3,6 1	131,72
M		3,67			3,56			3,40			3,72	
Kruskal-Wallis χ^2		18,189			26,708			22,201			6,251	
Sig.		,001			,000			,000			,181	
Rang M		2,66			2,42			2,16			2,75	
Friedman test χ^2							95,617					
Sig.							,000					

Iako Kraus i suradnici ovu bateriju pitanja nazivaju *osjećajem pripadanja vjerskoj zajednici*, bilo bi bolje nazvati je *osjećajem integriranosti u vjersku zajednicu* s obzirom da osim procjene osjećaja pripadanja zahvaća i procjenu važnosti vlastitog položaja u zajednici i procjenu prihvaćanja od strane zajednice kao cjeline. Ovakve procjene u velikoj mjeri ovise o samim osobama i njihovim crtama ličnosti, pa se tako neke osobe mogu lakše integrirati u određenu zajednicu, neke teže, ali usprkos individualnim razlikama važna je sama klima i kultura određene zajednice koja može biti manje ili više prijemčiva za integraciju članova. Upravo je stoga zanimljivo pogledati u kojoj mjeri ispitanici procjenjuju vlastitu integriranost u vjersku zajednicu. Iako postoji razlika među zajednicama evidentno je da je kod svih pet zajednica procijenjena visoka razina integriranosti mjerena na sva četiri indikatora. Ta je razina najniža kod hinduističke zajednice, ali usprkos tome i dalje se radi o visokoj razini integriranosti. Zanimljivo je kako postoji razlika među zajednicama kod prva tri indikatora, dok kod procjene o osjećaju da su dobrodošli u svojoj vjerskoj zajednici ta razlika nije prisutna, pri čemu su taj indikator i indikator „osjećam da uistinu pripadam svojoj vjerskoj zajednici“ indikator s najvišim rezultatom na Friedmanovom testu. Nakon osjećaja prihvaćenosti i pripadanja vjerskoj

zajednici ispitanici u nešto manjoj mjeri procjenjuju da je biti članom njihove vjerske zajednice važan dio njihove osobnosti, a zatim da u životu te zajednice imaju važnu ulogu. No, bez obzira na ove razlike možemo zaključiti kako je ispitanicima njihova vjerska zajednica odnosno njihova involviranost u vjersku zajednicu obilježena jakim osjećajem pripadanja i prihvaćenosti što čini značajan dio njihova identiteta.

Upravo stoga će se u daljnjoj analizi ova četiri indikatora prikazivati kao *indeks osjećaja integriranosti u vjersku zajednicu* (IIVZ) s obzirom da analiza pouzdanosti skale pokazuje visoki Cronbachov α od 0,85³³. Indeks je konstruiran zbrajanjem rezultata svih četiriju čestica iz baterija, pa je stoga raspon indeksa od 4 do 16, pri čemu se radi o jednomodalnoj negativno nagnutoj distribuciji (M=14,42; SD=2,13; Median=15; Skewness=-2,25).

Uz jake osjećaje povezanosti i uklopljenosti u vjersku zajednicu pitanje je u kojoj mjeri je vjernicima njihova vjerska zajednica izvor određene podrške u životu. U kontekstu istraživanja vjerskih zajednica često je istraživački fokus bio usmjeren prema socijalnoj podršci obiteljskih odnosa ili prijateljskih odnosa ili oboje (Study & Publishing 2010; Berkman 1985; Ellison & George 2010; Krause et al. 2001; Nooney & Woodrum 2002; Krause et al. 2011; Ellison 1995), no rijetko su se istraživanja bavila utjecajem vjerske zajednice i specifične podrške koju ta zajednica daje (Fiala et al. 2002). Drugim riječima rijetko se istraživala religijska podrška koja nastaje u vjerskim zajednicama. Jedna od rijetko konstruiranih skala koja se odnosi na religijsku podršku, a pri tom je i empirijski validirana, je *religious support scale* istraživača Williama E. Fialae, Jeffreya P. Bjorcka i Richarda Gorsucha (Fiala et al. 2002). U toj skali, nakon što su autori napravili teorijske i empirijske analize, nalaze se tri potkategorije pod nazivima kongregacijska podrška, podrška vjerskog voditelja i božja podrška. Stoga se i u ovom istraživanju koristila ova istraživačka baterija sastavljena od 21 izjave³⁴ s kojima su ispitanici mogli izraziti svoje (ne)slaganje na skali od pet stupnjeva pri čemu je 1=u potpunosti se ne slažem, 2=ne slažem se; 3=ni se slažem niti ne slažem; 4=slažem se, 5=u potpunosti se ne slažem (vidjeti u prilogu Upitnik).

Isto tako u tablicama 13, 14 i 15 su prikazane aritmetičke sredine i rangovi aritmetičkih sredina za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih izjava te neparametrijski Kruskal-Wallis test

³³ U istraživanju Krausa i suradnika Cronbachov α pokazuje slično visoku vrijednost (0,897) (Krause et al. 2011).

³⁴ S obzirom da su tvrdnje u ovoj bateriji preuzete iz engleskog jezika, autor ih je sam preveo, pri čemu je izvorna govornica engleskog i hrvatskog jezika napravila prijevod natrag na engleski jezik radi preciznosti i jezične adaptacije u socio-kulturni jezični kontekst.

kojim se testira razlika među zajednicama prema pojedinom indikatoru te Friedmanov test rangova kojim se testira razlike među pojedinim indikatorima.

Tablica 13. Kongregacijska podrška

Vjerske zajednice	Mogu se obratiti ostalim članovima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme.			Drugim članovima moje vjerske zajednice stalo je do mogeg života i životnih uvjeta.			Ne osjećam se bliskim s drugim članovima moje vjerske zajednice.			Drugi članovi moje vjerske zajednice daju mi osjećaj pripadnosti.			Osjećam da me drugi članovi moje vjerske zajednice poštuju.			Da nešto pođe po zlu, ostali članovi moje vjerske zajednice će mi pomoći.			Ostali članovi moje vjerske zajednice me cijene.		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	84	4,5 6	149,8 9	82	4,3 7	152,3 0	82	3,8 2	140,0 3	81	4,4 0	154,5 6	82	4,4 1	154,8 7	79	4,3 9	145,8 5	82	4,3 5	148,8 5
Pentekost.	11 6	4,7 6	173,6 9	11 6	4,5 3	173,6 9	11 5	4,0 2	155,8 9	11 6	4,4 2	162,9 1	11 7	4,4 4	162,1 5	11 5	4,5 8	168,5 4	11 3	4,4 2	158,7 9
Mormonska	44	4,7 5	172,3 8	45	4,4 9	172,0 8	44	4,2 5	179,2 5	43	4,7 0	193,8 4	44	4,7 3	195,0 5	44	4,7 5	188,7 5	44	4,7 3	192,8 6
Adventist.	27	4,2 2	110,5 9	26	4,0 4	122,0 0	26	3,8 1	137,4 4	26	4,1 5	133,9 4	26	4,1 5	126,5 0	26	4,0 8	108,9 8	26	4,2 7	139,1 9
Hinduist.	45	4,5 8	150,6 0	44	4,1 6	127,0 1	44	4,2 5	173,7 7	43	3,9 5	108,3 8	42	4,1 2	118,4 3	43	4,2 1	121,7 6	41	4,1 0	115,0 4
M		4,63			4,39			4,01			4,37			4,41			4,46			4,39	
Kruskal-Wallis χ^2 Sig.		18,925 ,001			17,495 ,002			9,597 ,048			27,131 ,000			23,541 ,000			29,227 ,000			21,931 ,000	
Rang M Friedman test χ^2 Sig.		4,68			3,97			3,27			3,91			4,01			4,19			3,98	
											154,546 ,000										

Tablica 14. Podrška vjerskog/ih voditelja

Vjerske zajednice	Da nešto pode po zlu, voditelj/i moje vjerske zajednice bi mi pomogli.			Voditelj/i moje vjerske zajednice me cijeni/e.			Mogu se obratiti voditelju/ima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme.			Voditelju/ima moje vjerske zajednice stalo je do mojeg života i životnih uvjeta.			Ne osjećam se bliskima s voditeljem/ima moje vjerske zajednice.			Voditelj/i moje vjerske zajednice pruža/ju mi osjećaj pripadnosti.			Osjećam da me voditelj/i moje vjerske zajednice poštuje/u.		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	82	4,7 1	152,5 6	83	4,5 8	148,3 8	82	4,6 0	152,0 6	82	4,4 6	157,0 2	81	4,2 0	155,2 6	81	4,4 3	156,2 7	80	4,4 8	148,1 6
Pentekost.	11	4,8 0	167,0 4	11	4,8 0	178,0 3	11	4,7 8	171,6 6	11	4,5 5	165,7 7	11	4,2 3	157,5 8	11	4,4 5	163,6 6	11	4,6 4	170,6 3
Mormonska	44	4,9 1	180,2 7	44	4,8 2	184,2 0	44	4,9 1	191,7 7	44	4,6 1	188,5 0	45	4,4 0	178,3 4	44	4,8 2	196,5 5	45	4,7 8	186,3 3
Adventist.	26	4,2 3	90,88	26	4,2 3	102,8 3	26	4,1 9	103,3 5	26	4,1 2	116,8 1	26	3,7 3	109,4 0	26	3,9 2	105,8 5	25	4,0 4	105,5 6
Hinduist.	43	4,6 5	143,9 5	44	4,4 1	122,6 4	44	4,4 1	120,9 5	43	4,1 2	114,7 4	43	4,1 9	147,2 8	43	4,1 2	116,7 0	42	4,1 7	110,6 1
M		4,72			4,64			4,65			4,44			4,22			4,41			4,50	
Kruskal-Wallis χ^2 Sig.		34,697 ,000			40,222 ,000			39,790 ,000			27,138 ,000			12,229 ,016			33,619 ,000			36,677 ,000	
Rang M Friedman test χ^2 Sig.		4,63			4,29			4,33			3,78			3,30			3,74			3,92	
											201,142 ,000										

Tablica 15. „Božja podrška“

Vjerske zajednice	Bog mi daje osjećaj pripadnosti.			Osjećam da me Bog poštuje.			Da nešto pode po zlu, Bog bi mi pomogao.			Bog me cijeni.			Mogu se obratiti Bogu za savjet kada imam probleme.			Bog brine o mojem životu i situaciji.			Ne osjećam se bliskim s Bogom.		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	84	4,7 1	152,3 9	81	4,8 1	154,7 7	83	4,7 0	151,2 5	81	4,8 4	157,3 4	81	4,8 1	153,2 1	82	4,8 4	159,6 4	82	4,5 5	146,5 8
Pentekost.	11 6	4,9 1	176,4 8	11 5	4,9 0	166,2 1	11 6	4,8 5	172,3 4	11 3	4,9 0	166,0 2	11 7	4,9 2	166,3 8	11 7	4,9 1	172,9 4	11 4	4,7 4	165,9 9
Mormonska	45	4,8 0	165,2 3	44	4,8 9	163,8 0	44	4,8 4	172,0 6	45	4,9 1	166,2 0	44	4,9 3	167,7 0	45	4,7 6	152,2 4	44	4,7 3	164,9 1
Adventist.	26	4,6 5	146,4 6	26	4,6 9	150,0 2	26	4,6 5	155,9 2	24	4,7 9	153,9 0	26	4,8 8	165,5 2	27	4,8 5	165,8 1	26	4,3 8	125,4 6
Hinduist.	41	4,2 7	105,1 6	40	4,2 8	105,3 1	40	4,0 8	93,14	40	4,0 5	84,46	41	4,3 9	105,7 4	41	4,2 7	101,8 3	40	4,5 3	137,7 8
M		4,74			4,77			4,69			4,77			4,82			4,78			4,63	
Kruskal-Wallis χ^2		39,460			33,932			44,925			63,590			41,016			44,994			11,558	
Sig.		,000			,000			,000			,000			,000			,000			,021	
Rang M Friedman test χ^2		4,02			4,07			3,88			4,06			4,21			4,12			3,65	
Sig.										58,546											
										,000											

Kongregacijska podrška. Što se tiče percepcije kongregacijske podrške postoji razlika među zajednicama, no kod svih zajednica radi se o visokom stupnju slaganja sa svim tvrdnjama što upućuje da svi ispitanici visoko procjenjuju podršku koju dobivaju u svojim kongregacijama. Ako usporedimo aritmetičke sredine za svaku od tvrdnji onda je evidentno kako je najviše prihvaćena tvrdnja o mogućnosti obraćanja ostalim članovima vjerske zajednice za savjet u slučaju kada ispitanici imaju probleme. U pravilu je kod većine zajednica, osim adventističke, to najprihvaćenija tvrdnja (većina se u potpunosti slaže s tom tvrdnjom). Iako postoje statistički značajne razlike među zajednicama one nisu u toj mjeri eksplanatorno značajne. U nešto većoj mjeri članovi mormonske zajednice procjenjuju kongregacijsku podršku koju dobivaju i ta procjena je konzistentna na svih sedam tvrdnji. No, općenito se može reći da u svim zajednicama većina vjernika drži da je ostalim članovima zajednica stalo do njih i njihovog života, da osjećaju bliskost i pripadnost, da ih ostali u zajednici poštuju i cijene te da mogu računati na njihovu pomoć.

Podrška vjerskog/ih voditelja. Ako se pogleda procjena podrške vjerskog/ih voditelja, slično kao i kod kongregacijske podrške najviše ocijenjena tvrdnja je „da nešto pođe po zlu, voditelj/i moje vjerske zajednice bi mi pomogli“, no uz ovu tvrdnju visoko su prihvaćene i tvrdnje „voditelj/i moje vjerske zajednice me cijeni/e“ te tvrdnja „mogu se obratiti voditelju/ima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme“. Tvrdnja s nižom razinom prihvaćenosti je „ne osjećam se bliskima s voditeljem/ima moje vjerske zajednice“, gdje se niža razina prihvaćenosti od svih ostalih tvrdnji može zasigurno objasniti razlikom u smjeru postavljene tvrdnje s obzirom da u sebi ta tvrdnja sadrži negaciju, odnosno da je određenje na skali suprotnog smjera nego kod ostalih tvrdnji³⁵. U usporedbi s ostalim zajednicama i ovdje se može primijetiti konzistentnija i viša procjena podrške vjerskog/ih voditelja kod mormona, no kod svih zajednica vjernici osjećaju bliskost s voditeljem/ima, imaju osjećaj da ih voditelji poštuju, cijene i da im pružaju osjećaj pripadnosti, da bi u slučaju životnih problema od voditelja dobili savjet i pomoć, što zasigurno proizlazi iz visoko prihvaćene percepcije o voditelju/ima njihove vjerske zajednice kao osobi/ama kojoj/ima je stalo do njihovog života i životnih uvjeta.

„Božja podrška“. Za razliku od tvrdnji kod prvih dviju podrški, kongregacijske i voditelja zajednica, kod svih tvrdnji koje se odnose na „božju podršku“ aritmetičke sredine pokazuju da se radi o prihvaćanju u području izrazitog slaganja s navedenim tvrdnjama (u rasponu od 1 do 5 sve su aritmetičke sredine iznad 4,5). I ovdje su primjetne statistički značajne razlike među

³⁵ Isto se može primijetiti i kod isto postavljenih tvrdnji unutar kongregacijske podrške i „božje podrške“.

zajednicama pri čemu je razlika najočitija u usporedbi kršćanskih zajednica s hinduističkom u kojoj je razina „božje podrške“ nešto niža na skoro svim tvrdnjama osim kod tvrdnje „ne osjećam se bliskim s Bogom“. No i ovdje je evidentno da je kod većine ispitanika u svim zajednicama odnos prema Bogu važan izvor osjećaja pripadnosti i poštovanja, osjećaja bliskosti i cijenjenosti te da vjernici osjećaju da bi im Bog kada nešto pođe po zlu pomogao, da mu se mogu obratiti za savjet kada imaju probleme i da se Bog brine o njihovom životu i životnim uvjetima.

Radi lakše daljnje analize konstruirani su indeksi za sva tri tipa religijske podrške. Sedam tvrdnji koje se odnose na kongregacijsku podršku tvore *indeks kongregacijske podrške* (IKP), pri čemu analiza pouzdanosti skale pokazuje visoki Cronbachov α od 0,864. Isto tako analiza pouzdanosti skale pokazuje visoki Cronbachov α od 0,868 za *indeks podrške vjerskog/ih voditelja* (IPVV) i visoki Cronbachov α od 0,894 za *indeks „božje podrške“* (IBP).

Indeksi su konstruirani zbrajanjem rezultata svih čestica iz baterija (sedam tvrdnji za svaki indeks), pa je stoga raspon indeksa od 7 do 35, pri čemu se kod sva tri indeksa radi o negativno nagnutoj distribuciji (Indeks kongregacijske podrške > M=30,67; SD=3,74; Median=31; Skewness=-0,662; Indeks podrška vjerskog/ih voditelja > M=31,61; SD=3,62; Median=33; Skewness=-0,948; Indeks > „božje podrške“ M=33,3; SD=2,91; Median=35; Skewness=-2,071;).

Vrijednosti indeksa su međusobno uspoređene neparametrijskim Wilcoxonovim testom sume rangova koji pokazuje da između sva tri indeksa postoji statistički značajna razlika (IKP-IPVV > Z=-6,255, p<,000; IKP-IBP > Z=-11,093, p<,000; IPVV – IBP > Z=-8,526, p<,000). To znači da je najviše ocijenjena „božja podrška“, zatim podrška vjerskog/ih voditelja, a na kraju kongregacijska podrška, no vidljivo je iz mjera centralnih tendencija da su sva tri tipa religijske podrške visoko prihvaćena i ocijenjena.

Dakle možemo reći da je članovima vjerskih zajednica ta ista zajednica važan izvor specifičnog oblika religijske podrške koja proizlazi iz odnosa s drugim vjernicima u zajednici, iz odnosa s voditeljem/ima vjerske zajednice, ali i iz njihovog osobnog odnosa prema Bogu koji je prema svemu sudeći temeljna religijska ideja/predodžba vjernicima u ovim zajednicama.

Iako je jasno da je „božja podrška“ u nešto većoj mjeri prisutna u usporedbi s druga dva tipa religijske podrške, podrška ostalih su-vjernika, članova i voditelja, značajno je prisutna u životima vjernika, no ove su procjene više usmjerene na afektivna stanja i očekivanja i kao

takve su u određenoj mjeri apstraktnije. Pitanja poštovanja, pripadnosti, cijenjenosti, osjećaja da će ti netko u životu pomoći, osjećaja bliskosti s nekim, važni su elementi u procjeni sebe i drugih oko sebe, ali nedostaju im konkretniji primjeri iz svakodnevice kada nam je ponekad pomoć zaista potrebna i kada želimo imati mogućnost osloniti se na druge, sebi bliske osobe. U tom smislu ispitanici su bili upitani i o općoj socijalnoj podršci koju mogu dobiti od nekoga od članova njihove vjerske zajednice.

S mogućnošću odgovora ne znam (0), ne (1) i da (2) ispitanici su bili upitani da procjene bi li mogli računati na pomoć od nekoga od članova njihove vjerske zajednice. Primjeri životnih situacija u kojima bi im trebala pomoć navedeni su niže u tablici 16 i 17.

Primjeri percipirane socijalne podrške mogu se podijeliti u dva tipa podrške. Jedan je materijalni tip podrške koji se primjerice može manifestirati u posuđivanju novca, u obavljanju nekih kućnih popravaka (poput neispravne pipe, začepljenog vodokotlića i sl.), u posuđivanju automobila, u pomoći kada se netko od članova obitelji razboli ili pak čuvanju djece, kuće ili stana (tablica 16). Drugi tip je više nematerijalnog oblika koji se odnosi na mogućnost razgovora s nekim od članova vjerske zajednice u životnim situacijama poput problema na poslu, smrti bliske osobe, bračnih i obiteljskih problema, zdravstvenih problema ili pak nekih neodređenih životnih situacija koje ozbiljno utječu na život pojedinca (tablica 17).

U tablicama su prikazane aritmetičke sredine i rangovi aritmetičkih sredina za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih izjava te neparametrijski Kruskal-Wallis test kojim se testira razlika među zajednicama prema pojedinom indikatoru te Friedmanov test rangova kojim se testira razlika među pojedinim indikatorima.

Tablica 16. Socijalna podrška - materijalna

Vjerske zajednice	Ako bi mi trebalo, mogao bih posuditi novac od nekoga od članova moje vjerske zajednice.			U slučaju manjih nezgoda u kući/stanu, kao što su neispravna pipa, začepljen vodokotlić i sl., netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pomogao			Ako bi mi hitno trebalo, netko od članova moje vjerske zajednice bi mi posudio automobil			U hitnom medicinskom slučaju, kao što je ozljeda djeteta ili supruga/e, netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pomogao			U slučaju hitnog izbivanja netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pričuvao djecu ili kuću/stan		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	85	1,65	163,79	85	1,81	154,90	84	1,50	147,38	85	1,95	158,33	85	1,80	155,09
Pentekost.	113	1,62	161,42	112	1,81	158,84	111	1,60	156,88	111	1,92	155,03	111	1,85	160,39
Mormonska	44	1,45	143,22	45	1,91	167,34	45	1,51	150,38	45	1,96	158,53	45	1,73	152,00
Adventist.	25	1,40	139,50	27	1,59	139,37	25	1,68	160,16	26	1,92	156,00	25	1,64	142,20
Hinduist.	44	1,45	149,18	44	1,80	156,60	43	1,67	163,28	44	1,86	151,36	44	1,77	155,10
M		1,56			1,81			1,58			1,93			1,79	
Kruskal-Wallis χ^2		5,461			5,709			2,346			2,001			3,162	
Sig.		,243			,222			,672			,736			,531	
Rang M		2,78			3,09			2,80			3,25			3,07	
Friedman test χ^2								84,780							
Sig.								,000							

Tablica 17. Socijalna podrška - nematerijalna

Vjerske zajednice	Ako bih imao/imala ozbiljan problem na poslu mogao/la bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice			U slučaju smrti meni bliske osobe, mogao/la bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice			U slučaju bračnih i/ili obiteljskih problema, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice			U slučaju da imam ozbiljne zdravstvene probleme, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice			Ako bi nešto ozbiljno utjecalo na moj život, mogao bih razgovarati o tome s nekim od članova moje vjerske zajednice		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	85	1,88	158,15	84	1,93	155,38	85	1,80	154,32	85	1,92	154,62	85	1,87	151,42
Pentekost.	114	1,96	163,40	114	1,97	158,27	114	1,88	160,08	113	2,00	162,00	113	1,96	159,70
Mormonska	45	1,89	157,12	45	2,00	161,00	45	1,91	163,93	45	1,91	154,98	45	1,98	159,12
Adventist.	26	1,69	137,69	26	1,81	142,98	26	1,65	140,94	26	1,81	143,94	25	1,84	144,02
Hinduist.	44	1,82	153,05	44	2,00	161,00	44	1,86	160,16	45	2,00	162,00	44	2,00	162,50
M		1,89			1,96			1,84			1,95			1,94	
Kruskal-Wallis χ^2		10,225			11,340			5,612			13,029			10,122	
Sig.		,037			,023			,230			,011			,038	
Rang M Friedman test χ^2		2,98			3,06			2,91			3,04			3,02	
Sig.								25,843							
								,000							

Kada pogledamo *percipiranu materijalnu socijalnu podršku*, zanimljivo je da ne postoje razlike među zajednicama. Znači da, bez obzira na različitost pripadanja zajednici, ispitanici slično procjenjuju materijalnu socijalnu podršku na koju mogu računati u svojoj zajednici. Razlika koja je evidentna odnosi se na specifične životne situacije u kojima mogu računati na socijalnu podršku, pa je tako u svim zajednicama podrška od nekog od članova vjerske zajednice koja je najviše ocjenjena ona koja se odnosi na hitni medicinski slučaj kao što je ozljeda djeteta ili supruga/e. Nakon toga slijede situacije poput manjih nezgoda u kući/stanu, kao što su neispravna pipa, začepljen vodokotlić i slično te čuvanje djece ili kuće/stana u slučaju hitnog izbivanja. U nešto manjoj mjeri se procjenjuje podrška od članova vjerske zajednice u slučajevima ako bi trebalo posuditi automobil ili novac, što i ne čudi s obzirom da se radi o materijalno vrijednijim stvarima, pa je moguće da su ispitanici oprezniji u svojoj procjeni. No, bez obzira na razlike, kod svih pet primjera životnih situacija u kojima je potrebna socijalna podrška nekog od članova vjerske zajednice svi ispitanici u svim zajednicama visoko procjenjuju da na takvu podršku/pomoć mogu računati.

Kod *percipirane nematerijalne socijalne podrške* koja se odnosi na mogućnost razgovora s nekim od članova vjerske zajednice u određenim životnim situacijama procjene su slične kao i kod materijalne socijalne podrške. Ako se promatrane razlike testiraju na značajnosti $p < 0,01$, onda među zajednicama nema razlike. Značajna razlika je opet među specifičnim primjerima životnih situacija u kojima je moguća potreba za socijalnom podrškom, no ako se promatra u usporedbi sa socijalnom podrškom materijalnog tipa niža vrijednost hi-kvadrata indicira da promatrane devijacije mogu biti uzrokovane slučajnošću. Svih pet indikatora nematerijalne socijalne podrške su visoko procijenjeni što upućuje da u svim zajednicama većina ispitanika misli da može računati na razgovor s nekim od članova vjerske zajednice u slučajevima ozbiljnog problema na poslu, smrti bliske osobe, bračnih ili obiteljskih problema, osobnih zdravstvenih problema te ako bi nešto ozbiljno utjecalo na njihov život.

Za potrebe daljnje analize konstruiran je *indeks percipirane socijalne podrške* (IPSP) u kojem su sadržane tvrdnje i o materijalno i o nematerijalnoj socijalnoj podršci (Cronbachov $\alpha = 0,737$). Indeks je konstruiran zbrajanjem rezultata svih čestica iz baterija (deset tvrdnji), pa je stoga raspona indeksa od 0 do 20, a distribucija je negativno nagnuta ($M = 18,28$; $SD = 2,89$; $Median = 20$; $Skewness = -2,45$).

Ovdje se treba vratiti jednom elementu prakse u vjerskoj zajednici koji je namjerno izostavljen u pasusu o religijskoj praksi. Radi se o procjeni učestalosti sudjelovanja u ostalim aktivnostima

vjerske zajednice ne računajući odlaske na vjerske obrede. U ovom elementu prakse, čiji su rezultati niže prikazani, mogu biti sadržane religijske i nereligijske aktivnosti, ali se radi zapravo o indikatoru koji pokazuje u kojoj mjeri se ljudi aktivno okupljaju u svojoj zajednici. Podaci su prikazani komparativno s općom populacijom s obzirom da je isto pitanje bilo postavljeno i u ISSP modulu „Religija“³⁶.

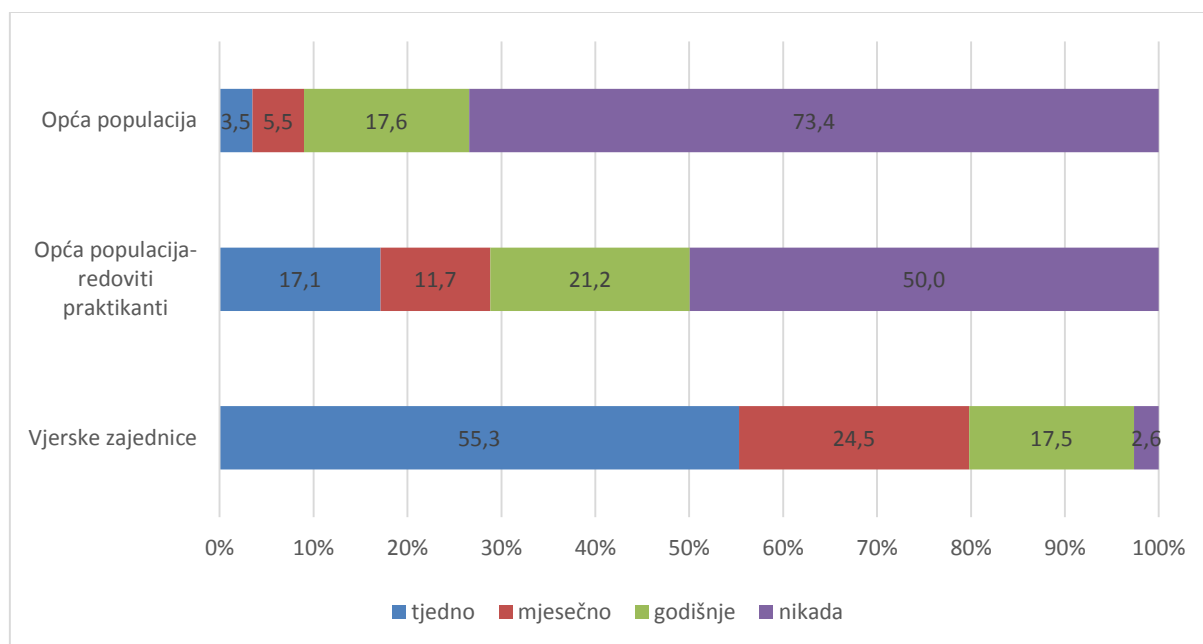
Tablica 18. Sudjelovanje u aktivnostima vjerske zajednice izvan vjerskih obreda

Vjerske zajednice	N	M	Rang M	Tjedno	Mjesečno	Godišnje	Nikada
Baptistička	84	2,08	169,66	46,4%	22,6%	26,2%	4,8%
Pentekostalne	105	1,66	138,70	62,9%	22,9%	11,4%	2,9%
Mormonska	43	1,44	133,27	62,8%	30,2%	7,0%	,0%
Adventistička	26	1,46	133,04	65,4%	23,1%	11,5%	,0%
Hinduistička	44	2,02	176,10	40,9%	27,3%	29,5%	2,3%
Ukupno	1,78	302		55,3%	24,5%	17,5%	2,6%
Kruskal-Wallis χ^2		15,316					
Sig.		,004					

Testiranja pokazuju među zajednicama značajnu razliku, ali niska vrijednosti hi-kvadrata stvara određenu rezerviranost prema prihvaćanju ove razlike s obzirom da postoji mogućnost puke slučajnosti. Stoga u tom kontekstu treba promatrati razliku koja se u osnovnim crtama pokazuje između mormonske, pentekostne i adventističke zajednice s jedne strane te baptističke i hinduističke zajednice s druge strane, pri čemu kod ovih prvih vjernici u nešto većoj mjeri sudjeluju u aktivnostima zajednice izvan vjerskih obreda. S obzirom na diskrepanciju uzoraka između zajednica, postotne vrijednosti nisu pravo mjerilo koje pokazuje u kojoj mjeri je prisutna aktivnost izvan vjerskih obreda, ali uz neparemetrijsko testiranje, i prikaz rangova aritmetičkih sredina tog testiranja, daje određenu ilustraciju o kojoj mjeri aktivizma se zapravo radi. Ako bismo prihvatili u potpunosti rezervu o razlikama među zajednicama, onda nam ukupne postotne vrijednosti daju poprilično jasnu i zanimljivo sliku tog aktivizma. Preko polovice svih ispitanika sudjeluje barem jednom tjedno, ako ne i češće, u aktivnostima svojih zajednica, pri čemu, ako bismo tomu pribrojali i minimalno jednom-mjesečnu aktivnost, možemo reći da preko 80% ispitanika redovito sudjeluje u izvanobrednim aktivnostima.

³⁶ S obzirom da je korištena ista skala kao kod pitanja o odlasku na vjerske obrede/sluzbe i kod pitanja o sudjelovanju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju Sveti tekstovi, a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda, na isti način se provela procedura rekodiranja.

Grafikon 3. Sudjelovanje u aktivnostima vjerske zajednice izvan vjerskih obreda %



Koliko se radi o visokoj razini aktiviteta u zajednicama govori nam i komparacija prikazana u grafikonu 3, gdje su prikazani postotci na razini opće populacije, ali i na razini redovitih religijskih praktikanata u općoj populaciji (onih koji barem jednom mjesečno odlaze na vjerske službe/obrede). Ako se uspoređuje razina istraživanih vjerskih zajednica s ove dvije razine, evidentno je da nije potrebno uvoditi niti statističko testiranje razlike. Aktivnost vjernika u zajednicama je značajno veća od opće populacije, ali i od redovitih praktikanata u općoj populaciji. Može se reći da u onom opsegu u kojem vjernici u općoj populaciji ne sudjeluju u izvanobrednim aktivnostima da u tom opsegu vjernici u ovim zajednicama sudjeluju.

Ako se prisjetimo prikazanih podataka o redovnoj religijskog praksi, koji pokazuju da je tjedno odlaženje na vjerske obrede skoro na razini od 90% dok je tjedno sudjelovanje u molitvenim grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi (a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda) na razini od 65%, onda nešto niža, ali značajno visoka razina od 55% tjednog sudjelovanja u izvanobrednim aktivnostima upućuje da su vjerske zajednice svojim vjernicima bitan socijalni prostor i okruženje u kojemu se sigurno ostvaruju i socijalni odnosi koji nisu nužno religijskog karaktera. Kroz ovako izražen angažman religijskog i nereligijskog karaktera za očekivati je da će na individualnoj razini doprinijeti povećanom osjećaju integriranosti u zajednici, a samim time i stvoriti mogućnost razvitka socijalne podrške.

Tablica 19. Korelati socijalne podrške

	IPSP	IPSP
	Model 1	Model 2
	β	
Odlazak na vjerske službe	-,121***	-,235*
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi	-,106	-,029
Sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednica	-,130***	-,114
Indeks osjećaja integriranosti u zajednicu	-	,240*
R	,236	,380
R ²	,056	,145

* p<.001; ** p<.01; *** p<.05

Ako se promatra odnos između religijske prakse i indeksa pokazuje se da postoji statistički značajna korelacija indeksa osjećaja integriranosti u zajednicu s odlaskom na vjerske službe (Kendallov tau=-,236, p<,000), s indikatorom sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi (Kendallov tau=-,223, p<,000) te sa sudjelovanjem u ostalim aktivnostima izvan vjerskih obreda (Kendallov tau=-,201, p<,000).

Drugim riječima, veća uključenost u vjersku zajednicu kroz učestalu religijsku praksu doprinosi povećanom osjećaju integriranosti u zajednici. Odnos između osjećaja integriranosti u zajednicu i redovitog odlaženja na vjerske obrede, molitvene grupe i ostale aktivnosti je zasigurno recipročan. Ako osoba redovito dolazi u zajednicu, bilo na vjerske obrede bilo na neke druge vrste aktivnosti, zasigurno stvara jače socijalne veze s drugim članovima s čime se stvara i jači osjećaj pripadanja toj zajednici, no isto tako jači osjećaj integracije može doprinijeti i većoj motivaciji učestalijeg sudjelovanja u aktivnostima zajednice. Kroz taj isprepleteni odnos prakse i integriranosti mogu se stvarati odnosi među vjernicima u zajednicama koji posljedično mogu utjecati na svakodnevne životne forme. To upravo pokazuju regresijski modeli (linearni) u tablici 19 u kojoj promatrani odnosi između prakse i integriranosti s jedne strane (prediktorske, nezavisne varijable) i socijalne podrške s druge strane (kriterijska, zavisna varijabla) upućuju na povezanost. U prvom modelu prikazani su korelati između indeksa percipirane socijalne podrške s tri tipa religijske prakse i pokazuje se da postoji značajna korelacija između odlaska na vjerske službe i sudjelovanja u izvanobrednim aktivnostima vjerske zajednice s percipiranom socijalnom podrškom. No varijanca u ovom modelu je slabo objašnjena (samo 5,6%). Ukoliko se uključi u model i indeks osjećaja integriranosti u zajednicu vidljivo je da na percipiranu socijalnu podršku utječe i dalje indikator prakse (sada samo odlazak na vjerske obrede) i integriranosti. Povećanim angažmanom u zajednici i povećanim osjećajem pripadanja i uklopljenosti u zajednicu raste i percipirana socijalna podrška. S obzirom da postoji korelacija osjećaja integriranosti s druga dva tipa religijske prakse, ne čudi

da u modelu statistička značajnost za njih nestaje, no jasno je kako se radi o interakcijskom efektu. Vidljivo je da raste i postotak objašnjene varijance (sada iznosi 14,5%), što je i dalje na niskoj razini, ali značajno više nego u modelu 1. Jednostavnije rečeno, u stvaranju percepcije zajednice i članova u njoj kao izvora socijalne podrške važna je osobna involviranost i osjećaj integriranosti u zajednicu, odnosno u onoj mjeri u kojoj je vjernik „uronjen“ u svoju vjersku zajednicu, zajednica mu postaje relevantan resurs u svakodnevnom životu.

U teorijskom dijelu naglašena je važnost religije u stvaranju socijalnog kapitala. Postoje brojni argumenti zašto je bitno istraživati odnos religije i socijalnog kapitala. Život određene vjerske kongregacije bitan je oblik udruživanja ljudi i to ne samo danas već i kroz povijest, pri čemu takva udruženja mogu imati brojne aktivnosti ili usluge koje pružaju svojim vjernicima (psihološka savjetovanja, predavanja, tribine, vrtiće, razne terapijske grupe, molitvene grupe i sl.). Religijske doktrine mogu oblikovati svjetonazore svojih vjernika te na taj način oblikovati međusobne odnose s onim koji su dio takve kongregacije i onima koji to nisu. Teorija socijalnog kapitala govori o tome da se kroz socijalne odnose skupljaju socijalni resursi (kapital) pri čemu je pretpostavka za stvaranje tih resursa grupna kohezija i socijalna podrška (Putnam 2000). Stoga je za očekivati kako je involviranost u vjersku zajednicu značajan izvor socijalnog kapitala (Wuthnow 2002), koji isto tako utječe na ponašanje pojedinca stvaranjem grupnog pritiska i time osnažujući identitet pojedinca koji je obilježen pripadanjem određenoj grupi. To potvrđuje i gore spomenuta korelacija između religijske prakse i osjećaja integriranosti. Socijalni kapital se najčešće kao multidimenzionalni konstrukt istražuje kroz dvije dimenzije – umreženost ili gustoću odnosa među članovima zajednice te povjerenje. U tu svrhu korištena su tri indikatora socijalnog kapitala u ovom istraživanju. Prva dva odnose se na umreženost i mjerena su kroz osobnu procjenu broja bliskih prijatelja općenito te broja bliskih prijatelja unutar vjerske zajednice, pri čemu su i kod jednog i kod drugog ispitanici zamoljeni da u to ne broje članove svoje obitelji (skala: 0-niti jednog/u; 1-jednog/u; 2-dvoje; 3-troje; 4-četiri; 5-pet; 6-šest do devet; 7-više od 10). Povjerenje je mjereno s pitanjem „biste li rekli da se ljudima može vjerovati ili da se nikada ne može biti dovoljno oprezan u odnosu s ljudima“, pri čemu je korištena petostupanjska skala – od 1-nikada dovoljno oprezan/na do 5-većini ljudi se može vjerovati. U tablici 20 su prikazani rangovi aritmetičkih sredina i rezultati neparametrijskog Kruskal-Wallis testa kako bi se vidjele razlike između pet istraživanih zajednica.

Tablica 20. Dimenzije socijalnog kapitala

Vjerske zajednice	Povjerenje			Umreženost izvan vjerske zajednice			Umreženost unutar vjerske zajednice		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička	83	3,54	168,15	80	4,13	143,41	79	3,97	137,42
Pentekostalne	111	2,94	120,97	110	3,90	130,95	107	4,20	144,91
Mormonska	44	3,75	184,52	42	5,05	181,90	43	5,05	177,22
Adventistička	27	3,33	150,15	25	3,64	123,48	27	2,81	93,91
Hinduistička	45	3,87	192,17	41	5,29	193,83	39	5,15	183,14
M		3,38			4,29			4,26	
Kruskal-Wallis χ^2		33,699			25,261			24,856	
Sig.		,000			,000			,000	

Kada se pogledaju sva tri indikatora socijalnog kapitala prikazana u tablici 20, vidljivo je da postoji razlika među zajednicama. U nešto većoj mjeri je razina socijalnog kapitala, mjerena općenitim povjerenjem te brojem prijatelja izvan i unutar vjerske zajednice, viša u hinduističkoj i mormonskoj zajednici u usporedbi s ostalima, dok je nešto niža razina umreženosti primjetna kod adventističke zajednice. No, kod svih zajednica primjetno da je općenito povjerenje uglavnom ocjenjeno ocjenom 3 (rang od 1 do 5) sa slabim naginjanjem prema tvrdnji „većini ljudi se može vjerovati“. Isto tako ako se na razini svih vjerskih zajednica pogleda broj prijatelja unutar zajednice i broj prijatelja izvan zajednice razlike nema (Wilcoxonov Z test=-1,591; sig=,112), pri čemu aritmetičke sredine pokazuju prosjek od otprilike 4 bliskih prijatelja koji nisu članovi obitelji.

Tablica 21. Korelati socijalnog kapitala

	Povjerenje	Umreženost izvan vjerske zajednice	Umreženost unutar vjerske zajednice
	β		
Odlazak na vjerske službe	-,032	,001	,061
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi	,050	-,191*	-,199*
Sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednica	-,155**	-,024	-,123***
R	,150	,201	,272
R ²	,022	,040	,074

* p<.001; ** p<.01; *** p<.05

U tablici 21 prikazani su linearni regresijski modeli gdje su prediktorske varijable indikatori religijske prakse dok su kriterijske varijable indikatori socijalnog kapitala. Modeli pokazuju da ispitanici koji redovitije sudjeluju u ostalim aktivnostima imaju višu razinu povjerenja u ljude odnosno skloniji su većini ljudi vjerovati. Istraživanja pokazuju da postoje strukturalni aspekti religioznosti koji su oblikovani socijalnom interakcijom unutar religijske zajednice te da same zajednice mogu biti mjesta u kojima se ljudi iz različitih društvenih segmenata upoznaju kao osobe koje imaju određena slična razmišljanja, koje su benevolentne i kooperativne. Upravo kroz takvo upoznavanja koje nastaje intenzivnijom religijskom praksom, dakle češćim sudjelovanjem u različitim aktivnostima zajednice, stvara se opće povjerenje kod vjernika (Schoenfeld 1978; Macaskill 2007). Ili riječima Piotra Sztompke „interakcije unutar religijskih grupa su uobičajeno karakterizirane povjerenjem, kao i učestalim susretom s povjerenjem koje je uzvraćeno ili recipročno, time stvarajući prigodan poligon za opću sklonost povjerenju“ (Sztompka 1999, p.131). No, treba imati na umu da stvoreno povjerenje unutar religijske grupe može dovesti do snažne integracije članova i stvaranja nepovjerenja prema onima koji toj grupi ne pripadaju. To posebice vrijedi za one religijske grupe koje nisu ili su slabo povezane s društvom općenito, odnosno sociološkim rječnikom rečeno, onim religijskim grupama koje u svojem svjetonazoru i praksi u određenoj mjeri odbacuju svijet (*world-rejecting*)³⁷.

Koncept odnosa vjerske zajednice prema svijetu, odnosno društvu, može se analogijom povezati s vrstama socijalnog kapitala. Iako se u literaturi može pronaći više mogućih tipologija socijalnog kapitala, za područje istraživanja odnosa religioznosti i formiranja socijalnog kapitala instruktivna je Putnamova podjela na „povezujući socijalni kapital“ (*bonding social capital*) i „premošćujući socijalni kapital“ (*bridging social capital*) (Putnam 2000; Wuthnow 2002). Povezujući socijalni kapital odnosi se na manje grupe u kojima se razvija međusobno povjerenje i solidarnost kroz određeni vremenski period. Kroz takav se socijalni kapital lakše i brže ostvaruju emotivna podrška i razumijevanje, prijateljstva, osjećaj pripadnosti i briga za ostale članove, razmjena informacija, materijalna podrška i sl. S druge strane premošćujući socijalni kapital značajan je za opću društvenu razinu jer je češće odlika heterogenih grupa (Wuthnow 2002), te se kao takav na toj razini i istražuje. No takva vrsta socijalnog kapitala

³⁷ Sociolog Roy Wallis uveo je distinkciju koja se odnosi na nove religijske pokrete, pri čemu ih je podijelio na pokrete koje odbijaju svijetu (*world-rejecting movements*), na pokrete koje se prilagođavaju svijetu (*world-accomodating movements*) i na pokrete koji prihvaćaju svijet (*world-affirming movements*) (Furseth & Repstad 2006). Vjerske zajednice koje se ovdje istražuju (prvenstveno adventistička i baptistička) nisu u klasičnom smislu religijski pokreti, no sama tipologija se može primijeniti i na manjinske zajednice općenito, pri čemu koncept *odnos prema svijetu* se može prevesti kao *odnos prema društvu općenito*.

može biti prisutna kod homogenih grupa, u ovom slučaju vjerske zajednice, jer se radi o potencijalu grupe da stvara odnose s drugim grupama ili pojedincima.

Kako bi se moglo istražiti o kakvom se tipu vjerske zajednice radi, u smislu odnosa prema svijetu, odnosno vrsti socijalnog kapitala, potrebno je mnogo više indikatora pri čemu bi i kvalitativna metodologija dala bolji uvid, no bez obzira na to, indikatori umreženosti izvan i unutar zajednice mogu donekle dati uvid u tip socijalnog kapitala koji se stvara unutar vjerske zajednice. U tom se kontekstu može promatrati i činjenica da ne postoji razlika u prosječnom broju prijatelja izvan zajednice i unutar zajednica (tablica 20 – dimenzije socijalnog kapitala). Štoviše i regresijski modeli pokazuju da postoji povezanost između religijske prakse i umreženosti. Od tri elementa religijske prakse, umreženost s prijateljima izvan vjerske zajednice koji nisu članovi obitelji povezana je s molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi i to na način da povećanim angažmanom raste i broj prijatelja. Zašto postoji povezanost baš s tom dimenzijom, a ne s ostale tri, nije moguće objasniti u ovakvoj analizi jer bi bilo potrebno uvesti daleko više indikatora, što ovdje nije bio cilj. No moguće je plauzibilno iznijeti barem jednu pretpostavku. Ta se pretpostavka odnosi na intenzivnost odnosa koji se ostvaruju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, odnosno preciznije, na mogućnost sudjelovanja svih članova na takvim okupljanjima, pri čemu kroz takva okupljanja vjernici mogu pred ostalima iznositi svoja vjerovanja, ideje, osjećaje, razmišljanja i sl. U takvim susretima sigurno se mogu unaprijediti određene osobne socijalne i komunikacijske vještine koje onda mogu biti upotrijebljene i s osobama koje nisu članovi vjerske zajednice. Nadovezujući se upravo na činjenicu da se radi o vjerskim zajednicama koje nisu zatvorene prema svijetu, odnosno društvu, i koje u svojim vjerskim dogmama promoviraju koncepte „dobrog“ odnosa prema drugim ljudima, te se vještine mogu ostvariti i unutar šireg socijalnog miljea koji nije religijskog karaktera. Ovime se zapravo potvrđuje, kao što je spomenuto u teorijskom dijelu, da religijski rituali, kao što je u konačnici i Durkheim naglašavao, kroz kolektivne aktivnosti grupe mogu jačati i individualne veze s društvom (Shapiro 2011).

Što se tiče unutarnje kohezije, odnosno povezujućeg socijalnog kapitala, regresijski model pokazuje također da su povezani religijska praksa i umreženost unutar zajednice, pri čemu, iako je kod svih modela postotak objašnjene varijance nizak, upravo je kod ovog modela nešto viši. Vjerojatnije je da će češće sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi te češće sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednice koje su izvan vjerskog obreda omogućiti stjecanje većeg broja prijatelja unutar zajednice. Može se reći da se na neki

način ovakav odnos i očekivao, s obzirom da se upravo u neposrednijim kontaktima, a ovakva religijska praksa je sigurno neposrednija nego kada se sudjeluje u vjerskim obredima, mogu lakše ostvarivati i prijateljstva. Ako to usporedimo s odnosom religijske prakse i broja prijatelja izvan vjerske zajednice, onda prethodno spomenute plauzibilne pretpostavke o intenzivnim odnosima koji se ostvaruju u molitvenim grupama ili grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi, ovime dobivaju na smanjenoj plauzibilnosti.

Religija se može smatrati relevantnim faktorom razvijanja socijalnog kapitala, što i neki teoretičari potvrđuju (Wood, 1997; Miller, 1998). Važnost religije kao generatora socijalnog kapitala i socijalnog prostora u kojemu pojedinci mogu koristiti određene socijalne resurse, kao što je primjerice umreženost ili socijalna podrška, i u ovoj analizi se u određenoj mjeri potvrđuje. Time religija, i to upravo u modernim društvima, posebno u urbanom prostoru u kojem dolazi do transformacije obitelji, nestajanja specifičnih kulturnih udruženja, sindikalnih okupljališta i sličnih mjesta koja su generirala socijalni kapital, postaje važnim izvorištem. S obzirom da dosadašnja istraživanja pokazuju važnost socijalnog kapitala (socijalnog resursa) za osobno zdravlje smisljeno je takva istraživanja nastaviti. Taj zaključak vodi nas u daljnju analizu.

5.4. Zdravlje u vjerskim zajednicama

Nakon prikaza analiza koje razotkrivaju religioznost u vjerskim zajednicama potrebno je prikazati i neke elemente osobnog zdravlja. S obzirom na činjenicu da je zdravlje multidimenzionalan konstrukt, za tu potrebu prikazat će se razlike prema određenim indikatorima zdravlja i to tako da se prvo prikažu indikatori zdravstvenog stanja, a zatim indikatori ponašanja koji se odnose na zdravlje. Uz prikaz zdravstvenog stanja i zdravstvenog ponašanje prema zajednicama (usporedba među vjerskim zajednicama), napraviti će se i komparacija s općom populacijom, kako bi se mogla utvrditi eventualna razlika. Spomenuta usporedba među vjerskim zajednicama bit će napravljena prema tipologiji vjerskih zajednica u kojoj su adventisti i mormoni u jednoj grupi, s obzirom da se radi o zajednicama koje se mogu okarakterizirati kao striktnije zajednice, što u kontekstu zdravlja, a posebice zdravstvenog ponašanja, čini zanimljivu analitičku razliku (više je objašnjeno u prethodnom poglavlju). S obzirom da je jedan od istraživačkih ciljeva ovoga rada komparacija dviju razina, vjerske zajednice i opće populacije, kao indikatori zdravlja koristili su se indikatori iz ISSP modula Zdravlje, s obzirom da je navedeni istraživački modul napravljen na nacionalno reprezentativnom uzorku.

5.4.1. Zdravstveno ponašanje u vjerskim zajednicama

Individualno ponašanje koje ima utjecaja na zdravlje je jedno od najbitnijih elemenata osobne dobrobiti i osobnog zdravlja. Iznimno je teško, skoro nemoguće, odrediti koja sve individualna ponašanja utječu na zdravlje te o kakvoj se vrsti utjecaja radi, no moguće je odrediti zdravstveno ponašanje kroz osobne karakteristike poput vrijednosti, vjerovanja, motiva, očekivanja, percepcije i sličnih kognitivnih elemenata koji utječu na osobno zdravlje. Uz ove attribute važne su osobne karakteristike te bihevioralni obrasci, akcije i navike koji utječu na zdravlje bilo da ga čuvaju, obnavljaju ili poboljšavaju (Gochman 1997). Kao što je već prethodno objašnjeno postoje tri dimenzije zdravstvenog ponašanja – preventivno zdravstveno ponašanje, ponašanje vezano za bolesti te ponašanje u ulozi bolesnika – no istraživački je plodonosnije govoriti o tipovima zdravstvenog ponašanja. U tom smislu može se razlikovati barem 5 tipova zdravstvenog ponašanja: ponašanje koje se temelji na vlastitoj brizi (*self-care behaviour*), ponašanje u kojem se koristi zdravstvena usluga/zaštita (*health care utilization behaviour*), seksualno ponašanje (*sexual behaviour*), ponašanje vezano za prehranu (*dietary behaviour*), te ponašanje koje se odnosi na uporabu supstanci (*substance-use behaviour*) (Kirch, 2008: 518-519). Sva ova ponašanja mogu biti povremena ili pak jednokratna, no ukoliko se radi o

ponašanjima koja se ponavljaju, dakle o ponašanjima koja su redovita i planirana, onda možemo govoriti o životnom stilu orijentiranom na zdravlje.

Replicirani indikatori zdravstvenog ponašanja iz ISSP modula Zdravlje odnose se na ponašanje koje se temelji na vlastitoj brizi, ponašanje u kojem se koristi zdravstvena usluga/zaštita, ponašanje vezano za prehranu, te ponašanje koje se odnosi na uporabu supstanci. Ovo su konkretna pitanja koja se odnose na svako od navedenih ponašanja:

- *Indikator zdravstvenog ponašanja koje se temelji na vlastitoj brizi (IZP-vlastita briga).* Korišteno pitanje glasi „koliko često se bavite fizičkom aktivnošću najmanje 20 minuta od koje se oznojite ili dišete teže nego inače“. Korištena je skala od pet stupnjeva pri čemu je 1-nikada, 2-jednom mjesečno ili manje, 3-nekoliko puta mjesečno, 4-nekoliko puta tjedno, 5-dnevno.
- *Indikator zdravstvenog ponašanja koji pokazuje korištenje zdravstvene usluge/zaštite (IZP-zdravstvena usluga).* Korišteno pitanje glasi „tijekom proteklih 12 mjeseci koliko često ste posjetili ili Vas je posjetio liječnik/ica“. Ponudeni odgovori su bili 1-nikada, 2-rijetko, 3-ponekad, 4-često, 5-vrlo često.
- *Indikator zdravstvenog ponašanja vezan uz prehranu (IZP-prehrana).* Pitanje glasi „koliko često jedete svježe voće ili povrće“, pri čemu je korištena ista skala kao i kod pitanja o učestalosti fizičke aktivnosti.
- *Indikatori zdravstvenog ponašanja koje se odnosi na uporabu supstanci (IZP-alkohol; IZP-pušenje).* Ovdje su korištena dva pitanja. Jedno pitanje odnosi se na konzumaciju alkohola te glasi „koliko često pijete četiri ili više alkoholnih pića dnevno“, pri čemu je korištena ista skala kao i kod prethodnog indikatora. Drugo pitanje odnosi se na konzumaciju cigareta, a pitanje glasi „pušite li cigarete, i ako da, koliko cigareta dnevno“. Skala ima sedam odgovora pri čemu je 1-ne pušim i nikada nisam pušio/la, 2-ne pušim, ali sam prije pušio/la, 3-pušim 1 do 5 cigareta dnevno, 4-pušim 6 do 10 cigareta dnevno, 5-pušim 11 do 20 cigareta dnevno, 6-pušim 21 do 40 cigareta dnevno, 7-pušim više od 40 cigareta dnevno.

Tablica 22. Zdravstveno ponašanje – usporedba razine vjerskih zajednica i opće populacije %

		Nikada	Jednom mjesečno ili manje	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Dnevno	Testirana razlika		
IZP-vlastita briga	Vjerske zajednice	12,8	15,2	18,6	36,2	17,2	Mann-Whitney $U = 127519,5$		
	Opća populacija	21,7	18,8	25,8	22,3	11,5	Sig. ,000		
IZP-prehrana	Vjerske zajednice	1,7	2,7	7,3	30,0	58,3	Mann-Whitney $U = 132121,0$		
	Opća populacija	,8	2,9	18,1	44,8	33,4	Sig. ,000		
IZP-alkohol	Vjerske zajednice	89,4	7,7	1,9	,6	,3	Mann-Whitney $U = 119401,5$		
	Opća populacija	54,7	27,6	13,4	3,3	1,1	Sig. ,000		
		Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često			
IZP-zdravstvena usluga	Vjerske zajednice	42,3	34,2	17,1	5,5	1,0	Mann-Whitney $U = 147543,000$		
	Opća populacija	27,4	36,0	23,6	10,1	2,9	Sig. ,000		
		Ne pušim i nikada nisam pušio/la	Ne pušim, ali sam prije pušio/la	Pušim 1-5 cigareta dnevno	Pušim 6-10 cigareta dnevno	Pušim 11-20 cigareta dnevno	Pušim 21-40 cigareta dnevno	Pušim više od 40 cigareta dnevno	Testirana razlika
IZP-pušenje	Vjerske zajednice	61,6	36,2	,6	,6	1,0	,0	,0	Mann-Whitney $U = 128510,5$
	Opća populacija	44,1	17,2	6,3	9,3	18,4	4,2	,5	Sig. ,000

U tablici 22 prikazane su postotne vrijednosti za svih pet indikatora zdravstvenog ponašanja, i to za razinu vjerskih zajednica te razinu opće populacije, pri čemu su prikazani i rezultati testiranih razlika između ovih dviju razina. Ako se pogledaju rezultati samo za razinu vjerske zajednice, onda se čini da je većina pripadnika ovih vjerskih zajednica u značajnoj mjeri odgovorna u svojem ponašanju prema zdravlju. U prilog toj konstataciji idu podaci za bavljenje fizičkom aktivnošću najmanje 20 minuta, redovitost konzumacije svježeg voća ili povrća, učestalost konzumacije alkohola te učestalost pušenja. Zbrojimo li one ispitanike koji nekoliko puta tjedno i dnevno fizički vježbaju i konzumiraju svježe voće ili povrće, onda je vidljivo da preko 50% ispitanika redovito fizički vježba barem 20 minuta od čega se oznoje ili teže dišu nego inače, dok skoro 90% ispitanika jede svježe voće ili povrće. Kada se pogleda konzumacija alkohola onda se može reći da rijetko tko od ispitanika u većoj mjeri konzumira alkohol s obzirom da 90% ispitanika kaže da nikada ne pije četiri ili više alkoholnih pića u jednom danu. Kod pušenja cigareta evidentno je da zapravo rijetko tko ili skoro nitko ne puši cigarete s obzirom da 98% ispitanika kaže da ne puše od čega u većoj mjeri nisu nikada niti pušili. Indikator zdravstvenog ponašanja koji pokazuje korištenje zdravstvene usluge/zaštite nije empirijska mjera koja može direktno pokazati radi li se o zdravstveno odgovornom ili neodgovornom ponašanju s obzirom da propituje radi li se o preventivnim razlozima liječničke posjete, odnosno posjete liječniku/ici, te se stoga prije može promatrati kao pokazatelj zdravstvenog stanja. Međutim kao mjera ono pokazuje koristi li se određeni oblik zdravstvene usluge/zaštite te se može interpretirati na način da ukoliko se manje koristi ovaj oblik zdravstvene usluge da se radi i o manjoj potrebi, odnosno da nisu postojali zdravstveni razlozi za posjet liječniku/ici. U tom smislu većina nije posjećivala liječnika/icu ili su ga/ju rijetko posjećivali. Tek je oko 6% ispitanika za time imalo često potrebu.

Koliko ovi indikatori pokazuju u kojoj mjeri se radi o zdravstveno odgovornom ili neodgovornom ponašanju kod pripadnika vjerskih zajednica vidljivo je tek iz komparacije s općom populacijom. Testirana razlika pokazuje da na svih pet indikatora postoji statistički značajna razlika, znači postoji razlika u zdravstvenom ponašanju između ispitanika u vjerskim zajednicama i ispitanika iz opće populacije. Ispitanici iz vjerskih zajednica značajno više se bave fizičkom aktivnošću, značajno više konzumiraju svježe voće ili povrće te značajno manje konzumiraju alkohol. Ako pogledamo samo kod konzumacije alkohola, onda je evidentno da 35% više ispitanika iz vjerskih zajednica nikada ne konzumira četiri ili više alkoholnih pića dnevno. U općoj populaciji konzumacija te količine alkohola više puta mjesečno ili rjeđe od toga je na razini od oko 40% dok je na razini vjerske zajednice to malo ispod 10%.

Komparativno posjet liječniku/a je isto u višoj mjeri prisutan u općoj populaciji nego kod ispitanika vjerskih zajednica. Posebno se ističe razlika u pušenju cigareta s obzirom da u općoj populaciji 61,3% ne puši, što je za 36,5% manje nego na razini vjerske zajednice. Ako se pogledaju samo pušači u općoj populaciji onda dominira pušenje od 11 do 20 cigareta dnevno, dakle od pola kutije do cijele kutije cigareta (18%) dok je na razini vjerske zajednice takvih tek 1%.

Ovdje treba samo kratko spomenuti da rezultati dobiveni u općoj populaciji odgovaraju i istraživanju koje je provedeno od 2003. do 2008. godine pod naslovom Hrvatska zdravstvena anketa (HZA) na uzorku od 9070 ispitanika. Iako nisu korišteni istoznačni indikatori zdravstvenog ponašanja u HZA i ISSP Zdravlje modulu, moguće je na dva indikatora napraviti usporedbu. Tako primjerice na temelju HZA istraživanja pokazuje se da u Hrvatskoj 74,9% ispitanika redovito konzumira svježe voće ili povrće (nekoliko puta tjedno i češće), dok 31,25% puši (Milanović et al. 2012), što je slično i s podacima iz ISSP-a modula Zdravlje (78,2% jede svježe voće ili povrće nekoliko puta tjedno i češće dok 36,7% puši). Ovo samo dodatno učvršćuje tvrdnju da postoji značajna razlika u zdravstvenom ponašanju između ispitanika angažiranih u vjerskim zajednicama i opće populacije i to na način da su prvi spomenuti značajno odgovorniji u zdravstvenom ponašanju s obzirom da u većoj mjeri fizički vježbaju, jedu zdravije te manje konzumiraju alkohol i cigarete.

Nakon usporedbe između ovih dviju razina, moguće je pogledati usporedbu unutar razine vjerskih zajednica, odnosno postoje li neke značajne razlike između istraživanih vjerskih zajednica. Stoga su u tablici 23 prikazani rezultati za svih pet indikatora zdravstvenog ponašanje za vjerske zajednice, pri čemu se rezultati za mormonsku i adventističku zajednicu prikazuju zajedno iz već objašnjenih analitičkih razloga.

Tablica 23. Zdravstveno ponašanje – usporedba između vjerskih zajednica

Vjerske zajednice	IZP-vlastita briga			IZP-prehrana			IZP-alkohol			IZP-zdravstvena usluga			IZP-pušenje		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička	81	3,27	144,31	77	4,51	161,77	83	1,37	175,06	85	1,98	152,79	85	1,49	144,67
Pentekostalne	103	2,88	117,94	113	4,19	130,82	113	1,10	152,45	118	1,92	157,19	118	1,67	177,19
Mormonska / Adventistička	66	3,50	155,36	67	4,42	149,25	70	1,01	141,15	72	2,10	172,58	72	1,31	132,65
Hinduistička	40	4,10	202,61	43	4,77	183,97	44	1,07	149,26	45	2,20	164,42	45	1,62	191,19
Kruskal-Wallis χ^2		32,724			17,476			21,289			2,301			24,328	
Sig.		,000			,001			,000			,512			,000	

Neparametrijski Kruskal-Wallis hi-kvadrat test pokazuje da na četiri od pet indikatora zdravstvenog ponašanja postoji razlika između vjerskih zajednica. Statistički značajne razlike nema na indikatoru zdravstvenog ponašanja koji se odnosi na korištenje zdravstvene usluge/zaštite, dakle u jednakoj mjeri u svim zajednicama su ispitanici tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili ili ih je posjetio/la liječnik/ica. Kod ostalih zajednica razlike u fizičkom vježbanju, prehrani te konzumiranju alkohola i cigareta donekle potvrđuju određena teorijska očekivanja. Konkretnije, u prilog toj tvrdnji idu rezultati upravo za ova zadnja dva spomenuta indikatora koji pokazuju učestalost konzumacije alkohola i cigareta. Komparativno u najmanjoj mjeri pripadnici adventističke i mormonske zajednice, dakle zajednice koje su striktnije u određenim zahtjevima prema svojim članovima, konzumiraju alkohol i cigarete. To je razumljivo s obzirom da obje ove zajednice imaju vrlo jasna pravila o nekonzumiranju alkohola i cigareta s obzirom da stvaraju ovisnost. Ta pravila prisutna su i u ostalim zajednicama, ali se na njima ne inzistira u tolikoj mjeri. Zanimljiva je i razlika koja se odnosi na vlastitu brigu i prehranu, odnosno na učestalost fizičkog vježbanja i konzumaciju svježeg voća ili povrća. Razlike na ova dva indikatora pokazuju da se pripadnici hinduističke zajednice u najvećoj mjeri bave fizičkim vježbanjem te najčešće koriste svježe voće ili povrće u svojoj prehrani. Ova dva segmenta zdravstvenog ponašanja su u hinduizmu istaknuta u pravilima koje hinduisti zovu *jame* i *nijame*, dakle pravilima po kojima se živi (Marinović Bobinac & Marinović Jerolimov 2008). Jedno od tih pravila je i *ahimśa* što znači nenasilje, a koje govori o tome da hinduisti vjeruju da životinje mogu predosjećati događanja i da ukoliko osjete strah luče određene hormone koji ostaju u mesu, a koji, ukoliko čovjek konzumira to meso, mogu uzrokovati strahove, neuroze i psihoze. Stoga je vegetarijanstvo jedno od važnijih i jasno naglašenih načela u hinduizmu, pa stoga ne čudi da hinduisti vrlo često konzumiraju voće i povrće. Češća fizička vježba kod hinduista zasigurno je povezana s činjenicom da hinduisti vježbaju jogu i to više puta tjedno, što potvrđuju i rezultati prikazani u tablici koji govore da se hinduisti u prosjeku nekoliko puta tjedno bave fizičkom aktivnošću najmanje 20 minuta od koje se oznoje ili dišu teže nego inače.

Dakle ovako prikazane razlike u zdravstvenom ponašanju između vjerskih zajednica upućuju na zaključak da određeno zdravstveno ponašanje, bez obzira radi li se od fizičkom vježbanju, prehrani, konzumaciji alkohola ili cigareta, ovisi o religijskim tradicijama i jasno postavljenim religijskim pravilima koja se odnose na reguliranje svakodnevnih životnih bihevioralnih obrazaca. No, koliko se ta pravila mogu manifestirati na individualnoj razini, odnosno koliko ona mogu zaživjeti među članovima vjerskih zajednica može ovisiti i o unutar-grupnoj

dinamici. Članovi se mogu međusobno više poticati i ohrabrivati prema određenim obrascima zdravstvenog ponašanja te na taj način stvarati određenu međuljudsku atmosferu i klimu u kojoj se promiče zdravstveno odgovoran životni stil. Kako bi se donekle mogla testirati ova tvrdnja u istraživanju je korištena i baterija od četiri pitanja koja procjenjuje koliko često je netko od članova vjerske zajednice, ne računajući članove obitelji, poticao ispitanike da fizički vježbaju, da izbjegavaju alkohol i cigarete, da jedu zdravu hranu te da odlaze na sistematske preglede. Baterija pitanja je preuzeta od Krausea, Shawa i Lianga, pri čemu je korištena skala od četiri stupnja (1-nikada, 2-rijetko, 3-ponekad, 4-često) (Krause et al. 2011). U tablici 24 prikazani su općeniti postotni rezultati za sve vjerske zajednice te testirana statistička razlika zajedno s rangovima aritmetičkih sredina.

Tablica 24. Poticanje članova vjerske zajednice na...

	Fizičko vježbanje		Izbjegavanje alkohola i cigareta		Jedenje zdrave hrane		Sistematski pregled					
	%											
Nikada	18,5		35,4		15,1		38,9					
Rijetko	24,6		7,6		12,9		30,9					
Ponekad	33,5		15,9		33,8		22,5					
Često	23,3		41,1		38,3		7,7					
M	2,62		2,63		2,95		1,99					
SD	1,038		1,330		1,057		,962					
Rang M	2,57		2,63		3,00		1,80					
Friedman test	213,770											
χ^2												
Sig.	,000											
Vjerske zajednice	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička	85	2,24	124,35	84	2,08	117,78	85	2,42	112,44	85	1,74	135,42
Pentekostalne	115	2,37	135,51	108	2,43	138,19	112	2,76	137,76	112	1,94	153,46
Mormonska / Adventistička	70	2,91	181,92	67	3,33	195,99	71	3,55	205,82	71	2,31	183,18
Hinduistička	43	3,56	238,44	43	3,09	181,48	43	3,51	207,35	43	2,09	158,42
Kruskal-Wallis χ^2	62,132		42,510		67,090		12,289					
Sig.	,000		,000		,000		,006					

Ako promatramo učestalost poticanja na sva četiri tipa zdravstvenog ponašanja može se primijetiti da postoji općenita razlika u poticanju i to na način da se u većoj mjeri potiče zdrava ishrana dok se u manjoj mjeri potiče odlazak na sistematske preglede (vrijednosti ranga aritmetičkih sredina i razlika testirana Friedmanovim testom). Gledaju li se postotne vrijednosti kumulativno tako da se zbroje odgovori ponekad i često onda je vidljivo da malo iznad 70% ispitanika iskazuju da ih je netko poticao na zdravu ishranu, dok su ih otprilike u jednakoj mjeri

poticali na izbjegavanje alkohola i cigareta te fizičko vježbanje (57%). Što se tiče poticanja na sistematski pregled radi se tek o 30% ispitanika koji kažu da ih je netko od članova vjerske zajednice često ili povremeno poticao na takav tip zdravstvenog ponašanja. Zanimljivo je da samo malo iznad jedne trećine ispitanika iskazuje ih nitko nije poticao na izbjegavanje alkohola i cigareta, što ako se uzme u obzir da 98% ispitanika ne puši i 89% ispitanika nikada ne pije četiri ili više pića dnevno govori o tome da je tema koja se odnosi na zdravstveno ponašanje među članovima važna tema te da se članovi, bez obzira na obrasce zdravstvenog ponašanja, međusobno potiču na zdravi životni stil i orijentaciju.

Međusobno poticanje na određene obrasce zdravstvenog ponašanja se među zajednicama razlikuje. Ako se promatraju sva četiri indikatora onda je primjetno kako se u većoj mjeri u adventističkoj, mormonskoj i hinduističkoj zajednici potiče na fizičko vježbanje, izbjegavanje alkohola i cigareta, zdravu ishranu te sistematske preglede što je donekle u skladu i sa samim obrascima zdravstvenog ponašanja ispitanika u zajednicama s obzirom da na pet indikatora zdravstvenog ponašanja ove zajednice pokazuju veću orijentaciju prema zdravijem životnom stilu. Pitanje je dakle postoji li povezanost između poticanja na određene prakse u zdravstvenom ponašanju i samog zdravstvenog ponašanja. Ukoliko se analiziraju korelacije između pojedinih indikatora poticanja na određeno zdravstveno ponašanje i indikatora zdravstvenog ponašanja onda taj odnos nije jednoznačan i u skladu s očekivanjima da će se preklapati poticanje na određene tipove zdravstvenog ponašanja s tim istim tipovima zdravstvenog ponašanja. Ako se promatraju korelacije na cijelom uzorku onda se pokazuje da ukoliko su ispitanici bili poticani na češću fizičku aktivnost da su u većoj mjeri konzumirali svježe voće ili povrće (Kendall's tau_b=0,125, sig. ,015), ukoliko su bili poticani na zdraviju ishranu da su u manjoj mjeri konzumirali četiri ili više alkoholnih pića dnevno (Kendall's tau_b=-0,135, sig. ,010) te ukoliko su bili poticani na sistematske preglede da su češće tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili ili ih je posjetio liječnik/ica (Kendall's tau_b=0,124, sig. ,011). Vrijednosti korelacijskih koeficijenata pokazuju da se radi o slaboj, ali ipak statistički značajnoj vezi između poticanja od strane članova vjerske zajednice na određena zdravstvena ponašanja i samih obrazaca zdravstvenog ponašanja. Ukoliko se promatraju korelacije u uzorku onih zajednica kod kojih se komparativno pokazalo da postoji viša razina poticanja na određene obrasce zdravstvenog ponašanja i veća orijentacija prema zdravijem životnom stilu, dakle mormonske/adventističke i hinduističke, onda je značajna korelacije između poticanja na izbjegavanje alkohola i cigareta i samog pušenja cigareta (Kendall's tau_b=-0,212, sig. ,020) na način da učestalije poticanje

vodi do slabijeg pušenja. Iako je koeficijent korelacije nešto viši i dalje se radi o slaboj, no statistički značajnoj povezanosti.

Kada se na ova četiri indikatora poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanja napravi faktorska analiza pokazuje se da se radi o jednom faktoru pri čemu i analiza pouzdanosti skale kod koje je Cronbachov α 0,790 opravdava da se na temelju ovih indikatora konstruira *indeks poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje* (IPZOP) koji će se koristiti u daljnjoj analizi. Rang vrijednosti indeksa je od 4 do 16 pri čemu viša vrijednost indeksa upućuje na češće poticanje na zdravstveno odgovorno ponašanje³⁸.

Dakle, zaključno možemo reći da ispitanici u istraživanim vjerskim zajednicama vode zdravstveno odgovorniji život s obzirom da više vježbaju, nastoje se zdravije hraniti, manje puše cigarete i piju alkohol i da taj zaključak potvrđuje usporedba s općom populacijom. Takva životna orijentacija prema zdravijem životnom stilu zasigurno je pod utjecajem određene religijske tradicije što potvrđuje i razlika među vjerskim zajednicama i to tako da kod onih zajednica koje su striktnije u svojim pravilima koja reguliraju svakodnevne životne prakse, poput mormonske i adventističke, ili pak onih zajednica u kojima je važan dio religijske prakse eksplicitno usmjeren prema zdravijim životnim navikama, poput hinduističke, pripadnici zajednica vode zdravstveno odgovorniji život i pri tom potiču i druge pripadnike na istu odgovornost. No, odnos religioznosti i zdravstvenog ponašanja će se dalje u analizi eksplicitnije istražiti, ali je prije toga potrebno dati uvid i u samo-procijenjeno zdravstveno stanje što sa procijenjenim zdravstvenim ponašanjem tvori značajne elemente zdravlja općenito.

5.4.2. Zdravstveno stanje u vjerskim zajednicama

Za početak potrebno je odrediti što se misli pod sintagmom zdravstveni status. Pojam zdravstveni status može označavati stanje zdravlja pojedinca, grupe ili čak i cijele populacije koje se mjeri u određenoj vremenskoj točki prema određenim standardima ili indikatorima (Kirch 2008, p.649). Određeni standardi ili odabrani indikatori označavaju procjenu stupnja individualnog dobrog ili lošeg stanja, osnovnog mentalnog ili fizičkog funkcioniranja pojedinca te općenito kvalitetu života. Dva su moguća načina mjerenja zdravstvenog stanja. Jedan način odnosi se na medicinsko pretraživanje prisutnosti ili odsutnosti bolesti koje utječe na individualno stanje, odnosno kvalitetu života. Drugi način mjerenja odnosi se na pojedinačnu

³⁸ M=10,18; SD=3,45; Median=10; Skewness=-,212.

procjenu zdravstvenog stanja, dakle na individualnu percepciju zdravlja. Kao što je već spomenuto ovdje treba biti oprezan s obzirom da osoba može imati objektivno određeni zdravstveni problem kojeg uzrokuje određena fizička patologija, no kako se zbog toga osjeća te kako se ponaša subjektivne su dimenzije koje su jednako značajne i za znanost i za zdravstvene praktičare u struci. Neki istraživači smatraju da je zdravlje bazično subjektivna kategorija te da je jedina valjana mjera zdravlja kada ljudi sami procjenjuju svoje zdravstveno stanje (Blaxter 1990; Pierret 1995). Pri tome treba biti oprezan, jer percepcije zdravlja se razlikuju ne samo među pojedincima, nego i među različitim socijalnim grupama. No, s obzirom da se ovdje radi o istraživanju iz područja društvenih znanosti, koriste se indikatori koji pokazuju subjektivnu procjenu zdravstvenog statusa.

Isto tako treba istaknuti da ne postoje jedinstvene mjere samo-procjene vlastitog zdravstvenog stanja, ili zdravstvenog stanja grupa ili populacije, već se istraživač u skladu s istraživačkim ciljem sam odlučuje koje indikatore zdravstvenog stanja će koristiti. S obzirom da je jedan od istraživačkih ciljeva bio komparacija između razine vjerskih zajednica i razine opće populacije, konkretnije, za indikatore zdravstvenog statusa korišteni su sljedeći indikatori:

- *Indikatori samo-procjene psiho-fizičkog zdravstvenog stanja (ISPZ)*. Korištena je baterija od šest pitanja u kojima su ispitanici upitani da procjene tijekom protekla četiri tjedna koliko često su: a) imali poteškoća u poslovnim ili kućanskim aktivnostima zbog zdravstvenih problema, b) njihovi zdravstveni problemi ograničavali njihove uobičajene društvene aktivnosti s obitelji ili prijateljima, c) imali fizičke bolove, d) se osjećali nesretno ili depresivno, e) izgubili povjerenje u sebe, f) imali osjećaj da ne mogu prevladati svoje probleme. Za svih šest pitanja korištena je ista skala od pet stupnjeva pri čemu je 1-nikada, 2-rijetko, 3-ponekad, 4-često, 5-vrlo često.
- *Indikator bolesti (IB)*. Kroz ovaj indikator ispitanici su bili upitani da iskažu boluju li od neke dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditeta, pri čemu je bilo moguće odgovoriti s 1-da i 2-ne.
- *Indikator boravka u bolnici (IBB)*. Pitanje za ovaj indikator glasi „jeste li u proteklih 12 mjeseci proveli (barem jednu) noć u bolnici ili klinici (uključujući i porod). Ponudeni odgovori su bili 1-da, 2-ne.
- *Indeks tjelesne mase (ITM)*. U upitniku su bila postavljena dva pitanja pomoću kojih se izračunava indeks tjelesne mase – „kolika je Vaša visina“ i „kolika je Vaša težina“.

Indeks se izračunava na način da se ispitanikova težina izražena u kilogramima podjeli s visinom izraženom u metrima na kvadrat (kg/m^2).

- *Indikator osobne dobrobiti (IOD)*. Kao mjera osobne dobrobiti korišteno je pitanje koje glasi „razmišljajući općenito o svome životu danas, koliko ste u cjelini sretni“ pri čemu je korištena sedmostupanjska skala Likertovog tipa u kojoj je 1-u potpunosti sretni, 2-vrlo sretni, 3-prilično sretni, 4-niti sretni niti nesretni, 5-prilično nesretni, 6-vrlo nesretni, 7-u potpunosti nesretni.
- *Indikator općenite samo-procjene zdravlje (IOSZ)*. U sklopu ovog indikatora korišteno je uobičajeno pitanje koje glasi „općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje...“ pri čemu su kao nastavak pitanje ponuđeni odgovori 1-slabo, 2-osrednje, 3-dobro, 4-jako dobro, 5-odlično.

Tablica 25. Zdravstveno stanje I. – usporedba razine vjerskih zajednica i opće populacije %

		Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često	Testirana razlika
ISPZ – poteškoće u kućanskim aktivnostima	Vjerske zajednice	53,4	26,7	15,1	2,9	1,9	Mann-Whitney $U = 161819,500$ Sig. ,000
	Opća populacija	43,8	26,2	19,9	7,4	2,6	
ISPZ – ograničenje društvenih aktivnosti	Vjerske zajednice	62,5	25,3	10,3	1,6	,3	Mann-Whitney $U = 159582,000$ Sig. ,000
	Opća populacija	51,6	26,0	16,3	4,4	1,7	
ISPZ – fizički bolovi	Vjerske zajednice	29,8	37,8	24,7	5,4	2,2	Mann-Whitney $U = 186164,000$ Sig. ,988
	Opća populacija	34,3	30,2	24,9	8,1	2,6	
ISPZ – nesretnost ili depresija	Vjerske zajednice	33,8	38,3	21,1	5,5	1,3	Mann-Whitney $U = 180811,000$ Sig. ,830
	Opća populacija	38,0	31,3	21,9	7,2	1,7	
ISPZ – gubitak povjerenja	Vjerske zajednice	50,3	29,9	14,0	4,5	1,3	Mann-Whitney $U = 179134,000$ Sig. ,637
	Opća populacija	53,9	24,0	14,8	5,8	1,4	
ISPZ – nemogućnost prevladavanja problema	Vjerske zajednice	44,7	32,0	16,8	3,2	3,2	Mann-Whitney $U = 180094,500$ Sig. ,587
	Opća populacija	45,2	28,4	15,9	8,0	2,5	

		Da	Ne	Testirana razlika
IB	Vjerske zajednice	22,3	77,7	$\chi^2 = 3,340$
	Opća populacija	17,8	82,2	Sig ,042
IBB	Vjerske zajednice	10,3	89,7	$\chi^2 = ,946$
	Opća populacija	12,3	87,7	Sig. ,192

Tablica 26. Zdravstveno stanje II. – usporedba razine vjerskih zajednica i opće populacije %

		Po hranjenost <18.5	Idealna težina 18.5-24.9	Prekomjerna tjelesna masa 25.0-29.9	Pretilost I. klase 30.0-34.9	Pretilost II. klase 35.0-39.9	Pretilost III. klase ≥40.0	Testirana razlika	
ITM	Vjerske zajednice	1,4	57,3	30,8	8,0	1,7	,7	Mann-Whitney <i>U</i> = 155419,500 Sig. ,658	
	Opća populacija	6,7	47,0	35,0	9,6	1,5	,2		
		U potpunosti sretni	Vrlo sretni	Prilično sretni	Niti sretni niti nesretni	Prilično nesretni	Vrlo nesretni	U potpunosti nesretni	
IOD	Vjerske zajednice	21,1	41,9	30,7	4,5	1,6	,0	,3	Mann-Whitney <i>U</i> = 117708,500 Sig. ,000
	Opća populacija	9,2	22,9	40,3	21,4	4,4	,7	1,0	
		Slabo	Osrednje	Dobro	Jako dobro	Odlično			
IOSZ	Vjerske zajednice	1,0	8,0	24,8	37,6	28,7			Mann-Whitney <i>U</i> = 134746,000 Sig. ,000
	Opća populacija	4,7	18,8	34,5	26,2	15,9			

U tablicama 25 i 26 prikazane su postotne vrijednosti i vrijednosti testiranih razlika na svakom od indikatora zdravstvenog stanja između razine vjerskih zajednica i razine opće populacije. Ako se pogledaju rezultati samo na razini vjerskih zajednica onda se može reći kako je većina ispitanika u vjerskim zajednicama zapravo dobrog zdravstvenog stanja. Postotne vrijednosti samo-procijenjenog psihofizičkog zdravlja na temelju ovih šest pokazatelja, jasno pokazuju kako je većina ispitanika rijetko ili nikada imala poteškoće u kućanskim ili poslovnim aktivnostima zbog zdravstvenih problema, iskusila ograničene uobičajene društvene aktivnosti s obitelji ili prijateljima zbog zdravstvenih problema, imala fizičke bolove, osjećala se nesretno ili depresivno ili imala osjećaj da ne mogu prevladavati svoje probleme, odnosno rijetki su oni koji su navedene probleme imali često ili vrlo često (od 1,9% do 7,6%). Isto tako je evidentno kako velika većina ispitanika ne boluje od neke dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditeta te da velika većina nije u posljednjih godinu dana boravila u bolnici³⁹. Vrijednosti indeksa tjelesne mase⁴⁰ pokazuju kako je većina ispitanika idealne težine, a prema indikatoru osobne dobrobiti koji pokazuje u kojoj mjeri ljudi smatraju da su sretni isto se može primijetiti da je velika većina sretna i to zapravo vrlo sretna. Na kraju, preko 90% ispitanika ocjenjuje svoje zdravlje u najmanju ruku dobrim, odnosno većina ga ocjenjuje jako dobrim.

No, u kojoj mjeri se radi o dobrom zdravstvenom stanju većine ispitanika u vjerskim zajednicama, moguće je reći ukoliko se usporedi s razinom opće populacije. Testirane razlike između ovih dviju razina pokazuju da postoji statistički značajna razlika u nekim od elemenata zdravstvenog stanja. Kod šest indikatora psiho-fizičkog zdravlja razlika je značajna na prva dva indikatora, poteškoće u kućanskim ili poslovnim aktivnostima zbog zdravstvenih problema te iskustvo ograničenih uobičajenih društvenih aktivnosti s obitelji ili prijateljima zbog zdravstvenih problema, gdje se, gledano u prosjeku, pokazuje da ispitanici iz vjerskih zajednica u određenoj mjeri procjenjuju svoje zdravstveno stanje boljim. Isto tako među pripadnicima vjerskih zajednica u nešto manjoj mjeri su prisutne osobe s dugotrajnim bolestima, kroničnim bolestima ili invaliditetom. U procjeni osobne dobrobiti također je evidentna razlika. Osobe u vjerskim zajednicama u značajno višoj mjeri smatraju se u potpunosti sretnima i vrlo sretnima, dok se u općoj populaciji ispitanici više opredjeljuju za opciju prilično sretni, pri čemu je značajan udio i onih koji su neopredijeljeni, odnosno koji smatraju da su niti sretni niti nesretni.

³⁹ Ovdje treba spomenuti kako korišteni indikator ima određeni nedostatak, a taj je da u sebi sadrži i pitanje o boravku u bolnici zbog poroda što nikako nije pokazatelj dobrog ili lošije zdravstvenog stanja. No, može se pretpostaviti kako bez obzira na to indikator donekle pokazuje zdravstveno stanje.

⁴⁰ Vrijednosti ITM-a podijeljene su prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije kako bi pokazale koliki je postotak osoba pothranjeno, idealne težine, prekomjerne težine ili pretilo (Consultation 2000).

I na kraju razlika postoji kod općenite samo-procjene zdravlja gdje osobe u vjerskim zajednicama značajno češće procjenjuju svoje zdravlje jako dobrim i odličnim. S obzirom na navedene razlike, ali i s obzirom na činjenicu da niti na jednoj testiranoj razlici na indikatorima zdravstvenog stanja nije zabilježeno bolje zdravstveno stanje opće populacije u usporedbi s ispitanicima vjerskih zajednica, moguće je reći da osobe u vjerskim zajednicama u određenim dimenzijama imaju prosječno gledano bolje zdravstveno stanje od opće populacije, što je donekle i za očekivati s obzirom da se od opće populacije razlikuju i u obrascima ponašanja koja određuju zdravstveno stanje i to tako da imaju zdravstveno odgovornije životne stilove. No, odnos između zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja te utjecaj religioznosti, a posebice utjecaj vjerske zajednice kao socijalnog resursa će se posebno analizirati u sljedećem poglavlju.

Prije toga potrebno je prezentirati rezultate i analizu zdravstvenog stanja unutar samih vjerskih zajednica. Kako bi se lakše prikazali rezultati zdravstvenog stanja, na indikatorima samo-procijenjenog psihofizičkog zdravstvenog stanja napravljena je faktorska analiza na oba uzorka, pri čemu je korištena metoda analize glavnih komponenata (Principal Components Analysis). Dobiveni faktori su podvrgnuti ortogonalnoj rotaciji s varimax kriterijem. U tablici 27 prikazani su dobiveni faktori u oba uzorka.

Tablica 27. Faktorska analiza na uzorku vjerskih zajednica i uzorku opće populacije

Tijekom protekla 4 tjedna koliko često...	Uzorak vjerskih zajednica		Uzorak opće populacije	
	F 1	F 2	F 1	F 2
ste imali poteškoća u poslovnim ili kućanskim aktivnostima zbog zdravstvenih problema	,086	,869	,229	,905
su Vaši zdravstveni problemi ograničavali Vaše uobičajene društvene aktivnosti s obitelji ili prijateljima?	,218	,770	,243	,818
ste imali fizičke bolove	,122	,806	,210	,890
ste se osjećali nesretno ili depresivno	,809	,221	,854	,322
ste izgubili povjerenje u sebe	,894	,074	,904	,207
ste imali osjećaj da ne možete prevladavati svoje probleme	,866	,153	,913	,191
Eigenvalue	2,900	1,451	3,729	1,269
% of Variance	48,339	24,178	62,145	21,151
Cumulative %	72,517		83,297	

S obzirom na elemente pojedinog faktora, prvi faktor može se nazvati samo-procjena psihičkog ili mentalnog zdravlja, dok se drugi može nazvati samo-procjena fizičkog zdravlja. Treba naglasiti da prva dva elementa u drugom faktoru eksplicitno ne podrazumijevaju fizičko dobro zdravstveno stanje s obzirom da se percepcija spomenutih aktivnosti može razlikovati, pa tako primjerice netko može misliti da su uobičajene aktivnosti s obitelji i prijateljima razgovori za koje je jednako tako potrebno biti i dobrog mentalnog zdravlja. No valjano je pretpostaviti da se percipirani aktivitet (poslovne ili kućanske aktivnosti, te aktivnosti s obitelji ili prijateljima) za koje je potrebno dobro zdravstveno stanje odnosi prvenstveno na fizičko zdravlje. Na faktorima je napravljena i analiza pouzdanosti koja je pokazala da se u oba uzorka radi o konzistentnim faktorima s obzirom da za prvi faktor (samo-procjena mentalnog zdravlja) Cronbachov α iznosi 0,873 (uzorak vjerskih zajednica), odnosno 0,911 (uzorak opće populacije), dok je za drugi faktor (samo-procjena fizičkog zdravlja) Cronbachov α 0,777 (uzorak vjerskih zajednica), odnosno 0,883 (uzorak opće populacije). Konzistentnost oba faktora opravdava da se za daljnju analizu naprave dva indeksa – indeks samo-procijenjenog mentalnog zdravlja (ISMZ)⁴¹ i indeks samo-procijenjenog fizičkog zdravlja (ISFZ)⁴² (rang je od 3 do 15 kod oba indeksa pri čemu niže vrijednosti predstavljaju bolje zdravstveno stanje). Kad se neparametrijskim testom usporede razina vjerskih zajednica i razina opće populacije na ova dva indeksa, onda postoji statistički značajna razlika samo kod indeksa samo-procjene fizičkog zdravlja (Mann-Whitney $U=161031,5$; sig. ,028) pri čemu razlika u sumi rangova pokazuje da ispitanici iz vjerskih zajednica procjenjuju svoje fizičko zdravlje boljim.

Sada je moguće pogledati usporedbu unutar razine vjerskih zajednica te vidjeti postoje li statistički značajne razlike između istraživanih vjerskih zajednica. U tablici 28 prikazane su vrijednosti na indeksima fizičkog i mentalnog zdravlja, indeksu tjelesne mase, indikatoru bolesti, indikatoru osobne dobrobiti i indikatoru opće samo-procjene zdravlja te testirane razlike za sve pokazatelje. Zbog objašnjenih nedostataka namjerno je izostavljen indikator boravka u bolnici te se kao takav više neće prikazivati u analizi.

⁴¹ M=5,72; SD=2,78; Median=5; Skewness=1,028.

⁴² M=5,79; SD=2,72; Median=5; Skewness=1,005.

Tablica 28. Zdravstveno stanje – usporedba između vjerskih zajednica

Vjerske zajednice	ISFZ			ISMZ			ITM			IB			IOD			IOSZ		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptistička.	83	5,79	168,52	85	5,78	157,19	81	24,68	153,93	85	1,76	157,59	84	2,38	164,08	83	3,66	141,71
Pentekostalne	105	5,45	154,91	107	5,97	167,98	104	25,07	156,75	116	1,80	163,47	117	2,18	145,45	114	3,91	161,21
Mormonska / Adventistička	69	5,04	139,22	70	5,60	144,50	69	24,81	151,44	72	1,69	146,42	71	2,34	162,73	71	3,82	156,18
Hinduistička	44	4,77	127,08	42	4,78	116,89	42	22,81	112,79	45	1,87	173,80	44	2,43	175,72	44	4,05	172,72
Kruskal-Wallis χ^2		8,417			11,321			8,685			5,382			4,953			4,368	
Sig.		,038			,010			,034			,146			,175			,224	

Tablica 29. Zdravstveno stanje – usporedba pojedinih vjerskih zajednica i opće populacije

	ISFZ		ISMZ		ITM		IB		IOD		IOSZ	
	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.	Rang M	Mann-Whitney U / Sig.
B.V.Z.	634,79	47410,500	656,70	47030,500	584,27	44004,500	606,41	47890,000	434,21	32553,500	765,51	40319,500
O.P	623,23	,774	624,30	,415	600,60	,681	642,92	,188	658,46	,000	635,52	,001
P.V.Z.	602,01	57646,500	704,92	55221,000	615,96	57568,000	644,03	67921,500	382,00	37259,500	853,53	46859,000
O.P	637,98	,329	631,32	,043	610,54	,881	657,16	,592	686,55	,000	640,95	,000
M/A.V.Z.	530,30	34175,500	608,81	40132,000	573,93	37186,000	557,93	37543,000	439,69	28662,000	797,76	31328,000
O.P	622,14	,035	619,61	,802	594,71	,625	638,58	,007	649,69	,000	628,04	,000
H.V.Z.	477,23	20008,000	495,81	19921,000	417,31	16624,000	647,33	25680,000	459,63	19233,500	856,42	16239,500
O.P	609,31	,012	608,93	,035	586,12	,001	619,49	,438	630,53	,001	615,50	,000

Analiza u kojoj su testirane razlike među vjerskim zajednicama pokazuje da na tri indikatora zdravstvenog stanja ne postoje statistički značajne razlike, dok su razlike značajne kod samo-procjene fizičkog zdravlja, samo-procjene mentalnog zdravlja te indeksa tjelesne mase. Kod prva dva indeksa primjetno je kako se u određenoj mjeri opet odvajaju mormonska/adventistička i hinduistička zajednica u smislu da u svojoj samo-procjeni bolje ocjenjuju svoje fizičko i mentalno zdravstveno stanje. Kod indeksa tjelesne mase najveća razlika je između hinduističke zajednice i ostalih zajednica na način da pripadnici hinduističke zajednice u većoj mjeri imaju idealnu težinu. U interpretaciji ovih razlika treba biti oprezan na što upućuju i vrijednosti hi-kvadrata u neparametrijskom testu, pa je stoga opravdanije reći da su ispitanici iz ovih vjerskih zajednica prije sličnijeg zdravstvenog stanja nego značajno različitog.

No, razlika se može dodatno istražiti, pa stoga ako se primjerice uspoređi svaka od zajednica s općom populacijom⁴³ (tablica 29), onda je upravo kod hinduističke zajednice najčešća razlika s obzirom da je na svih šest indikatora (indeksa) ona statistički značajna. Dakle, ukoliko se uzme u obzir da analitička usporedba opće populacije i vjerskih zajednica kroz njihov ukupni prosjek na nekim pokazateljima zdravstvenog stanja nije pokazala statistički značajnu razliku (ISMZ, ITM), zanimljivo je da između hinduističke zajednice i opće populacije ona postoji. Kod mormonske/adventističke grupe zajednica ta je razlika zabilježena na četiri indikatora što pokazuje da ispitanici iz ovih zajednica pokazuju bolje zdravstveno stanje na samo-procjeni fizičkog zdravlja, indikatoru bolesti, te osobnoj dobrobiti i općoj samo-procjeni zdravlja. Upravo se kod ova zadnja dva indikatora razlika potvrđuje i između pentekostne i baptističke zajednice s jedne strane i opće populacije s druge, što je očekivano s obzirom da je isto pokazala i analiza između prosjeka vjerskih zajednica i opće populacije. Dakle, bolje zdravstveno stanje kod ispitanika hinduističke, odnosno mormonske/adventističke zajednice, može se protumačiti i kroz prikazanu razliku u zdravstvenom ponašanju koja je pokazala kako u nešto većoj mjeri ispitanici iz ovih zajednica pokazuju veću orijentaciju prema zdravijem životnom stilu te ih češće i drugi unutar zajednica na to potiču.

Kako bi se dodatno potvrdio ovaj zaključak trebalo bi pogledati u kojem su odnosu indikatora zdravstvenog ponašanja i indikatora poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje s jedne strane te indikatora zdravstvenog stanja s druge strane, pri čemu treba imati na umu da je odnos

⁴³ Kod analize razlika između vjerskih zajednica i opće populacije na indikatorima zdravstvenog ponašanja, ova analiza nije posebno prikazana s obzirom da je na svih pet indikatora postojala razlika. Ispitanici su u vjerskim zajednicama pokazali zdravstveno odgovornije ponašanje.

zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja recipročan, odnosno da se u tom odnosu ne može jednoznačno odrediti uzrok i posljedica. Ukoliko se napravi analiza korelacija, koja i ne može otkriti razliku između uzroka i posljedice, onda na cijelom uzorku vjerskih zajednica postoji statistički značajna pozitivna korelacija samo između učestalosti konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,175; sig. ,001) što pokazuje da kod češće konzumacije alkohola postoji niža razina osobne dobrobiti (vlastita procjena sreće). Interpretacija ovog podatka može ići u oba smjera, dakle moguće je reći da osobe koje se osjećaju nesretnima češće konzumiraju alkohol, ali i da se oni koji češće konzumiraju alkohol osjećaju manje sretnima. Zanimljivo je da postoji više značajnih korelacija ukoliko se uzorak vjerskih zajednica podijeli na dva poduzorka i to po kriteriju koji proizlazi iz dosadašnje analize. Dakle, ako se s jedne strane gledaju zajednice koje su striktnije ili koje u svojoj redovitoj religijskoj praksi sadrže snažne elemente zdravstveno odgovornog ponašanja, kao što su adventistička, mormonska i hinduistička zajednica, i ako se s druge strane promatraju baptistička i pentekostna zajednica koje su u tom kontekstu manje striktna onda je primjetno da kod ove prve grupe postoji statistički značajna korelacija između konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,226; sig. ,010), između prehrane i indeksa mentalnog zdravlja (Kendall's tau_b=-0,201; sig. ,016), prehrane i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=-0,172; sig. ,048) te indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa mentalnog zdravlja (Kendall's tau_b=-0,190; sig. ,010). Drugim riječima pokazuje se da ako u određenoj mjeri postoji zdravstveno odgovornije ponašanje postojat će u određenoj mjeri i bolje zdravstveno stanje. Kod druge grupe zajednica, baptističke i pentekostne, značajna je korelacija između učestalosti pušenja i indeksa tjelesne mase (Kendall's tau_b=0,140; sig. ,018), isto tako između konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,204; sig. ,002), te između indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa samo-procjene fizičkog zdravlja (Kendall's tau_b=0,126; sig. ,025). Dakle i tu se pokazuje da, ukoliko u određenoj mjeri postoji zdravstveno odgovornije ponašanje, postojat će u određenoj mjeri i bolje zdravstveno stanje. Zanimljivo je kako se kod jedne i druge grupe pokazuje značajna povezanost između poticanja na zdravstveno odgovornije ponašanje i zdravstvenog stanja. Kod prve grupe zajednica kod onih ispitanika koji su bili češće poticani od nekog od članova vjerske zajednice na zdravstveno odgovornije ponašanje je samo-procjena mentalnog zdravlja bila bolja, odnosno kod druge grupe se to odnosi na bolju samo-procjenu fizičkog zdravlja. Uzme li se u obzir da je analiza zdravstvenog ponašanja pokazala da postoji povezanost između poticanja na određene obrasce zdravstvenog ponašanja i samih obrazaca zdravstvenog ponašanja, u smislu da ukoliko su ispitanici bili poticani na češću fizičku aktivnost da su u većoj mjeri konzumirali svježe voće

ili povrće, da ukoliko su bili poticani na zdraviju ishranu da su u manjoj mjeri konzumirali četiri ili više alkoholnih pića dnevno, da ukoliko su bili poticani na sistematske preglede da su češće tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili ili ih je posjetio liječnik/ica i da ukoliko su bili poticani na izbjegavanje alkohola i cigareta da su i manje pušili (kod mormonske/adventističke i hinduističke zajednice), može se reći da vjerske zajednice mogu biti zdravstveno relevantne socijalne sredine. To je dodatno potkrijepljeno i činjenicom da ispitanici u vjerskim zajednicama na većini indikatora zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja pokazuju bolje zdravlje od opće populacije.

Puka pripadnost nekoj vjerskoj zajednici zasigurno nije dovoljna kako bi se ostvarivala veza između religioznosti i zdravlja na osobnoj razini. Kako bi se bolje razumjela veza između religioznosti i zdravlja potrebno je dodatno istražiti kako se taj odnos ostvaruje, radi li se o neposrednom odnosu osobnog religijskog angažmana i odrednica osobnog zdravlja ili se taj odnos ostvaruje i preko određenih elemenata vjerske zajednice kao osobnog socijalnog resursa. To će se pokušati razotkriti u idućem, ujedno i posljednjem, poglavlju u ovom djelu prikaza rezultata i analize.

No prije toga potrebno je nešto reći i o samom odnosu zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja. Ukoliko se pogledaju koeficijenti korelacije u tablici 30 (korišteni se neparametrijski Kendall's tau_b koeficijenti) primjetno je da su neki indikatori međusobno značajno korelirani, pri čemu je češće značajna korelacija među indikatorima zdravstvenog stanja nego među indikatorima zdravstvenog ponašanja. Kod indikatora zdravstvenog ponašanja povezanost je prisutna samo između fizičkog vježbanja i jedenja svježeg voća ili povrća (pozitivna korelacija). S druge strane kod indikatora zdravstvenog stanja najviše korelacija imaju indeksi samo-procjene fizičkog zdravlja (ISFZ) i indikator općenite procjene zdravlja (IOSZ) koji su povezani sa svim pokazateljima zdravstvenog stanja. Dakle ako ispitanici procjenjuju svoje fizičko zdravlje boljim, bolje im je mentalno zdravlje, indeks tjelesne mase, imaju manje dugotrajnih bolesti, kroničnih bolesti ili invaliditeta, osjećaju se sretnijima i općenito svoje zdravlje procjenjuju boljim (isto vrijedi i za ovaj indikator). Od svih značajnih korelacija upravo je najviša korelacija izražena između ova dva pokazatelja. Dakle može se reći da su pokazatelji zdravstvenog stanja konzistentni i da uistinu dobro ocrtavaju osobno zdravlje. Štoviše, inače su istraživanja pokazala da ovakve mjere osobne procjene zdravstvenog stanja konzistentno povezane s mortalitetom, pa čak i kada se kontroliraju sa širokim rasponom zdravstvenih pokazatelja (Mackenbach et al. 2002; Mora et al. 2008).

Tablica 30. Korelacije između indikatora zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja na razini vjerskih zajednica

	IZP- pušenje	IZP- alkohol	IZP- vježbanje	IZP- prehrana	ISFZ	ISMZ	ITM	IB	IOD	IOSZ	
IZP- pušenje		,044	-,088	-,075	-,020	,024	,089	-,052	,009	-,005	
IZP- alkohol	,044		-,074	-,075	,077	,084	,034	-,046	,175*	-,055	
IZP- vježbanje	-,088	-,074		,229*	-,037	-,022	-,040	-,010	,049	,085	
IZP- prehrana	-,075	-,075	,229*		,017	-,091	-,041	,089	-,039	,066	
ISFZ	-,020	,077	-,037	,017		,242*	,136*	-	,329*	,173*	-,459*
ISMZ	,024	,084	-,022	-,091	,242*		-,016	-,079	,409*	-,236*	
ITM	,089	,034	-,040	-,041	,136*	-,016		-	,193*	,010	-,098***
IB	-,052	-,046	-,010	,089	-	-,079	-,193*		-,051	,401*	
IOD	,009	,175*	,049	-,039	,173*	,409*	,010	-,051		-,306*	
IOSZ	-,005	-,055	,085	,066	-	-	-	,401*	-	-,306*	

* p<.001; ** p<.01; *** p<.05

Jedina značajna korelacija između zdravstvenog ponašanja i stanja je kod indikatora konzumiranja alkohola i osobne dobrobiti gdje se pokazuje kako se kod ispitanika koji znaju češće pretjerano konzumirati alkohol može češće pojavljivati osobno nezadovoljstvo (iskazano osobnom procjenom sreće u životu). Donekle nepostojeća povezanost između zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja i nije toliko začuđujuća. Naime moguće je da osoba pije, puši, da se ne bavi nikakvom tjelovježbom i da ne pridaje posebnu pozornost zdravoj ishrani, a da svoje zdravstveno stanje procjenjuje dobrim, štoviše odličnim. Odgovornost, odnosno neodgovornost u zdravstvenom ponašanju ne mora se dugotrajno manifestirati kroz zdravstveno stanje već može u kratkom vremenskom periodu intenzivnog oboljenja (poput raka, srčanog udara, moždanog udara i sl.) dovesti do smrtnosti. Upravo stoga su pokazatelji zdravstvenog ponašanja sastavni dio cjelokupnog osobnog zdravlja jer predstavljaju zapravo zdravstvene rizike i kao takvi zajedno s pokazateljima zdravstvenog stanja pružaju daleko bolju i precizniju sliku zdravlja.

5.5. Odnos religioznosti i zdravlja

5.5.1. Odnos religioznosti i zdravlja – usporedba opće populacije i vjerskih zajednica

Kao što je prethodno spomenuto, u ovom odlomku istražiti će se sam odnos religioznosti i zdravlja s ciljem da se dobije uvid preko kojih se elemenata vjerske zajednice kao socijalnog resursa taj odnos ostvaruje i da li se uopće ostvaruje, pri čemu analiza prikazana u prethodnom poglavlju pokazuje da je vrlo plauzibilno da se taj odnos ostvaruje kroz angažman u vjerskoj zajednici i resurse koje ona pruža svojim vjernicima. A obzirom da su različita istraživanja pokazala kako postoji povezanost između religioznosti mjerene prvenstveno religijskom praksom i različitih dimenzija osobnog zdravlja (Comstock & Partridge 1972; Hummer et al. 1999; Yeager et al. 2006; Koenig et al. 2001; Koenig 1998; Ellison 1995; Ančić & Marinović Jerolimov 2011), potrebno je za početak vidjeti da li postoji povezanost religioznosti i zdravstvenog ponašanja i stanja te testirati i kovarijatnost učinka osnovnih socio-demografskih obilježja kao što su dob, spol i obrazovanje. Prednost korištenja istih indikatora zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja na obje istraživačke razine, dakle vjerske zajednice i opće populacije, omogućuje snažnije potvrđivanje ili odbacivanje opće hipoteze koja govori da su religioznost i zdravlje međusobno povezani. Iz toga razloga su u tablicama 31 i 32 prikazani rezultati linearne regresijske analize za obje razine, pri čemu su učestalost odlaska na vjerske službe, dob, spol i stupanj obrazovanja⁴⁴ prediktorske varijable dok su kao kriterijske varijable stavljani indikatori zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja.

⁴⁴ Ovdje se koristi rekodirana varijabla obrazovanja od tri stupnja koja označavaju primarnu razinu obrazovanja, sekundarnu razinu obrazovanja i terciarnu razinu obrazovanja.

Tablica 31. Korelati zdravstvenog ponašanja

OPĆA POPULACIJA	IZP-pušenje		IZP-alkohol		IZP-vježbanje		IZP-prehrana	
	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Odlazak na vjerske službe	,106	,000	,147	,000	,002	,955	-,074	,013
Spol	-,074	,012	-,257	,000	-,157	,000	,069	,020
Dob	-,106	,000	-,126	,000	-,157	,000	,070	,020
Obrazovanje	-,030	,317	-,062	,031	,021	,471	,100	,001
R	,175		,343		,230		,150	
R ²	,031		,118		,053		,023	
VJERSKE ZAJEDNICE	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Odlazak na vjerske službe	,139	,017	,117	,048	,055	,371	,007	,915
Spol	-,016	,778	-,112	,059	-,058	,344	,077	,206
Dob	,145	,012	-,018	,765	-,006	,921	-,023	,703
Obrazovanje	-,129	,026	-,022	,714	-,014	,824	,046	,443
R	,235		,163		,081		,097	
R ²	,055		,027		,007		,009	

Na razini opće populacije regresijski modeli pokazuju kako su indikatori zdravstvenog ponašanja u određenoj mjeri povezani s nekim od socio-demografskih obilježja. Tako primjerice ako se promatra varijabla spol pokazuje se da postoji veća vjerojatnost da će muškarci češće pušiti, piti 4 ili više alkoholnih pića dnevno te se baviti fizičkom aktivnošću barem 20 minuta od koje će se oznojiti ili ubrzanije disati nego što će to činiti žene, dok će s druge strane žene u nešto većoj mjeri konzumirati svježe voće ili povrće. Ovaj nalaz u skladu je i s domaćim epidemiološkim istraživanjima u kojima se pokazuje kako muškarci više nego žene konzumiraju meso barem jednom ili više puta dnevno, kako u većoj mjeri puše te kako češće piju alkohol u pretjeranim količinama (Milanović et al. 2012, p.118). Dob je isto značajan prediktor što se reflektira tako da će mlađi ispitanici češće nego stariji pretjerano konzumirati alkohol, pušiti cigarete, ali i fizički vježbati, dok će stariji češće konzumirati svježe voće ili povrće. Obrazovanje je u manjoj mjeri značajan prediktor za razliku od prethodna dva prediktora, no pokazuje značajnost kod indikatora koji se odnose na alkohol i prehranu i to tako da postoji veća vjerojatnost da će manje obrazovani češće pretjerano piti alkohol, dok će obrazovaniji paziti više na prehranu na način da će češće konzumirati svježe voće ili povrće.

Dakle socio-demografske razlike važni su prediktori u ponašanju vezanom za zdravlje što je i inače poznato, no u modelima je jasno kako je indikator religioznosti isto tako značajan prediktor usprkos mogućoj kovarijatnosti. Pokazuje se kako oni koji češće odlaze na vjerske službe, dakle redovitiji religijski praktikanti u manjoj mjeri pretjerano piju i puše cigarete. Kod indikatora fizičkog vježbanja ne pokazuje se statistički značajno prediktorsko svojstvo

religijske varijable, ali se pokazuje kod prehrane i to tako da redovitiji praktikanti češće konzumiraju svježe voće ili povrće.

Na razini vjerskih zajednica samo socio-demografske varijable obrazovanja i dobi pokazuju povezanost sa zdravstvenim ponašanjem i to samo kod indikatora pušenja cigareta. Manje će pušiti stariji ispitanici i obrazovaniji ispitanici. S druge strane odnos religioznosti i zdravstvenog ponašanja se pokazuje značajnim kod pušenja cigareta i konzumiranja alkohola. Redovitiji praktikanti u vjerskim zajednicama manje će konzumirati ove dvije supstance. Slabiji utjecaj indikatora religioznosti na zdravstveno ponašanje na razini vjerskih zajednica, za razliku od razine opće populacije, ne može se tumačiti slabijim utjecajem religioznosti, već činjenicom da u vjerskim zajednicama ima daleko više onih koji odlaze na vjerske službe što statistički smanjuje varijabilitet kroz koji bi se ta povezanost mogla jasnije vidjeti.

Tablica 32. Korelati zdravstvenog stanja

	ISFZ		ISMZ		ITM		IOD		IOSZ		IB	
	β	Sig.	B	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
OPĆA POPULACIJA												
Odlazak na vjerske službe	-,031	,263	,122	,000	,014	,633	,144	,000	,016	,518	,069	,015
Spol	,101	,000	,134	,000	-,192	,000	,000	,993	-,062	,014	-,006	,831
Dob	,391	,000	,167	,000	,197	,000	,196	,000	-,494	,000	-,292	,000
Obrazovanje	-,071	,010	-,046	,125	-,050	,091	-,098	,001	,104	,000	,059	,041
R		,432		,246		,283		,276		,537		,321
R ²		,187		,060		,080		,076		,288		,103
VJERSKE ZAJEDNICE												
Odlazak na vjerske službe	-,011	,850	-,023	,704	-,024	,678	,185	,002	-,046	,410	,002	,974
Spol	,061	,301	,109	,068	-,185	,001	,051	,383	-,077	,166	,007	,903
Dob	,185	,002	-,133	,025	,285	,000	,054	,357	-,342	,000	-,169	,004
Obrazovanje	-,069	,247	-,038	,519	-,037	,521	,064	,273	,062	,263	,086	,138
R		,209		,173		,349		,206		,357		,195
R ²		,044		,030		,122		,043		,127		,038

Što se tiče korelata zdravstvenog stanja vidljivo je da na razini opće populacije postoji povezanost između većine socio-demografskih obilježja i zdravstvenog stanja. Na temelju indeksa samo-procjene fizičkog zdravlja (ISFZ), indeksa samo-procjene mentalnog zdravlja (ISMZ), indeksa tjelesne mase (ITM) i indikatora općenite samo-procjene zdravlja (IOSZ) vidljivo je da postoji razlika prema spolu i to tako što žene procjenjuju lošijim svoje fizičko i mentalno zdravlje te zdravlje općenito nego muškarci dok su im prosječne vrijednosti indeksa tjelesne mase nešto niže (što je uvjetovano biološkim razlikama). Zanimljivo je da ovaj svojevrsni paradoks, prema kojem žene svoje zdravstveno stanje procjenjuju lošijim nego muškarci, a s druge strane se zdravstveno odgovornije ponašaju, je donekle i pravilo u modernim industrijaliziranim društvima u kojim se pokazuje da muškarci ranije umiru i imaju lošije zdravstvene navike dok žene češće pokazuju određene simptome, uzimaju slobodne dane zbog zdravstvenih problema, češće koriste lijekove i češće su u kontaktu s liječnicima (Macintyre et al. 1996). Ovaj se paradoks tumači kao refleksija bioloških spolnih razlika i socijetalnih rodni razlika (Denton et al. 2004). Dob se naravno isto pokazuje važnim korelatom zdravstvenog stanja, pri čemu je očekivano da se rastom kronološke dobi češće pojavljuju i zdravstveni problemi. Tako se i ovdje pokazuje, stariji ispitanici procjenjivati će svoje fizičko i mentalno zdravlje lošijim, imati će nešto viši indeks tjelesne mase, biti će manje sretni, općenito će svoje zdravlje procjenjivati lošijim te će češće imati dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditet. Obrazovanje se pokazuje nešto manje značajnim korelatom, ali ipak značajnim u samo-procjeni fizičkog zdravlja, osobnoj dobrobiti, općenitoj procjeni svojeg zdravlja te indikatora bolesti. Kao što su mnoga istraživanja pokazala i ovdje se potvrđuje kako obrazovanije osobe imaju manje zdravstvenih problema, odnosno da im je bolje njihovo fizičko zdravlje, da su sretniji, da imaju u manjoj mjeri dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditet te da svoje zdravlje općenito procjenjuju boljim što je uvjetovano njihovim boljim materijalnim i društvenim statusom (Cutler & Lleras Muney 2007; Cutler & Lleras Muney 2006).

Usprkos značajnom utjecaju ovih socio-demografskih obilježja, religioznost se i dalje pokazuje u određenoj mjeri značajnim prediktorom, odnosno korelatom zdravstvenog stanja. Redovitiji religijski praktikanti procjenjuju svoje mentalno zdravlje boljim, osjećaju se sretnijima te imaju manje dugotrajnih bolesti, kroničnih bolesti ili invaliditet.

Na razini vjerskih zajednica situacija je donekle slična, ali ipak različita. Od socio-demografskih obilježja jedino dob pokazuje konzistentno prediktivno svojstvo. Porastom dobi

zdravstveno stanje postaje lošijim što je evidentno na indeksu fizičkog i mentalnog zdravlja, indeksu tjelesne mase, indikatoru općenite samo-procjene zdravlja i indikatoru bolesti. Obrazovanje i spol ne pokazuju isto svojstvo kao na razini opće populacije, osim biološke činjenice da žene imaju nešto niže vrijednosti na indeksu tjelesne mase. Religioznost se pokazuje prediktivnim samo kod indikatora opće dobrobiti i to tako da se religijski angažiraniji ispitanici osjećaju u nešto većoj mjeri sretnijima.

Postavlja se pitanje zašto prediktorske varijable i to konkretnije indikator religioznosti ne pokazuje jednako značajan utjecaj na obje razine. Jedan od razloga je i sam varijabilitet na indikatoru religijske prakse, koji je mnogo veći na razini opće populacije nego na razini vjerskih zajednica, što je i pokazano u poglavlju u kojem su prikazani osnovni podaci o religijskoj praksi. Dakle, ispitanici na razini vjerskih zajednica za razliku od ispitanika na razini opće populacije u daleko većoj mjeri odlaze na vjerske službe/obrede što umanjuje samo prediktivno svojstvo ove varijable. Isto tako koeficijenti determinacije (R^2) i kod regresijskih modela koji se odnose na zdravstveno ponašanje i kod modela koji se odnose na zdravstveno stanje su češće viši na razini opće populacije nego na razini vjerskih zajednica što upućuje da prediktorske varijable (socio-demografske i religioznost) u boljoj mjeri objašnjavaju zdravstveno ponašanje i zdravstveno stanje na razini opće populacije nego na razini vjerskih zajednica. Uzevši u obzir da isto tako postoje značajna razlike među ovim razinama što se tiče ponašanja, tako što na razini vjerskih zajednica ispitanici pokazuju zdravstveno odgovornije ponašanje i bolje zdravstveno stanje, vodi prema zaključku da se odnos religioznosti i zdravlja u vjerskim zajednicama posreduje preko nekih drugih mehanizama, a ne pukom učestalošću odlaska na vjerske službe. Stoga će se u daljnjoj analizi istražiti koji su to mogući mehanizmi koji taj odnos ostvaruju.

5.5.2. Odnos religioznosti i zdravlja – vjerska zajednica kao socijalni resurs

Dosadašnja istraživanja su pokazala da vjerska zajednica, odnosno angažman u vjerskoj zajednici donosi određene salutarne učinke na mentalno i fizičko zdravlje (Ellison & George 2010; Ellison 1991; Krause et al. 2002; Hummer et al. 2004; Krause et al. 1998; Krause et al. 2001; Mueller et al. 2001; George et al. 2010). Pokazalo se kako upravo kroz komunitarni aspekt vjerske zajednice koja svojim članovima pruža socijalne veze (odnose) i socijalnu podršku može se posredovati odnos religioznosti i zdravlja. Specifično, uključenost u vjersku zajednicu pokazuje se drugačijom od uključenosti u neke druge društvene grupe koje su sekularnog karaktera i to prvenstveno zbog visoke razine homogenosti koja se manifestira u

ideološkoj i statusnoj dimenziji, omogućavajući ostvarivanje socijalnih odnosa koji izlaze izvan okvira religijskog života pojedinca u vjerskoj zajednici. Istraživanja su pokazala kako osobe koje učestalo odlaze u crkvu imaju povećani broj osoba s kojima ostvaruju socijalne odnose te učestalije izmjenjuju određena dobra, usluge i informacije (Ellison & George 2010), što je donekle potvrđeno i u ovom istraživanju gdje se pokazalo kako ispitanici koji redovitije sudjeluju u ostalim aktivnostima imaju višu razinu povjerenja u ljude, odnosno skloniji su većini ljudi vjerovati. Isto tako pokazalo se da povećanim religijskim angažmanom raste i broj prijatelja izvan vjerske zajednice koji nisu članovi obitelji. To znači da se jednim dijelom integracija u širi društveni kontekst, znači onaj izvan vjerske zajednice, ostvaruje i samim angažmanom kroz vjersku zajednicu. Donekle je tomu razlog taj što se socijalna integracija može manifestirati tako da vjernici koriste veće i gušće socijalne mreže u kojima se nalaze njihovi su-vjernici te si samim time mogu međusobno povećavati mogućnosti stvaranja prijateljstava. Takva integracija je moguća zbog toga što se radi o zajednicama (mrežama) u kojima pojedinci dijele određene vrijednosti i svjetonazore i to kako religijske tako i socijalne i političke. U svakom slučaju ovdje nije bio cilj razotkriti kako i na koji način angažman u vjerskoj zajednici generira veću ili manju integriranost u šire društvene okvire, ali prikazani podaci zasigurno pokazuju da se ne radi o grupama, odnosno pojedincima kojima povećani religijski angažman u njihovim vjerskim zajednicama producira socijalnu izolaciju i nepovjerenje prema drugima koji nisu članovi zajednice. Svakako je povećani socijalni kapital, koji je jednim dijelom i pod utjecajem same religioznosti, relevantan i za osobno zdravlje (Song et al. 2009).

Vjerska zajednica vjernicima koji su involvirani u nju je iznimno važna socijalna sredina, a pokazuje se i kako se većom involviranošću u zajednici povećava i osjećaj integriranosti. Analizom se potvrdilo kako je ispitanicima njihova vjerska zajednica odnosno njihova involviranost u vjersku zajednicu obilježena jakim osjećajem pripadanja i prihvaćenosti te da se općenito može reći da u svim zajednicama većina vjernika drži da je ostalim članovima zajednica stalo do njih i njihovog života, da osjećaju bliskost i pripadnost, da ih ostali u zajednici poštuju i cijene i da mogu računati na njihovu pomoć. To je dodatno potkrijepljeno i odnosom s voditeljem/ima vjerskih zajednica s obzirom da većina ispitanika ima osjećaj da ih voditelji poštuju, cijene i da im pružaju osjećaj pripadnosti, da bi u slučaju životnih problema od voditelja dobili savjet i pomoć, što je sigurno povezano i s visoko rasprostranjenom percepcijom o voditelju/ima njihove vjerske zajednice kao osobi/ama kojoj/ima je stalo je do njihovog života i životnih uvjeta. Kako je za povezanost percepcije zajednice i članova u njoj

kao izvora socijalne podrške važna osobna involviranost i osjećaj integriranosti u zajednicu evidentno je da ukoliko je vjernik „dublje uronjen“ u svoju vjersku zajednicu u toj mjeri mu ta zajednica postaje relevantan resurs u svakodnevnom životu. Koliko relevantan, pokušati će se razotkriti upravo kroz povezanost s osobnim zdravljem (zdravstvenim ponašanjem i stanjem).

Dosadašnja analiza prikazana u prethodnim poglavljima pokazala je kako se često pojavljuju razlike prema tipovima vjerskih zajednica. One zajednice koje su striktnije u prihvaćanju religijskih normi i kroz čiju su religijsku praksu više izraženi određeni obrasci ponašanja koji mogu imati utjecaja na osobno zdravlje, pokazuju na nekoliko indikatora značajnije razlike. Tako primjerice ispitanici u adventističkoj i mormonskoj vjerskoj zajednici u značajno manjoj mjeri konzumiraju alkohol i cigarete, dok se kod ispitanika u hinduističkoj vjerskoj zajednici pokazuje kako se u većoj mjeri bave fizičkim vježbanjem te najčešće koriste svježije voće ili povrće u svojoj prehrani. Isto tako primijećeno je kako se kod ovih zajednica ispitanici međusobno više potiču na fizičko vježbanje, izbjegavanje alkohola i cigareta, zdravu ishranu te sistematske preglede. Što se tiče zdravstvenog stanja pokazuje se kako se u određenoj mjeri opet odvajaju mormonska/adventistička i hinduistička zajednica u smislu da u svojoj samoprocjeni bolje ocjenjuju svoje fizičko i mentalno zdravstveno stanje, dok je kod indeksa tjelesne mase najveća razlika između hinduističke zajednice i ostalih zajednica na način da su pripadnici hinduističke zajednice u većoj mjeri skloni idealnoj težini. Isto tako, kod ove grupe zajednica postoji statistički značajna korelacija između konzumacije alkohola i osobne dobrobiti, između prehrane i indeksa mentalnog zdravlja, prehrane i osobne dobrobiti te indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa mentalnog zdravlja što navodi na zaključak ukoliko postoji u određenoj mjeri zdravstveno odgovornije ponašanje, postojat će i u određenoj mjeri i bolje zdravstveno stanje. Dakle sve ove razlike pokazuju da je u kontekstu odnosa religioznosti i zdravlja važan intenzitet i utjecaj vjerske zajednice na regulaciju svakodnevnog života, pogotovo u onim dimenzijama svakodnevice koje mogu imati utjecaj na osobno zdravlje.

Stoga će se u ovom dijelu, kroz regresijske modele, testirati utjecaji na zdravstveno ponašanje i zdravstveno stanje i to tako što će se kao zavisne varijable koristiti osnovni socio-demografski pokazatelji (dob, spol i obrazovanje), varijable religijskog angažmana (učestalost odlazanja na vjerske obrede, sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi i sudjelovanje u ostalim aktivnostima vjerske zajednice ne računajući odlaske na vjerske obrede), varijable socijalnog kapitala (broja prijatelja izvan zajednice, broj prijatelja unutar zajednice i povjerenje), varijable koje označavaju resurse vjerske zajednice (indeks podrške

vjerskog voditelja i indeks socijalne podrške) te striktnost zajednice⁴⁵. U modeliranju linearnom regresijskom analizom korištena je *backward* metoda kojom su u početku sve nezavisne varijable tretirane kao mogući značajni prediktori pri čemu se onda postupno iz modela miču one varijable koja poboljšavaju značajnost modela vodeći tako do modela u kojemu ostaju samo značajni prediktori. Zbog toga će u tablici 33 biti prikazane vrijednosti standardiziranih beta koeficijenata samo za one prediktore koji su statistički značajni.

Tablica 33. Korelati zdravstvenog ponašanja

Zavisne varijable	Nezavisne varijable			
	IZP- pušenje	IZP- alkohol	IZP- vježbanje	IZP- prehrana
Dob				
Spol	-,165**	-,158**		
Obrazovanje				
Odlazanje na vjerske obrede/sluzbe	,324*	,150**		
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi				-,163***
Vanobredno sudjelovanje u v.z.		,197*		
Broj prijatelja izvan vjerske zajednice				
Broj prijatelja u vjerskoj zajednici				
Povjerenje	-,134***			,130***
Indeks podrške vjerskog voditelja				-,176***
Indeks socijalne podrške	-,154**			
Striktnost zajednice	-,161**	-,255*	,261*	
R	,391	,367	,261	,256
R ²	,153	,135	,068	,066

* p<.001; ** p<.01; *** p<.05

Što se tiče korelata indikatora zdravstvenog ponašanja koji se odnosi na pušenje cigareta pokazuje se značajno prediktivno svojstvo varijable spola, odlazanja na vjerske službe, povjerenja, indeksa socijalne podrške i striktnosti zajednice. Kao što je potvrđeno i u modelu

⁴⁵ Varijabla koja označava striktnost zajednice je napravljena rekodiranjem varijable koja označuje pojedinu vjersku zajednicu (1-baptistička, 2-pentekostna, 3-mormonska/adventistička, 4-hinduistička) na način da je dihotomizirana u vrijednosti 1 (baptistička i pentekostna) i 2 (mormonska/adventistička i hinduistička), pri čemu viša vrijednost označava veću striktnost.

prije (tablica 32) žene su za razliku od muškaraca sklonije manje pušiti ili ne pušiti uopće što je i u skladu s već spomenutim istraživanjima. Angažman u vjerskoj zajednici pokazuje se također značajnim, tako što oni koji učestalije odlaze na vjerske službe su isto skloniji ne pušenju cigareta, pri čemu se i jedna od dimenzija socijalnog kapitala pokazuje važnom kod pušenja. Kod onih ispitanika koji više vjeruju drugima značajno je manja sklonost ovom poroku. Isti trend pokazuje i indeks socijalne podrške. To je posebno pojačano činjenicom ukoliko se u određenoj religijskoj tradiciji izrazito inzistira na izbjegavanju ove po zdravlje loše navike da će utoliko to imati i jači efekt (to potvrđuje značajna povezanost s varijablom striktnost zajednice). U kojoj mjeri ovi elementi imaju snažan učinak ide u prilog i činjenica koja pokazuje kako na općoj razini vjerskih zajednica 96,3% ispitanika uopće ne puši, dok je na razini opće populacije to slučaj kod 61,3% ispitanika.

U konzumaciji alkohola, odnosno u učestalosti pretjeranog pijenja, isti je socio-demografski utjecaj (žene manje pretjerano piju alkohol), te utjecaj religijskog angažmana i tipa zajednice. Dakle ukoliko se radi o većem angažmanu u vjerskoj zajednici, bilo da se radi o obrednim aktivnostima ili o izvanobrednim aktivnostima, manja je vjerojatnost konzumacije alkohola. Isto tako, važno je radi li se o zajednici koja ima čvršća i jasnija pravila, odnosno o zajednici u kojoj je religijska praksa obilježena i fizičkim aktivitetom.

Kod korelata vježbanja jedino se striktnost zajednice manifestira kao važan prediktor, što je sigurno pod utjecajem hinduističke religijske prakse u kojoj joga zauzima važnu ulogu u svakodnevnom životu. Na prehrambene navike u smislu redovitije konzumacije svježeg voća ili povrća utjecaj pokazuje redovitija religijska praksa te element socijalnog kapitala i element vjerske zajednice kao socijalnog resursa.

Usporede li se koeficijenti determinacije (R^2) u ovim modelima s onima iz modela u kojima su komparirane razina opće populacije i razina vjerskih zajednica (tablica 31 i 32), vidljivo je kako su ovi prvi veći na svakom od korištenih indikatora zdravstvenog ponašanja, što potvrđuje da odgovornije zdravstveno ponašanje nije samo pod utjecajem redovnog odlaženja u crkvu, već da se ono pojačava upravo kroz elemente vjerske zajednice koje vjernicima predstavljaju životno relevantne resurse. Uz to treba reći kako se i ovdje potvrđuje da su određeni elementi zdravstvenog ponašanja, poglavito oni koji se odnose na upotrebu supstanci poput alkohola i cigareta, između ostalog i pod utjecajem religioznosti, konkretnije redovitije religijske prakse (Troyer 1988; Phillips et al. 1978; Oman et al. 2002; McCullough et al. 2000; Cohen & Koenig 2003; Gillum & Dupree 2006; George et al. 2010; Idler et al. 2009).

Tablica 34. Korelati zdravstvenog stanja

Zavisne varijable	Nezavisne varijable					
	ISFZ	ISMZ	IB	ITM	IOD	IOSZ
Dob	,139***	-,176**	-,132***	,238*		-,320*
Spol				-,228*		
Obrazovanje						
Odlaženje na vjerske obrede/službe						
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi	-,178**					
Vanobredno sudjelovanje u v.z.						
Broj prijatelja izvan vjerske zajednice						,162**
Broj prijatelja u vjerskoj zajednici					-,170**	
Povjerenje		-,178**				
Indeks podrške vjerskog voditelja	-,161**	-,194**			-,145***	
Indeks socijalne podrške		-,208*			-,263*	
Striktност zajednice	-,193**			-,135***		
R	,334	,442	,132	,375	,435	,377
R ²	,112	,196	,018	,141	,189	,142

* p<.001; ** p<.01; *** p<.05

Ako se pogledaju korelati zdravstvenog stanja primjetno je da se radi o sličnoj povezanosti. Dob se pokazuje značajnom na skoro svim pokazateljima zdravstvenog stanja i to tako što stariji ispitanici lošijeg fizičkog i mentalnog zdravlja u većoj mjeri imaju dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditet, imaju nešto viši indeks tjelesne mase te općenito svoje zdravlje procjenjuju lošijim. No, usprkos očekivanom utjecaju dobi, značajnost se pokazuje i kod prediktorske varijable religijskog angažmana, ali češće kod prediktora socijalnog kapitala, odnosno prediktora vjerske zajednice kao socijalnog resursa.

Donekle neočekivana veza se pokazuje između sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi i indeksa samo-procjene fizičkog zdravlja. Čini se da oni ispitanici koji češće sudjeluju u takvom obliku religijske prakse procjenjuju svoje fizičko zdravlje lošijim. To se može objasniti time što oni ispitanici koji su lošijeg fizičkog zdravlja češće okreću traženju utjehe u molitvenim grupama i grupama u kojim se čitaju sveti tekstovi u kojima mogu tražiti interpretativne okvire za svoje stanje. Sličan nalaz je dobiven i u jednom drugom istraživanju u kojemu se pokazalo kako osobe koje imaju učestalije zdravstvene

probleme i koje su osobno nezadovoljnije se češće mole, time vrlo vjerojatno tražeći pomoć u nadnaravnom i/ili objašnjenje za svoje zdravstvene probleme (Ančić & Marinović Jerolimov 2011). Upravo se Weberova teorija teodiceje koja govori o načinu na koji religija može objašnjavati mudrog i pravednog boga u kontekstu loših životnih situacija, pokazuje kao dobro interpretativno ishodište. Štoviše suvremena istraživanja pokazuju da je religija iznimno važan izvor i pružatelj raznovrsnih strategija nošenja s problemima te da se zapravo može govoriti o specifičnim strategijama nošenja s problemima koje su religijskog karaktera (*religious coping*) koje se pokazuju važnim prediktorima osobnog zdravlja, poglavito mentalnog (Pargament et al. 2012; Mihaljević et al. 2012; Krause et al. 2001; Pargament et al. 2000; Chaison 2006; Coping et al. 1998; Krause 2006). Nadalje, za procjenu fizičkog zdravlja ispitanika pokazuje se značajnim i podrška vjerskog voditelja, dakle percepcija da se vjerski voditelj brine o njima, da mu je stalo do njih, te da mu se u određenim situacijama kada imaju probleme mogu obratiti za pomoć te da bi tu pomoć i dobili. Ne smije se zaboraviti da su vjerski voditelji u ovim zajednicama sigurno vrlo značajne osobe koje svojom pozicijom, iskustvom i osobnim socijalnim kapitalom mogu imati značajnu ulogu u određenim životnim situacijama koje utječu na osobno zdravlje. Stoga je ova povezanost i razumljiva. Uz ove prediktore, značajni utjecaj na fizičko zdravlje može imati i tip vjerske zajednice, pri čemu se ovdje pokazuje kako je kod striktnijih zajednica taj utjecaj značajniji.

Kod procjene mentalnog zdravlja osim značajnosti dobi značajni su i povjerenje, podrška vjerskog voditelja i percipirana socijalna podrška. Kod povećanog povjerenja, povećanog značaja podrške vjerskog voditelja i povećane percepcija vlastite vjerske zajednice kao socijalnog resursa pojavljuje se i bolje mentalno stanje. Osjećaj da se možeš osloniti na druge u zajednici, da se možeš osloniti na vjerskog voditelja te da općenito imaš povjerenje u druge, ispitanicima se u vjerskim zajednicama pokazuje značajnim za osobno mentalno zdravlje. Ako se prisjetimo da su u indeksu samo-procjene mentalnog zdravlja ispitanici procjenjivali koliko često se osjećaju nesretno ili depresivno, izgubili povjerenje u sebe te imali osjećaj da ne mogu prevladavati svoje probleme i ne iznenađuje povezanost s percipiranom podrškom vjerskog voditelja s obzirom da na njega mogu računati upravo u situacijama kada mentalno zdravlje može biti ugroženo.

Kod indikatora bolesti povezanost je jedino značajna s dobi, dok je kod indeksa tjelesne mase povezanost značajna s dobi, spolom, ali i striktnošću zajednice. Već je spomenuto da na osobnu težinu, odnosno zdravstveno poželjnu ili nepoželjnu težinu utječu godine života i spol, ali ovdje se pokazuje kako može utjecati i u kojoj mjeri ukoliko određena vjerska zajednica ima jasno

internalizirane norme koje imaju posljedice na zdravstveno stanje. Kod mormonske i adventističke zajednice sigurno se radi o jasno naglašenim pravilima dok se kod hinduističke zajednice radi o tome da je joga sastavni dio religijske prakse, a vidljivo je da upravo kod hinduističke zajednice ispitanici češće vježbaju. Mnoga istraživanja pokazuju kako joga ima salutarnu učinke na zdravlje i to od utjecaja na kardiovaskularni ritam i izlječenja od raka (Cockerham 2009; Bower et al. 2005) do promjena u moždanim valovima (Kamei T, Toriumi Y, Kimura H, Ohno S, Kumano H 2000).

Za još jedna mjeru, koja se odnosi na mentalno zdravlje, odnosno na osobnu dobrobit, a konkretnije na osobnu procjenu općenite sreće, se pokazuje da je povezana primarno s varijablama vjerske zajednice kao socijalnog resursa i socijalnim kapitalom i to specifično socijalnim kapitalom vezanim upravo uz samu vjersku zajednicu. Povećani broj prijatelja unutar same vjerske zajednice, povećana podrška vjerskog voditelja i povećana socijalna podrška ostalih članova u zajednici čini se da ispitanicima doprinosi tako što se osjećaju sretnijima. Većina studija u kojima se istraživao odnos religioznosti, i to konkretnije odlazak u crkvu kao mjera religioznosti, i subjektivne dobrobiti konzistentno pokazuje kako se radi o pozitivnom odnosu (Inglehart 2010; Stark & Maier 2008; Fry 2000; Ellison 1998; Lewis & Cruise 2006; Ellison 1991; Abdel-Khalek 2006), pri čemu se ovdje pokazuje kako se taj odnos kod onih koji učestalije odlaze u vjerske zajednice ostvaruje upravo kroz mehanizme socijalnog kapitala i resursa koji su specifično generirani u vjerskim zajednicama.

I na kraju, što se tiče općenite procjene osobnog zdravlja pokazuje se da je uz povezanost s dobi (stariji ispitanici procjenjuju svoje zdravlje lošijim), povezanost značajna i s indikatorom socijalnog kapitala. Oni ispitanici koji imaju veći broj prijatelja izvan same zajednice bolje procjenjuju zdravlje općenito. Dakle i ovdje se pokazuje da je socijalni kapital značajan za zdravlje (Nieminen et al. 2010; Kawachi et al. 1999; Krause 1998; Song et al. 2009; Kritsotakis & Gamarnikow 2004), a ukoliko se uzme u obzir da je u analizi pokazano kako na socijalni kapital utječe religijska angažiranost, može se reći da religioznost i ovdje igra značajnu ulogu, ali kroz posredujuće mehanizme.

Kako bi se bolje razumjelo zašto vjerska zajednica može biti socijalni resurs značajan za osobno zdravlje mogu poslužiti i nalazi iz intervjua koji su provedeni s voditeljima vjerskih zajednica. Provedeni intervjui kao takvi ne mogu dati jasne nalaze o samom odnosu religioznosti i zdravlja, ali mogu pomoći u boljem razumijevanju zašto je vjerska zajednica specifična mreža koja stvara okruženje od kojega pojedinci mogu imati učinke i na vlastito zdravstveno stanje.

U tom smislu intervjui su eksplorativnog karaktera i pomažu u razumijevanju vjerskih zajednica u kontekstu funkcioniranja vjerske zajednice kao socijalnog resursa.

Voditelji su bili upitani o eventualnom postojanju nekih financijskih fondova pomoću kojih se pomaže oboljelim vjernicima te općenito o aktivnostima koje su usmjerene na zdravstvene poteškoće pripadnika vjerskih zajednica. U svojim odgovorima vjerski voditelji dali su određenu sliku o tome kako je u vjerskoj zajednici naglašeno međusobno pomaganje i orijentacija prema onima kojima je pomoć potrebna. Kroz takvu orijentaciju ističe se zajedništvo i međusobna briga članova s naglašenim ciljem da se pazi na ispunjavanje potreba članova zajednice.

U principu crkva ima jedan sustav koji se zove kućno posjetiteljstvo gdje se braća i sestre organiziraju u, posjećuju članove, bez obzira na njihove potrebe...to su jednostavno posjeti koji se zasnivaju na našem prijateljstvu, kako bi se uvijek pazilo da članovi, da su njihove potrebe uvijek ispunjene...prvenstveno trebamo biti dobrim prijateljima sa svima i prepoznati da svatko tko nas okružuje bili članovi crkve ili ne, djeca su nebeskog oca, naša su braća i sestre i trebamo se jednostavno brinuti o njima. Imamo taj program, ne rade se nikakve posebne aktivnosti prikupljanja novaca i to...ali postoji sustav humanitarne pomoći, znači bremenite neke pomoći...čisto ljudi odu ono i posjete se tako da jednostavno se ono osjeti to zajedništvo i snaga u toj zajednici. (Jedan od voditelja Crkve Isusa Krista svetaca posljednjih dana)

Zdravstvena poteškoća, nije samo pitanje mene, nego to nastojimo prenijeti na zajednicu, i onda molimo za te ljude, pomazujemo uljem...(i u Bibliji piše) i vjera pravednika izliječiti će bolesnika, ako je učinio grijeh, oprostiti će mu se i tako dalje...(Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

U djelu praktičnoga života, svakako je potrebno da se tu praktično pomogne, zbrine, posjetiti u bolnici, doma posjetiti, pobrinuti se...tu je praksa zajednice. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Što se tiče konkretnijih aktivnosti usmjerenih prema vjernicima koji su oboljeli, kao što su primjerice financijski fondovi usmjereni za takve slučajeve, prema riječima vjerskih voditelja, u nekim zajednicama ne postoji jedinstveni financijski sustav kojemu je primarni cilj pomaganje oboljelim članovima već se financijski prilozi skupljaju u *ad hoc* situacijama.

Praksa naše zajednice, mi nemamo fond koji je specijalno za bolesne ljude, nego brinemo unutar naše zajednice i od slučaja do slučaja potičemo ljude da sakupimo ekstra dragovoljni prilog za pomoć kupnje lijekova, ortopedskih pomagala...kada skupljamo financijski prilog dragovoljni točno se zna za koga se skuplja i zašto se skuplja...unutar vjerske zajednice skupljamo namjenski...uvijek pitam želiš li da to kažem, imenom i prezimenom i imenom i prezimenom bolesti...nema skrivanja...manje vjerske zajednice, maltene bi se sve trebalo znati i tu ukoliko postoji povjerenje...tu povjerenje treba izgrađivati i treba biti temeljno na božjim

principima...neki ljudi jave se javno da imaju tu i tu bolest. Dobiti će duhovnu pomoć, ukoliko se nađu u bolnici dobiti će, u sklopu dušobrižništva, posjetiti će ih se. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Imamo članova koji imaju zdravstvene probleme kojima dobro dođe da ih samo netko posjeti...nekima treba i financijski pomoć...postoji fond koji se izvlači, naime crkva svaki mjesec, članovi crkve su potaknuti da, prva nedjelja u mjesecu je određena za post, znači vrijeme od 24 sata ili dva obroka za redom kada se ne jede ništa i ne pije ništa i u principu novac kojim bi se mogla kupiti hrane i piće za te obroke da se daju kao donacija...to se zove posni prinos i normalno crkva potiče sve da budu darežljivi u svojim donacijama, te donacije se onda koriste u svrhu takve pomoći, humanitarno socijalne pomoći. (Jedan od voditelja Crkve Isusa Krista svetaca posljednjih dana)

Isto tako vjerski voditelji su bili upitani u kojoj mjeri im se članovi obraćaju u situacijama kada imaju zdravstvene probleme. Zanimljivim se pokazalo kako su upravo sami voditelji vrlo često prve instance u sklopu zajednice kojima se vjernici sa zdravstvenim problemima obraćaju. Nakon toga voditelji, uz pristanak tih vjernika, obavještavaju cijelu kongregaciju i nastoje pronaći načine kako oboljelim vjernicima pomoći. U tom kontekstu su jasniji i nalazi iz kvantitativnog djela analize gdje se pokazalo kako je indeks podrške vjerskog voditelja povezan s indeksima samo-procjene fizičkog i mentalnog zdravlja, indikatorom opće dobrobiti, ali i indikatorom zdravstvenog ponašanja koji se odnosi na prehranu. Čini se da je uloga vjerskog voditelja važna ne samo u direktnom pružanju pomoći vjernicima nego i u posredovanju, odnosno aktivaciji cjelokupne socijalne podrške zajednice koja se odnosi na osobno zdravlje. Uz to, voditelji nastoje pružiti, kako sami kažu, „duhovnu potporu“, što se može protumačiti i kao davanje religijskog okvira u iznalaženju strategija za suočavanje s zdravstvenim problemima.

Ljudi nam dolaze, ali naravno ne svi. Moramo razumjeti, neki sakrivaju. Naš princip zajednice je da smo kao duhovna obitelj, i bolesti, ako su nekakve bolesti koje nisu za javnost onda se to svede na nivo starješine, pastora, dolaze meni...S jedne strane nastojim da ta bolest ne bi smjela obeshrabriti čovjeka, da mu ta vjera pada, ohrabriti da bolest je u tijelu koja je sastavni dio našeg čovječanstva. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Dakle praktični dio je da se daje duhovna potpora, da čovjek ne padne, što je normalno, osobito kada je u pitanje rak...svojevrsna priprema da ostaje mogućnost ako je to božja volja da odeš sa ovoga svijeta...gol dođeš, gol odlaziš, to je Njegova suverena volja...to je u djelu duhovnosti. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Uz značajnost samih vjerskih voditelja, čini se da, sudeći prema njihovim iskazima, kongregacije imaju i vlastitu unutarnju dinamiku kroz koju se članovi samostalno organiziraju u pružanju pomoći drugima i to ne samo vlastitim članovima nego i ostalima izvan zajednice,

što se u određenoj mjeri može interpretirati u teorijskom kontekstu, ali i u kontekstu empirijskih nalaza iz dosadašnje analize, kao preduvjet u stvaranju povezujućeg (*bonding*) i premošćujućeg (*bridging*) socijalnog kapitala. Isto tako pokazuje se da je raznovrsnost članova u pogledu njihovih profesionalnih zanimanja svojevrsni resurs od kojeg članovi kongregacije mogu imati dobit za osobno zdravlje.

Znam za slučajeve gdje su naši članovi samostalno djelovali, gdje ih nitko nije tražio nego primjenjuju ono u što vjeruju, djeluju kao prijatelji kao braće i sestre, djeluju i pomažu si...neovisno o tome što sam ja predsjednik crkve nitko mene ne potiče da ja posjećujem prijatelja u bolnici, kojeg sam nedavno posjetio, nitko me ne potiče da obraćam više pažnje na jednu sestru koja ima problema sa svojim zdravljem i da joj pokušam pomoć u rješavanju tog problema, to je jednostavno nešto što ja želim učiniti, nema veze sa mojim položajem nego je to ispravno... (Jedan od voditelja Crkve Isusa Krista svetaca posljednjih dana)

U zajednici našoj imamo nekoliko osoba koje se bave baš medicinom, jedna gospođa je viša medicinska sestra i ona organizira često predavanja, ili poziva na takva predavanja...donosi nam često stručne knjige...nije to toliko učestalo, ali prisutno je, ne bježimo od toga...više je to nagnuto da prepoznamo u božjoj riječi kako da živimo normalan život. Organiziranje predavanja na tu temu je jako rijetko, ali preporučujemo neka predavanja za koje mislimo da su korisna. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Imamo nekoliko članova koji su se udružili, pripadnici su tih različitih vjerskih udruga koji skupljaju po tim velikim centrima dragovoljne priloge za pomoć oboljelima od tih malignih tumora, za samohrane majke. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Na kraju je moguće sažeti važnost vjerske zajednice kao socijalnog resursa kroz donekle poetičnu analogiju jednog od voditelja vjerske zajednice koji je rekao:

Uzmete li vatru sa ugljenom, izvadite jedan ugljen ona će gorjeti jedno vrijeme, međutim u konačnici će se zgasiti...ostavite li komadiće ugljena na jednu hrpu ta vatra će trajati puno duže...u tom smislu svaki član može pomoć drugome, a po potrebi primiti pomoć (Jedan od voditelja Crkve Isusa Krista svetaca posljednjih dana)

Zaključno se može reći da je analiza pokazala kako postoji povezanost između religioznosti i zdravlja na razini opće populacije i to tako da su kod redovitije religijske prakse prisutnija manja zdravstveno rizična ponašanja (manje pretjeranog opijanja, manje pušenja i češća zdravija ishrana), bolje mentalno zdravlje, veća subjektivna dobit i manje dugotrajnih oboljenja, kroničnih oboljenja ili invaliditeta. Usporedba zdravstvenog ponašanja i stanja između razine ispitanika vjerskih zajednica i ispitanika u općoj populaciji je pokazala kako se ispitanici u vjerskim zajednicama zdravstveno odgovornije ponašaju (više fizički vježbaju, češće jedu svježe voće ili povrće, manje pretjerano piju i puše) te imaju bolje zdravstveno stanje (manje

kroničnih i dugotrajnih oboljenja i invaliditeta, višu razinu subjektivne dobrobiti, bolje fizičko zdravlje te višu općenitu procjenu zdravlja). Te razlike upućuju nas da evidentno postoji veza između religioznosti i zdravlja te da se može potvrditi pretpostavka da povećana religioznost dovodi do boljeg zdravstvenog stanja. Način na koji se ta veza ostvaruje određenim dijelom može biti objašnjen upravo elementima koji su prisutni kroz angažman u vjerskoj zajednici. Dakle, resursi i kapital kojeg vjerske zajednice, kao specifična društvena mreža, stvara, tom odnosu između religije i zdravlja značajno pridonose. Samim time se može potvrditi da je vjerska zajednica značajan socijalni resurs svojim pripadnicima i to velikim dijelom iz razloga što stvara socijalni okoliš koji može biti pogodan za osobno zdravlje. To je u stanovitoj mjeri potvrđeno analizom na temelju kvantitativne metodologije dok je kvalitativna metodologija pružila nešto širi eksplanatorni okvir.

6. ZAKLJUČAK

U ovom radu se istraživala teorijska pretpostavka o odnosu religije/religioznosti i zdravlja koji se ostvaruje kroz vjersku zajednicu i njene resurse, na način da su ti resursi povezani sa zdravstvenim ponašanjem i zdravstvenim stanjem, a pri čemu su i te dvije dimenzije zdravlja međusobno povezane. Tako postavljeni teorijski model (prikazan u dijagramu 2) usmjerio je istraživačke ciljeve koji su bili orijentiri tijekom analitičkog procesa, pri čemu se uzimao u obzir i konkretni socio-religijski kontekst. Relativno ograničene znanstvene spoznaje o istraživanim vjerskim zajednicama su prvenstveno nametnule potrebu da se istraži vrsta religioznosti u tim zajednicama. Analiza je obuhvatila usporedbu različitih dimenzija religioznosti između pojedinih zajednica, odnosno religijskih tradicija, te komparaciju unutar šireg socio-religijskog okvira. Jednostavnije rečeno, u cilju istraživanja odnosa religioznosti i zdravlja kroz posredovanje vjerske zajednice kao specifičnog socijalnog resursa koji može imati određene učinke na zdravlje, prvenstveno je bilo važno nešto više saznati o samoj religioznosti pripadnika istraživanih zajednica.

U tom je smislu analiza osnovnih indikatora religioznosti kao što su religijska samo-identifikacija, religijska praksa i religijska vjerovanja pokazala da je religioznost izraženija upravo kod onih osoba koje su religijski uključene u vjerske zajednice i to na način da se radi o konzistentnoj formi religioznosti. Od dominantno rasprostranjenog samo-prepoznavanja osobne religioznosti, pa čak i kada pojam religijsko za neke zajednice sadrži negativne vrijednosti, preko visoko učestale religijske prakse koja je obrednog i izvanobrednog karaktera, do čvrstog prihvaćanja religijskih vjerovanja inherentnih religijskim tradicijama, čini vjerske zajednice mjestima „žive vjere“. Analiza je pokazala da ne postoje statistički značajne razlike prema spolu, dobi i obrazovanju u odnosu na religioznost ispitanika u ovim vjerskim zajednicama, onim socio-demografskim obilježjima koja uobičajeno ostavljaju otisak na oblike religioznosti. Dakle, bez obzira radi li se o muškarcima ili ženama, starijima ili mlađima, obrazovanijima ili manje obrazovanima, visoka religioznost, mjerena kroz samo-identifikaciju, vjerovanje, religijsku obrednu i izvanobrednu praksu te učestalost molitve, pokazuje se u konzistentnom obliku unutar vjerskih zajednica, za razliku od opće populacije. Općenito promatrano u svim zajednicama ispitanici se mogu okvalificirati kao religijski angažirani praktikanti čija je religijska praksa intenzivna i izvan redovitih religijskih službi. Koliko je intenzivna potvrđuju i usporedbe s općom populacijom, pa čak i s onim djelom populacije u kojemu je prisutno redovito pohađanje vjerskih obreda (barem jednom mjesečno). Da se ne radi

samo o religioznosti koja je usko vezana s angažmanom u vjerskoj zajednici pokazuje i nalaz komparacije s općom populacijom koji se odnosi na učestalost molitve. 90% ispitanika u vjerskim zajednicama iskazuju da dnevno mole dok je to kod religioznih ispitanika iz opće populacije slučaj za 41% ispitanika. Ukoliko bi sudili prema nalazima rezultata na indikatorima religioznosti te usporedbe razine vjerske zajednice i razine opće populacije, mogli bismo reći da se kod ispitanika u odabranim zajednicama radi o aktivnoj i konzistentnoj religioznosti. Iako postoje određene razlike među zajednicama, koje su uglavnom uvjetovane različitim religijskim tradicijama, čini se da visoko rasprostranjena religioznost u zajednicama stvara socijalnu platformu kojoj je karakteristična homogenost i čvrsta integriranost vlastitih članova. Tako stvorena platforma može doprinijeti ne samo stvaranju religijskog zajedništva već i stvaranju socijalnog okruženja koje vjernicima postaje relevantnim i izvan konteksta samog pružanja religijskog sadržaja i okvira.

U prilog tome idu i rezultati koji su pokazali kako istraživane vjerske zajednice ne pružaju samo religijski sadržaj svojim vjernicima, već im pružaju osjećaj socijalne integriranosti te socijalnu podršku. Povećani religijski angažman, koji je u ovom radu određen kao aktivnosti pojedinaca koje su religijsko-obrednog i nereligijskog karaktera (sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednice), kroz stvaranje intenzivnijih socijalnih odnosa vjernicima doprinosi njihovom osobnom povećanom osjećaju integriranosti u zajednicu. Doprinoseći tako socijalnog integraciji omogućuje vjernicima da svoju zajednicu vide kao mjesto u kojemu mogu pronaći različite vrste podrške u situacijama kada im je ona potrebna. Vjerske zajednice koje su ovdje istraživane u svojem teološkom svjetonazoru religijske tradicije kojoj pripadaju imaju jasno istaknutu vrijednost pomaganja drugima (članovima i ne-članovima). Kroz takvu vrijednosnu prizmu i kroz stvaranje socijalne integriranosti među članovima se javljaju odnosi povjerenja i prijateljstva, pri čemu homogenost zajednica doprinosi ne samo religijskom zajedništvu, već i stvaranju temelja za opće socijalne odnose izvan zajednice. To potvrđuje povezanost između religijske angažiranosti i broja prijatelja unutar i izvan vjerskih zajednica te religijske angažiranosti i općeg povjerenja u druge ljude. Time se u određenoj mjeri potvrđuje i Durkheimova teza o religiji kao socijalno integrativnom faktoru koji kroz kolektivne aktivnosti grupe može jačati individualne veze s društvom (Shapiro 2011).

Povezanost religioznosti s povjerenjem i umrežavanjem unutar i izvan zajednica ističe kako je religija, odnosno religioznost važan izvor socijalnog kapitala. No, osim socijalnog kapitala, analiza je pokazala kako su vjerske zajednice važan resurs u kojem se oblikuje i podrška vjernicima u određenim životnim situacijama. Osim mjerenog osjećaja integriranosti u vjersku

zajednicu koji predstavlja jednu od dimenzija socijalne podrške, posebno se istražila razina religijske podrška te razina općenite socijalne podrške. Iako postoje određene razlike, analiza je pokazala kako je kod velike većine članova u svim zajednicama ta ista zajednica važan izvor specifičnog oblika religijske podrške koja proizlazi iz odnosa s drugim vjernicima u zajednici, iz odnosa s voditeljem/ima vjerske zajednice, ali i iz njihovog osobno odnosa prema Bogu. Isto tako posebno je istražena razina percipirane socijalne podrške i to materijalnog i nematerijalnog tipa. Analiza je pokazala kako među zajednicama ne postoje razlike već postoji visoka razina procjene da na određenu podršku ispitanici mogu računati da će im biti pružena od nekog od članova njihove zajednice. Bilo da li se radi o hitnom medicinskom slučaju, manjim nezgodama u stanu/kući, čuvanju djece u slučaju izbivanja, ozbiljnim problemima na poslu, smrti, bračnim i obiteljskim problemima ili pak zdravstvenim problemima većina ispitanika misli da bi mogli tražiti i dobiti podršku i pomoć od nekog od članova zajednice. Dakle, u materijalnom i nematerijalnom smislu razina percipirane socijalne podrške je visoka u svim zajednicama.

Da se radi o religijski oblikovanoj socijalnoj podršci i socijalnom kapitalu pokazala je i analiza u kojoj su prikazani značajni korelati. Samo pripadanje vjerskoj zajednici nije dovoljno u ostvarenju socijalnog kapitala i socijalne podrške već je evidentno da su obje ove dimenzije u odnosu s religijskim angažmanom. Učestalo sudjelovanje u aktivnostima u vjerskoj zajednici, bilo da se radi o aktivnostima religijskog ili ne-religijskog karaktera, dovodi do povećane socijalne podrške, povećanog općenitog povjerenja te umreženosti, odnosno općenite socijalne podrške i socijalnog kapitala što je u skladu i s drugim istraživanjima. Ovime je potvrđen dio pretpostavke o povezanosti religioznosti i vjerske zajednice kao socijalnog resursa naveden u teorijskom modelu.

Istraživanje vjerske zajednice kao specifičnog socijalnog resursa povezanog sa zdravljem otkriva na koji način se ostvaruje odnos religioznosti i zdravlja. U radu je analiza prirode odnosa religioznosti i zdravlja bila usmjerena na dvije razine.

Na prvoj razini se nastojalo vidjeti u kojoj mjeri su elementi osobnog zdravlja, dakle zdravstveno ponašanje i zdravstveno stanje u vjerskim zajednicama različiti od opće populacije. Razlog tomu je što postoji potreba da se razotkrije u kojoj mjeri je vjerska zajednica specifična društvena grupa u kojoj se odnos religioznosti i zdravlja posreduje. Evidentno je da se u ovom istraživanju nije posebno istraživala niti jedna sekularna grupa kako bi se razotkrila posebnost vjerskih grupa, već je komparacija bila u funkciji otkrivanja da li je za religijski angažirane članove vjerskih zajednica njihova zajednica uistinu zdravstveno značajan resurs koji može

dovesti do boljeg osobnog zdravlja od većine u društvu u kojemu žive. Ovdje treba napomenuti da su se mjere na indikatorima osobnog zdravlja za ispitanike iz vjerskih zajednica uspoređivale sa svima u općoj populaciji, bilo da se radi o pripadnicima nekih drugih vjerskih zajednica, bilo da se radi o religijski angažiranim ili ne angažiranim ili pak da se radi o izrazito sekularnim pojedincima. Rezultati analize ukazuju na nekoliko zaključaka.

Prvi je da postoji razlika između zdravlja na razini vjerskih zajednica i zdravlja na razini opće populacije. Vjernici u zajednicama se značajno više bave fizičkom aktivnošću, značajno više konzumiraju svježe voće ili povrće, značajno manje pretjerano piju alkohol te značajno manje puše cigarete. Upravo kod ova zadnja dva indikatora koja se odnose na uporabu supstanci razlika je najveća i pokazuje se da ispitanici vjernici uglavnom nikada ne piju pretjerano i uopće ne puše. Pokazuje se da to što istraživani vjernici u vjerskim zajednicama imaju zdravstveno odgovornije ponašanje ovisi i o samoj religijskoj tradiciji kojima zajednice pripadaju. U onim zajednicama koje imaju striktnija pravila koja se odnose na takve vrste ponašanja, kao što su mormonska i adventistička, takvo je ponašanje zdravstveno odgovornije. Uz razlike prema striktnosti zajednica, pokazuje se da su u zajednicama kao što je hinduistička, u kojoj su dijelovi religijske prakse jasno orijentirani prema zdravlju, isto tako određeni elementi zdravstveno odgovornog ponašanja jače izraženi. Dakle, bihevioralni obrasci zdravstvenog ponašanja ovise o jasno postavljenim religijskim pravilima koja su sukladno tome onda i u većoj mjeri internalizirana. Ovu interpretaciju dodatno potkrjepljuju i podaci koji su pokazali u kojoj mjeri je rasprostranjeno i međusobno poticanje članova na fizičko vježbanje, na izbjegavanje alkohola i cigareta, na zdravu ishranu te na sistematske preglede. Velika većina vjernika je u određenoj mjeri bila poticana na ovakve obrasce zdravstveno odgovornog ponašanja, pri čemu se pokazalo kako postoji povezanost između poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i zdravstveno odgovornog ponašanja koja je posebno istaknuta u adventističkoj, mormonskoj i hinduističkoj zajednici, dakle onim zajednicama koje imaju striktnija pravila prema zdravstveno odgovornom ponašanju. Internalizacija religijskih pravila koja se odnose na zdravstveno ponašanje u određenoj mjeri ovisi i o grupnoj dinamici unutar zajednice, što se donekle potvrđuje u za sada rijetkim istraživanjima (Krause et al. 2011). Kod indikatora zdravstvenog stanja, komparacija ovih dviju razina je isto pokazala da postoji razlika i to na način da istraživani pripadnici vjerskih zajednica svoje zdravstveno stanje procjenjuju boljim što je vidljivo na indeksu samo-procjene fizičkog zdravlja, indikatoru bolesti (kronična oboljenja, dugotrajne bolesti i/ili invaliditet), indikatoru osobne dobrobiti te indikatoru opće samo-procjene osobnog zdravlja. Usporedba samih vjerskih zajednica je pokazala da u

određenim elementima zdravstvenog stanja u striktnijim zajednicama ispitanici procjenjuju svoje zdravlje procjenjuju boljim, što je posebno potvrđeno kroz usporedbu pojedinih tipova zajednica s općom populacijom. Dakle, i tu je sličan obrazac kao i kod zdravstvenog ponašanja. Ovdje treba istaknuti da je napravljena i analiza korelacija između zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja, za koju se prema prikazanom teorijskom modelu očekivalo da će biti prisutna. Koeficijenti korelacije između pokazatelja zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja na razini cijelog uzorka vjerskih zajednica su se u manjoj mjeri pokazali značajnim, no kada se uzorak podijelio na dva poduzorka na način da su odvojene striktnije zajednice, pokazalo se da kod više pokazatelja postoji značajna korelacija. Iako se time potvrđuje očekivano, treba spomenuti da su samo-procijenjeno zdravstveno ponašanje i samo-procijenjeno zdravstveno stanje dvije jednako značajne dimenzije zdravlja, pri čemu ova prva više ukazuje na zdravstvene rizike čiji se efekti mogu ostvariti u određenom vremenskom periodu, dok druga dimenzija pokazuje trenutno stanje.

Na drugoj razini analize nastojalo se razotkriti je li vjerska zajednica kao socijalni resurs značajna za osobno zdravlje i kroz koje dimenzije se taj odnos ostvaruje. Analiza je pokazala kako je religioznost iskazana kroz religijsku praksu (odlazak na vjerske službe/obrede) značajan prediktor zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja. I na razini opće populacije i na razini vjerskih zajednica ona se usprkos testiranoj kovarijatnosti za socio-demografska obilježja dobi, spola i obrazovanja pokazuje značajnim prediktorom i to prvenstveno na indikatorima zdravstvenog ponašanja koji se odnose na uporabu supstanci. Religiozni ljudi tako pokazuju da u značajno manjoj mjeri puše cigarete i piju pretjerano (učestalost pijenja četiri ili više alkoholnih pića dnevno) što je isto u skladu s raznim drugim istraživanjima. Takva zdravstvena praksa dugoročno može imati važnu korist za pojedince s obzirom da je uporaba ovih supstanci povezana s raznim oboljenjima i kao takva označava dugoročni rizik koji može biti poguban po osobno zdravlje (Hamman et al. 1981; Abramson et al. 1982; Phillips et al. 1980; Bunton et al. 1995; Troyer 1988). Što se tiče zdravstvenog stanja i tu se pokazuje da postoji povezanost s religioznošću, no ona je izraženija upravo na razini opće populacije. Oni koji redovitije odlaze na vjerske obrede procjenjuju svoje mentalno zdravlje boljim te se osjećaju sretnijima. I to je skladu s brojnim istraživanjima koja otkrivaju kako su povezani religioznost i subjektivna dobrobit, odnosno religioznost i mentalno zdravlje. Na razini vjerskih zajednica korelacija se pokazalo značajnom samo s osobnom dobrobiti što ukoliko se uzme u obzir da se na većini indikatora zdravstvenog stanja ispitanici s ove razine značajno razlikuju od opće populacije upućuje da se taj odnos ipak ostvaruje kroz neke druge mehanizme, a ne samo kroz redovnu

praksu religijskog tipa. Iz toga razloga testirana je kroz regresijske modele povezanost između religijskog angažmana i dimenzija vjerske zajednice kao socijalnog resursa s jedne strane te dimenzija zdravlja s druge strane. Analiza je tako pokazala da i kod zdravstvenog ponašanja i kod zdravstvenog stanja važnu ulogu može imati upravo vjerska zajednica kao socijalni resurs koji svojim članovima pruža socijalni kapital i socijalnu podršku. Umreženost u zajednicu, umreženost izvan zajednice, povjerenje prema drugima, vjerski voditelj/i kao važne osobe u zajednici te materijalna i nematerijalna podrška ostalih članova mogu doprinijeti osobnom zdravlju, bilo da se radi o zdravstvenom ponašanju ili zdravstvenom stanju. Time se potvrđuje da vjerska zajednica može biti zdravstveno relevantna socijalna grupa kroz koju pojedinci mogu dobivati salutarne učinke za svoje osobno zdravlje što je u skladu i s nalazima istraživanja iz drugih socio-kulturnih i socio-religijskih sredina.

Naime, analiza je pokazala i nešto više od toga. Naime, vjerska zajednica može biti zdravstveno relevantna socijalna sredina, ali mogući efekt na zdravlje se pojačava ukoliko je zajednica dio religijske tradicije u kojoj su eksplicitno istaknuta pravila koja mogu imati posljedice po osobno zdravlje. Time se u određenoj mjeri potvrđuje da religijske grupe mogu biti drugačije socijalne sredine, prvenstveno zato što se od članova može očekivati da moraju usvajati religijske norme koje mogu kroz svoje posljedične učinke utjecati i na osobno zdravlje. Primjerice, ne-religijske, odnosno laičke ili sekularne grupe isto mogu biti svojim članovima zdravstveno relevantni resursi, iz razloga što se socijalna podrška može aktivirati kroz međusobnu interakciju i integraciju pojedinaca, ali rijetke su takve grupe koje mogu imati u toj mjeri striktna i jasna pravila za svakodnevne životne prakse. Religijske grupe, i kroz religijske norme koje su usmjerene na svakodnevne životne prakse i kroz vrijednosni sustav u kojemu se ističe važnost međusobnog pomaganja, na određeni način mogu povećati komunitarni učinak na osobno zdravlje koji se kao takav može pojavljivati u svakoj socijalnoj grupi. Ovime je također potvrđen teorijski model istraživanja, pri čemu treba napomenuti da se u modelu odnos religioznosti i osobnog zdravlja prikazao kroz posredovanje vjerske zajednice kao socijalnog resursa, i pritom se pretpostavila povezanost između religioznosti i vjerske zajednice kao socijalnog resursa, ali i religioznosti i osobnog zdravlja (ponašanje i stanje). Ukoliko se pogledaju regresijski modeli u kojima su prikazani korelati zdravstvenog ponašanja i stanja, onda je vidljivo kako je religioznost, odnosno religijski angažman, i kada se testira kovarijatnost za dimenzije vjerske zajednice kao socijalnog resursa, i dalje prediktor osobnog zdravlja, pri čemu su elementi religijskog angažmana češće povezani sa zdravstvenim ponašanjem nego sa zdravstvenim stanjem (povezani su samo sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u

kojima se čitaju sveti tekstovi i indeks samo-procjene mentalnog stanja). To nas upućuje na dva zaključka. Jedan je već spomenuta važnost striktnosti i religijske tradicije za koju se pokazalo da kroz internalizaciju religijskih normi koje se odnose na zdravstvene obrasce ponašanja se odnos religioznosti i zdravlja pojačava, odnosno da vjerska zajednice kao socijalni resurs relevantan za zdravlje ovisi i o samoj religijskoj tradiciji. No, upućuje i na zaključak da iako je važan angažman u zajednici, da se odnos religioznosti i zdravlja posreduje i kroz još neke mehanizme koji ovdje nisu bili istraživani. Zbog toga je buduća istraživanja potrebno usmjeriti na testiranje i nekih drugih teorijskih modela unutar različitih znanstvenih disciplina s obzirom da izrazita kompleksnost ovog istraživačkog područja nalaže interdisciplinarni pristup u istraživanju.

U ovom radu, koji je propitivao sociološke aspekte odnosa religije i zdravlja nastojalo se teorijski i empirijski proširiti razumijevanje „kauzalnih“ i/ili „posredničkih“ mehanizama u interpretativnoj mreži odnosa religije/religioznosti i zdravlja, a također i razumijevanje specifične uloge religioznosti i vjerskih zajednica u suvremenom hrvatskom društvu. Kao jedno od prvih socioloških teorijsko-empirijskih istraživanja u području odnosa religije/religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj on je eksplorativnog karaktera i zapravo otvara relativno novo istraživačko područje. Potreba za nastavkom istraživanja ne odnosi se samo na širenje znanstvenih spoznaja već ima i praktične implikacije. Naime, kroz moguća buduća interdisciplinarna istraživanja i otkrivene spoznaje može se doprinijeti i proširivanju sadržaja kliničke prakse u ovom području. Za tu svrhu, ali i za kvalitetnije dizajniranje istraživačkih projekata potrebno je osim interdisciplinarne znanstvenoistraživačke ekipe uključiti i laike, zdravstvene stručnjake, te religijske aktere.

Pri tome smjernice renomirane znanstvenice u ovom području, Linde Chatters, mogu biti izrazito korisne. Ona napominje da bi trebalo uložiti dodatne napore u razjašnjavanju prirode i granica ovog istraživačkog područja i to na način da se jasnije određuju pojmovi, da se pokuša u što boljoj mjeri opisati i istražiti multidimenzionalni konstrukti tih pojmova, da se razvijaju i direktno testiraju teorijske poveznice koje odnose na povezanost religije i zdravlja, da se pažljivo osmišljavaju istraživačke metodologije i istraživačke procedure, te da se razvijaju konceptualno valjane mjere religioznosti, odnosno religijske involviranosti. U provođenju ovog istraživanja ovo su bile smjernice kojima sam se vodio, pri čemu sam se tijekom provođenja istraživanja i nailaženja na različite istraživačke prepreke i izazove i osobno uvjerio u njihovu važnost.

7. POPIS LITERATURE

- Abdel-Khalek, A.M., 2006. Happiness, health, and religiosity: Significant relations. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), pp.85–97. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13694670500040625> [Accessed January 9, 2012].
- Abercrombie, N., Hill, S. & Turner, B.S., 2008. *Rječnik sociologije* Rječnici i., Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Abramson, J.H., Gofin, R. & Peritz, E., 1982. Risk markers for mortality among elderly men-a community study in Jerusalem. *Journal Of Chronic Diseases*, 35(7), pp.565–572.
- Ančić, B., 2011. What do we want from religion ? Religiosity and Social Expectations in Central and Eastern Europe. In A. Máté-Tóth & C. Rughinis, eds. *Spaces and Borders. Current Research on Religion in Central and Eastern Europe*. Berlin-Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, pp. 151–167.
- Ančić, B. & Marinović Jerolimov, D., 2011. “Dao Bog zdravlja”: o povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj. *Sociologija i prostor*, 613, pp.71–89. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=106706 [Accessed January 25, 2012].
- Ančić, B. & Zrinščak, S., 2012. Religion in Central European Societies: Its Social Role and People’s Expectations. *Religion and Society in Central and Eastern Europe*, 5(1), pp.21–38.
- Anson, O. et al., 1991. Religious Community, Individual Religiosity, and Health: A Tale of Two Kibbutzim. *Sociology*, 25(1), pp.119–132. Available at: <http://soc.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0038038591025001007> [Accessed January 11, 2012].
- Aračić, P., Črpić, G. & Nikodem, K., 2003. *Postkomunistički horizonti*, Đakovo: Teologija.
- Aračić, P. & Nikodem, K., 2000. Važnost braka i obitelji u hrvatskom društvu. *Bogoslovska smotra*, 70(2), pp.291–311. Available at: <http://hrcak.srce.hr/31164> [Accessed January 24, 2013].
- Aukst-Margetić, B. et al., 2009. Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium antropologicum*, 33(4), pp.1265–71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22544445>.
- Aukst-Margetić, B. & Margetić, B., 2005. Religiosity and health outcomes: review of literature. *Collegium antropologicum*, 29(1), pp.365–71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16117349>.
- Bagiella, E., Hong, V. & Sloan, R.P., 2005. Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), pp.443–451.
- Bahtijarević, Š., 1975. *Religijsko pripadanje u uvjetima sekularizacije društva*, Zagreb: Narodno sveučilište grada zagreba, Centar za aktualni politički studij.
- Balboni, T.A. et al., 2007. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), pp.555–560. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2515558&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Barker, E., 2004. The Church Without and the God Within: Religiosity and/or Spirituality? In D. Marinović Jerolimov, S. Zrinščak, & I. Borowik, eds. *Religion and Patterns of Social Transformation*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, pp. 23–47.
- Beeghley, L., Bock, E.W. & Cochran, J.K., 1990. Religious change and alcohol use: An application of reference group and socialization theory. In *Sociological Forum*. Springer, pp. 261–278. Available at: <http://www.springerlink.com/index/G241G23351W65107.pdf> [Accessed January 25, 2012].

- Bellah, R.N. et al., 1985. *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, University of California Press.
- Berger, P.L., 1969. *The Sacred Canopy*, New York: Doubleday & Company.
- Berger, P.L., 1967. *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*, Garden City, NY: Doubleday.
- Berger, P.L., Davie, G. & Fokas, E., 2008. *Religious america secular europe: a theme and variations* P. L. Berger, G. Davie, & E. Fokas, eds., Burlington: Ashgate Publishing Limited.
- Berkman, L.F., 1985. The Relationship of Social Support to Morbidity and Mortality. In S. Cohen & S. L. Syme, eds. *Social Support and Health*. Orlando, Fla.: Academic Press, pp. 241–262.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), pp.186–204. Available at: <http://aje.oxfordjournals.org/content/109/2/186.short> [Accessed February 6, 2012].
- Berry, J. & West, R., 1993. Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life span. *International Journal of Behavioral ...*, 16(2), pp.351–379. Available at: <http://jbd.sagepub.com/content/16/2/351.short> [Accessed February 1, 2013].
- Bezinović, P., Marinović Bobinac, A. & Marinović Jerolimov, D., 2006. Kratka ljestvica religioznosti: validacija na uzorku adolescenata. *Društvena istraživanja*, 75-76(1-2), pp.135–153. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=24646 [Accessed January 21, 2013].
- Bienenfeld, D. et al., 1997. Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women. Test of an explanatory model. *The American journal of geriatric psychiatry official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 5(1), pp.43–53.
- Bjorck, J.P., Ph, D. & Maslim, A.A., 2011. The Multi- Faith Religious Support Scale : Validation with a Sample of Muslim Women. *Journal of Muslim Mental health*, VI(1), pp.62–80.
- Blasi, A.J. ed., 2011. *Toward a Sociological Theory of Religion and Health* Religion a., Leiden-Boston: Brill.
- Blaxter, M., 1990. *Health and Lifestyles*, London: Routledge.
- Bock, E. & Cochran, J., 1987. Moral Messages: The Relative Influence of Denomination on the Religiosity-Alcohol Relationship. *Sociological Quarterly*, 28(1), pp.89–103. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-8525.1987.tb00284.x/abstract> [Accessed January 25, 2012].
- Borowik, I., 1997. Introduction. Religion in Post-Communist Societies – Confronting the Frozen Past and the Peculiarities of the Transformation. In I. Borowik, ed. *New Religious Phenomena in Central and Eastern Europe*. Krakow: Nomos, pp. 7–25.
- Bower, J.E., A., W. & Sternlieb, B., 2005. Yoga for cancer patients and survivors. *Cancer Control*, 12(3), pp.165–171.
- Braam, A.W. et al., 2001. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychological Medicine*, 31(5), pp.803–814. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Citation&list_uids=11459378.
- Braam, A.W. et al., 1997. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(3), pp.199–205. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9296551>.

- Bradley, D.O.N.E., 2010. Research Note Religious Involvement and Social Resources : Evidence from the Data Set “ Americans ’ Changing Lives ”*. *North*, 34(2), pp.259–267.
- Brewster, K.L. et al., 1998. The Changing Impact of Religion on the Sexual and Contraceptive Behavior of Adolescent Women in the United States. *Journal Of Marriage And The Family*, 60(2), pp.493–504. Available at: <http://www.jstor.org/stable/353864?origin=crossref>.
- Britannica, E., Druze. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/172195/D>.
- Bruce, S., 2002. *God is Dead: Secularization in the West*, Oxford: Blackwell Pub.
- Bunton, R., Nettleton, S. & Burrows, R., 1995. *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle, and risk*, London-New York: Routledge. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=HvkJWhWu0lYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=The+Sociology+of+Health+Promotion&ots=lQQ19bsXZy&sig=TI1TQdHvJO1DbOgwrl3m5PqOPg> [Accessed January 25, 2012].
- Call, V.R.A. & Heaton, T.B., 1997. Religious Influence on Marital Stability. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(3), pp.382–392. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1387856?origin=crossref>.
- Carrette, J.R., 2000. *Foucault and religion: Spiritual corporality and political spirituality*, London-New York: Routledge. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Foucault+and+Religion:+Spiritual+Corporality+and+Political+Spirituality#0> [Accessed January 25, 2012].
- Cerjan-Letica, G. et al., 2003. *Medicinska sociologija* Biblioteka., Zagreb: Medicinska naklada.
- Chaison, A.D., 2006. *Religious Internalization, Church-Based Social Support, and Religious Coping in Adult Christians*.
- Chamberlain, T.J. & Hall, C.A., 2000. *Realized religion: Research on the relationship between religion and health*, Templeton Foundation Pr. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=gGm6ALKW9f4C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Realized+Religion&ots=UP8wTZkSJj&sig=7Rn-csepZszVNF0kBaG0i1S0zds> [Accessed January 25, 2012].
- Chatters, L., 2000. Religion and health: public health research and practice. *Annual review of public health*, 21, pp.335–367. Available at: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.21.1.335> [Accessed February 21, 2012].
- Cifrić, I., 2000. Percepcija nekih odnosa crkve i države i uloga crkve i religije u društvu. *Sociologija sela*, 147/148(172), pp.227–269.
- Clarke, P.B., 2006. *New Religions in Global Perspective. A study of religious change in moder world*, London-New York: Routledge.
- Cockerham, W.C., 2004. *The Blackwell Companion to medical sociology* W. C. Cockerham, ed., Wiley-Blackwell. Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=DveWpkB4rIMC&oi=fnd&pg=PR8&dq=The+Blackwell+Companion+to+Medical+Sociology&ots=qdyp-sX8Zc&sig=hMMqQVU9bXNLPWT__V0DdlQVWVA [Accessed January 25, 2012].
- Cockerham, W.C., 2009. *The new Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Pub. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=VJxw1loC-MkC&oi=fnd&pg=PR8&dq=The+New+Blackwell+Companion+to+Medical+Sociology&ots=2zbudyilYj&sig=niXU4FC0vRDD3aBZQrkHWkyzL0M> [Accessed January 25, 2012].

- Cohen, A.B., 2002. The importance of spirituality in well-being for jews and christians. *Journal of Happiness Studies*, (February), pp.287–310.
- Cohen, A.B. & Koenig, H.G., 2003. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing international*, 28(3), pp.215–241. Available at: <http://www.springerlink.com/index/n803533721318653.pdf> [Accessed February 21, 2012].
- Comstock, G.W. & Partridge, K.B., 1972. Church attendance and health. *Journal of chronic diseases*, 25(12), p.665. Available at: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/4648512> [Accessed February 7, 2012].
- Consultation, W., 2000. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*, Available at: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf [Accessed August 2, 2013].
- Coping, R., Status, H. & Hospitalize, M.I., 1998. Ovid: Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. , 186(September), pp.513–521.
- Cornman, J.C. et al., 2001. Perceptions of Elderly Taiwanese about Their Social Support.
- Cornwall, M., 1989. The Determinants of Religious Behavior: A Theoretical Model and Empirical Test. *Social Forces*, 68, pp.572–592.
- La Cour, P., Avlund, K. & Schultz-Larsen, K., 2006. Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social science medicine*, 62(1), pp.157–164. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16002195>.
- Cutler, D.M. & Lleras Muney, A., 2006. Education and health: evaluating theories and evidence. , pp.1–37. Available at: <http://www.nber.org/papers/w12352> [Accessed August 7, 2013].
- Cutler, D.M. & Lleras Muney, A., 2007. *Policy brief. Education and health*, Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23883897>.
- Cvjetičanin, V. & Supek, R., 2003. *Emil Durkheim i francuska sociološka škola Sociološka.*, Zagreb: Naklada Ljevak.
- Črpić, G. & Zrinščak, S., 2010. Dinamičnost u stabilnosti: religioznost u Hrvatskoj 1999. i 2008. godine. *Društvena istraživanja*, 19(1-2), pp.3–27. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=79776 [Accessed January 18, 2013].
- Črpić, G. & Zrinščak, S., 2005. Između identiteta i svakodnevnog života. Religioznost u hrvatskom društvu iz europske komparativne perspektive. In *U potrazi za identitetom. Komparativna studija vrednota: Hrvatska i Europa*. Zagreb: Golden Marketing – Tehnička knjiga, pp. 45–83.
- Ćimić, E., 1988. *Ateizam kao povijesni humanizam*, Zagreb: Školske novine.
- Davie, G., 2005. *Religija u suvremenoj Europi: Mutacija sjećanja*, Zagreb: Golden marketing- Tehnička knjiga.
- Davie, G., 2007. *Sociology of Religion*, London: SAGE Publications.
- Denscombe, M., 2007. *The Good Research Guide for small-scale social research projects*, New York: The McGraw-Hill.
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social science & medicine*, 58(12), p.v. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603004726> [Accessed August 7, 2013].

- Dillon, M., 2003. *Handbook of the Sociology of Religion* M. Dillon, ed., Cambridge: Cambridge University Press.
- Dobbelaere, K., 1985. Secularization theories and sociological paradigms: a reformulation of the private-public dichotomy and the problem of societal integration. *Sociological Analysis*, 46(4), pp.377–387. Available at: <http://socrel.oxfordjournals.org/content/46/4/377.short> [Accessed December 17, 2012].
- Dobbelaere, K., 1999. Towards an integrated perspective of the processes related to the descriptive concept of secularization. *Sociology of Religion*, 60(3), pp.229–247. Available at: <http://socrel.oxfordjournals.org/content/60/3/229.short> [Accessed December 17, 2012].
- Dreyfuss, F., 1953. The incidence of myocardial infarctions in various communities in Israel. *American Heart Journal*, 45(5), pp.749–755.
- Drozd-Dabrowska, M., 2005. Quality of life and family factors in patients with advanced stages of cancer. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 51(2), pp.15–22.
- Dugandžija, N., 1990. *Božja djeca: religioznost u malim vjerskim zajednicama*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Ellison, C. & Gay, D., 1989. Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*, 68(1). Available at: <http://sf.oxfordjournals.org/content/68/1/100.short> [Accessed February 21, 2012].
- Ellison, C.G., 1995. Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social science medicine*, 40(11), pp.1561–1572. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7667660>.
- Ellison, C.G., 1998. Religion, health and well-being among African Americans. *African American research perspectives*, 4(1), pp.1–8. Available at: [http://cretscmhd.psych.ucla.edu/healthfair/PDF articles for fact sheet linking/Religion_Health_Wellbeing_AAs.pdf](http://cretscmhd.psych.ucla.edu/healthfair/PDF%20articles%20for%20fact%20sheet%20linking/Religion_Health_Wellbeing_AAs.pdf) [Accessed February 21, 2012].
- Ellison, C.G., 1993. Religious Involvement and Self-Perception among Black Americans. *Social Forces*, 71(4), pp.1027–1055.
- Ellison, C.G., 1991. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), pp.80–99. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2007763.
- Ellison, C.G. & George, L.K., 2010. Religious Involvement , Social Ties , and Social Support in a Southeastern Community *. , 33(1), pp.46–61.
- Ellison, C.G. & Hummer, R.A., 2010. *Religion, Families, and Health. Population-Based Research in th United States*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers Univesrity Press.
- Ellison, C.G. & Levin, J.S., 1998. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), pp.700–720. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9813743> [Accessed February 6, 2012].
- Engle, G.L., 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp.129–135.
- Enstrom, J.E., 1989. Health practices and cancer mortality among active California Mormons. *Journal Of The National Cancer Institute*, 81(23), pp.1807–1814.
- Enstrom, J.E. & others, 1980. Cancer mortality among Mormons in California during 1968–75. *Journal of the National Cancer Institute*, 65(5), p.1073. Available at: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/6933239> [Accessed February 7, 2012].

- Epstein, F.H. & Boas, E.P., 1955. The prevalence of manifest atherosclerosis among randomly chosen Italian and Jewish garment workers; a preliminary report. *Journal of Gerontology*, 10(3), pp.331–337.
- Fehring, R.J., Brennan, P.F. & Keller, M.L., 1987. Psychological and spiritual well-being in college students. *Research in nursing health*, 10(6), pp.391–398. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3423311.
- Ferraro, K.F., 1998. Firm believers? Religion, body weight, and well-being. *Review of Religious Research*, 39(3), pp.224–244. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/3512590> [Accessed February 21, 2012].
- Fetzer, J., Group, N.I.A.W. & others, 1999. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use on Health Research. *Kalamazoo, USA: John E. Fetzer Institute*. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Multidimensional+Measurement+of+Religiousness/Spirituality+for+Use+in+Health+Research#0> [Accessed January 25, 2012].
- Fiala, W.E., Bjorck, J.P. & Gorsuch, R., 2002. The Religious Support Scale: construction, validation, and cross-validation. *American journal of community psychology*, 30(6), pp.761–86. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12385482>.
- Francis, L.J., 1997. The Psychology of Gender Differences in Religion: A Review of Empirical Research. *Religion*, 27(1), pp.81–96. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1006/reli.1996.0066>.
- Francis, L.J. & Wilcox, C., 1998. Religiosity and femininity: Do women really hold a more positive attitude toward Christianity? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(3), pp.462–469.
- Fraser, G.E. et al., 1992. Effects of traditional coronary risk factors on rates of incident coronary events in a low-risk population. The Adventist Health Study. *Circulation*, 86(2), pp.406–413.
- Frey, B.B., 2005. Measuring a Dimension of Spirituality for Health Research: Validity of the Spirituality Index of Well-Being. *Research on Aging*, 27(5), pp.556–577. Available at: <http://roa.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0164027505277847> [Accessed September 27, 2011].
- Friedman, E.H. & Hellerstein, H.K., 1967. Occupational stress, law school hierarchy, and coronary artery disease in Cleveland attorneys. *Psychosomatic Medicine*, 30(1), pp.72–86. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5640287>.
- Fry, P.S., 2000. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4(4), pp.375–387. Available at: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/713649965&magic=crossref||D404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3> [Accessed September 7, 2011].
- Fuchs, V.R., 1998. *Who shall live?: Health, economics, and social choice*, World Scientific Pub Co Inc. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=hDoIIcu7wKgC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Who+Shall+Live?+Health+Economics+and+Social+Choice&ots=Vbt0oNjRO6&sig=gUPM-bkfd70mjMheFxdvmbug0> [Accessed January 26, 2012].
- Fukuyama, Y., 1961. The major dimensions of church membership. *Review of Religious Research*, 2, pp.154–161.
- Furseth, I. & Repstad, P., 2006. *An Introduction to the Sociology of Religion: Classical and Contemporary Perspectives*, Burlington: Ashgate Publishing Limited.

- Galloway, S. et al., 2006. *Well-Being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport-A Literature Review and Thinkpiece*, Scottish Government. Available at: <http://eprints.gla.ac.uk/8396/> [Accessed February 21, 2012].
- Galton, F., 1872. Statistical inquiries into the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, 12, pp.125–135. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Statistical+inquiries+into+the+efficiacy+of+prayer#0> [Accessed March 7, 2012].
- Gartner, J., Larson, D.B. & Allen, G.D., 1991. Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology Theology*, 19(1), pp.6–25.
- George, L.K. et al., 2000. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), pp.102–116. Available at: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2000.19.1.102> [Accessed February 14, 2012].
- George, L.K., Ellison, C.G. & Larson, D.B., 2010. Between Religious Involvement and Health Explaining the Relationships. *Psychology*, 13(3), pp.190–200.
- Gillum, R.F. & Dupree, N., 2006. Religiousness, Health, and Health Behavior in Public-Use Data of the National Center for Health Statistics. *Journal of Religion and Health*, 46(1), pp.155–165. Available at: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s10943-006-9083-0> [Accessed January 25, 2012].
- Gochman, D.S., 1997. Handbook of health behaviour research: Personal and social determinants. *NYPlenum*, 1, pp.xxviii, 540.
- Goldbourt, U., Yaari, S. & Medalie, J.H., 1993. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82, pp.100–121.
- Gopinath, N. et al., 1995. An epidemiological study of coronary heart disease in different ethnic groups in Delhi urban population. *The Journal Of The Association Of Physicians Of India*, 43(1), pp.30–33. Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed3&AN=9282636>.
- Greeley, A. & Hout, M., 1999. Americans' Increasing Belief in Life After Death. *American Sociological Review*, 64, pp.813–835.
- Gupta, R. et al., 1997. Prevalence and determinants of coronary heart disease in a rural population of India. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), pp.203–209. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T84-3RJ91GW-C/2/68ea0fce1a7f99779b264b166e2e3526>.
- Hall, D., Meador, K. & Koenig, H., 2008. Measuring religiousness in health research: Review and critique. *Journal of Religion and Health*, 47(2), pp.134–163. Available at: <http://www.springerlink.com/index/P34PL60542R1P6R1.pdf> [Accessed October 1, 2012].
- Halstead, M.T. & Fernsler, J.I., 1994. Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), pp.94–100. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8020003>.
- Hamilton, M., 1995. *The Sociology of Religion: Theoretical and comparative perspectives*, London: Rutgers Univesrity Press.
- Hamman, R.F., Barancik, J.I. & Lilienfeld, A.M., 1981. Patterns of mortality in the the Old Order Amish. I. Background and major causes of death. *American Journal of Epidemiology*, 114(6), pp.845–861.
- Heelas, P. & Woodhead, L., 2005. *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*, Oxford: Blackwell Pub.

- Herman, B. & Enterline, P.E., 1970. Lung Cancer among the Jews and Non-Jews of Pittsburgh, Pennsylvania, 1953–1967: Mortality Rates and Cigarette Smoking Behavior. *American Journal of Epidemiology*, 91, pp.355–67.
- Hornsby-Smith, M.P., 1997. The Catholic Church in Central and Eastern Europe: the view from the Western Europe. In I. Borowik & G. Babinski, eds. *New Religious Phenomena in Central and Eastern Europe*. Krakow: Nomos, pp. 133–151.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D., 1988. Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), pp.540–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3399889>.
- Hummer, R. et al., 2004. Religious involvement and adult mortality in the United States: review and perspective. *Southern medical journal*, 97(12), pp.1223–30. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646761>.
- Hummer, R. et al., 1999. Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, 36(2), pp.273–285. Available at: <http://www.springerlink.com/index/XL238451P8R86267.pdf> [Accessed March 26, 2012].
- Hussain, D., 2011. Spirituality, religion, and health: Reflections and issues. *Journal of Psychology*, 7(1), pp.187–197. Available at: <http://ejop.psychopen.eu/index.php/a/article/view/111> [Accessed January 26, 2012].
- Iannaccone, L., 1990. Religious practice: A human capital approach. *Journal for the scientific study of religion*, 29(3), pp.297–314. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1386460> [Accessed November 5, 2012].
- Iannaccone, L.R., 1994. Why Strict Churches Are Strong. *American Journal of Sociology*, 99(5), pp.1180–1211. Available at: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/230409>.
- Idler, E., 2011. Religion and Adult Mortality: Group- and Individual-Level Perspectives. In R. G. Rogers & E. M. Crimmins, eds. *International handbook of adult mortality population*. Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 345–379. Available at: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-90-481-9996-9> [Accessed February 29, 2012].
- Idler, E.L., 2009. Health and Religion. In W. C. Cockerham, ed. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, pp. 135–158.
- Idler, E.L. et al., 2009. Looking Inside the Black Box of “Attendance at Services”: New Measures for Exploring an Old Dimension in Religion and Health Research. *The International journal for the psychology of religion*, 19(1), pp.1–20. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2639769&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed March 7, 2012].
- Idler, E.L., 1987. Religious Involvement and the Health of the Elderly: Some Hypotheses and an Initial Test. *Social Forces*, 66(1), p.226. Available at: <http://ezproxy.lib.ucf.edu/login?URL=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mth&AN=5288799&site=ehost-live>.
- Idler, E.L., 2004. Religious Observance and Health: Theory and Research. In K. W. Schaie, N. Krause, & A. Booth, eds. *Religious Influences on Health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, p. 308.
- Idler, E.L. & Angel, R.J., 1990. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Public Health*, 80(4), p.446. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1404567&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed March 7, 2012].

- Idler, E.L., Hogue, C. & Scheib, K., 2010. Under the Umbrella of Religion and Health: What Makes Religion and Public Health Research Different from Religion and Medicine Research? *thearda.com*, p.22. Available at: <http://www.thearda.com/rh/papers/guidingpapers/idler.pdf> [Accessed January 25, 2012].
- Idler, E.L. & Kasl, S. V, 1992. Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97(4), pp.1052–1079. Available at: <http://www.jstor.org/stable/2781506>.
- Inglehart, R.F., 2010. Faith and Freedom : Traditional and Modern Ways to Happiness. *International differences in wellbeing*, (March), pp.734–764. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Faith+and+Freedom+:+Traditional+and+Modern+Ways+to+Happiness#0>.
- Ironson, G. et al., 2002. The Ironson-woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), pp.34–48. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12008793>.
- Jarvis, G.K., 1977. Mormon Mortality Rates in Canada. *Social Biology*, 24, pp.294–302.
- Jarvis, G.K. & Northcott, H.C., 1987. Religion and differences in morbidity and mortality. *Social science & medicine (1982)*, 25(7), pp.813–24. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3686110>.
- Johnson, C., 1997. Formal Education vs. Religious Belief. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, pp.231–246.
- Jones, J., 2004. Religion, health, and the psychology of religion: How the research on religion and health helps us understand religion. *Journal of Religion and Health*, 43(4), pp.317–329. Available at: <http://www.springerlink.com/index/H84234V1KR0R6155.pdf> [Accessed October 24, 2012].
- Kamei T, Toriumi Y, Kimura H, Ohno S, Kumano H, K.K., 2000. DECREASE IN SERUM CORTISOL DURING YOGA EXERCISE IS CORRELATED WITH ALPHA WAVE ACTIVATION. *Perceptual and motor skills*, 90(3), pp.1027–32.
- Kasl, S. & Cobb, S., 1996. Health behaviour, illness behaviour, and sick-role behaviour. *Arch Env Health*, 12(2), pp.246–66.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Glass, R., 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), pp.1187–1193. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1508687&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Kennedy, G.J. et al., 1996. The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1,855 older adults. *The journals of gerontology Series B Psychological sciences and social sciences*, 51(6), pp.P301–P308.
- Kershaw, T. et al., 2004. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology Health*, 19(2), pp.139–155. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440310001652687>.
- Kessler, I.I. et al., 1974. Cervical cancer in Yugoslavia. II. Epidemiologic factors of possible etiologic significance. *Journal Of The National Cancer Institute*, 53(1), pp.51–60.
- Kim, S., 2002. *The effects of socioeconomic status, social support, and acculturation on the mental and physical health among Korean American older adults in Chicago metropolitan*. Available at: <http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-1029102-194713/> [Accessed February 5, 2013].

- Kimmel, M.S., 2008. *The Gendered Society*, Oxford University Press. Available at: <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip0711/2007007674.html>.
- King, D.G., 1990. Religion and health relationships: A review. *Journal of Religion and Health*, 29(2), pp.101–112. Available at: <http://www.springerlink.com/index/M22G6N43435J5V51.pdf> [Accessed February 7, 2012].
- Kirch, W., 2008. *Encyclopedia of public health*, Springer. Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=eSPK7-CHw7oC&oi=fnd&pg=PR10&dq=Encyclopedia+of+Public+Health&ots=kz95cKFqMg&sig=JQRXl_qKHwffA2K4N82f7PpMkbs [Accessed January 26, 2012].
- Koenig, H.G. et al., 1999. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *The journals of gerontology Series A Biological sciences and medical sciences*, 54(7), pp.M370–M376. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10898257>.
- Koenig, H.G., 1998. *Handbook of religion and mental health*, London: Academic Press. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=504GYYj1O3kC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Handbook+of+Religion+and+Mental+Health&ots=ZU4wQz7nhl&sig=csBjWhCDOzFH Bf19EOUd9FalKVo> [Accessed January 25, 2012].
- Koenig, H.G. et al., 1994. Religious affiliation and psychiatric disorder among Protestant baby boomers. *Hospital community psychiatry*, 45(6), pp.586–596. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8088740.
- Koenig, H.G. et al., 1998. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(2), pp.189–213. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9724889>.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B., 2001. *Handbook of religion and health*, Oxford: Oxford University Press. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/shi.146>.
- Koenig, H.G., Moberg, D.O. & Kvale, J.N., 1988. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(4), pp.362–374.
- Koenig, H.G., Smiley, M. & Gonzales, J.A.P., 1988. *Religion, Health, and Aging: A Review and Theoretical Integration*, New York: Greenwood Press.
- Krause, N. et al., 2001. Church-Based Social Support and Religious Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(4), pp.637–656. Available at: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/0021-8294.00082>.
- Krause, N., 2003. Exploring race differences in the relationship between social interaction with the clergy and feelings of self-worth in late life. *Sociology of Religion*, 64, pp.183–205. Available at: <http://socrel.oxfordjournals.org/content/64/2/183.short> [Accessed November 5, 2012].
- Krause, N., 2006. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61(1), pp.S35–43. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16399948>.
- Krause, N., 1998. Neighborhood deterioration, religious coping, and changes in health during late life. *The Gerontologist*, 38(6), pp.653–64. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9868846>.
- Krause, N., 2010. Praying for Others , Financial Strain , and Physical Health Status in Late Life. *Health (San Francisco)*, 42(3), pp.377–391.

- Krause, N., 2011. Religion and health: making sense of a disheveled literature. *Journal of religion and health*, 50(1), pp.20–35. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614186> [Accessed September 30, 2011].
- Krause, N., 2008. The Social Foundation of Religious Meaning in Life. *Research on Aging*, 30(4), pp.395–427. Available at: <http://roa.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0164027508316619> [Accessed October 26, 2012].
- Krause, N. & Cairney, J., 2009. Close companion friends in church and health in late life. *Review of religious research*, 51(2), pp.181–200. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886990/> [Accessed November 12, 2012].
- Krause, N., Ellison, C.G. & Marcum, J.P., 2002. The effects of church-based emotional support on health: do they vary by gender? *Sociology of Religion*, 63(1), p.21. Available at: <http://socrel.oxfordjournals.org/content/63/1/21.short> [Accessed January 25, 2012].
- Krause, N., Ellison, C.G. & Wulff, K.M., 1998. Church-based emotional support, negative interaction, and psychological well-being: Findings from a national sample of Presbyterians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, pp.725–741. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1388153> [Accessed January 25, 2012].
- Krause, N., Shaw, B. & Liang, J., 2011. Social relationships in religious institutions and healthy lifestyles. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 38(1), pp.25–38. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3043376&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed February 7, 2012].
- Kravetz, S., 2005. How Are Religious Belief and Behavior Good for You? An Investigation of Mediators Relating Religion to Mental Health in a Sample of Israeli. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44, pp.459–471.
- Kritsotakis, G. & Gamarnikow, E., 2004. What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), pp.43–50.
- Labus, M., 2005. Vrijednosne orijentacije i religioznost. *Sociologija sela*, 43(2), pp.383–408. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=52747 [Accessed January 23, 2013].
- Lapane, K. et al., 1997. Religion and cardiovascular disease risk. *Journal of Religion and Health*, 36(2). Available at: <http://www.springerlink.com/index/g187251n711g4415.pdf> [Accessed May 23, 2012].
- Lavric, M. & Flere, S., 2008. The role of culture in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 47(2), pp.164–75. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19105009> [Accessed December 20, 2011].
- Lee, B.Y. & Newberg, A.B., 2005. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon®*, 40(2), pp.443–468. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9744.2005.00674.x/abstract> [Accessed January 25, 2012].
- Lee, Y., 2000. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of epidemiology and community health*, 54(2), pp.123–9. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1731623&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Levav, I. et al., 1997. Vulnerability of Jews to affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), pp.941–947.

- Levin, J., 2009. "And let us make us a name": reflections on the future of the religion and health field. *Journal of religion and health*, 48(2), pp.125–45. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19291406> [Accessed January 11, 2012].
- Levin, J., 2001. *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*, John Wiley & Sons.
- Levin, J., 1996. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social science & medicine*, 43(5), pp.849–864. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953696001505> [Accessed December 4, 2012].
- Levin, J., Chatters, L.M. & Taylor, R.J., 2011. Theory in religion, aging, and health: an overview. *Journal of religion and health*, 50(2), pp.389–406. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3119551&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Levin, J.S. & Chatters, L.M., 1998. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In H. G. Koenig, ed. *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Elsevier Science, pp. 33–50.
- Levin, J.S., Chatters, L.M. & Taylor, R.J., 1995. Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 50(3), pp.S154–63. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7767699>.
- Levin, J.S. & Schiller, P.L., 1987. Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26(1), pp.9–36. Available at: <http://www.springerlink.com/index/U4652666GQ46G626.pdf> [Accessed January 25, 2012].
- Levin, J.S. & Vanderpool, H.Y., 1987. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social science & medicine (1982)*, 24(7), pp.589–600. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3589753>.
- Levin, J.S. & Vanderpool, H.Y., 1989. Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social science & medicine (1982)*, 29(1), pp.69–78. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2662423>.
- Lewis, C.A. & Cruise, S.M., 2006. Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), pp.213–225. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13694670600615276> [Accessed September 1, 2011].
- Lim, C. & Putnam, R.D., 2010. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), pp.914–933. Available at: <http://asr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0003122410386686> [Accessed July 20, 2011].
- Lindenthal, J.J. et al., 1970. Mental status and religious behavior. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 9, pp.143–149.
- Luckmann, T., 1967. *The Invisible Religion: The Problem of Religion in Modern Society*, New York: Macmillan.
- Luhmann, N., 1982. *The Differentiation of Society*, New York: Columbia University Press.
- Lutgendorf, S.K. et al., 2004. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health psychology official journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association*, 23(5), pp.465–475. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15367066>.
- Lyon, J.L. et al., 1978. Cardiovascular mortality in Mormons and non-Mormons in Utah, 1969--1971. *American Journal of Epidemiology*, 108(5), pp.357–366.

- Macaskill, A., 2007. Exploring religious involvement, forgiveness, trust, and cynicism. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(3), pp.203–218. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13694670600616092> [Accessed June 13, 2013].
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H., 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science & medicine*, 42(4), pp.617–624. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953695003355> [Accessed August 7, 2013].
- Mackenbach, J.P. et al., 2002. Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International journal of epidemiology*, 31(6), pp.1162–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12540717>.
- Mahoney, A. et al., 2001. Religion in the home in the 1980s and 1990s: a meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of family psychology JFP journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association Division 43*, 15(4), pp.559–596. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11770466>.
- Marinović Bobinac, A., 1991. *Analiza sadržaja vjerskog tiska malih vjerskih zajednica u Zagrebu*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Marinović Bobinac, A., 2000a. Dimenzija religijskog znanja. *Sociologija sela*, 38(1/2), pp.81–94.
- Marinović Bobinac, A., 2005. Dimenzije religioznog iskustva u Hrvatskoj: „šapat anđela“ iz sociologijske perspektive. *Sociologija sela*, 168(2), pp.339–371.
- Marinović Bobinac, A., 1999a. *Necrkvena religioznost u Hrvatskoj: primjer pentekostalnih zajednica*. Sveučilište u Zagrebu.
- Marinović Bobinac, A., 2000b. Pentekostni pokret: religijski, povijesni i sociokulturni kontekst nastajanja. *Zaprešićki godišnjak '99*, 9, pp.441–454.
- Marinović Bobinac, A., 1999b. Urbanost pentekostalnih zajednica: socio-demografska obilježja zagrebačkih pentekostalaca. *Sociologija sela*, 37(4), pp.407–425.
- Marinović Bobinac, A. & Marinović Jerolimov, D., 2008. *Vjerske zajednice u Hrvatskoj*, Zagreb: Udruga za vjersku slobodu; Prometej.
- Marinović Jerolimov, D., 2005a. Društvene i religijske promjene u Hrvatskoj: teorijsko-hipotetski okvir istraživanja. *Sociologija i prostor*, 43(2), pp.289–302. Available at: <http://hrcak.srce.hr/file/52668> [Accessed January 3, 2013].
- Marinović Jerolimov, D., 2000a. *Komparativna analiza društvenih obilježja religioznosti i nereligioznosti*. Sveučilište u Zagrebu. Available at: <http://bib.irb.hr/prikazi-rad?lang=en&rad=47797> [Accessed January 3, 2013].
- Marinović Jerolimov, D., 1991. *Prikaz malih vjerskih zajednica u Zagrebu*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Marinović Jerolimov, D., 1999. Religijske promjene u Hrvatskoj od 1989. do 1996. godine. In I. Grubišić & S. Zrinščak, eds. *Religije i integracija*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, pp. 187–203.
- Marinović Jerolimov, D., 2000b. Religijske promjene u tranzicijskim uvjetima u Hrvatskoj: promjene u dimenzijama religijske identifikacije i prakse. *Sociologija sela*, 147/148(1/2), pp.43–80.
- Marinović Jerolimov, D., 2005b. Tradicionalna religioznost u Hrvatskoj 2004.: između kolektivnoga i individualnoga. *Sociologija i prostor*, 43(2), pp.303–338. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=52670 [Accessed January 3, 2013].

- Marinović Jerolimov, D., 2006. Traditional Church Beliefs and Alternative Beliefs in Croatia. In I. Borowik, ed. *Religions, Churches and Religiosity in Post-Communist Europe*. Krakow: Nomos, pp. 253–265.
- Marinović Jerolimov, D., 1995. Višedimenzionalni pristup u istraživanju religioznosti: smjernice za istraživanja u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 20(6), pp.837–851. Available at: <http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=352832> [Accessed January 21, 2013].
- Marks, L., 2005. Religion and bio-psycho-social health: A review and conceptual model. *Journal of Religion and Health*, 44(2), pp.173–186. Available at: <http://www.springerlink.com/index/M3J7872630U50081.pdf> [Accessed January 26, 2012].
- Marshall, E., 1890. Cancer Mortality among the Jews. *Science*, 16(410), p.331.
- Maselko, J. & Kubzansky, L.D., 2006. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: results from the US General Social Survey. *Social science & medicine (1982)*, 62(11), pp.2848–60. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16359765> [Accessed January 11, 2012].
- McCullough, M.E. et al., 2000. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), pp.211–222. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0278-6133.19.3.211> [Accessed October 27, 2011].
- McCullough, M.E. & Smith, T.B., 2003. Religion and Health: Depressive Symptoms and Mortality as Case Studies. In M. Dillon, ed. *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 190–206.
- McGuire, M., 1993. Emerging themes in US sociology of religion. *Archives de sciences sociales des religions*, 83(83), pp.127–139. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/30129728> [Accessed February 21, 2012].
- McGuire, M., 1990. Religion and the body: Rematerializing the human body in the social sciences of religion. *Journal for the scientific study of religion*, 29(3), pp.283–296. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1386459> [Accessed October 19, 2012].
- McGuire, M.B., 1993. Health and spirituality as contemporary concerns. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 527, pp.144–154. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1048682> [Accessed February 21, 2012].
- McMillan, D.W. & Chavis, D.M., 1986. Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), pp.6–23. Available at: [http://doi.wiley.com/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I](http://doi.wiley.com/10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I).
- Meador, K.G. et al., 1992. Religious affiliation and major depression. *Hospital community psychiatry*, 43(12), pp.1204–1208. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1459541.
- Mellor, P.A., 2007. Embodiment, Emotion and Religious Experience: Religion, Culture and the Charismatic Body. In J. A. Beckford & N. J. I. Demerath, eds. *The Sage Handbook of the Sociology of Religion*. London: SAGE Publications, pp. 587–607.
- Mihaljević, S. et al., 2012. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*, 24(3), pp.292–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23013635>.
- Mihaljević, S. et al., 2011. Spiritual well-being, cortisol, and suicidality in Croatian war veterans suffering from PTSD. *Journal of religion & health*, 50(2), pp.464–473.

- Milanović, S.M. et al., 2012. Social conditioning of health behaviors among adults in Croatia: the CroHort study. *Collegium antropologicum*, 36 Suppl 1, pp.117–23. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22338759>.
- Milas, G. & Rihtar, S., 1998. Struktura društvenih stavova u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 38(6), pp.885–905. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32064 [Accessed January 24, 2013].
- Miller, A.S. & Hoffmann, J.P., 1995. Risk and Religion : An Explanation Gender Differences in Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(1), pp.63–75. Available at: <http://www.jstor.org/stable/info/1386523>.
- Miller, L. et al., 1997. Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), pp.1416–1425. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334555>.
- Miller, W.R. & Thoresen, C.E., 2003. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), pp.24–35. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.58.1.24> [Accessed July 29, 2011].
- Mills, P.J., 2002. Spirituality, religiousness, and health: from research to clinical practice. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), pp.1–2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12061322>.
- Mora, P. a et al., 2008. Psychological factors influencing self-assessments of health: toward an understanding of the mechanisms underlying how people rate their own health. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 36(3), pp.292–303. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18937021> [Accessed March 7, 2012].
- Mueller, P.S., Plevak, D.J. & Rummans, T. a, 2001. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic*, 76(12), pp.1225–35. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11761504>.
- Musick, M., House, J.S. & Williams, D.R., 2004. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of health and social behavior*, 45(2), pp.198–213. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15305760>.
- Musick, M.A., George, L.K. & Powell, L.H., 2003. Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging*, 25(4).
- Nad, S. et al., 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), pp.79–83.
- Nieminen, T. et al., 2010. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International journal of public health*, 55(6), pp.531–542. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20361226>.
- Nikić, M., 2011. *Bolest i zdravlje u religijama* M. Nikić, ed., Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove u Zagrebu.
- Nikodem, K., 2011. Religija i crkva. Pitanja institucionalne religioznosti u suvremenom hrvatskom društvu. *Socijalna ekologija: Časopis za ekološku misao i sociološka istraživanja*, 20(1), pp.5–30. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=100702 [Accessed January 21, 2013].
- Nooney, J. & Woodrum, E., 2002. Religious Coping and Church-Based Social Support as Predictors of Mental Health Outcomes: Testing a Conceptual Model. *Journal for the Scientific Study of*, 41(2), pp.359–368.

Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-5906.00122/abstract> [Accessed February 23, 2012].

- Nurullah, A.S., 2012. Received and Provided Social Support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), pp.173–188.
- O’Connell, K.A. a. & Skevington, S.M.M., 2007. To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic illness*, 3(1), pp.77–87. Available at: <http://chi.sagepub.com/content/3/1/77.short> [Accessed August 25, 2011].
- Oman, D. et al., 2002. Religious attendance and cause of death over 31 years. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), pp.69–89.
- Oman, D. & Reed, D., 1998. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88(10), pp.1469–1475. Available at: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.88.10.1469> [Accessed March 26, 2012].
- Oman, D. & Thoresen, C.E., 2002. “Does religion cause health?”: differing interpretations and diverse meanings. *Journal of health psychology*, 7(4), pp.365–80. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112748>.
- Oxman, T.E., Freeman, D.H. & Manheimer, E.D., 1995. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57(1), pp.5–15. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7732159.
- Ozorak, E.W., 1996. The Power, but Not the Glory: How Women Empower Themselves Through Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 35(1), pp.17–29. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1386392?origin=crossref>.
- Pargament, K.I. et al., 2012. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. , 37(4), pp.710–724.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. & Perez, L., 2000. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical ...*, 56(4), pp.519–543. Available at: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1/abstract) [Accessed November 13, 2012].
- Peitl, M.V., Peitl, V. & Pavlovic, E., 2009. Influence of religion on sexual self-perception and sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(2), pp.155–167.
- Phillips, R.L. et al., 1978. Coronary heart disease mortality among Seventh-Day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 31(10 Suppl), pp.S191–S198.
- Phillips, R.L. et al., 1980. Influence of selection versus lifestyle on risk of fatal cancer and cardiovascular disease among Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 112(2), pp.296–314.
- Pickel, G., 2009. Secularization as an European Fate? Results from the Church and Religion in an Enlarged Europe Project 2006. In *Church and Religion in Contemporary Europe. Results from Empirical and Comparative Research*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 89–122.
- Pierret, J., 1995. Constructing discourses about health and their social determinants. In A. Radley, ed. *Worlds of illness biographical and cultural perspectives on health and disease*. pp. 9–26. Available at: <http://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=5A1gWoDkMDoC&pgis=1>.

- Plačko, L., 1991. *Religioznost u malim vjerskim zajednicama Zagreba*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Pollack, D. & Müller, O., 2006. Religiousness in Central and Eastern Europe: In I. Borowik, ed. *Religions, Churches and Religiosity in Post-Communist Europe*. Krakow: Nomos, pp. 22–36.
- Poloma, M.M. & Pendleton, B.F., 1989. Exploring types of prayer and quality of life: A research note. *Review of Religious Research*, 31(1), pp.46–53. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/3511023> [Accessed February 21, 2012].
- Portes, A., 1998. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology E. L. Lesser, ed. *Annual Review of Sociology*, 24(1), pp.1–24. Available at: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.24.1.1>.
- Putnam, R.D., 2000. *Bowling Alone*, Simon & Schuster. Available at: http://muse.jhu.edu.ezproxy1.lib.asu.edu/journals/journal_of_democracy/v006/6.1putnam.html.
- Puzek, I., Stulhofer, A. & Božičević, I., 2012. Is Religiosity a Barrier to Sexual and Reproductive Health? Results from a Population-Based Study of Young Croatian Adults. *Archives of sexual behavior*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441770> [Accessed August 19, 2012].
- Quah, S., 2009. Health and Culture. In W. C. Cockerham, ed. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, pp. 27–46.
- Querzoli, P. et al., 2001. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 66(2), pp.135–142. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17009107>.
- Radley, A., 2003. *Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*, New York: Routledge.
- Rimac, I., 1998. Strukturiranost ideoloških opredjeljenja građana. *Bogoslovska smotra*, 68(4), pp.655–662. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=50144 [Accessed January 22, 2013].
- Roof, W.C., 1999. *Spiritual Marketplace: Baby Boomers and the Remaking of American Religion*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, C.E., 1990. Religion and Psychological Distress. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(2), pp.236–245. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1387431>.
- Schaie, K., Krause, N. & Booth, A., 2004. *Religious influences on health and well-being in the elderly*, Springer Publishing Company. Available at: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=EPGPn0UAB4gC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Religious+Influence+on+Health+and+Well-Being+in+the+Elderly&ots=-NKozmhBnq&sig=gPk29Cf0DtBYVQORih7Iu-OgFcI> [Accessed January 25, 2012].
- Schoenfeld, E., 1978. Image of man: effect of religion on trust. *Review of Religious Research*, 20(1), pp.61–67.
- Sekulić, D., 2011. Vrijednosno-ideološke orijentacije kao predznak i posljedica društvenih promjena. *Politička misao* □ *ka misao*, 48(3), pp.35–64. Available at: <http://www.ceeol.com/aspx/getdocument.aspx?logid=5&id=87716ab2b83c47378a696a46027d869e> [Accessed January 22, 2013].
- Sekulić, D. & Šporer, Ž., 2006. Religioznost kao prediktor vrijednosnih orijentacija. *Revija za sociologiju*, 37(1-2), pp.1–19. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=20339 [Accessed January 22, 2013].

- Shapiro, E., 2011. Religious Involvement and Latino Immigrant Health. In A. J. Blasi, ed. *Toward a Sociological Theory of Religion and Health*. Lieden-Boston: Brill, pp. 175–206.
- Shapiro, S., Weinblatt, E. & Frank, C.W., 1969. Incidence of coronary heart disease in a population insured for medical care (HIP). *American Journal of Public Health*, 59(suppl 2, p.1.
- Sherkat, D., 2003. Religious Socialization. Sources of Influence and Influences of Agency. In M. Dillon, ed. *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 151–163.
- Sherkat, D. & Ellison, C.G., 1999. Recent Developments and Current Controversies in the Sociology of Religion. *Annual Review of Sociology*, 25, pp.363–394.
- Shunquan, W. et al., 2013. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13, p.320.
- Skledar, N., 2003. *O igri, ljubavi i smrti: antropologijski ogledi i razgovori*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.
- Smith, T.B., McCullough & Poll, J., 2003. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), pp.614–636. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.129.4.614>.
- Snowdon, D.A., Phillips, R.L. & Fraser, G.E., 1984. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Preventive Medicine*, 13(5), pp.490–500.
- Song, L., Son, J. & Lin, N., 2009. Social Capital and Health. In W. C. Cockerham, ed. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, pp. 184–210.
- Srole, L. & Langner, T.S., 1962. Religious origin. In L. Srole et al., eds. *Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw-Hill, pp. 300–324.
- Stark, R., 1971. Psychopathology and religious commitment. *Review of Religious Research*, 12(3), pp.165–176.
- Stark, R. & Finke, R., 2000. *Acts of Faith: Exploring the Human Side of Religion*, Berkeley: University of California Press.
- Stark, R. & Glock, C.Y., 1968. *American Piety*, Berkley: University of California Press.
- Stark, R. & Maier, J., 2008. Faith and happiness. *Review of Religious Research*, 50(1), pp.120–125. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/20447531> [Accessed February 21, 2012].
- Strawbridge, W.J. et al., 1997. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American journal of public health*, 87(6), pp.957–61. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1380930&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Strawbridge, W.J. et al., 1998. Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *The journals of gerontology Series B Psychological sciences and social sciences*, 53(3), pp.S118–S126. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9602836>.
- Study, S. & Publishing, B., 2010. Religion and Health Among Black and White Adults : Examining Social Support and Consolation *. *Area*, 33(4), pp.362–375.
- Sztompka, P., 1999. *Trust. A Sociological Theory*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Štifanić, M., 2001. SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZDRAVLJA I BOLESTI. *Društvena istraživanja*, 10(1-2 (51-52)), pp.191–211. Available at: http://hrcak.srce.hr/index.php?lang=en&show=clanak&id_clanak_jezik=31576 [Accessed January 25, 2012].
- Štulhofer, A., 2004. Percepcija korupcije i erozija društvenog kapitala u Hrvatskoj. *Politička misao*, XLI(3), pp.156–169. Available at: <http://hrcak.srce.hr/file/35692> [Accessed January 25, 2012].
- Štulhofer, A. et al., 2010. Religiosity and sexual risk behavior among Croatian college students, 1998–2008. *Journal of Sex Research*, 48(4), pp.1998–2008. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2010.494257> [Accessed August 16, 2012].
- Taylor, C., 1991. *The Ethics of Authenticity*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- Taylor, R.J. & Chatters, L.M., 1988. Church members as a source of informal social support. *Review of Religious Research*, 30(2), pp.193–203. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/3511355> [Accessed January 25, 2012].
- Thomas, R.K., 2003. *Society and health: sociology for health professionals*, Springer. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Society+and+Health#0> [Accessed January 25, 2012].
- Thomson, K.S., 1996. The revival of experiments in prayer. *American Scientist*, 84, pp.532–534.
- Thoresen, C.E. & Harris, A.H.S., 2002. Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), pp.3–13. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674817>.
- Thrasher, J.F., Campbell, M.K. & Oates, V., 2004. Behavior-specific social support for healthy behaviors among african american church members: applying optimal matching theory. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), pp.193–205. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15090121> [Accessed February 8, 2013].
- Tomka, M., 2005. Is Conventional Sociology of Religion Able to Deal with Differences between Eastern and Western European Developments? *Social Compass*, 53(2), pp.261–257.
- Tomka, M., 1995. The Changing Social Role of Religion in Eastern and Central Europe: Religious Revival and its Contradictions. *Social Compass*, 42(1), pp.17–26.
- Tomka, M. & Zulehner, P.M., 1999. *Religion in den Reformländern Ost(Mittel) Europas*, Ostfildern: Schwabenverlag.
- Tovar-Murray, D., 2010. Social Health and Environmental Quality of Life: Their Relationship to Positive Physical Health and Subjective Well-Being in a Population of Urban African Americans. *The Western Journal of Black Studies*, 34(3).
- Traphagan, J.W., 2005. *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research in Cross-Cultural Perspective*, Available at: <http://roa.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0164027505276049> [Accessed December 20, 2011].
- Travers, B., 1837. Observations on the Local Diseases termed Malignant. *Medicochirurgical transactions*, 15(Pt 1), pp.228–262.
- Troyer, H., 1988. Review of cancer among 4 religious sects: evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors. *Social science medicine*, 26(10), pp.1007–1017.
- Vernon, G.M., 1962. Religious Self Identifications. *The Pacific Sociologica Review*, 5(1), pp.40–43.

- Vrcan, S., 2001. *Vjera u vrtlozima tradicije*, Split: Dalmatinska akcija.
- Wainwright, D., 2008. *A Sociology of Health*, London: SAGE Publications. Available at: <http://pgim.srilanka.healthrepository.org/handle/123456789/11469> [Accessed February 21, 2012].
- Wallace, J.M. & Forman, T.A., 1998. Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health education behavior the official publication of the Society for Public Health Education*, 25(6), pp.721–741. Available at: <http://heb.sagepub.com/content/25/6/721.short>.
- Wallace, W.H.B. et al., 2001. Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. *BMJ British Medical Journal*, 323(7307), pp.271–274. Available at: <http://discovery.ucl.ac.uk/51779/>.
- Walter, T. & Davie, G., 1998. The religiosity of women in the modern West. *British Journal of Sociology*, 49(4), pp.640–660. Available at: <http://www.jstor.org/stable/591293>.
- Wardwell, W.I., Bahnson, C.B. & Caron, H.S., 2010. SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN CORONARY HEART DISEASE. *Annals of Medicine*, 42(7), pp.154–165. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839918>.
- Watson, J.S., 1991. Religion as a cultural phenomenon, and national mortality rates from heart disease. *Psychological Reports*, 69(2), pp.439–442.
- Weaver, A.J. et al., 2006. Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality, and Health: 1965–2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), pp.208–214. Available at: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s10943-006-9011-3> [Accessed October 18, 2011].
- Weber, M., 2000. *Sociologija religije*, Zagreb: Kruzak.
- Wilcox, W.B. & Wolfinger, N.H., 2007. Then comes marriage? Religion, race, and marriage in urban America. *Social Science Research*, 36(2), pp.569–589. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WX8-4JSFV95-1/2/99851ba64f96ab7e2a6d69ae94c9d08c>.
- Wilkinson, R.G., 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge. Available at: <http://www.amazon.com/dp/0415092353>.
- Witter, R.A. et al., 1985. Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26(4), pp.332–342. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/3511048> [Accessed February 21, 2012].
- Woodhead, L., 2003. Feminism and the Sociology of Religion: From Gender-Blindness to Gender Difference. In R. K. Fenn, ed. *The Blackwell Companion to Sociology of Religion*. Oxford: Blackwell Publishing, p. 67.84.
- Wuthnow, R., 1998. *After Heaven: Spirituality in America Since the 1950s*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wuthnow, R., 2000. How religious groups promote forgiving: A national study. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2), pp.125–139. Available at: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/0021-8294.00011>.
- Wuthnow, R., 2002. Religious involvement and status—bridging social capital. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), pp.669–684. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-5906.00153/abstract> [Accessed October 31, 2012].
- Yeager, D.M. et al., 2006. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Social science medicine*, 63(8), pp.2228–2241. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16797809>.

Zrinščak, S., 2006. Anonymous Believers as a Sociological Challenge: Religions and Religious Changes in Post-Yugoslav States. In I. Borowik, ed. *Religions, Churches and Religiosity in Post-Communist Europe*. Krakow: Nomos, pp. 68–81.

Zrinščak, S., 1998. Crkva i država: europski kontekst i postkomunističko iskustvo. *Revija za sociologiju*, 28(1/2), pp.15–26.

Zrinščak, S., 2008. Što je religija i čemu religija: sociološki pristup. *Bogoslovska smotra*, LXXVIII(1), pp.25–37.

8. PRILOZI

PRILOG 1 – UPITNIK ZA VJERSKE ZAJEDNICE

PROJEKT: Manje vjerske zajednice kao akteri religijskih promjena u hrvatskom društvu

Institut za društvena istraživanja u Zagrebu provodi istraživanje u kojemu nastoji prikupiti podatke o religijskim promjenama u Republici Hrvatskoj. U sklopu projekta **Manje vjerske zajednice kao akteri religijskih promjena u hrvatskom društvu** (voditeljica projekta: prof. dr. sc. Ankica Marinović) istražuje se vjerski život članova različitih vjerskih zajednica koje djeluju u Hrvatskoj.

Izuzetno nam je bitno da baš Vi sudjelujete u ovom istraživanju kako bismo dobili što bolju predodžbu o **vašoj vjerskoj zajednici i o Vama samima**. Dobiveni podaci služit će isključivo u znanstvene svrhe te je stoga **Vaša anonimnost i anonimnost Vaših odgovora u potpunosti zajamčena**.

Molimo Vas da pažljivo odgovorite na sva pitanja i slobodno izrazite Vaše osobne stavove i razmišljanja, jer jedino se tako može osigurati uspješnost, objektivnost i znanstveni karakter istraživanja.

Ukoliko imate bilo kakvih primjedbi na upitnik ili na istraživača koji je posjetio Vašu Vjersku zajednicu slobodno napišite pod komentare na kraju upitnika ili nas kontaktirajte telefonski.

Unaprijed Vam se zahvaljujemo na suradnji i strpljenju!

Ravnateljica Instituta

prof. dr. sc. Branislava Baranović

01/4883 550

baranov@idi.hr

Voditeljica projekta

Prof. dr. sc. Ankica Marinović

01/4922 925

ankica@idi.hr

Istraživač

Branko Ančić,
prof.

098/885024

branko@idi.hr

Ispunjava anketar

Vjerska zajednica

Mjesto

Redni broj ankete

Datum anketiranja

Vrijeme anketiranja

Anketar

1. Biste li rekli za sebe da ste...		MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ
Izrazito religiozni	1	
Vrlo religiozni	2	
Donekle religiozni	3	
Niti religiozni niti nereligiozni	4	
Donekle nereligiozni	5	
Vrlo nereligiozni	6	
Izrazito nereligiozni	7	
Ne mogu odrediti	8	
Bez odgovora	9	

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU				
2. Koliko se slažete ili ne slažete sa sljedećim tvrdnjama	U potpunosti se slažem		Ne slažem se	U potpunosti se ne slažem
	Slažem se			
Osjećam da uistinu pripadam svojoj vjerskoj zajednici	1	2	3	4
Biti članom moje vjerske zajednice važan je dio moje osobnosti	1	2	3	4
Osjećam da imam značajnu ulogu u životu moje vjerske zajednice	1	2	3	4
Osjećam se dobrodošlim/dobrodošlom u svojoj vjerskoj zajednici	1	2	3	4

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU					
3. Vjerujete li u...	U potpunosti vjerujem	Uglavnom vjerujem	Uglavnom ne vjerujem	Uopće ne vjerujem	Ne mogu odabrati
	...Boga	1	2	3	4
...život poslije smrti	1	2	3	4	5
...raj	1	2	3	4	5
...pakao	1	2	3	4	5
...vjerska čuda	1	2	3	4	5
...neku višu silu koja nije Bog	1	2	3	4	5

4. Molimo Vas da nam kažete koja od navedenih izjava najbliže opisuje Vaše vjerovanje u Boga.
MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Ne vjerujem u Boga	1
Ne znam postoji li Bog i ne vjerujem da postoji način da se to sazna	2
Ne vjerujem u osobnog Boga, ali vjerujem u neku vrstu više sile	3
U nekim trenucima vjerujem u Boga, a u nekima ne	4
Iako ponekad sumnjam, ipak osjećam da vjerujem u Boga	5

5. Ako izuzmemo posebne prigode kao što su vjenčanja, sprovodi itd. koliko često idete na vjerske obrede (službe)?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Nekoliko puta tjedno i češće	1
Jednom tjedno	2
2 ili 3 puta mjesečno	3
Jednom mjesečno	4
Nekoliko puta godišnje	5
Jednom godišnje	6
Rjeđe od toga	7
Nikada	8
Odbijam dogovoriti	9

6. Koliko često sudjelujete u molitvenim grupama ili u grupama u kojima se čitaju Sveti tekstovi, a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Nekoliko puta tjedno i češće	1
Jednom tjedno	2
2 ili 3 puta mjesečno	3
Jednom mjesečno	4
Nekoliko puta godišnje	5
Jednom godišnje	6
Rjeđe od toga	7
Nikada	8
Bez odgovora	9

7. Koliko često sudjelujete u ostalim aktivnostima svoje vjerske zajednice, ne računajući odlaske na vjerske obrede?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Nekoliko puta tjedno i češće	1
Jednom tjedno	2
2 ili 3 puta mjesečno	3
Jednom mjesečno	4
Nekoliko puta godišnje	5
Jednom godišnje	6
Rjeđe od toga	7
Nikada	8
Bez odgovora	9

8. Razmišljajući o sadašnjosti, koliko se često molite?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Nekoliko puta dnevno	1
Jednom dnevno	2
Nekoliko puta tjedno	3
Svaki tjedan	4
Skoro svaki tjedan	5
2-3 puta mjesečno	6

Jednom mjesečno	7
Nekoliko puta godišnje	8
Jednom ili dva puta godišnje	9
Manje od jednom godišnje	10
Nikada	11
Bez odgovora	12

9. Molimo Vas da procijenite sljedeće:	MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU			
	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često
Koliko su se često u Vašoj vjerskoj zajednici dijelili letci ili časopisi u kojima ste mogli pronaći neke informacije o zdravlju i bolestima	1	2	3	4
Koliko često su se u Vašoj vjerskoj zajednici organizirala predavanja o zdravlju i bolestima	1	2	3	4
Koliko često je Vaša vjerska zajednica organizirala i sponzorirala programe koji se odnose na zdravlje i/ili na zdravstvenu skrb svih članova zajednice	1	2	3	4

10. Koliko se slažete ili ne slažete sa sljedećim tvrdnjama	MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU				
	U potpunosti se slažem	Slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Ne slažem se	U potpunosti se ne slažem
Mogu se obratiti ostalim članovima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme.	1	2	3	4	5
Da nešto pođe po zlu, voditelj/i moje vjerske zajednice bi mi pomogli.	1	2	3	4	5
Bog mi daje osjećaj pripadnosti.	1	2	3	4	5
Drugim članovima moje vjerske zajednice stalo je do mogeg života i životnih uvjeta.	1	2	3	4	5
Voditelj/i moje vjerske zajednice me cijeni/e.	1	2	3	4	5
Osjećam da me Bog cijeni.	1	2	3	4	5
Ne osjećam se bliskim s drugim članovima moje vjerske zajednice.	1	2	3	4	5
Mogu se obratiti voditelju/ima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme.	1	2	3	4	5
Da nešto pođe po zlu, Bog bi mi pomogao.	1	2	3	4	5
Drugi članovi moje vjerske zajednice daju mi osjećaj pripadnosti.	1	2	3	4	5
Voditelju/ima moje vjerske zajednice stalo je do mogeg života i životnih uvjeta.	1	2	3	4	5
Bog me cijeni.	1	2	3	4	5
Osjećam da me drugi članovi moje vjerske zajednice cijene.	1	2	3	4	5

Ne osjećam se bliskima s voditeljem/ima moje vjerske zajednice.	1	2	3	4	5
Mogu se obratiti Bogu za savjet kada imam probleme.	1	2	3	4	5
Da nešto pođe po zlu, ostali članovi moje vjerske zajednice će mi pomoći.	1	2	3	4	5
Voditelj/i moje vjerske zajednice pruža/ju mi osjećaj pripadnosti.	1	2	3	4	5
Bog brine o mojem životu i situaciji.	1	2	3	4	5
Ostali članovi moje vjerske zajednice me cijene.	1	2	3	4	5
Osjećam da me voditelj/i moje vjerske zajednice poštuju/u.	1	2	3	4	5
Ne osjećam se bliskim s Bogom.	1	2	3	4	5

11. Općenito govoreći, biste li rekli da se ljudima može vjerovati ili da se nikada ne može biti dovoljno oprezan u odnosu s ljudima?

(1 znači da nikada ne možete biti dovoljno oprezni u odnosu s ljudima, a 5 znači da se većini ljudi može vjerovati.)

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U OVOM RASPONU!

Nikada dovoljno oprezan

Većini ljudi se može vjerovati

1

2

3

4

5

12. Ne računajući članove Vaše obitelji, otprilike koliko bliskih prijatelja/ica imate?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Niti jednog/u	1
Jednog/u	2
Dva/dvije/dvoje	3
Tri/troje	4
Četiri	5
Pet	6
Šest do devet	7
Deset i više	8
Ne mogu odgovoriti	9

13. Ne računajući članove Vaše obitelji, otprilike koliko bliskih prijatelja/ica imate u svojoj vjerskoj zajednici?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Niti jednog/u	1
Jednog/u	2
Dva/dvije/dvoje	3
Tri/troje	4
Četiri	5
Pet	6
Šest do devet	7
Deset i više	8
Ne mogu odgovoriti	9

14. Postoje neke situacije u životu kada nam je potrebna pomoć. Molimo Vas da procijenite biste li mogli računati na pomoć od nekog od članova Vaše vjerske zajednice.

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU

Da Ne Ne znam

Ako bi mi trebalo, mogao bih posuditi novac od nekoga od članova moje vjerske zajednice	1	2	3
U slučaju manjih nezgoda u kući/stanu, kao što su neispravna pipa, začepljen vodokotlić i sl., netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pomogao	1	2	3
Ako bi mi hitno trebalo, netko od članova moje vjerske zajednice bi mi posudio automobil	1	2	3
U hitnom medicinskom slučaju, kao što je ozljeda djeteta ili supruga/e, netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pomogao	1	2	3
U slučaju hitnog izbjivanja netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pričuvarao djecu ili kuću/stan	1	2	3
Ako bih imao/imala ozbiljan problem na poslu mogao/la bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice	1	2	3
U slučaju smrti meni bliske osobe, mogao/la bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice	1	2	3
U slučaju bračnih i/ili obiteljskih problema, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice	1	2	3
U slučaju da imam ozbiljne zdravstvene probleme, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice	1	2	3
Ako bi nešto ozbiljno utjecalo na moj život, mogao bih razgovarati o tome s nekim od članova moje vjerske zajednice	1	2	3

15. Tijekom protekla 4 tjedna koliko često ste...

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU

Nikada Rijetko Ponekad Često Vrlo često Ne mogu odabrati

...imali poteškoća u poslovnim ili kućanskim aktivnostima zbog zdravstvenih problema?	1	2	3	4	5	6
...imali fizičke bolove	1	2	3	4	5	6
...se osjećali nesretno ili depresivno	1	2	3	4	5	6
...izgubili povjerenje u sebe?	1	2	3	4	5	6
...imali osjećaj da <u>ne možete</u> prevladati svoje probleme	1	2	3	4	5	6

16. Tijekom proteklih 12 mjeseci koliko često ste posjetili ili Vas je posjetio...

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU

	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često	Ne mogu odabrati
...liječnik/ica?	1	2	3	4	5	6
...osoba koja prakticira alternativne načine liječenja ili tzv. narodnu medicinu	1	2	3	4	5	6

17. Jeste li kao pacijent tijekom proteklih 12 mjeseci proveli (barem jednu) noć u bolnici ili klinici (uključujući i porod)? MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

DA	1
NE	2

18. Pušite li cigarete i ako da, koliko cigareta dnevno?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ (1 kutija=20 cigareta)

Ne pušim i nikada nisam pušio	1
Ne pušim, ali sam prije pušio	2
Pušim 1-5 cigareta dnevno	3
Pušim 6-10 cigareta dnevno	4
Pušim 11-20 cigareta dnevno	5
Pušim 21-40 cigareta dnevno	6
Pušim više od 40 cigareta dnevno	7
Ne mogu odabrati	8

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU

19. Koliko često...	Nikada	Jednom mjesечно ili manje	Nekoliko puta mjesечно	Nekoliko puta tjedno	Dnevno	Ne mogu odabrati
...pijete 4 ili više alkoholnih pića dnevno	1	2	3	4	5	6
...se bavite fizičkom aktivnošću najmanje 20 minuta od koje se ozojite ili dišete teže nego inače	1	2	3	4	5	6
...jedete svježe voće ili povrće	1	2	3	4	5	6

20. Tijekom protekla 4 tjedna u kojoj su mjeri Vaši zdravstveni problemi ograničavali Vaše uobičajene društvene aktivnosti s obitelji ili prijateljima?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Nikada	1
Rijetko	2
Ponekad	3
Često	4

Vrlo često	5
Ne mogu odabrati	6

21. Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravljeMOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Slabo	Osrednje	Dobro	Jako dobro	Odlično	Ne mogu odabrati
1	2	3	4	5	9

22. Molimo Vas da procijenite sljedeće:MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU

Nikada	Rijetko	Ponekad	Često
--------	---------	---------	-------

Ne računajući članove Vaše obitelji, koliko Vas je često netko od članova Vaše vjerske zajednice poticao da fizički vježbate

1	2	3	4
---	---	---	---

Ne računajući članove Vaše obitelji, koliko Vas je često netko od članova Vaše vjerske zajednice poticao na izbjegavanje alkohola i cigareta

1	2	3	4
---	---	---	---

Ne računajući članove Vaše obitelji, koliko Vas je često netko od članova Vaše vjerske zajednice poticao da jedete zdravu hranu

1	2	3	4
---	---	---	---

Ne računajući članove Vaše obitelji, koliko Vas je često netko od članova Vaše vjerske zajednice poticao na sistematske preglede

1	2	3	4
---	---	---	---

23. Bolujete li od neke dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili imate invaliditet?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Da	1
Ne	2

24. Koja je Vaša...

a.	Visina: _____(cm)	Ne znam	1
b.	Težina: _____(kg)	Ne znam	1

25. Razmišljajući općenito o svome životu danas, koliko ste u cjelini sretni?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

u potpunosti sretni	1
vrlo sretni	2
prilično sretni	3
ni sretni ni nesretni	4
prilično nesretni	5
vrlo nesretni	6
u potpunosti nesretni	7
ne mogu odabrati	8

31. Koji je Vaš radni status (što najbolje opisuje Vašu trenutnu situaciju)?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Zaposlen	1
Nezaposlen/a i tražim posao	2
U sustavu formalnog obrazovanja (što ne plaća poslodavac)	3
Pripravnik/ca ili vježbenik/ca	4
Trajno nesposoban/na za rad	5
Umirovljenik/ca	6
Radim u kućanstvu i na kućanskim poslovima, brinem o djeci i/ili drugim osobama	7
Ostalo	8
Bez odgovora	9

32. Koji je Vaše zanimanje? Molimo Vas navedite točan naziv Vašeg radnog mjesta i zanimanja.

Opišite što radite, koje su Vam glavne dužnosti. Koji su zahtjevi Vašeg radnog mjesta s obzirom na vrstu i stupanj obrazovanja i specijalizaciju?

Ako niste trenutno zaposleni, u mirovini ste ili ste nezaposleni, molimo Vas opišite svoje zadnje zanimanje.

ZAHVALJUJEMO VAM NA SURADNJI!

PRILOG 2 – UPITNIK ZA VODITELJE VJERSKIH ZAJEDNICA

1. ODNOS RELIGIJE I ZDRAVLJA

- Po Vašem mišljenju, je li religija važna za zdravlje?
- Ako jest važna kako se odnos religije i zdravlja ostvaruje?
- Kako konkretno Vaša religija može utjecati na zdravlje pojedinca?
- Smatrate li da je vjerska zajednica važan resurs za osobno zdravlje? Ako da zašto?
- Da li u svojim propovijedima/obraćanjima članovima se bavite pitanjima zdravlja? Ako da koliko često i na koji način?
- Je li religija važna u trenucima kada se pojedinac suočava sa zdravstvenim problemima? Ako je zašto i kako?

2. VJERSKA ZAJEDNICA KAO SOCIJALNI RESURS

- Na koji način Vaša vjerska zajednica doprinosi zdravlju njenih članova
- Koje aktivnosti usmjerene na zdravlje članova Vaše v.z. su organizirane?
- Ako netko od članova vjerske zajednice oboli od neke bolesti da li vi inicirate aktivnosti koje pomažu oboljelom članu?
- Koliko često Vam se članovi obraćaju vezano za njihovo vlastito zdravlje i o kojim se tema specifično radi?
- Inicirate li kakve aktivnosti koje imaju preventivnu funkciju za zdravlje?
- Da li članovi Vaše v.z. samostalno (bez Vaše inicijative) organiziraju neke aktivnosti koje se odnose na zdravlje? Ako da koje? I koliko često?
- Postoji li financijski fond koji služi članovima Vaše zajednica kada se suoče sa zdravstvenim problemima?

ŽIVOTOPIS

Branko Ančić je rođen 7. prosinca 1981. godine u Zagrebu gdje je završio osnovnu i srednju školu (nadbiskupsku klasičnu gimnaziju). 2000. godine upisuje studij sociologije i kroatologije na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu. 2006. godine je diplomirao kao najbolji student u generaciji te se krajem 2007. zapošljava kao znanstveni novak na Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu na projektu *Manje vjerske zajednice kao akteri religijskih promjena u hrvatskom društvu* (voditeljica prof. dr. sc. Ankica Marinović). Od 2007. godine kontinuirano sudjeluje na poslijediplomskom kursu *Future of Religion* koji se održava u Interuniverzitetkom centru u Dubrovniku, dok u akademskoj godini 2008./2009. upisuje poslijediplomski doktorski studij sociologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. U sklopu projekta REVACERN (Religions and Values: Central and Eastern European Research Network) financiranog od strane FP6 Europske komisije tri puta dobiva istraživačku stipendiju. Tijekom 2010. godine dva puta po mjesec dana boravi u *GESIS – Leibniz Institute für Sozialwissenschaften*; Köln, Njemačka, u EUROLAB-u (financiran od strane FP7 Europske komisije) u sklopu dobivene istraživačke stipendije na projektu „Religiosity, Secularity and Plurality as Causal Variables in Quantitative Models“ (siječanj) te na projektu „Religiosity and Secularity as Causal Variables in Quantitative Models“ (listopad). Iste godine u organizaciji *Institut für die Wissenschaften vom Menschen* sudjeluje i u međunarodnoj ljetnoj školi na temu Religion in Public Life u Cortoni, Italija (među predavačima sudjelovali su Charles Taylor, Michael Sandel, Jose Casanova, i drugi). Od zaposlenja na institutu kontinuirano sudjeluje u međunarodnom istraživačkom projektu *International Social Survey Programme* (ISSP). Od 2011. godine kao izvršni urednik sudjeluje u radu časopisa *Religion and Society in Central and Eastern Europe* (RASCEE). Od 2008. do 2012. godine sudjelovao je i u radu časopisa *Sociologija i prostor* kao tajnik časopisa. U Hrvatskom sociološkom društvu (HSD) je u dva mandata bio tajnik, pri čemu je aktivno sudjelovao u organizaciji dvaju nacionalnih socioloških kongresa i jedne međunarodne znanstvene konferencije. Osim članstva u HSD-u, član je i međunarodnog udruženja ISORECEA (International Study of Religion in Central and Eastern Europe Association). Od akademske godine 2008./2009. je u nekoliko navrata volonterski sudjelovao u nastavi na Odjelu za sociologiju na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu, pri čemu je od ak. god. 2012./2013. kao vanjski suradnik angažiran na kolegiju *Sociologija hrvatskog društva – Religijske promjene u Hrvatskoj*. Član je i upravnog odbora *Foruma za slobodu odgoja* te od ove godine sudjeluje i kao član *Akademije za politički razvoj*.

PUBLIKACIJE

Borowik, I., Ančić, B. & Tyrala, R. (2013). Central and Eastern Europe. In S. Bullivant & M. Ruse (Eds.), *The Oxford Handbook of Atheism* (pp. 622-637). Oxford: Oxford University Press.

Ančić, B., & Zrinščak, S. (2012). Religion in Central European Societies: Its Social Role and People's Expectations. *Religion and Society in Central and Eastern Europe*, 5(1), 21–38.

Ančić, B., & Puhovski, T. (2011). Vjera u obrazovanje i obrazovanje u vjeri. Stavovi i iskustva nereligioznih roditelja prema religiji i vjeronauku u javnim školama u Republici Hrvatskoj (p. 68). Zagreb: Forum za slobodu odgoja.

Ančić, B., & Marinović Jerolimov, D. (2011). "Dao Bog zdravlja": o povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj. *Sociologija i prostor*, 613, 71–89. doi:10.5673/sip.49.1.4

Ančić, B. (2011). What do we want from religion? Religiosity and Social Expectations in Central and Eastern Europe. In A. Máté-Tóth & C. Rughinis (Eds.), *Spaces and Borders. Current Research on Religion in Central and Eastern Europe* (pp. 151–167). Berlin-Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Domazet, M., Dolenc, D., & Ančić, B. (2012). We Need to Change: Mapping Croatia's potential for sustainable development (p. 64). Zagreb: Heinrich Boell Stiftung.

Ančić, B., Domazet, M., & Dorotić, J. (2011). The Development of Wellbeing Indicators for Participatory EU Strateg Plannings - Case Study for Croatia / Razvoj indikatora opće i osobne dobrobiti za participativno strateško planiranje u kontekstu strategije Europa 2020 - studija slučaja za Hrvatsku. Zagreb.

Ančić, B., Bajkuša, M., Ivče, K., Miškulin, I., Pijaca, E. (2010). *Obrazovanjem protiv korupcije*. Zagreb. Forum za slobodu odgoja.

Ančić, B. (2008). *Religious Pluralism and New Religious Movements – Example of Baha'í Religious Community*. Szeged.

Objavljeni prikazi knjiga u časopisima *Revija za sociologiju* i *Sociologija i prostora*.