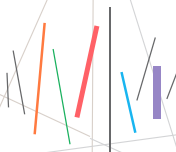




IDIZ



Institut za društvena istraživanja u Zagrebu
Institute for Social Research in Zagreb

Branko Ančić

RELIGIJA I ZDRAVLJE

Vjerska zajednica kao socijalni resurs



BIBLIOTEKA
znanost i društvo

Knjiga je pionirsko djelo o odnosu religije i zdravlja. Premda je u svijetu evidentan rastući interes za tu temu, jer se religijski utjecaj pokazuje važnim u prevenciji pojedinih bolesti, liječenju, ali i u dalekosežnijoj redefiniciji zdravlja i pristupa zdravlju, ona je i dalje nedovoljno istražena. To je osobito slučaj s društvenim znanostima koje religijski utjecaj na zdravstveno stanje i zdravstveno ponašanje istražuju iz perspektive društvenog konteksta, odnosno načina na koji se religija percipira i živi u svakodnevnom životu. Knjiga je osobita po tome što zapravo utemeljuje sociološki pristup istraživanju religije i zdravlja, a istodobno ostavlja dovoljno prostora i poticaja multidisciplinarnom pristupu. Upravo je kombinacija upitnika na općoj populaciji te na izabranom uzorku, uz dodatne kvalitativne uvide (npr. razgovori s voditeljima vjerskih zajednica), omogućila kvalitativne iskorake u rezultatima istraživanja, ali i poticanju daljnjih studija na drugim zajednicama intenzivnijeg religijskog i/ili spiritualnog života.

prof. dr. sc. Siniša Zrinščak



Izdavač: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu

Za izdavača: Branislava Baranović

Recenzenti: Siniša Zrinščak

Ankica Marinović

Ksenija Klasnić

© 2016 Institut za društvena istraživanja u Zagrebu
ISBN 978-953-6218-71-4

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 000951052.

Branko Ančić

RELIGIJA I ZDRAVLJE

Vjerska zajednica kao
socijalni resurs

Institut za društvena istraživanja u Zagrebu
Zagreb, 2016.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	7
2. PREGLED ISTRAŽIVANJA.....	11
2.1. Istraživački počeci.....	11
2.2. Odnos religije i fizičkog zdravlja.....	17
2.2.1. Religija i mortalitet.....	17
2.2.2. Religija i kardiovaskularna oboljenja.....	20
2.2.3. Religija i rak.....	21
2.3. Odnos religije i mentalnog zdravlja.....	22
2.3.1. Religija i subjektivna dobrobit.....	24
2.3.2. Religija i depresija.....	25
3. PREMA IZGRADNJI TEORIJE.....	26
3.1. Sociologija odnosa religije i zdravlja. Prema teoriji ili od teorije?.....	26
3.1.1. Određenje osnovnih pojmova.....	26
3.1.2. Četiri teorijske razine.....	35
3.1.2.1. Velike teorije.....	35
3.1.2.2. Teorije srednjeg dometa.....	38
3.1.2.3. Teorijski modeli.....	40
3.1.2.4. Medijatori, moderatori i mehanizmi.....	42
3.1.3. Teorijski okvir ovog istraživanja – vjerska zajednica kao socijalni resurs.....	44
3.2. Odnos religije i zdravlja u Hrvatskoj.....	54
4. CILJEVI I METODE ISTRAŽIVANJA.....	56
4.1. Konceptualno-kontekstualni okvir istraživanja.....	56
4.2. Sadržaj istraživanja te istraživačka pitanja i ciljevi.....	63
4.3. Odabir istraživačkih metoda.....	64
4.4. Uzorkovanje i terensko prikupljanje podataka.....	67
4.5. Istraživačke procedure.....	71
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	72
5.1. Religioznost u vjerskim zajednicama.....	72
5.1.1. Religijska samoidentifikacija.....	73
5.1.2. Religijska praksa.....	76
5.1.3. Religijska vjerovanja.....	80

5.2. Sociodemografska obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama.....	85
5.3. Vjerska zajednica kao socijalni resurs.....	90
5.4. Zdravlje u vjerskim zajednicama.....	108
5.4.1. Zdravstveno ponašanje u vjerskim zajednicama.....	108
5.4.2. Zdravstveno stanje u vjerskim zajednicama.....	117
5.5. Odnos religioznosti i zdravlja.....	129
5.5.1. Odnos religioznosti i zdravlja – usporedba opće populacije i vjerskih zajednica.....	129
5.5.2. Odnos religioznosti i zdravlja – vjerska zajednica kao socijalni resurs.....	134
6. ZAKLJUČAK.....	145
7. POPIS LITERATURE.....	153
8. PRILOZI.....	169
9. PODACI O AUTORU.....	181

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 posljednjih 40 – 50 godina ova se tema intenzivnije istražuje, a rezultati učestalo objavljuju u medicinskim časopisima te časopisima iz područja sociologije i psihologije religije. Iako je odnos religije i zdravlja u empirijskom smislu novija 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 tomu 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, ova je tema svoju istraživačku ekspanziju doživjela tek u 20. stoljeću. Razlog tomu nalazi se u dominantno pozitivistički orijentiranoj znanosti 19. stoljeća koja je svojim pristupom teško uočavala utjecaj koji religija/religioznost može imati na zdravlje. Tek od 60-ih godina prošlog stoljeća znanstvenici otvaraju 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 nova znanstvena poddisciplina – 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 i dr., 2006). Stoga Chatters (2000) naglašava kako se u tome razdoblju 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 razdoblju shvaća se multidimenzionalnost predmeta istraživanja te se postavljaju temelji za sustavnije istraživanje religioznosti (religijska uključenost/angažman) i zdravlja (fizičkog i mentalnog).

Kasnih 80-ih godina prošloga stoljeća u SAD-u je objavljeno 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 učinak na smanjenje pojavnosti bolesti srca, hipertenzije, moždanog udara, nekih vrsta raka i gastroenteroloških problema, kao i na sklonost boljoj procjeni vlastitog zdravlja te samoprepoznavanju simptoma (Levin i Schiller, 1987).

Usprkos brojnim istraživanjima o pozitivnim učincima religioznosti na osobno zdravlje, mogu se pronaći i ona koja upućuju na negativne učinke religije na fizičko i mentalno zdravlje ili na neadekvatno korištenje zdravstvenih usluga. Tako neka istraživanja pokazuju kako vjerska zajednica svojim učenjem može nametnuti određena vjerovanja koja promoviraju socijalnu devijantnost štetnu po zdravlje (Ellison i Taylor, 1996). Također, pokazuje se kako sudjelovanje u vjerskoj zajednici može doprinijeti i stvaranju socijalnog pritiska koji može u konačnici imati negativne posljedice po zdravlje (Krause i dr., 2000). No, većina istraživanja donosi nalaze koji upućuju na pozitivne učinke religije na zdravlje.

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

Unatoč tomu 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):

- Povezanost kroz utjecaj na zdravstveno ponašanje – podrazumijeva se kako 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).
- Povezanost kroz stvaranje socijalne podrške relevantne za zdravlje – podrazumijeva angažirane vjernike koji 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 se promatrati kao socijalni resurs čiji je utjecaj na zdravlje očigledan (Ellison i George, 1994).
- Povezanost kroz utjecaj na psihološka stanja relevantna za zdravlje – podrazumijeva da religioznost može promovirati pozitivnu samopercepciju i specifične resurse suočavanja s problemima (npr. pojedinačne kognitivne i bihevioralne odgovore na stres) te poticati određene osjećaje kod pojedinaca kao što su sreća, utjeha, nada i sl., čime može doprinijeti boljem mentalnom, ali i fizičkom zdravlju (Koenig, 1998).
- Mogućnost nadempirijskog/nadnaravnog utjecaja – podrazumijeva kako se mogućem nadnaravnom utjecaju na zdravlje, tj. utjecaju koji izlazi izvan okvira prirodnih zakona (npr. izlječenje bioenergijom), treba pristupiti sa znanstvenom sumnjom, ali također imati i otvoren stav u kojem se ova mogućnost ne smije u potpunosti odbaciti bez jasnih i čvrstih dokaza (Levine, 2009).

U Hrvatskoj dosada 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 kod ispitanika koji se religijski samoidentificiraju kao uvjereni vjernici, kao i kod ispitanika koji češće odlaze u crkvu. U radu Ančića 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 i sur., 2009; Aukst-Margetić i sur., 2005) te istraživanja o povezanosti religioznosti/spiritualnosti i suicidalnog ponašanja ratnih veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (Nad i dr., 2008; Mihaljević i dr., 2010).

U ovoj knjizi prikazat će se sociološki aspekti odnosa religije/religioznosti i zdravlja, uzimajući u obzir dva eksplanatorna mehanizma: povezanost religije i zdravlja kroz utjecaj na zdravstveno ponašanje te povezanost religije i zdravlja kroz stvaranje socijalne podrške relevantne za zdravlje. Zdravstveno se ponašanje istražilo u vezi s propisanim religijskim normama te analizom zdravstveno odgovornog ponašanja i ponašanja rizičnog po zdravlje. Socijalna se podrška istražila analizom religijskog angažmana u određenoj vjerskoj zajednici, ali i analizom 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 Durkheimova 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.

Knjiga je strukturirana tako da započinje pregledom istraživačkog rada u ovom području, no ovdje treba istaknuti kako se ne radi o sveobuhvatnom pregledu, već o nastojanju uvođenja čitatelja u sada već relativno dugu istraživačku povijest ovog područja te u relevantne istraživačke studije, čije metodološke konceptualizacije i nalazi pomažu teorijskom i metodološkom operacionaliziranju ovog istraživanja. Također, ovakav pregled istraživanja ima i udžbeničku svrhu za svakog budućeg zainteresiranog istraživača u području odnosa religije i zdravlja. Nakon pregleda istraživanja slijedi sociologijski doprinos ovom području. Naime, pregledom brojnih radova primjetno je kako nedostaje sociologijsko-teorijski pristup u odnosu religije i zdravlja, pa je stoga namjera u ovom poglavlju doprinijeti izgradnji sociologijsko-teorijskog okvira unutar kojeg se odnos religije i zdravlja može dalje teorijski razvijati te metodološko-empirijski konceptualizirati. Slijedi poglavlje u kojem su opisani

ciljevi i metode istraživanja te detaljno prikazane istraživačke dimenzije iz kojih su konstruirani različiti istraživački indikatori. U istraživanju su podaci prikupljeni na dvije razine: a) razini opće populacije (nacionalno reprezentativni uzorci); b) razini vjerskih zajednica. Ovime je omogućena kvantitativna analiza odnosa religioznosti i zdravlja unutar samih vjerskih zajednica, ali i usporedba vjerskih zajednica s općom populacijom, što je i prikazano u poglavlju u kojem su predstavljeni rezultati istraživanja. Uz kvantitativan metodološki pristup korišten je i kvalitativan pristup na način da su provedeni intervjui s voditeljima vjerskih zajednica, a cilj je bio upoznavanje sa svakodnevnim životom vjerskih zajednica s naglaskom na aktivnostima koje mogu biti relevantne u odnosu religioznosti i zdravlja. U zaključnim razmatranjima sažeti su glavni istraživački nalazi, ali je ujedno stavljen naglasak na mogućnost i potrebu budućih istraživanja.

Na kraju ovog uvoda važno je naglasiti kako je ova knjiga posljedica mojeg doktorskog istraživanja koje sam proveo u sklopu Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu (IDIZ). Zaposlivši se u IDIZ-u, imao sam priliku raditi u sklopu istraživačke grupe za religiju, čije se istraživačko područje razvija od samih početaka rada Instituta. U ovom području istraživali su se struktura i promjene u tradicionalnoj religioznosti, odnos religije i politike/države, religija u javnoj sferi, manjinska religioznost, nereligioznost i ateizam itd. Ovim empirijskim istraživanjem prvi se put stječe uvid u odnos religije i zdravlja i time otvara nova istraživačka dionica u sklopu IDIZ-a, ali i šire. Na tome se moram posebno zahvaliti svojim suradnicama Ankici Marinović i Dinki Marinović Jerolimov s obzirom na to da su mi osobno omogućavale poduhvatiti se teme koja je u hrvatskom društvu skoro pa neistražena. Prateći me od mojih istraživačkih i profesionalnih početaka, Dinka i Ankica omogućavale su mi važnu profesionalnu slobodu i kontinuirano me poticale u osobnom istraživačkom razvoju. Svesrdnu pomoć dobivao sam od Dinke koja je, mentorirajući moje doktorsko istraživanje iz kojeg je ova knjiga iznikla, minuciozno pazila na znanstvenu kvalitetu ovog rada i nesebično me podržavala tijekom pisanja i istraživanja, kada je najveća pomoć i potrebna. Veliku pomoć tijekom istraživanja, pogotovo u kontaktiranju vjerskih zajednica, ali i čitanjem ovog rada oštrim uredničkim okom, pružila mi je nesebično i Ankica. Na svemu ovome, ali i na mnogo više, uistinu sam im kolegijalno i prijateljski zahvalan. Uz njih važno je napomenuti kako me u ovome radu kontinuirano pratio i Siniša Zrinščak. Njegov veliki i nesebičan interes za moj profesionalni istraživački razvoj te precizni i plodonosni komentari značajno su pridonijeli ovome radu. I zbog toga sam, također, uistinu zahvalan. Zahvaljujem se i svim kolegama iz IDIZ-a i prijateljima koji su mi pomogli u izdavanju ove publikacije. I na kraju, posebno se zahvaljujem Željki, Višnji, Ivani, Lani, Mariju, Eli, Mladenu, Miljenki, Tvrtku, Branki, Vjeki, Maci, Ani, Mariji, Tomi, Ozrenu, Sari i svima koji su uvijek tu za mene.

2. PREGLED ISTRAŽIVANJA

2.1. Istraživački počeci

Tijekom posljednjih 40 – 50 godina odnos religije i zdravlja počeo se intenzivnije istraživati u perspektivama različitih znanstvenih disciplina, poput sociologije, psihologije, medicine (gerontologija, socijalna epidemiologija), psihijatrije, antropologije itd. U ovom razdoblju dolazi do značajnog porasta empirijskih studija u čijem je središtu odnos religije i zdravlja (Weaver i dr., 2006). No, interes prema odnosu religije i zdravlja nije karakterističan samo u ovom razdoblju s obzirom na to da se već u 19. stoljeću mogu pronaći prvi tragovi koji su utrli put razvoju istraživanja ovog odnosa. Tako je, primjerice, Amariah Brigham, jedan od osnivača Američkog psihijatrijskog udruženja, 1835. godine objavio knjigu *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. Tako navodi žrtvovanje ljudi, religijske rituale koji osakaćuju tijelo (obrezivanje, kastracija, flagelacija, izrezivanje tijela, ankiloza zglobova), pa i opasne doktrine. Popis negativnih utjecaja proširuje i spominjanjem neadekvatno izgrađenih mjesta bogoštovlja (hladni, mračni i vlažni prostori), ali i isticanjem „posebnih“ utjecaja 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, početke interesa prema istraživanju odnosa religije i zdravlja karakteriziraju i radovi koji ističu mogućnost terapijskog utjecaja vjere i molitve na određene psihičke probleme. Primjerice, Benjamin Travers 1837. godine u svojem članku *Observations on the Local Diseases Termed Malignant* (*Opažanja o lokalnim malignim bolestima*) navodi kako u svojoj liječničkoj praksi nikada nije primijetio rak penisa kod židova. Svega nekoliko godina poslije (1844.) Rigoni Stern u svojem radu navodi 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 među prvim je već 1891. godine uzeo u obzir religijsku pripadnost kao mogući čimbenik utjecaja na različite razine morbiditeta i mortaliteta¹ među različitim društvenim grupama (Levin i Schiller, 1987). Na istome je tragu 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 u jednoj godini. Morbiditet je broj oboljelih u odnosu na cijelu populaciju (Kirch, 2008).

U 20. stoljeću razvoju istraživačkog područja odnosa religije i zdravlja doprinijeli su i radovi proizašli iz djelatnosti kršćanske pastorage, 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 zdravlja unutar pastoralne skrbi prije nekoliko desetljeća utjecao na razvoj važnih institucija koje su bile značajan čimbenik u znanstvenom razvoju područja odnosa religije i zdravlja (Levin, 2009: 128). Pod okriljem tog „pokreta“ osnovane su tri važne institucije: Blanton-Pale Institute (1937.), Academy of Religion and Mental Health (1953. kao znanstveni odjel unutar Instituta) te *Journal of Religion and Health* (1961. na inicijativu Instituta). Časopis izlazi i danas te je jedan od najvažnijih znanstveno-izdavačkih „prostora“ u kojem se objavljuju brojni radovi u ovom području. Akademija je imala i svoju nakladničku seriju između 1950. i 1970. godine, 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 od istraživanja koja su u najvećoj mjeri doprinijela razvoju istraživačkih interesa za ovo područje bit će prikazana detaljnije u narednom poglavlju. Uz to treba reći kako se nalazi ovih istraživanja najčešće navode i koriste kao bitni argumenti u opravdanju razvoja istraživanja odnosa religije i zdravlja. Istraživanja koja će biti prikazana u nastavku mogu se nazvati *istraživanjima prve generacije*, i u tom smislu osvrst na njih prijeko je potreban.

Zdravstveni ekonomist Victor Fuchs tijekom 60-ih godina uspoređivao je razine mortaliteta u Sjedinjenim Američkim Državama. Došao je do zanimljivog nalaza upravo kada je usporedio stope mortaliteta dviju američkih država – Utah i Nevadu. Iako su obje države imale približno jednake razine prihoda, obrazovanja, stupanj urbanizacije, klimatološke uvjete te kvalitetu i opseg zdravstvenih usluga, razine zdravlja njihove populacije značajno su se razlikovale. Stanovnici države Utah bili su ne samo zdraviji u odnosu na stanovnike Nevade nego i među najzdravijim stanovnicima SAD-a općenito. Usporedbe radi, dječji mortalitet u Nevadi bio je 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 stanovnika tih dviju država. 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).

² Javno zdravstvo (*Public Health*) znanost je 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).

Značajno istraživanje u ovoj generaciji istraživanja jest i ono koje je provedeno od 1960. do 1975. godine među američkim amišima u okruzima Ohio, Indiana i Pennsylvania, koje je pokazalo kako postoje različite stope mortaliteta među amišima. Objašnjenje za to moguće je pronaći u postojanju manjeg rizika u socijalnoj i fizičkoj okolini (Hamman, Barancik i Lilienfeld, 1981). Amiši su relativno izolirana konzervativna religijska grupa koja živi u poljoprivrednim naseljima. Za njih je karakteristično nekorištenje suvremenih tehnoloških dostignuća u svakodnevnom životu te životni stil koji može imati izravan utjecaj na osobno zdravlje. Tako, primjerice, u poljoprivrednom radu i za putovanja koriste konje, redovito vježbaju te izbjegavaju alkohol i cigarete. Isto tako su i reproduktivno izolirani i rijetko stupaju u kontakt s osobama koje nisu dio njihove zajednice. Uspoređujući stope mortaliteta, pokazalo se kako se obrasci mortaliteta kod amiša ne razlikuju sistematično od neamiša, ali kako unutar amiške populacije postoje zajednički obrasci koji se odnose na stope mortaliteta. Stoga je glavni zaključak studije kako je životni stil glavna determinanta sveukupnih obrazaca mortaliteta kod amiša.

Tijekom istog razdoblja Phillips i suradnici (Phillips i dr., 1978; Phillips i dr., 1980) provodili su epidemiološka istraživanja s ciljem promatranja uzroka razine mortaliteta među adventistima sedmoga dana. Došli su do zaključka kako kod adventista postoji niža razina rizika obolijevanja od koronarnih srčanih bolesti u usporedbi s populacijom. U istom razdoblju u Nizozemskoj Berkle i de Ward utvrdili su kako 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 muškaraca 8,9 godina dulji od opće populacije, a žena 3,6 godina dulji (Berkel i de Ward, 1983). Do sličnih zaključaka i nalaza za pripadnike ove religijske zajednice došli su i istraživači iz Poljske i Norveške (Idler, 2011).

Spomenuti Fuchsovi nalazi potaknuli su nastavak istraživanja na populacijama mormona, i to ne samo u državi Utah nego i Kaliforniji te Kanadi (Lyon i dr., 1978; Jarvis, 1977; Enstrom i dr., 1980). Podaci su upućivali na to da postoji niža stopa mortaliteta kod mormona nego kod nemormona u ovim državama. U državi Utah tako je zabilježena čak 35 % manja smrtnost mormona od kardiovaskularnih bolesti. Autori i u ovim istraživanjima dolaze do sličnih zaključaka, naglašavajući važnost činjenica da mormoni ne puše, češće se bave fizičkim aktivnostima, imaju jaču obiteljsku solidarnost, aktivnije sudjeluju u zajednici te prihvaćaju religijski

³ Očekivani životni vijek jest „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 izračunat za bilo koju dob“ (Kirch, 2008: 853).

ideologiju koja doprinosi smanjenju stresa. Enstrom naglašava kako je ova zajednica iznimno pogodna za epidemiološka istraživanja jer njezine socioekonomske 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 kako je niža razina raka pluća kod muških židova u Pittsburghu vrlo vjerojatno uzrokovana nižom razinom pušenja cigareta. Osim istraživanja koja su se bavila spomenutim religijskim zajednicama, bitna su i ona koja su bila usredotočena na redovnike i redovnice nekih religijskih zajednica (Taylor i dr., 1959; King i dr., 1975), pri čemu su nalazi tih istraživanja relevantni ne samo kao nove spoznaje u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja nego i u razumijevanju važnosti socijalnog konteksta koji ima izravne utjecaje na osobno zdravlje. Tako je, primjerice, 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 do spoznaje da se ta bolest prenosi heteroseksualnim odnosima (Idler, Hogue i Scheib, 2010).

Upravo je od ranih 70-ih godina epidemiologija počela intenzivnije istraživati prirodu odnosa između religije i mortaliteta, usmjeravajući istraživače na daljnje potrebe otkrivanja prirode ovog odnosa. U istraživačkom središtu navedenih studija, ali i drugih studija koje su obilježile ovo razdoblje⁴ bio je odnos između religijske pripadnosti i mortaliteta (Jarvis i Northcott, 1987). Važna je karakteristika ovih studija 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, Crkva 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 se religija u tim studijama nije uzela u

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

⁵ Druzi su monoteistička religija nastala tijekom 11. stoljeća koju karakterizira eklektičan 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 dijelom u Libanonu, a manje zajednice nalaze se u Siriji i Izraelu te ih karakterizira snažna povezanost među članovima i zatvorenost u odnosu na nepripadnike (Britannica bez datuma).

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).

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, različitih rasnih i etničkih grupa i različitih religija kršćanske i nekršćanske provenijencije te za pojedince s različitim socioekonomskim statusom u različitim stadijima života.

Stoga ova istraživanja dopuštaju zaključak da je religija protektivan čimbenik koji pruža malen ali značajan primarno-preventivni učinak na morbiditet u populaciji (Ellison i Levin, 1998: 701).

No, prije prihvatanja ovakva zaključka bitno je istaknuti moguće kritike ovim istraživanjima. U njima postoje sporne točke koje bacaju sjenu na moguće zaključke. Idler (2009) ističe tri kritičke opservacije koje se nameću. Prva kritika može se nazvati ekološkom zabudom 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, jest 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 kritike na koje upozorava Idler, može se uputiti još i kritika da nedostaje i bolja teorijska i empirijska operacionalizacija fenomena religije. Pripadnost religiji, odnosno članstvo u religijskoj zajednici ne upućuje istraživača na samu prirodu te pripadnosti. Činjenica o pripadanju ili nepripadanju religijskoj grupi ne govori o tome na koji joj način pojedinac pripada. Radi li se o većem ili manjem religijskom angažmanu, o većoj ili manjoj razini prihvatanja normi i vrijednosti te religijske zajednice te kako to utječe ili ne utječe na osobno zdravlje pitanja su na koja istraživanja prve generacije 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*, čiji se ciljevi i analize mogu promatrati kao reakcije na prethodno iznesene kritičke opservacije. Metodološki gledano, podaci se počinju više prikupljati na individualnoj razini te u određenim razdobljima (longitudinalno). Jedna od važnijih studija jest longitudinalno istraživanje provedeno u okrugu Alameda u Kaliforniji (SAD), gdje su podaci prikupljeni u devet godina (1965. – 1974.). Cilj istraživanja bio je promatrati utjecaj četiriju izvora socijalnih kontakata – braka, kontakata s bliskim

prijateljima i rođacima, formalnog i neformalnog članstva u udrugama te članstva u crkvenim zajednicama – na razinu mortaliteta (Berkman i Syme, 1979). Analiza rezultata pokazala je kako 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 i Metzner, 1982) i okrugu Evans u Georgiji (Schoenbach i dr., 1986). U obje spomenute studije radi se o prospektivnim studijama kohorti⁷ u kojima se pokazalo da su socijalni odnosi ili veze važan čimbenik koji utječe na zdravlje (na nižu razinu mortaliteta) (House, Landis i Umberson 1988). Ispitujući zdravlje pojedinaca, njihovo zdravstveno ponašanje, socijalne odnose s članovima uže i šire obitelji, susjedima ili dobrovoljnim udruženjima te religijski angažman (pripadnost i odlazanje u crkvu), pokazalo se postojanje pozitivnog utjecaja na zdravlje. Štoviše, za razliku od dotad 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 svojevrzni imunitet od fizičkih i psihičkih oboljenja, dok su Zuckerman i suradnici u studiji koja je obuhvaćala 400 starijih građana u Connecticutu od 1972. do 1974. godine, zaključili kako je religioznost (mjerena razinom prihvaćanja religijskih vjerovanja) jedna od psihosocijalnih varijabli koje utječu 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 protektivni čimbenici za zdravlje i koji može promicati zdravstveno poželjno ponašanje. U tom kontekstu religija se percipirala kao jedan od čimbenika koji mogu pružati socijalnu podršku i socijalnu kontrolu koja nije nužno štetna po zdravlje. Stoga Chatters (2000) naglašava kako se u tom razdoblju mogu vidjeti sljedeće istraživačke tendencije: a) razvoj i ekspanzija istraživačkih programa; b) podizanje kvalitete istraživanja; c) porast in-

⁷ Kohorta se definira kao grupa ljudi u određenoj populaciji koja dijeli zajedničke karakteristike ili iskustva u definiranom razdoblju. Kohorte se u medicinskim i društvenim znanostima istražuju kako bi se prikupili dokazi koji potvrđuju ili opovrgavaju postojanje veze između pretpostavljenih uzroka i bolesti (kauzalan odnos). Prospektivna studija kohorti jest longitudinalno istraživanje u kojem istraživač prikuplja podatke o članovima određene kohorte na početku 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.

teresa raznih znanstvenih disciplina i poddisciplina (npr. psihoneuroimunologija) te kliničke prakse.

2.2. Odnos religije i fizičkog zdravlja

Tijekom 90-ih sve se češće pojavljuju longitudinalna panel istraživanja koja pokazuju da je religijski angažman povezan sa zdravljem, usprkos široko testiranoj kovarijatnosti za društvene veze, zdravstvena ponašanja i sociodemografske varijable. Proučavajući 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, samoprocijenjenog zdravlja i subjektivne simptomatologije, dijabetesa itd. (Chatters, 2000; Lee i Newberg, 2005; Koenig, McCullough i Larson, 2001). Stoga će se i ovdje prikazati neke od studija koje su se bavile 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, 1872. godine u radu *Statistical Inquiries into the Efficacy of Prayer* (*Statističko istraživanje o učinkovitosti molitve*) pošao je od činjenice da se određene društvene skupine mole više od drugih skupina. Zanimalo ga je, primjerice, žive li svećenici i misionari, kao ljudi koji se 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 na to 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 novije vrijeme unutar istraživanja o povezanosti religije i mortaliteta formiraju se interdisciplinarne skupine stručnjaka u kojima 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 Berkman i Symea iz 1979. godine⁸. Oman i suradnici analizirali su specifične uzroke mortaliteta u okrugu Alameda dvadeset godina nakon Berkman 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 i dr., 2002). U istom okrugu Strawbridge i suradnici proveli su longitudinalno istraživanje. U 28 godina (1968. – 1994.) potvrdilo se da kod ljudi koji učestalo odlaze u crkvu postoji manji rizik od smrtnosti te da su u tom razdoblju 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 i dr., 1997). Studije Omana i Reeda te Koeniga i suradnika potvrdile su u velikom dijelu ove nalaze. Oman i Reed su u kalifornijskom okrugu Marin pet godina pratili slučajan uzorak 1931 stanovnika starijeg od 55 godina. Ispitanici su podijeljeni u dvije grupe – oni koji odlaze tjedno ili u određenim prilikama u crkvu na vjerske službe te oni 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 i Reed, 1998). Slično je i regionalno istraživanje provedeno u regiji Piedmont u Sjevernoj Karolini u SAD-u. Nakon što je testirana kovarijatnost na brojnim varijablama, nalaz o smanjenoj smrtnosti kod religijski aktivnih ispitanika je potvrđen (Koenig i dr., 1999).

Osim ovakvih istraživanja u kojima se proučavala 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-u, no postoje i relevantna istraživanja u nekim drugim zemljama svijeta. Uzorci ovih istraživanja variraju od 819 do 28 369 ispitanika. Isto tako variraju i nalazi, od onih koji upućuju na to da postoji 50 % veći rizik smrtnosti za one koji ne odlaze u crkvu do onih koji pokazuju da postoji 12 %

⁸ Studija Lise Berkman i Leonarda Symea iz 1979. godine značajno je pridonijela ne samo razvoju istraživanja odnosa religije i zdravlja već općenito i razvoju epidemiologije, a 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 okruga Alameda, potvrdila važnost socijalnih odnosa u zdravstvenom stanju pojedinaca. Devet godina (1965. – 1974.) pratili su iste ispitanike i pokazalo se da su ispitanici koji su 1965. godine imali manje socijalnih odnosa imali daleko veće šanse od ranijeg umiranja.

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

veći rizik smrtnosti za one koji odlaze u crkvu (Idler, 2011: 368). Spomenut ću ovdje neka od najznačajnijih istraživanja. Jedno je od tih i istraživanje provedeno nad slučajnim nacionalnim uzorkom od 3617 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 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. 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 aktivnošću (Musick, House i Williams, 2004). Jedno od najvećih istraživanja u ovom području provedeno je u sklopu *National Health Interview Survey – Multiple Cause of Death* u SAD-u. Radi se o slučajnom reprezentativnom uzorku nacionalne populacije od 21 204 odrasle osobe, koje su praćene od 1987. do 1995. godine. Pokazalo se da je odlazak u crkvu povezan s mortalitetom, i to na način da kod osoba koje ne odlaze u crkvu postoji 1,87 puta veći rizik smrtnosti nego kod osoba koje 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, a oni koji odlaze češće od jednom tjedno 82,9 godina. Drugim riječima, nalazi pokazuju da religiozniji ljudi žive dulje i do sedam godina¹⁰. Posebno je testirano da ne postoji utjecaj lošijeg zdravstvenog stanja na početku studije kod onih koji ne odlaze u crkvu ili su lošijeg socioekonomskog statusa. Isto tako pokazalo se kako postoji značajno veća vjerojatnost da će ispitanici koji ne odlaze u crkvu imati lošije zdravstveno stanje (Hummer i dr., 1999). Osim ovih, poglavito američkih istraživanja, značajna su i ona provedena u drugim zemljama. Tu se posebno ističu istraživanja provedena u Izraelu, Danskoj i Tajvanu. U jednom izraelskom istraživanju evidentno je da postoji značajno smanjena razina smrtnosti za religiozne muškarce i žene (Abramson, Gofin i Peritz, 1982), dok u drugom ta značajnost postoji samo kod muških ispitanika (Goldbourt, Yaari i Medalie, 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, Avlund i Schultz-Larsen, 2006). U tajvanskom istraživanju skupljali su se uzorci urina i krvi ispitanika te se provjeravalo njihovo psihofizičko stanje (Yeager i dr., 2006). No povezanost nije utvrđena, iako je u nekim sličnim istraživanjima utvrđena povezanost između religioznosti i biomarkera (Lutgendorf i dr., 2004). Međutim, sa sigurnošću možemo zaključiti da je u najvećem broju istraživanja utvrđena bivarijatna korelacija

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 i Kasl, 1992).

između odlaženja na religijske službe i mortaliteta. Ta je veza 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 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 nacrtā, testiranih varijabli i obuhvata populacija (Hummer i dr., 2004). Iako se takva istraživanja dominantno provode u SAD-u, postoje i značajne studije u nekim drugim zemljama. Važno je istaknuti da se vrlo često radi o rigoroznim statističkim analizama, a u posljednje vrijeme provode se i metaanalize kojima je cilj utvrditi značajnost tih istraživanja.

2.2.2. Religija i kardiovaskularna oboljenja

Oboljenja kardiovaskularnog sustava su 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 judeokršćanskim grupama kao što su židovi (Dreyfuss, 1953; Epstein i Boas, 1955; Goldbourt, Yaari i Medalie, 1993; Friedman i Hellerstein, 1967; Shapiro, Weinblatt i Frank, 1969), katolici i protestanti (Wardwell, Bahnson i Caron, 2010; Watson, 1991), mormoni (Lyon i dr., 1978; Enstrom, 1989) i adventisti sedmoga dana (Phillips i dr., 1978; Phillips i dr., 1980; Snowdon, Phillips i Fraser, 1984; Fraser i dr., 1992), ali i među pripadnicima drugih svjetskih religija (Gupta i dr., 1997; Gopinath i dr., 1995). Zanimljivo je istaknuti upravo posljednja dva spomenuta istraživanja. Tijekom dvadeset godina istraživalo se 3148 stanovnika u odabranim naseljima u indijskoj pokrajini Rajasthan. Rizik oboljenja od koronarnih srčanih bolesti operacionaliziran je tako da su pregledani liječnički dosjei pacijenata, odgovori na upitnik Svjetske zdravstvene organizacije te promjene utvrđene EKG uređajem. Isto tako, ispitanici su upitani o prakticiranju joge i molitve. Analiza je pokazala da postoji 70 % manja mogućnost oboljenja od koronarnih srčanih bolesti kod ispitanika koji su prakticirali jogu ili su se molili (Gupta i dr., 1997). U drugom istraživanju, također provedenom u Indiji u New Delhiju na populaciji od 13 560 odraslih ispitanika, indikatori srčanih oboljenja utvrđeni su kliničkom povijesti ispitanika te EKG-om. 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 i dr., 1995).

Uz istraživanja koja pokazuju denominacijske razlike, u nešto manjoj mjeri postoje i istraživanja koja proučavaju povezanost religioznosti i kardiovaskularnih bolesti. Jedno od takvih istraživanja proveli su Oxman i suradnici na pacijentima koji su bili na operaciji srca. Autori su utvrdili da postoji viši rizik od šest mjeseci ranije smrti kod pacijenata koji nemaju utjehu u svojoj vjeri. Nalaz je potvrđen i nakon testirane kovarijatnosti za određene sociodemografske varijable (Oxman, Freeman i Manheimer, 1995). Posljednjih godina sve su učestalije studije koje se bave odnosom religioznosti i hipertenzije (Lapane i dr., 1997; Levin i Vanderpool, 1989; Koenig i dr., 1998). Skupljajući podatke u tri vremenska vala (1986., 1989. – 1990., 1993. – 1994.), istraživači su na probabilističkom uzorku od 3963 osobe starije od 65 godina intervjuom utvrđivali uzimaju li ispitanici lijekove za krvni tlak i je li ih 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, nalazi su pokazali da je visok krvni tlak češći kod ispitanika koji manje odlaze u crkvu te rjeđe čitaju Bibliju (Koenig i dr., 1998).

2.2.3. Religija i rak

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 časopisu *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 nežidova (Marshall, 1890). Istraživanja iste populacije nastavljena su i kasnije, a postoje i istraživanja na pripadnicima drugih vjerskih zajednica (Phillips i dr., 1980; Phillips i dr., 1978; Enstrom i dr., 1980; Enstrom, 1989), primjerice amišima. Tako su Hamman i suradnici 1981. godine proveli kontrolnu studiju uzroka smrti amiša u tri naselja u Ohio, Pennsylvaniji i Indiani (SAD). Koristeći podatke sa smrtovnica i iz popisa stanovništva, istraživači su uspjeli utvrditi razinu mortaliteta. Iako nije postojala strukturna razlika između amiša i neamiša, 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. Razlika u korist amiških žena postojala je u dobnoj skupini između 10 i 39 godina života (Hamman, Barancik i Lilienfeld, 1981). Jedno od istraživanja provedeno je i na prostoru bivše Jugoslavije, u kojem je uspoređena stopa raka vrata maternice između muslimanskih i nemuslimanskih žena mlađih od 60 godina. Razlike između ovih dviju grupa očitovale su se u nižoj stopi raka vrata maternice kod muslimanskih žena, i to ponaj-

prije zbog toga što su iskazivale veću razinu religijske angažiranosti, pa samim time i u manjoj mjeri konzumirale alkohol i cigarete (Kessler i dr., 1974). Pokazuje se da je religioznost, bilo mjerena kroz crkvenu praksu ili samo religijsku pripadnost, povezana s nižim razinama oboljenja od raka, i to uz pomoć mehanizama utjecaja na zdraviji životni stil (izbjegavanje pušenja cigareta, pijenja alkohola, zdravija prehrana i sl.). To je i očekivano s obzirom na to da postoje dokazi kako otprilike dvije trećine svih oboljenja od raka mogu biti prevenirane zdravijim životnim stilom (Koenig i dr., 2001: 317). Važno je istaknuti i da su brojna istraživanja pokazala značajnost religije kod osoba oboljelih od raznih vrsta raka, i to proučavajući 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 i Fernsler, 1994; Querezoli i dr., 2001; Wallace i dr., 2001; Kershaw i dr., 2004; Drozd-Dabrowska, 2005; Balboni i dr., 2007).

2.3. Odnos religije i mentalnog zdravlja

Od svojih početaka u drugoj polovici 19. stoljeća psihologija je počela razvijati interes prema proučavanju religije s individualnog aspekta, pri čemu se taj interes tijekom vremena modificirao. Relevantni psiholozi poput Junga, Fromma, Allporta, Maslowa, Frankla, Jamesa i Halla, čiji su radovi u velikoj mjeri odredili i razvoj same psihologije, isticali su važnost psihologijskog proučavanja religije i duhovnosti kako bi se pojedinac razumio u cjelini (Hussain, 2011). Pronalaženje smisla i utjehe u životu, zadovoljavanje temeljnih i viših potreba, pitanje intrinzične i ekstrinzične religioznosti te 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 središtu 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 ponovno 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 i dr., 2000; Chamberlain i Hall, 2000; Levin i Schiller, 1987; Gartner, Larson i Allen, 1991). Osim psihologa u tom području sudjeluju i epidemiolozi, gerontolozi, istraživači unutar kliničke prakse, ali i ostali znanstvenici iz područja društvenih znanosti poput sociologa. Općenita bi podjela ovih istraživanja 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 je 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. Oni su istraživali raširenost mentalnih oboljenja među aktivnim i neaktivnim članovima katoličkih, protestantskih i židovskih zajednica. Glavni je nalaz u toj studiji da kod aktivnih članova svih triju navedenih religijskih zajednica postoji manja raširenost mentalnih oboljenja. Slični su nalazi kasnije potvrđeni i u istraživanju provedenom u New Havenu o povezanosti između religijske pripadnosti i crkvene prakse s jedne strane i psiholoških oboljenja s druge strane (Lindenthal i dr., 1970). Poznati sociolog religije Rodney Stark analizirao je podatke iz istraživanja s kontrolnim grupama među izvanbolničkim pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti u Kaliforniji. U tom je istraživanju došao do važnog nalaza koji govori o tome kako 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 generacije doživjela značajne kritike, i ova su istraživanja upućivala na potrebu kompleksnijih istraživačkih nacrti. Glavne zamjerke bile su upućene na uzorkovanje (premali i nereprezentativni uzorci) i nedostatak 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 upućivati na vezu između religije i mentalnog zdravlja. Tako je postajalo jasno da je religijski angažman odnosno religijska involviranost (pojam koji često koriste istraživači u ovom području) povezana s brojnim psihičkim elementima pojedinca, kao što su, primjerice, suočavanje s problemima, samopoštovanje i vještine, zadovoljstvo životom, depresija, kronična anksioznost, demencija, sreća, usamljenost ili pak emocionalna prilagodba (Levin, Chatters i Taylor, 1995; Schaie, Krause i Booth, 2004; Koenig, Moberg i Kvale, 1988; Idler, 1987). Primjeri novog vala istraživanja, koji su na metodološkoj razini pokušali prevladati početne kritike, posebno su radovi Levina i suradnika iz 1996. te Ellisona i suradnika iz 1997. godine. U prvome 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 kako Afroamerikanci koji u crkvu odlaze češće od jednom tjedno i koji češće iskazuju da ih religija vodi kroz život, imaju smanjene psihičke tegobe i smanjeni rizik od velikih depresivnih poremećaja (Ellison i Levin, 1998).

¹¹ Socijalna gerontologija odnosno gerontologija multidisciplinarno je 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).

S obzirom na to da postoji utjecaj religije na razne aspekte mentalnog zdravlja, poput utjecaja na depresiju, anksiozne poremećaje, shizofreniju 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.

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 multidimenzionalan je konstrukt koji se sastoji od različitih subjektivnih procjena koje pojedinci imaju o svojem životu, događajima i okolnostima u kojima žive. Dokazi psiholoških istraživanja o samoprocjeni zadovoljstva životom i samoprocjeni sreće govore da se radi o pouzdanim indikatorima o tome kako su pojedinci zadovoljni svojim životom (Galloway i dr., 2006). Na temelju pregleda literature, istraživanja o odnosu religije i subjektivne dobrobiti mogu se 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 na to da treći tip istraživanja onemogućuje generalizacije na populaciju jer se radi o malim, nereprezentativnim uzorcima koji uglavnom obuhvaćaju osobe oboljele od određene bolesti.

Za prva istraživanja na reprezentativnim uzorcima karakteristično je korištenje indikatora 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 mjereno samo indikatorom odlaska u crkvu) i subjektivne dobrobiti (mjereno indikatorom zadovoljstva životom) (Koenig, McCullough i Larson, 2001). S vremenom su studije počele koristiti složeniju metodologiju s kompleksnijim mjerama religioznosti i subjektivne dobrobiti (Ellison, 1991; Krause, Ellison i Wulff, 1998; Poloma i Pendleton, 1989; Levin, Chatters i Taylor, 1995; Chatters, 2000; Ellison i George, 2010). Postoji nekoliko argumenata oko kojih se znanstvenici u ovom području slažu. Većina studija koje se bave odnosom religije i subjektivne dobrobiti pronalazi 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 (Koenig i dr., 2001: 117). Slične potvrde mogu se pronaći i u nekim drugim studijama (Ellison i Levin, 1998; Witter i dr., 1985). Drugi argument oko kojeg postoji slaganje jest da

je religioznost konzistentan prediktor subjektivne dobrobiti (Inglehart, 2010; Stark i 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 i Gay, 1989). Uz ove elemente jasna je i povezanost između odlaska u crkvu i subjektivne dobrobiti, što čini ovaj indikator religioznosti konzistentnim korelatom (Ellison i Levin, 1998).

2.3.2. Religija i depresija

Depresija je među najzastupljenijim i najraširenijim mentalnim oboljenjima u svijetu. Procjenjuje se kako je preko 450 milijuna ljudi oboljelo od depresije. Radi se o mentalnom poremećaju koji se očituje u depresivnim raspoloženjima, gubitku interesa za užitkom, poremećajima spavanja i ishrane, osjećajima krivnje i niskog samopouzdanja te osjećaju smanjene energije i loše koncentracije (Kirch, 2008). I ovdje ću spomenuti neke studije na populacijama na temelju pregledane literature. Brojna su istraživanja koja su ispitivala 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 i dr., 1997; Koenig, McCullough i Larson, 2001). Studije pokazuju kako postoji veća vjerojatnost da će židovi, za razliku od nežidova, u životu češće doživjeti depresiju te da će trajanje depresije biti dulje. Čak se procjenjuje da se radi o 1,5 do 2 puta većoj vjerojatnosti (Levav i dr., 1997). Kod, primjerice, katolika studije se razlikuju u svojim nalazima. U nekim studijama pokazuje se negativna korelacija s razinom depresije (Miller i dr., 1997; Levav i dr., 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 i dr., 1994; Meador i dr., 1992). Pretpostavka je da pentekostalizam u većoj mjeri privlači osobe koje su depresivne (Koenig i dr., 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 samoidentifikacijom, procjenom važnosti religije, odnosno tzv. indikatorima opće religijske uključenosti (*general religious involvement*). Nalazi pokazuju da su neke dimenzije religioznosti povezane sa smanjenom razinom depresije (Ferraro, 1998; Fehring, Brennan i Keller, 1987; Bienenfeld i dr., 1997). Osobe koje su više angažirane u religijskim zajednicama i koje visoko vrednuju svoju vjeru imaju manji rizik od depresivnog oboljenja (Kennedy i dr., 1996; Strawbridge i dr., 1998), a i kada obole od depresije, oporavak traje kraće (Braam i dr., 1997). Slič-

ne zaključke potkrepljuju i nalazi iz istraživanja provedenog u nekoliko europskih zemalja na starijem stanovništvu (Braam i dr., 2001). S obzirom na to da postoje brojne studije u ovom području, Smith, McCullough i Poll napravili su metaanalitički pregled nad 150 studija u kojemu su pokazali da postoji povezanost između depresije i religioznosti te da se radi uglavnom o negativno koreliranom odnosu (za osobe s višom razinom religioznosti veća je vjerojatnost da će imati manje depresivnih simptoma). 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 kako 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, McCullough i Poll, 2003).

3. PREMA IZGRADNJI TEORIJE

3.1. Sociologija odnosa religije i zdravlja. Prema teoriji 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 predstavljenim istraživanjima, no potrebno ih je pokušati sustavno prezentirati. U tom smislu plauzibilno je i sociologijski teoretizirati odnos religije i zdravlja. No, kako bi se doprinijelo izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja, prvenstveno je potrebno pokušati odrediti i opisati 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 idejom da se religiji može pristupiti s tri razine (Ćimić, 1988). Jedna razina govori o religiji *per se*, što podrazumijeva u vebe-rovskom idealtipskom 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 trorazinski pristup koji nam je ponudio Ćimić jasno je kako je religija kompleksna i multidimenzionalna pojava te da namjera jednoznačnog i jasnog određenja pojma religije ostaje samo namjera, a nikada konačan uspjeh.

Religija je u suvremenim (post)industrijskim društvima i dalje značajna socijalna činjenica koja u mnogočemu povezuje (a trorazinski pristup podsjeća nas da je za to i sposobna) dnevno-socijalne, političke i ekonomske aktivnosti. Michele Dillon (2003) ističe da je važno empirijski promatrati religiju zbog barem tri razloga. Jedan je taj što religija ima potencijal odigrati vitalnu emancipatorsku ulogu u procesima društvenih promjena. Drugi je razlog što religija ima heurističku vrijednost u rasvjetljavanju razumijevanja individualnih iskustava u svakodnevnom životu. Tu treba dodati da time pruža i razumijevanje za odnos pojedinaca prema društvu, a treći je razlog što ima prediktorske sposobnosti raznih socijalnih i individualnih procesa, od političke sfere do individualnih zdravstvenih ishoda. Drugim riječima, društveni segmenti u kojima je religija ključan čimbenik su brojni, pa stoga i ne čudi da je znanstveni interes za religiju prisutan, i to u brojnim znanstvenim disciplinama kao što su historiografija, filozofija, pedagogija, socijalna antropologija, religiologija, teologija, psihologija, sociologija, političke znanosti itd. Svaka 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, čemu u prilog govore i razne debate između, ali i unutar znanstvenih disciplina. Unutar sociologije religije ta debata uglavnom uključuje dva tabora. U jednom se više zagovara supstantivna, a u drugom funkcionalna definicija religije (Furseth i Repstad, 2006; Hamilton, 1995). Cilj supstantivne definicije jest pronalaženje zajedničkih dimenzija koje religije imaju kako bi se religija odredila s obzirom na svoj sadržaj, dakle na svoju supstancu. S obzirom na to da se sociologija religije razvijala prvenstveno unutar judeokršćanske tradicije, supstantivisti u svojem pokušaju definiranja polaze od zapadnocentrične perspektive u kojoj dominira kršćanstvo, pa stoga religiju određuju kao set vjerovanja u nadnaravnu stvarnost. U tom odnosu prema nadnaravnom, odnosno svetom, uz vjerovanja važne su i religijske prakse, institucije i simboli. Dakle, radi se o čovjekovu 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 funkcije koje religija može imati u individualnom i društvenom životu. Religija kao sustav ideja, vjerovanja, vrijednosti i praksi određuje se u smislu utilitarnosti ili učinka koji može imati na pojedince i/

ili društvo (Furseth i Repstad, 2006: 20). Osnovna kritika funkcionalne definicije jest 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, sve što ima integrativnu funkciju može se smatrati religijom (Hamilton, 1995: 19), pri čemu se zanemaruje njezina moguća disfunkcionalna uloga ili utjecaj. Usprkos kritici, funkcionalna definicija religije zasigurno je plodonosnija upravo za područje odnosa religije i zdravlja. Dvije nam definicije iz ove perspektive 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 totalitetu ispunjenom značenjima, i to stvaranjem referentnog okvira za interpretaciju stvarnosti (Furseth i 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 njezina odnosa prema ljudskom zdravlju može definirati kao sustav vjerovanja, praksi, značenja i obrazaca ponašanja koji pruža pojedincu referentni okvir za nošenje s problemima života, stvarajući time uvjete za njegovu integraciju u širi društveni okvir. Religija je time resurs koji stoji čovjeku na raspolaganju tijekom njegova života i koji može imati učinke (pozitivne ili negativne) i na ljudsko zdravlje.

No, pokušaji određenja religije prvenstveno nas 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, 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 razvija se uvijek u određenom društvenom kontekstu te je obilježen individualnim i društvenim karakteristikama (Marinović Jerolimov, 2005a). U tom smislu često se, i izvan znanstvenog diskursa, distingvira religija i **vjera**, pri čemu 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). Ovdje treba spomenuti još jedan pojam koji se u posljednje

vrijeme često koristi u istraživanjima odnosa religije i zdravlja, a radi se o pojmu **duhovnosti** (George i dr., 2000; Frey, 2005; McGuire, 1993; Cohen i Koenig, 2003; Thoresen i Harris, 2002). Istraživanja pokazuju da neki pojedinci u samoidentifikaciji odabiru prije pojam duhovan nego religiozan (Roof, 1999; Wuthnow, 1998; Heelas i Woodhead, 2005; Jugović i Ančić, 2014). 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 prijetnju 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 među tim pojmovima (Barker, 2004: 30): prvi je odnos potpunog preklapanja, drugi 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 i Marinović Jerolimov, 2011: 76). Ako bismo na trenutak pristali uz teoretičare koji duhovnost promatraju kao društveno relevantni fenomen, mogli bismo, analogno Ćimićevom trirazinskom pristupu religiji, isto tako govoriti o duhovnosti *per se*, duhovnosti kao društveno-povijesnoj činjenici te duhovnosti kao osobnom iskustvu, pri čemu nas upravo duhovnost na ovoj drugoj razini upućuje na to kako sam pojam u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja prvenstveno ovisi o društvenom kontekstu. Stoga ne smijemo teorijski i empirijski odustati od pojma duhovnosti i potencijalnog odnosa sa zdravljem, ali upotreba pojma smislena je kada znamo više o društvenoj pojavnosti duhovnosti¹².

Kompleksnost odnosa religioznosti i duhovnosti i nemogućnost jasnog i jednoznačnog definiranja samo dodatno ide u prilog potrebi promatranja religije odnosno religioznosti kao multidimenzionalnog konstrukta. Najznačajnija teorijska tipologija religije jest tzv. petodimenzionalni model Charlesa Glocka i Rodneyja Starka¹³. U njemu se određuje pet dimenzija koje su karakteristične svim religijama – dimenzija

¹² S obzirom na to 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 neće se koristiti u istraživanju.

¹³ Detaljniji pregled razvoja višedimenzionalnog pristupa religiji te raspravu između zagovaratelja jednodimenzionalnog i višedimenzionalnog pristupa pogledati u: Marinović Jerolimov, 1995.

vjerovanja, dimenzija religijske prakse, iskustvena dimenzija, dimenzija religijskog znanja i posljedična dimenzija (Stark i Glock, 1968).

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 koje pojedinac prihvaća. Sadržaji vjerovanja se, naravno, razlikuju među religijama, no dimenzija je karakteristična za sve religije, a očekuje se da će pojedinac te sadržaje prihvatiti.

Dimenzija religijske prakse uključuje zapravo dva oblika – rituale i pobožnost. Rituali, primjerice unutar kršćanstva, odnose se na odlaske u crkvu, krštenje, pričest, potvrdu i sl., dok je pobožnost manje formalizirana i nema toliko 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. Očekuje se da pojedinci izvode oba oblika.

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

Dimenzija religijskog znanja odnosi se na skup informacija o religiji koji 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 istraživanjima koja su provodili socijalni epidemiolozi, religioznost se dugo mjerila jednim, eventualno dvama indikatorima. 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 time važan doprinos nastavku višedimenzionalnog poimanja religije i izvan područja odnosa religije

¹⁴ Kada se govori o ovoj dimenziji religijskog znanja, treba ipak spomenuti da se ona malo istraživala u svijetu te da postoje razlike unutar 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 sveprisutna u Europi, i to poglavito među mlađom generacijom (Davie, 2005).

i zdravlja (Fetzer, Group i dr., 1999; Traphagan, 2005; O'Connell i Skevington, 2007; Frey, 2005; Musick, George i Powell, 2003; Hall, Meador i Koenig, 2008).

Definirati **zdravlje** predstavlja jednako težak poduhvat kao i definirati religiju. Razvojem medicinske sociologije, poglavito nakon Drugoga svjetskog rata, definicije zdravlja itekako su se mijenjale. Razvojem te sociološke discipline i različitim sociološkim teorijskim perspektivama definicija zdravlja izmakla je ekskluzivnosti definiranja biomedicinske perspektive koja se usredotočila samo na biološku razliku između „normalnog“ i „abnormalnog“. Ta je perspektiva promatrala zdravlje odnosno bolest otkrivanjem kliničkih simptoma, smatrajući da se radi o prisustvu biološke patologije (Thomas, 2003). Razlog je tomu što medicinski model odvaja duh i tijelo te bolest smješta samo u kontekst tijela, reducirajući tako zdravlje na biokemijske i neurološke procese, a zanemarujući socijalne, psihološke i bihevioralne dimenzije (Engle, 1977). Stoga su različiti konceptualni pristupi u istraživanju zdravlja doveli do različitih definicija pojma, pa se i definicije mogu tipologizirati kroz dihotomije – od idealnotipskih nasuprot normativnim definicijama, biomedicinskih nasuprot socijalno-medicinskim definicijama, laičkih nasuprot profesionalnim definicijama, statičkih nasuprot dinamičkim definicijama do strukturalno-funkcionalnih nasuprot adaptacijskim definicijama (Cerjan-Letica i dr., 2003). Jedna od najčešće spominjanih definicija jest ona u Statutu Svjetske zdravstvene organizacije, koja shvaća zdravlje 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). Ovakvo određenje zdravlja daje pojedincu veći značaj, u smislu da je čovjek 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 dominirajućih medicinskih znanosti, najveći doprinos ostvarila je upravo ističući dvije ključne primjedbe.

Prva je primjedba ta da je zdravstveni status pojedinca odnosno populacije pod snažnim utjecajem socijalnih čimbenika (Štifanić, 2001; Cockerham, 2004; Cockerham, 2009; Wainwright, 2008). Shvativši da je pristup zdravlju, kojim se nastoje otkriti patogeni uzroci (primjerice virusi) bolesti, ograničen i nedostatan, znanstveni istraživači više napora ulažu u razotkrivanje utjecaja sociopatoloških uzroka, kao što su, primjerice, siromaštvo, zagađeni zrak ili loši stambeni uvjeti. Stoga kada govo-

rimo o determinantama zdravlja, uz fizičke i biološke čimbenike moramo voditi računa o socijalnim i kulturalnim čimbenicima. Istražujući socijalne determinante zdravlja, otkrivamo na koji način društvo i njegove sociokulturne i socioekonomske organizacije te vrijednosti i norme utječu na zdravlje pojedinaca odnosno populacije. Pitanja socijalnih nejednakosti, diskrepancije među socijalnim klasama, rodnih razlika, materijalne deprivacije, klimatskih promjena, ekonomskih kriza, bračnih i obiteljskih problema i sl. postaju značajnim odrednicama osobnog zdravlja. Uz navedene socijalne odrednice zdravlja važna je i spoznaja kako na zdravlje značajan utjecaj ima i psihološko stanje pojedinaca. Izlaganje psihičkim stresorima pojedinac može doživjeti tako da ima fiziološke manifestacije kao što su srčana oboljenja, rak, oslabljeni imunološki sustav i sl. Tako je, primjerice, Wilkinson tvrdio kako je u bogatijim zemljama, u kojima su prisutne velike socijalne nejednakosti, zdravstveno stanje populacije lošije nego u siromašnijim zemljama u kojima su socijalne nejednakosti značajno manje. Tu razliku u zdravstvenim stanjima možemo interpretirati činjenicom da socijalne nejednakosti doprinose stvaranju psihološkog stresa koji se onda manifestira lošijim zdravstvenim stanje (Wilkinson, 1996).

Druga primjedba medicinske sociologije značajna za paradigmatšku promjenu promatranja zdravlja jesu dva aspekta zdravlja, odnosno činjenica da zdravlje može biti subjektivno kao što može biti i objektivno. Pojedinac objektivno može imati određeni zdravstveni problem koji 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 medicinskoj struci. Neki istraživači čak 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 se percepcije zdravlja razlikuju ne samo među pojedincima nego i među različitim socijalnim grupama. No, ponašanje pojedinaca koje utječe na zdravlje jedan je od najvažnijih elemenata osobnog zdravlja i dobrobiti. Iznimno je teško otkriti koja sve individualna ponašanja utječu na zdravlje te koja je priroda tog utjecaja, no moguće je definirati zdravstveno ponašanje kroz individualne atribucije u dimenzijama, kao što su vrijednosti, vjerovanja, motivi, očekivanja, percepcije i kognicija, koje utječu na osobno zdravlje. Uz ove attribute važne su osobne karakteristike te bihevioralni obrasci, akcije i navike koje utječu na zdravlje, bilo da ga čuvaju, obnavljaju ili poboljšavaju (Gochman, 1997).

Tri su dimenzije zdravstvenog ponašanja koje je ipak moguće jasnije odrediti (Kasl i Cobb, 1996). Prva se odnosi na **preventivno zdravstveno ponašanje** koje podrazumijeva individualne akcije usmjerene prema otkrivanju ili prevenciji bolesti. Takva su ponašanja, primjerice, redoviti odlasci na liječničke preglede, korištenje sigurnosnog pojasa u automobilu ili pak upotreba kondoma tijekom spolnog odnosa. Druga je dimenzija **ponašanje povezano s bolestima**, kada pojedinci poduzimaju

određene akcije ako misle da su bolesni, s ciljem otkrivanja svojeg zdravstvenog stanja i načina izlječenja. Treća je dimenzija **ponašanje u ulozi bolesnika** (*sick-role behaviour*), što podrazumijeva akcije koje pojedinci poduzimaju kada misle da su bolesni s ciljem ozdravljenja, a uključuje primanje terapije koju su propisali zdravstveni djelatnici ili promjenu ponašanja koja se očituje u odstupanju od dnevnih rutiniranih radnji. Ove se dimenzije naravno i preklapaju, pa je stoga potrebno napraviti razliku između ponašanja povezanog sa zdravljem i životnog stila povezanog sa zdravljem 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*) jedno je od najvažnijih koncepata u očuvanju zdravlja, a podrazumijeva akcije s ciljem očuvanja vlastitog zdravlja. Primjeri su različiti, od redovitih liječničkih konzultacija, redovitog vježbanja i promatranja vitalnih znakova do traženja informacija u raznim vrstama 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 se više istražuje i seksualno ponašanje (*sexual behaviour*) koje je kompleksno istraživačko područje, a naglašava važnost redovite upotrebe kontracepcijskih sredstava, limitiranja broja seksualnih partnera ili pak seksualne apstinencije, što utječe na prevalenciju spolno prenosivih bolesti. Četvrti tip ponašanja odnosi se na ponašanje povezano s prehranom (*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 ponašanja 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, a problem nastaje kada pretjerana uporaba dovodi do zlorabe štetne za zdravlje. Sva ova ponašanja mogu biti jednokratna ili povremena, ili pak redovita i planirana. Ako se radi o ponašanjima koja se ponavljaju te proizlaze iz određenog sustava vjerovanja, 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, Smiley i Gonzales, 1988). No jasne crte razdvajanja između fizičkog i mentalnog zdravlja nema ili ju je barem teško povući. U prilog tomu govori i mogućnost da se o zdravlju govori kao o socijalnoj kategoriji, i to kroz sintagmu soci-

jalno zdravlje. 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** može se 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 je aspekt 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 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, Shaw i Liang, 2011; Krause i dr., 2001; Berkman, 1985; Taylor i Chatters, 1988; Krause, 2006; Nooney i Woodrum, 2002).

Promjena paradigme od medicinskog modela definiranja i poimanja zdravlja prema socijalnom modelu određenja zdravlja nagnala je znanstvenike u području društvenih znanosti, ali i prirodnih, da postavljaju drugačija istraživačka pitanja kada istražuju zdravlje. Zašto su osobe lošijeg socioekonomskog statusa ujedno i lošijeg zdravstvenog statusa, posjeduju li žene više zdravstveno odgovornih navika, obolijevaju 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...? Sva ova pitanja postaju relevantnima i za istraživače zdravlja i za zdravstvene praktičare pri postavljanju dijagnoza. Stoga ne čudi mogućnost da se postavi i pitanje postoji li povezanost između religije i zdravlja.

¹⁵ Od 80-ih godina naovamo sve se češće 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 u liječenje bolesnih, a više u reguliranje zdravih (Wainwright, 2008). Štoviše, i sociologija redefinira samu sebe. Upravo se pred sintagmom medicinske sociologije daje prednost sintagmi sociologija zdravlja i bolesti, i to zato što sociološko istraživanje zdravlja i bolesti: a) ima kritički odnos prema medicinskom modelu; b) zbog interesa prema fenomenologiji zdravlja i bolesti u fokus stavlja pacijentovu percepciju i ekspresiju zdravstvenih problema; c) kritizira moderna društva u kojima medicinska profesija iskazuje interes primarno prema bolesti; d) kritički se odnosi prema medicalizaciji društvenih problema (Abercrombie, Hill i Turner, 2008: 356).

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 na temelju vlastitih empirijskih istraživanja, ali i vrlo opsežne empirijske literature problematizirati teorijski pristup u istraživanju odnosa religije i zdravlja (Levin, 2009; Krause, 2011; Blasi, 2011; Levin, Chatters i Taylor, 2011). Godine 2011. izašla je u izdanju međunarodne izdavačke kuće Brill knjiga *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 je način 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 dva legitimna načina izgradnje teorije u ovom području, ne može se reći da se radi o jedina dva načina.

S obzirom na to da se istraživanjima koja uključuju teorije 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, Chatters i Taylor, 2011). Ideju o četiri teorijska konstrukta posudili su iz gerontologije, pri čemu se ti konstrukti mogu promatrati na kvazitemporalnoj liniji, odnosno mogu se označiti 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 ovome se radu ti konstrukti proširuju s ciljem doprinosa izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja, ali i s ciljem razrade teorijskog modela koji će se istraživati u ovome 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 makroteorijskom 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 u ovoj se temi pokazuju kao iznimno instruktivne teorijske pretpostavke na kojima se sociologija odnosa religije i zdravlja može teorijski i epistemološki graditi, a upravo proizlaze iz makroteorijskih pristupa.

Jedna od prvih socioloških analiza bila je Durkheimova studija o samoubojstvu u kojoj je 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 i Supek, 2003). Prvo je egoistično, za koje je karakteristično pojedinčevo otuđenje 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 kako je u protestantskim društvima/područjima ta stopa viša, Durkheim u svojoj interpretaciji naglašava kako se radi o društvima s jače izraženom individualizacijom u kojima nedostaje „dostatno intenzivan kolektivni život“ (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 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 njezina 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 pojedinca, 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. Objašnjavajući 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 takva 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, odnosno načina na koji religija objašnjava mudrog i pravednog boga u kontekstu zlih životnih situacija, centralan je u Weberovoj sociologiji religije. 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 i dr., 2000; McCullough i Smith, 2003).

Na ovoj teorijskoj razini treba uzeti u obzir i sociološka razmatranja i perspektive koje istraživači u ovom području dosada 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 utjelovljenje religijskih dimenzija rituala i disciplinarnu regulaciju¹⁶ religijskih institucija (McGuire, 1990; 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 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 zahtijeva ulaganje ekstenzivnijeg i minucioznijeg truda, što nije cilj ovoga rada. Uzimajući u obzir kratko opisane radove Durkheima i Webera te mogući doprinos sociologije tijela, može se istaknuti kako se makroteorijski pristup odnosu religije i zdravlja temelji na ideji

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 (McGuire, 1990). No, iako se radi o tendencijama suvremenih društvenih procesa, pitanje regulacije i discipliniranja tijela nije samo suvremena tendencija, već je prisutno u različitim razdobljima i različitim kulturama.

religijskog utjecaja na discipliniranje, reguliranje i individualiziranje tijela. Važno je da se takvim teorijskim pristupom omogućuje izgradnja teorije primjenjive i izvan judeokršćanske 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, Chatters i Taylor, 2011). Primjeri takvih teorija u sociologiji su brojni, od teorije relativne deprivacije, preko teorije socijalne mobilnosti do teorije anomije. Upravo u području istraživanja odnosa religije i zdravlja neki autori (npr. Krause, 2011) smatraju da se teorijski okvir područja kreće upravo između različitih teorija srednjeg dometa, pri čemu je međusoban odnos tih teorija poprilično nejasan. Iako ne postoji sustavan pregled teorija srednjeg dometa o odnosu religije/religioznosti i zdravlja, mogu se uočiti dvije teorijske perspektive – psihološka i sociološka. U većini radova te se dvije perspektive često i preklapaju, no moguće ih je razdijeliti prema istraživačkim pristupima koji su često više usredotočeni na jedan 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 različite utjecaje na zdravlje (Ellison, 1995). Javna religijska aktivnost, odnosno religijsko ponašanje koje se ostvaruje u određenom društvenom kontekstu, odnosi se upravo na one elemente koje možemo pronaći u Durkheimovu makroteorijskom 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 povezanim sa zdravljem (*religious coping*). No, u izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja ove se dvije perspektive međusobno ne isključuju. Dapače, druga, dominantno psihološka perspektiva podjednako je sociološki utemeljena kao i prva. Gledajući s makroteorijskog nivoa, ona se naslanja upravo na Webera koji govori o religijskom potencijalu za pružanje utjehe pojedincima i za pružanje načina suočavanja s problemima. Ako prva perspektiva govori o socijalnoj podršci, druga, govoreći o religijskoj podršci, zapravo samo sužuje pristup odnosu religije i zdravlja. Robert Wuthnow u svojoj studiji o odnosima unutar formalnih vjerskih grupa ističe kako 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 sa 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 iznenađuje pojavljivanje istraživanja koja pokušavaju ove dvije perspektive koristiti komplementarno (Nooney i Woodrum, 2002; Krause i dr., 2001; Lavric i Flere, 2008; Krause, Ellison i Wulff, 1998).

Iako vrlo često s minimalnim doticajima, sociologija religije i sociologija zdravlja/bolesti upravo se 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 i dr., 2010; Kawachi, Kennedy i Glass, 1999; Kritsotakis i Gamarnikow, 2004; Hyypä, 2010). Socijalni kapital važan je za individualno zdravlje zbog toga što pruža socijalnu podršku, utječe na ponašanje pojedinca stvaranjem grupnog pritiska, i to očuvanjem normi koje promoviraju zdravlje, ili pak zbog toga što osnaživanjem grupnog identiteta može omogućiti pružanje emotivne podrške. Socijalni kapital ključan je za zdravlje i zbog toga što pojedincima pruža određene informacije važne za zdravlje (Song, Son i Lin, 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 (Hyypä, 2010), 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 u određenom razdoblju. Njime se lakše i brže ostvaruju emotivna podrška i razumijevanje, prijateljstva, osjećaj pripadnosti i briga za ostale članove, razmjena informacija i 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 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

rima, 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 kako 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, Hong i Sloan, 2005). No, razlika ipak postoji. Dimenzije poput doktrine, rituala, vjerovanja i tradicije, koje mogu utjecati na zdravlje, distinktivno su 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, kolektivnim aktivnostima grupe mogu jačati i individualne veze s društvom (Shapiro, 2011). Iako se može steći dojam kako religija ima samo pozitivan utjecaj na zdravlje, treba reći da neka istraživanja, ali u manjoj mjeri, pružaju dokaze o negativnoj povezanosti. Upravo se u vjerskoj zajednici mogu stvoriti negativni međudodnosi među članovima i s voditeljima vjerskih zajednica, koji mogu imati jači utjecaj na lošije zdravstveno stanje nego u sekularnim zajednicama zbog toga što su očekivanja o opraštanju drugima, pomaganju i voljenju svojih suvjernika 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 orijentirani na odnos religije i mentalnog zdravlja. Primjeri takvih modela su: model supresije, model umanjenja stresa, model prevencije, model modracije i model zdravstvenih učinaka (Ellison i Levin, 1998; Levin i Chatters, 1998). Ograničenja nekih od navedenih modela u izgradnji sociološke teorije odnosa religije i zdravlja nalaze se u tome što se modelima nastoji istražiti interakcijski učinak lošeg zdravlja (ili primjerice stresora) i religioznosti na mentalno zdravlje, no neki od aspekata navedenih modela mogu biti od pomoći u promišljanju 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 se može zbog ograničenja uzrokovanih zdravstvenim problemima ili zbog nekih drugih motiva učestalije moliti i/ili tražiti utjehu u religijskim tekstovima. Neka istraživanja pokazuju kako postoji povezanost između molitve i zdravlja (Poloma i Pendleton, 1989; Krause, 2010). Okrenuvši se religiji, osoba može primjenjivati religijske strategije nošenja s problemima koje su u korelaciji sa zdravstvenim stanjem (Pargament, Koenig i Perez, 2000; Pargament i dr., 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 razdoblju 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, ali uključuje i doprinos religijskog angažmana unutar vjerske zajednice, odnosno učinak koji 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 kako ima utjecaja na zdravlje (Krause i dr., 2001; Ellison i George, 2010; Taylor i 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 kako veća religijska involviranost utječe na ponašanja pojedinaca koja mogu imati utjecaj na zdravlje. Religija može kod pojedinaca utjecati na ponašanje koje se temelji na vlastitoj brizi o zdravlju te svojim pravilima pomoći pojedincima da se jasno odrede prema uporabi različitih supstanci kao što su alkohol, duhan, kokain, heroin i sl. te prema određenim prehranbenim navikama (Beeghley, Bock i Cochran, 1990; Bock i Cochran, 1987; Kravetz, 2005; Phillips i dr., 1978; Wallace i 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 epidemiološke studije širokog opsega (veliki broj ispitanika), karakterističan je za ovaj model.

Model 4 – *Vjerska zajednica kao socijalni resurs*. Slično kao u drugom modelu, i u ovome se stavlja naglasak na angažman pojedinaca u vjerskim zajednicama. Povećanom involviranošću i angažmanom pojedinca u vjerskoj zajednici lakše se ostvaruju socijalni odnosi, i to primarno zbog toga što pojedinci dijele zajedničke svjetonazore. Pri tome vrijednosni sustavi i norme koji 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, Ellison i Larson, 2010; Krause i dr., 2001; Lim i Putnam, 2010; Anson i dr., 1991; Bradley, 2010; Krause, Shaw i Liang, 2011; Krause i Cairney, 2009). Istraživanja kojima je u cilju analizirati utjecaj, odnosno posredujući učinak vjerske zajednice na osobno zdravlje dominantno su, 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 idealtipski modeli koji mogu pomoći u osmišljavanju nacрта istraživanja, ali ni u kom slučaju nisu sveobuhvatni, ni unutar svakog modela pojedinačno ni 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, socioekonomskog statusa i sl., no oni se prije mogu izdvojiti na četvrtom teorijskom nivou koji nazivamo *medijatori, moderatori i mehanizmi*.

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, Chatters i Taylor, 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, ako postoji pozitivan utjecaj religioznosti na zdravstveno stanje, može se posredovati upravo utjecajem religioznosti na ponašanja koja imaju salutarni utjecaj na zdravlje pojedinca.

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

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

Autori često u ovom području, nastojeći 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 povezani sa zdravstvenim ponašanjem (primjerice u preventivnom modelu spomenutom ranije), s vjerskom zajednicom kao socijalnim resursom ili pak sa stresom koji može utjecati na zdravlje.

Najšire opisani eksplanatorni mehanizmi mogu se pronaći u radu Christophera G. Ellisona i Jeffreya S. Levina pod naslovom *The Religion-Health Connection: Evidence, Theory and Future Directions* objavljenom 1998. godine. U njemu autori, koji su i među najznačajnijim istraživačima u ovom području, naglašavaju 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 i Levin, 1998). Mehanizmi kojima religija ostvaruje svoj utjecaj na zdravlje su sljedeći:

- a) regulacija individualnih životnih stilova i zdravstvenog ponašanja
- b) osiguravanje socijalnih resursa (primjerice socijalnih veza, formalne i neformalne podrške)
- c) promocija pozitivne samopercepcije poput samopoštovanja i osjećaja osobne vještosti¹⁷

¹⁷ Osjećaj osobne vještosti (*personal mastery*) odnosi se na individualni osjećaj kompetencije i uvjerenja o performansama u određenim područjima na temelju vlastitog iskustva (Berry i West, 1993).

- 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.

Ponešto slično, ali jezgrovitije, te kauzalne mehanizme analizirala je i Ellen Idler. Ona upozorava 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 pretpostaviti kako će povećani religijski angažman dovesti do povećanog prihvaćanja religijskih normi koje su usmjerene prema regulaciji životnih stilova kao što su 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 četvrto, u kojem ističe kako religijska participacija ima direktne pozitivne fiziološke učinke na otkucaje srca, krvni tlak, mišićni tonus ili imunološki sustav. Iako se dokazi za ovaj mehanizam mogu pronaći u nekim istraživanjima (Lee i Newberg, 2005; Musick, George i Powell, 2003), ostaje i dalje dvojba u kojoj se mjeri radi o posredujućem utjecaju religije/religioznosti kroz prva tri navedena mehanizma, a koliko se stvarno radi o izravnom 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, 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 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 jest raznolikost disciplina koje u njemu sudjeluju, pri čemu sve discipline nemaju jednaku standardizaciju znanstvenog pristupa. Tako,

primjerice, epidemiološke ili pak kliničke studije vrlo često nisu vođene teorijom, a ako i imaju neku teorijsku pozadinu, ona nije prikazana, već se kao motivacija za odabir istraživanja nalazi skrivena u samom istraživanju. To ne znači da se radi o ateorijskim radovima, već 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, Chatters i Taylor, 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 iznenađuje činjenica kako se rasprave o teorijskom/im pristupu/ima odnosa religije i zdravlja pojavljuju 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 te osmišljavanja istraživačkih nacрта do analize i interpretacije podataka. Uz to postoji još jedan bitan argument u prilog izgradnji i važnosti teorije odnosa religije i zdravlja. Naime, iako područje više nije novo te kako je u 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 se osobe ne razbolijevaju
- molitva ozdravljuje
- religija je najvažniji čimbenik 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 obolijevaju, ali sa smanjenim rizikom ili vjerojatnostima morbiditeta
- ne postoje empirijski dokazi da molitva liječi, ali postoje dokazi da može imati pozitivne utjecaje na zdravlje
- religija nije najvažniji čimbenik, ali je sigurno značajan čimbenik zdravlja
- ne postoje pouzdani znanstveni dokazi o nadnaravnim utjecajima na zdravlje.

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

Stoga je važno u istraživanjima jasnije i preciznije operacionalizirati istraživačka pitanja i korištene varijable kako bi se izbjegla zamka stvaranja novih i produbljivanja starih mitova u ovom području. Teorijski okvir ovog istraživanja proizlazi iz četiri teorijske razine prikazane u prethodnom poglavlju, a sam model bit će predstavljen 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 razlika naspram predmodernih društava može pronaći u činjenici kako 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, koju je Foucault naglašavao, kako sve religije imaju svoj specifičan odnos spram zdravlja i bolesti. Ako uzmemo u obzir socijalnu ulogu religije u odnosu prema zdravlju/bolesti, možemo vidjeti kako su prije, a i sada institucije koje se odnose na zdravlje/bolest (poput bolnica) često osnivali i organizirali religijski akteri ili, pak, kako razne religijske institucije i akteri javno i polemično sudjeluju u raznim raspravama koje se odnose na zdravlje i bolest, s naglaskom na etičkoj procjeni (npr. umjetna oplodnja, eutanazija, darivanje organa, zdravstveni odgoj i obrazovanje i sl.). Uz zapadni biomedicinski sustav sve se češće pojavljuje paralelno ili zamjensko korištenje drevnih medicinskih tradicija koje se još nazivaju 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 kako 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 povezane sa zdravljem, životima pacijenata, njihovim obiteljima i socijalnim mrežama 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 i 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.

¹⁹ Poznate su tri drevne medicinske tradicije – arapska, kineska i hinduistička (Quah, 2009).

Odnos religije i zdravlja, odnosno učinak koji religija može imati na zdravlje pojedinca, u idealtipskom konstruktu može se ostvariti na dvije razine, odnosno u dvije vrste religijskog ponašanja. Na jednoj razini može se ostvariti u vrsti religijskog ponašanja kojoj je dominantna karakteristika privatnost. Dakle, osoba u takvoj vrsti religijskog ponašanja svoju religioznost ostvaruje sama, bez posredstva drugih pojedinaca. Čitajući sakralne tekstove, kontemplirajući i meditirajući, pojedinac se može bez interakcije s drugima na različite religijske načine nositi sa zdravstvenim problemima ili pak smanjiti negativan utjecaj stresa na zdravlje. Razlog je tomu što religija pruža koherentan okvir značenja koji omogućava specifične načine suočavanja s problemima, utjehu i razumijevanje teških životnih tranzicija. S druge strane, salutarni učinak religije na zdravlje može se ostvariti religijskim ponašanjem kojemu je dominantna karakteristika javnost, odnosno komunitarnost. Komunitarni angažman općenito ima potencijal utjecaja 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 kako se osobe koje su religijski angažirane u vjerskim zajednicama mogu više i bolje brinuti o sebi, što se manifestira i u njihovu 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 i George, 2010; Ellison, 1991; Krause, Ellison i Marcum, 2002; Hummer i dr., 2004; Krause, Ellison i Wulff, 1998; Krause i dr., 2001; Mueller, Plevak i Rummans, 2001; George, Ellison i Larson, 2010). Odnos religijske involviranosti i zdravlja ponajviše se istraživao kroz komunitarni aspekt vjerske zajednice koja svojim članovima pruža socijalne veze (odnose) i socijalnu podršku. Vjersku zajednicu visoka razina homogenosti čini drugačijom od nekih drugih društvenih grupa koje su sekularne. Ta homogenost očituje se 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 ostvaruju socijalne odnose s većim brojem osoba te češće izmjenjuju određena dobra, usluge i informacije (Ellison i 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 suvjernici. 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 – religijske, socijalne i političke. Dijelevći vrijednosti i svjetonazore te interese i aktivnosti, vjernici si međusobno pružaju pomoć oblikujući vjersku zajednicu u suportivnu grupu. Unutar zajednica manifestiraju se razni oblici pomoći, pri čemu se vrlo često govori o objektivnoj i subjektivnoj podršci (Jones, 2004; Ellison i Levin, 1998). Objektivna podrška podrazumijeva pružanje i primanje pomoći, bilo da se radi o formalnim ili neformalnim kanalima vjerske zajednice, 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 socioekonomskog statusa, diseminacija informacija o raznim zdravstvenim problemima i uslugama, programi za mlade i obitelji itd. Takve su vrste podrška upravo formalne naravi jer ih posreduju i članovi i voditelji vjerske zajednice. Neformalni aspekti manifestiraju se upravo u odnosima koji se na neki način ostvaruju „nepisanim“ pravilima zajednice, odnosno interakcijom članova. I kod neformalnih oblika pomoći može se raditi o materijalnim i nematerijalnim primjerima pomoći. Davanje hrane, novčana pomoć, pružanje usluga prijevoza ili davanje informacija dobivenih iz neke druge socijalne mreže primjeri su materijalne pomoći koja se može odvijati i u neformalnim odnosima između članova.

Osim socioekonomske pomoći, iznimno je važna i socioemotivna 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 i dr., 2001). Vjerska zajednica stoga vrlo često nadopunjuje obiteljske odnose u pružanju pomoći pojedincima (Taylor i Chatters, 1988). Evidentno je, dakle, da povećani religijski angažman u određenoj vjerskoj zajednici može doprinijeti ne samo kvantiteti nego i kvaliteti socijalnih odnosa. Upravo zbog toga što se radi o homogenoj zajednici u kojoj su odnosi intenzivnog karaktera zato što se dijele vrijednosti, svjetonazori, iskustva i prakse, pojedinci mogu osnaživati svoje identitete, i to prvenstveno promjenom percepcije o sebi. Oni se mogu vidjeti kao „dobri prijatelji“, „dobri surpužnici“, „dobri roditelji“ ili čak kao „dobri seksualni akteri“ (Peitl, Peitl i Pavlovic, 2009; Ellison, 1993).

S obzirom na to da vrlo često teološki imperativ religija nalaže kako 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. Isto tako treba uzeti u obzir i temporalnu dimenziju, s obzirom na to da dugogodišnji individualni odnosi, u kojima se pruža pomoć i očekuje pomoć od drugih, stvaraju ono što se u literaturi navodi kao konvoji podrške (*supportive convoys*), koji pak doprinose razvijanju i očuvanju normi altruizma i reciprociteta (Taylor i Chatters, 1988; Ellison i George, 2010). Može se reći da se tako stvaraju „krediti“ među članovima, odnosno da osobe koje su angažirane u pomaganju drugima očekuju da će svoj angažman moći „unovčiti“ u trenucima kada će im trebati. Isto tako, redovito odlazanje na kolektivne rituale iznimno je važno jer se pokazalo kako povećani značaj sudjelovanja u kolektivnim događajima u vjerskoj zajednici doprinosi jačanju veza sa zajednicom (McMillan i Chavis, 1986), čime vjernici pridaju posebno značenje svojim zajednicama stvarajući zajednički osjećaj značenja i svrhe (Bellah i dr., 1985). Na taj način razvija se zajednički diskurs i set značenja koji, dajući interpretativan okvir za ljudsku patnju u vremenima nevolja i problema, doprinose smanjenju nesigurnosti, i to primarno porukama nade.

Pitanje koje se samo po sebi nameće jest 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 u SAD-u, 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) pokazale su da vjernici u nekim zajednicama, primjerice mormoni ili adventisti, imaju nižu razinu od mnogih kroničnih oboljenja, kao što je, primjerice, rak, što je povezano s manjom konzumacijom alkohola, cigareta i droga. Neke religije svojim vjernicima daju i jasne upute za prehrambene navike, kao što je izbjegavanje začinjene hrane, nekonzumiranje mesa ili post (Troyer, 1988). Religijski čimbenici mogu biti povezani i sa seksualnim ponašanjem, kao što je promiskuitetnost, upotreba kondoma, seksualna apstinencija i sl. (Brewster i dr., 1998; Štulhofer i dr., 2010; Puzek, Štulhofer i Božičević, 2012). Obiteljski život isto tako može biti pod utjecajem religije, bilo na način da religija utječe na bračnu monogamiju, vjerojatnost ulaska u brak ili bračno zadovoljstvo smanjenjem rizika od bračnih sukoba (Wilcox i Wolfinger, 2007; Mahoney i dr., 2001; Call i Heaton, 1997; Ellison i 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 (1998) smatraju da tomu prethode određeni razlozi. Jasno je kako religije pružaju određene norme koje utječu na ljudsko ponašanje. Te religijsko-etičke norme daju usmjerenje vjernicima u brojnim sferama njihova svakodnevnog života, zbog čega vjernici nastoje svoja ponašanja, ali i ponašanja dru-

gih, prilagoditi. Internalizirajući religijske norme, kod vjernika se u slučaju kršenja normi mogu javiti osjećaji 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. U nekim vjerskim zajednicama formalne sankcije podrazumijevaju izbacivanje iz zajednice (religije) ili uskrate nekih resursa koje zajednica pruža. Neformalne sankcije uključuju ismijavanje, ostracizam i sl. Uz adaptaciju ponašanja u skladu s propisanim normama vjernici mogu svoje životne stilove prilagođavati, odnosno oponašati one vjernike koji se percipiraju kao stanovite referentne točke u toj društvenoj mreži. Zaključno, religija utječe na ponašanja (ne)poželjna za zdravlje regulirajućim normama, pri čemu vjernici više prihvaćaju norme ako su više involvirani u svojoj religiji, odnosno ako su religijski angažiraniji. Ta religijska 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.

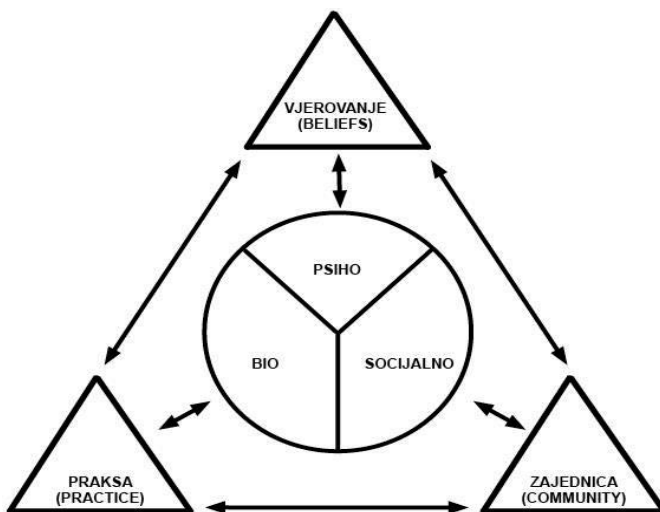
U tu svrhu koristan je model koji je predložio Loren Marks, koji se temelji na metaanalizi literature iz ovog područja te na nalazima istraživanja u kojima je koristio kvalitativnu metodologiju među mormonima, muslimanima, židovima i kršćanima, na individualnoj i grupnoj (obiteljskoj) razini (Marks, 2005). Kao prvo, Marks ističe kako njegov konceptualni model obuhvaća tri dimenzije religije, koje su se pokazale relevantnima za zdravlje, i to ne samo u okviru kršćanstva. To su vjerovanja, religijska 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 značajna je jer su određena ponašanja, koja su relevantna za zdravstveno stanje, 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 zajednica u trenucima stresa ili životnih gubitaka (npr. voljenih osoba) pruža psihološku pomoć u obliku socijalne, emocionalne i moralne podrške. 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 specifična je socijalna mreža koja se može kvalitativno razlikovati od drugih grupa time što pruža socijalnu podršku pojedincima i obiteljima, što se i pokazalo važnim čimbenikom koji utječe na subjektivnu dobrobit. Međutim, ne znamo 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 Lorenu Marksu

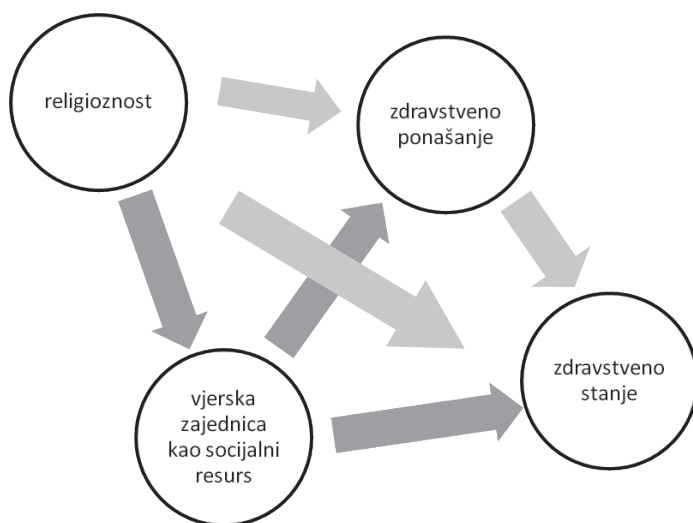


Na temelju modela koji su predložili Idler te Oman i Thoresen (Oman i Thoresen, 2002) i na temelju gore prikazana Marksova modela detaljnije ću skicirati teorijsko-kauzalnu mrežu (model) s naglaskom na dva od četiri glavna mehanizma kojima se ostvaruje odnos religije i zdravlja. S obzirom na to da je cilj u ovom radu istražiti utjecaj religije na zdravlje s posebnim naglaskom na sociološke aspekte, pokušat ću objasniti utjecaj religije na ponašanje povezano sa zdravstvenim stanjem te posredujući utjecaj religije kroz angažman u vjerskoj zajednici koja se može promatrati kao socijalni resurs koji doprinosi zdravlju tako što pruža socijalnu podršku.

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

Već je spomenuto 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 ta da je svaki od prikazanih elemenata multidimenzionalan. O kojim se točno dimenzijama radi bit 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 religije/religioznosti i zdravlja upravo angažman u vjerskoj zajednici. Pregled dosadašnjih istraživanja, koja su nastojala razotkriti dimenzije koje ima vjerska zajednica, a koje imaju salutarni učinak na individualno zdravlje, pokazuje kako postoji potreba za daljnjim istraživanjima, i to iz nekoliko razloga.

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



Kao prvo, istraživanja su često bila fokusirana na samo neke od mogućih dimenzija koje su značajne u kontekstu vjerske zajednice, a koje mogu imati utjecaja na zdravlje. Dimenzije koje su se istraživale odnose se na suportivni potencijal vjerske zajednice koji ima salutarne učinke na zdravlje, poput učestalosti socijalnih kontakata te dobivene i očekivane socijalne podrške. No, te se dimenzije nastoje proširiti, pa tako, primjerice, učestalost socijalnih kontakata kao dimenzija socijalnih odnosa ne govori dovoljno o prirodi odnosa, odnosno o vrstama socijalnih odnosa u vjerskoj zajednici koji su u korelaciji sa zdravstvenim ponašanjem i stanjem.

Istraživanja u ovom području dominantno su, pa skoro i isključivo kvantitativne prirode. Epidemiolozi, psiholozi, sociolozi ili pak klinički istraživači u metodološkim nacrtima i operacionalizaciji istraživanja koriste uglavnom kvantitativnu metodologiju koja postaje sve više kompleksnijom i statistički sofisticiranijom, namećući pritom kontinuiranu edukaciju istraživača i produbljujući razvoj metodologije u području društvenih znanosti. Kvalitativna metodologija time i dalje ostaje marginalnim pristupom, no ne samo iz tog razloga već i zato što postavljena istraživačka pitanja i hipoteze ne stvaraju potrebu za njezinim korištenjem. Jedno od ključnih pitanja, koje, čini se, dosada uopće nije postavljeno, odnosi se na to kako vjernici vide odnos religije i zdravlja. Smatraju li vjernici da religija uopće utječe na zdravlje, može li iz njihove perspektive religija doprinijeti zdravstvenom stanju, može li 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? Pitanja su to na koja dosada 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 važnim predmetom istraživanja u ovom području. No i dalje ostaje nerazjašnjeno kako i u kojoj je mjeri 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, Shaw i Liang, 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 koja su se provodila u SAD-u. Ta činjenica ne čudi s obzirom na to da su prvi istraživači upravo i bili iz SAD-a te da se u posljednjih 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 širom svijeta, posvetio je cijeli broj pod naslovom *How Faith Can Heal (Kako vjera može liječiti)* upravo 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 je religijska situacija u američkom društvu 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, Davie i Fokas, 2008; Davie, 2005) koje su često u samom središtu društvenog života američkih zajednica. Štoviše, pokazuje se kako u istraživanjima značajan utjecaj ima pripadnost rasnim grupama, pa shodno tomu i nalazi pokazuju kako se vjerske zajednice Afroamerikanaca razlikuju od vjerskih zajednica u kojima su dominantni bijelci glede odnosa religioznosti i zdravlja (Krause, Shaw i Liang, 2011). Stoga se nameće pitanje sociokulturnog konteksta, odnosno razlika u socioreligijskim 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.

3.2. Odnos religije i zdravlja u Hrvatskoj

Odnos religije i zdravlja općenito te važnost religioznosti kao značajne determinante zdravlja specifično, u Hrvatskoj se dosada nisu posebno istraživali ili, preciznije, pojavljivali su se kao istraživačka tema vrlo rijetko. Stoga je gotovo posve nepoznato postoji li odnos religije i zdravlja u hrvatskom društvu te, ako postoji, o kakvoj se prirodi odnosa radi. Zato je potrebno naznačiti koja su se istraživanja i publikacije bavili odnosom religije i zdravlja te koji su glavni nalazi i zaključci istraživanja.

Iako se radi o zanemarenoj temi, zanimljivo je kako 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 tretiranja bolesti i zdravlja u religijama, a 2011. godine izdan je 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 njegova vjerničkog potencijala. Radovi su primarno preglednog karaktera te u tom smislu izostaju empirijski potkrijepljena istraživanja.

Od empirijskih radova koji postoje moguće je napraviti podjelu na radove koji su iz područja psihologije i psihijatrije te na one koji su bliže sociologijskoj znanosti²⁰. Prva grupa obuhvaća četiri rada, točnije četiri kliničke studije. Tri rada odnose se na istraživanje uloge religioznosti/duhovnosti kod ratnih veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (Mihaljević i dr., 2012; Mihaljević i dr., 2011; Nad i dr., 2008). Radovi pokazuju kako postoji korelacija između duhovne dobrobiti i intrinzične religioznosti sa suicidalnim namjerama (obrnuto korelirano) te da je čak kod pacijenata koji su pokazali višu razinu duhovne dobrobiti zabilježena niža razina kortizola, steroidnog hormona čija je 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. Studija je pokazala kako je umjeren religioznost povezana s lošijom percepcijom zdravlja, dok je viša religioznost povezana s višom razinom društvene podrške (Aukst-Margetić i dr., 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 mlađoj populaciji (studenti prve godine studija Sveučilišta u Zagrebu). Analiza pokazuje kako je religioznost, mjerena dimenzijama religijskog odgoja i osobne religioznosti, negativno povezana sa znanjem o ljudskoj seksualnosti, i to kod žena, ali da, usprkos očekivanjima temeljenima na drugim empirijskim radovima, nije povezana s korištenjem kondoma.

²⁰ Treba spomenuti da postoji i jedan rad autora iz prve skupine koji daje opći pregled odnosa religije i zdravlja (Aukst-Margetić i Margetić, 2005).

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 i dr., 2010). U svakom slučaju radi se o relevantnom radu koji se bavi odnosom religioznosti i ponašanja povezanog sa zdravljem.

Indikativan je i rad Marinović Bobinac koja je u kontekstu istraživanja religijskih iskustava u Hrvatskoj istaknula nalaz koji upućuje na to da je 14 % ispitanika doživjelo iskustvo ozdravljenja, pri čemu se ono pojavljuje iznad prosjeka kod ispitanika koji se religijski samoidentificiraju kao uvjereni vjernici te kod ispitanika koji učestalije odlaze u crkvu (Marinović Bobinac, 2005). Zasada jedino istraživanje koje se bavilo odnosom religioznosti i zdravlja na nacionalno reprezentativnom uzorku²¹ prikazano je u radu Ančića 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 procenom zdravlja te da postoji veća vjerojatnost da će osobe koje češće odlaze u crkvu manje konzumirati cigarete, imati manje zdravstvenih problema te da će češće zbog tih problema, ali i kontrole/preventive odlaziti liječniku. Isto tako pokazalo se da su općenito zadovoljniji svojim zdravstvenim stanjem (Ančić i Marinović Jerolimov, 2011).

Na temelju pregleda ovih radova vidljivo je kako je odnos religije/religioznosti i zdravlja slabo istražen društveni fenomen u Hrvatskoj te da se, iako postoje manji istraživački naponi, nalazimo na samom početku istraživanja ovog odnosa. S obzirom na to da se u istraživanju ovaj rad većim dijelom orijentira na otkrivanje uloge vjerske zajednice kao socijalnog resursa značajnog za zdravlje te iako se radi o području u kojem postoji potreba za interdisciplinarnim pristupom, primarno sociološka orijentacija rada nastoji pridonijeti razumijevanju uloge religioznosti i vjerskih zajednica u suvremenom hrvatskom društvu, ali i zdravlja kao socijalne činjenice čije determinante treba šire i opsežnije razotkriti.

²¹ 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.

4. CILJEVI I METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. *Konceptualno-kontekstualni okvir istraživanja*

Predmet je ovog istraživanja odnos religije i zdravlja, specifičnije u kojoj mjeri i kako se taj odnos posreduje kroz pripadnost i angažman u određenim vjerskim zajednicama. U istraživanjima odnosa religije i zdravlja postoje različiti konceptualni pristupi, koji u velikoj mjeri ovise o znanstvenom području unutar kojega se taj odnos razmatra, pa je stoga osnovni karakter ovoga istraživanja sociološka eksploracija tog odnosa u određenom socioreligijskom kontekstu (hrvatskog društva).

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 se zamjenjuju drugim vrijednostima, društveni odnosi poprimaju drugačija značenja i oblike. Dakle, dolazi do sveopćeg društvenog pomaka u kojem je, naravno, obuhvaćena i religija. Te promjene utječu i na društveni položaj religija i crkava, što dovodi i do promjene vrijednosnog sustava društava tih zemalja. Tako promijenjene vrijednosti, ili u trenucima i njihov nedostatak, mijenjaju religijski krajobraz i religijski kontekst tih društava. Iako postoje razlike među bivšim socijalističkim društvima (Borowik, Ančić i Tyrała, 2013; Ančić, 2014), važno je istaknuti zajedničke karakteristike koje su obilježile i socioreligijsku situaciju Hrvatske. Pod tim karakteristikama podrazumijeva se 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 i 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 *bricolagea*. U Hrvatskoj se odvijaju suprotni procesi, tj. revitalizacija religije, koja se, najšire rečeno, odvija u znaku reagregacije oko eklezijalnih institucija, retradicionalizacije i retotalizacije (Vrcan, 2001). No, treba napomenuti kako i u zapadnim zemljama postoji raznolikost religijskih situacija te trendovi koji su ovdje naznačeni nisu u stalnoj prisutnosti ni u jednakom intenzitetu.

Proces revitalizacije religioznosti vidljiv je na individualnoj razini na kojoj je evidentan porast religioznosti tradicionalnog tipa, što empirijski podaci pokazuju od kraja 80-ih i početka 90-ih godina prošlog stoljeća (Aračić, Črpić i Nikodem, 2003; Cifrić, 2000; Črpić i Zrinščak, 2005; Črpić i 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, Črpić i Nikodem, 2003; Črpić i Zrinščak, 2005; Ančić i Zrinščak, 2012). Porast religioznosti vidljiv je ako se pogledaju podaci koji se odnose na neke dimenzije religioznosti. Tablica 1 pokazuje konfesionalnu identifikaciju prema podacima iz popisa stanovništva 1991., 2001. i 2011. godine.

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 2011. godine „protestantska“ pripadnost nije prikazana kumulativno, pa se ovdje prikazuje ukupna pripadnost baptističkoj, evangeličkoj, kalvinističkoj, metodističkoj te Kristovoj pentekostnoj vjerskoj zajednici.

Godine 1991. vidljivo je kako oko 96 % građana Hrvatske izražava pripadnost jednoj od navedenih konfesija, dominantno katoličanstvu. Značajnija promjena evidentna je 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. Posljednji popis pokazuje da se oko 93 % stanovnika Hrvatske konfesionalno opredjeljuje, a dominantna je pripadnost katoličkoj vjeroispovijesti (oko 86 %). Slični podaci potvrđuju se i u istraživanjima na nacionalno reprezentativnim uzorcima (Ančić, 2011; Marinović Jerolimov, 2005b; Nikodem, 2011; Črpić i Zrinščak, 2005, 2010²²). Iako

²² Kod zadnjeg vala istraživanja iz *Europskog istraživanja vrednota* treba s oprezom uzeti u obzir rezultate konfesionalnog izjašnjavanja, s obzirom na to da se pokazuje značajno niža razina ukupnog konfesionalnog pripadanja (oko 85 %) te pripadanja katoličkoj vjeroispovijesti (oko 80 %). Razlog je tomu način na koji je postavljeno pitanje o konfesionalnoj pripadnosti jer su ispitanici, naime, 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 porast konfesionalne pripadnosti evidentan 90-ih godina, treba spomenuti da je on započeo već krajem 80-ih godina, što treba sagledati i u okviru činjenice da je u Hrvatskoj tijekom socijalizma razina konfesionalne pripadnosti uvijek bila visoka. Tijekom 60-ih i 70-ih godina razina konfesionalne identifikacije bila 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 o religioznosti puno više saznajemo 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 indikatori²³, no glavna je intencija indikatora 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. 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 *religioznim u određenoj mjeri*. Novija istraživanja pokazuju kako postoji od 74 % (Ančić i Zrinščak, 2012) do 88 % (Nikodem, 2011) osoba koje se smatraju religioznima, ovisno o korištenim indikatorima, no bitno je istaknuti da se ne radi o homogenoj skupini, već postoje razlike u intenzitetu, poglavito između osoba koje se smatraju uvjerenim vjernicima, koji prihvaćaju sve što ih njihova vjera uči, i onih koji su religiozni, ali ne prihvaćaju sve što ih vjera uči (religiozni na vlastiti način). Pritom ovih prvih ima oko 47 %, a 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: 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 tjedno, 17 % mjesečno, 26 % godišnje, rjeđe od toga 15 %, dok oko 17 % uopće ne odlazi. Što se tiče molitve, dnevno se moli oko 35 %, tjedno oko 15 %, mjesečno oko 11 %, godišnje oko 10 %, rjeđe od toga oko 13 %, dok se nikada ne moli oko 16 % (Ančić i Zrinščak, 2012). Osim podataka o odlasku u crkvu na vjerske službe, što se religijske prakse tiče, zanimljivi su i podaci

²³ Više o instrumentarijima mjerenja religijske samoidentifikacije u Hrvatskoj u: Bezinović, Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2006.

o sudjelovanju u aktivnostima vjerske zajednice, ne računajući odlaske na vjerske obrede. Tako, primjerice, na tjednoj razini u izvanobrednim aktivnostima sudjeluje oko 4 %, kao i na mjesečnoj, na godišnjoj razini 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 populacije²⁴.

Ako pogledamo analize o rasprostranjenosti i tipu vjerovanja karakterističnima za hrvatsko društvo, može se reći da su najprihvaćenija tradicionalna crkvena vjerovanja, no ne 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 i Zrinščak, 2012). Isto tako postoji i prisutnost alternativnih vjerovanja, odnosno vjerovanja koja su izvan crkvena, pri čemu se procjenjuje kako je razina njihova prihvaćanja 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: 264).

Iako je utvrđena visoka razina religioznosti koja je široko rasprostranjena u hrvatskom društvu, iz podataka je vidljivo kako ona nije jednaka u svim dimenzijama. Najviša razina evidentna je 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 kako su istraživanja pokazala da su žene, starije osobe, manje obrazovane osobe te osobe iz ruralnih krajeva češće religiozne te da, iako novije analize pokazuju kako postoji određena „dinamičnost u stabilnosti“, kada se analiziraju promjene između 1999. i 2008. godine²⁵ (Črpić i Zrinščak, 2010), i dalje možemo sa sigurnošću tvrditi da u Hrvatskoj prevladava tradicionalna religioznost institucionalnog tipa (Nikodem, 2011). No vidljivo je kako uz tradicionalnu religioznost postoje i privatni oblici religioznosti, 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 i orijentacija prema alternativnim oblicima religioznosti, koji imaju

²⁴ Prikazani rezultati dobiveni su frekvencijskom analizom podataka iz međunarodnog istraživačkog programa *International Survey Programme*, i to iz modula „Religija“, te dosada nisu nigdje prikazani. Podaci su prikupljeni 2009. godine na nacionalno reprezentativnom uzorku (više o ovom projektu u poglavlju *Odabir istraživačkih metoda*).

²⁵ Analiza podataka iz *Europskog istraživanja vrednota* pokazuje da se između 1999. i 2008. godine povećao udio mlađih u vjerničkoj populaciji, smanjio udio starijih te povećao udio žena (Črpić i Zrinščak, 2010), no potrebna su daljnja istraživanja kako bismo mogli biti sigurniji kojeg su intenziteta promjene u vjerničkoj strukturi građana Hrvatske.

karakteristike individualizacijskih procesa (veća sklonost obrazovanijih, mlađih te onih iz urbanih sredina), pokazuju postojanje tendencija religijske individualizacije (Pollack i Müller, 2006). U tom kontekstu hrvatsko društvo obilježeno je paralelnim postojanjem tradicionalnih i individualnih oblika religioznosti.

Naime, vidjeli smo na temelju statističkih podataka o socioreligijskoj slici Hrvatske da se zapravo radi o gotovo monokonfesionalnom društvu s izrazitom dominantnom pripadnosti katoličanstvu. Usprkos toj odrednici, hrvatsko društvo obilježeno je i značajnim brojem vjerskih zajednica iz različitih drugih tradicija (Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008), pri čemu je broj pripadnika u tim zajednicama u odnosu na ukupnu populaciju relativno mali. Uzmemo li se u obzir ove karakteristike, pripadnost nekatoličkim 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 ovome se radu 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 je iz tog razloga plodonosnije istraživati sociološke aspekte odnosa religije/religioznosti i zdravlja u više vjerskih zajednica koje proizlaze iz različitih religijskih tradicija.

Ako 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 iz gore navedenog razloga koji se odnosi na raznolikost religijskih tradicija čiji se utjecaj nastoji istražiti, što bi bilo nemoguće ako bi se istraživalo samo unutar katoličanstva. Uz to cilj je ovog rada 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 omogućuje 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 ostvaruje li se odnos religije/religioznosti i zdravlja upravo angažmanom 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 ranije u tekstu, odnos religije i zdravlja povremeno je istraživana tema, a u okviru istraživanja različitih vjerskih zajednica praktički i nepostoje-

ća. Ovdje treba uzeti u obzir i činjenicu kako 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 se sociološki istraživale²⁶. Značajan je doprinos istraživanju vjerskih zajednica u Hrvatskoj knjiga *Vjerske zajednice u Hrvatskoj* u kojoj su prikazani kratka povijest, vjerovanja, obredi, hijerarhija, organizacija, članstvo, tradicija, običaji i blagdani skoro 40 registriranih vjerskih zajednica (kršćanske i nekršćanske provenijencije) (Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008). Usprkos ovoj knjizi, u kojoj su pružene ekstenzivne informacije o vjerskim zajednicama u Hrvatskoj, i dalje nedostaje socioloških istraživanja unutar zajednica koja bi doprinijela boljem razumijevanju praksi i funkcioniranju zajednica. U tom kontekstu ovo je istraživanje određeni doprinos tom 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 odnosi se na regulaciju individualnih životnih stilova i zdravstvenog ponašanja, dok se drugi odnosi na mogućnost religije i vjerskih zajednica da pojedincima osiguravaju socijalne resurse koji mogu imati posljedice na osobno zdravlje. No, kako bi se odnos religioznosti i zdravlja mogao istražiti kroz ova dva mehanizma, potrebno je osigurati empirijski uvid zasebno u religioznost u vjerskim zajednicama te zasebno u elemente osobnog zdravlja u tim istim zajednicama, s obzirom na to da o tome postoje male ili nikakve spoznaje.

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

1. Prvi podkoncept odnosi se na **religioznost** koja se određuje kao individualni aspekt religije. U tom smislu religioznost je subjektivan sustav značenja, vjerovanja, stavova, osjećaja i ponašanja orijentiran prema transcendentnom i svetom, a utječe na ponašanje pojedinca/vjernika i u svjetovnom kontekstu. Stoga će se

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 na to 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&clid=1>).

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 kako 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 povezana nužno s religijskim sadržajima.

2. Drugi podkoncept je **zdravlje**. Tu je važno reći kako postoje različiti pristupi u istraživanju zdravlja, pri čemu 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 čimbenika te se kao takvo može biološki i definirati, 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*, a obje su dimenzije važni pokazatelji osobnog zdravlja. Naime, istraživanja su pokazala kako su subjektivne procjene zdravlja pouzdane mjere osobnog zdravlja zbog toga što su u korelaciji s objektivnim pokazateljima zdravlja (Mackenbach i dr., 2002; Idler i Angel, 1990; Mora i dr., 2008; Lee, 2000; Shunquan i dr., 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 i Syme, 1979). U tom smislu vjerske zajednice mogu se promatrati kao specifične društvene skupine s obzirom na to da svojim religijskim doktrinama i normama 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 ostalih suvjernika ili 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 je cilj ove knjige stjecanje znanstvenih spoznaja o nekim sociološkim aspektima odnosa religioznosti i osobnog zdravlja. Rezultati istraživanja prikazani u nastavku pomoći će nam da saznamo više 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 tomu, potreba istraživačkog produbljivanja ove teme izvan određenog društvenog konteksta leži upravo u činjenici kako se religija može promatrati kao društveno-povijesna pojava, što dovodi do pretpostavke kako u istraživačkom području odnosa religije i zdravlja istraživanje treba provoditi u različitim sociokulturnim kontekstima.

Različite 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 u zadnjih je 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 kako 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 sociokulturnim 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. Ako postoji povezanost religioznosti i zdravstvenog ponašanja i stanja, je li ona pozitivna ili negativna?
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. Ako 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 u ovome se radu primarno istražuje kvantitativnim metodološkim pristupom, u kombinaciji s kvalitativnom metodologijom. Jedan od razloga tomu jest što se kvantitativnim pristupom omogućuje testiranje statističke značajnosti povezanosti religioznosti i zdravlja, dok je kvalitativni u funkciji boljeg razumijevanja načina ostvarenja tog odnosa unutar vjerske zajednice te onoga 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 koja je provedena 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, a svake se 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, rodnih uloga i sl. S obzirom na to 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 zdravlja²⁷. Jedan od aspekata u ovom istraživačkom modulu jest iskustvo zdravlja/bolesti na individualnoj razini. Ova tema, između ostalog, ima i dugu istraživačku povijest u sociologiji zdravlja i 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 sociodemografska i sociostrukturna obilježja pojedinaca povezana sa stupnjem njihove religioznosti te njihovim zdravstvenim ponašanjem i stanjem. Iz drugog istraživačkog modula „Religija“ (*Religion*)²⁸, (proveden 2009. godine također na nacionalno reprezentativnom uzorku) korišteni su određeni dijelovi koji se odnose na različite dimenzije religioznosti.

²⁷ ISSP Research Group (2013): *International Social Survey Programme: Health and Health Care* – ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11759

²⁸ ISSP Research Group (2012): *International Social Survey Programme: Religion III* – ISSP 2008. GESIS Data Archive, Cologne. ZA4950 Data file Version 2.2.0, doi:10.4232/1.11334

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 je kriterij postojanje doktrinarnih zahtjeva spram zdravlja i u tom smislu očekivano postojanje specifičnih praksi, dok se drugi kriterij temeljio na socioreligijskom kontekstu u Hrvatskoj gdje dominiraju tradicionalne kršćanske vjerske zajednice, pa su stoga od pet istraživanih vjerskih zajednica četiri 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 mogle istražiti razlike i sličnosti između ovih dviju razina, određeni indikatori iz oba ISSP modula replicirani su i na razini vjerskih zajednica. Konkretnije, kako bi se mogao istražiti odnos religioznosti i zdravlja te na koji se način taj odnos posreduje unutar vjerske zajednice, korišteni su indikatori dimenzija za svaki od spomenutih podkoncepta.

Kao indikatori religioznosti korišteni su: indikatori religijske i konfesionalne samoidentifikacije, 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 kojima 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 koje nisu obredno-religijskog karaktera. Indikatori religijske samoidentifikacije, 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, korištenje zdravstvene usluge/zaštite, prehranu te na uporabu supstanci, dok se indikatori zdravstvenog stanja odnose na samoprocjenu fizičkog i mentalnog stanja, boravak u bolnici, kronično oboljenje, osobnu dobrobit i opću procjenu zdravstvenog stanja, a na temelju prikupljenih podataka o visini i težini ispitanika konstruiran je 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 – socijalni kapital i 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 brojem prijatelja unutar zajednice te brojem prijatelja izvan zajednice (frekvencija socijalnih kontakata), dok se povjerenje ispitalo općenitim povjerenjem u ljude. Za stjecanje uvida u mogućnost vjerske zajednice u pružanju određene podrške 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, koja je više religijskog karaktera, korištena je jedna od rijetkih konstruiranih skala koja se odnosi prvenstveno na religijsku podršku te je i empirijski validirana. Radi se o *religious support scale* istraživača Williama E. Fialae, Jeffreya P. Bjorcka i Richarda Gorsucha (2002) koja se pokazuje kao dobra mjera religijske podrške bez obzira na razlike u religijskim tradicijama (Bjorck, Ph i Maslim, 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 faktorizirale su se 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 koji bazično sadrži tri dimenzije (Cornman i dr., 2001; Kim, 2002; Taylor i Chatters, 1988; Ellison i George, 2010). Prva dimenzija odnosi se na procjenu stupnja prema kojemu je osoba socijalno integrirana u određenu zajednicu. U tu svrhu korištena je baterija pitanja, preuzeta iz rada Krausea, Shawa i Lianga (2011), po kojoj se procjenjuje osjećaj pripadanja vjerskoj zajednici, pripadanje vjerskoj zajednici kao važan dio osobnosti pojedinca te osjećaj važne uloge u životu vjerske zajednice. Druge dvije dimenzije socijalne podrške odnose se na *primljenu* socijalnu podršku, u kojoj ispitanik procjenjuje je li primio neki oblik socijalne podrške, te na *percipiranu* socijalnu podršku u kojoj ispitanik procjenjuje u kojoj mjeri misli da mu 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 i dr., 2001; Chaison, 2006; Thrasher, Campbell i Oates, 2004; Nurullah, 2012)²⁹. Iz tog se razloga 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 preuzeta je ekstenzivna baterija percipirane socijalne podrške iz istraživanja Shinyeola Kima koja je prilagođena za ispitivanje u kontekstu vjerskih zajednica (Kim, 2002). Ispitanici su trebali procijeniti mogućnost dobivanja socijalne podrške od uopćenog „nekoga“ u različitim životnim situacijama, i to nekoga od članova svoje vjerske zajednice.

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

²⁹ Kompleksan problem mjerenja percipirane i prihvaćene socijalne podrške pogledati u: Abu Sadat Nurullah (2012).

Svi spomenuti indikatori detaljno su prikazani (točno postavljena pitanja i korištene skale) u poglavlju o rezultatima i analizama kako bi se lakše moglo pratiti njihovo korištenje te se nalaze i u upitniku koji je priložen na kraju knjige.

Uz kvantitativni pristup korišten je i kvalitativni pristup provedbom polustrukturiranih intervjua s voditeljima vjerskih zajednica. Cilj ovog pristupa nije bio usmjeren na direktnu eksploraciju odnosa religioznosti i zdravlja, već na 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.). Protokol za vjerske voditelje također se 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 prikupljeni su na isti način – metodom ankete na troetapnom stratificiranom slučajnom uzorku ispitanika starijih od 18 godina. Uzorkovanje 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 2001. godine, dok se u modulu „Zdravlje“ koristio Popis 2011. godine) svako je naselje iz popisa imalo jednaku vjerojatnost da se nađe u uzorku proporcionalno svojoj veličini populacije. Izbor naselja temeljio se na slučajnom uzorkovanju, i to na način da su sva naselja abecedno poredana, a njihove populacije zbrojene. Svakoj populaciji dodijeljen je broj, a izabrana su naselja čiji su brojevi slučajno odabrani. Unutar svakog naselja korištena je *random starting points* metoda. Ukupno je bilo 120 početnih točaka, a kod svake točke trebalo je pronaći deset ispitanika. Druga etapa odnosi se na odabir kućanstava, i to *random walk* metodom. Anketari su imali točno određeni smjer kretanja i mogli su anketirati ispitanike nakon svakog šestog kućnog broja. Ako se nije ostvario kontakt na određenom kućnom broju, tek nakon pete posjete anketari su mogli odustati od tog kućanstva. U trećoj etapi ispitanik je odabran prema ključu zadnjeg rođendana. U uzorku u sklopu modula „Religija“ broj ispitanika bio je 1201, dok je u modulu „Zdravlje“ taj broj bio 1210. U prvom modulu prosječna je dob ispitanika 45,8, pri čemu je 43 % muškaraca i 57 % žena. U drugom modulu prosječna je dob ispitanika 47,6, od čega je 47,5 % muškaraca i 52,5 % žena³⁰.

³⁰ S obzirom na određena odstupanja u oba modula korišten je ponder koji je konstruiran prema podacima iz Popisa stanovništva 2011. godine prema dobi i spolu.

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

Prvi se odnosi na sam cilj istraživanja. Ako se želi istražiti na koji način vjerska zajednica može biti resurs u posredovanju odnosa religioznosti i zdravlja, namjerno uzorkovanje primjerenije je zbog toga što omogućuju odabir 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 se mjeri 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 odnosi se na intenzitet sudjelovanja u vjerskim zajednicama, dok se treći odnosi na socioreligijsku situaciju hrvatskog društva u kojoj te zajednice egzistiraju. U tom kontekstu odabrano je sedam vjerskih zajednica, od kojih je šest kršćanske provenijencije, a jedna nekršćanske. U odabiru zajednica iz prve skupine korištena je tipologija zajednica iz knjige *Vjerske zajednice u Hrvatskoj* (Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008). U njoj su kršćanske zajednice podijeljene na: (1) tradicionalne kršćanske crkve; (2) kršćanske crkve proizašle iz izvorne protestantske tradicije; (3) kršćanske crkve reformacijske baštine; (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 u tradicionalnim zajednicama (zajednicama 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 crkava u RH, Evanđeosko pentekostna crkva u RH, Crkva cjelovitog evanđelja, Savez crkava „Riječ života“, Crkva Isusa Krista Svetaca posljednjih dana (mormoni) i Kršćanska adventistička crkva. Prve četiri zajednice pripadaju grupi kršćanskih crkava reformacijske baštine, dok mormonska i adventistička spadaju pod ostale kršćanske crkve. U sklopu nekršćanskih zajednica odabrana je Hinduistička vjerska zajednica Hrvatske. Sve odabrane zajednice mogu se označiti sintagmom „male vjerske zajednice“. Naime, ta se sintagma u domaćoj sociologiji religije koristi kao objašnjenje određenog tipa vjerske zajednice. One su male primarno zbog broja članova te zbog specifičnog konteksta hrvatskog društva u kojemu su oduvijek bile marginalna pojava u usporedbi s dominantnom Katoličkom Crkvom (Marinović Bobinac, 1994). Iako se nastavno u tekstu koristi samo sintagma „vjerske zajednice“

kada se govori o istraživanim zajednicama, treba imati na umu kako se radi o „malim vjerskim zajednicama“ koje, iako imaju različitu strukturu, podrijetlo, vrijednosti i razvoj, imaju mali broj sljedbenika u hrvatskom društvu.

S obzirom na to 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, što se može kvalificirati kao prigodno uzorkovanje. 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, od čega je 40 % muškaraca i 60 % žena, a prosječna je dob 41,7 godina³¹. Detaljniji 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	Evangeoska pentekostna crkva u RH	2	47	14,7
		Pentekostna – samostalne crkve	Savez crkava „Riječ života“	2	49	15,3
			Crkva cjelovitog evanđelja	1	22	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

³¹ Također je korišten ponder koji je konstruiran prema podacima iz Popisa stanovništva 2011. godine prema dobi i spolu, što omogućuje podatke na razini vjerskih zajednica komparabilnim s podacima iz oba ISSP modula, koji su također ponderirani prema dobi i spolu.

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, napravljena za potrebe analize odnosa religioznosti i 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 prikazivat će se isto tako zajedno s obzirom na to da se radi o pentekostnim vjerskim zajednicama³² (N=118). Iako se među ovim zajednicama mogu pronaći određene razlike (organizacijske, duljina trajanja zajednice i sl.), 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 nekoliko razloga. Kao prvo, radi se o kršćanskim zajednicama koje se ne žele svrstati u kršćanske zajednice proizašle iz izvorne protestantske tradicije (Marinović Bobinac i 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 norme očituju se u striktnim pravilima koja se, primjerice, odnose na tijelo (pravila koja se odnose na konzumaciju alkohola, cigareta, određene vrste hrane i sl.), ali i u nekim opće vrijednosnim stavovima poput zabrane pobačaja, zabrane predbračnog i izvanbračnog seksa (elementi koji isto mogu utjecati na osobno zdravlje) ili pak nepodržavanja homoseksualnosti (Marinović Bobinac i 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, sociološki možemo upotrijebiti pojam „striktности“ 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, primje-

³² Iako se prema tipologiji preuzetoj iz Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov (2008) Savez crkava „Riječ života“ i Crkva cjelovitog evanđelja nazivaju samostalnim karizmatiskim crkvama, a ne pentekostnim crkvama poput Evandeosko pentekostne crkve u Republici Hrvatskoj, te iako se, primjerice, u Savezu crkava „Riječ života“ ne ističe posebno da se radi o pentekostnoj zajednici, u oba slučaja radi se o zajednicama reformacijske baštine koje su svoja temeljna učenja primila iz pentekostno-karizmatiskog pokreta. Za potrebe analize i tipologizacije iz sociološke perspektive mogu se nazivati pentekostnim vjerskim zajednicama.

rice, i kod baptističke i kod pentekostne religijske tradicije postoje određene upute za život, baptistička i pentekostna religijska tradicija razlikuju se od mormonske 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 i Marinović Jerolimov, 2008: 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 promatra kao zaseban tip zbog činjenice da se radi o zajednici nekršćanske vjerske tradicije.

4.5. Istraživačke procedure

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

Terenski dio istraživanja za ISSP modul „Religija“ trajao je otprilike od početka lipnja 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 također sam osobno proveo u prostorijama vjerskih zajednica te ih digitalno snimio. Napravljeno je 7 intervju s prosječnim trajanjem od otprilike 50 minuta (najkraći je trajao 26 minuta, dok je najdulji trajao 1 sat i 45 minuta). Intervjui su vođeni uglavnom nakon vjerskih službi nakon kojih su prikupljeni anketni upitnici. Analiza intervju rađena je NVivo 8 programom.

Prikupljeni kvantitativni podaci skupljeni su u određene baze podataka koje su se obrađivale 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 bili su podaci s repliciranim indikatorima koji se odnose primarno na procjenu religioznosti, i to za obje razine (opća populacija i pripadnici vjerskih zajednica). U drugoj bazi bili su podaci koji se također odnose na obje razine, a sadrže indikatore zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja. U trećoj bazi podataka bili su svi indikatori koji su korišteni u anketnom upitniku za članove vjerskih zajednica.

U prvom dijelu analize 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 da za navedene vjerske zajednice ne postoje nikakvi socioreligijski 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 dobiti 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 odrediti 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 na to da se kod velikog broja indikatora distribucija pokazuje značajno zakrivljenom, bilo udesno ili ulijevo, korištena je neparametrijska statistika, i to prvenstveno statistički testovi koji mogu pokazati značajnost razlika. Kod svake analize navedeno je koji je test korišten. Za one baterije pitanja kod kojih je to analiza omogućavala i kod kojih je to imalo teorijskog smisla, konstruirani su 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 socioreligijska i sociodemografska obilježja vjernika u istraživanim vjerskim zajednicama te usporediti ta obilježja s općom populacijom. Svrha usporedbe jest otkrivanje sličnosti i razlika angažirane religioznosti komunitarnog tipa od religioznosti koja prevladava u hrvatskom društvu. Statističkom analizom u nastavku se nastoji utvrditi 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 religiozno-

sti kao što su religijska samoidentifikacija, religijska vjerovanja, religijska praksa te osnovni sociodemografski 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 je smislu religijska samoidentifikacija osnovni pokazatelj pojedinčeve vlastite identifikacije prema religijskom odnosno nereligijskom. Drugim riječima, pojedinac samog 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 stupnjeva (od 1 – izrazito religiozan, do 5 – izrazito nereligiozan) koja je kasnije rekodirana u tri stupnja: 1 – religiozan, 2 – niti religiozan niti nereligiozan/na, 3 – nereligiozan. Prikazani su i postotni udjeli „bez odgovora“ s ciljem objašnjenja razlika između različitih religijskih tradicija, pri čemu će se u kasnijim analizama rezultati tih ispitanika tretirati kao nedostajuće vrijednosti (*system missing*).

Tablica 3. Religijska samoidentifikacija

Vjerska zajednica		Religiozan	Niti religiozan niti nereligiozan	Nereligiozan	Ne mogu odabrati	Bez odgovora	Ukupno
Baptističke	N	71	4	3	1	6	85
	%	83,5	4,7	3,5	1,2	7,1	100
Pentekostne	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 s obzirom na rezultate provedenih t-testova ($t=-1,000$, $p>0,05$, $df=26$). Nakon toga slijede baptističke vjerske zajednice u kojima je razina religioznosti statistički 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 uzrok razlika između razina religijske samoidentifikacije ne može empirijski objasniti, može se objasniti iz općeg poznavanja njihovih tradicija. Čini se da se razlog u visokoj razini deklarirane religioznosti kod mormona i adventista može pronaći u samom teološkom i dogmatiskom 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 mogu se 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 razlikuju se od mormonske i adventističke u velikoj mjeri upravo u tome što unutar zajednica postoji teološka različitost te visoka autonomnost. Uz ovo moguće objašnjenje, važno je napomenuti i samu percepciju pojma religioznost, odnosno razliku u percepciji. Upravo osobnim iskustvom anketiranja u ovim zajednicama shvatio sam kako neki vjernici u baptističkim i pentekostnim zajednicama riječ religija/religijsko/religiozno češće povezuju s rasprostranjenim katoličanstvom u hrvatskom društvu i određenim manifestacijama religioznosti, koje sami često kritiziraju i uzimaju kao primjere vjere koja nije „živa“. Ispunjavajući upitnike, više sam puta doživio da mi prilaze vjernici s pitanjima: „Što je to biti religiozan? Što to znači?“ Nakon objašnjenja kako se radi o osobnoj percepciji vlastite religioznosti ispitanici bi nastavili tumačiti kako za njih biti religiozan znači biti deklaratorno religiozan, povezujući pojam s tradicionalnom religioznošću u hrvatskom društvu za koju smatraju kako nije u skladu s „biblijskim“ ili „Kristo-

vim“ učenjima³³. U prilog tomu govori i podatak iz tablice 3 u kojoj je vidljivo kako je, primjerice, kod pentekostnih zajednica 16 ispitanika zaokružilo „bez odgovora“. Dakle, s pojmom religija povezuju određene negativne konotacije. U svakom slučaju, u budućim istraživanjima potrebno je podrobnije istražiti denominacijske i međugrupne razlike u religijskoj samoidentifikaciji.

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

Stoga je važno usporediti u kojoj se mjeri 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 4 da se na razini opće populacije većina smatra donekle religioznima (oko 47 %), dok se manjina smatra izrazito religioznima (oko 7 %).

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	37,3	39,5	13,7	4,1	,7	2,6	2,2
Opća populacija	7,2	23,0	46,8	11,8	4,2	5,7	1,3
Ukupno	12,4	26,0	40,7	10,4	3,5	5,1	1,5

Ako usporedimo podatke o religijskoj samoidentifikaciji unutar istraživanih vjerskih zajednica s općom populacijom, može se primijetiti razlika koja se očituje u 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 30 %) i onih koji se prepoznaju kao donekle religiozni (razlika oko 33 %). Dakle, može se zaključiti da je u relativno visoko religioznom društvu kao što je hrvatsko

³³ S obzirom na to 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.

religioznost izraženija upravo kod osoba koje su religijski uključene u vjerskim zajednicama³⁴, pa čak i 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 se rituali 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, mogu imati i individualna obilježja te se ostvarivati spontanošću i improvizacijom. Ova različita obilježja religijske prakse kao jedne od važnih dimenzija religioznosti mogu zahtijevati različite empirijske mjere. U socioreligijskim istraživanjima često se 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 koji pokazuju učestalost sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju 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 originalna skala procjena koja je korištena u anketnom upitniku 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 „jednom tjedno“. Drugi je stupanj 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 odgovori koji su označavali rjeđe od jednom godišnje. Razlog ovakvom prikazu jest jednostavnije razumijevanje rezultata, ali i lakša interpretacija rezultata, pogotovo zato što se radi o iznimno ulijevo nagnutoj distribuciji. S obzirom na to 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 se način provela procedura rekodiranja.

³⁴ Testirana je razlika u sumama rangova neparametrijskim Mann-Whitney testom: $U=86848,000$; $p<0,01$.

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
Baptističke	92,9	2,4	3,5	1,2
Pentekostne	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
Baptističke	50,6	19,8	21,0	8,6
Pentekostne	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 zajednicama³⁵. Razlog postojanja razlike kod ispitanika hinduističke zajednice jednim se dijelom može pronaći u samoj sintagmi „vjerski obredi (službe)“ koju je dio ispitanika mogao doživjeti kao dio kršćanske tradicije i diskursa, ne procjenjujući, odnosno ne poznajući svoju religijsku praksu, poput redovitog odlaska na meditacije, jogu i sl., u toj mjeri učestalom.

Kako je i objašnjeno u metodološkom poglavlju, prigodno uzorkovanje, na način da su sudjelovali najvećim dijelom vjernici koji su bili prisutni na vjerskom obredu, zasigurno dovodi do nadzastupljenosti učestalijih religijskih praktikanata

³⁵ Ako se promatra hinduistička zajednica u komparaciji s prosječnim odlaskom na vjerske službe za sve kršćanske zajednice, testirana razlika pokazuje statistički značajnu razliku (Mann-Whitney $U=4730$; $p<,001$).

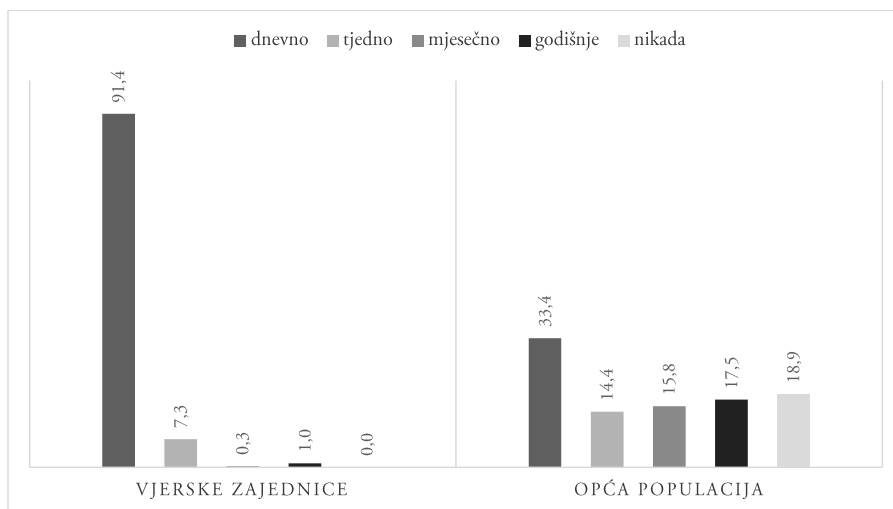
(što i je bio cilj u ovom istraživanju), pa onemogućuje komparaciju s općom populacijom.

Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima 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 religijskoj praksi koja je učestalija na tjednoj razini, kao i odlasci 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).

Statistička analiza usporedbe učestalosti molitve između vjerskih zajednica nema pretjeranog smisla s obzirom na to da se preko 85 % ispitanika po vjerskoj zajednici moli dnevno odnosno preko 90 % moli se tjedno i dnevno. No, zanimljivo je vidjeti u kojoj se mjeri razlikuju članovi vjerskih zajednica od opće populacije u odnosu na učestalost molitve (grafikon 1).

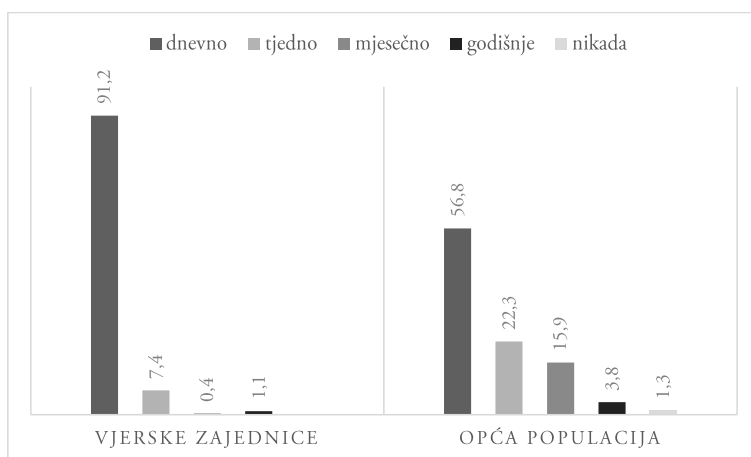
Grafikon 1. Učestalost molitve – usporedba razine vjerske zajednice i opće populacije (%)



Kao što je već dosada spomenuto, u hrvatskom društvu preko 90 % građana konfesionalno deklarira 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 i Zrinščak, 2010; Črpić i Zrinščak, 2005; Ančić i Zrinščak, 2012; Aračić, Črpić i Nikodem, 2003; Nikodem, 2011), prisutna je u manjoj mjeri nego konfesionalnost i opća religioznost, a to je posebno vidljivo u učestalosti molitve. Ako se promatra kumulativno, čini se da se najveći dio vjernika moli, s obzirom na to da preko 80 % izjavljuje da se moli, no u toj proporciji vjernika razlike su velike, što je vidljivo i iz gore prikazanog grafikona. Iako je najviši postotak upravo kod onih koji kažu da se mole dnevno (33,6 %), značajan postotak od 17,4 % to čini ipak nekoliko puta godišnje ili rjeđe. Promatrajući postotke u komparaciji ovih dviju razina, pokazuje se u kojoj su mjeri istraživanjem obuhvaćeni ispitanici iz vjerskih zajednica snažno predani svojoj religiji te u kojoj mjeri postoji diskrepancija u dimenzijama religioznosti na društvenoj razini, tim 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 (od onih koji idu tek nekoliko puta godišnje do onih koji idu i više puta tjedno) iz oba uzorka pokazuje kako postoji 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. Učestalost 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 kazao 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 čovjekova religioznog iskaza. Pokušaj sociološkog razotkrivanja ove dimenzije često nailazi na određene prepreke, a glavna je 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 je crna mačka koja prelazi cestu 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 zajednici. To jest moguće je ako je primarni cilj istraživanje samih vjerovanja. Stoga su, u svrhu dobivanja nekih općih socioreligijskih kontura, u upitnik stavljena neka od pitanja koja mjere intenzitet vjerovanja koja su najrasprostranjenija u hrvatskom društvu. Tako je mjereno intenzitet vjerovanja u Boga, život poslije smrti, raj, pakao i vjerska čuda, pri čemu su ta vjerovanja, koja su odabrana i stavljena u anketni upitnik zbog socioreligijske 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 vjerovanja koja su im tradicijom prenošena, a nisu sastavni dio religijskog sustava zajednice kojoj sada pripadaju.

Skala koja se koristila kod indikatora religijskih vjerovanja sastoji se od pet stupnjeva: od 1 – u potpunosti se slažem, do 5 – u potpunosti se ne slažem.

Tablica 6. Prihvaćanje vjerovanja

Baptističke v. z.		Pentekostne v. z.		Mormonska v. z.		Adventistička v. z.		Hinduistička v. z.	
Rang	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.	Vjerovanja	M	S.D.
1	Bog	1,02	,152	Bog	1,04	,379	Bog	1,07	,267
							Bog		
								1,44	1,035
2	Život poslije smrti	1,49	1,297	Raj	1,16	,739	Život poslije smrti	2,67	1,441
							Vjerska čuda		
								Život poslije smrti	1,53
									1,160
3	Raj	1,51	1,250	Život poslije smrti	1,19	,819	Život poslije smrti	2,96	1,629
							Vjerska čuda		
								Vjerska čuda	2,42
									1,574
4	Pakao	1,58	1,267	Vjerska čuda	1,24	,903	Raj	3,19	1,642
								Raj	
								3,29	1,502
5	Vjerska čuda	1,68	1,302	Pakao	1,37	1,123	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. Ako se promatra rasprostranjenost vjerovanja kršćanskih vjerskih zajednica, primjetno je da se one međusobno razlikuju. Kod nekih su zajednica, iako se razlikuju u intenzitetu, sva navedena vjerovanja prihvaćena, pa tako većina baptista i pentekostalaca prihvaća 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 odbaćena. Iako su 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 neprihvaćanja. Ovo je i očekivano s obzirom na to da u mormonizmu i adventizmu ne postoje koncepti raja i pakla te se smatra da su ljudske duše nakon smrti u stanju mirovanja i čekanja dolaska Sudnjeg dana (Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008).

Na kumulativnoj razini svih kršćanskih zajednica najprihvaćenije je vjerovanje u Boga. Vjera u Boga skoro je jednodimenzionalno prihvaćena (izuzetak je samo jedna osoba u svim istraživanim vjerskim zajednicama koja se odlučila za mogućnost „ne mogu odabrati“) s obzirom na to da 98 % ispitanika iskazuje potpuno vjerovanje. Nakon vjerovanja u Boga slijede vjerovanje u život poslije smrti, vjerska čuda, raj i pakao.

Kod hinduističke zajednice, ako je 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 nešto slabijeg intenziteta nego kod kršćana. No, unutar same zajednice radi se o vjerovanjima koja su istog intenziteta prihvaćanja, što se može očekivati s obzirom na to da se radi o važnim dimenzijama doktrinarnog učenja hinduizma. Upravo je koncept života poslije smrti kod hinduizma jedna od temeljnih postavki s obzirom na to da ova religijska tradicija prihvaća vjerovanje u reinkarnaciju (ponovno rođenje) kao sastavni dio kruga rađanja i smrti (*samsara*) (Clarke, 2006; Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008). Vjerovanja 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 u 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 na to da se nalaze i u ISSP modulu „Religija“. Komparacija i testiranje razlika prikazani su samo za kršćanske zajednice s obzirom na to 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.	96,6	94,3	89,2	93,5
Kršćanske v. z. – opća populacija	61,7	63,8	55,5	55,1
Mann-Whitney <i>U</i> test	82510	83385	79432	76382,5
<i>p</i> <	,001	,001	,001	,001

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 na to da se na individualnoj razini može primijetiti 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 i 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 redoviti praktikanti (razina vjerske zajednice), s obzirom na to 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	96,9	94,9	89,6	94,5
Kršćanske v. z. – opća populacija – redoviti praktikanti	74,1	82,3	72,7	68,3
Mann-Whitney <i>U</i> test	41322	44178	41342	38909
<i>p</i> <	,001	,001	,001	,001

Nakon korekcije ove metodološke pristranosti jasnije je kako je razina vjerovanja kod redovitih kršćanskih praktikanata na razini opće populacije viša nego što je prikazano u tablici 8, pri čemu je ovdje moguća i dodatna preciznost. Naime, redoviti kršćanski praktikanti iz opće populacije zapravo su katolici, s obzirom na to 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.

Kod svih istraživanih zajednica centralno je vjerovanje u Boga te je u iznimno visokoj mjeri prihvaćeno u svim zajednicama. S razinom opće populacije moguće je usporediti vjerovanje u Boga indikatorom koji svojom skalom omogućuje šire raspoznavanje opsega vjerovanja osim puke dihotomije vjerujem – ne vjerujem (tablica 9).

Tablica 9. Prihvaćanje vjerovanja (%)

	Kršćanske v. z.	Kršćanske v. z. – opća populacija
Znam da Bog doista postoji i uopće ne sumnjam u to.	92,5	62,4
Iako ponekad sumnjam, ipak osjećam da vjerujem u Boga.	6,0	16,6
U nekim trenucima vjerujem u Boga, a u nekima ne.	1,1	7,8
Ne vjerujem u osobnog Boga, ali vjerujem u neku vrstu više sile.	,0	7,3
Ne znam postoji li Bog i ne vjerujem da postoji način da se to sazna.	,4	3,7
Ne vjerujem u Boga.	,0	2,2
Mann-Whitney <i>U</i> test	104116,000	
<i>p</i> <	,001	

Dublji uvid u vjerovanje u Boga komparacijom ovih dviju razina nanovo potvrđuje veću konzistentnost kod vjernika u vjerskim zajednicama s obzirom na to da veći postotak ispitanika 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 kako 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: 54). Visoka kongruentnost među članovima u prihvaćanju osnovnih religijskih vjerovanja pokazuje homogenost zajednica, što može doprinijeti ne samo religijskom zajedništvu već i stvaranju temelja za općenite međusobne odnose u zajednicama koji nisu nužno religijskog karaktera.

5.2. Sociodemografska obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama

U istraživanju religioznosti važno je promotriti u kojoj su mjeri osnovna socioreligijska obilježja povezana i s osnovnim sociodemografskim pokazateljima, odnosno u kojoj mjeri neki sociodemografski elementi „proizvide“ razlike u razini religioznosti. Već u samim počecima razvijanja višedimenzionalnih pokazatelja religioznosti pokazalo se kako su različite dimenzije religioznosti povezane s osnovnim sociodemografskim elementima kao što su dob, spol, obrazovanje i društvena klasa (Fukuyama, 1961), pri čemu se ti osnovni sociodemografski elementi koriste kao pokazatelji dominantnih teorija koje se bave religijom, poput teorija sekularizacije, teorija individualizacije i teorija religijskog tržišta (Pickel, 2009). U ovome dijelu u prikazu sociodemografskih obilježja religioznosti u vjerskim zajednicama namjera nije tražiti dokaze za spomenute teorije i/ili protiv njih, 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 vjernicima u općoj populaciji (redoviti crkveni praktikanti).

Stoga su u tablici 10 prikazani rezultati neparametrijskih testova (Mann-Whitneyevog *U* testa i Kruskal-Wallisovog testa) koji određuju razlike u religioznosti prema tri osnovna sociodemografska obilježja – spolu, dobi i obrazovanju. Rezultati su prikazani 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 učestalost 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 (ispitanici koji su završili osnovnu školu³⁶), sekundarna razina (ispitanici koji imaju završenu trogodišnju strukovnu školu, četverogodišnju strukovnu školu ili gimnaziju) te tercijarna razina (ispitanici koji imaju završenu višu školu, stručni studij, veleučilište, fakultet, visoku školu ili akademiju).

³⁶ Nijedan ispitanik nije bez završene osnovne škole.

Tablica 10. Sociodemografska 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
Spol	M	123	142,70	127	153,53	120	143,47	122	153,34	128	162,00
	Ž	174	153,46	189	163,47	183	157,59	180	150,25	191	158,66
	Mann-Whitneyev <i>U</i> test	9925,5	11879,0	11370,5	9956,5	10755,0	11967,5				
Dob	p<	,262	,655	,078	,106	,737	,536				
	18 – 29	73	160,92	78	158,06	77	161,21	73	146,36	71	147,63
	30 – 39	88	140,57	93	157,08	93	167,32	90	164,06	88	139,43
	40 – 49	57	155,52	62	162,16	63	155,79	62	163,22	63	152,81
	50+	78	140,69	82	155,84	84	150,17	78	134,46	79	165,48
	Kruskal-Wallisov test	3,695	1,683	2,029	6,646	4,085	10,515				
Obrazovanje	p<	,296	,641	,566	,084	,252	,015				
	Primarna razina	12	179,92	13	147,50	14	132,00	14	114,79	14	119,39
	Sekundarna razina	131	143,05	140	152,96	141	154,85	136	146,07	131	148,05
	Tercijarna razina	144	141,87	153	154,50	153	156,24	145	153,02	149	149,66
	Kruskal-Wallisov test	2,622	,747	1,163	2,913	1,720	,549				
	p<	,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). Osnovna razlika pokazuje se 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, a to se posebno očituje unutar kršćanstva (Francis i Wilcox, 1998; Francis, 1997; Miller i Hoffmann, 1995; Walter i Davie, 1998). Neki empirijski pokazatelji sugeriraju da se žene i muškarci razlikuju u religijskim iskustvima, i to na način da žene nastoje negovati 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 one, čini se, u potpunosti izostaju. 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, može se 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 odnosi na generacijske razlike (razlike dobnih kohorti) (Davie, 2007: 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 proučiti 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 s obzirom na ispitanike srednje generacije zbog više slobodnog vremena koje mogu upotrijebiti većim religijskim angažmanom. No, te se pretpostavke ovdje ne mogu potvrditi s obzirom na to da ne postoje statistički značajne razlike prema dobi na pet istraživanih indikatora religioznosti. Jedina statistički značajna razlika primjetna je kod učestalosti molitve, na način da se 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 su mnogi znanstvenici smatrali kako će obrazovanje, kroz koje će ljudi biti izloženi znanstvenim istraživanjima i objašnjenjima, dekonstruirati sve mitove i praznovjerja, što će dovesti do nestajanja potrebe za vjerovanjima i religijom (Sherkat, 2003). Ovaj je pristup bio dominantan u prvoj polovici dvadesetog stoljeća, i to u kontekstu teorija sekularizacije, no danas se pokazuje kako je zapravo takav pristup dobrim dijelom dovodio do zablude s obzirom na to da religija nije nestala, a u mnogim je društvima upitno radi li se uopće o padu njezina utjecaja (Sherkat i Ellison, 1999). Jedan od razloga zašto obrazovanje nije uspjelo 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, može se reći kako 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 svjetonazor³⁷ (Sherkat, 2003: 161). Usprkos rečenome, pokazuje se kako stečeno obrazovanje može smanjiti usmjerenost prema ortodoksnijim religijama, odnosno angažmanu u striktnijim religijskim zajednicama, a time i prema povećanju religijskog nepripadanja općenito (Johnson, 1997). No zanimljivo je kako učinak obrazovanja ovisi i o samoj religijskoj tradiciji, pa se tako pokazuje kako obrazovanje može imati pozitivan utjecaj na religijska vjerovanja kod katolika na način da obrazovaniji mogu snažnije vjerovati u život poslije smrti (Greeley i Hout, 1999). Slično se pokazalo i u istraživanju mormona, kod kojih 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 grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, sudjelovanje u ostalim izvanobrednim aktivnostima zajednica te učestalost 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 na to radi li se o muškarcima ili ženama, starijima ili

³⁷ U tom kontesu zanimljiv je pregled Starka i Finkea (2000) koji su pokazali kako kod sveučilišnih profesora prirodnih znanosti, poput biologa, fizičara, matematičara, različitih inženjera i sl., postoji tendencija izražavanja pravovjernih religijskih vjerovanja i učestalijeg odlazanja u crkvu, dok profesori humanističkih i društvenih znanosti imaju jače izraženu tendenciju prema ateističkom svjetonazoru, a ponekad i otvorenom neprijateljstvu spram religijskog.

mlađima, obrazovanijima ili manje obrazovanima, visoka religioznost, mjerena kroz samoidentifikaciju, vjerovanje, religijsku obrednu i izvanobrednu praksu te učestalost molitve, pokazuju se u konzistentnom obliku.

Kako je već napomenuto na početku ovog poglavlja, zanimljivo je vidjeti razliku li se vjernici u istraživanim vjerskim zajednicama u odnosu na opću populaciju prema ovim osnovnim sociodemografskim obilježjima. Kako bi komparacija bila valjana, iz opće populacije (ISSP „Religija“) stvoren je poduzorak onih koji redovito odlaze na vjerske obrede. Razlog tomu jest taj što ispitanici u vjerskim zajednicama učestalo odlaze na vjerske obrede (95 % odlazi barem jednom mjesečno), pa je stoga smisleno usporediti ih s isto tako redovitim praktikantima iz opće populacije. Redoviti praktikanti određeni su 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 sociodemografskoj usporedbi redovitih praktikanata baptista, mormona, adventista, pentekostalaca i hinduista s jedne strane i katolika s druge strane (tablica 11).

Tablica 11. Sociodemografska 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	$U=67905,5$; $p<,049$		$U=58156,5$; $p<,001$		$U=38119,5$; $p<,001$		

Kada se govori o sociodemografskim karakteristikama religioznosti, dosadašnja istraživanja na općoj populaciji pokazala su kako 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 sociodemografskim razlikama u religioznosti (Črpić i Zrinščak, 2010), i dalje se može primijetiti kako 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, vidljiva je razlika u sva tri osnovna sociodemografska 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 ispitanici koji su završili sekundarnu razinu obrazovanja (završena gimnazija, trogodišnja ili četverogodišnja strukovna škola). U najmanjoj su mjeri redoviti praktikanti koji imaju tercijarno obrazovanje, dakle više, visoko i fakultetsko obrazovanje, što je vidljivo i kada ih se usporedi s većim postotkom onih koji imaju samo primarnu razinu obrazovanja, dakle osnovnoškolsko obrazovanje ili nezavršenu osnovnu školu. Na razini vjerskih zajednica izrazito je 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 je sa socioreligijskim i sociodemografskim 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 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 Lianga (Krause, Shaw i Liang, 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 svoje vjerske zajednice; d) osjećam se dobrodošlim 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 aritmetičke sredine rangova za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih izjava, neparametrijski Kruskal-Wallisov test kao neparametrijska zamjena za jednosmjernu analizu varijance,

odabran zbog različitih veličina uzoraka svake od istraživanih vjerskih zajednica, te Friedmanov test kao neparametrijska zamjena za analizu varijance za zavisne uzroke kako bi se utvrdile razlike između prosječnih rangova pojedinih 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 svoje vjerske zajednice.			Osjećam se dobrodošlim u svojoj vjerskoj zajednici.		
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptističke	81	3,67	154,82	74	3,68	155,08	72	3,44	143,82	75	3,76	146,73
Pentekostne	116	3,67	158,53	105	3,55	142,40	106	3,35	135,59	108	3,68	141,25
Mormonska	44	3,91	181,59	36	3,83	170,92	36	3,69	168,96	38	3,92	162,64
Adventistička	24	3,63	144,33	26	3,54	135,06	24	3,63	166,31	25	3,72	139,48
Hinduistička	43	3,42	120,99	42	3,17	97,45	40	3,03	99,49	41	3,61	131,72
M		3,67			3,56			3,40			3,72	
Kruskal-Wallisov test		18,189			26,708			22,201			6,251	
p<		,001			,001			,001			,181	
Rang M		2,66			2,42			2,16			2,75	
Friedmanov test						95,617						
p<						,001						

Iako Kraus i suradnici ovu bateriju pitanja nazivaju *osjećajem pripadanja vjerskoj zajednici*, bilo bi bolje nazvati je *osjećajem integriranosti u vjersku zajednicu* s obzirom na to da osim procjene osjećaja pripadanja zahvaća i procjenu važnosti vlastitog položaja u zajednici i procjenu prihvaćenosti u zajednici kao cjelini. Ovakve procjene u velikoj mjeri ovise o samim osobama i njihovim crtama ličnosti, pa se tako neke osobe mogu lakše integrirati u određenu zajednicu, a neke teže, ali usprkos individualnim razlikama važna je 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 kako je kod svih pet zajednica procijenjena visoka razina integriranosti mjerena na sva četiri indikatora. Ta je razina najniža kod hinduističke zajednice, ali usprkos tomu i dalje se radi o visokoj razini integriranosti. Zanimljivo je kako postoji razlika među zajednicama kod prva tri indikatora, dok kod procjene osjećaja da su dobrodošli u svojoj vjerskoj zajednici razlika nije prisutna, pri čemu taj indikator i indikator „osjećam da uistinu pripadam svojoj vjerskoj zajednici“ imaju

najviše rezultate na ovome 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 će se stoga u daljnjoj analizi ova četiri indikatora prikazivati kao *indeks osjećaja integriranosti u vjersku zajednicu* (IIVZ) s obzirom na to da analiza pouzdanosti skale pokazuje visoki Cronbachov α od 0,85³⁸. 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 je mjeri vjernicima njihova vjerska zajednica izvor određene podrške u životu. U istraživanjima vjerskih zajednica često je fokus bio usmjeren prema socijalnoj podršci obiteljskih ili prijateljskih odnosa ili oboje (Kenneth i Koch 1994; Berkman 1985; Ellison i George 2010; Krause et al. 2001; Nooney i Woodrum 2002; Krause, Shaw, i Liang 2011; Ellison 1995), no rijetko su se istraživanja bavila utjecajem vjerske zajednice i specifične podrške koju ona daje (Fiala, Bjorck i Gorsuch, 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 pritom je i empirijski validirana, jest *religious support scale* istraživača Williama E. Fialae, Jeffreyja P. Bjorcka i Richarda Gorsucha (Fiala, Bjorck i Gorsuch, 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 istraživačka baterija sastavljena od 21 tvrdnje³⁹ s kojom 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 – niti se slažem niti ne slažem; 4 – slažem se, 5 – u potpunosti se slažem (vidjeti u prilogu Upitnik).

U tablicama 13, 14 i 15 prikazane su aritmetičke sredine i aritmetičke sredine rangova za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih tvrdnji, rezultati neparametrijskih Kruskal-Wallisovih testova kojima su testirane razlike među zajednicama prema pojedinom indikatoru te Friedmanov test rangova kojim su testirane razlike među pojedinim indikatorima.

³⁸ U istraživanju Krausea i suradnika Cronbachov α pokazuje sličnu visoku vrijednost (0,897) (Krause, Shaw i Liang, 2011).

³⁹ S obzirom na to da su tvrdnje u ovoj bateriji preuzete iz engleskog jezika, osobno sam ih preveo, a izvorna govornica engleskog i hrvatskog jezika ponovno je napravila prijevod na engleski jezik radi preciznosti i jezične adaptacije u sociokulturni jezični kontekst. Na tome posebno zahvaljujem kolegici dr. sc. Karin Doolan.

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 mojeg života i živoulih 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
Baptističke	84	4,56	149,89	82	4,37	152,30	82	3,82	140,03	81	4,40	154,56	82	4,41	154,87	79	4,39	145,85	82	4,35	148,85
Pentekostne	116	4,76	173,69	116	4,53	173,69	115	4,02	155,89	116	4,42	162,91	117	4,44	162,15	115	4,58	168,54	113	4,42	158,79
Mormonska	44	4,75	172,38	45	4,49	172,08	44	4,25	179,25	43	4,70	193,84	44	4,73	195,05	44	4,75	188,75	44	4,73	192,86
Adventistička	27	4,22	110,59	26	4,04	122,00	26	3,81	137,44	26	4,15	133,94	26	4,15	126,50	26	4,08	108,98	26	4,27	139,19
Hinduistička	45	4,58	150,60	44	4,16	127,01	44	4,25	173,77	43	3,95	108,38	42	4,12	118,43	43	4,21	121,76	41	4,10	115,04
M	4,63		4,39	4,01		4,37	4,41		4,37	4,41		4,46	4,39		4,46	4,39		4,39			
Kruskal-Wallisov test	18,925		17,495	9,597		27,131	23,541		29,227	21,931											
p<	,001		,002	,048		,001	,001		,001	,001		,001	,001		,001	,001		,001			
Rang M	4,68		3,97	3,27		3,91	4,01		4,19	3,98											
Friedmanov test						154,546															
p<						,001															

Tablica 14. Podrška vjerskog/ih voditelja

Vjerske zajednice	Da nešto može po zlu, voditelj/i moje vjerske zajednice bi mi pomogao/li.			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 bliskim 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
Baptističke	82	4,71	152,56	83	4,58	148,38	82	4,60	152,06	82	4,46	157,02	81	4,20	155,26	81	4,43	156,27	80	4,48	148,16
Pentekosne	115	4,80	167,04	116	4,80	178,03	116	4,78	171,66	115	4,55	165,77	113	4,28	157,58	115	4,46	163,64	114	4,63	170,61
Mormonska	44	4,91	180,27	44	4,82	184,20	44	4,91	191,77	44	4,61	188,50	45	4,40	178,34	44	4,82	196,55	45	4,78	186,33
Adventistička	26	4,23	90,88	26	4,23	102,83	26	4,19	103,35	26	4,12	116,81	26	3,73	109,40	26	3,92	105,85	25	4,04	105,56
Hinduistička	43	4,65	143,95	44	4,41	122,64	44	4,41	120,95	43	4,12	114,74	43	4,19	147,28	43	4,12	116,70	42	4,17	110,61
M	4,72			4,64			4,65			4,44			4,22			4,41			4,50		
Kruskal-Wallisov test	34,697			40,222			39,790			27,138			12,229			33,619			36,677		
p<	,001			,001			,001			,001			,016			,001			,001		
Rang M	4,63			4,29			4,33			3,78			3,30			3,74			3,92		
Friedmanov test										201,142											
p<										,001											

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 se brine o mojem životu i situaciji.		Ne osjećam se bliskim s Bogom.								
	N	Rang_M	N	Rang_M	N	Rang_M	N	Rang_M	N	Rang_M	N	Rang_M	N	Rang_M							
Baptističke	84	4,71	152,39	81	4,81	154,77	83	4,70	151,25	81	4,84	157,34	81	4,81	153,21	82	4,84	159,64	82	4,55	146,58
Pentekostne	116	4,91	176,48	115	4,90	166,21	116	4,85	172,34	113	4,90	166,02	117	4,92	166,38	117	4,91	172,94	114	4,74	165,99
Mormonska	45	4,80	165,23	44	4,89	163,80	44	4,84	172,06	45	4,91	166,20	44	4,93	167,70	45	4,76	152,24	44	4,73	164,91
Adventistička	26	4,65	146,46	26	4,69	150,02	26	4,65	155,92	24	4,79	153,90	26	4,88	165,52	27	4,85	165,81	26	4,38	125,46
Hinduistička	41	4,27	105,16	40	4,28	105,31	40	4,08	93,14	40	4,05	84,46	41	4,39	105,74	41	4,27	101,83	40	4,53	137,78
M	4,74		4,77		4,69		4,77		4,69		4,77		4,82		4,78		4,63				
Kruskal-Wallisov test	39,460		33,932		44,925		63,590		41,016		44,994		11,558								
p<	,001		,001		,001		,001		,001		,001		,001		,001		,021				
Rang M	4,02		4,07		3,88		4,06		4,21		4,12		3,65								
Friedmanov test	58,546						58,546														
p<							,001														

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 na to da svi ispitanici visoko procjenjuju podršku koju dobivaju u svojim kongregacijama. Ako usporedimo aritmetičke sredine za svaku tvrdnju, evidentno je 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 s njom u potpunosti slaže). 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 je procjena konzistentna na svih sedam tvrdnji. No, općenito se može reći kako u svim zajednicama vjernici uglavnom drže da je ostalim članovima zajednica stalo do njih i njihova 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 je ocijenjena tvrdnja „da nešto pođe po zlu, voditelj/i moje vjerske zajednice bi mi pomogao/li“, no uz ovu tvrdnju visoko su prihvaćene i tvrdnje „voditelj/i moje vjerske zajednice me cijeni/e“ te „mogu se obratiti voditelju/ima svoje vjerske zajednice za savjet kada imam probleme“. Tvrdnja „ne osjećam se bliskim s voditeljem/ima moje vjerske zajednice“ ima nižu razinu prihvaćenosti od svih ostalih tvrdnji, koja se zasigurno može objasniti razlikom u smjeru postavljene tvrdnje zato što u sebi ta tvrdnja sadrži negaciju, odnosno određenje na skali je suprotnog smjera u usporedbi s ostalim tvrdnjama⁴⁰. U usporedbi s ostalim zajednicama i ovdje se može primijetiti konzistentnija i viša procjena podrške vjerskog/ih voditelja kod mormona, no u svim zajednicama vjernici osjećaju bliskost s voditeljem/ima, imaju osjećaj da ih voditelj/i poštuje/u, cijeni/e i da im pruža/ju osjećaj pripadnosti te 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 njihova 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 mogućih odgovora od 1 do 5 sve su aritmetičke sredine iznad 4,5). I ovdje su primjetne statistički značajne razlike među 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 kako je kod većine ispitanika u svim za-

⁴⁰ Isto se može primijetiti i kod isto postavljenih tvrdnji unutar kongregacijske podrške i božje podrške.

jednicama odnos prema Bogu važan izvor osjećaja pripadnosti i poštovanja, osjećaja bliskosti i cijenjenosti te kako vjernici osjećaju da bi im Bog, da nešto pođe po zlu, pomogao, da mu se mogu obratiti za savjet kada imaju probleme i da se Bog brine o njihovu 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)⁴¹.

Članovima vjerskih zajednica zajednice kojima pripadaju važan su izvor specifičnog oblika religijske podrške koja proizlazi iz odnosa s drugim vjernicima u zajednici, s voditeljem/ima vjerske zajednice, ali i iz njihova osobnog odnosa prema Bogu koji je, prema svemu sudeći, temeljna religijska ideja/predodžba vjernicima u ovim zajednicama.

Iako je božja podrška u nešto većoj mjeri prisutna u usporedbi s druga dva tipa religijske podrške, podrška ostalih suvjernika, 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 te 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 trebali procijeniti 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.

⁴¹ 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; Medijan=31; Asimetrija=-0,662; Indeks podrška vjerskog/ih voditelja > M=31,61; SD=3,62; Medijan=33; Asimetrija=-0,948; Indeks božje podrške > M=33,3; SD=2,91; Medijan=35; Asimetrija=-2,071). Vrijednosti indeksa međusobno su uspoređene neparametrijskim Wilcoxonovim testom sume rangova koji pokazuje da između sva tri indeksa postoji statistički značajna razlika (IKP-IPVV > Z=-6,255, p<,001; IKP-IBP > Z=-11,093, p<,001; IPVV – IBP > Z=-8,526, p<,001). 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.

Primjeri percipirane socijalne podrške mogu se podijeliti u dva tipa. Jedan je materijalni tip podrške koji se, primjerice, može manifestirati u posuđivanju novca, obavljanju nekih kućnih popravaka (poput neispravne pipe, začepljenog vodokotlića i sl.), posuđivanju automobila, pomoći kada se netko od članova obitelji razboli ili pak čuvanju djece, kuće ili stana (tablica 16). Drugi je tip više nematerijalnog oblika, a odnosi se 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 aritmetičke sredine rangova za pet vjerskih zajednica na svakoj od navedenih tvrdnji, neparametrijski Kruskal-Wallisov test kojim se testira razlika među zajednicama prema pojedinom indikatoru te Friedmanov test rangova kojim se testira razlika među pojedinim indikatorima.

Kada pogledamo *percipiranu materijalnu socijalnu podršku*, zanimljivo je kako ne postoje razlike među zajednicama. Znači, 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 nekog od članova vjerske zajednice koja je najviše ocijenjena upravo 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 izbjivanja. U nešto manjoj mjeri procjenjuje se podrška članova vjerske zajednice u slučajevima u kojima bi trebalo posuditi automobil ili novac, što i ne čudi s obzirom na to da se radi o materijalno vrednijim 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 $p < 0,01$, među zajednicama nema razlike. Značajna je razlika 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 visoko je procijenjeno, što upućuje na to da u svim zajednicama većina ispitanika misli kako 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.

Tablica 16. Socijalna podrška – materijalna

Vjerske zajednice	U slučaju manjih nezgoda u kući/stanu, kao što su neispravna pipa, začepljen vodokodlić i sl., netko od članova moje vjerske zajednice bi mi pomogao.				Ako bi mi hitno trebalo, netko od članova moje vjerske zajednice posudio bi mi 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 izbijanja netko od članova moje vjerske zajednice pričuvala bi mi djecu ili kuću/stan.			
	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	
Baptističke	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	
Pentekostne	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	
Adventistička	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	
Hinduistička	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-Wallisov test		5,461			5,709			2,346			2,001			3,162		
p<		,243			,222			,672			,736			,531		
Rang M		2,78			3,09			2,80			3,25			3,07		
Friedmanov test								84,780								
p<								,001								

Tablica 17. Socijalna podrška – nematerijalna

Vjerske zajednice	Ako bih imao ozbiljan problem na poslu, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice.			U slučaju smrti meni bliske osobe mogao 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
Baptističke	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
Pentekostne	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
Adventistička	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
Hinduistička	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-Wallisov test	10,225			11,340				5,612		13,029				10,122	
p<	,037			,023				,230		,011				,038	
Rang M	2,98			3,06				2,91		3,04				3,02	
Friedmanov test								25,843							
p<								,001							

Za potrebe daljnje analize konstruiran je *indeks percipirane socijalne podrške* (IPSP) u kojem su sadržane tvrdnje i o materijalnoj i o nematerijalnoj socijalnoj podršci (Cronbachov $\alpha=0,737$)⁴².

Ovdje se treba vratiti jednom elementu prakse u vjerskoj zajednici koji je namjerno izostavljen u odlomku 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 zapravo radi o indikatoru koji pokazuje u kojoj se mjeri ljudi aktivno okupljaju u svojoj zajednici. Podaci su prikazani komparativno s općom populacijom s obzirom na to da je isto pitanje bilo postavljeno i u ISSP modulu „Religija“⁴³.

Tablica 18. Sudjelovanje u aktivnostima vjerske zajednice izvan vjerskih obreda

Vjerske zajednice	N	M	Rang M	Tjedno	Mjesečno	Godišnje	Nikada
Baptističke	84	2,08	169,66	46,4 %	22,6 %	26,2 %	4,8 %
Pentekostne	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-Wallisov test		15,316					
p<		,004					

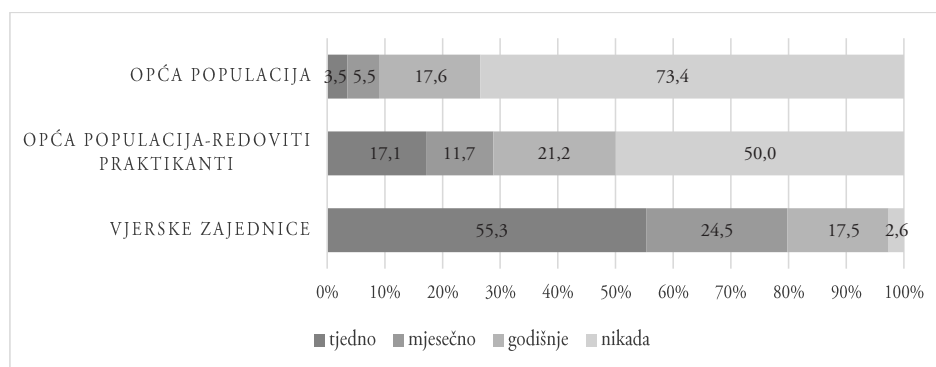
Testiranja pokazuju statistički značajnu razliku među zajednicama. Stoga u tom kontekstu treba promatrati razliku koja se u osnovnim crtama pokazuje između mormonske, pentekostne i adventističke zajednice s jedne strane te baptističke i hinduističke zajednice s druge strane, pri čemu kod ovih prvih vjernici u nešto većoj mjeri

⁴² Indeks je konstruiran zbrajanjem rezultata svih čestica iz baterija (deset tvrdnji), pa je stoga raspon indeksa od 0 do 20, a distribucija je negativno nagnuta ($M=18,28$; $SD=2,89$; Medijan=20; Asimetrija=-2,45).

⁴³ S obzirom na to 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 se način provela procedura rekodiranja.

sudjeluju u aktivnostima zajednice izvan vjerskih obreda. S obzirom na diskrepanciju uzoraka između zajednica, postotne vrijednosti nisu pravo mjerilo koje pokazuje u kojoj je mjeri prisutna aktivnost izvan vjerskih obreda, ali uz neparametrijsko testiranje i prikaz rangova aritmetičkih sredina tog testiranja daje određenu ilustraciju o tome o kojoj se mjeri religijskog aktivizma zapravo radi. Ako bismo prihvatili u potpunosti rezervu o razlikama među zajednicama, ukupne postotne vrijednosti daju nam poprilično jasnu i zanimljivo sliku tog aktivizma. Preko polovice svih ispitanika sudjeluje barem jednom tjedno, ako ne i češće, u aktivnostima svojih zajednica. Ako bismo tomu pribrojali i sudjelovanje minimalno jednom mjesečno, može se istaknuti kako preko 80 % ispitanika redovito sudjeluje u izvanobrednim aktivnostima.

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 postoci 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, nije potrebno uvoditi ni statističko testiranje razlike. Aktivnost vjernika u zajednicama veća je od aktivnosti opće populacije, ali i redovitih praktikanata u općoj populaciji. Može se reći da u onom opsegu u kojem vjernici u općoj populaciji ne sudjeluju u izvanobrednim aktivnostima, vjernici u ovim zajednicama sudjeluju.

Ako se prisjetimo prikazanih podataka o redovnoj religijskog praksi, koji pokazuju tjednu razinu od skoro 90 % odlazanja na vjerske obrede, dok je tjedno sudjelovanje u molitvenim grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi (a da su te aktivnosti izvan uobičajenog vjerskog obreda) na razini od 65 %, onda nešto niža, ali i visoka razina od 55 % tjednog sudjelovanja u izvanobrednim aktivnostima upućuje na to kako su vjerske zajednice svojim vjernicima bitan socijalni prostor i okruženje u kojemu se sigurno ostvaruju i socijalni odnosi koji nisu nužno religijskog karak-

tera. Može se očekivati kako će ovako izražen angažman religijskog i nereligijskog karaktera na individualnoj razini doprinijeti povećanom osjećaju integriranosti u zajednicu, a time i stvoriti mogućnost razvitka socijalne podrške.

Tablica 19. Korelati socijalne podrške

	IPSP Model 1	IPSP 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, $p < .001$), s indikatorom sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi (Kendallov tau=-,223, $p < .001$) te sa sudjelovanjem u ostalim aktivnostima izvan vjerskih obreda (Kendallov tau=-,201, $p < .001$).

Drugim riječima, veća uključenost u vjersku zajednicu kroz učestalu religijsku praksu doprinosi povećanom osjećaju integriranosti u zajednicu. Odnos između osjećaja integriranosti u zajednicu i redovitog odlaska na vjerske obrede, molitvene grupe i ostale aktivnosti zasigurno je 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, čime se stvara i jači osjećaj pripadanja 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 posljedno mogu utjecati na svakodnevne životne forme. To upravo pokazuju linearni regresijski modeli 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 njihovu međusobnu povezanost. U prvome modelu prikazani su korelati između indeksa percipirane socijalne podrške s tri tipa religijske prakse i pokazuje se značajna korelacija između odlaska na vjerske službe i sudjelovanja u izvanobrednim aktivnostima vjerske zajednice s percipira-

nom socijalnom podrškom. No varijanca je u ovom modelu slabo objašnjena (samo 5,6 %). Ako 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 na to 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 učinku. Vidljiv je i porast postotka 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 onima 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 očekivano 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 se kapital 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 ne ubrajaju članove svoje obitelji (skala: 0 – niti jednog; 1 – jednog; 2 – dvoje; 3 – troje; 4 – četiri; 5 – pet; 6 – od šest do devet; 7 – više od deset). Povjerenje se mjerilo pitanjem: „Biste li rekli da se ljudima može vjerovati ili da se nikada ne može biti dovoljno oprezan u odnosu s ljudima?“ Pritom je korištena petostupanjska skala – od 1 – nikada dovoljno oprezan, do 5 – većini ljudi može se vjerovati. U tablici 20 prikazane su aritmetičke sredine rangova i rezultati neparametrijskog Kruskal-Wallisovog testa kako bi se testirale 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
Baptističke	83	3,54	168,15	80	4,13	143,41	79	3,97	137,42
Pentekostne	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-Wallisov test		33,699			25,261			24,856	
p<		,001			,001			,001	

Kada se pogledaju sva tri indikatora socijalnog kapitala prikazana u tablici 20, vidljiva je razlika među zajednicama. U nešto je većoj mjeri 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 općenito povjerenje je uglavnom ocijenjeno ocjenom 3 (rang od 1 do 5) sa slabim naginjanjem prema odgovoru „većini ljudi može se 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 četiri bliskih prijatelja koji nisu članovi obitelji.

Tablica 21. Korelati socijalnog kapitala

	Povjerenje	Umreženost izvan vjerske zajednice	Umreženost unutar vjerske zajednice
	B		
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 u kojima su prediktorske varijable indikatori religijske prakse, dok su kriterijske varijable indikatori socijalnog kapitala. Modeli pokazuju kako 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 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 upoznavanje 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 (1999: 131): „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.“ No, treba imati na umu kako 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 religijske grupe koje nisu povezane ili su slabo povezane s društvom općenito, odnosno, sociološkim rječnikom rečeno, one religijske grupe koje u svojem svjetonazoru i praksi u određenoj mjeri odbacuju svijet (*world-rejecting*)⁴⁴.

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 (Hyppä, 2010), 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 u određenom razdoblju. 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 na toj razini i istražuje. No takva vrsta socijalnog kapitala 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.

⁴⁴ Sociolog Roy Wallis uveo je distinkciju koja se odnosi na nove religijske pokrete, pri čemu ih je podijelio na pokrete koji odbijaju svijet (*world-rejecting movements*), koji se prilagođavaju svijetu (*world-accomodating movements*) i koji prihvataju svijet (*world-affirming movements*) (Furseth i Repstad, 2006). Vjerske zajednice koje se ovdje istražuju (prvenstveno adventistička i baptističke) nisu u klasičnom smislu religijski pokreti, no tipologija se može se primijeniti i na manjinske zajednice općenito, pri čemu se koncept *odnos prema svijetu* može prevesti kao *odnos prema društvu općenito*.

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 indikator 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 zajednice (tablica 20 – dimenzije socijalnog kapitala). Štoviše, i regresijski modeli pokazuju kako 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. Ona se 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, gdje 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 religijska praksa i umreženost unutar zajednice povezane, pri čemu je postotak objašnjene varijance, iako kod svih modela nizak, upravo 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 na to da se upravo u neposrednijim kontaktima, a ovakva je religijska praksa sigurno neposrednija nego sudjelovanje u vjerskim obredima, mogu lakše ostvarivati i prijateljstva. Ako to usporedimo s odnosom religijske prakse i broja prijatelja izvan vjerske zajednice, prethodno spomenute plauzibilne pretpostavke o intenzivnim odnosima koji se ostvaruju u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi ovime dobivaju na smanjenoj plauzibilnosti.

Religija se može smatrati relevantnim čimbenikom 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 se analizi u određenoj mjeri potvrđuje. Time religija, i to upravo u modernim društvima, posebno u urbanom prostoru u kojem dolazi do transformacije obitelji te nestajanja specifičnih kulturnih udruženja, sindikalnih okupljališta i sličnih mjesta koja su generirala socijalni kapital, postaje važnim izvorom. S obzirom na to da dosadašnja istraživanja pokazuju važnost socijalnog kapitala (socijalnog resursa) za osobno zdravlje, smisleno je takva istraživanja nastaviti. Taj nas zaključak vodi 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 ponašanja 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 na to 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 na to 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 na to da je taj istraživački modul napravljen na nacionalno reprezentativnom uzorku.

5.4.1. Zdravstveno ponašanje u vjerskim zajednicama

Individualno ponašanje koje ima utjecaja na zdravlje jedno je od najvažnijih 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 povezano s bolestima te ponašanje u ulozi bolesnika, no istraživački je plodonosnije govoriti o tipovima zdravstvenog ponašanja. U tom smislu može se razlikovati barem pet 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 povezano s prehranom (*dietary behaviour*) te ponašanje koje se odnosi na uporabu supstanci (*substance-use behaviour*) (Kirch, 2008: 518-519). Sva ova ponašanja mogu biti povremena ili jednokratna, no ako se radi o ponašanjima koja se ponavljaju, dakle o ponašanjima koja su redovita i planirana, 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 povezano s prehranom 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 najmanje 20 minuta fizičkom aktivnošću 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/zastite* (IZP – zdravstvena usluga). Korišteno pitanje glasi: „Koliko ste često tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili liječnika ili je on posjetio Vas?“. Ponudeni odgovori bili su 1 – nikada, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – vrlo često.
- *Indikator zdravstvenog ponašanja povezan s prehranom* (IZP – prehrana). Pitanje glasi: „Koliko često jedete svježe voće ili povrće?“ Korištena je 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?“ Korištena je ista skala kao i kod prethodnog indikatora. Drugo pitanje odnosi se na konzumaciju cigareta, a glasi: „Pušite li cigarete i ako da, koliko cigareta dnevno?“ Skala ima sedam odgovora, pri čemu je 1 – ne pušim i nikada nisam pušio, 2 – ne pušim, ali sam prije pušio, 3 – pušim 1 – 5 cigareta dnevno, 4 – pušim 6 – 10 cigareta dnevno, 5 – pušim 11 – 20 cigareta dnevno, 6 – pušim 21 – 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	16,7	18,1	13,5	29,8	22,0	Mann-Whitney <i>U</i> = 142366,5	
	Opća populacija	25,9	19,8	25,5	17,8	11,0	p<,001	
IZP – prehrana	Vjerske zajednice	4,9	1,4	7,0	29,5	57,2	Mann-Whitney <i>U</i> = 140690,0	
	Opća populacija	,8	2,6	19,9	44,5	32,3	p<,001	
IZP – alkohol	Vjerske zajednice	91,9	5,7	1,3	,7	,3	Mann-Whitney <i>U</i> = 263185,0	
	Opća populacija	57,0	26,1	12,0	3,4	1,5	p<,001	
	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često			
IZP – zdravstvena usluga	Vjerske zajednice	31,8	34,1	26,0	7,5	,6	Mann-Whitney <i>U</i> = 213732,0	
	Opća populacija	24,1	35,7	24,1	12,3	3,8	p<,001	
	Ne pušim i nikada nisam pušio.	Ne pušim, ali sam prije pušio.	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	60,6	37,7	,3	,7	0,7	,0	Mann- Whitney <i>U</i> = 254294,0
	Opća populacija	45,7	17,6	5,7	8,5	17,5	4,4	p<,001

U tablici 22 prikazani su postoci na 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, čini se 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 ispitanike koji nekoliko puta tjedno i dnevno fizički vježbaju i konzumiraju svježe voće ili povrće, vidljivo je da preko 50 % ispitanika redovito fizički vježba barem 20 minuta, od čega se ožnoje ili teže dišu nego inače, dok skoro 90 % ispitanika jede svježe voće ili povrće. Kada se pogleda konzumacija alkohola, može se reći da rijetki ispitanici u većoj mjeri konzumiraju alkohol s obzirom na to da preko 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 na to da 98 % ispitanika kaže da ne puši, od čega većina nije nikada ni pušila. 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 na to da propituje radi li se o preventivnim razlozima liječničke posjete odnosno posjete liječniku, te se stoga prije može promatrati kao pokazatelj zdravstvenog stanja. Međutim, kao mjera on pokazuje koristi li se određeni oblik zdravstvene usluge/zaštite. Ako se ovaj oblik zdravstvene usluge manje koristi, znači da je i manja potreba za njim, odnosno da nisu postojali zdravstveni razlozi za posjet liječniku. U tom smislu većina nije posjećivala liječnika ili ga je rijetko posjećivala. Tek je oko 8 % ispitanika za time imalo često potrebu.

Koliko ovi indikatori pokazuju u kojoj se mjeri 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 se više bave fizičkom aktivnošću, značajno više konzumiraju svježe voće ili povrće te značajno manje konzumiraju alkohol. Ako pogledamo samo konzumaciju alkohola, evidentno je 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 češće je na razini od oko 40 %, dok je na razini vjerske zajednice malo ispod 10 %. Komparativno gledano, posjet liječniku također je u višoj mjeri prisutan u općoj populaciji nego kod ispitanika vjerskih zajednica. Posebno se ističe razlika u pušenju cigareta s obzirom na to da u općoj populaciji 60 % ne puši, što je za oko 35 % manje nego na razini vjerske zajednice. Ako se pogledaju samo pušači u općoj populaciji, 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 u njemu i ISSP modulu „Zdravlje“ nisu korišteni istoznačni indikatori zdravstvenog ponašanja, moguće je na dva indikatora napraviti usporedbu. Tako, primjerice, HZA pokazuje da u Hrvatskoj 74,9 % ispitanika redovito konzumira svježe voće ili povrće (nekoliko puta tjedno i češće), dok 31,25 % puši (Milanović i dr., 2012), što je slično podacima iz ISSP modula „Zdravlje“ (oko 77 % jede svježe voće ili povrće nekoliko puta tjedno i češće, dok oko 37 % 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 značajno odgovorniji u zdravstvenom ponašanju s obzirom na to da u većoj mjeri fizički vježbaju, jednu zdravije te manje konzumiraju alkohol i cigarete.

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

Tablica 23. Zdravstveno ponašanje – usporedba 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
Baptističke	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
Pentekostne	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-Wallisov test	32,724			17,476			21,289			2,301			24,328		
p<	,001			,001			,001			,512			,001		

Neparametrijski Kruskal-Wallisov 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 su mjeri u svim zajednicama ispitanici tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili liječnika ili je on posjetio njih. 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 zadnja dva indikatora, koji pokazuju učestalost konzumacije alkohola i cigareta. Komparativno gledano, pripadnici adventističke i mormonske zajednice, dakle zajednice koje su striktnije u određenim zahtjevima prema svojim članovima, u najmanjoj mjeri konzumiraju alkohol i cigarete. To je razumljivo s obzirom na to da obje zajednice imaju vrlo jasna pravila o nekonzumiranju alkohola i cigareta s obzirom na to 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 su dva segmenta zdravstvenog ponašanja u hinduizmu istaknuta u pravilima koje hinduisti zovu *jame* i *nijame*, dakle pravilima po kojima se živi (Marinović Bobinac i Marinović Jerolimov, 2008). Jedno je od tih pravila i *ahimsa*, što znači nenasilje, a govori o tome da hinduisti vjeruju da životinje mogu predosjećati događanja i da, kad osjete strah, luče određene hormone koji ostaju u mesu i koji kod čovjeka koji to meso konzumira 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 najmanje 20 minuta bave fizičkom aktivnošću 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 o 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 mogu zaživjeti među članovima vjerskih zajednica, može ovisiti i o unutargrupnoj 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 je često netko od članova vjerske zajednice, ne računajući članove obitelji, poticao ispitanike da fizički vježbaju, izbjegavaju alkohol i cigarete, jedu zdravu hranu te odlaze na sistematske preglede. Baterija pitanja preuzeta je od Krausea, Shawa i Lianga, pri čemu je korištena skala od četiri stupnja (1 – nikada, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često) (Krause, Shaw i Liang, 2011). U tablici 24 prikazani su općeniti postotni rezultati za sve vjerske zajednice te rezultati statističkih testiranja razlika u aritmetičkim sredinama rangova na pojedinim varijablama.

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		
Friedmanov test	213,770											
p<	,001											
Vjerske zajednice	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M	N	M	Rang M
Baptističke	85	2,24	124,35	84	2,08	117,78	85	2,42	112,44	85	1,74	135,42
Pentekostne	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-Wallisov test	62,132			42,510			67,090			12,289		
p<	,001			,001			,001			,006		

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 kako samo malo iznad jedne trećine ispitanika iskazuje kako 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 zdravstveno ponašanje važna tema među članovima 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 razlikuje se među zajednicama. Ako se promatraju sva četiri indikatora, primjetno je 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 s obrascima zdravstvenog ponašanja ispitanika u zajednicama s obzirom na to 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. Ako se analiziraju korelacije između pojedinih indikatora poticanja na određeno zdravstveno ponašanje i indikatora zdravstvenog ponašanja, 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, pokazuje se sljedeće: ako su ispitanici bili poticani na češću fizičku aktivnost, u većoj su mjeri konzumirali svježe voće ili povrće (Kendall's tau_b=0,125, $p<,015$), ako su bili poticani na zdraviju ishranu, u manjoj su mjeri konzumirali četiri ili više alkoholnih pića dnevno (Kendall's tau_b=-0,135, $p<,010$) te ako su bili poticani na sistematske preglede, češće su tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili liječnika ili je on posjetio njih (Kendall's tau_b=0,124, $p<,011$). Vrijednosti korelacijskih koeficijenata pokazuju da se radi o slaboj, ali ipak statistički značajnoj vezi između poticanja članova vjerske zajednice na određena zdravstvena ponašanja i samih obrazaca zdravstvenog ponašanja. Ako se promatraju korelacije u uzorku 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, značajna je korelacija između poticanja na izbjegavanje alkohola i cigareta i samog pušenja cigareta (Kendall's tau_b=-0,212, $p<,020$) 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. Moguće vrijednosti indeksa kreću se od 4 do 16, pri čemu viša vrijednost indeksa upućuje na češće poticanje na zdravstveno odgovorno ponašanje⁴⁵.

Dakle, možemo reći kako ispitanici u istraživanim vjerskim zajednicama vode zdravstveno odgovorniji život s obzirom na to da više vježbaju, nastoje se zdravije hraniti te manje puše cigarete i piju alkohol, a ovaj 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. Tako kod zajednica koje su striktnije u svojim pravilima koja reguliraju svakodnevne životne prakse, poput mormonske i adventističke, ili zajednica u kojima je važan dio religijske prakse eksplicitno usmjeren prema zdravijim životnim navikama, poput hinduističke, pripadnici zajednica vode zdravstveno odgovorniji život i pritom potiču i druge pripadnike na istu odgovornost. No, odnos religioznosti i zdravstvenog ponašanja dalje će se u analizi eksplicitnije istražiti, ali je prije toga potrebno dati uvid i u samoprocijenjeno zdravstveno stanje, što s 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 cijele populacije koje se mjeri u određenoj vremenskoj točki prema određenim standardima ili indikatorima (Kirch, 2008: 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, što utječe na individualno stanje, odnosno kvalitetu života. Drugi način mjerenja odnosi se na pojedinačnu procjenu zdravstvenog stanja, dakle na individualnu percepciju zdravlja. Kao što je već spomenuto, ovdje treba biti oprezan s obzirom na to da osoba može imati objektivno određeni zdravstveni problem koji 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

⁴⁵ M=10,18; SD=3,45; Medijan=10; Asimetrija=-,212.

zdravlja kada ljudi sami procjenjuju svoje zdravstveno stanje (Blaxter, 1990; Pierret, 1995). Pri tome treba biti oprezan jer se percepcije zdravlja razlikuju ne samo među pojedincima nego i među različitim socijalnim grupama. No, s obzirom na to 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 samoprocjene vlastitog zdravstvenog stanja ili zdravstvenog stanja grupe ili populacije, već istraživač u skladu s istraživačkim ciljem sam odlučuje koje će indikatore zdravstvenog stanja koristiti. S obzirom na to da je jedan od istraživačkih ciljeva bio komparacija razine vjerskih zajednica i razine opće populacije, za indikatore zdravstvenog statusa korišteni su sljedeći indikatori:

- *Indikatori samoprocjene psihofizičkog zdravstvenog stanja* (ISPZ). Korištena je baterija od šest pitanja u kojima su ispitanici upitani da procjene koliko su često tijekom protekla četiri tjedna: 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) osjećali se nesretno ili depresivno; e) izgubili povjerenje u sebe; f) imali osjećaj da ne mogu prevladati svoje probleme. Za svih šest pitanja korištena je 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)?“ Ponuđeni odgovori bili su 1 – da i 2 – ne.
- *Indeks tjelesne mase* (ITM). U upitniku su bila postavljena dva pitanja uz pomoć kojih se izračunava indeks tjelesne mase: „Kolika je Vaša visina? Kolika je Vaša težina?“ Indeks se izračunava na način da se ispitanikova težina izražena u kilogramima podijeli 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?“ Korištena je sedmostupanjnska ordinalna skala procjene u kojoj je 1 – u potpunosti sretan, 2 – vrlo sretan, 3 – prilično sretan, 4 – ni sretan ni nesretan, 5 – prilično nesretan, 6 – vrlo nesretan, 7 – u potpunosti nesretan.
- *Indikator općenite samoprocjene zdravlja* (IOSZ). U sklopu ovog indikatora korišteno je uobičajeno pitanje koje glasi: „Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje...?“ Kao nastavak na pitanje ponuđeni su 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 – poreškoće u kućanskim aktivnostima	45,3	24,1	26,7	2,3	1,6	Mann-Whitney $U = 161819,500$ $p < ,001$
Opća populacija	40,6	26,5	20,0	9,2	3,7	
Vjerske zajednice	56,9	28,8	12,4	1,3	0,7	Mann-Whitney $U = 159582,000$ $p < ,001$
Opća populacija	47,6	26,8	18,1	5,4	2,2	
ISPZ – ograničenje društvenih aktivnosti						
Vjerske zajednice	26,1	38,4	25,2	8,1	2,3	Mann-Whitney $U = 186164,000$ $p < ,988$
Opća populacija	31,1	29,9	25,0	10,6	3,5	
ISPZ – fizički bolovi						
Vjerske zajednice	32,4	35,5	27,3	4,1	0,7	Mann-Whitney $U = 180811,000$ $p < ,830$
Opća populacija	35,1	32,2	22,7	8,0	2,1	
ISPZ – nesretnost ili depresija						
Vjerske zajednice	54,1	29,0	13,1	3,5	0,4	Mann-Whitney $U = 179134,000$ $p < ,637$
Opća populacija	52,5	24,7	14,6	6,5	1,7	
ISPZ – gubitak povjerenja						
Vjerske zajednice	44,9	28,6	22,8	2,0	1,7	Mann-Whitney $U = 180094,500$ $p < ,587$
Opća populacija	43,4	29,6	15,4	8,6	3,0	
ISPZ – nemogućnost prevladavanja problema						
Vjerske zajednice	25,1	74,9		$\chi^2 = 1,164$		
Opća populacija	22,1	77,8		Sig.,281		
ISPZ – nemogućnost prevladavanja problema						
Vjerske zajednice	13,9	86,1		$\chi^2 = 0,203$		
Opća populacija	14,9	85,1		$p < ,653$		

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

	Podhranjenost < 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	T e s t i r a n a razlika
ITM	Vjerske zajednice	2,6	46,0	42,3	7,7	1,1	,4
	Opća populacija	6,2	43,0	37,5	11,2	1,9	,1
IOD	Vjerske zajednice	30,1	41,8	23,2	3,6	1,0	,0
	Opća populacija	8,7	21,1	39,9	23,4	5,3	,6
IOSZ	Vjerske zajednice	7	12,3	26,3	38,3	22,3	
	Opća populacija	7,5	22,6	33,1	23,0	13,9	

U tablicama 25 i 26 prikazani su postoci odgovora 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, može se reći kako je većina ispitanika u vjerskim zajednicama zapravo dobrog zdravstvenog stanja. Postotne vrijednosti samoprocijenjenog psihofizičkog zdravlja na temelju ovih šest pokazatelja jasno pokazuju kako je većina ispitanika rijetko ili nikada nije 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 može prevladavati svoje probleme, odnosno rijetki su oni koji su navedene probleme imali često ili vrlo često. Isto tako, evidentno je kako većina ispitanika ne boluje od neke dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditeta te da većina nije u posljednjoj godini boravila u bolnici⁴⁶. Vrijednosti indeksa tjelesne mase⁴⁷ pokazuju kako je većina ispitanika idealne težine, a prema indikatoru osobne dobrobiti, koji pokazuje u kojoj mjeri ljudi smatraju da su sretni, također se može primijetiti da je većina sretna, i to zapravo vrlo sretna. Na kraju, preko 85 % ispitanika ocjenjuje svoje zdravlje u najmanju ruku dobrim, odnosno većina ga ocjenjuje jako dobrim.

No, u kojoj se mjeri radi o dobrom zdravstvenom stanju većine ispitanika u vjerskim zajednicama, moguće je reći ako se usporedi s razinom opće populacije. Testirane razlike između ovih dviju razina pokazuju da postoji statistički značajna razlika u nekim elementima zdravstvenog stanja. Kod šest indikatora psihofizičkog 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 su manjoj mjeri prisutne osobe s dugotrajnim bolestima, kroničnim bolestima ili invaliditetom. U procjeni osobne dobrobiti također je evidentna razlika. Osobe u vjerskim zajednicama u značajno se višoj mjeri smatraju 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,

⁴⁶ 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 lošijeg zdravstvenog stanja. No, može se pretpostaviti kako bez obzira na to indikator donekle pokazuje zdravstveno stanje.

⁴⁷ Vrijednosti ITM-a podijeljene su prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije kako bi pokazale koliki je postotak osoba pothranjen, idealne težine, prekomjerne težine ili pretio (Consultation, 2000).

odnosno onih koji smatraju da nisu ni sretni ni nesretni. I na kraju, razlika postoji kod općenite samoprocjene 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 ni na jednoj testiranoj razlici na indikatorima zdravstvenog stanja nije zabilježeno bolje zdravstveno stanje opće populacije, moguće je reći da osobe u vjerskim zajednicama u određenim dimenzijama imaju, prosječno gledano, bolje zdravstveno stanje od opće populacije. To je donekle i očekivano s obzirom na to 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, posebno će se analizirati u sljedećem poglavlju.

Prije toga potrebno je prikazati rezultate i analizu zdravstvenog stanja unutar vjerskih zajednica. Kako bi se lakše prikazali rezultati zdravstvenog stanja, na indikatorima samoprocijenjenog psihofizičkog zdravstvenog stanja napravljena je faktorska analiza na oba uzorka, pri čemu je korištena metoda analize glavnih komponenta (*Principal Components Analysis*). Dobiveni faktori podvrgnuti su 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 četiri 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 samoprocjena psihičkog ili mentalnog zdravlja, dok se drugi može nazvati samoprocjena fizičkog zdravlja. Treba naglasiti da prva dva elementa u drugom faktoru eksplicitno ne podrazumijevaju fizičko dobro zdravstveno stanje s obzirom na to 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 na to da za prvi faktor (samoprocjena mentalnog zdravlja) Cronbachov α iznosi 0,873 (uzorak vjerskih zajednica) odnosno 0,911 (uzorak opće populacije), dok je za drugi faktor (samoprocjena 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 samoprocijenjenog mentalnog zdravlja (ISMZ)⁴⁸ i indeks samoprocijenjenog fizičkog zdravlja (ISFZ)⁴⁹ (mogući rezultati na oba indeksa kreću se od 3 do 15, pri čemu niže vrijednosti predstavljaju bolje zdravstveno stanje). Kad se neparametrijskim testom usporede razina vjerskih zajednica i razina opće populacije na ova dva indeksa, postoji statistički značajna razlika samo na indeksu samoprocjene fizičkog zdravlja (Mann-Whitney $U=161031,5$; $p<,028$), 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 samoprocjene zdravlja te testirane razlike za sve pokazatelje. Zbog objašnjenih nedostataka namjerno je izostavljen indikator boravka u bolnici te se više neće prikazivati u analizi.

⁴⁸ $M=5,72$; $SD=2,78$; Medijan=5; Asimetrija=1,028.

⁴⁹ $M=5,79$; $SD=2,72$; Medijan=5; Asimetrija=1,005.

Tablica 28. Zdravstveno stanje – usporedba 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						
Baptističke	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
Pentekostne	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-Wallisov test	8,417		11,321		8,685		5,382		4,953		4,368							
p<	,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 <i>U</i> / <i>p</i> <	Rang M	Mann-Whitney <i>U</i> / <i>p</i> <	Rang M	Mann-Whitney <i>U</i> / <i>p</i> <	Rang M	Mann-Whitney <i>U</i> / <i>p</i> <	Rang M	Mann-Whitney <i>U</i> / <i>p</i> <	Rang M	Mann-Whitney <i>U</i> / <i>p</i> <
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	,001	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	,001	640,95	,001
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	,001	628,04	,001
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	,001

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 samoprocjene fizičkog zdravlja, samoprocjene 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 ispitanici u ovim zajednicama procjenjuju svoje fizičko i mentalno zdravstveno stanje boljim. Kod indeksa tjelesne mase najveća je razlika 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 ako se, primjerice, svaka zajednica usporedi s općom populacijom⁵⁰ (tablica 29), upravo je kod hinduističke zajednice najčešća razlika s obzirom na to da je na svih šest indikatora (indeksa) ona statistički značajna. Dakle, ako 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 kako 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 temelju samoprocjene fizičkog zdravlja, indikatora bolesti te osobne dobrobiti i opće samoprocjene zdravlja. Upravo se kod ova zadnja dva indikatora razlika potvrđuje i između pentekostnih i baptističkih zajednica s jedne strane i opće populacije s druge, što je očekivano s obzirom na to da je isto pokazala i analiza između prosjeka vjerskih zajednica i opće populacije. Dakle, bolje zdravstveno stanje ispitanika hinduističke odnosno mormonske/adventističke zajednice može se protumačiti i prikazanom razlikom 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.

S ciljem dodatne potvrde ovog zaključka 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 zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja recipročan, odnosno da se u tom odnosu ne mogu jednoznačno odrediti uzrok i

⁵⁰ Kod analize razlika između vjerskih zajednica i opće populacije na indikatorima zdravstvenog ponašanja, ova analiza nije posebno prikazana s obzirom na to da je na svih pet indikatora postojala razlika. Ispitanici u vjerskim zajednicama pokazali su zdravstveno odgovornije ponašanje.

posljedica. Ako se napravi analiza korelacija, koja i ne može otkriti razliku između uzroka i posljedice, na cijelom uzorku vjerskih zajednica postoji statistički značajna pozitivna korelacija samo između učestalosti konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,175; $p<,001$), 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 statistički značajnih korelacija ako 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 baptističke i pentekostne zajednice koje su u tom kontekstu manje striktna, primjetno je kako kod prve grupe postoji statistički značajna korelacija između konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,226; $p<,010$), između prehrane i indeksa mentalnog zdravlja (Kendall's tau_b=-0,201; $p<,016$), između prehrane i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=-0,172; $p<,048$) te između indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa mentalnog zdravlja (Kendall's tau_b=-0,190; $p<,010$). 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; $p<,018$), između konzumacije alkohola i osobne dobrobiti (Kendall's tau_b=0,204; $p<,002$) te između indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa samoprocjene fizičkog zdravlja (Kendall's tau_b=0,126; $p<,025$). Dakle, i tu se pokazuje da ako 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 ispitanici koje je netko od članova vjerske zajednice češće poticao na zdravstveno odgovornije ponašanje, imali su bolju samoprocjenu mentalnog zdravlja, a kod druge grupe bolju samoprocjenu fizičkog zdravlja. Uzme li se u obzir da je analiza zdravstvenog ponašanja pokazala kako postoji povezanost između poticanja na određene obrasce zdravstvenog ponašanja i samih obrazaca zdravstvenog ponašanja, u smislu da ako su ispitanici bili poticani na češću fizičku aktivnost, u većoj su mjeri konzumirali svježe voće ili povrće, ako su bili poticani na zdraviju ishranu, u manjoj su mjeri konzumirali četiri ili više alkoholnih pića dnevno, ako su bili poticani na sistematske preglede, češće su tijekom proteklih 12 mjeseci posjetili liječnika ili je on posjetio njih i ako su bili poticani na izbjegavanje alkohola i cigareta, manje su 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 analize i njezinih rezultata.

No prije toga potrebno je nešto reći i o odnosu zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja. Ako se pogledaju koeficijenti korelacije u tablici 30 (korišteni su neparametrijski Kendall's tau_b koeficijenti), primjetna je međusobno statistički značajna povezanost nekih indikatora, 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 samoprocjene 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 i 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 statistički značajnih korelacija upravo je najviša korelacija izražena između ova dva pokazatelja. Može se reći da su pokazatelji zdravstvenog stanja konzistentni i da uistinu dobro ocrtavaju osobno zdravlje. Štoviše, istraživanja su pokazala da su ovakve mjere osobne procjene zdravstvenog stanja konzistentno povezane s mortalitetom, pa čak i kada se kontroliraju sa širokim rasponom zdravstvenih pokazatelja (Mackenbach i dr., 2002; Mora i dr., 2008).

Jedina statistički značajna korelacija između zdravstvenog ponašanja i stanja jest između 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 razdoblju 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 osobnog zdravlja.

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	1									
IZP – alkohol	,044	1								
IZP – vježbanje	-,088	-,074	1							
IZP – prehrana	-,075	-,075	,229*	1						
ISFZ	-,020	,077	-,037	,017	1					
ISMZ	,024	,084	-,022	-,091	,242*	1				
ITM	,089	,034	-,040	-,041	,136*	-,016	1			
IB	-,052	-,046	-,010	,089	-,329*	-,079	-,193*	1		
IOD	,009	,175*	,049	-,039	,173*	,409*	,010	-,051	1	
IOSZ	-,005	-,055	,085	,066	-,459*	-,236*	-,098***	,401*	-,306*	1

* $p < ,001$; ** $p < ,01$; *** $p < ,05$

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 odnos religioznosti i zdravlja s ciljem da se dobije uvid u to preko kojih se elemenata vjerske zajednice kao socijalnog resursa taj odnos ostvaruje i ostvaruje li se uopće, pri čemu analiza prikazana u prethodnom poglavlju pokazuje da je vrlo plauzibilno da se on ostvaruje kroz angažman u vjerskoj zajednici i resurse koje zajednica pruža svojim vjernicima. S obzirom na to da su različita istraživanja pokazala kako postoji povezanost između religioznosti mjerene prvenstveno religijskom praksom i različitih dimenzija osobnog zdravlja (Comstock i Partridge, 1972; Hummer i dr., 1999; Yeager i dr., 2006; Koenig, McCullough i Larson, 2001; Koenig, 1998; Ellison,

1995; Ančić i Marinović Jerolimov, 2011), potrebno je za početak vidjeti postoji li povezanost religioznosti i zdravstvenog ponašanja i stanja te testirati i kovarijatnost učinka osnovnih sociodemografskih 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 su razloga 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 obrazovanja⁵¹ prediktorske varijable, dok su kao kriterijske varijable stavljeni indikatori zdravstvenog ponašanja i zdravstvenog stanja.

Tablica 31. Korelati zdravstvenog ponašanja

	IZP – pušenje		IZP – alkohol		IZP – vježbanje		IZP – prehrana	
OPĆA POPULACIJA	B	p<	B	p<	B	p<	B	p<
Odlazak na vjerske službe	,106	,001	,147	,001	,002	,955	-,074	,013
Spol	-,074	,012	-,257	,001	-,157	,001	,069	,020
Dob	-,106	,001	-,126	,001	-,157	,001	,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	p<	B	p<	B	p<	B	p<
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	

⁵¹ Ovdje se koristi rekodirana varijabla obrazovanja od tri stupnja koji označavaju primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu obrazovanja.

Na razini opće populacije regresijski modeli pokazuju kako su indikatori zdravstvenog ponašanja u određenoj mjeri povezani s nekim od sociodemografskih obilježja. Primjerice, ako se promatra varijabla spol, pokazuje se da postoji veća mogućnost da će muškarci češće pušiti, piti četiri ili više alkoholnih pića dnevno te se baviti barem 20 minuta fizičkom aktivnošću 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, u većoj mjeri puše te češće piju alkohol u pretjeranim količinama (Milanović i dr., 2012: 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, sociodemografske razlike važni su prediktori u ponašanju povezanom sa zdravljem, 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 sociodemografske 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 pokazuje se 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	p<	B	p<	B	p<	β	p<	β	p<	β	p<
OPĆA POPULACIJA												
Odlazak na vjerske službe	-,031	,263	,122	,001	,014	,633	,144	,001	,016	,518	,069	,015
Spol	,101	,001	,134	,001	-,192	,001	,001	,993	-,062	,014	-,006	,831
Dob	,391	,001	,167	,001	,197	,001	,196	,001	-,494	,001	-,292	,001
Obrazovanje	-,071	,010	-,046	,125	-,050	,091	-,098	,001	,104	,001	,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	,001	,054	,357	-,342	,001	-,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 sociodemografskih obilježja i zdravstvenog stanja. Na temelju indeksa samoprocjene fizičkog zdravlja (ISFZ), indeksa samoprocjene mentalnog zdravlja (ISMZ), indeksa tjelesne mase (ITM) i indikatora općenite samoprocjene zdravlja (IOSZ) vidljivo je da postoji razlika prema spolu, i to tako što žene svoje fizičko i mentalno zdravlje te zdravlje općenito procjenjuju lošijim 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 zdravstveno se odgovornije ponašaju, donekle je i pravilo u modernim industrijaliziranim društvima u kojima 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, Hunt i Sweeting, 1996). Ovaj se paradoks tumači kao refleksija bioloških spolnih razlika i socijetalnih rodni razlika (Denton, Prus i Walters, 2004). Dob se, naravno, također pokazuje važnim korelatom zdravstvenog stanja, pri čemu je očekivano da se rastom kronološke dobi češće pojavljuju i zdravstveni problemi. Tako se i ovdje pokazuje da će stariji ispitanici procjenjivati svoje fizičko i mentalno zdravlje lošijim, imati nešto viši indeks tjelesne mase, biti manje sretni, općenito svoje zdravlje procjenjivati lošijim te češće imati dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditet. Obrazovanje se pokazuje nešto manje izraženim, ali ipak statistički značajnim korelatom u samoprocjeni 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 imaju bolje fizičko zdravlje, sretniji su, u manjoj mjeri imaju dugotrajne bolesti, kronične bolesti ili invaliditet te svoje zdravlje općenito procjenjuju boljim, što je uvjetovano njihovim boljim materijalnim i društvenim statusom (Cutler i Lleras Muney, 2007; Cutler i Lleras Muney, 2006).

Usprkos statistički značajnom utjecaju ovih sociodemografskih obilježja, religioznost se i dalje pokazuje u određenoj mjeri statistički 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 invaliditeta.

Na razini vjerskih zajednica situacija je donekle slična, ali ipak različita. Od sociodemografskih obilježja jedino dob pokazuje konzistentno prediktivno svojstvo. Porastom dobi zdravstveno stanje postaje lošijim, što je evidentno kod indeksa fizičkog i mentalnog zdravlja, indeksa tjelesne mase, indikatora općenite samoprocjene zdravlja i indikatora 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 jest 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 češće su viši na razini opće populacije nego na razini vjerskih zajednica, što upućuje na to da prediktorske varijable (sociodemografske 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 značajne razlike među ovim razinama što se tiče ponašanja, tako što na razini vjerskih zajednica ispitanici pokazuju zdravstveno odgovornije ponašanje i bolje zdravstveno stanje, zaključak je 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 pokazala su da vjerska zajednica, odnosno angažman u vjerskoj zajednici donosi određene salutarne učinke na mentalno i fizičko zdravlje (Ellison i George, 2010; Ellison, 1991; Krause, Ellison i Marcum, 2002; Hummer i dr., 2004; Krause, Ellison i Wulff, 1998; Krause i dr., 2001; Mueller, Plevak i Rummans, 2001; George, Ellison i Larson, 2010). Pokazalo se kako se upravo kroz komunitarni aspekt vjerske zajednice koja svojim članovima pruža socijalne veze (odnose) i socijalnu podršku može 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 ostvaruju socijalne odnose s većim brojem osoba te učestalije izmjenjuju određena dobra, usluge i informacije (Ellison i 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, odno-

sno 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 angažmanom u vjerskoj zajednici. 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 suvjernici, čime mogu međusobno povećavati mogućnosti stvaranja prijateljstava. Takva integracija moguća je zbog toga što se radi o zajednicama (mrežama) u kojima pojedinci dijele određene vrijednosti i svjetonazore, kako religijske tako i socijalne i političke. U svakom slučaju, ovdje nije bio cilj razotkriti kako 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, Son i Lin, 2009).

Vjerska je zajednica vjernicima koji su u nju involvirani 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 njihova 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 na to da većina ispitanika ima osjećaj da ih voditelj/i poštuje/u, cijeni/e, da im pruža/ju osjećaj pripadnosti te 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 do njihova 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 ako je vjernik „dublje uronjen“ u svoju vjersku zajednicu, u toj mu mjeri ona postaje relevantan resurs u svakodnevnom životu. Koliko relevantan, pokušat 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. Zajednice koje su striktnije u prihvaćanju religijskih normi i u čijoj su religijskoj praksi 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 svježe 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 zdravstvenog stanja tiče, pokazuje se kako se u određenoj mjeri opet odvajaju mormonska/adventistička i hinduistička zajednica, u smislu da ispitanici u ovim zajednicama u samoprocjeni bolje ocjenjuju svoje fizičko i mentalno zdravstveno stanje, dok je kod indeksa tjelesne mase najveća razlika između hinduističke zajednice i ostalih zajednica jer 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, prehrane i indeksa mentalnog zdravlja, prehrane i osobne dobrobiti te indeksa poticanja na zdravstveno odgovorno ponašanje i indeksa mentalnog zdravlja, što navodi na zaključak da ako postoji u određenoj mjeri zdravstveno odgovornije ponašanje, postojat će 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 ovome dijelu, kroz regresijske modele, testirati povezanost sa zdravstvenim ponašanjem i zdravstvenim stanjem, i to tako što će se kao zavisne varijable koristiti osnovni sociodemografski 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 (broj 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 zajednice⁵². 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 isključuju varijable koje poboljšavaju značajnost modela, vodeći tako do modela u kojemu ostaju samo statistički značajni prediktori. Zbog toga će u tablici 33 biti prikazane vrijednosti standardiziranih beta koeficijenata samo za prediktore koji su statistički značajni.

⁵² Varijabla koja označava striktnost zajednice napravljena je rekodiranjem varijable koja označava 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.

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***
Izvanobredno sudjelovanje u vjerskoj zajednici		,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 prije (tablica 32), žene su za razliku od muškaraca sklonije manje pušiti ili ne pušiti uopće, što je u skladu s već spomenutim istraživanjima. Angažman u vjerskoj zajednici pokazuje se također statistički značajnim, tako što su oni koji učestalije odlaze na vjerske službe skloniji nepušenju cigareta, pri čemu se i jedna od dimenzija socijalnog kapitala pokazuje važnom kod pušenja. Kod ispitanika koji više vjeruju drugima značajno je manja sklonost ovom poroku. Isti trend pokazuje i indeks socijalne podrške. To je posebno pojačano činjenicom da ukoliko se u određenoj religijskoj tradiciji izrazito inzistira na izbjegavanju ove loše navike po zdravlje, utoliko će to imati i jači efekt (to potvrđuje značajna povezanost s varijablom striktnost zajednice). U kojoj mjeri ovi elementi imaju snažan učinak, govori

i činjenica 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, ako se radi o većem angažmanu u vjerskoj zajednici, bilo da se radi o obrednim ili 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 prvi veći na svakom od korištenih indikatora zdravstvenog ponašanja, što potvrđuje da odgovornije zdravstveno ponašanje nije samo pod utjecajem redovnog odlazanja u crkvu, već se pojačava upravo kroz elemente vjerske zajednice koji 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 i dr., 1978; Oman i dr., 2002; McCullough i dr., 2000; Cohen i Koenig, 2003; Gillum i Dupree, 2006; George, Ellison i Larson, 2010; Idler i dr., 2009).

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, statistička značajnost utvrđena je i kod prediktorske varijable religijskog angažmana, ali češće kod prediktora socijalnog kapitala, odnosno prediktora vjerske zajednice kao socijalnog resursa.

Tablica 34. Korelati zdravstvenog stanja

Zavisne varijable	Nezavisne varijable					
	ISFZ	ISMZ	IB	ITM	IOD	IOSZ
Dob	,139***	-,176**	-,132***	,238*		-,320*
Spol				-,228*		
Obrazovanje						
Odlazanje na vjerske obrede/službe						
Sudjelovanje u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi	-,178**					
Izvanobredno sudjelovanje u vjerskoj zajednici						
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*	
Striktnost zajednice	-,193**			-,135***		
R	,334	,442	,132	,375	,435	,377
R ²	,112	,196	,018	,141	,189	,142

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

Donekle neočekivana veza pokazuje se između sudjelovanja u molitvenim grupama ili grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi i indeksa samoprocjene fizičkog zdravlja. Čini se da ispitanici koji češće sudjeluju u takvom obliku religijske prakse procjenjuju svoje fizičko zdravlje lošijim. To se može objasniti time što se ispitanici koji su lošijeg fizičkog zdravlja češće okreću traženju utjehe u molitvenim grupama i grupama u kojima se čitaju sveti tekstovi, u kojima mogu tražiti interpretativne okvire za svoje stanje. Sličan je nalaz dobiven i u jednom drugom istraživanju u kojemu se pokazalo kako se osobe koje imaju učestalije zdravstvene probleme i koje su osobno nezadovoljnije češće mole, time vrlo vjerojatno tražeći pomoć u nadnaravnom i/ili objašnjenje za svoje zdravstvene probleme (Ančić i 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*), a koje se pokazuju važnim prediktorima osobnog zdravlja, poglavito mentalnog (Kenneth i Pargament i dr., 2012; Mihaljević i dr., 2012; Krause i dr., 2001; Pargament, Koenig, i Perez, 2000; Chaison, 2006; Koenig, Pargament, i Nielsen, 1998; Krause, 2006). Nadalje, za procjenu fizičkog zdravlja ispitanika pokazuje se značajnom i podrška vjerskog voditelja, dakle percepcija da se vjerski voditelj brine o njima, da mu je stalo do njih i da mu se mogu obratiti za pomoć kada imaju probleme 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 dobi značajni su i povjerenje, podrška vjerskog voditelja i percipirana socijalna podrška. Kod povećanog povjerenja, povećanog značaja podrške vjerskog voditelja i povećane percepcije vlastite vjerske zajednice kao socijalnog resursa pojavljuje se i bolje mentalno stanje. Osjećaj da se možeš osloniti na druge u zajednici i 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 kod indeksa samoprocjene mentalnog zdravlja ispitanici procjenjivali koliko se često osjećaju nesretno ili depresivno, koliko su često izgubili povjerenje u sebe te imali osjećaj da ne mogu prevladavati svoje probleme, i ne iznenađuje povezanost s percipiranom podrškom vjerskog voditelja s obzirom na to 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 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, te je zabilježeno kako upravo ispitanici hinduističke zajednice češće vježbaju. Mnoga istraživanja pokazuju kako joga ima salutarne učinke na zdravlje, i to od utjecaja na kardiovaskularni ritam i izlječenja od raka (Cockerham, 2009; Bower i Sternlieb, 2005) do promjena u moždanim valovima (Kamei i dr., 2000).

Za još se jednu mjeru, koja se odnosi na mentalno zdravlje, odnosno na osobnu dobrobit, a konkretnije na osobnu procjenu općenite sreće, pokazuje da je povezana primarno s varijablama vjerske zajednice kao socijalnog resursa i socijalnim kapita-

lom, i to specifično socijalnim kapitalom povezanim upravo s vjerskom zajednicom. Povećani broj prijatelja unutar vjerske zajednice, povećana podrška vjerskog voditelja i povećana socijalna podrška ostalih članova u zajednici čini se kako 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 i Maier, 2008; Fry, 2000; Ellison, 1998; Lewis i 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 općenite procjene osobnog zdravlja tiče, pokazuje se da je uz povezanost s dobi (stariji ispitanici procjenjuju svoje zdravlje lošijim), povezanost značajna i s indikatorom socijalnog kapitala. Ispitanici koji imaju veći broj prijatelja izvan same zajednice bolje procjenjuju svoje zdravlje. Dakle, i ovdje se pokazuje da je socijalni kapital značajan za zdravlje (Nieminen i dr., 2010; Kawachi, Kennedy i Glass, 1999; Krause, 1998; Song, Son i Lin, 2009; Kritsotakis i Gamarnikow, 2004), a ako 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 ne mogu dati jasne nalaze o 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.

Od istraživačkog je interesa razumjeti funkcioniranje vjerskih zajednica u svakodnevnom životu, pa su stoga voditelji bili upitani o eventualnom postojanju nekih financijskih fondova uz pomoć 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 treba-

mo 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 grijehe, oprostiti će mu se i tako dalje... (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

U dijelu 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 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 dode 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 moglo 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 bili su upitani u kojoj im se mjeri članovi obraćaju kada imaju zdravstvene probleme. Zanimljivim se pokazalo kako su upravo 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 jasniji su i nalazi iz kvantitativnog dijela analize, gdje se pokazalo kako je indeks podrške vjerskog voditelja povezan s indeksima samoprocjene 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 sa 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... Svojevrсна priprema da ostaje mogućnost ako je to Božja volja da odeš sa ovoga svijeta... Gol dodeš, gol odlaziš, to je Njegova suverena volja... To je u djelu duhovnosti. (Jedan od voditelja pentekostne vjerske zajednice)

Uz značajnost 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 dobrobit 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 koja 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, manja upotreba cigareta i češća zdravija ishrana), bolje mentalno zdravlje, veća subjektivna dobrobit i manje dugotrajnih oboljenja, kroničnih oboljenja ili

invaliditeta. Usporedba zdravstvenog ponašanja i stanja između razine ispitanika vjerskih zajednica i ispitanika u općoj populaciji pokazala je 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 na to 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 koje vjerske zajednice kao specifične društvene mreže stvaraju, tom odnosu između religije i zdravlja značajno pridonose. Samim time može se potvrditi da je vjerska zajednica značajan socijalni resurs svojim pripadnicima, i to velikim dijelom iz razloga što stvara socijalno okruženje koje može biti pogodno 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 preddinastijskom razdoblju u Egiptu, otprilike prije 5000 – 6000 godina prije nove ere, mentalna i fizička oboljenja nisu se promatrala odvojeno, već kao zaposjednutost zlim duhovima ili demonima. U mezopotamijskoj medicini, otprilike 1000 – 3000 godina prije nove ere, miješaju se dvije paradigme, jedna s elementima koji se odnose na nadnaravno, a druga s elementima koji se odnose na prirodu. Stoga su se bolesti interpretirale kao napad nezadovoljnih duhova koji zaposjedaju ljude i ostavljaju svoj znak u obliku oboljenja. Mezopotamijska je medicina, sukladno takvom pristupu, tretirala oboljenja magijskim praksama, ali i prirodnim metodama u obliku korištenja različitih trava ili miješanih pripravaka koji su sadržavali dijelove životinja i/ili biljaka. Rana kineska društva koja su živjela između 2000 i 500 godina prije nove ere smatrala su kako kontrolu nad životom imaju duhovi i demoni te da duhovni svijet njihovih predaka treba pacificirati ne bi li se tako izbjegle bolesti i kaos u ovome svijetu. S obzirom na to da su i tijelo promatrali u povezanosti sa svojim precima, seciranje nije bilo dozvoljeno, što je posljedično dovelo do razvoja akupunkturne prakse kao ključne metode u razvoju kineske medicine. U homerskoj tradiciji stare Grčke mentalna oboljenja pripisivala su se utjecaju mitoloških božanstava, dok se prvo odvajanje uloge liječnika i uloge svećenika može pronaći u biblijskim tekstovima, i to na način da su mentalne bolesti u ingerenciji svećenika, dok su organski faktori u domeni liječnika. Slično se može pronaći i u avestičkoj tradiciji u staroj Perziji, otprilike 300 – 600 godina prije nove ere, u kojoj su tri

iscjeliteljske uloge zadužene da se bave zdravljem: liječnik, kirurg i svećenik. U toj se tradiciji ruku pod ruku prakticirala prirodna i natprirodna medicina. Preskočimo li nekoliko stotina godina i zavirimo u rani srednji vijek, možemo primijetiti kako je znanstvena medicina u najvećoj mjeri narodna medicina koja je pod snažnim utjecajem mitologije i kršćanskog nauka, no izvan utjecaja demonologije. Osobe koje su mislile da su zaposjednute demonima ili su imale jednostavne infekcije uglavnom su dobivale jednaku terapiju biljem i dijelovima životinja u kombinaciji s ritualnim molitvama (Koenig, McCullough i Larson, 2001). Odnos religije i zdravlja može se historiografski uprizoriti beskrajnim povijesnim naracijama u kojima je razvidno kako religija i zdravlje zapravo nisu nikada ni bili odvojeni te kako sve religijske tradicije u sebi sadržavaju implicitne diskurse o zdravlju/bolesti. Tek nekoliko posljednjih desetljeća svjedočimo znanstvenom pozitivističkom pristupu u kojem se nastoji objasniti multidimenzionalnost odnosa religije i zdravlja te pridonijeti razumijevanju zdravlja ne samo kao biološke i fiziološke kategorije već kao kategorije koja je oblikovana strukturnim i funkcionalnim društvenim odnosima.

U tom kontekstu namjera ove knjige bila je da istraži teorijske pretpostavke o odnosu religije/religioznosti i zdravlja koji se ostvaruje kroz vjersku zajednicu i njezine resurse, na način da su ti resursi povezani sa zdravstvenim ponašanjem i zdravstvenim stanjem, 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 orijentirani tijekom analitičkog procesa, pri čemu se uzimao u obzir i konkretan socioreligijski kontekst. Relativno ograničene znanstvene spoznaje o istraživanim vjerskim zajednicama prvenstveno su 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 socioreligijskog 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 samoidentifikacija, religijska praksa i religijska vjerovanja pokazala izraženiju religioznost upravo kod osoba koje su religijski uključene u vjerske zajednice, i to na način da se radi o konzistentnoj formi religioznosti. Dominantno rasprostranjeno samoprepoznavanje osobne religioznosti, pa čak i kada pojam religijsko za neke zajednice sadrži negativne vrijednosti, učestala religijska praksa koja je obrednog i izvanobrednog karaktera i čvrsto prihvatanje religijskih vjerovanja inherentnih religijskim tradicijama čine 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 sociodemografskim

obilježjima koja uobičajeno ostavljaju otisak na oblike religioznosti. Dakle, bez obzira na to radi li se o muškarcima ili ženama, starijima ili mlađima, obrazovanijima ili manje obrazovanim, visoka religioznost, mjerena kroz samoidentifikaciju, vjervanje, 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 dijelom populacije u kojemu je prisutno redovito pohađanje vjerskih obreda (barem jednom mjesečno). Da se ne radi samo o religioznosti koja je usko povezana s angažmanom u vjerskoj zajednici, pokazuje i nalaz komparacije s općom populacijom koji se odnosi na učestalost molitve. Čak 90 % ispitanika u vjerskim zajednicama iskazuje da se dnevno moli, dok je to kod religioznih ispitanika iz opće populacije slučaj za 41 % ispitanika. Ako 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 zajedništva s religijskim karakterom već i stvaranju socijalnog okruženja koje vjernicima postaje relevantnim i izvan konteksta samog pružanja religijskog sadržaja i okvira.

U prilog tomu 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 ovome radu određen kao aktivnosti pojedinaca koje su religijsko-obrednog i nereligijskog karaktera (sudjelovanje u ostalim aktivnostima zajednice), stvaranjem intenzivnijih socijalnih odnosa doprinosi osobnom povećanom osjećaju integriranosti vjernika u zajednicu. Doprinoseći tako socijalnoj integraciji, omogućuje vjernicima da svoju zajednicu vide kao mjesto u kojemu mogu pronaći različite vrste podrške u situacijama u kojima su im one potrebne. Vjerske zajednice koje su se ovdje istraživale u svojem teološkom svjetonazoru religijske tradicije kojoj pripadaju imaju jasno istaknutu vrijednost pomaganja drugima (članovima i nečlanovima). Kroz takvu vrijednosnu prizmu i 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 integra-

tivnom čimbeniku 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 podrške te razina općenite socijalne podrške. Iako postoje određene razlike, analiza je pokazala kako je kod 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 njihova osobnog odnosa prema nadnaravnome. 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 visoka razina procjene da ispitanici mogu računati da će im netko od članova njihove zajednice pružiti određenu podršku. Bilo da se radi o hitnom medicinskom slučaju, manjim nezgodama u stanu/kući, čuvanju djece u slučaju izbjavanja, ozbiljnim problemima na poslu, smrti, bračnim i obiteljskim problemima ili pak zdravstvenim problemima, većina ispitanika misli da bi mogla tražiti i dobiti podršku i pomoć od nekog od članova zajednice. Dakle, u materijalnom i nematerijalnom smislu razina percipirane socijalne podrške visoka je 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 nereligijskog 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 teorijskome modelu.

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

Na prvoj se razini nastojalo vidjeti u kojoj su mjeri elementi osobnog zdravlja, dakle zdravstveno ponašanje i zdravstveno stanje u vjerskim zajednicama, različiti od opće populacije. Razlog tomu jest što postoji potreba da se razotkrije u kojoj je mjeri vjerska zajednica specifična društvena grupa u kojoj se odnos religioznosti i zdravlja posreduje. Evidentno je da se u ovome radu nije posebno istraživala nijedna sekularna grupa kako bi se razotkrila posebnost vjerskih grupa, već je komparacija bila

u funkciji otkrivanja je li 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, o religijski angažiranim ili neangažiranim ili pak o izrazito sekularnim pojedincima. Rezultati analize pokazuju nekoliko zaključaka.

Prvi je da postoji razlika između zdravlja na razini vjerskih zajednica i zdravlja na razini opće populacije. Vjernici u zajednicama značajno se više bave fizičkom aktivnošću, značajno više konzumiraju svježije 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 religijskoj tradiciji kojoj zajednice pripadaju. U 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 tomu i u većoj mjeri internalizirana. Ovu interpretaciju dodatno potkrepljuju i podaci koji su pokazali u kojoj je mjeri rasprostranjeno i međusobno poticanje članova na fizičko vježbanje, izbjegavanje alkohola i cigareta, zdravu ishranu te sistematske preglede. Većina je vjernika 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 zajednicama koje imaju striktnija pravila prema zdravstvenom 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 zasad rijetkim istraživanjima (Krause, Shaw i Liang, 2011). Kod indikatora zdravstvenog stanja komparacija ovih dviju razina također je pokazala da postoji razlika, i to na način da istraživani pripadnici vjerskih zajednica svoje zdravstveno stanje procjenjuju boljim, što je vidljivo na indeksu samoprocjene fizičkog zdravlja, indikatoru bolesti (kronična oboljenja, dugotrajne bolesti i/ili invaliditet), indikatoru osobne dobrobiti te indikatoru opće samoprocjene osobnog zdravlja. Usporedba vjerskih zajednica pokazala je da u određenim elementima zdravstvenog stanja u striktnijim zajednicama ispitanici procjenjuju svoje zdravlje boljim, što je posebno potvrđeno kroz usporedbu pojedinih tipova zajednica s op-

ćom populacijom. Dakle, i tu je sličan obrazac kao i kod zdravstvenog ponašanja. Ovdje treba istaknuti da je napravljena i analiza korelacije 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 u manjoj su se mjeri pokazali statistički 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 kako su samoprocijenjeno zdravstveno ponašanje i samoprocijenjeno zdravstveno stanje dvije jednako značajne dimenzije zdravlja, pri čemu prva više upozorava na zdravstvene rizike čiji se učinci mogu ostvariti u određenom razdoblju, 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 se dimenzije 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 sociodemografska 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 na to da je uporaba ovih supstanci povezana s raznim oboljenjima i kao takva označava dugoročni rizik koji može biti poguban po osobno zdravlje (Hamman, Barancik i Lilienfeld, 1981; Abramson, Gofin i Peritz, 1982; Phillips i dr., 1980; Bunton, Nettleton i Burrows, 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 povezane religioznost i subjektivna dobrobit, odnosno religioznost i mentalno zdravlje. Na razini vjerskih zajednica korelacija se pokazala statistički značajnom samo s osobnom dobrobiti, što, ako se uzme u obzir da se na većini indikatora zdravstvenog stanja ispitanici s ove razine značajno razlikuju od opće populacije, upućuje na to 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 zajednici, umreženost izvan zajednice, povjerenje prema drugima, vjerski voditelj/i kao važna/e osoba/e 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 sociokulturnih i socioreligijskih sredina.

No, analiza je pokazala i nešto više od toga. Naime, vjerska zajednica može biti zdravstveno relevantna socijalna sredina, ali mogući učinak na zdravlje pojačava se ako 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, nereligijske, 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. Pritom se pretpostavila povezanost između religioznosti i vjerske zajednice kao socijalnog resursa, ali i religioznosti i osobnog zdravlja (ponašanje i stanje). Ako se pogledaju regresijski modeli u kojima su prikazani korelati zdravstvenog ponašanja i stanja, vidljivo je 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 samoprocjene mentalnog stanja). To nas upućuje na dva zaključka. Jedan je već spomenuta važnost striktnosti i religijske tradicije, za koju se pokazalo da se kroz internalizaciju religijskih normi koje se odnose na zdravstvene obrasce ponašanja odnos religioznosti i zdravlja pojačava, odnosno da vjerska zajednica kao socijalni resurs relevantan za zdravlje ovisi i o religijskoj tradiciji. No, upućuje i na zaključak da iako je važan angažman u zajednici, odnos religioznosti i zdravlja posreduje se i kroz još neke mehanizme koji se ovdje nisu istraživali. Zbog toga je buduća istraživanja potrebno usmjeriti na testiranje i nekih drugih teorijskih modela unutar različitih znanstvenih disciplina s obzirom

na to da izrazita kompleksnost ovog istraživačkog područja nalaže interdisciplinarni pristup u istraživanju.

U ovome 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, mogućim budućim interdisciplinarnim istraživanjima i otkrivenim spoznajama može se doprinijeti i proširivanju sadržaja kliničke prakse u ovom području. Za tu svrhu, ali i za kvalitetnije dizajniranje istraživačkih projekata potrebno je osim interdisciplinarnе znanstveno-istraživačke 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 pokušaju u što boljoj mjeri opisati i istražiti multidimenzionalni konstrukti tih pojmova, da se razvijaju i direktno testiraju teorijske poveznice koje se 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. Rastući interes za ovo područje te povećanje znanstvenih disciplina i poddisciplina koje svojim teorijskim i metodologijskim oruđima nastoje istraživati odnos religije i zdravlja upućuje nas na to da se predloženih smjernica treba držati. No, u svakom trenutku treba biti svjestan dvaju najvećih izazova u ovom području, a to su težina definiranja i širina konceptata koji su i u interesu ovog područja – religije i zdravlja. Religija je socijalna, tradicionalna, iskustvena, kognitivna, normativna, ritualistička, inspirativna, limitirajuća i sve što je suprotno od toga. Zdravlje je subjektivno, fiziološko, kulturno relativno, individualno i sve što je suprotno od toga. Znanstveno-analitičan pristup, u kojem se otkriva na koji način ovako teško odredljivi koncepti mogu biti povezani, podrazumijeva sustavno i pedantno raščlanjivanje ovih konceptata na njihove sastavne dijelove te promatranje moguće povezanosti među dijelovima. Ovakav pristup važan je upravo stoga što fenomen religijskog u društvu privlači različite vrste diskursa koji imaju različite karakteristike i koji mogu pridonijeti stvaranju različitih društvenih situacija koje mogu sadržavati visoku razinu društvene napetosti i konfliktности. U kontekstu zdravlja takve situacije tek mogu doći do izražaja. Abortus, umjetna oplodnja i spolni odgoj, odluka o vakcinaciji djece i važnosti religijske orijentacije liječnika u davanju tretmana/savjeta pacijentima te reguliranje zdravstve-

nih institucija koje osnivaju religijske institucije teme su koje religijske institucije i aktere s jedne strane te sekularne institucije i aktere s druge stavljaju u odnos stalne napetosti i konfliktnosti. Upravo je zato u kontekstu odnosa religije i zdravlja važan i znanstveno-analitičan pristup i diskurs, i to primarno kako bismo bolje razumijevali kojim je sve utjecajima podložno osobno zdravlje. To je upravo i namjera koja leži iza ove knjige.

7. POPIS LITERATURE

- Abdel-Khalek, A.M., 2006. Happiness, health, and religiosity: Significant relations. *Mental Health, Religion i Culture*, 9(1), str.85–97.
- Abercrombie, N., Stephen, H. i Turner, B.S., 2008. *Rječnik sociologije*, Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Abramson, J.H., Gofin, R. i Peritz, E., 1982. Risk markers for mortality among elderly men—a community study in Jerusalem. *Journal Of Chronic Diseases*, 35(7), str.565–572.
- Ančić, B., 2014. Religion. U H. Hanappi, prir. *South East Europe in Evolution*. London: Routledge, str. 177–192.
- Ančić, B., 2011. What do we want from religion ? Religiosity and Social Expectations in Central and Eastern Europe. U A. Máté-Tóth i C. Rughinis, prir. *Spaces and Borders. Current Research on Religion in Central and Eastern Europe*. Berlin-Boston: Walter de Gruyter GmbH i Co. KG, str. 151–167.
- Ančić, B. i Marinović Jerolimov, D., 2011. “Dao Bog zdravlja”: o povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj. *Sociologija i prostor*, 613, str.71–89.
- Ančić, B. i 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), str.21–38.
- Anson, O. i ostali, 1991. Religious Community, Individual Religiosity, and Health: A Tale of Two Kibbutzim. *Sociology*, 25(1), str.119–132.
- Aračić, P., Črpić, G. i Nikodem, K., 2003. *Postkomunistički horizonti*, Đakovo: Teologija.
- Aukst-Margetić, B. i ostali, 2009. Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium antropologicum*, 33(4), str.1265–71.
- Aukst-Margetić, B. i Margetić, B., 2005. Religiosity and health outcomes: review of literature. *Collegium antropologicum*, 29(1), str.365–71.
- Bagiella, E., Hong, V. i Sloan, R.P., 2005. Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), str.443–451.
- Bahtijarević, Š., 1975. *Religijsko pripadanje u uvjetima sekularizacije društva*, Zagreb: Narodno sveučilište grada zagreba, Centar za aktualni politički studij.
- Balboni, T.A. i ostali, 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), str.555–560.
- Barker, E., 2004. The Church Without and the God Within: Religiosity and/or Spirituality? U D. Marinović Jerolimov, S. Zrinščak, i I. Borowik, prir. *Religion and Patterns of Social Transformation*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, str. 23–47.

- Beeghley, L., Bock, E.W. i Cochran, J.K., 1990. Religious change and alcohol use: An application of reference group and socialization theory. U *Sociological Forum*. Springer, str. 261–278.
- Bellah, R.N. i ostali, 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 i Company.
- Berger, P.L., 1967. *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*, Garden City, NY: Doubleday.
- Berger, P.L., Davie, G. i Fokas, E., 2008. *Religious america secular europe: a theme and variations* P. L. Berger, G. Davie, i E. Fokas, prir., Burlington: Ashgate Publishing Limited.
- Berkman, L.F., 1985. The Relationship of Social Support to Morbidity and Mortality. U S. Cohen i S. L. Syme, prir. *Social Support and Health*. Orlando, Fla.: Academic Press, str. 241–262.
- Berkman, L.F. i 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), str.186–204.
- Berry, J. i West, R., 1993. Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life span. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), str.351–379.
- Bezinović, P., Marinović Bobinac, A. i Marinović Jerolimov, D., 2006. Kratka ljestvica religioznosti: validacija na uzorku adolescenata. *Društvena istraživanja*, 75-76(1-2), str.135–153.
- Bienenfeld, D. i ostali, 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), str.43–53.
- Bjorck, J.P., Ph, D. i Maslim, A.A., 2011. The Multi- Faith Religious Support Scale : Validation with a Sample of Muslim Women. *Journal of Muslim Mental health*, VI(1), str.62–80.
- Blasi, A.J. prir., 2011. *Toward a Sociological Theory of Religion and Health* Religion a., Leiden-Boston: Brill.
- Blaxter, M., 1990. *Health and Lifestyles*, London: Routledge.
- Bock, E. i Cochran, J., 1987. Moral Messages: The Relative Influence of Denomination on the Religiosity-Alcohol Relationship. *Sociological Quarterly*, 28(1), str.89–103.
- Borowik, I., 1997. Introduction. Religion in Post-Communist Societies – Confronting the Frozen Past and the Peculiarities of the Transformation. U I. Borowik, prir. *New Religious Phenomena in Central and Eastern Europe*. Krakow: Nomos, str. 7–25.
- Borowik, I., Ančić, B. i Tyrła, R., 2013. Central and Eastern Europe. U S. Bullivant i M. Ruse, prir. *The Oxford Handbook of Atheism*. Oxford: Oxford University Press, str. 560–580.
- Bower, J.E., A., W. i Sternlieb, B., 2005. Yoga for cancer patients and survivors. *Cancer Control*, 12(3), str.165–171.
- Braam, A.W. i ostali, 2001. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychological Medicine*, 31(5), str.803–814.

- Braam, A.W. i ostali, 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), str.199–205.
- Bradley, D.O.N.E., 2010. Research Note Religious Involvement and Social Resources : Evidence from the Data Set „Americans ’ Changing Lives “*. *North*, 34(2), str.259–267.
- Brewster, K.L. i ostali, 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), str.493–504.
- 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. i Burrows, R., 1995. *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle, and risk*, London-New York: Routledge.
- Call, V.R.A. i Heaton, T.B., 1997. Religious Influence on Marital Stability. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(3), str.382–392.
- Carrette, J.R., 2000. *Foucault and religion: Spiritual corporality and political spirituality*, London-New York: Routledge.
- Cerjan-Letica, G. i ostali, 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. i Hall, C.A., 2000. *Realized religion: Research on the relationship between religion and health*, Templeton Foundation Pr.
- Chatters, L., 2000. Religion and health: public health research and practice. *Annual review of public health*, 21, str.335–367.
- Cifrić, I., 2000. Percepcija nekih odnosa crkve i države i uloga crkve i religije u društvu. *Sociologija sela*, 147/148(172), str.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, prir., Wiley-Blackwell.
- Cockerham, W.C., 2009. *The new Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Pub.
- Cohen, A.B., 2002. The importance of spirituality in well-being for jews and christians. *Journal of Happiness Studies*, (February), str.287–310.
- Cohen, A.B. i Koenig, H.G., 2003. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing international*, 28(3), str.215–241.
- Comstock, G.W. i Partridge, K.B., 1972. Church attendance and health. *Journal of chronic diseases*, 25(12), str.665.
- Consultation, W., 2000. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*,
- Cornman, J.C. i ostali, 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, str.572–592.
- La Cour, P., Avlund, K. i 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), str.157–164.

- Cutler, D.M. i Lleras Munez, A., 2006. *Education and health: evaluating theories and evidence*, Cambridge.
- Cutler, D.M. i Lleras Munez, A., 2007. *Policy brief. Education and health*,
- Cvjetičanin, V. i Supek, R., 2003. *Emil Durkheim i francuska sociološka škola* Sociološka., Zagreb: Naklada Ljevak.
- Črpić, G. i Zrinščak, S., 2010. Dinamičnost u stabilnosti: religioznost u Hrvatskoj 1999. i 2008. godine. *Društvena istraživanja*, 19(1-2), str.3–27.
- Črpić, G. i Zrinščak, S., 2005. Između identiteta i svakodnevnog života. Religioznost u hrvatskom društvu iz europske komparativne perspektive. U *U potrazi za identitetom. Komparativna studija vrednota: Hrvatska i Europa*. Zagreb: Golden Marketing – Tehnička knjiga, str. 45–83.
- Čimić, 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. i Walters, V., 2004. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social science i medicine*, 58(12), str.v.
- 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), str.377–387.
- Dobbelaere, K., 1999. Towards an integrated perspective of the processes related to the descriptive concept of secularization. *Sociology of Religion*, 60(3), str.229–247.
- Dreyfuss, F., 1953. The incidence of myocardial infarctions in various communities in Israel. *American Heart Journal*, 45(5), str.749–755.
- Drozdz-Dabrowska, M., 2005. Quality of life and family factors in patients with advanced stages of cancer. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 51(2), str.15–22.
- Dugandžija, N., 1990. *Božja djeca: religioznost u malim vjerskim zajednicama*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Ellison, C. i Gay, D., 1989. Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*, 68(1).
- Ellison, C.G., 1995. Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social science medicine*, 40(11), str.1561–1572.
- Ellison, C.G., 1998. Religion, health and well-being among African Americans. *African American research perspectives*, 4(1), str.1–8.
- Ellison, C.G., 1993. Religious Involvement and Self-Perception among Black Americans. *Social Forces*, 71(4), str.1027–1055.
- Ellison, C.G., 1991. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), str.80–99.
- Ellison, C.G. i George, L.K., 1994. Religious Involvement, Social Ties, and Social Support in a Southeastern Community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(1), str.46–61.
- Ellison, C.G. i Hummer, R.A., 2010. *Religion, Families, and Health. Population-Based Research in the United States*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.

- Ellison, C.G. i Levin, J.S., 1998. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education i Behavior*, 25(6), str.700–720.
- Engle, G.L., 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, str.129–135.
- Enstrom, J.E., 1989. Health practices and cancer mortality among active California Mormons. *Journal Of The National Cancer Institute*, 81(23), str.1807–1814.
- Enstrom, J.E. i others, 1980. Cancer mortality among Mormons in California during 1968–75. *Journal of the National Cancer Institute*, 65(5), str.1073.
- Epstein, F.H. i 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), str.331–337.
- Fehring, R.J., Brennan, P.F. i Keller, M.L., 1987. Psychological and spiritual well-being in college students. *Research in nursing health*, 10(6), str.391–398.
- Ferraro, K.F., 1998. Firm believers? Religion, body weight, and well-being. *Review of Religious Research*, 39(3), str.224–244.
- Ferraro, K.F. i Koch, J.R., 1994. Religion and health among Black and White adults: Examining social support and consolation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(4), str.362–375.
- Fetzer, J., Group, N.I.A.W. i others, 1999. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use on Health Research. *Kalamazoo, USA: John E. Fetzer Institute*.
- Fiala, W.E., Bjorck, J.P. i Gorsuch, R., 2002. The Religious Support Scale: construction, validation, and cross-validation. *American journal of community psychology*, 30(6), str.761–86.
- Francis, L.J., 1997. The Psychology of Gender Differences in Religion: A Review of Empirical Research. *Religion*, 27(1), str.81–96.
- Francis, L.J. i 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), str.462–469.
- Fraser, G.E. i ostali, 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), str.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), str.556–577.
- Friedman, E.H. i Hellerstein, H.K., 1967. Occupational stress, law school hierarchy, and coronary artery disease in Cleveland attorneys. *Psychosomatic Medicine*, 30(1), str.72–86.
- 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 i Mental Health*, 4(4), str.375–387.
- Fuchs, V.R., 1998. *Who shall live?: Health, economics, and social choice*, World Scientific Pub Co Inc.
- Fukuyama, Y., 1961. The major dimensions of church membership. *Review of Religious Research*, 2, str.154–161.
- Furseth, I. i Repstad, P., 2006. *An Introduction to the Sociology of Religion: Classical and Contemporary Perspectives*, Burlington: Ashgate Publishing Limited.

- Galloway, S. i ostali, 2006. *Well-Being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport-A Literature Review and Thinkpiece*, Scottish Government.
- Galton, F., 1872. Statistical inquiries into the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, 12, str.125–135.
- Gartner, J., Larson, D.B. i Allen, G.D., 1991. Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology Theology*, 19(1), str.6–25.
- George, L.K. i ostali, 2000. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), str.102–116.
- George, L.K., Ellison, C.G. i Larson, D.B., 2010. Between Religious Involvement and Health Explaining the Relationships. *Psychology*, 13(3), str.190–200.
- Gillum, R.F. i 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), str.155–165.
- Gochman, D.S., 1997. Handbook of health behaviour research: Personal and social determinants. *NYPlenum*, 1, str.540.
- Goldbourt, U., Yaari, S. i 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, str.100–121.
- Gopinath, N. i ostali, 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), str.30–33.
- Greeley, A. i Hout, M., 1999. Americans' Increasing Belief in Life After Death. *American Sociological Review*, 64, str.813–835.
- Gupta, R. i ostali, 1997. Prevalence and determinants of coronary heart disease in a rural population of India. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), str.203–209.
- Hall, D., Meador, K. i Koenig, H., 2008. Measuring religiousness in health research: Review and critique. *Journal of Religion and Health*, 47(2), str.134–163.
- Halstead, M.T. i Fernsler, J.I., 1994. Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), str.94–100.
- Hamilton, M., 1995. *The Sociology of Religion: Theoretical and comparative perspectives*, London: Rutgers Univesrity Press.
- Hamman, R.F., Barancik, J.I. 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), str.845–861.
- Heelas, P. i Woodhead, L., 2005. *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*, Oxford: Blackwell Pub.
- Hornsby-Smith, M.P., 1997. The Chatolic Church in Central and Eastern Europe: the view from the Western Europe. U I. Borowik i G. Babinski, priir. *New Religious Phenomena in Central and Eastern Europe*. Krakow: Nomos, str. 133–151.
- House, J.S., Landis, K.R. i Umberson, D., 1988. Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), str.540–5.
- Hummer, R. i ostali, 2004. Religious involvement and adult mortality in the United States: review and perspective. *Southern medical journal*, 97(12), str.1223–30.
- Hummer, R. i ostali, 1999. Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, 36(2), str.273–285.

- Hussain, D., 2011. Spirituality, religion, and health: Reflections and issues. *Journal of Psychology*, 7(1), str.187–197.
- Hyypä, M.T., 2010. *Healthy Ties. Social Capital, Population Health and Survival*, Dordrecht-Heidelberg-London-New York: Springer.
- Iannaccone, L., 1990. Religious practice: A human capital approach. *Journal for the scientific study of religion*, 29(3), str.297–314.
- Iannaccone, L.R., 1994. Why Strict Churches Are Strong. *American Journal of Sociology*, 99(5), str.1180–1211.
- Idler, E., 2011. Religion and Adult Mortality: Group- and Individual-Level Perspectives. U R. G. Rogers i E. M. Crimmins, prir. *International handbook of adult mortality population*. International Handbooks of Population. Dordrecht: Springer Netherlands, str. 345–379.
- Idler, E.L., 2009. Health and Religion. U W. C. Cockerham, prir. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, str. 135–158.
- Idler, E.L. i ostali, 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), str.1–20.
- Idler, E.L., 1987. Religious Involvement and the Health of the Elderly: Some Hypotheses and an Initial Test. *Social Forces*, 66(1), str.226.
- Idler, E.L., 2004. Religious Observance and Health: Theory and Research. U K. W. Schaie, N. Krause, i A. Booth, prir. *Religious Influences on Health and Well-being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, str. 308.
- Idler, E.L. i Angel, R.J., 1990. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Public Health*, 80(4), str.446.
- Idler, E.L., Hogue, C. i Scheib, K., 2010. Under the Umbrella of Religion and Health: What Makes Religion and Public Health Research Different from Religion and Medicine Research? *ARDA*, str.22.
- Idler, E.L. i Kasl, S. V., 1992. Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97(4), str.1052–1079.
- Inglehart, R.F., 2010. Faith and Freedom: Traditional and Modern Ways to Happiness. U E. Diener, J. F. Helliwell, i D. Kahneman, prir. *International differences in wellbeing*. New York: Oxford University Press, str. 734–764.
- Ironson, G. i ostali, 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), str.34–48.
- Jarvis, G.K., 1977. Mormon Mortality Rates in Canada. *Social Biology*, 24, str.294–302.
- Jarvis, G.K. i Northcott, H.C., 1987. Religion and differences in morbidity and mortality. *Social science i medicine* (1982), 25(7), str.813–24.
- Johnson, C., 1997. Formal Education vs. Religious Belief. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, str.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), str.317–329.

- Jugović, I. i Ančić, B., 2014. Effects of religiosity and spirituality on gender roles and homonegativity in Croatia and Slovenia. U N. Furlan Štante i M. Harcet, prir. *Spirituality of Balkan Women Breaking Boundaries: the Voices of Women of ex-Yugoslavia*. Koper: Univerzitetna Založba Annales, str. 91–115.
- 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), str.1027–32.
- Kasl, S. i Cobb, S., 1996. Health behaviour, illness behaviour, and sick-role behaviour. *Archives of Environmental Health*, 12(2), str.246–66.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. i Glass, R., 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), str.1187–1193.
- Kennedy, G.J. i ostali, 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), str.P301–P308.
- Kershaw, T. i ostali, 2004. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology Health*, 19(2), str.139–155.
- Kessler, I.I. i ostali, 1974. Cervical cancer in Yugoslavia. II. Epidemiologic factors of possible etiologic significance. *Journal of the National Cancer Institute*, 53(1), str.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*. Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Kimmel, M.S., 2008. *The Gendered Society*, Oxford University Press.
- King, D.G., 1990. Religion and health relationships: A review. *Journal of Religion and Health*, 29(2), str.101–112.
- Kirch, W., 2008. *Encyclopedia of public health*, Springer.
- Koenig, H.G. i ostali, 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), str.M370–M376.
- Koenig, H.G., 1998. *Handbook of religion and mental health*, London: Academic Press.
- Koenig, H.G. i ostali, 1994. Religious affiliation and psychiatric disorder among Protestant baby boomers. *Hospital community psychiatry*, 45(6), str.586–596.
- Koenig, H.G. i ostali, 1998. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(2), str.189–213.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. i Larson, D.B., 2001. *Handbook of religion and health*, Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Moberg, D.O. i Kvale, J.N., 1988. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(4), str.362–374.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I. i Nielsen, J., 1998. Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous i Mental Disease*, 186(September), str.513–521.
- Koenigt, H.G., Smiley, M. i Gonzales, J.A.P., 1988. *Religion, Health, and Aging: A Review and Theoretical Integration*, New York: Greenwood Press.

- Krause, N. i ostali, 2001. Church-Based Social Support and Religious Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(4), str.637–656.
- 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, str.183–205.
- 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), str.S35–43.
- Krause, N., 1998. Neighborhood deterioration, religious coping, and changes in health during late life. *The Gerontologist*, 38(6), str.653–64.
- Krause, N., 2003. Praying for Others, Financial Strain, and Physical Health Status in Late Life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(3), str.377–391.
- Krause, N., 2011. Religion and health: making sense of a disheveled literature. *Journal of religion and health*, 50(1), str.20–35.
- Krause, N., 2008. The Social Foundation of Religious Meaning in Life. *Research on Aging*, 30(4), str.395–427.
- Krause, N. i Cairney, J., 2009. Close companion friends in church and health in late life. *Review of religious research*, 51(2), str.181–200.
- Krause, N., Ellison, C.G. i Marcum, J.P., 2002. The effects of church-based emotional support on health: do they vary by gender? *Sociology of Religion*, 63(1), str.21.
- Krause, N., Ellison, C.G. i 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*, str.725–741.
- Krause, N., Shaw, B. i Liang, J., 2011. Social relationships in religious institutions and healthy lifestyles. *Health education i behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 38(1), str.25–38.
- 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, str.459–471.
- Kritsotakis, G. i Gamarnikow, E., 2004. What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), str.43–50.
- Lapane, K. i ostali, 1997. Religion and cardiovascular disease risk. *Journal of Religion and Health*, 36(2).
- Lavric, M. i Flere, S., 2008. The role of culture in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 47(2), str.164–75.
- Lee, B.Y. i Newberg, A.B., 2005. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon*®, 40(2), str.443–468.
- 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), str.123–9.
- Levav, I. i ostali, 1997. Vulnerability of Jews to affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), str.941–947.
- Levin, J., 2001. *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*, John Wiley i Sons.

- Levin, J., 1996. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social science i medicine*, 43(5), str.849–864.
- Levin, J., Chatters, L.M. i Taylor, R.J., 2011. Theory in religion, aging, and health: an overview. *Journal of religion and health*, 50(2), str.389–406.
- Levin, J.S., 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), str.125–45.
- Levin, J.S. i Chatters, L.M., 1998. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. U H. G. Koenig, prir. *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Elsevier Science, str. 33–50.
- Levin, J.S., Chatters, L.M. i 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), str.S154–63.
- Levin, J.S. i Schiller, P.L., 1987. Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26(1), str.9–36.
- Levin, J.S. i Vanderpool, H.Y., 1987. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social science i medicine* (1982), 24(7), str.589–600.
- Levin, J.S. i Vanderpool, H.Y., 1989. Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social science i medicine* (1982), 29(1), str.69–78.
- Lewis, C.A. i Cruise, S.M., 2006. Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental Health, Religion i Culture*, 9(3), str.213–225.
- Lim, C. i Putnam, R.D., 2010. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), str.914–933.
- Lindenthal, J.J. i ostali, 1970. Mental status and religious behavior. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 9, str.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. i ostali, 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), str.465–475.
- Lyon, J.L. i ostali, 1978. Cardiovascular mortality in Mormons and non-Mormons in Utah, 1969–1971. *American Journal of Epidemiology*, 108(5), str.357–366.
- Macaskill, A., 2007. Exploring religious involvement, forgiveness, trust, and cynicism. *Mental Health, Religion i Culture*, 10(3), str.203–218.
- Macintyre, S., Hunt, K. i Sweeting, H., 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science i medicine*, 42(4), str.617–624.
- Mackenbach, J.P. i ostali, 2002. Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International journal of epidemiology*, 31(6), str.1162–8.
- Mahoney, A. i ostali, 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), str.559–596.
- 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), str.81–94.
- Marinović Bobinac, A., 2005. Dimenzije religioznog iskustva u Hrvatskoj: „šapat anđela“ iz sociologijske perspektive. *Sociologija sela*, 168(2), str.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, str.441–454.
- Marinović Bobinac, A., 1999b. Urbanost pentekostalnih zajednica: socio-demografska obilježja zagrebačkih pentekostalaca. *Sociologija sela*, 37(4), str.407–425.
- Marinović Bobinac, A., 1994. Zanemarena religioznost. U K. Prpić, prir. *Sociološki ogledi*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, str. 173–187.
- Marinović Bobinac, A. i 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), str.289–302.
- Marinović Jerolimov, D., 2000a. *Komparativna analiza društvenih obilježja religioznosti i nereligioznosti*. Sveučilište u Zagrebu.
- 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. U I. Grubišić i S. Zrinščak, prir. *Religije i integracija*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, str. 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), str.43–80.
- Marinović Jerolimov, D., 2005b. Tradicionalna religioznost u Hrvatskoj 2004.: između kolektivnoga i individualnoga. *Sociologija i prostor*, 43(2), str.303–338.
- Marinović Jerolimov, D., 2006. Traditional Church Beliefs and Alternative Beliefs in Croatia. U I. Borowik, prir. *Religions, Churches and Religiosity in Post-Communist Europe*. Krakow: Nomos, str. 253–265.
- Marinović Jerolimov, D., 1995. Višedimenzionalni pristup u istraživanju religioznosti: smjernice za istraživanja u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 20(6), str.837–851.
- Marks, L., 2005. Religion and bio-psycho-social health: A review and conceptual model. *Journal of Religion and Health*, 44(2), str.173–186.
- Marshall, E., 1890. Cancer Mortality among the Jews. *Science*, 16(410), str.331.
- Masello, J. i Kubzansky, L.D., 2006. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: results from the US General Social Survey. *Social science i medicine* (1982), 62(11), str.2848–60.
- McCullough, M.E. i ostali, 2000. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), str.211–222.
- Mccullough, M.E. i Smith, T.B., 2003. Religion and Health: Depressive Symptoms and Mortality as Case Studies. U M. Dillon, prir. *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 190–206.

- McGuire, M., 1993. Emerging themes in US sociology of religion. *Archives de sciences sociales des religions*, 83(83), str.127–139.
- 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), str.283–296.
- McGuire, M.B., 1993. Health and spirituality as contemporary concerns. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 527, str.144–154.
- McMillan, D.W. i Chavis, D.M., 1986. Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), str.6–23.
- Meador, K.G. i ostali, 1992. Religious affiliation and major depression. *Hospital community psychiatry*, 43(12), str.1204–1208.
- Mellor, P.A., 2007. Embodiment, Emotion and Religious Experience: Religion, Culture and the Charismatic Body. U J. A. Beckford i N. J. I. Demerath, prir. *The Sage Handbook of the Sociology of Religion*. London: SAGE Publications, str. 587–607.
- Mihaljević, S. i ostali, 2012. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*, 24(3), str.292–7.
- Mihaljević, S. i ostali, 2011. Spiritual well-being, cortisol, and suicidality in Croatian war veterans suffering from ptsd. *Journal of religion i health*, 50(2), str.464–473.
- Milanović, S.M. i ostali, 2012. Social conditioning of health behaviors among adults in Croatia: the CroHort study. *Collegium antropologicum*, 36 Suppl 1, str.117–23.
- Miller, A.S. i Hoffmann, J.P., 1995. Risk and Religion : An Explanation Gender Differences in Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(1), str.63–75.
- Miller, L. i ostali, 1997. Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child i Adolescent Psychiatry*, 36(10), str.1416–1425.
- Miller, W.R. i Thoresen, C.E., 2003. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), str.24–35.
- 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), str.1–2.
- Mora, P. a i ostali, 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), str.292–303.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J. i Rummans, T. a, 2001. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic*, 76(12), str.1225–35.
- Musick, M., House, J.S.. i Williams, D.R., 2004. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of health and social behavior*, 45(2), str.198–213.
- Musick, M.A., George, L.K. i Powell, L.H., 2003. Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging*, 25(4).
- Nad, S. i ostali, 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), str.79–83.
- Nieminen, T. i ostali, 2010. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International journal of public health*, 55(6), str.531–542.

- Nikić, M., 2011. *Bolest i zdravlje u religijama* M. Nikić, prir., 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 sociologijska istraživanja*, 20(1), str.5–30.
- Nooney, J. i 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), str.359–368.
- Nurullah, A.S., 2012. Received and Provided Social Support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), str.173–188.
- O'Connell, K.A. a. i 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), str.77–87.
- Oman, D. i ostali, 2002. Religious attendance and cause of death over 31 years. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), str.69–89.
- Oman, D. i Reed, D., 1998. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88(10), str.1469–1475.
- Oman, D. i Thoresen, C.E., 2002. „Does religion cause health?\": differing interpretations and diverse meanings. *Journal of health psychology*, 7(4), str.365–80.
- Oxman, T.E., Freeman, D.H. i 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), str.5–15.
- 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), str.17–29.
- Pargament, K.I. i ostali, 2012. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. , 37(4), str.710–724.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. i Perez, L., 2000. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), str.519–543.
- Peitl, M.V., Peitl, V. i 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), str.155–167.
- Phillips, R.L. i ostali, 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), str.S191–S198.
- Phillips, R.L. i ostali, 1980. Influence of selection versus lifestyle on risk of fatal cancer and cardiovascular disease among Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 112(2), str.296–314.
- Pickel, G., 2009. Secularization as an European Fate? Results from the Church and Religion in an Enlarged Europe Project 2006. U G. Pickel i O. Müller, prir. *Church and Religion in Contemporary Europe. Results from Empirical and Comparative Research*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, str. 89–122.
- Pierret, J., 1995. Constructing discourses about health and their social determinants. U A. Radley, prir. *Worlds of illness biographical and cultural perspectives on health and disease*. str. 9–26.

- Plačko, L., 1991. *Religioznost u malim vjerskim zajednicama Zagreba*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.
- Pollack, D. i Müller, O., 2006. Religiousness in Central and Eastern Europe: U I. Borowik, prir. *Religions, Churches and Religiosity in Post-Communist Europe*. Krakow: Nomos, str. 22–36.
- Poloma, M.M. i Pendleton, B.F., 1989. Exploring types of prayer and quality of life: A research note. *Review of Religious Research*, 31(1), str.46–53.
- Portes, A., 1998. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology E. L. Lesser, prir. *Annual Review of Sociology*, 24(1), str.1–24.
- Putnam, R.D., 2000. *Bowling Alone*, Simon i Schuster.
- Puzek, I., Stulhofer, A. i 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*.
- Quah, S., 2009. Health and Culture. U W. C. Cockerham, prir. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, str. 27–46.
- Querzoli, P. i ostali, 2001. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 66(2), str.135–142.
- Radley, A., 2003. *Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*, New York: Routledge.
- 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), str.236–245.
- Schaie, K., Krause, N. i Booth, A., 2004. *Religious influences on health and well-being in the elderly*, Springer Publishing Company.
- Schoenfeld, E., 1978. Image of man: effect of religion on trust. *Review of Religious Research*, 20(1), str.61–67.
- Shapiro, E., 2011. Religious Involvement and Latino Immigrant Health. U A. J. Blasi, prir. *Toward a Sociological Theory of Religion and Health*. Lieden-Boston: Brill, str. 175–206.
- Shapiro, S., Weinblatt, E. i 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), str.1.
- Sherkat, D., 2003. Religious Socialization. Sources of Influence and Influences of Agency. U M. Dillon, prir. *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge: Cambridge University Press, str. 151–163.
- Sherkat, D. i Ellison, C.G., 1999. Recent Developments and Current Controversies in the Sociology of Religion. *Annual Review of Sociology*, 25, str.363–394.
- Shunquan, W. i ostali, 2013. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13, str.320.
- Skledar, N., 2003. *O igri, ljubavi i smrti: antropološki ogledi i razgovori*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.
- Smith, T.B., McCullough i Poll, J., 2003. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), str.614–636.

- Snowdon, D.A., Phillips, R.L. i Fraser, G.E., 1984. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Preventive Medicine*, 13(5), str.490–500.
- Song, L., Son, J. i Lin, N., 2009. Social Capital and Health. U W. C. Cockerham, prir. *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Pub, str. 184–210.
- Stark, R., 1971. Psychopathology and religious commitment. *Review of Religious Research*, 12(3), str.165–176.
- Stark, R. i Glock, C.Y., 1968. *American Piety*, Berkley: University of California Press.
- Stark, R. i Maier, J., 2008. Faith and happiness. *Review of Religious Research*, 50(1), str.120–125.
- Strawbridge, W.J. i ostali, 1997. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American journal of public health*, 87(6), str.957–61.
- Strawbridge, W.J. i ostali, 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), str.S118–S126.
- Štifanić, M., 2001. Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. *Društvena istraživanja*, 10(1-2 (51-52)), str.191–211.
- Štulhofer, A. i ostali, 2010. Religiosity and sexual risk behavior among Croatian college students, 1998–2008. *Journal of Sex Research*, 48(4), str.1998–2008.
- Taylor, C., 1991. *The Ethics of Authenticity*, Cambridge MA: Harvard University Press.
- Taylor, R.J. i Chatters, L.M., 1988. Church members as a source of informal social support. *Review of Religious Research*, 30(2), str.193–203.
- Thomas, R.K., 2003. *Society and health: sociology for health professionals*, Springer.
- Thomson, K.S., 1996. The revival of experiments in prayer. *American Scientist*, 84, str.532–534.
- Thoresen, C.E. i 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), str.3–13.
- Thrasher, J.F., Campbell, M.K. i Oates, V., 2004. Behavior-specific social support for healthy behaviors among african american church members: applying optimal matching theory. *Health education i behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), str.193–205.
- Tomka, M., 2005. Is Conventional Sociology of Religion Able to Deal with Differences between Eastern and Western European Developments? *Social Compass*, 53(2), str.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), str.17–26.
- Tomka, M. i 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*,
- 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), str.1007–1017.

- Vernon, G.M., 1962. Religious Self Identifications. *The Pacific Sociological Review*, 5(1), str.40–43.
- Vrcan, S., 2001. *Vjera u vrtlozima tradicije*, Split: Dalmatinska akcija.
- Wainwright, D., 2008. *A Sociology of Health*, London: SAGE Publications.
- Wallace, J.M. i 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), str.721–741.
- Wallace, W.H.B. i ostali, 2001. Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. *BMJ British Medical Journal*, 323(7307), str.271–274.
- Walter, T. i Davie, G., 1998. The religiosity of women in the modern West. *British Journal of Sociology*, 49(4), str.640–660.
- Wardwell, W.I., Bahnson, C.B. i Caron, H.S., 2010. Social and Psychological Factors in Coronary Heart Disease. *Annals of Medicine*, 42(7), str.154–165.
- Watson, J.S., 1991. Religion as a cultural phenomenon, and national mortality rates from heart disease. *Psychological Reports*, 69(2), str.439–442.
- Weaver, A.J. i ostali, 2006. Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality, and Health: 1965–2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), str.208–214.
- Weber, M., 2000. *Sociologija religije*, Zagreb: Kruzak.
- Wilcox, W.B. i Wolfinger, N.H., 2007. Then comes marriage? Religion, race, and marriage in urban America. *Social Science Research*, 36(2), str.569–589.
- Wilkinson, R.G., 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge.
- Witter, R.A. i ostali, 1985. Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26(4), str.332–342.
- Woodhead, L., 2003. Feminism and the Sociology of Religion: From Gender-Blindness to Gender Difference. U R. K. Fenn, prired. *The Blackwell Companion to Sociology of Religion*. Oxford: Blackwell Publishing, str. 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), str.125–139.
- Wuthnow, R., 2002. Religious involvement and status - bridging social capital. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), str.669–684.
- Yeager, D.M. i ostali, 2006. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Social science medicine*, 63(8), str.2228–2241.
- Zrinščak, S., 1998. Crkva i država: europski kontekst i postkomunističko iskustvo. *Revija za sociologiju*, 28(1/2), str.15–26.
- Zrinščak, S., 2008. Što je religija i čemu religija: sociološki pristup. *Bogoslovska smotra*, LXXVIII(1), str.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.

Ako 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

prof. Branko Ančić
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...	<u>MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ</u>	
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

2. Koliko se slažete ili ne slažete sa sljedećim tvrdnjama?	<u>MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU</u>			
	U potpunosti se slažem	Slažem se	Ne slažem se	U potpunosti se ne slažem
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 svoje vjerske zajednice.	1	2	3	4
Osjećam se dobrodošlim u svojoj vjerskoj zajednici.	1	2	3	4

3. Vjerujete li u...	<u>MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU</u>				
	U potpunosti vjerujem	Uglavnom vjerujem	Uglavnom ne vjerujem	Uopće ne vjerujem	Ne mogu odabrati
Boga	1	2	3	4	5
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.	<u>MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ</u>	
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
Znam da Bog doista postoji i uopće ne sumnjam u to.		6

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 ili 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

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU**9. Molimo Vas da procijenite sljedeće:**

	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
---	---	---	---

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU**10. Koliko se slažete ili ne slažete sa sljedećim tvrdnjama?**

	U potpunosti se slažem	Slazem 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 pomogao/li.

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 poštuje.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

	U potpunosti se slažem	Slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Ne slažem se	U potpunosti se ne slažem
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 mog 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 poštuju.	1	2	3	4	5
Ne osjećam se bliskim 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 se 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 poštuje/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 može
se vjerovati

1

2

3

4

5

12. Ne računajući članove Vaše obitelji, otprilike koliko bliskih prijatelja imate?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Niti jednog	1
Jednog	2
Dvoje	3
Troje	4
Četiri	5
Pet	6
Od šest do devet	7
Deset i više	8
Ne mogu odgovoriti	9

13. Ne računajući članove Vaše obitelji, otprilike koliko bliskih prijatelja imate u svojoj vjerskoj zajednici?MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

Niti jednog	1
Jednog	2
Dvoje	3
Troje	4
Četiri	5
Pet	6
Od 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 posudio bi mi 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 izbjavanja netko od članova moje vjerske zajednice pričinavao bi mi djecu ili kuću/stan.	1	2	3
Ako bih imao ozbiljan problem na poslu, mogao bih razgovarati s nekim od članova moje vjerske zajednice.	1	2	3

	Da	Ne	Ne znam
U slučaju smrti meni bliske osobe mogao 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	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 mjesečno ili manje	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Dnevno	Ne mogu odabrati
pijete 4 ili više alkoholnih pića dnevno?	1	2	3	4	5	6
se bavite najmanje 20 minuta fizičkom aktivnošću od koje se oznojite 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:	<u>MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ U SVAKOM RETKU</u>			
	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 sretan	1
Vrlo sretan	2
Prilično sretan	3
Ni sretan ni nesretan	4
Prilično nesretan	5
Vrlo nesretan	6
U potpunosti nesretan	7
Ne mogu odabrati	8

26. Prije pripadanja trenutnoj vjerskoj zajednici, jeste li pripadali nekoj drugoj vjerskoj zajednici (religiji)?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

1	Ne
2	Da _____

(upisati kojoj vjerskoj zajednici (religiji) ste pripadali)

27. Spol:

Muško	1
Žensko	2

28. Dob:

Godina rođenja _____
Obijam odgovoriti 1

29. Vaš bračni status:

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

(NAPOMENA: uključuje i izvanbračnu zajednicu koja se pravno određuje kao život u zajedničkom kućanstvu u trajanju od najmanje 3 godine i/ili zajedničko roditeljstvo)

Oženjen/udata (vjenčani i živimo zajedno)	1
Izvanbračna zajednica (prema gore navedenoj definiciji)	2
Vjenčani, ali živimo odvojeno	3
Rastavljeni	4
Udovac/udovica	5
Nikad oženjen/udata	6
Odbijam odgovoriti	7

30. Koji je Vaš najviši postignuti stupanj obrazovanja?

MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE SAMO JEDAN BROJ

(NAPOMENA: ako se trenutno obrazujete, molimo Vas da označite Vaš najviši postignuti stupanj.)

Bez završene osnovne škole	1
Završena osnovna škola	2
Završena trogodišnja strukovna škola (škola za industrijska, obrtnička, zanatska zanimanja, ŠUP – Škola učenika u privredi)	3
Završena četverogodišnja strukovna škola (tehnička, ekonomska, medicinska, umjetnička itd.)	4
Završena gimnazija	5
Završena viša škola, stručni studij, veleučilište	6
Završen fakultet, visoka škola, akademija	7
Bez odgovora	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 se 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 i koje su Vaše 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 – PROTOKOL 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?
- Bavite li se u svojim propovijedima/obraćanjima članovima zdravljem? 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 svojih članova?
- Koje su aktivnosti usmjerene na zdravlje članova Vaše vjerske zajednice organizirane?
- Ako netko od članova vjerske zajednice oboli od neke bolesti, inicirate li Vi aktivnosti koje pomažu oboljelom članu?
- Koliko često Vam se članovi obraćaju u vezi s vlastitim zdravljem i o kojim se temama specifično radi?
- Inicirate li kakve aktivnosti koje imaju preventivnu funkciju za zdravlje?
- Organiziraju li članovi Vaše vjerske zajednice samostalno (bez Vaše inicijative) neke aktivnosti koje se odnose na zdravlje? Ako da, koje i koliko često?
- Postoji li financijski fond koji služi članovima Vaše zajednice kada se suoče sa zdravstvenim problemima?

9. Podaci o autoru

Branko Ančić je 2006. godine diplomirao dvopredmetni studij sociologije i kroatologije na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu te 2013. godine doktorirao sociologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Zaposlen je kao znanstveni suradnik u Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu – Centar za istraživanje društvenih nejednakosti. U više navrata boravio je na istraživačkim boravcima na Sveučilištu u Cardiffu (UK), Sveučilište u Beču (Austrija) te u *GESIS – Leibniz Institute für Sozialwissenschaften* (Njemačka). Izvršni je urednik časopisa *Religion and Society in Central and Eastern Europe* (www.rascee.net). U Hrvatskom sociološkom društvu je u dva mandata bio tajnik dok je trenutno dopredsjednik udruženja. Kao vanjski suradnik predaje na Sveučilištu u Zagrebu (Hrvatski studiji, Pravni fakultet). U svojem znanstvenom radu bavi se istraživanjima iz područja sociologije religije, sociologije zdravlja te sociologije održivog razvoja. Objavio je više knjiga i radova u domaćim i međunarodnim publikacijama (<http://idiprints.knjiznica.idi.hr/view/creators/An==010Di==0107=3ABranko=3A=3A.html>).



39

BIBLIOTEKA **znanost i društvo**

Institut za društvena istraživanja u Zagrebu
Zagreb, Amruševa 11
tel. +38514810264; fax. +38514810263
e-mail: idiiz@idi.hr

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA
Mirjana Adamović

UREDNIŠTVO
Irena Borowik
Eric Gordy
Dinka Marinović Jerolimov
Iris Marušić
Dunja Potočnik
Saša Puzić
Adrijana Šuljok
Jelena Zlatar Gamberožić

TAJNIK UREDNIŠTVA I GRAFIČKA PRIPREMA
Stjepan Tribuson

LEKTURA
Sara Džapo

NASLOVNICA
Ivan Doroghy

TISAK I UVEZ
Rotim i Market

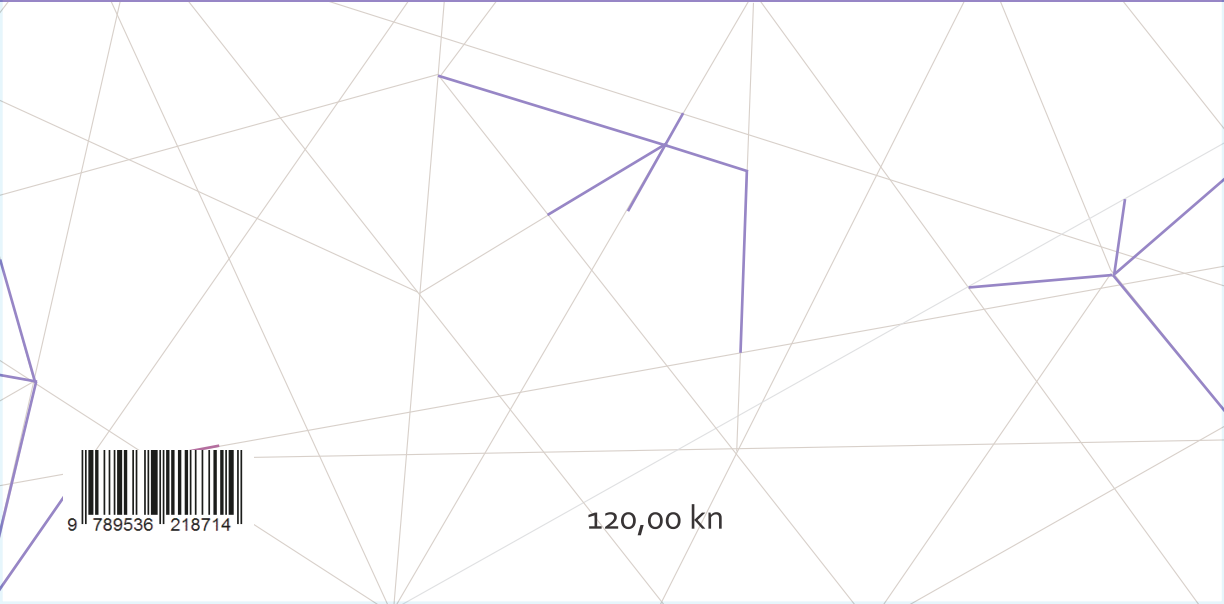
NAKLADA
250

Knjiga je teorijski uvjerljivo fundirana i empirijski zrelo izvedena, dobro je komponirana, podaci su metodološki korektno prikazani, tekst je analitički iscrpan. Naročiti znanstveni doprinos knjige su potpuno nove spoznaje o povezanosti religije i zdravlja, osobito u manjim vjerskim zajednicama, što može biti inspiracija i znanstveni temelj za nova, opsežnija istraživanja. Knjiga je značajan doprinos daljnjem razvoju sociologije manjih vjerskih zajednica u Hrvatskoj, osobito aspekta koji ih promatra kao aktere koji vjernicima daju upute za zdraviji život, ali i kao izvorište i čuvara socijalnog kapitala. Ta novopostavljena pitanja važna su zbog toga što promišljanje odnosa religije i zdravlja s naglaskom na vjerskoj zajednici kao socijalnom resursu i njezinom utjecaju na pojedinca u Hrvatskoj na ovaj način nije dosad postavljeno. Ova knjiga, s obzirom na svoju tematiku i kvalitetu, zanimat će znanstvenike iz područja sociologije religije i medicinske sociologije, kao i znanstvenike koji se bave temama zdravlja i religije iz drugih perspektiva.

prof. dr. sc. Ankica Marinović

Znanstveni doprinos sociologiji, a potencijalno i drugim srodnim strukama, očituje se prvenstveno u nizu prikazanih podataka i nalaza koji opisuju odnos religioznosti i zdravlja u općoj populaciji stanovništva Republike Hrvatske, ali i među pripadnicima odabranih vjerskih zajednica. Jedna od dodatnih vrijednosti ove knjige jest i u priloženim mjernim instrumentima (anketni upitnik i protokol za intervju) koji mogu poslužiti stručnjacima za nastavak rada na istraživanju ove tematike. Društveni interes za objavom ovog djela neupitan je s obzirom na nedostatak literature o ovoj temi na hrvatskom jeziku, ali još više iz razloga što se u njoj prvi put iznose empirijski podaci o sociološkim aspektima odnosa religije i zdravlja u hrvatskom društvu.

doc. dr. sc. Ksenija Klasnić



9 789536 218714

120,00 kn