

MEĐUODNOSI RELIGIJE, ŽIVOTNOG STILA I ZDRAVLJA
INTERRELATIONS AMONG RELIGION,
LIFESTYLE AND HEALTH

Sažetak

Iako nedovoljno empirijski utemeljen, uticaj religije na zdravlje prihvaćen je od mnogobrojnih zdravstvenih profesionalaca širom svijeta, te se religijske afilijacije različitih društvenih grupacija sve više uzimaju u obzir prilikom formulacija zdravstvenih politika u razvijenim demokratskim društvima. Tekst ima za cilj, prije svega, da ukaže na značaj istraživanja u oblasti religije i s njim povezanog životnog stila, s obzirom na njene implikacije na zdravstveni status populacije, što se u kranjem reflektuje na produktivnost društva. Religija je postala faktor koji se ozbiljno uzima u razmatranje prilikom kreiranja zdravstvene politike u Evropskoj uniji, posebno u segmentu poštivanja prava pacijenata baziranih na njihovom religijskom uvjerenju. Fokusirajući se na ulogu religije i s njom povezanog životnog stila na zdravlje, ovaj tekst ukazuje na potrebu afirmacije interdisciplinarnih pristupa fenomenu zdravlja koji uključuju i varijable društvenih nauka. Pružanjem podrške ovakvim istraživačkim inicijativama utiče se na unapređenje ne samo naučnoistraživačkog rada u ovoj oblasti nego i na funkcioniranje sistema zdravstvene zaštite, čiji se efekti odražavaju ne samo na bolje zdravstveno stanje populacije već i na povećano zadovoljstvo građana uslugama zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: religija, zdravlje, životni stil, zdravstvena zaštita

Summary

Despite the lacking of empirical foundation, many health professionals around the world have accepted influence of religion on health, whilst religious affiliation of different social groups are getting increasingly taken into account when formulating health policy in developed democracies. The text is primarily targeted on importance of research in the field of religion, and the related lifestyle, with regard to its impact on the health status of the population, reflecting on its productivity at the end. Religion has become a factor to be taken

into serious consideration when creating the health policy in EU, particularly in the field of patient's right, based on their religious affiliations. Focusing on effects of religion and religion related lifestyle on health, this article points out the need for affirmation of interdisciplinary approach to the phenomenon of health which will include variables of social sciences. Providing support to such research initiatives, exerts influence on improving, not only scientific research in this area, but also to the functioning of the health care system, which are reflected not only in a better health status of the population, but also on increased satisfaction of citizens with health care services .

Keywords: Religion, health, lifestyle, health care

Uvod

Iako postoje stanovišta da religija nema nikakav uticaj na zdravlje pojedinaca, mnogo je više onih koji smatraju kako religija utiče na zdravlje, bilo da je riječ o njenom negativnom uticaju, o čemu su tematizirali Niče¹ i Frojd², bilo da je riječ o pozitivnom uticaju religije na zdravlje.

Rezultati pojedinih studija u ovoj oblasti, koje se spominju u nastavku ovog teksta, ukazuju na pozitivan uticaj religije na zdravlje, što se u velikoj mjeri reflektiralo na praksu.

Ono što je evidentno iz rezultata ovih studija jeste da su religiozne osobe, zahvaljujući stilu života koji vode, manje sklone oboljenjima poput hipertenzije i srčanih problema, a zabilježena je smanjena incidenca određenih oboljenja, kao što su karcinom, bolest koronarnih arterija i demencija. Dokazani su i pozitivni efekti prakticiranja religije na mentalno zdravlje (Gila, 2006).

¹ U svom djelu „Ecce homo“ Niče govori o terapijskoj ulozi religije, navodeći kako je psihološka i religiozna praksa težila samo *promjeni simptoma*: ona je smatrala čovjeka izliječenim ako se unizio pred krstom i zarekao da će ubuduće biti dobar čovjek. Ovo pokajanje, kao način religijsko psihološkog liječenja duševno poremećenih, otvaranje starih rana, valjanje u samopreziranju i skrhanosti, za Ničea je samo bolest više jer je znak slabosti i dekadencije. Niče nadalje navodi kako se čisto psihološka praksa crkve mora ozloglasiti kao opasna po zdravlje.

² Frojd je religiju smatrao izvorom opsesivne neuroze, dakle psihijatrijskog poremećaja.

Istraživanja koja je unazad nekoliko godina provodila Svjetska zdravstvena organizacija o kvalitetu života³ pokazala su da su ranije zdravstveni profesionalci bili fokusirani isključivo na medicinski model prema kojem se pacijent liječi uglavnom terapijom lijekovima i hirurškim metodama, dok se manja važnost pridavala duhovnosti i vjeri u izlječenje te odnosu doktor – pacijent. Ovo redukcionističko i mehanicističko shvatanje pacijenta više nije zadovoljavajuće. Pacijenti i liječnici počeli su uviđati vrijednosti duhovnosti, vjere i suosjećanja u procesu izlječenja. Religija se sve više uzima u obzir prilikom formulacije zdravstvenih politika. Sve više liječnika i zdravstvenih profesionalaca širom svijeta prilikom uzimanja historije bolesti razgovara sa pacijentom o njegovim religijskim uvjerenjima s namjerom integracije religijskog svjetonazora pacijenta i s njim povezanog stila života u strategiju liječenja. U pojedinim bolnicama postoje priručnici u kojima je detaljno objašnjeno na koji način postupati sa bolesnicima u skladu sa njihovim religijskim uvjerenjima.

Religija, životni stil i zdravlje – objašnjenje pojmova

Istraživanja uticaja religije na zdravlje, a naročito ona koja su usmjerena na razmatranje potencijalnih implikacija ovog odnosa na kliničku praksu, suočavaju se sa izazovima koji proizlaze iz ambivalentnosti ovih pojmova.

Često osporavana naučnost i relevantnost istraživačkih nalaza studija koje su pokušavale utvrditi vezu između religijskih varijabli i zdravlja, zasnovana je prije svega na nejasnom definiranju religije (naročito zbog izostanka ukazivanja na vrlo važnu distinkciju između religije i duhovnosti kao šireg pojma).

Definicija religije koja najbolje odgovara potrebama ovog teksta je ona prema kojoj se religija definira kao organizirani sistem vjerovanja u božansko ili nadnaravno.

³ Projekt „Kvalitet života“ Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL) pokrenut je 1991. godine s ciljem razvijanja međunarodnog instrumenta za procjenu kvaliteta života kojim se mjeri individualna percepcija kvaliteta života u kontekstu kulturnog okruženja i sistema vrijednosti, te u odnosu na individualne ciljeve, standard i očekivanja.

Životni stil se najčešće definira kao način života pojedinca, koji se manifestuje u interakciji sa fizičkim, psihološkim, socijalnim i ekonomskim okruženjem. Životni stil ispoljava se u obrascima ponašanja, aktivnostima, interesima, vrijednostima itd. Životni stilovi su uslovljeni različitim faktorima, kao što su kultura, religija, porodica, društveni status itd.

Zdravi životni stilovi mogu se definirati kao kolektivni obrasci zdravstvenog ponašanja za koje se ljudi opredjeljuju na bazi njima raspoloživih opcija (Cockerham, 2000a). U nastavku teksta će se razmatrati zdravi stil života koji je baziran na religijskim sistemima vrijednosti.

U ovom tekstu koristit će se definicija Svjetske zdravstvene organizacije kojom se zdravlje definira kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti ili nemoći.

Uticaj religije kao životnog stila na fizičko zdravlje

Ljudi se uglavnom rađaju zdravi, međutim uslovi života u kojima žive i životni stilovi koje prakticiraju dugoročno određuju njihovo zdravlje. Životni stil postaje dominantni koncept u teorijama o zdravlju sredinom devedesetih godina prošlog vijeka (Hughes, 1994.; Petersen – Lupton, 1996), što je uticalo na promjenu vladajućih koncepcija o zdravlju (Crawford, 1978, 1980.; Featherstone, 1987.; Blaxter, 1990.; White, 1995), zdravstvenih politika na državnom i međunarodnom nivou (Ashton – Seymour, 1988.; Bunton – Macdonald, 1992), te zdravstvene misli u cjelini (Davies, 1984.; Hughes, 1994.; Armstrong, 1995.; Labonte 1995).

Brojna istraživanja o životnom stilu koji je povezan sa religijom rezultirala su pozitivnim zaključcima kada je u pitanju uticaj religije na zdravlje.

Istraživanja o životnom stilu koja su provedena u Izraelu pokazala su da je ishrana pojedinaca koji ne prakticiraju religiju mnogo bogatija namirnicama sa visokim udjelom zasićenih masnoća (Friedlander et al., 1985), što se odrazilo na visok nivo holesterola i triglicerida u krvi (Friedlander, Kark i Stein, 1987).

Studija provedena među studentima ukazala je na korelaciju između religioznosti i ponašanja koja utiču na zdravlje, kao što je, naprimjer, korištenje sigurnosnog pojasa u automobilu (W. A. Oleckno – M. J. Blacconiere's, 1991).

U poređenju sa cjelokupnom populacijom, mormoni i adventisti sedmog dana imaju manju incidencu i manju stopu mortaliteta od karcinoma uzrokovanog konzumiranjem duhana i alkohola (Fraser, 1999.; Grundmann, 1992). Religija može uticati na konzumiranje alkohola na nekoliko načina: može uticati na to hoće li pojedinac uopće započeti sa konzumiranjem alkohola, zatim kojim intenzitetom će ga konzumirati, te može uticati na mogućnost izlječenja od alkoholizma (Miller, 1998). Međutim, treba imati na umu da postoje različita religijska stanovišta kada je u pitanju konzumiranje alkohola i drugih opojnih sredstava. Određene religije, kao što je islam, striktno zabranjuju konzumiranje alkohola i opojnih supstanci, dok neke dozvoljavaju konzumiranje alkohola. Tako se, naprimjer, vino konzumira u nekim religijskim ritualima, a u nekim slučajevima koriste se i psihoaktivne supstance, kao što su pejotle⁴ i hašiš, kako bi se ostvarili neki spiritualni ciljevi (Lyttle, 1988). Rezultati studija o uticaju religije na konzumiranje alkohola pokazali su da religiozni pojedinci ipak konzumiraju alkohol u umjerenim količinama (Gorsuch – Butler, 1976.; Miller, 1998). Religija ima značajnu ulogu u edukaciji o štetnosti konzumiranja alkohola i narkotika (Stylianou, 2004). Učešće u religijskim aktivnostima djeluje preventivno na stanja svijesti koja obično dovode do posezanja za alkoholom i narkoticima.

Istraživanja su također pokazala da adventisti sedmog dana imaju nižu stopu mortaliteta zahvaljujući zdravom životnom stilu koji podrazumijeva ishranu bogatu voćem, povrćem i orašastim plodovima, sa veoma malom količinom konzumiranja mesa. Većina ih ne konzumira alkohol i cigarete, a aktivno vježbanje također je sastavni dio njihovog životnog stila.

⁴ Pustinjski kaktus pejotle raste u Meksiku i američkoj državi Teksas. Još su stari Asteci znali za čudotvorna svojstva ovog kaktusa, ali prvi je o njemu pisao franjevački misionar Bernardino de Sahagun, davne 1560. Njemački toksikolog Louise Levin je 1888. iz uzoraka osušenog kaktusa izolovao alkaloid anhalonin, a nešto kasnije njegov kolega Arthur Hefter izolovao je još četiri alkaloida, između ostalih i meskalin. Probajući na sebi njihovo djelovanje, Hefter je potvrdio da meskalin posjeduje najjača halucinogena svojstva.

Zabilježeni su brojni slučajevi terapijskih svojstava religije u odvikavanju od upotrebe teških narkotika (Manheimer, Anderson i Stein, 2003). Rezultati studija su pokazali da su se kod liječenih ovisnika razvila snažna religijska osjećanja u toku procesa oporavka (Green, Fullilove i Fullilove, 1998).

Religija igra veliku ulogu u prevenciji rizičnog spolnog ponašanja. Studija koja je provedena među adolescentima, djevojkama afričko-američkog porijekla, pokazala je povezanost religioznosti sa njihovim stavovima o posljedicama rizičnog spolnog ponašanju te razumijevanjem rizika od spolno prenosivih bolesti, kao što je HIV/AIDS (McCree et al., 2003).

Practiciranje religije također pozitivno utiče na promoviranje tjelesnih aktivnosti. Rezultati istraživanja provedenog među stanovnicima američke države Utah pokazali su da osobe koje su posjećivale crkvu jednom sedmično imaju bolju fizičku kondiciju i da su više sklone fizičkim aktivnostima nego osobe koje ne posjećuju crkvu (Merrill – Thygerson, 2001).

Naučna istraživanja iz ove oblasti uglavnom su komparativne studije koje ukazuju na određene korelacije među varijablama, ali se u njima ne utvrđuje kauzalitet između religijskih i zdravstvenih varijabli. U nekim slučajevima religiozne varijable su uključene u velike studije koje zapravo ne istražuju primarno efekte religije, te se njihovi rezultati moraju uzeti sa velikim oprezom.

Bez obzira na metodološke barijere koje utiču na pouzdanost rezultata dosadašnjih istraživanja u ovoj oblasti, ove studije su ipak privukle pažnju ne samo naučnika i istraživača koji se bave ovom problematikom nego i zdravstvenih profesionalaca i donosilaca odluka. U svijetu je ova tema veoma aktuelna i broj istraživačkih radova u ovoj oblasti je u porastu.

Rezultati istraživanja uticaja na religiji baziranog životnog stila na zdravlje pojedinca mogu biti korisno sredstvo za kreiranje dugoročnih strategija usmjerenih na poboljšanje zdravstvenog statusa stanovništva, što će uključivati promoviranje koncepta zdravog životnog stila.

Religija i mentalno zdravlje

Rezultati mnogobrojnih studija o uticaju religije na mentalno zdravlje u kojima su se koristili različiti indikatori mjerenja (psihološko blagostanje, zadovoljstvo životom, sklonost samodestruktivnom ponašanju, uključujući bolesti ovisnosti itd.) pokazali su da religija ima značajnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja.

Stanovišta o povezanosti religije sa psihijatrijskim poremećajima datiraju još iz devetnaestog vijeka. Najveći zagovornik štetnog uticaja religije na zdravlje bio je Sigmund Freud.

Međutim, za mnoge savremene naučnike i praktičare religija je relevantan etiološki, terapeutski ili palijativni faktor u psihoterapiji. Bilo da je riječ o malignom ili terapijskom uticaju religije na mentalno i emocionalno blagostanje čovjeka, sfera religioznosti – vjere i sakralnog vjerovanja i iskustva – decenijama je bila predmet različitih istraživanja.

Polaritet najranijeg diskursa o ovoj temi najbolje je predstavljen u radovima Freuda i Jamesa. U svojim djelima „Budućnost jedne iluzije“ i „Civilizacija i njene nelagode“ Freud suprotstavlja religiju i nauku, tvrdeći kako su one moralni neprijatelji i da je svaki pokušaj premoštavanja jaza između njih osuđen na propast. Prakticiranje religije i vjerovanje u Boga za Freuda su znaci opsesivne neuroze, narcističke deluzije i infantilnog pogleda na svijet, stoga predstavljaju prijetnju za čovjeka i društvo u cjelini. James, međutim, nije bio tako pesimističan kao Freud. U svojoj knjizi „Razne vrste religioznog iskustva“ (*The Varieties of Religious Experience*, 1958), identifikovao je dva tipa religijskog ispoljavanja: religiju bolesne duše i religiju zdravog duha. Prva je produkt oštećene psihe, što se očituje u tjeskobi, iritantnosti, osjećanju manje vrijednosti, sumnjičavosti, anksioznosti i strahu (James, 1958, str. 126). U drugom slučaju riječ je o tendenciji da se sve stvari posmatraju u pozitivnom svjetlu (James, 1958, str. 83). Religija zdravog duha je doslovno vjera zdravog duha kojeg odlikuje nada, optimizam, pozitivno razmišljanje i entuzijizam.

Sljedbenici Jamesa, Junga i Fromma također su uočili pozitivne efekte religije na mentalno zdravlje, dok je većina naučnika tog perioda u oblasti psihijatrijske profesije uglavnom bila sumnjičava prema tom stanovištu, naročito zbog kliničkih iskustava religijskog uticaja na pojavu patoloških ličnosti. Stoga je donedavno bio gotovo neznan interes za problematiziranje stanovišta prema kojem religiji nedostaju pozitivni

instrumenti za postizanje mentalnog i emocionalnog blagostanja. Zanimanje naučnika za proučavanje pozitivnih aspekata religije na mentalno zdravlje šezdesetih i sedamdesetih godina dvadesetog vijeka posebno je evidentno u djelima Maslowa (1964) i Tarta (1975), koji su bili pod uticajem joge, Vedanta, Zen i ezoterijskih tradicija. Iako ne u okviru zvanične psihijatrije i psihologije, predmet spiritualnosti je konstruiran kao potraga za ljudskim potencijalima te kao takav postao prihvatljiv ili bar toleriran kao istraživačka tema. Spiritualnosti, shvaćenoj u mnogo širem smislu nego što podrazumijevaju tradicionalna religijska shvatanja, počeo se pridavati mnogo veći značaj nego što se to činilo ranije u okviru psihijatrijske prakse i psihološke teorije.

Za razliku od teološkog shvatanja duhovnosti prema kojoj je ona nešto što se postiže isključivo putem pobožnosti, psiholozi su počeli istraživati duhovnost u kontekstu razvojnog procesa postizanja transcendentne unije nečim „izvan“ individualnog ega, kao vječnim izvorom svega postojećeg. Paralelno s tim, uticaj formalnog religijskog vjerovanja na mentalno zdravlje postaje tema empirijskih istraživanja, posebno u okviru gerijatrijske psihijatrije i socijalne, razvojne i zdravstvene psihologije. Studija „Midtown Manhattan“, koja je započela 1950. godine, predstavlja jedno od najranijih istraživanja ove vrste, te spada među najopsežnija epidemiološka istraživanja psihijatrijskog morbiditeta i njegovih sociodemografskih determinanti. Prvi zaključci u okviru ove studije objavljeni su pod naslovom „Mentalno zdravlje u metropolisu“ – *Mental Health in the Metropolis* (Srole, Langner, Michael, Opler i Rennie, 1962). Ova publikacija predstavlja klasično djelo socijalne psihijatrije i psihijatrijske epidemiologije. U studiji je detaljno analiziran uticaj religije na mentalno zdravlje, te je zaključeno da su pacijenti usljed različite religijske tradicije (katoličke, protestantske ili židovske) ispoljavali različite simptome psihijatrijskih oboljenja, imali različitu historiju bolesti te različit stav prema liječnicima (Srole – Langner, 1962). Dok su liječnici u drugim oblastima već odavno uzimali u obzir uticaj religije na fizičko zdravlje pacijenta, prije ove studije psihijatrijski epidemiolozi nisu pokazivali interes prema razmatranju uticaja religije na psihopatologiju. Studija „Midtown Manhattan“ uticala je na brojna istraživanja koja su provedena u proteklih nekoliko decenija.

Do početka osamdesetih godina prošlog vijeka provedeno je oko 200 empirijskih studija o različitim efektima religije na mentalno zdravlje

(e. g. Gartner, Larson i Allen, 1981.; Larson, Pattison, Blazer, Omran i Kaplan, 1986).

Religijski impuls se ispoljava u različitim formama ponašanja, emocijama, motivaciji, vjerovanju, stavovima, mišljenju, vrijednostima, iskustvu i međuljudskim odnosima. Neovisno o religiji odavno je poznato da naša ponašanja, emocije i društvene veze značajno utiču na zdravlje. Fizičko i mentalno zdravlje (subjektivno percipirano i objektivno dijagnosticirano) i stope morbiditeta od psihijatrijskih bolesti variraju u zavisnosti od psihosocijalnih i bihevioralnih varijabli, kao što su stres, društvena podrška, životni stil, stavovi prema zdravlju itd.

Istraživači su predložili moguće medijatore za posmatranje odnosa između religije i mentalnog zdravlja koji se baziraju na različitim funkcijama i domenama ljudske psihe. To nam može pomoći da razumijemo na koji način prakticiranje vjere i različita duhovna opredjeljenja čovjeka mogu uticati na mentalno zdravlje. Posvećenost religijskom sistemu vjerovanja može pozitivno uticati na mentalno zdravlje te promovisati zdravi stil života (kao što je izbjegavanje cigareta, alkohola i droga, te različitih oblika asocijalnog ponašanja).

Pojedinačne ili grupne molitve mogu proizvesti emocije koje pozitivno utiču na zdravlje, kao što su zahvalnost, opraštanje, ljubav itd. Vjerovanja u Boga, zagrobni život, slobodnu volju, prirodu zla te promišljanja o ljudskoj egzistenciji i smislu života mogu preventivno djelovati na zdravlje. Vjerovanje čovjeku ulijeva nadu i optimizam, što pomaže u prevazilaženju stresnih situacija.

Povezanost između religije i mentalnog zdravlja je u fokusu brojnih istraživanja već više od trideset godina. Indikator značaja i prihvatanja relevantnosti ovakvih istraživanja je nagrada „Oskar Pfister“, koju od 1983. godine dodjeljuje Američko psihijatrijsko udruženje (American Psychiatric Association) za istraživanja, publikacije i kliničku praksu u ovoj oblasti. Među laureatima ove prestižne nagrade nalaze se mnogi uticajni psihijatri, kao što su Jerome Frank, Viktor Frankl, Robert Jay Lifton, Oliver Sacks, Robert Coles, Don Browning i Paul Ricoeur (Levin, 2010).

Od najranijih pokušaja kvantificiranja uticaja religijskog identiteta, vjerovanja i praksi na mentalno zdravlje do danas, ova oblast

ostaje provokativna, s obzirom na pitanja konceptualizacije religije i teorijskih perspektiva na kojima je bazirana povezanost između religije i mentalnog zdravlja. Dok su se, s jedne strane, usavršavali dizajn istraživanja i analitički postupci, istraživači su se suočavali sa teškoćama prilikom tumačenja rezultata. Naprimjer, statistički značajni rezultati – koji ukazuju na uticaj religijske participacije, posjećivanje crkve i drugih bogomolja, vjerovanje u Boga itd. na mentalno zdravlje – ne govore ništa o ljekovitom uticaju duhovnosti. Duhovnost je još uvijek nedovoljno istraženo područje ne samo u studijama o mentalnom zdravlju već u svim domenima religijskog istraživanja.

U istraživanjima uticaja religije na fizičko i mentalno zdravlje, najčešće korištena religijska varijabla je učešće u bogoslužju zato što je to nešto što se može posmatrati i lahko kvantificirati. U većini studija istraživači izbjegavaju procjenu stavova, vjerovanja i iskustava, te je vrlo malo poznato o njihovom uticaju na mentalno zdravlje i psihološko blagostanje.

Istraživanje uticaja religije na zdravlje je granično područje interesa mnogih disciplina, kao što su vjerska gerontologija, zdravstvena psihologija i medicinska sociologija. Empirijska istraživanja povezanosti religije i mentalnog zdravlja uključuju epidemiološke studije na velikom uzorku, kliničke studije u psihijatrijskim ambulancama i bolnicama te socijalna i bihevioralna psihološka istraživanja (Koenig, 2002).

Uloga religije u zdravstvenoj zaštiti

Uticaj religije na zdravlje kao i integracija religije u zdravstvenu praksu, uprkos kontroverzama koje ovaj odnos implicira, sve više je u fokusu zanimanja naučnika širom svijeta, što se očituje u različitim inovativnim istraživačkim pristupima u ovoj oblasti.

Formulacija javnih politika u oblasti zdravstvene zaštite je potcijenjena usljed mnogobrojnih tenzija uzrokovanih prirodom države, njenog sistema upravljanja te uticaja religije na državnu politiku i praksu.

Sekularne evropske države, a posebno one sa multietničkom i multireligijskom strukturom stanovništva, nalaze se pred velikim izazovom kada je u pitanju predlaganje, usvajanje i implementacija zdravstvenih politika. Religijska afilijacija većine populacije u određenoj

zemlji reflektira se na kulturološke pristupe koji su ugrađeni u zdravstveni sistem. Istovremeno, mnogi aspekti manjinskih religija posmatraju se kao različiti od prihvaćenih društvenih normi.

Implikacije ovakvih praksi na zdravstvenu zaštitu i nacionalnu zdravstvenu politiku ostaju nejasne u kontekstu onoga što konstituira prihvatljiv i pravno zasnovan pristup velikom broju pitanja u oblasti zdravstvene zaštite. Tako se, naprimjer, u izvještaju Evropske komisije (2005) priznaje da je u određenim oblastima zdravstvene zaštite, kao što je oblast mentalnog zdravlja, potrebno detaljnije istražiti povezanost sa religijom. Prijedlog Evropske komisije (2008) u vezi sa usvajanjem nove antidiskriminatorne direktive koja zabranjuje diskriminaciju na osnovu religije u zdravstvu ukazuje ne samo na potrebu za zaštitom od diskriminacije na bazi religije u zdravstvu nego i do koje mjere religijska prava treba poštovati ili ograničiti u oblasti zdravstvene zaštite.

Pravo na zdravlje, prema članu 12. Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, podrazumijeva obavezu država članica da priznaju pravo svakog pojedinca na „uživanje najviših standarda tjelesnog i mentalnog zdravlja 'i' poduzmu korake 'kako bi se postigla 'puna realizacija' ovog prava.“ Također se navodi da zdravstvena zaštita mora sadržavati karakteristike, kao što su dostupnost, pristupačnost i prihvatljivost te da zdravstvene usluge moraju biti dostupne svakome bez diskriminacije. Sve zdravstvene ustanove, proizvodi i usluge moraju poštovati osnovne principe medicinske etike te kulturu pojedinaca, manjina, naroda i zajednica.

Jake komunikacijske vještine i odgovarajući trening neophodni su za pružanje kvalitetnih zdravstvenih usluga prilagođenih potrebama različitih religijskih i kulturnih grupa. Bez dobre komunikacije nemoguće je dobiti pacijentovu saglasnost za liječenje (Hendriks, 2008). U većini država članica Evropske unije trening zdravstvenih radnika o pitanjima religijskog diverziteta je insuficijentan i fragmentaran, a u većini država ne postoji jasna nacionalna politika kada je ova oblast u pitanju (Petrova – Clifford, 2009). Umjesto da obezbijede obuku za zdravstvene radnike u svojim ustanovama, većina država se oslanja na eksterne medijatore koji su dobri poznavaooci religijskih, etničkih i kulturoloških razlika.

Pojedine bolnice organiziraju posebnu obuku za osoblje kada je u pitanju razumijevanje religijskih potreba pacijenata, a većina ih ima

priručnike u kojima su detaljno objašnjene osnovne odrednice različitih religija i s njima povezanih stilova života.

Većina zemalja u svijetu prolazi kroz proces reformi zdravstvenog sistema koje su uglavnom fokusirane na smanjenje troškova zdravstvene zaštite, a manje na njen kvalitet, što je nažalost dovelo do toga da je odnos zdravstvenih profesionalaca (naročito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti) prema pacijentima zasnovan na redukcionističkom i mehanicističkom shvatanju pacijenta (što je često uslovljeno sistemom plaćanja doktorove naknade, dugim listama čekanja, nedostatkom kadra itd.).

Međutim, i pored navedenih teškoća u implementaciji zdravstvenih politika, rezultati empirijskih istraživanja o uticaju religije na zdravlje značajno su djelovali na medicinu i zdravstvenu profesiju. Iako većina postojećih otkrića o uticaju religije na zdravlje nisu naučno utemeljena, većina liječnika i zdravstvenih profesionalaca svjesni su da religija za mnoge ljude predstavlja motivacionu snagu u životu te da pozitivno utiče kako na fizičko tako i na mentalno zdravlje pojedinaca.

Zaključak

Neovisno o metodološkim nedostacima istraživačkih studija o uticaju religije na zdravlje koje su provedene od osamdesetih godina prošlog vijeka do danas, iz njihovih rezultata je evidentno da religija predstavlja značajan faktor koji utiče na zdravlje, kako fizičko tako i mentalno, što je rezultiralo njegovom integracijom u sistem zdravstvene zaštite u nekim državama u svijetu.

Glavni motiv za pisanje ovog teksta proistekao je iz potrebe da se ukaže na značaj ovih rezultata i mogućnosti njihove primjene u našem okruženju te da se probudi interes istraživača u BiH za studioznijim naučnim pristupom ovoj problematici. Bosna i Hercegovina je, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, među prvim državama u svijetu kada su u pitanju faktori rizika za zdravlje povezani sa životnim stilovima, kao što su gojaznost, konzumiranje alkohola i cigareta. Ovi alarmantni podaci ukazuju na potrebu većeg angažmana u oblasti naučnog pristupa fenomenu životnog stila i njegovog uticaja na zdravlje. Fenomenu zdravlja se u našoj zemlji uglavnom pristupa sa stanovišta medicinske struke. S obzirom na kompleksnost faktora koji utiču na

zdravlje, trebalo bi se raditi na afirmaciji interdisciplinarnog pristupa u ovoj oblasti.

Način na koji ljudi žive zasnovan je na njihovim vrijednostima, stavovima, navikama, ponašanju (bilo da su oni uvjetovani religijskim ili nekim drugim faktorima) i direktno ili indirektno utiče na zdravlje pojedinca i društva u cjelini. Podrška istraživanjima u ovoj oblasti može doprinijeti kvalitetnijem organizovanju preventivnih programa, poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva, što će dugoročno imati efekta na bolju produktivnost rada i smanjenje troškova zdravstvene zaštite.

Literatura

1. D. Armstrong, *The rise of surveillance medicine*, *Sociology of Health and Illness*, 1995, str. 393–404.
2. J. Ashton – H. Seymour (1988) *The New Public Health: the Liverpool Experience*, Milton Keynes, Open University Press, 1998.
3. M. Blaxter, *Health and Lifestyles*, London, Routledge, 1990.
4. W. Cockerham, *The sociology of health behaviour and health lifestyles*; u: C. Bird, P. Conrad i A. Fremont (eds), *Connection*, 2000.
5. R. Crawford, *You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming*, *Social Policy*, 1978, str. 10–20.
6. R. Crawford, *Healthism and the medicalization of everyday life*, *International Journal of Health Services*, 1980, str. 365–388.
7. C. Davies, *General practitioners and the pull of prevention*, *Sociology of Health and Illness*, 1984, str. 267–289.
8. M. Featherstone, *Lifestyle and consumer culture*, *Theory, Culture and Society*, 1987, str. 55–70.
9. G. E. Fraser, *Associations between Diet and Cancer, Ischemic Heart Disease, and All-Cause Mortality in Non-Hispanic White California Seventh-day Adventists*, *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999.
10. G. E. Fraser – D. J. Shavlik, *Ten years of life. Is it a matter of choice?* *Arch Intern Med.* 2001, str. 1645–1652.
11. S. Freud, *Budućnost jedne iluzije*, Zagreb, Naprijed, 1986.
12. Y. Friedlander, J. D. Kark i Y. Stein, *Religious Observance and Plasma Lipids and Lipoproteins among 17-Year-Old Jewish Residents of Jerusalem*, *Preventive Medicine*, 1987, str. 70–79.

13. Y. Friedlander, J. D. Kark, N. A. Kaufmann i Y. Stein, *Coronary Heart Disease Risk Factors among Religious Groupings in a Jewish Population Sample in Jerusalem*, American Journal of Clinical Nutrition, 1985, str. 511–521.
14. J. Gartner, D. B. Larson i G. D. Allen, *Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature*, Journal of Psychology and Theology, 1981, str. 6–25.
15. S. Gila-Silverman, *A Public Health Perspective on the Religion Health*, 2006.
16. R. L. Gorsuch – M. C. Butler, *Initial Drug Abuse: A Review of Predisposing Social Psychological Factors*, Psychological Bulletin, 1976, str. 120–137.
17. L. L. Green, M. T. Fullilove i R. E. Fullilove, *Stories of Spiritual Awakening. The Nature of Spirituality in Recovery*, Journal of Substance Abuse Treatment, 1998, str. 325–331.
18. E. Grundmann, *Cancer Morbidity and Mortality in USA Mormons and Seventhday Adventists*, Archives of Anatomy Cytology and Pathology, 1992, str. 73–78.
19. G. W. Hartz – H. C. Everett, *Fundamentalism religion and its effect on mental health*, br. 28 (3), Journal of Religion and Health, 1989, str. 207–217.
- A. Hendriks, *Ethnic and cultural diversity: challenges and opportunities for health law*, European Journal of Health Law, 2008, str. 292.
20. M. Hughes, *The risks of lifestyle and the diseases of civilisation*, Annual Review of Health Social Sciences, 1994, str. 57–78.
21. W. James, *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*, New York, New American Library, 1958.
22. H. G. Koenig – H. J. Cohen, *The Link between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*, New York, Oxford University Press, 2002.
23. R. Labonte, *Population health and health promotion: what do they have to say to each other?*, Canadian Journal of Public Health, 1995, str. 165–168.
24. D. B. Larson, E. M. Pattison, D. G. Blazer, A. R. Omran i B. H. Kaplan, *Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978–1982*, American Journal of Psychiatry, 1986, 329–334.
25. M. Lavric – S. Flere, *The role of culture in the relationship between religiosity and psychological well being*, br. 47, Journal of Religion and Health, 2008, str. 164–175.
26. J. Levin, *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies Int. J. Appl. Psychoanal, Studies*, 2010.

27. T. Lyttle, *Drug Based Religions and Contemporary Drug Taking*, Journal of Drug Issues, 1988, str. 271–284.
28. E. Manheimer, B. J. Anderson i M. D. Stein, *Use and Assessment of Complementary and Alternative Therapies by Intravenous Drug Users*, American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2003, str. 401–413.
- A. H. Maslow, *Religion, Values, and Peak-experiences*. Columbus, Ohio State University Press, 1964.
29. D. H. McCree, G. M. Wingood, R. DiClemente, S. Davies i K. F. Harrington, *Religiosity and Risky Sexual Behavior in African-American Adolescent Females*, Journal of Adolescent Health, 2003, str. 2–8.
30. R. M. Merrill – A. L. Thygerson, *Religious Preference, Church Activity, and Physical Exercise*, Preventive Medicine, 2001, str. 38–45.
31. W. R. Miller, *Researching the Spiritual Dimensions of Alcohol and Other Drug Problems*, Addiction, 1998, str. 979–990.
32. F. Niče, *Ecce homo*, Beograd, Grafos, 1980.
33. W. A. Oleckno – M. J. Blacconiere, *Relationship of Religiosity to Wellness and Other Health-related Behaviors and Outcomes*, Psychological Reports, 1991, str. 819–826.
- A. Petersen – D. Lupton, *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, St Leonards, NSW, Allen and Unwin, 1996.
34. D. Petrova – J. Clifford, *Religion and Healthcare in the European Union: Policy issues and trends – NEF Initiative on Religion and Democracy in Europe*, Network of European Foundations, 2009.
35. L. Srole – T. Langner, *Religious origin*. U: L. Srole, T. S. Langner, S. T. Michael, M. K. Opler i T. A. C. Rennie, *Mental Health in the Metropolis*, The Midtown Manhattan Study, str. 300–324, New York, McGraw-Hill, 1962.
36. L. Srole, T. S. Langner, S. T. Michael, M. K. Opler i T. A. C. Rennie, *Mental Health in the Metropolis*, The Midtown Manhattan Study, New York, McGraw-Hill, 1962.
37. S. Stylianou, *The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2004, str. 429–448.
38. C. T. Tart, *States of Consciousness*, New York, E. P. Dutton & Co, 1975.
39. P. White, K. Young i J. Gillett, *Bodywork as a moral imperative: some critical notes on health and fitness*, Society and Leisure, 1995, str. 159–182.

- Commission,
www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/europa%20directive.pdf, 02. 07. 2008.
- Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union', green paper, European Commission, Directorate General Health and Consumer Protection,
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf, 10. 10. 2005.
- Proposal for a Council Directive on implementing the principle of equal treatment between persons irrespective of religion or belief, disability, age or sexual orientation', European
- The State of Mental Health in the European Union, European Commission, Directorate General Health and Consumer Protection, 2004.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; UN Doc E/C.12/2000/4 (2000).