



# Religie, zorgvraag en gezondheidsgedrag

van Marokkaanse en Turkse allochtonen

**B**ij 851 Marokkaanse en 980 Turkse patiënten werd de relatie tussen religiositeit, zorgvraag en gezondheidsgedrag onderzocht. Aan dit onderzoek namen 24 huisartsen deel. Bijna 90% van de onderzochte groep werd als sterk religieus ingeschat. Deze sterk religieuze patiënten vertoonden minder verslavings- en sociale problemen. Er werd ook een belangrijke associatie vastgesteld tussen religiositeit en risicofactoren. Gelovigen hielden er een gezondere levenswijze op na; zij aten gezonder en rookten beduidend minder. In de praktijk en ook bij wetenschappelijk onderzoek is het dus van belang met de religiositeit van de patiënt rekening te houden.

A. DE MUYNCK is voorzitter van het Departement Klinische Wetenschappen, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen.

De allochtone medeburgers nemen voortdurend in aantal toe. Zelfs in wijken en gemeenten met historisch een grote concentratie aan migranten (zoals oud-Borgerhout en een aantal Brusselse gemeenten) nemen de absolute en relatieve aantallen toe. Daarnaast is een duidelijke uitzwerming over het hele Vlaamse land te zien<sup>1</sup>. Waar we eind van de jaren tachtig vaststelden dat 95% van de migranten in 60 gemeenten en wijken woonde, is dit in nu opgelopen tot 81 gemeenten en wijken<sup>2</sup>. We stellen tevens vast dat er heel wat meer gemeenten zijn met migranten en dat in elke gemeente meer migranten wonen.

Tegenwoordig komen heel wat meer huisartsen in contact met allochtone patiënten dan vroeger, gezien onderzoek heeft aangetoond dat allochtonen weinig selectief zijn in hun keuze van huisarts<sup>3</sup>.

Religie betekent heel wat voor deze moslimallochtonen. Het aantal moskeeën

neemt gestadig toe en de religieuze oefeningen worden zeer druk bijgewoond. Dit op een ogenblik dat de christelijke gebedsplaatsen een toenemende leegloop kennen.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat er een associatie bestaat tussen religiositeit en het subjectieve welbevinden<sup>4,5</sup>. Individuen met een sterke religieuze instelling blijken een grotere tevredenheid met hun persoonlijk lot te vertonen. Ze zouden ook minder negatieve psychosociale gevolgen ondervinden van persoonlijke traumatische gebeurtenissen<sup>6</sup>. Deze vaststelling gaat steeds op, wat ook de operationalisering van het concept "religiositeit" is.

## Religiositeit

In de literatuur omtrent religieuze beleving en gezondheid wordt religiositeit meestal geoperationaliseerd via de volgende indicatoren: affiliatie met een specifieke godsdienst, frequentie van bezoek aan gebedsplaatsen en/of intrinsieke religiositeit. Dit laatste is een complex socio-cultureel fenomeen en verwijst naar de sturing van iemands leven door religieuze principes.

De meeste onderzoekers nemen als indicator de affiliatie met een specifieke godsdienst of de frequentie van bezoek aan een gebedsruimte (kerk, moskee, synagoge, tempel). Deze beide indicatoren zijn gemakkelijk te bepalen. Het zijn echter ruwe maten van religiositeit. Kerkbezoek kan daarenboven worden beïnvloed door de gezondheidstoestand in plaats van een determinant te zijn<sup>7</sup>.

Intrinsieke religiositeit, hoe ook geoperationaliseerd, schijnt een positieve invloed uit te oefenen op de gezondheid en op de

graad van tevredenheid met het bestaan<sup>8,9</sup>. Er werd vastgesteld dat bepaalde groepen met strikt religieuze beleving, zoals orthodoxe joden, mormonen, monniken, een lagere incidentie van morbiditeit, mortaliteit en zelfmoordincidentie vertonen dan de algemene bevolking<sup>10</sup>. Tevens werd vastgesteld dat binnen die strikt religieuze groepen er nog een gezondheidsgradiënt bestaat, in de zin dat hoe meer men leeft volgens een bepaalde doctrine, hoe lager de incidentie van ziekte is. Ook op het gebied van mentale gezondheid werd deze invloed vastgesteld<sup>11</sup>.

### *Religiositeit en gezondheid*

De vraag naar de onderliggende oorzaken van de associatie "religiositeit-gezondheid" is niet eenvoudig te beantwoorden. Levin onderscheidt de volgende mechanismen<sup>8</sup>:

#### *GEDRAGSCODES*

De meeste religies schrijven een gedragscode voor die alcohol, drugs en roken beperkt, seksuele activiteit regelt en hygiëne bevordert. Deze voorschriften komen dikwijls neer op een promotie van een gezondere levensstijl en het verdagen van de aanvang van seksuele activiteit<sup>12</sup>.

#### *PSYCHOSOCIALE EFFECTEN*

Religieuze praktijken kunnen geassocieerd zijn met een betere gezondheid door een verhoogde sociale ondersteuning en vriendschap vanwege de geloofsgenoten. Sociaal-epidemiologisch onderzoek heeft bewezen dat dergelijke invloeden een buffer vormen tegen de negatieve invloeden van stress en woede.

*PSYCHODYNAMIEK VAN RELIGIEUZE TRADITIES*  
Religieuze tradities kunnen gevoelens van rust en zelfvertrouwen bevorderen en

aanleiding geven tot "zingeving" aan het leven. Anderzijds kunnen ze ook negatieve gevoelens (zoals schuldgevoelens) verhogen en het zelfvertrouwen verminderen.

#### *PSYCHODYNAMIEK VAN GELOOF*

Verschillende godsdiensten beloven gezondheid en genezing aan hun gelovigen. Dit geloof op zich kan een krachtig placebo-effect hebben.

## **Vraagstelling**

Volgens SCHILLER & LEVIN hebben religieuze opvattingen een directe invloed op het gezondheids- en ziektegedrag en eveneens een indirecte invloed via religieuze praktijken en gezondheidsopvattingen<sup>13</sup>. Met gezondheidsgedrag bedoelen we alles wat de patiënt onderneemt om zijn/haar gezondheid op een goed peil te houden of zelfs te verbeteren; ziektegedrag is alles wat de patiënt onderneemt om bij ziekte de gezondheid te herstellen.

De relatie religiositeit en gezondheidsgedrag is in België nog weinig bestudeerd. Dit is jammer, want intrinsieke religiositeit kan een belangrijke positieve invloed uitoefenen op de gezondheid en op het gezondheidsgedrag. Dit is onze onderzoekshypothese.

In een recent onderzoek uitgevoerd bij 1.831 Marokkaanse en Turkse patiënten, waaraan 24 huisartsen deelnamen, hebben we het verband tussen religiositeit en zorgvraag kunnen nagaan.

## **Patiënten en methoden**

De gegevens werden verzameld tussen 1 mei en 30 juni 1995 door 24 huisartsen in Antwerpen, Brussel, Genk, Gent en Temse. Bij elke patiënt die consulteerde

voor een nieuwe ziekte-episode, voor een preventieve zorgvraag of voor een medisch attest, vulde de huisarts een geprocedeerde vragenlijst in. Alleen patiënten tussen 15 en 65 jaar werden opgenomen in het onderzoek. Als bovengrens van de studie werd 65 jaar genomen, omdat in België de alloctonen nog altijd weinig talrijk vertegenwoordigd zijn in de oudere leeftijdsgroepen. De gegevens werden anoniem verzameld. Aan alle patiënten werd het doel van de studie uitgelegd en "informed consent" werd bekomen.

### *Subjectieve appreciatie*

De vragen waren van het gesloten type en behelsden persoonsvariabelen (etniciteit, geslacht, leeftijd, herkomst, job, talenkennis en klederdracht), type zorgvraag (curatief, preventief, medisch attest); voor de preventieve zorgvraag het type (primaire, secundaire, tertiaire) en voor de curatieve zorgvraag de patiëntendelay, het ziektegedrag voorafgaand aan de aanmelding bij de huisarts, de aangetaste systemen, de diagnose en het gevoerde therapeutische beleid; tevens werden de voornaamste risicofactoren bevroegd en ten slotte de intrinsieke religiositeit.

Dit laatste gegeven kan worden bepaald met speciale schalen, zoals de ROHRBOUGH & JESSOR religiositeitschaal<sup>14</sup>, ofwel via een subjectieve appreciatie. Wij hebben voor de laatste techniek gekozen. De intrinsieke religiositeit werd door de huisarts dichotoom geregistreerd (hoog/laag/onbekend). Er werd aan de huisarts gesuggereerd zich in zijn/haar beoordeling te laten leiden door criteria als: "vast de patiënt tijdens de ramadan, is de patiënt van plan om een bedevaart naar Mekka te ondernemen, gaat de patiënt regelmatig naar de moskee?"

Tabel 1: Samenstelling van de studiepopulatie naar etnie, geslacht en leeftijd.

Strata		Marokkaan	Turk	Totaal
15-44j	Man	215	231	446
	Vrouw	297	442	739
45-65j	Man	130	74	204
	Vrouw	81	113	194
Subtotaal		723	860	1.585
Geen oordeel		128	118	246
				Totaal = 1.831

Hij werd niet van de huisarts verwacht dat hij/zij die vragen expliciet zou stellen aan de patiënt.

Het gaat hier dus om een beoordeling door een "key-informant", waarbij ervan werd uitgegaan dat de huisarts door zijn/haar zeer goede kennis van de patiënt, het gezin en milieu, in staat is dit gegeven correct te beoordelen.

In de tekst maken we een onderscheid tussen "patiënten met sterke religieuze ingesteldheid" (benoemd als "sterk religieus") en "patiënten met een mindere religieuze ingesteldheid (benoemd als "minder religieus").

### Statistische verwerking

De gegevens werden geverifieerd op volledigheid en kwaliteit. Ze werden ingebracht in een Dbase IV-bestand; de analyse gebeurde via een EPI-INFO statistisch pakket.

Tijdens de analyse werden de variabelen geslacht en leeftijd gecontroleerd via stratificatie en pooling via Mantel-Haenszel's techniek.

## Resultaten

### Samenstelling van de studiepopulatie

Bij 87% van de 1.831 Marokkaanse en Turkse patiënten oordeelde de huisarts over voldoende informatie te beschikken om de vraag over de intrinsieke religieuze ingesteldheid te kunnen beantwoorden. We beperken de verdere analyse tot deze 1.405 (= 89%) als "sterk religieus" ingeschat en 180 (=11%) als "minder religieus" (zie tabel 1).

Tabel 2: Religiositeit naar etnie, geslacht, leeftijd, herkomst en tewerkstelling.

Determinanten	Marokkaan			Turk		
	N	Sterk religieuze patiënten		N	Sterk religieuze patiënten	
		# (%)	P		# (%)	P
<i>Geslacht</i>	NS					
Man	345	300		305	260	**
Vrouw	378	(87%)		557	(85%)	
			333			512
		(88%)			(92%)	
<i>Leeftijd</i>	**					
15-44j	512	429		673	596	NS
45-65j	209	(84%)		186	(89%)	
Ontbrekende info	(2)	202		(3)	173	
		(97%)			(93%)	
<i>Herkomst</i>	***					
Urbaan	230	174		250	208	***
Ruraal	476	(76%)		601	(83%)	
Ontbrekende info	(17)	442		(11)	553	
		(93%)			(92%)	
<i>Tewerkstelling</i>	***					
Betaalde arbeid	219	183		221	184	
Uitsluitend huishouden	250	(84%)		246	(83%)	***
Studeren	90	235		107	236	
Werkzoekend	80	(94%)		193	(96%)	
Invalide/gepensioneerde	78	70 (78%)		90	90 (84%)	
Ontbrekende info	(6)	64 (80%)		(5)	173	
		76 (97%)			(90%)	
					85 (94%)	

\* : 0,01 < p < 0,05

\*\* : 0,001 < p < 0,01

\*\*\* : p < 0,001

NS : p > 0,05

## Geslacht, leeftijd, herkomst en tewerkstelling

Er was een duidelijk verschil in religiositeit naargelang het geslacht, de leeftijd, de herkomst en de tewerkstelling. De intrinsieke religiositeit werd het hoogst ingeschat bij de vrouwelijke patiënten, bij de 45- to 65-jarigen, bij personen van rurale herkomst en bij de gepensioneerden en bij diegenen die een huishoudelijke taak vervulden (zie tabel 2). De intrinsieke religiositeit was significant hoger bij de vrouwelijke dan bij de mannelijke patiënten en significant hoger bij de 45- tot 65-jarigen dan bij de jongeren.

Marokkanen en Turken van rurale herkomst hadden een grotere religieuze ingesteldheid dan hun landgenoten van urbane afkomst. Er was ook een uitgesproken onderscheid tussen de etniën; de religiositeitscijfers van de Turken werden het hoogst ingeschat.

## Migratieduur, taalvaardigheid en kledij

De religiositeit was ook geassocieerd met de migratieduur, de taalvaardigheid en de kledij (zie tabel 3). Hoe langer de migranten hier verblijven, hoe groter de intrinsieke religiositeit. Deze associatie werd zowel bij Marokkanen als Turken vastgesteld. Opvallend waren de lagere religiositeitscijfers bij de tweede generatie Marokkanen. Religiositeit was negatief geassocieerd met taalvaardigheid en westerse kledij. Deze associatie ging op voor beide etniën.

## Impact van religiositeit op de zorgvraag

De religiositeitscijfers lagen beduidend hoger bij de patiënten die zich aanmeld-

Tabel 3: Intrinsieke religiositeit van Marokkaanse en Turkse allochtone patiënten volgens migratieduur, taalvaardigheid en kledij.

Determinanten	Marokkaan				Turk			
	N	Sterk religieuze patiënten			N	Sterk religieuze patiënten		
		723	#	(%)		P	862	#
<i>Migratieduur</i>				10 <sup>-6</sup>				0,24
0-4j	64	56	88		73	62	85	
5-14j	150	132	88		126	115	91	
15+j	364	335	92		465	423	91	
Tweede generatie	125	91	73		188	164	87	
Ontbrekende info	(20)				(10)			
<i>Taalvaardigheid</i>				10 <sup>-10</sup>				0,000
Zeer goed	359	286	80		339	287	85	0
±	226	217	96		264	244	92	
Ontoereikend	131	124	95		225	214	95	
Ontbrekende info	(7)				(34)			
<i>Kledij</i>				10 <sup>-10</sup>				10 <sup>-15</sup>
Westers	360	286	79		421	314	81	
Traditioneel	313	300	96		429	421	98	
Ontbrekende info	(50)				(12)			

Tabel 4: Religiositeit en zorgvraag volgens etnie.

Zorgvraag	Marokkaan			Turk		
	N	Sterk religieus		N	Sterk religieus	
		#	(%)		#	(%)
Uitsluitend curatief	501	433	(86)	600	530	(88)
Uitsluitend preventief	172	158	(92)	168	161	(96)
p-waarde		0,037			0,002	

den voor een exclusieve preventievraag dan bij diegenen die een exclusieve curatieve zorgvraag hadden (zie tabel 4).

Bij de patiënten die consulteerden voor een louter curatief probleem, waren er

weinig verschillen in het curatief profiel volgens religiositeit: zo was de patiënten-delay praktisch identiek en het profiel van de aangetaste systemen eenduidig bij beide religiositeitsstrata.

Wat het diagnostisch profiel betreft, merken we één enkel verschil op, namelijk dat religieus georiënteerde patiënten minder consulteerden voor sociale problemen dan minder religieuze (OR = 0,57 met 0,41-0,79).

### Religiositeit en gezondheidsrisicofactoren

De associatie tussen religiositeit en gezondheidsrisicofactoren was vrij belangrijk (zie tabel 5). Hoogsignificante negatieve associaties werden vastgesteld voor roken, sociale omgevingsfactoren en stress. Bij de bepaling van die associaties werd rekening gehouden met eventuele vertekening door geslacht en leeftijd.

Religieus georiënteerde patiënten hadden significant minder risicofactoren en daarbij ook de gezondste levenswijze.

## Bespreking

Dit onderzoek heeft de associatie tussen intrinsieke religiositeit en zorgvraag ener-

zijds en gezondheidsgedrag anderzijds bevestigd. De prevalentie van intrinsieke religiositeit ligt beduidend hoger bij patiënten die zich aanmelden voor preventie en hun gezondheidsgedrag is beduidend beter. Religieus georiënteerde patiënten vertonen minder sociale problemen dan minder religieus georiënteerde allochtonen.

Ons gegevensbestand liet toe het verband tussen intrinsieke religiositeit en nevenvariabelen, zoals geslacht, leeftijd, herkomst en tewerkstelling na te gaan. De mate waarin iemand zijn leven laat duiden door religieuze principes, is het hoogst bij vrouwen. Deze vaststelling is in overeenstemming met LEVIN & TAYLOR<sup>15</sup>, die vonden dat de hogere religiositeitscijfers bij vrouwen persisteerden ondanks alle statistische controles voor factoren zoals leeftijd, opvoeding, inkomen, residentie, huwelijksstoestand, enzovoort.

Dat religiositeit toeneemt met de leeftijd, is een algemene vaststelling in alle godsdiensten. Deze positieve relatie werd

wetenschappelijk aangetoond door onder andere VERDOUX<sup>16</sup>.

Over de relatie tussen religiositeit en tewerkstelling is weinig gepubliceerd. Onze bevinding dat studenten een lagere intrinsieke religiositeit hebben, is onder meer vastgesteld door GOLDFARB<sup>17</sup>.

### Religie en preventie

Ons onderzoek vertrok van de hypothese dat preventieve zorgvraag een uiting is van het opnemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en van de vaststelling dat het streven naar een goede gezondheid de regel is voor de meeste religies. Onze gegevens bevestigen deze hypothese en tonen aan dat gelovigen een minder sedentaire levenswijze en een gezondere voeding hebben dan minder gelovigen. In de literatuur vinden we ook aanwijzingen van een seksueel minder risicogedrag en een latere aanvang van seksuele activiteit bij gelovigen<sup>18,19</sup>. In ons onderzoek vinden we een significante negatieve associatie tussen religiositeit en roken, in de zin dat gelovigen beduidend minder roken. Ook in de literatuur is dergelijke associatie beschreven<sup>20,22</sup>. Islam-religie raadt het roken sterk af aan hun adepten. In de literatuur is er een consensus dat religiositeit de vrouwen, doch niet de mannen, weerhoudt van roken<sup>20,23</sup>. Wij stelden echter ook bij de mannelijke patiënten een sterke negatieve associatie vast tussen religiositeit en roken (OR = 0,53). We hebben hier geen uitleg voor, misschien ligt het verschil in het feit dat onze studiepopulatie patiënten betreft, terwijl de andere studies meestal gezonden insluiten. Globaal genomen is de prevalentie van risicofactoren lager bij de gelovigen, wat onze uitgangshypothese bevestigt.

Tabel 5: Associatie tussen risicofactoren van gezondheid en religiositeit.

Risicofactoren	Marokkaan		Turk	
	RR*	P	RR*	P
Overgewicht	1,22	0,55	1,08	0,84
Roken	0,35	0,0001	0,27	10 <sup>-15</sup>
Antecedenten van sociale problemen	0,44	0,0002	0,41	0,0001
Stress	0,89	0,85	0,45	0,001
Gemiddeld aantal risicofactoren/patiënt	Rel+ 0,75 Rel- 0,94	0,08	Rel+ 0,85 Rel- 1,28	0,000

RR\* : gestandaardiseerd volgens leeftijd en geslacht

RR : ratio van risicomodaliteit bij rel+ patiënten  
risicomodaliteit bij rel- patiënten

Rel+ sterk religieuze patiënten

Rel- : minder religieus geïnspireerde patiënten

## Religie en sociale problemen

Sterk gelovige patiënten consulteren ook minder voor verslavingsproblemen en voor sociale problemen. De negatieve associatie tussen verslaving en religiositeit wordt frequent geciteerd in de literatuur en zou vooral bij vrouwen voorkomen<sup>24</sup>. Dat sterk religieuze mensen minder sociale problemen rapporteren is niet verwonderlijk, want het behoren tot een religieuze gemeenschap schept een sociaal netwerk dat fungeert als een opvangnet bij sociale moeilijkheden. Ook bij de Marokkaanse en Turkse patiënten stellen we een negatieve associatie vast tussen religiositeit en antecedenten van sociale problemen (OR = 0,44 voor Marokkanen en 0,41 voor Turken). Via steun van het sociaal netwerk worden sociale problemen tijdig ondervangen of zelfs voorkomen<sup>25</sup>. Onderzoek heeft aangetoond dat religiositeit werkt als een buffer tegen de negatieve invloed van werkloosheid<sup>26</sup>. Deze laatste treft allochtonen selectief meer dan Belgen<sup>27</sup>.

## Methodologische discussie

De vastgestelde associaties moeten natuurlijk met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit onderzoek naar de associatie tussen gezondheids/ziektegedrag en religiositeit was namelijk slechts een onderdeel van een groter onderzoek naar de dynamiek van de zorgvraag bij de huisarts. Er kunnen zich natuurlijk een aantal biasen hebben voorgedaan. Selectieve vertekening bij de patiëntenregistratie is echter zeer onwaarschijnlijk, gezien het een systematische registratie betrof van alle nieuwe ziekte-episodes en er geen weigering was van de patiënten om deel te nemen aan dit onderzoek. Informatiebias is echter wel

mogelijk: de registratie van de intrinsieke religiositeit was gebaseerd op de subjectieve appreciatie van de huisarts, hierbij geholpen door peilvragen zoals vasten, bezoek aan Mekka, moskeebezoek, enzovoort. Het is mogelijk dat hierbij een underreporting is opgetreden bij de autochtonen en een overreporting bij de allochtonen. Gezien de registrerende huisartsen niet op de hoogte waren van de werkhypothese van dit deelonderzoek, is de kans groter op een toevallige dan op een systematische vertekening. Gezien de beperktheid van het aantal studievariabelen bestaat ook de kans op confounding door niet-geregistreerde variabelen, zoals het socio-economische niveau, en religieuze ingesteldheid van de partner.

## Besluit

Alhoewel er een belangrijke associatie bestaat tussen religiositeit en zorgvraag binnen het cliënteel van de huisarts, laat deze over het algemeen na de spirituele problemen van zijn patiënt in zijn bevraging in te lassen<sup>28</sup>. Heel wat patiënten zouden nochtans hierover meer en grondigere discussies willen voeren met hun behandelende arts<sup>29</sup>.

Onderzoek heeft aangetoond dat één op vijf patiënten religieuze gedachten en/of activiteiten gebruikt als de belangrijkste strategie om stress van ziekte aan te kunnen.

Therapeuten die willen bijdragen tot een betere gezondheid in holistische zin, doen er daarom goed aan de religieuze achtergrond van hun patiënten niet te verwaarlozen.

We kunnen daarom aanbevelen dat de factor "religie" als variabele wordt opge-

nomen in het gezondheidsonderzoek in het algemeen en in de bevraging van de patiënt in het bijzonder, teneinde het belang van religie in de diagnosestelling en therapeutische begeleiding correcter aan bod te laten komen.

Wij bedanken ten eerste alle huisartsen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen.

## Literatuur

- 1 DE MUYNCK A, STRAETEMANS H. *Atlas Etnisch Minderheden. Geografische spreiding van Turken en Marokkanen in Vlaanderen en Brussel; Evolutie 1989-1996*. Antwerpen: NUGI 664, 1999.
- 2 DE MUYNCK A, PEETERS RF. *Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen*. Leuven: D. Garant, 1997.
- 3 DE MUYNCK A, PEETERS R. *Treft de Vlaamse huisarts specifieke gezondheidsvoorzieningen voor zijn Marokkaanse en Turkse migranten? Huisarts Nieuw 1994; 23: 261-65.*
- 4 COKE MM. *Correlates of life satisfaction among elderly African Americans. J Gerontol 1992; 47: 316-20.*
- 5 OLLEKNO WA, BLACONNIÈRE MJ. *Relationship of religiosity to wellness and other health related behaviors and outcome. Psychol Rep 1991; 68: 819-26.*
- 6 ELLISON CG. *Religious involvement and subjective well being. J Health Soc Beh 1991; 32: 80-99.*
- 7 LEVIN JS, MARKIDES KS. *Religious attendance and objective health. J Sci Study Religion 1986; 25: 31-46.*
- 8 LEVIN JS. *Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? Soc Sci Med 1990; 38: 1475-82.*
- 9 LEVIN JS, CHATTEERS LM, TAYLOR RJ. *Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. J Gerontol B Psychol Sci 1995; 50: 156-63.*
- 10 NEELEMAN J. *Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? Int J Epidemiol 1998; 27: 466-72.*
- 11 ROWAN AB. *Religious beliefs and health psychology: empirical foundations. The Health Psychologist 1996; 18: 16-7.*

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29
- 12 DUNNE MP, EDWARDS R, LUCKE J, et al. *Religiosity, sexual intercourse and condom use among university students. Aust J Publ H* 1994; 18: 339-41.
  - 13 SCHILLER PL, LEVIN JS. *Is there a religious factor in health care utilization? A review. Soc Sci Med* 1988; 28: 1369-79.
  - 14 SAZER L, KASSINOVE H. *Effects of counselor's profanity and subject's religiosity on content acquisition of a counseling lecture and behavioural compliance. Psychol Rep* 1991; 69: 1059-70.
  - 15 LEVIN JS, TAYLOR RJ. *Gender and age differences in religiosity among black Americans. Gerontologist* 1993; 33: 16-23.
  - 16 VERDOUX H, VAN OS J, TISON M, GARY B, SALOMON R, BOURGEOIS M. *Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? Schizophr Res* 1998; 29: 247-54.
  - 17 GOLDFARB L, GALANTER M, McDOWELL D, LIFSHTUTZ H, DESMATIS H. *Medical students and patient attitudes toward religion and spirituality in the recovery process. Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 549-61.
  - 18 GARDNER JW, SAUBORN JS, SLATTERY ML. *Behavioural factors explaining the low risk for cervical carcinoma in Utah Mormon women. Epidemiology* 1995; 6: 187-9.
  - 19 SEIDMAN SN, MOSHER WD, AZAL SO. *Predictors of high risk behaviour in unmarried American women: adolescent environment at risk factor. J Adolesc H* 1994; 15: 126-32.
  - 20 DE FRANCO J, PAWLOK R. *How gender determines the causes of smoking: a preliminary report. Psycho Rep* 1993; 72: 1058.
  - 21 RIAL P, PATOIS E, GUÉMIN-TOSTAIN F, et al. *Le tabagisme des jeunes de 11-16 ans dans le département des Yvelines en 1990. Rev Mal Respir* 1994; 11: 583-92.
  - 22 AL FARIS, et al. *Smoking habits of secondary school boys in rural Riyadh. Public Health* 1995; 109: 47-55.
  - 23 BROWN DR, GARY LE. *Religious involvement and health status among African-American males. J Natl Med Ass* 1994; 86: 825-31.
  - 24 LEMAN J. *Ontmoeting met moslims in België. Cultuur en Migratie* 1994; 2: 7-24.
  - 25 OXMAN TE, FREEMAN DH, MANHEIMER ED. *Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. Psychosom Med* 1995; 57: 5-15.
  - 26 SHAW M, JACKSON PR. *Religiosity as a predictor of well being and moderator of psychological impact of unemployment. Br J Med Psychol* 1993; 66: 341-52.
  - 27 DE MUYNCK A, BOELAERT M, GAENS E, et al. *Consulteren Ali en Fatima minder de huisarts dan Belgische patiënten? Huisarts Nu* 1996; 25: 202-7.
  - 28 DALEMAN TP, NEASE DE. *Patient attitudes regarding physician enquiry into spiritual and religious issues. J Fam Pract* 1994; 39: 564-68.
  - 29 KING DE, BUSHWICH B. *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faithhealing and prayer. J Fam Pract* 1994; 39: 349-52.

## Summary

### *Religion and health behaviour of Moroccan and Turkish patients*

A. De Muynck

With 851 Moroccan and 980 Turkish patients who contacted their GP, the association has been searched between their religion and their health behaviour.

Twenty-four general practitioners took part in this study. With 76% of the patients, the GP meant to have enough elements to judge their intrinsic religious beliefs. The religion was found associated with the sex (at the highest with women), the age (at the highest with aged people), the employment (at the highest with house wife's) and the type of the demand for care (at the highest with the demand for preventive care). Strong religious patients seemed to have less social and addiction problems.

There has been concluded that there is an important association between the religious beliefs and risk factors as smoking, life style, difficult social environment and an unhealthy nutrition. This article asks to take consideration of the religion of the patient in scientific research and in the general practice, when to make a diagnose and to give therapeutic support.

#### MeSh

religion, life style, prevention