

## A vallásosság és az öngyilkosság összefüggésének hazai vizsgálatához az 1990–2010 közötti kistérségi adatok elemzése alapján

ZONDA TAMÁS<sup>1\*</sup> – PAKSI BORBÁLA<sup>2</sup> – NAGY GABRIELLA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magyar Szuicidium-Prevenációs Társaság, Budapest

<sup>2</sup>Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ, Budapest

<sup>3</sup>Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, I. Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály, Budapest

(Beérkezett: 2013. október 6.; elfogadva: 2013. december 20.)

*Elméleti háttér:* Az elmúlt évtizedben megszorodtak a testi-lelki betegségek, tünetek és a vallásosság összefüggéseit vizsgáló kutatások, melyek közül az öngyilkosság és a vallásosság kapcsolatára irányuló elemzések megerősítették a szuicid események és a vallásosság közötti negatív összefüggést. *Cél:* A tanulmány finom területi aggregátságú adatokon, a kulturálisan viszonylag homogén kistérségekben vizsgálja a vallásosság, illetve a felekezeti struktúra szerepét az öngyilkossági ráták mintázódásának magyarázatában. *Módszer:* Az összefüggések vizsgálata lépesenkénti lineáris regressziós modellalkotással történt. Az alkalmazott módszer újdonsága a kistérségi aggregátságú adatokon való modellalkotás. A függő változót 172 kistérség 100 000 lakosra jutó öngyilkossági rátáinak 1989–2010 közötti átlaga képezte. A függetlenváltozó-szett pedig a kistérség lakosainak vallásosságára, illetve felekezeti hovatartozására vonatkozó adatok mellett az öngyilkosságok demográfiai mintázódását megjelenítő indikátorok 1989–2010 közötti átlagértékeit tartalmazta. *Eredmények:* A kistérségek demográfiai és vallási mutatóit (valláson kívüliek és a különböző felekezetekhez tartozók arányait) megjelenítő változószetten 28,2%-os magyarázó erejű modellt sikerült létrehozni: az egyházon kívüliek nagyobb aránya – a várakozásoknak megfelelően – szignifikánsan magasabb ( $\beta = 465$ ;  $p < 0,001$ ) kistérségi öngyilkossági rátával járt együtt. Amennyiben az egyházon kívüliek aránya nem, csak a különböző felekezetek aránya szerepelt a modellben, akkor megjelent a katolikus vallásúak nagyobb arányának fokozott megóvó hatása ( $\beta$ -értékek: katolikusok aránya esetében  $-0,743$ ;  $p < 0,001$ ; protestánsok aránya esetében  $-0,378$ ;  $p = 0,002$ ). A fővárosi kerületek adatai esetében nem mutatkozott meg ez a kapcsolat. *Következtetések:* A kistérségi adatokon végzett elemzések megerősítették a vallásosság – s különösen a katolikus vallás – és/vagy vallási légkör megóvó szerepét az öngyilkossági veszélyeztetettségben. A fővárosi adatok elemzése ugyanakkor azt jelezte, hogy a valláshoz tartozók alacsonyabb aránya és/vagy relatív területi homogenitása mellett ezek a hatások nem mutatkoznak meg.

**Kulcsszavak:** vallásosság, felekezetek, vallási légkör, öngyilkossági veszélyeztetettség, kistérségek

\* Levelező szerző: dr. Zonda Tamás, Budapest, 1121 Mártonhegyi út 22/d.  
E-mail: zondat@t-online.hu

## 1. Bevezetés

### 1.1. Az öngyilkosság és a vallásosság kapcsolata

Durkheim több mint száz éve megjelent, máig sem megkerülhető művében (Durkheim, 1897/1982) az öngyilkosság és a vallás kapcsolatát illetően két fontos megállapítást tett. Véleménye szerint az egyes vallások nem azért jelentenek protektív-preventív hatást az öngyilkosság ellen, mert híveiket kötik az egyes egyházak dogmatikája, tiltása, túlvilági optimizmusa. Tehát nem azért, mert a vallás „élesebben ítéli el az öngyilkosságot, mint a világi erkölcs, sem nem azért, mert Istennek kivételes tekintélye van a hívők lelkében”, hanem azért, mert a vallás – társadalom. Ezt a társadalmat bizonyos számú, valamennyi hívő számára közös, tradicionális, ennélfogva kötelező hiedelem és gyakorlat létezése tartja fenn. Minél számosabbak és erősebbek ezek a kollektív állapotok, annál erősebben integrált a vallási közösség; és annál nagyobb a megóvó ereje is” (Durkheim, 1982, 158. o.). Ebből vezeti le azt is, hogy eltérő a különböző felekezethez tartozók öngyilkossági hajlandósága.

Noha véleményünk szerint a társadalmi integráció fogalma, belső tartalma sokat változott az elmúlt 150 évben, megléte ma sem megkérdőjelezhető, bár vannak egyes erre irányuló modulatív irányzatok is (Moksony & Hegedűs, 2006). A vallásosság hatásának erejét, módját, hatásmechanizmusát ma alapvetően a *strukturális* és a *szubkulturális* teóriák disputája jellemzi. Míg a strukturális iskola a személyközi kapcsolatok *társas támogató funkcióját* emeli ki, a szubkulturális elméletek a társas kötelékek, az *értékek, normák, viselkedésminták átadását, közvetítését, a szocializáció funkcióját* hangsúlyozzák

Az elmúlt évtizedben a régi és új vallásos közösségek hazai reneszánsza, a vallásos élethez történő visszatérés jótékony hatása bizonyos mentális problémák gyógyításában nem kerülte el a közvélemény és a tudomány figyelmét, és paradigmaváltást eredményeztek. Megszaporodtak a testi-lelki betegségek, tünetek és a vallásosság összefüggéseit vizsgáló kutatások, s módszertanuk is lényegesen szofisztikáltabbá vált. Egy amerikai vizsgálatvezető (Manson, 1996) a kultúra és a depresszió vizsgálata során azt tapasztalta, hogy a vallási és spirituális dimenziók fontos faktorai az emberi létezésnek, viselkedésnek és a betegség-mintázatoknak is, noha az előbbieket a pszichiátria igyekszik a patológia körébe vonni, amit a szerző helytelennek tart. Véleményével nem áll egyedül, hiszen a WHO legutóbbi anyagaiban már az ember bio-pszicho-szociológiai meghatározottsága mellé felvette a spirituális dimenziót is (Manson, 1996).

A vallás és a lelki egészség összefüggésével foglalkozó munkák volumene immár olyan hatalmas, hogy csak egy-két jelentősebb kutatás említésére szorítkozhatunk úgy a hazai, mint a külhoni irodalomból. Jelen vizsgálatunk céljának megfelelően az öngyilkosság (valamint az azzal összefüggőnek tartott állapotok) és a vallásosság összefüggését vizsgáló kutatásokból idézünk a teljesség igénye nélkül. Koenig és munkatársai 111 idős depressziós betegnél vizsgálták a depresszió gyógyulásának fokát, mértékét, időtartamát. Azt látták, hogy a vallásos emberek sokkal gyorsabban gyógyulnak meg betegségükből (Koenig, George, & Peterson, 1998). A személy vallásos bevonódása feloldja a magányosságérzést, erősíti mások és önmagunk tekintetbevételének képességét (Natale, 1986). Kendler, Gardner és Prescott (1997) nagy felmérésükben a vallás személyes fontosságát találták jótékonynak a stressznek a depresszióra gyakorolt negatív hatásában: a személyes vallásos elkötelezettség magas szintjével alacsony depressziós szint együttjárását tapasztalták. Összességében lényegi kapcsolatot állapítottak meg a vallásosság és a pszichopatológia között (Kendler és mtsai, 1997).

A vallásosság/spiritualitás és a pszichiátria területét érintő közleményeket összegezte áttekintő tanulmányában Bonelli és Koenig (2013) az 1990–2010 közötti időszakra nézve. A 43 cikkből 31-ben (72,1%) az derült ki, hogy a vallásosság/spiritualitás kevesebb mentális zavarral jár (pozitív hatás), 8 cikk (18,6%) kevert eredményt mutatott, és csak 2 cikkben (4,7%) tapasztaltak negatív hatást. A vallásosság evidensen jótékony hatása mutatkozott a depresszió, a szerabúzus és a demencia esetében; kevésbé egyértelmű volt a kapcsolat a stressz okozta zavaroknál, elégtelen volt a schizofrenia és a bipoláris zavarok esetében (Bonelli & Koenig, 2013). Egy másik egészen friss kutatás azt is mutatta, hogy az istenhit (függetlenül a vallási elkötelezettségtől) lényegesen elősegíti a pszichiátriai kezelések hatásosságát, főleg a depresszió gyógyulását (Rosmarin és mtsai, 2013).

Az öngyilkosság és a vallásosság összefüggését vizsgáló újabb vizsgálatok megerősítették a durkheimi tételt: a tradicionálisan vallásos országok (katolikus, iszlám) népessége körében az öngyilkossági hajlandóság alacsonyabb (Kerkhof & Kunst, 1994; Ritter, Zitterl, & Stompe, 2011; Sonneck, Stein, Scherer, & Voracek, 2003; Stack & Kposowa, 2011). Bár Európában az elmúlt évtizedekben lezajlott nagyfokú népességmozgás és a regisztráció nehézsége miatt egyre nehezebb a felekezeti viszonyok és az öngyilkosság közötti összefüggés vizsgálata, még ma is észlelhető a római katolikusok és a muszlimok között az alacsonyabb öngyilkossági hajlandóság az evangélikusokhoz, illetve a nem hívőkhöz képest (Sonneck és mtsai, 2003). Egy metaanalízis 141 közleményből 106 (75%) esetben talált a szuicid esemé-

nyek és a vallásosság foka között negatív kapcsolatot, ami meggyőző adat a vallásosság védő hatása mellett (Bonelli, Dew, Koenig, Rosmarin, & Vasegh, 2012). Az alábbi táblázat is jól példázta, hogy az erős vallási hagyományokkal bíró (katolikus, iszlám) országokban nagyságrenddel alacsonyabb az öngyilkossági hajlandóság, mint a nem markánsan vallásosnak ismert országokban (1. táblázat).

1. táblázat. Öngyilkossági ráták egyes erős, illetve gyengébb vallási hagyományokkal bíró országban (Zonda, 2006, 82. o.)

Erős vallási hagyományokkal rendelkező országok	Öngyilkossági ráta (százszázalék)	Kontrollországok	Öngyilkossági ráta (százszázalék)
Egyiptom	0,1	Oroszország	41,6
Jordánia	0,2	Észtország	40,9
Irán	0,2	Belorusszia	32,3
Kuvait	1,8	Magyarország	31,5
Argentína	6,6	Szlovénia	27,2
Spanyolország	7,2	Finnország	26,1
Olaszország	6,3	Ausztria	20,2

A fenti táblázat felveti egyben a felekezetek közötti öngyilkossági hajlandóság különbségeinek kérdését is. Mint már említettük, Durkheim a különböző vallást követők körében észlelt eltérő öngyilkossági hajlandóságot is a hívők közötti integráció erejével magyarázta. E véleményét főként a katolikus és protestáns vallást gyakorló populációk vizsgálatára alapozta. Úgy vélte, hogy a két vallás követőinek magatartása mögött elsősorban nem a dogmatika, a vallási előírások szigora és tiltása közötti különbség munkál, hanem az, hogy az adott egyház milyen mélyen képes közösségbe integrálni tagjait, milyen fokú kohéziót tud teremteni (Durkheim, 1897/1982).

A protestáns és a katolikus vallás éppúgy bűnnek tekinti az öngyilkosságot, s e tiltást Istentől származtatja. A lényeges különbség abban áll, hogy a protestáns vallások sokkal nagyobb mértékben engedélyezik hívőik szabad vizsgálódását. A katolikus hívő a vizsgálódás lehetősége nélkül, készen kapja hitét, az egyház évezreden át készen adta az emberek kezébe a cselekvések, viselkedések pontos rendszerét, mintáját, ami megnyugtató, kényelmes és vigasztaló is egyben. Mindennek megvolt a helye, minden, ami a világban létezett, egységes egészbe illeszkedett, magyarázatot nyert, s ezen keresztül rendkívül erősen integrálta az egyént a nagy közösségbe.

A protestáns gyakorlat világiasabb, szabadabb teret enged hívőinek a saját véleményük szerinti életre, illetve az egyház tanításainak maguk sze-

rinti értelmezésére, döntésekre. A protestáns ember sokkal nagyobb mértékben alkotója hitének, s a protestáns egyházak nagyobb teret engednek az egyéni gondolkodásnak, mint a katolikus vagy az iszlám. „S minél inkább átengedi a terepet egy felekezeti csoport az egyének ítéletének, minél nagyobb az egyén önálló kezdeményezésének lehetősége, annál inkább távolra van életükből a vallás, annál kisebb a csoport kohéziója és életképessége” (Durkheim, 1982, 148. o.). A két vallás követőinek magatartása mögött tehát elsősorban az áll, hogy az adott egyház milyen mélyen képes integrálni közösségbe tagjait, milyen fokú kohéziót tud teremteni. E funkció leglátványosabb megjelenése napjainkban az iszlám, mely sok szempontból távoli az európai kultúrától, sok tekintetben szélsőséges, de döntései következetes és szigorú dogmatikája imponáló integratív erőt képez. S lám, öngyilkossági rátáik nagyságrenddel alacsonyabbak, mint az európai országoké (1. táblázat). Pedig aligha lehet elképzelni az iszlám világ híveinek százmillióiról, hogy mindannyian ismerik a Korán (amúgy öngyilkosságot nem tiltó) szúráit vagy az iszlám dogmatikát. Egyetlen meghatározó és megingathatatlan tényező hat, hogy egy hatalmas közösséghez tartoznak, és „nincs más isten Allahon kívül és Mohamed az ő küldötte (prófétája)”. Ez az a pillanat, mikor felmerül a kérdés: indokolt-e egymástól szétválasztva vizsgálni a traszzcendenciába vetett hitet és a hívők közösségének integrációját?

## 1.2. Hazai adatok, vizsgálatok

Az öngyilkossági gyakoriság és a felekezeti megoszlás közötti viszonyról első ismeretünk 1864-ből való: a protestáns, főleg a református populáció magasabb öngyilkossági gyakoriságára Konek hívta fel a figyelmet (Konek, 1864). Pontosabb adatok álltak rendelkezésre 1923–25-ből (Szél, 1928) (2. táblázat).

Böszörményi Ede (1977, 1991) több munkájában közölte a korabeli egyházi anyakönyvek vizsgálatainak eredményeit. Noha több finomítást látott indokoltnak, végeredményben a fenti viszonyokat találta ő is. Az 1928–38

2. táblázat. Öngyilkossági ráták az egyes felekezetekben Magyarországon (1923–1925)

Vallás	Öngyilkosok felekezeti megoszlása (%)	Népesség felekezeti aránya (%)
Római + görög katolikus	54,3	66,1
Református + evangélikus	38,5	27,2
Izraelita	5,4	5,9

közötti időszakban is hasonló arányok álltak fenn (Mozolovszky, 1940). Felekezeti regisztráció az 1949-es népszámlálást követően csak 2001-ben, majd 2011-ben történt. Annak ellenére, hogy a vallás hatásának értelmezése (strukturális vs. szubkulturális megközelítés) és megóvó szerepének mértéke (Magyarország jellegzetesen „laza vallási légkör”) tekintetében a különböző szerzők véleménye nem tekinthető egységesnek, a protestáns felekezethez való tartozás magasabb kockázati szerepét a hazai szakirodalom általánosan megerősíti (Andorka, Cseh-Szombathy, & Vavró, 1968a,b; Böszörményi, 1976, 1977, 1991; Moksony & Hegedűs, 2006; Zonda, 2006; Zonda & Paksi, 2006).

### 1.3. A jelen vizsgálat célja

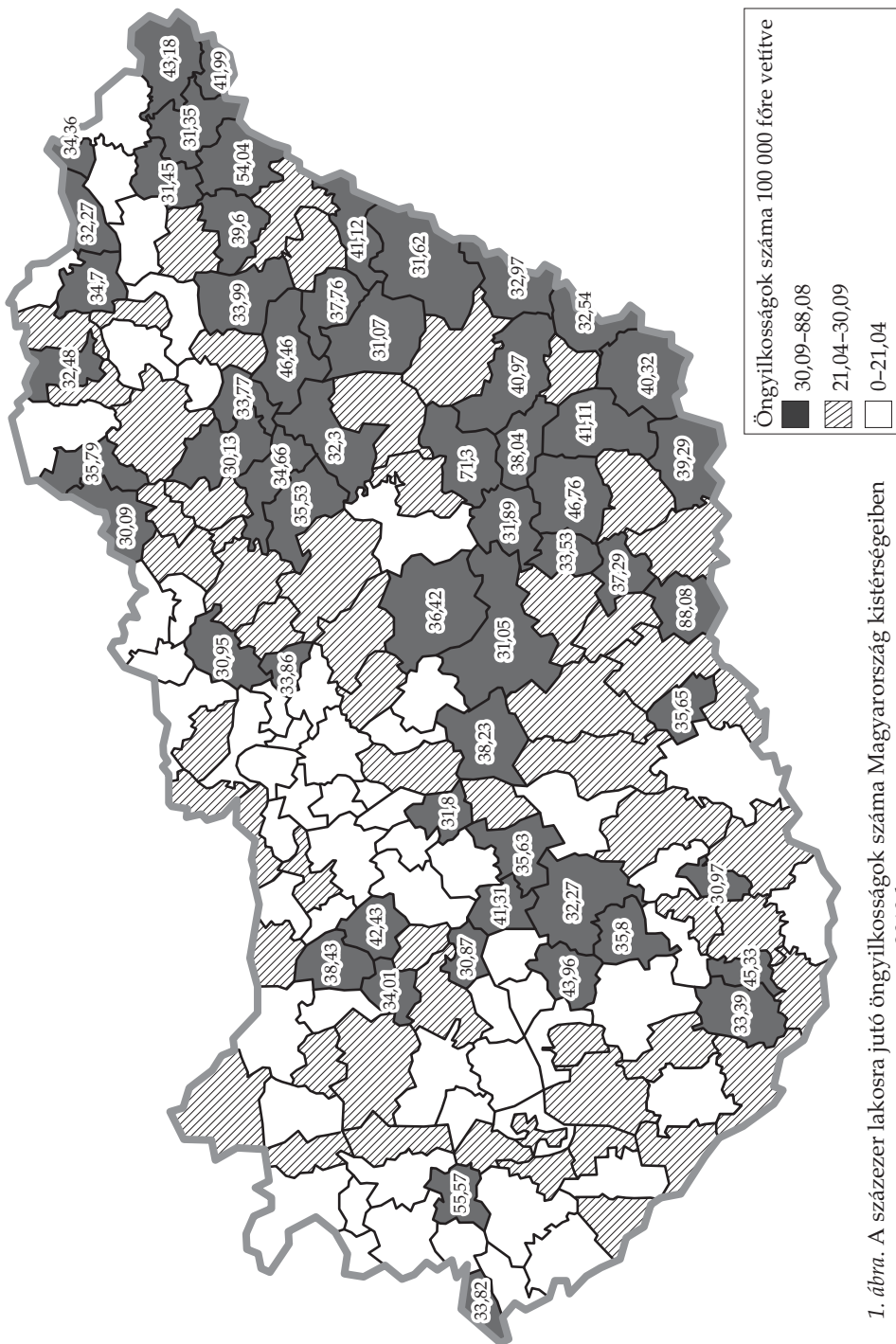
Jelen írásunkban finom területi aggregálságú, kulturálisan viszonylag homogén egységeken vizsgáljuk a vallás szerepét az öngyilkossági ráták mintázódásának magyarázatában. Kérdésfelvetésünk az, hogy a kistérségek vallásosságában, illetve felekezeti struktúrájában tapasztalható eltérések – a kistérségek demográfiai jellemzőinek kontroll alatt tartása mellett – milyen mértékben magyarázzák a kistérségi öngyilkossági ráták különbségeit (1. ábra). Ennek kapcsán három kérdést vizsgálunk:

1. Egyrészt, hogy az öngyilkosságok kistérségi heterogenitásából mekkora részt magyaráz az egyházon kívüli népesség aránya.
2. Másrészt, hogy kimutatható-e a felekezetek eltérő szerepe a kistérségek öngyilkossági rátáinak magyarázatában.
3. S végül megvizsgáljuk, hogy a kulturálisan viszonylag homogén kistérségekben megmutatkozó összefüggések érvényesek-e az öngyilkossági mutatók szempontjából számos sajátosságot mutató (Zonda, Paksi, & Veres, 2013) és vélhetően a társadalmi integráció tekintetében is másként viselkedő fővárosban is.

## 2. Módszer

Elemzéseinket kistérségi – illetve Budapest esetében kerületi – aggregálságú adatokon végeztük, lépésenkénti (stepwise) módszerrel végzett lineáris regressziós modellalkotással, melynek során a függő változót 172 kistérség – illetve a fővárosi modell esetében a 23 kerület – 100 000 lakosra jutó öngyilkossági rátáinak 1989–2010 közötti átlaga képezte. A függetlenváltozó-szettet részben a kistérségek – illetve a kerületek – lakosainak a 2001-es népszámlálásból származó felekezeti hovatartozására vonatkozó adatai,





1. ábra. A százezer lakosra jutó öngyilkosságok száma Magyarországon kistérségeiben 2010-ben

3. táblázat. A modellbe bevont változók

Felekezeti hovatartozás
Római + görög + egyéb katolikusok aránya
Reformátusok + evangélikusok aránya
Egyéb vallásúak aránya
Egyházon kívüliek aránya
Korösszetétel indikátorai
Állandó népességből a 18–59 évesek átlagos aránya 1989–2010 között
Állandó népességből a 60 év felettiiek átlagos aránya 1989–2010 között
100 aktív korúra (18–59 éves) jutó idős (60 év feletti) átlagosan 1989–2010 között
100 aktív korúra (18–59 éves) jutó idős (60 év feletti) 1989–2010 között
Nemi összetétel indikátorai
Állandó népességből a férfiak átlagos aránya 1989–2010 között
Családi integritás indikátorai
1000 lakosra jutó élve születések száma átlagosan 1989–2010 között
1000 lakosra jutó házasságkötések száma átlagosan 1989–2010 között
1000 lakosra jutó válások száma átlagosan 1989–2010 között
Társadalom megtartó erejének indikátora
1000 lakosra jutó átlagos vándorlási különbözet 1989–2010 között (odavándorlás-elvándorlás)

részben néhány, az öngyilkosságok demográfiai mintázódását megjelenítő demográfiai mutató 1989–2010 közötti átlagértéke képezte (3. táblázat).

A demográfiai változók bevonását az indokolta, hogy az öngyilkosságok gyakorisága nemek, életkor és családi állapot szerint erős és meglehetősen stabil mintázódást mutat, mely tényezőknek a hatását kontroll alatt kívántuk tartani a vallás szerepének vizsgálata során. A modellbe vitt kilenc demográfiai változó az empirikus és/vagy elméleti szakirodalomban megjelenő mintázódásokat (életkor, nem, családi integritás) jeleníti meg, valamint egy, a társadalom megtartó erejének, a társadalom integritásának talán egyik leginkább globális mutatójaként értelmezhető demográfiai jelzőszámot, a vándorlási különbözet<sup>1</sup> átlagértékét tartalmazza.

Az öngyilkossági rátákra, illetve a demográfiai összetételre vonatkozó adatok a KSH (2013) Területi Statisztikai Adattárából származnak. A 2001-es népszámlálás során a vallás lekérdezése a következő nyitott kérdéssel történt (KSH, 2001a): a „Vallása, hitfelekezete?” – kérdésre a megkérdezettek saját szavaikkal válaszoltak. A kérdéshez a számlálóbiztosok a következő instrukciót kapták: „A vallás beírásánál kerülni kell az általánosító bejegyzéseket (pl. keresztény, katolikus). A nagy, történelmi egy-

<sup>1</sup> Egy adott közigazgatási egységbe állandó jelleggel bejelentkezők és az onnan másik közigazgatási egységbe állandó jelleggel bejelentkezők számának különbözete (KSH, 2008).



házaknál elegendő beírás: római katolikus, görög katolikus, református, ágostai hitvallású evangélikus; a kis egyházakhoz, vallási csoportokhoz tartozók esetében az egyházi közösség megnevezését kérjük beírni, pl. AGA-PÉ Gyülekezet, A Metafizikai Hagyomány Egyháza stb. (KSH, 2001b).” A lakosság csaknem 260-féle egyházhoz, felekezethez, vallási szervezethez, közösséghez sorolta magát. A fent részletezett szakirodalmi előzmények alapján a felekezethez tartozók, illetve nem tartozók elkülönítése mellett fontosnak tartottuk a katolikus és református felekezetbe tartozók megkülönböztetését is. Ennek megfelelően 4 kategóriát hoztunk létre: katolikusok (1), protestánsok (2), egyéb vallásúak (3) és egyházon kívüliek (4).

### 3. Eredmények

A kistérségek demográfiai és vallási mutatóit megjelenítő 13 elemű változószettben jól illeszkedő, 28,2%-os magyarázó erejű, szignifikáns ( $p < 0,001$ ) modellt tudtunk létrehozni (4. táblázat).

4. táblázat. A vallás szerepével kapcsolatos kistérségi modell magyarázó erejére vonatkozó összefoglaló adatok

Modell	R	R <sup>2</sup>	Korrigált R <sup>2</sup>	A becslés standard hibája
1	0,367	0,135	0,130	15,171
2	0,539	0,290	0,282	13,783

A modellbe vitt 13 elemű változószettből mindössze két változó rendelkezik szignifikáns predikációs erővel (5. táblázat). Hatásuk mértéke közel azonos, előjelük azonban eltérő: az egyházon kívüliek nagyobb aránya – várakozásainknak megfelelően – növeli ( $\beta = 465$ ), míg az aktív korúak nagyobb aránya pedig kedvező irányban befolyásolja ( $\beta = -406$ ) a kistérségek öngyilkossági rátáját.

5. táblázat. Paramétertábla a vallás szerepével kapcsolatos kistérségi modell esetében

Modell	Standardizálatlan paraméterek		Standardizált paraméter	t	Szign.
	B	Standard hiba	Béta		
Konstans	265,898	37,147		7,158	<0,001
Egyházon kívüliek aránya	80,712	11,585	0,465	6,967	<0,001
Állandó népességből a 18-59 évesek átlagos aránya 1989-2010 között	-390,747	64,258	-0,406	-6,081	<0,001

Mint a 6. táblázatban láthatjuk, a kistérségi öngyilkossági ráták heterogenitásának az egyházon kívüliek és az aktív korúak által magyarázatlanul hagyott részéből a különböző felekezetekhez tartozók kistérségi aránya nem tudott szignifikáns részt megmagyarázni. Amennyiben azonban csak a különböző felekezetek arányát szerepeltetjük a modellben, az egyházon kívüliek arányát nem (B-modell); akkor azt láthatjuk, hogy a szignifikáns ( $p < 0,001$ ) modellben bent maradnak a katolikus és a protestáns felekezetek arányát kifejező változók, s ugyan mind a katolikusok, mind a protestánsok aránya kedvező irányban befolyásolja a kistérségi öngyilkossági ráták alakulását, de a katolikus vallásúak arányának hatása jóval erősebb (7. táblázat).

6. táblázat. A vallás szerepével kapcsolatos kistérségi modellből kiesett változók

	Béta	<i>t</i>	Szign.	Parciális korreláció	Kollinearitási statisztika (tolerancia)
Állandó népességből a 60 év felettek átlagos aránya 1989 és 2010 között	0,112	10,403	0,162	0,108	0,661
100 aktív korúra jutó idősök aránya átlagosan 1989 és 2010 között	0,121	10,305	0,194	0,100	0,487
100 aktív korúra jutó fiatalok száma átlagosan 1989 és 2010 között	-0,114	-10,558	0,121	-0,119	0,779
Állandó népességből a férfiak átlagos aránya 1989 és 2010 között	-0,041	-0,628	0,531	-0,048	0,974
1000 lakosra jutó elveszületések száma átlagosan 1989 és 2010 között	-0,114	-10,745	0,083	-0,133	0,972
1000 lakosra jutó házasságkötések száma átlagosan 1989 és 2010 között	-0,150	-10,803	0,073	-0,138	0,596
1000 lakosra jutó válások száma átlagosan 1989 és 2010 között	-0,053	-0,479	0,632	-0,037	0,339
1000 lakosra jutó átlagos vándorlási különbözet 1989 és 2010 között	-0,102	-10,350	0,179	-0,104	0,738
Római + görög + egyéb katolikusok aránya	-0,060	-0,673	0,502	-0,052	0,529
Reformátusok + evangélikusok aránya	0,041	0,601	0,549	0,046	0,923
Egyéb vallásúak aránya	-0,041	-0,610	0,543	-0,047	0,912

7. táblázat. Paramétertábla a vallás szerepével kapcsolatos B-modell esetében

Modell	Standardizálatlan paraméter		Standardizált paraméter	<i>t</i>	Szign.
	B	Standard hiba	Béta		
Konstans	47,325	11,243		4,209	<0,001
Római + görög + egyéb katolikusok aránya	-61,056	9,624	-0,743	-6,344	<0,001
100 aktív korúra jutó idős átlagosan 1989 és 2010 között	1,268	0,257	0,359	4,940	<0,001
Reformátusok + evangélikusok aránya	-40,468	12,704	-0,378	-3,185	0,002
1000 lakosra jutó átlagos vándorlási különbözet 1989 és 2010 között	-0,500	0,201	-0,179	-2,491	0,014

Egészen más eredményeket kapunk azonban, ha a kistérségi adatokon felállított modellt a fővárosi kerületi adatokra adaptáljuk. A kistérségekhez képest a fővárosi kerületekben átlagosan több mint másfélszeres az egyházon kívüliek aránya (kistérségekben átlagosan 11,5%, a fővárosi kerületekben pedig 19%), s e tekintetben a fővárosi kerületek között mutatkozó különbségek is jóval kisebbek (a szórások 9,4% vs. 2,7%). Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy a kerületek vallásosságában, illetve felekezeti struktúrájában tapasztalható eltérések – a kerületek demográfiai jellemzőinek kontroll alatt tartása mellett – milyen mértékben magyarázzák a kerületi öngyilkossági ráták különbségeit, a bevitt 13 változóból egyedül a vándorlási különbözet jelzőszáma kap szignifikáns szerepet, s mint kockázati tényező jelenik meg ( $\beta = 0,545$ ) (8. és 9. táblázat). A vallással kapcsolatos változók nemcsak a demográfiai jellemzők kontroll alatt tartása mellett nem tudtak szignifikáns mértékben hozzájárulni a kerületi öngyilkossági ráták különbségeinek magyarázatához (10. táblázat), hanem e tényezők kontrollálásának hiányában sem (modell szignifikanciája:  $p = 0,246$ ).

8. táblázat. A vallás szerepével kapcsolatos fővárosi modell magyarázó erejére vonatkozó összefoglaló adatok

Modell	R	R <sup>2</sup>	Korrigált R <sup>2</sup>	A becslés standard hibája
1	0,545	0,297	0,264	2,887

9. táblázat. Paramétertábla a vallás szerepével kapcsolatos fővárosi modell esetében

Modell	Standardizálatlan paraméterek		Standardizált paraméterek	<i>t</i>	Szn. g.
	B	Standard hiba	Béta		
Konstans	21,215	0,627		33,844	<0,001
1000 lakosra jutó átlagos vándorlási különbözet 1989 és 2010 között	0,526	0,176	0,545	2,982	0,007

10. táblázat. A vallás szerepével kapcsolatos fővárosi modellből kiesett változók

	Béta	<i>t</i>	Szn. g.	Parciális korreláció	Kollinearitás statisztika
					Tolerancia
Állandó népességből a 18–59 évesek átlagos aránya (2001–2010)	0,216	1,185	0,250	0,256	0,988
Állandó népességből a 60 év feletiek átlagos aránya (2001–2010)	-0,185	-1,008	0,325	-0,220	0,989
100 aktív korúra jutó idősök száma átlagosan (2001–2010)	-0,199	-1,091	0,288	-0,237	0,998
100 aktív korúra jutó fiatalok száma átlagosan (2001–2010)	-0,027	-0,127	0,900	-0,028	0,798
Állandó népességből a férfiak átlagos aránya (2001–2010)	0,232	1,184	0,250	0,256	0,853
1000 lakosra jutó élveszületések száma átlagosan (2001–2010)	0,198	0,919	0,369	0,201	0,727
1000 lakosra jutó házasságkötések száma átlagosan (2001–2010)	0,085	0,359	0,724	0,080	0,623
1000 lakosra jutó válások száma átlagosan (2001–2010)	0,047	0,252	0,804	0,056	1,000
Római + görög + egyéb katolikusok aránya	-0,258	-1,327	0,200	-0,284	0,851
Reformátusok + evangélikusok aránya	-0,110	-0,594	0,559	-0,132	0,998
Izraeliták + egyéb vallásúak aránya	-0,084	-0,421	0,678	-0,094	0,884
Egyházon kívüliek aránya	0,190	1,032	0,314	0,225	0,981

## 4. Megbeszélés

Tanulmányunkban a szakirodalomban több mint száz éve jelenlévő, a hazai kutatási hagyományokban is rendre megjelenő összefüggés, a vallás és az öngyilkosság kapcsolatát vizsgáltuk. Elemzéseink újdonságát elsősorban az jelentette, hogy finom területi aggregáltságú adatokat használva kerestük arra a kérdésre a választ, hogy a – korábbi kutatások során elemzett nagyobb aggregáltságú adatokhoz képest a kulturálisan feltételezhetően homogénebb – kistérségi adatokban a vallásosság, illetve felekezeti struktúra tekintetében tapasztalható eltérések milyen mértékben magyarázzák a kistérségi öngyilkossági ráták különbségeit e térségek demográfiai jellemzőinek kontroll alatt tartása mellett.

A kistérségi adatokon végzett elemzéseink megerősítették a vallásosság és/vagy vallási légkör megóvó szerepét az öngyilkossági veszélyeztetettségben: azokban a kistérségekben, ahol nagyobb az egyházon kívüliek aránya, ott szignifikánsan magasabbak az öngyilkossági ráták. Azaz bármilyen felekezethez tartozás nagyobb aránya csökkenti az öngyilkossági kockázatot az egyházon kívüliséggel szemben a közösségekben. A felekezetek eltérő megóvó szerepére vonatkozó kérdésfelvetésünk is megerősítést nyert továbbá: ugyan mind a katolikus, mind a protestáns vallásúak nagyobb aránya kedvező hatással van a kistérségi öngyilkossági ráták alakulására, a katolikus vallás és/vagy vallási légkör megóvó szerepe jelentősen nagyobb (mintegy kétszeres) a protestáns valláshoz képest.

Ugyanakkor a kistérségi öngyilkossági ráták magyarázatában szignifikáns predikációs erőt képviselő vallásosság, illetve felekezeti struktúra szerepe a fővároson belüli öngyilkosságbeli területi különbségek magyarázata során nem jelent meg. A fővárosi kerületek adatai esetében a vallási arányok – sem a kerületek demográfiai jellemzőinek kontroll alatt tartása mellett, sem anélkül – nem tudtak szignifikáns részt megmagyarázni a kerületi öngyilkossági ráták varianciájából. Adataink azt jelzik, hogy a fővárosban a valláshoz tartozók alacsonyabb aránya és/vagy a kerületek e tekintetben nagyobb fokú homogenitása mellett a vallás nem jelent olyan integráló erőt, ami kimutatható hatással lenne az öngyilkossági ráták területi mintázódására. De nem a vallás szerepének hiánya az egyetlen „furaság” a fővárosban, hanem a vándorlási különbözet szokásostól eltérő irányultsága is. A kistérségi modellekben a vándorlási különbözet megóvó erőként jelentkezett, s a társadalom megtartó erejének/integritásának általános indikátoraként értelmeztük. A fővárosi modellben a vándorlási különbözet mutatója ezzel szemben kockázati tényezőt jelenít meg, azaz azokban a kerületekben nagyobb az öngyilkossági ráta, melyekben az odavándorlás fokozott mértékű. Ez az egyes indikátorok jelentéstartalmának

kontextusfüggőségére hívja fel a figyelmet s a szokásostól eltérő interpretációt sugall.

Jelentheti például azt, hogy a vándorlási különbözetnek a társadalom megtartó erejét kifejező mutatóként való értelmezésével szemben az odavándorlások társadalmat fellazító értelmezése is releváns lehet. Mint Durkheim írja: „Az életmódban semmi sem jó mértéktelenül” (Durkheim, 1982, 205. o.). Elképzelhető, hogy ugyanúgy, mint ahogy a társadalmi integrációnak vagy a társadalmi szabályozásnak, következésképp azok jelzőszámainak is van valamilyen normál értéke, s az ettől való akár negatív, akár pozitív irányú eltérések fokozzák a társadalom szuicid veszélyeztetettségét (egoista vs. altruista, illetve anomiás vs. fatalista öngyilkosságok) (Durkheim, 1982), úgy a vándorlási mutató is lehet ilyen kétpólusú.

Tekintettel arra, hogy az elemzéseink során statisztikai regisztrátumokkal, illetve népszámlálási adatokkal dolgoztunk, ez nagyban befolyásolta az elemzésbe vonható változók típusát, számát és értelmezési tartományát. A kistérségi bontásban rendelkezésre álló társadalomstatisztikai adatok köre meglehetősen korlátozott, melynek következtében a modellbe vont változók esetenként az elemzési célokat csak közvetetten képezték le: például a családi élet integritását leginkább megjelenítő telítettségmutató hiánya miatt más – egyébként szakirodalmi elemzési hagyományokkal rendelkező – indikátorok használatára kényszerültünk, vagy a társadalmi integritás általános mérésére – az ilyen felhasználási előzményt nélkülöző – vándorlási különbözet mutatóját használtuk. Nem volt lehetőségünk arra, hogy a felhasznált indikátoroknak tulajdonított jelentéstartalmakat, azok stabilitását vizsgáljuk. Legnagyobb korlátot azonban talán a vallásosságra vonatkozó adatok kevéssé differenciált volta jelentette, az elemzések során a 2001. évi népszámlálás adatait használtuk, mely az egyház vagy vallási közösség életében való részvétellel, illetve a vallásos hittel kapcsolatban nem, csak – a nemzetközi ajánlásnak megfelelően, s a vallást is kérdező korábbi magyar népszámlálásokhoz hasonlóan – az egyházhoz, felekezethez tartozásra vonatkozóan tartalmazott információt.



## Irodalom

- Andorka, R., Cseh-Szombathy, L., & Vavró, I. (1968a). Társadalmi elitelés alá eső magatartások előfordulásának területi különbségei (I). *Statisztikai Szemle*, 46(1), 43–54.
- Andorka, R., Cseh-Szombathy, L., & Vavró, I. (1968b). Társadalmi elitelés alá eső magatartások előfordulásának területi különbségei (II). *Statisztikai Szemle*, 46(2), 145–158.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 2(2), 657–673.
- Bonelli, R., Dew, R.E., Koenig, H.G., Rosmarin, D.H., & Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: Review and integration of the research. *Depression Research and Treatment*, Article ID 962860.
- Böszörményi, E. (1976). A magyarországi öngyilkosságok történetéhez. *Demográfia*, 19(4), 478–488.
- Böszörményi, E. (1977). Hódmezővásárhelyi öngyilkosságok. *Történeti Statisztikai Tanulmányok*, 3, 237–304.
- Böszörményi, E. (1991). *Az öngyilkosság múltja és jelene (Történeti vázlat)*. Budapest: Magánkiadás
- Durkheim, E. (1897/1982). *Öngyilkosság*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse. A multimeasure genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322–329.
- Kerkhof, A., & Kunst, A. (1994). A European perspective on suicidal behaviour. In R. Jenkins, H. Griffis, I. Wylie, K. Hawton, G. Morgan, & A. Tylee (Eds.), *The prevention of suicide* (22–33). London: HMSO
- Koenig, H.G., George, L.K., & Peterson, B.L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536–542.
- Konek, S. (1864). *Statisztikai és Nemzetgazdasági Közlemények*. Budapest: kiadási hely nem szerepel
- KSH (2001a). A 2001. évi népszámlálás kérdőívei / Személyi kérdőív. Letöltve: 2013. 12. 30-án: [http://www.nepszamlalas2001.hu/hun/kerdoiv/hun\\_4.html](http://www.nepszamlalas2001.hu/hun/kerdoiv/hun_4.html)
- KSH (2001b). A 2001. évi népszámlálás kiadványai és adatai / Vallás, felekezet / Összefoglalás, módszertani megjegyzések. Letöltve: 2013. 12. 30-án: [http://www.nepszamlalas2001.hu/hun/kotetek/05/05\\_modsz.html](http://www.nepszamlalas2001.hu/hun/kotetek/05/05_modsz.html)
- KSH (2008). *Módszertani dokumentáció / fogalmak*. Letöltve: 2013. 12. 30-án: [http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p\\_lang=HU&p\\_ot\\_id=200&p\\_obj\\_id=1639](http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_ot_id=200&p_obj_id=1639).
- KSH (2013). *Módszertani dokumentáció / szakstatisztikák*. Letöltve: 2013. 12. 30-án: [http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p\\_lang=HU&p\\_menu\\_id=110&p\\_ot\\_id=100&p\\_obj\\_id=T](http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=T)
- Manson, S.M. (1996). Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 487–501.
- Moksony, F., & Hegedűs, R. (2006). Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: a vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle*, 4, 3–18.
- Mozolovszky, S. (1940). Az öngyilkosságok statisztikájának első tíz éve (1928–38). *Statisztikai Szemle*, 18(2), 95–101.
- Natale, S.M. (1986). *Loneliness and spiritual growth*. Birmingham: Religious Education Press
- Ritter, K., Zitterl, W., & Stompe, T. (2011). Religion and suicide (part 2): Confessions, religiousness, secularisation and national suicide rates. *Neuropsychiatrie*, 25(3), 127–134.

- Rosmarin, D.H., Bionda-Pevton, J.S., Kretz, S.J., Smith, N., Rauch, S.L., & Björgvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment. The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 146, 441–446.
- Sonneck, G., Stein, C., Scherer, M., & Voracek, M. (2003). *Suicide von Männern in Österreich*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumenschutz
- Stack, S., & Kposowa, J. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 50, 289–306.
- Szél, T. (1928). Az öngyilkosok demografiája. II. rész. *Magyar Statisztikai Szemle*, 6(8), 847–868.
- Zonda, T. (2006). *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*. Budapest: Kairosz Kiadó
- Zonda, T., & Paksi, B. (2006). Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 1–13.
- Zonda, T., Paksi, B., & Veres, E. (2013). *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010)*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal

## Szerzői munkamegosztás

Jelen vizsgálat folytatása az első és második szerző több előző, e témában már megjelent munkájának. Az adatbázis beszerzése, a modellek képzése, a statisztikai elemzések lefuttatása és értékelése, a szöveg megfogalmazása nem szétválaszthatóan kettőjük munkája. A harmadik szerző az irodalmak felderítésével, beszerzésével és fordításával vette ki a részét a munkából.

## Köszönetnyilvánítás

A tanulmányban felhasznált adatokat a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) bocsátotta rendelkezésünkre, s a közlemény alapját képező elemzések is a KSH támogatásával készültek.

## Relationship between religiosity and suicide in Hungary. An analysis of the sub-regional data (1970–2010)

ZONDA, TAMÁS – PAKSI, BORBÁLA – NAGY, GABRIELLA

*Background:* The numbers of studies on the connections of physical and mental diseases with religiosity have increased in the past decades. Those that focused specifically on the relations of suicide and religiosity confirmed negative connection between suicide rates and religiosity. *Aim:* Analyzing finely aggregated data by region, the authors have studied the impact of religiosity, or religious denomination on the patterns of suicide rates among culturally relatively homogenous Hungarian sub-regions. *Method:* Stepwise linear regression analysis was used to examine the relationship of the dependent and independent

variables. The novelty of the method used in the present analysis was the modeling on sub-regionally aggregated data. The dependent variable was the mean of suicide risk per 100,000 inhabitants of the 172 sub-regions between 1989 and 2010. Besides the data about the religiosity or religious denomination of the inhabitants of the sub-regions, the set of independent variables included several relevant demographic indicators of suicide patterns between 1989 and 2010. *Results:* The regression analysis resulted in a model with 28.2% explanatory power comprised of the set of variables including the demographic and religious indicators (rates of non-believers and believers of any religion). The rate of non-believers – as expected – was significantly associated with higher suicide rates in the sub-regions ( $\beta = 465$ ;  $p < 0.001$ ). Excluding the non-believers from the model, the preventive effect of the higher rate of Catholics has appeared (in case of Catholics:  $\beta = -0.743$ ;  $p < 0.001$ ; in case of Protestants:  $\beta = -0.378$ ;  $p = 0.002$ ). Data concerning the population of the districts of the capital did not follow the pattern above. *Conclusions:* Our results on sub-regional data confirmed the protective role of religiosity – especially in case of Catholic religion – and/or the religious atmosphere against suicide risk. However, despite the lower rate of believers and/or the relative regional homogeneity, these effects did not emerge in the capital.

**Keywords:** religiosity, denomination, religious atmosphere, suicide risk, Hungarian sub-regions