

Kopp Mária\* – Székely András – Skrabski Árpád

## VALLÁSOSSÁG ÉS EGÉSZSÉG AZ ÁTALAKULÓ TÁRSADALOMBAN

A „Hungarostudy 2002” (12 668 személy kikérdezésén alapuló, életkor, nem és terület szerint országosan reprezentatív) vizsgálatunk eredményei szerint a 18 évesnél idősebb magyar népesség 25%-a mondta magát nem hívőnek, 18% nem gyakorolja vallását, 27% a maga módján, 17% egyházában ritkán és 13% egyházában rendszeresen vallásgyakorló. 1995 óta 6%-al csökkent a nem hívők aránya, elsősorban a maguk módján vallásgyakorlók aránya nőtt jelentősen. 35% számára a vallás egyáltalán nem fontos, 39% számára kissé és 26% számára nagyon fontos. A vallásgyakorlás és a vallás fontosságának megítélése leginkább az életkorral, nemmel, az anyagi helyzettel és az iskolázottsággal áll kapcsolatban, ezért a vallás és az egészség összefüggéseinek elemzésénél minden esetben korrigáltuk az adatokat a tényezők szerint. A vallásgyakorlás minden vizsgált változó esetében jobb testi és lelki egészséggel jár együtt (ahol kimutatható volt szignifikáns kapcsolat). Azok, akik inkább gyakorolják vallásukat, az országos átlaghoz képest 43%-kal kevesebb cigarettát szívnak el naponta, 42%-kal kevesebb napig voltak betegek az elmúlt évben, munkaképességük jelentősen jobb. Szignifikánsan magasabb értékekről számoltak be a WHO jóllét kérdőíve szerint, kevésbé depressziósak, kevésbé ellenségesek, ugyanakkor kooperatívabbak, kevésbé jellemzik őket káros érzelmi megbirkózási módok, jellemzőbb rájuk a problémamegoldó konfliktusmegoldás, s szignifikánsan több társas támogatásról számoltak be szüleik és munkatársaik részéről. A vallásgyakorlás mellett vizsgáltuk a vallás szubjektív fontosságát is. A vallás fontossága szignifikánsan kevesebb dohányzással, kevesebb tömény alkohol fogyasztással, magasabb kooperativitással és toleranciával, valamint adaptívabb megbirkózási stratégiákkal jár együtt. Ugyanakkor azok között, akik számára a vallás igen fontos, gyakoribb a depresszió is, s magasabb a munkaképesség csökkenés – ez az összefüggés részben azt tükrözi, hogy a krónikus betegek számára a vallás fontosabbá válik. A vallás fontossága inkább a spirituális dimenzió erősségével, míg a vallásgyakorlás a közönséghez tartozással áll kapcsolatban.

**Kulcsszavak:** vallás, spiritualitás, egészség, megbirkózás, lelki egészség

---

\* Levelező szerző:

Kopp Mária, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet  
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

## VALLÁSOSSÁG ÉS A VALLÁS FONTOSSÁGA A MAI MAGYAR TÁRSADALOMBAN

A vallásosság a lelki egészség egyik fontos mutatója: számos vizsgálat igazolja a vallásosság, a vallási közösséghez tartozás egészségvédő szerepét (Astrow és mtsai 2001; Culliford 2002; Fabrega 2002; Jarvis és Northcott 1987; Koenig 2001, 2002; Levin és mtsai 1997; Piko és Fitzpatrick 2004; Stawbridge és mtsai 1997; Wig 1999). A hit, a vallás és az orvoslás évezredek óta igen szorosan összekapcsolódott. Részben ennek ellenhatásaként a mai orvoslásban a „világi dogma, világi hitvallás”, a „secular credo” vált szinte kötelezővé, ami nem veszi figyelembe a spiritualitás és a kultúra alapvető szerepét az emberi „egész”-ség megőrzésében. Oman és Thoresen (2003) egyenesen kulturális „iatrogenesis”-ről beszél, amely az embereket, különösképpen a szenvedőket az egyik legfontosabb erőforrásuktól szakítja el azzal, hogy a spiritualitás szerepét tagadja az emberi személyiség fejlődésében.

Az utóbbi időben azonban ismét egyre több figyelem fordul ennek a hivatalos orvoslás által negligált kérdéskörnek a tudományos vizsgálatára (Fabrega 2002; Koenig 2001, 2002; Laubmeier és mtsai 2004; Stawbridge és mtsai 1997). Így például a WHO életminőség meghatározása a spiritualitás dimenzióját is magában foglalja (Kuyken és Orley 1995). A World Psychiatric Association honlapján rendkívül izgalmas és nyitott vita indult el „Kultúra, spiritualitás és pszichiátria” kérdéskörben (Fabrega 2002). A vitában, amelyhez korunk vezető pszichiátriai szakemberei közül többen is hozzászóltak, igen fontos szempontként jelent meg, hogy az ember redukcionista, mechanikus szemlélete fokozza az orvostudomány, különösen a pszichiátria sérülékenységét a gyógyszeripar és más üzleti érdekek befolyásolásával szemben.

Igen fontos, hogy a spiritualitás, a hit, a vallás szerepe ne egyszerűen mint egyfajta „gyógymód” térjen vissza az orvosi gondolkodásba, hanem az a szemlélet kapjon újra polgárjogot, hogy az ember nem csupán mechanikus tárgy, biológiai objektum, hanem a személyt kulturális és spirituális teljességében kell látnunk. Többek között ezért alapvető, hogy a pszichológia, antropológia, etika az orvoscépzésben meghatározó szerepet játsszon, mint erre az orvoscépzés jövőjével foglalkozó tanulmányok rámutatnak (Kopp és Piko 2001).

Viktor Frankl (1905–1997), aki 1946–1970 között a Bécsi Neuropszichiátriai Klinika vezetője volt, a „harmadik bécsi iskolának” nevezett egzisztenciaanalízis és logoterápiás módszer megalapozója, kifejti, hogy alapvető emberi szükségletek – amelyekben az emberi lélek leginkább ma-

gára ismer – az élet értelmének keresése és a lelkiismeretben megnyilvánuló erkölcsi döntés. A pszichoanalízissal és a biológiai determinizmus híveivel szemben Frankl azt állítja, hogy a lélek szabadsága, önálló létezése elsősorban az erkölcsi döntésekben nyilvánul meg. Frankl a második világháború idején három évig volt különböző koncentrációs táborokban, az általa kidolgozott emberkép és elmélet ottani élményei alapján nyerte megerősítését. Míg Freud és Maslow szükséglet elmélete szerint az alapvető szükségletek – például az éhség – elmossák az egyéni különbségeket, és ilyen helyzetekben a kielégítetlen ösztön uniform megnyilvánulásai általánossá válnak, Frankl saját tapasztalatai alapján az állítja, hogy ennek éppen az ellenkezője igaz. „A koncentrációs táborokban éppen hogy különbözőek lettek az emberek. A disznók itt lelepleződtek. De a szentek is. Épp az éhség leplezte le őket.” (Frankl 1996) A lélek szabadsága, erkölcsi önállósága éppen a szélsőséges léhelyzetekben, krízisekben, súlyos betegségben, haldoklásban mutatkozik meg leginkább (Laubmeier és mtsai 2004).

Az orvostudományban, különösképpen a pszichiátriában ma világszerte előítéletek tapasztalhatóak a vallással, spiritualitással kapcsolatban (Neelman és Persaud 1995). Ezért nagyon fontos, hogy objektív vizsgálati módszerekkel elemezzük a vallásgyakorlást, a spiritualitás összefüggéseit a lelki és testi egészséggel (Sloan és mtsai 1999; Levin és mtsai 1997).

## VALLÁSOSság ÉS SPIRITUALITÁS A MAGYAR NÉPESSÉG KÖRÉBEN

A magyar népesség körében 1988-ban 21 ezer embert, 1995-ben 12 600 embert és 2002 első félévében ismét 12 668 embert kérdeztünk ki otthoni interjú formájában. A három Hungarostudy felmérés a 18 évesnél idősebb magyar népességet életkor, nem és terület szerint képviselte (Kopp 2003; Kopp és Skrabski 2003; Skrabski és mtsai 2004).

Vizsgálatainkban az egészségi állapot, az életmód szociális és pszichológiai összefüggéseit elemeztük – különösképpen azt, hogy milyen tényezők tekinthetők leginkább egészségvédőnek. 1995-ben és 2002-ben a vallásosságra vonatkozóan rákérdeztünk arra, hogy a megkérdezett hívó-e, ha igen gyakorolja-e vallását, ha igen, rendszeresen vagy ritkán egyházában, vagy a maga módján, valamint hogy a válaszadó milyen vallású. 2002-ben feltettük azt a kérdést is, hogy mennyire fontos életükben a vallás, ami a spiritualitás, a transzcendens igény meglétével kapcsolatos (Rózsa és mtsai 2003; Kopp és mtsai, 2000; Kopp 2003).

A vizsgálatok legfontosabb kérdőívei 2002-ben a következők voltak:

- Személyi adatok
- Lakás, otthon
- A lakóhely jellemzése
- Munkahely (iskola)
- Háztartási adatok
- Szülők adatai
- Egészségi adatok
- Pszichológiai tényezők
  - Beck depresszió kérdőív rövidített változat
  - Szorongási skála (HAS)
  - Rövidített életcél kérdőív
  - Rövidített reménytelenség skála
  - Vitális kimerültség
  - Type-D kérdőív
  - Diszfunkcionális attitűd kérdőív
  - Énhatékonyság kérdőív
  - Ellenségeség kérdőív, ezen belül a tolerancia
  - Anómia skála
  - Együttműködés skála,
  - Újdonságkeresés skála
  - Megbirkózás skála rövidített változata
  - Társas támogatottság
  - Partnerkapcsolatra vonatkozó kérdések
- Egészségmagatartás
  - Dohányzás
  - Alkoholfogyasztás
  - Drogfogyasztás
  - Alvászavarok
  - Bántalmazás
  - Öngyilkosság
  - Közlekedési baleset, bírósági eljárás
- Vallásosság, etnikai hovatartozás
  - Vallásgyakorlás, vallás fontossága
  - Nemzetiség
- Időmérleg
  - Munkával töltött idő
  - Munkával kapcsolatos értékek
  - Szabadidő eltöltése

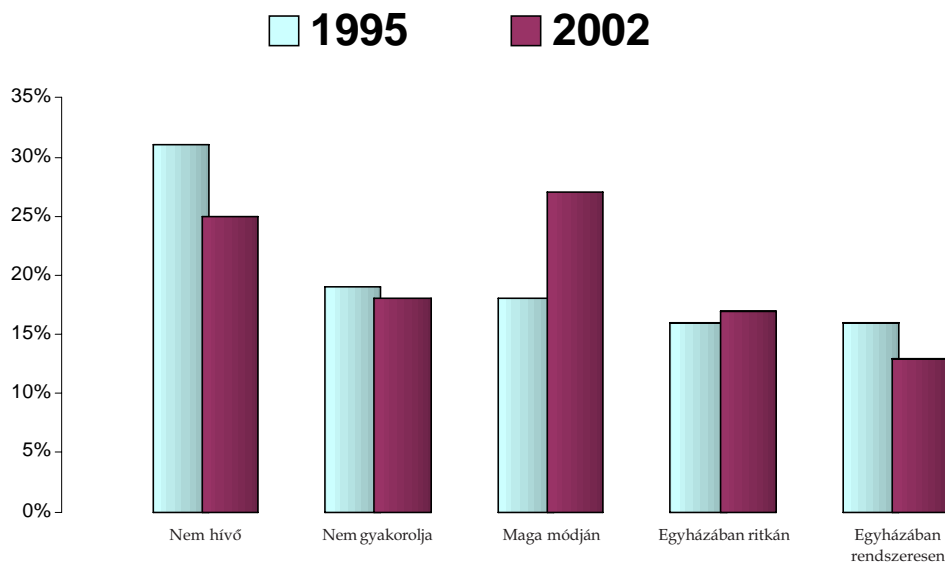
Az elemzéseket SPSS programrendszer segítségével, többváltozós módszerekkel végeztük. A vallásgyakorlás, illetve a vallás fontossága szerinti különbségeket bemutató ábrákon (3–19. ábra) minden esetben az életkor, nem és iskolázottság szerint korrigált átlagérték felelt meg a függőleges tengelynek, ehhez képest a negatív százalékos eltérést a bal oldalon, a pozitív irányú százalékos eltérést a jobb oldalon ábrázoltuk. Minden esetben megadtuk a csoportok közötti eltérés szignifikancia szintjét, a vizsgált személyek számát, az ANOVA variancia analízis F értékét és az adott változó átlagértékét a teljes vizsgált mintában.

## A VALLÁSOSSÁG RÉTEGJELLEMZŐI

A vallásossággal kapcsolatos társadalmi helyzet változásait jól jellemzi, hogy 1988-ban még nem kérdezhettük meg, hogy ki tartja magát vallásosnak, hívőnek. Csupán a Megbirkózási, konfliktusmegoldó kérdőívben hagytuk bent azt a kérdést, hogy nehéz élethelyzetben szokott-e imádkozni. Ennek alapján azt találtuk, hogy míg az Egyesült Államokban végzett vizsgálatok szerint az ima mint konfliktusmegoldási mód az ún. „Dolgok értelmének keresése” faktorba tartozott, addig ez a magyar minta válaszainak elemzése alapján a „Segítségkérés” és a „Visszahúzó-dás” faktorhoz tartozónak bizonyult. Ugyanakkor az életcélokkal és a magasabb társas támogatottsággal együtt az ima már 1988-ban is megjelent a leghatékonyabb, a nehéz helyzetek újraértékelését kereső konfliktusmegoldási, megbirkózási faktorok kíséretjeként. Ez azt jelezte, hogy a társadalom egy jelentős rétege számára az ima, az életcélok és az erős társadalmi kohézió szorosan összefüggtek. Igen érdekes és jellemző, hogy 1988-ban a válaszmegtagadás leggyakrabban éppen az imával volt kapcsolatban (Kopp és Skrabski 1995).

1995-ben 31% mondta magát nem hívőnek, 19% nem gyakorolta vallását, 18% válaszolta azt, hogy a maga módján vallásos, 16% egyházában ritkán, 16% pedig egyházában rendszeresen gyakorolta vallását (Kopp és Skrabski 2000).

2002-ben alacsonyabb volt azok aránya, akik nem hívőnek mondták magukat. 25% mondta magát nem hívőnek, 18% nem gyakorolja vallását, 27% a maga módján vallásos, 17% egyházában ritkán, 13% egyházában rendszeresen gyakorolja vallását. Azok aránya emelkedett tehát jelentősen 1995 és 2002 között, akik önmagukat „a maguk módján vallásosnak” mondták (1. ábra).



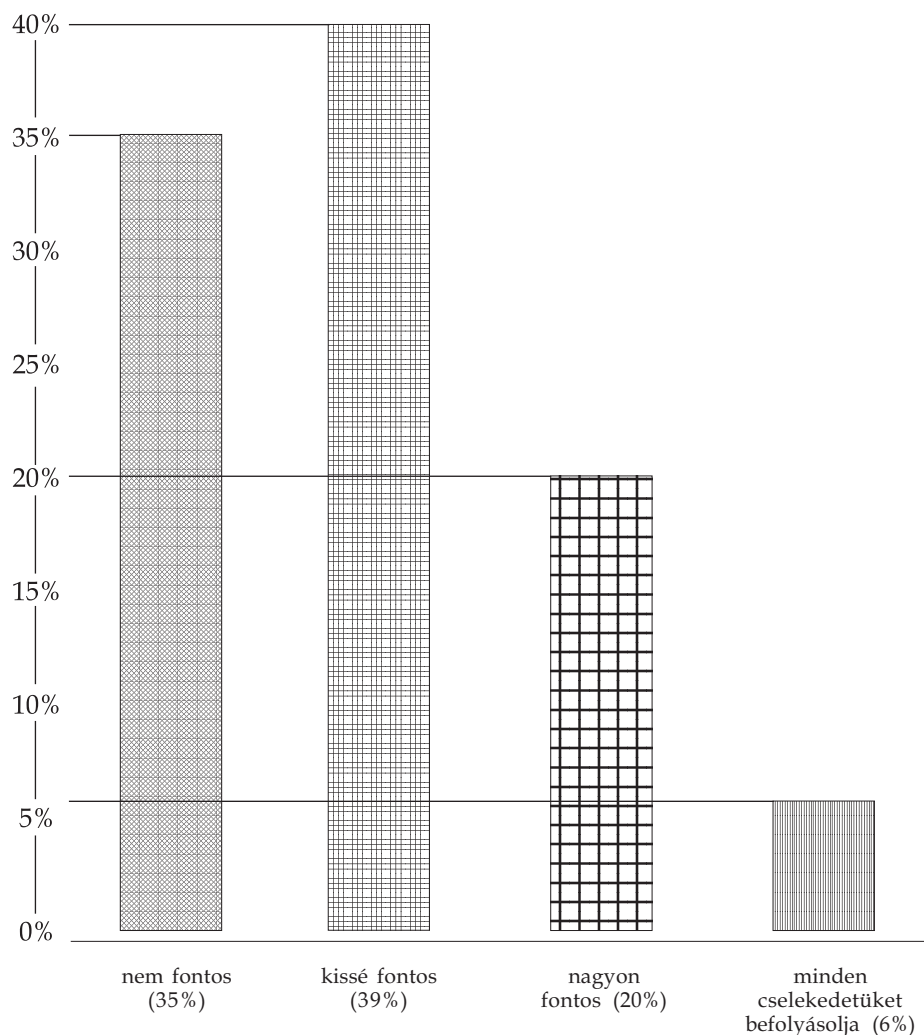
1. ábra. Vallásgyakorlás a magyar népesség körében

2002-ben feltettük azt a kérdést is, hogy mennyire fontos életükben a vallás. 35% válaszolta, hogy egyáltalán nem fontos, 39%, hogy kissé fontos, 20%, hogy nagyon fontos, s 6%, hogy minden cselekedetüket befolyásolja (2. ábra).

A vallással kapcsolatos kérdésre magas volt a visszautasítási arány még 2002-ben is: 6%-os.

Mind a vallásgyakorlás, mind az, hogy mindennapi életvitelünkben mennyire fontos a vallás, a társadalmi, demográfiai jellemzők közül legszorosabban az életkorral függ össze, ezt követi a nemi különbség. Érdekes módon, ha a jövedelmet is be vesszük az elemzésbe, az iskolázottság már nem függ össze sem a vallásgyakorlással, sem a vallás egyéni fontosságával. A magasabb jövedelműek tehát szignifikánsan kevésbé vallásosak, ez inkább igaz a vallás fontosságára, mint a vallásgyakorlás módjára. Természetesen ez csupán statisztikai összefüggés, nyilvánvalóan sokan vallásosak a magas jövedelmű rétegekben is, de arányukban kevesebben, mint a szegényebbek között. Mivel az életkort és a nemet is bevontuk az elemzésbe, nem csupán arról van szó, hogy az idősebbek és a nők szegényebbek, de vallásosabbak, hanem a rosszabb anyagi helyzet önmagában is magasabb vallásossággal jár együtt. Mivel a jövedelem szorosan összefügg az iskolázottsággal, a magasabb iskolázottsági rétegekben is szignifikánsan alacsonyabb a vallásosok aránya – ez a tényező azonban kevésbé meghatározó, mint az életkor és a nem szerepe.

A nem hívők aránya a fiatalabbak között magasabb, 35 év alatt 35%,



2. ábra. A vallás fontossága (2002)

tehát 10%-kal magasabb az országos átlagnál. 65 év felett már csak a megkérdezettek 10% mondta magát nem hívőnek.

A nők közül 21%, a férfiak közül 31% mondta magát nem hívőnek, egyházában gyakorolja vallását a nők 35%-a, a férfiak 25%-a. A férfiak 44%-ának, a nők 27%-ának egyáltalán nem fontos a vallás, nagyon fontos a nők harmadának (33%-ának) és a férfiak 17%-ának.

Bár iskolázottság szerint szignifikáns különbség van az egyes rétegek között, ez sokkal kevésbé jelentős faktor, mint a nem és a kor. A nem hívők aránya mind a felsőfokú végzettségűek, mind az érettségizettek kö-



zött 29%, viszont a vallásukat egyházban rendszeresen gyakorlók aránya 1%-kal magasabb a felsőfokú végzettségűek között, mint az országos átlag. A rendszeres vallásgyakorlás a szakmunkások között a legritkább, 8%. Mindebből nyilvánvaló, hogy a mai magyar társadalom igen jelentős hányadának, kétharmadának valamilyen értelemben fontos a vallás, a spiritualitás.

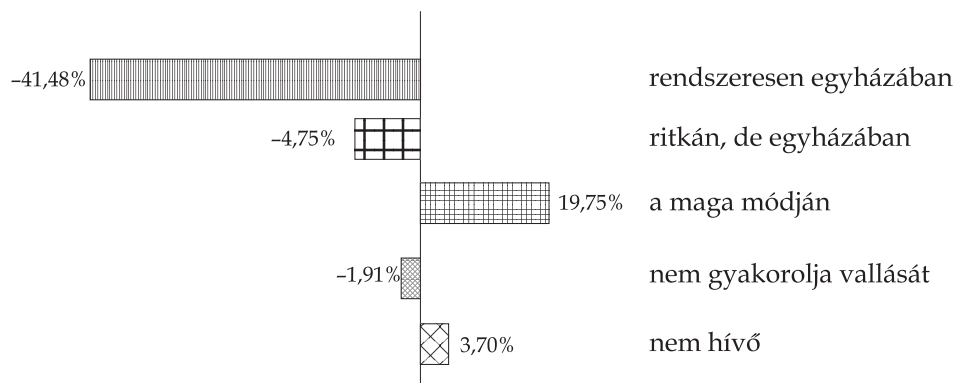
### A VALLÁSGYAKORLÁS, A VALLÁS FONTOSSÁGA ÉS AZ EGÉSZSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI

Elemzéseinkben minden esetben a kor, a nem és az iskolázottság szerint korrigáltuk az adatokat, így módon kiküszöböltük azokat a torzításokat, amelyek abból adódhatnak, hogy a nők, az idősek és a szegények között magasabb a vallásosok aránya. Érdekes módon a vallásgyakorlás és a vallás fontosságának megítélése sok esetben más és más egészségi mutatókra hatnak – az első esetben valószínűleg fontosabb szerepe van a közösséghez tartozásnak, míg a második esetben a lelki, belső igény hatását vizsgálhatjuk.

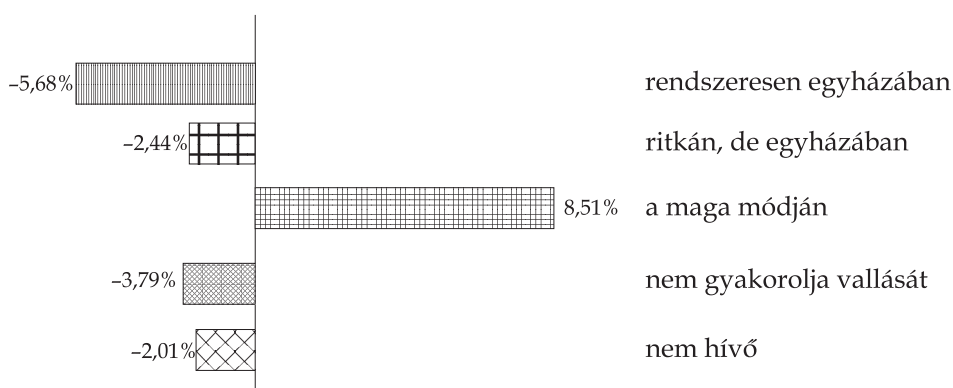
Elöljáróban érdemes kiemelni, hogy a vallásgyakorlás mind az egészségi állapot, mind a lelki egészség minden vizsgált változója tekintetében egészségvédőnek bizonyult, vagy nem állt szignifikáns kapcsolatban egyes egészségi mutatókkal – tehát egyetlen esetben sem tekinthető rizikófaktor. Ugyanez már nem ennyire egyértelmű a vallás szubjektív fontosságával kapcsolatban – néhány esetben a rossz egészségi és hangulati állapot és a vallás szubjektív fontossága között pozitív kapcsolatot találtunk.

Az általános egészségi mutatók közül a *munkaképesség csökkenés szubjektív megítélése* és a vallásgyakorlás között szignifikáns negatív összefüggést találtunk. Az utóbbi években számos vizsgálat kimutatta, hogy az egészségi állapot önbecslése a halálozási kockázat igen megbízható előrejelzője (Idler és Benyamini 1997). Ebből a szempontból a vallásgyakorlás szignifikáns védőfaktor: életkortól, nemtől és iskolázottságtól függetlenül munkaképesebbnek mondták magukat azok, akik vallásukat gyakorolják, mint akik nem. Az *utóbbi évben betegség miatt kiesett munkanapok száma* (amennyiben az adatokat az életkor, végzettség és nem szerint korrigáltuk) az átlaghoz képest 42%-kal alacsonyabb a vallásukat rendszeresen gyakorlók között, míg a maguk módján vallásgyakorlók között volt a legmagasabb. A munkaképesség csökkenés szubjektív becslése szintén szignifikánsan alacsonyabb volt a vallásgyakorlók, és legmagasabb a maguk módján vallásosak között (3/a és b ábra). Az egyes megbetegedésekre vonatkozóan nem volt kimutatható összefüggés a vallásgyakorlás és a



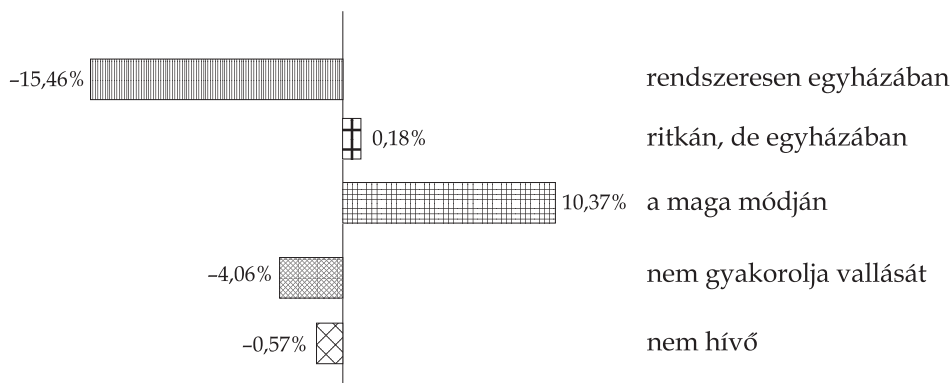


3/a ábra. 2001-ben betegség miatt kiesett napok különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 168; F: 9,513; Átlag: 20,1)

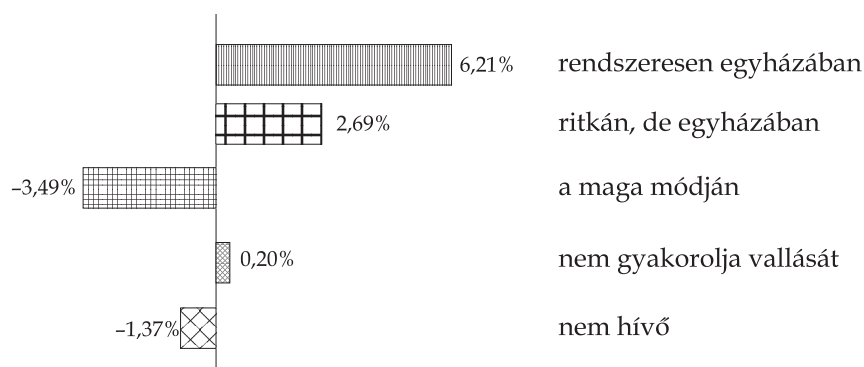


3/b ábra. A munkaképesség csökkenés különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 12 075; F: 6,200; Átlag: 0,9)

megbetegedések gyakorisága között. Ebben valószínűleg az játszik szerepet, hogy a krónikus betegség diagnózisa után megnő a vallásos igény, tehát a diagnosztizált daganatos, szív- és érrendszeri betegek közül többen gyakorolják vallásukat, így ez ellensúlyozhatja a vallásosság védő szerepét a még nem betegek között – de a kérdés eldöntésére csak követéses vizsgálatok alapján lehetne egyértelmű választ adni (Laubmeier és mtsai 2004). Mivel a jelenleg befejezett országos reprezentatív felmérésünk során a megkérdezettek 60%-a hozzájárult ahhoz, hogy kövessük egészségi állapotuk változásait, ezért mintegy öt év múlva egyértelműen megállapítható lesz, hogy a magyar népesség körében a vallásosság védőfaktor-e a krónikus megbetegedések kialakulása szempontjából.



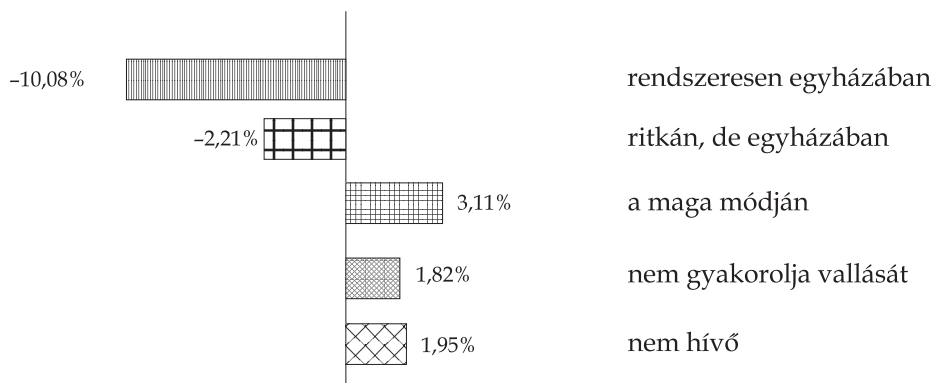
4. ábra. A Beck depresszió skála különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 881; F: 13,112; Átlag: 7,9)



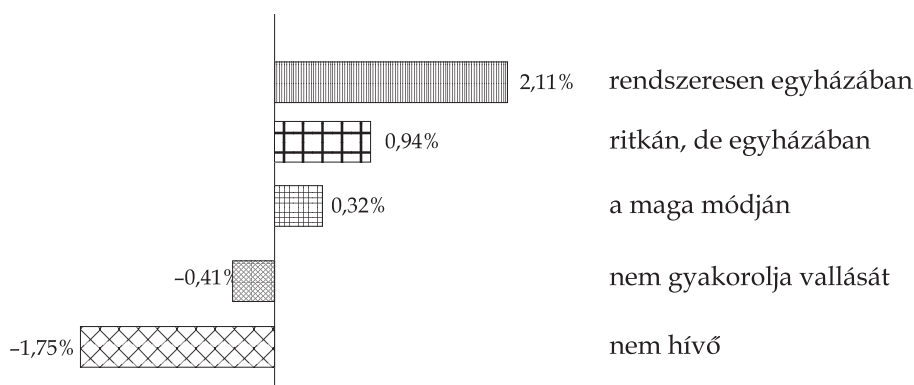
5. ábra. A WHO jólléti kérdőív különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 12 115; F: 13,785; Átlag: 7,7)

A lelki egészség tekintetében a vallásgyakorlás igen szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, ellenségesség alacsonyabb fokával, valamint a WHO jóllét kérdőív pontszámainak és a kooperativitásnak a magasabb értékeivel (4. és 5. ábra). A depresszió pontszám a maguk módján vallásos csoportban volt a legmagasabb és a WHO jóllét kérdőív pontszámai közöttük voltak a legalacsonyabbak. A kooperativitás tekintetében a legalacsonyabb értékeket a nem hívők csoportjában találtuk (6. és 7. ábra).

Ugyanakkor a depressziós és a szorongásos tünetegyüttes szignifikánsan gyakoribb azok között, akiknek mindennapi életvitelében fontos a vallás (8. ábra). Ezt a jelenséget, amelyet többen leírtak más vizsgálatok



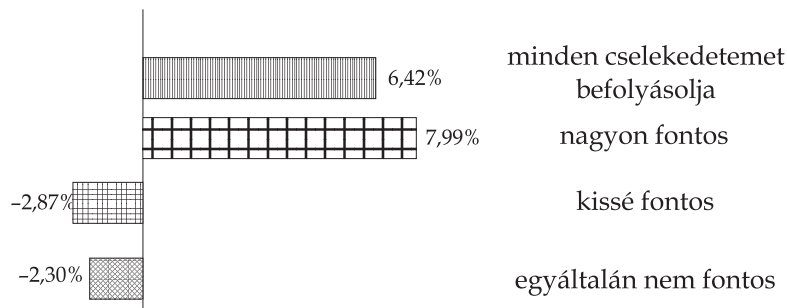
6. ábra. Az ellenségesség különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 359; F: 10,728; Átlag: 3,7)



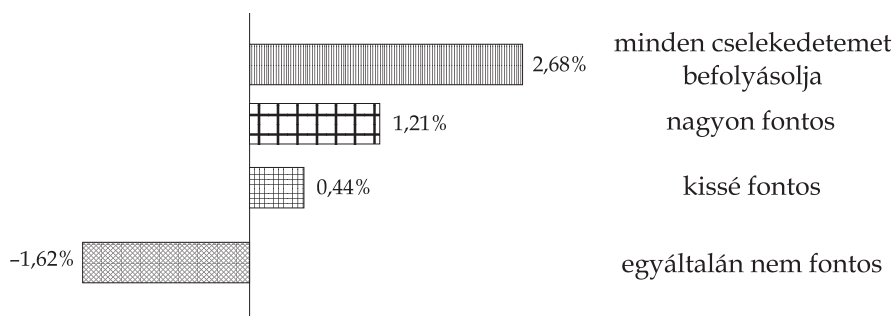
7. ábra. A kooperativitás különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 682; F: 13,513; Átlag: 14,4)

során is, fontos tovább vizsgálni. Valószínűleg a lelkileg sérülékenyebb emberek közül többen érzik, hogy szükségük van a spiritualitásra, de az is lehetséges, hogy a lelkileg érzékenyebb, kifinomultabb emberek inkább élnek át krónikus stresszállapotot a mai, átalakuló, versengő, gyakran „ember embernek farkasa” társadalomban. Erre mutat, hogy a kooperativitás, a nagyobb tolerancia, az egységes világkép (sense of coherence) szignifikánsan gyakoribb azok között, akiknek mindennapi életvitelében fontos a vallás (9. és 10. ábra) (Skrabski és mtsai 2004).

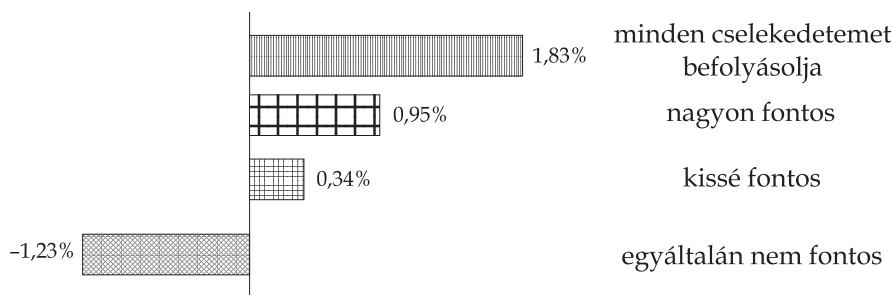
Mind a vallásgyakorlás, mind a vallás fontossága igen jelentős védőfaktor az önkárosító magatartásformákkal kapcsolatban. A dohányzás és a tömény alkoholfogyasztás lényegesen ritkább azok között, akik vallásukat gyako-



8. ábra. A Beck depresszió skála különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,001; N: 11 751; F: 5,483; Átlag: 7,9)



9. ábra. A kooperativitás különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 552; F: 19,362; Átlag: 14,4)



10. ábra. A tolerancia különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem és életkor szerint (Sig 0,018; N: 11 849; F: 3,364; Átlag: 2,33)

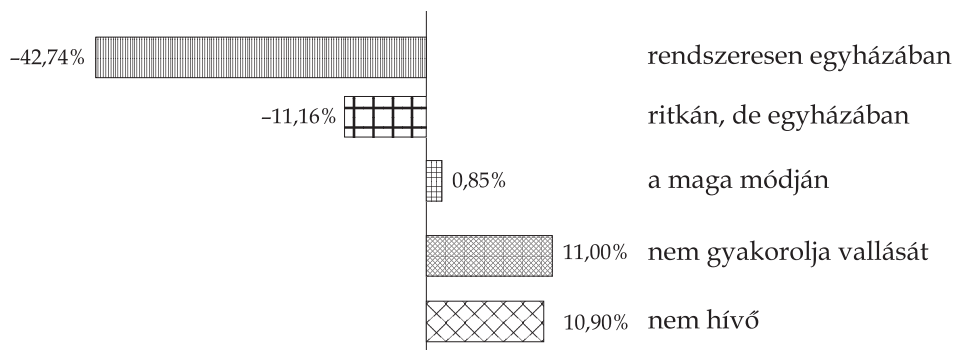
rolják, illetve akiknek fontos a vallás. Ebben a tekintetben nincs különbség a nem hívők és a maguk módján vallásgyakorlók között (1. táblázat).

A teljes népesség körében a férfiak közel 35%-a, a nők 23%-a mondta azt, hogy jelenleg is dohányzik. A fiatalabbak között ez az arány még magasabb: a 18–44 éves korosztályban a férfiak 40%-a, a nők 30%-a, a 45–64 éves korosztályban a férfiak 36%-a, a nők 26%-a dohányzik. Az egyházukban vallásukat rendszeresen gyakorlók között ezek az arányok a következők: a 18–44 éves férfiak 16%-a, a nők 15%-a, a 45–64 éves korosztályban a férfiak 19%-a, a nők 11%-a dohányzik. Tehát a 44 évnél fiatalabb férfiak között a nem hívők 2,6-szor, a vallásukat nem gyakorlók 2,8-szor nagyobb arányban dohányoznak. Külön érdekes, hogy a rendszeresen vallást gyakorló fiatalok között nem különbözik a dohányzók aránya férfiak és nők között. A dohányzás szempontjából a nem hívők, a nem vallásgyakorlók és a maguk módján vallásgyakorlók között alig van különbség, a ritkán egyházukban vallásgyakorlóknál már lényegesen jobbak az arányok és kiemelkedően jók a rendszeresen vallásukat gyakorlók között (1. táblázat).

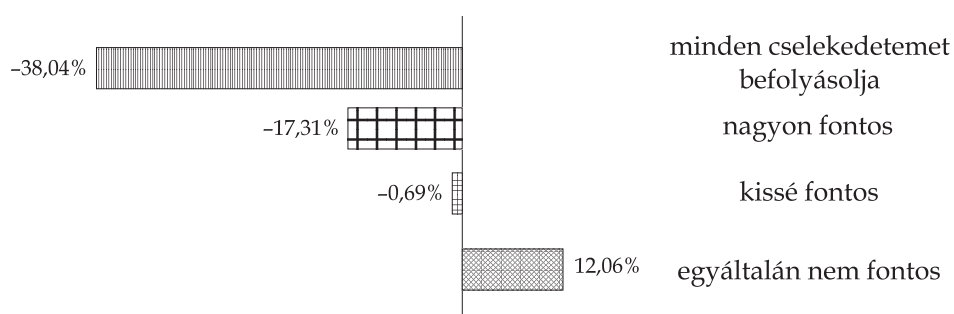
A rendszeresen vallásukat gyakorlók naponta 43%-kal kevesebb cigarettát szívnak el, mint az országos átlag, a nem hívők 10%-kal többet. Ennek hátterében a leglényegesebb tényező, hogy a megbirkózási (coping) stratégiák közül az, hogy nehéz élethelyzetben evéssel, ivással vezeti le a feszültségét, illetve az úgynevezett érzelmi, nem adaptív konfliktusmegoldási módok szignifikánsan gyakoribbak mind a nem hívők között, mind azok között, akiknek nem fontos életvitelükben a vallás (11–15. ábra). A vallásosság tehát igen jelentősen csökkenti a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések – a szív-érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek – legfontosabb életvezetési rizikófaktorait, a dohányzás és kóros alkoholfogyasztás és az ezek hátterében álló nem adaptív megküzdési stratégiák gyakoriságát. A tömény alkoholfogyasztás mennyisége csak a vallásukat fontosnak tartók között volt szignifikánsan alacsonyabb,

1. táblázat. Dohányosok aránya a vallásgyakorlás szerint (34,7% férfi, 22,9% nő)

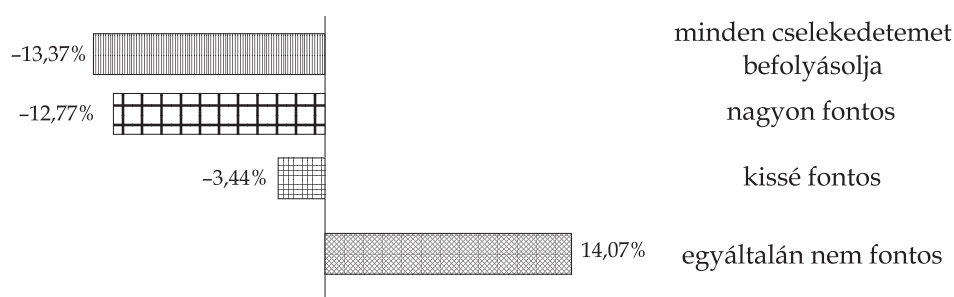
	18–44 éves férfi	18–44 éves nő	45–64 éves férfi	45–64 éves nő
Nem hívő	41%	33%	41%	37%
Nem gyakorolja	45%	36%	33%	29%
Maga módján	41%	33%	10%	27%
Ritkán egyházában	36%	24%	32%	24%
Rendszeresen egyházában	16%	15%	19%	11%



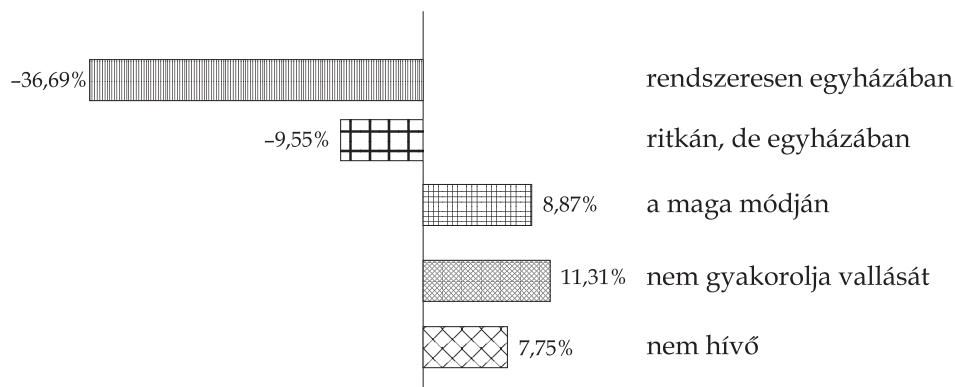
11. ábra. A napi cigarettaszám különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 5 979; F: 37,662; Átlag: 10,0)



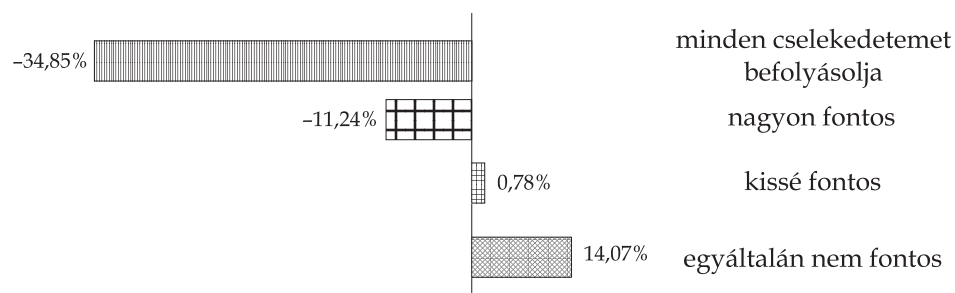
12. ábra. A napi cigarettaszám különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 5 913; F: 35,213; Átlag: 10,0)



13. ábra. A tömény alkoholfogyasztás különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem és életkor szerint (Sig 0,000; N: 10 708; F: 6,077; Átlag: 0,4 dl)



14. ábra. Evés, ivás nehéz helyzetben (mint megbirkózási stratégia) különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 330; F: 25,971; Átlag: 0,6)



15. ábra. Evés, ivás nehéz helyzetben (mint megbirkózási stratégia) különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 215; F: 19,381; Átlag: 0,6)

a vallásgyakorlás szerint nem találtunk különbséget. Érdekes módon az életkor, nem és iskolázottság szerinti korrekció után a drogfogyasztás és a vallásosság jellemzői között sem találtunk szignifikáns kapcsolatot a teljes mintában, bár más vizsgálatok kimutattak ilyen összefüggést (Piko és Fritzpatrick 2004). Ha nemek szerint nem korrigáljuk az adatokat, akkor a vallásosság és az alacsony drogfogyasztás között szoros az összefüggés, ez azonban annak a következménye, hogy a fiatal nők vallásosabbak és a drogfogyasztás közöttük lényegesen alacsonyabb (Lajtai és mtsai in press).

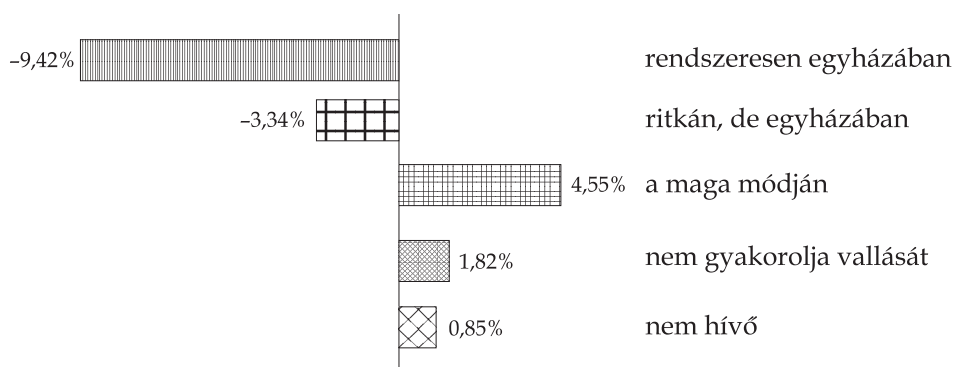
A megbirkózási (coping) faktorok közül a problémaorientált konfliktusmegoldási módok, ezen belül különösen a kognitív áthangolás, átstruk-



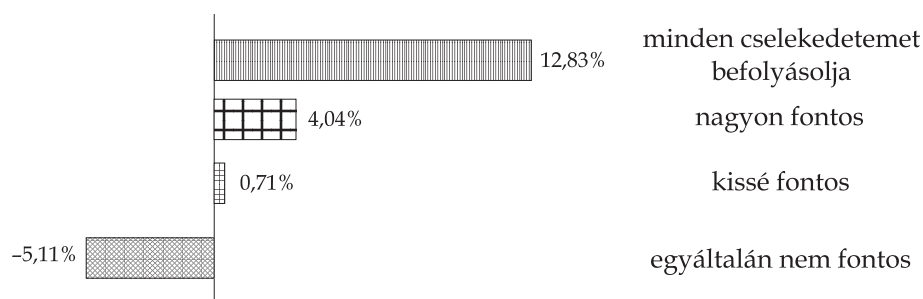
turálás készsége – az, hogy „nehéz helyzetből más emberként kerülök ki, jó értelemben véve”, valamint az, hogy „igyekeztem a dolgot a másik személy szempontjából nézni” – szintén szorosan összefügg a vallásgyakorlással.

### A TÁRSAS TÁMOGATÁS, A TÁRSADALMI KOHÉZIÓ ÉS A TÁRSADALMI TŐKE ÖSSZEFÜGGÉSE A VALLÁSSOSSÁGGAL

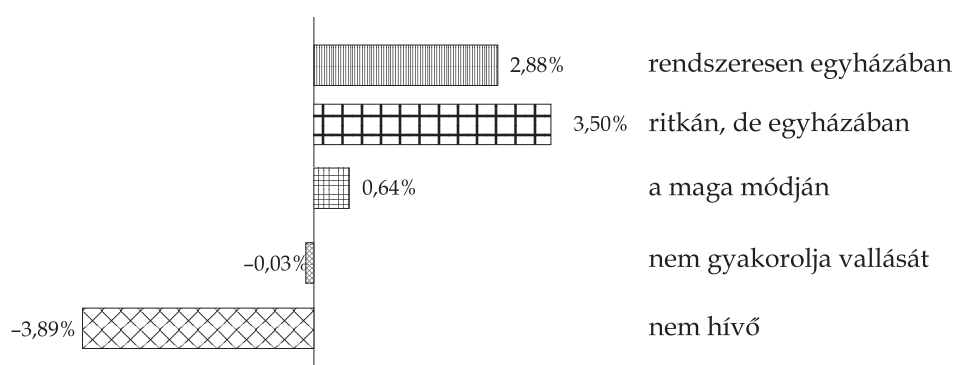
A vallásgyakorlás kiemelten fontos védőfaktor a társas támogatás, a társadalmi kohézió erőssége szempontjából. Számos vizsgálat bizonyította, hogy a társas támogatás – vagyis az, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthatunk segítségre – igen jelentős egészségügyi és lelki védő tényező. Ebben a tekintetben a vallásgyakorlás fontos védőfaktor, illetve a támogató, meleg család légkörében valószínűleg többen maradnak vagy válnak vallásossá. Azok, akik vallásukat gyakorolják, szignifikánsan inkább számíthatnak vagy számíhattak szüleikre nehéz élethelyzetben, ami feltehetően inkább a vallásosság megőrzésében fontos tényező. Azonban a vallásgyakorlás módja szoros kapcsolatban áll azzal is, hogy a megkérdezettek mennyire érzik úgy, hogy nehéz élethelyzetben munkatársakra, vagy egy egyesületre számíthatnak és sokkal többen tagjai egyesületnek, polgári csoportnak. A társas támogatás összpontszáma szintén lényegesen magasabb közöttük (16–19. ábra). Ugyanakkor magasabb az ún. társadalmi kohézió mértéke, amelyet a szomszédsági kapcsolatok erősségével mérünk, miközben alacsonyabb az anómia, az értékvesztés mértéke (Kopp és Skrabski 2002; Skrabski és mtsai 2004).



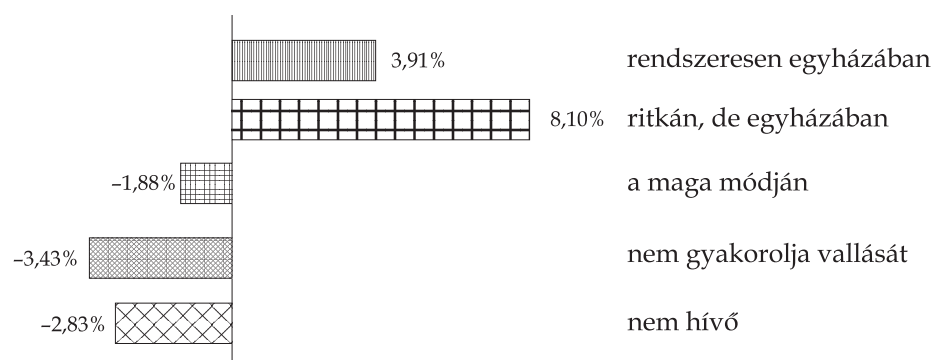
16. ábra. Érzelemközpontú megbirkózás különbségei a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 11 096; F: 8,972; Átlag: 3,3)



17. ábra. Problémaközpontú megbirkózás különbségei a vallás fontossága szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 10 616; F: 39,291; Átlag: 8,3)



18. ábra. Nehéz helyzetben szülőre számíthat. Különbségek a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 9 810; F: 5,454; Átlag: 1,7)



19. ábra. Nehéz helyzetben munkatársra számíthat. Különbségek a vallásgyakorlás módja szerint a Hungarostudy 2002 alapján, korrigálva nem, életkor és végzettség szerint (Sig 0,000; N: 10 378; F: 6,903; Átlag: 1,2)

A vallásgyakorlás tehát igen jelentős védőfaktor az ellenségesség és a bizalmatlanság csökkentésében, tehát az ún. társadalmi tőke erősítésének fontos összetevője.

Andorka Rudolf már az 1980-as évek közepétől a társadalmi tőke csökkenésével, az úgynevezett anómiás lelkiállapot terjedésével magyarázta a hazai egészségi és demográfiai mutatók rosszabbodását (Andorka 1994). Az emberi magatartás torzulásai a modern társadalomban szociológiai értelemben a Durkheim által leírt anómiás, gyökértelen lelkiállapot általánossá válásából erednek. Mindez a közös erkölcsi elvek felrúgását, az „ember embernek farkasa” állapotot és a személyes kapcsolatok fogyasztási cikké válását jelenti.

Hogyan határozzuk meg a társadalmi tőkét? Robert Putnam (1993) a következőképpen határozza meg ennek négy legfontosabb összetevőjét:

- szoros társadalmi háló,
- polgári részvétel, a polgári szervezetek erőssége,
- helyi, közösségi azonosságtudat, szolidaritás és egyenlőség-tudat a többiekkel a távlati célok érdekében, a lemaradók segítése,
- bizalom, kölcsönösség és társas támogatás.

Putnam 1993-ban megjelent, *Making democracy work* című könyve igazi áttörést hozott. A szerző azt elemezte benne, miért van az olasz tartományok között óriási különbség abban, hogy egy bizonyos pénzmennyiségből milyen életminőséget tudnak teremteni a tartomány lakói számára. Az északolasz tartományokban sokkal jobb a helyzet ebből a szempontból, mint Dél-Olaszországban. Az északi részekben ugyanis kimutathatóan erősebb a társadalmi tőke, a bizalom és a kölcsönösség, s a civil szervezetek aktívabban vesznek részt a társadalom életében. E tényezők nemcsak a lelki egészségnek és a kiegyensúlyozottnak, hanem a demokrácia működtetésének is az alapjai, s hiányuk kimutatható anyagi, gazdasági és egészségi veszélyeztetettséggel jár. Ebből a szempontból a valódi, demokratikusan működő civil szervezetek szerepe a legfontosabb, amelyek nemhogy gyengítik az állam működését, hanem inkább azt az erőt adják, amely az állam mellett egyedül képes szembeszegülni a modern világ, a globalizáció fogyasztói kényszerével, s hatékonyan képviselni a fejlődés valódi céljait (Kopp és mtsai 1998; Skrabski és Kopp 1999; Skrabski és mtsai 2003, 2004).

A talán legismertebb mai epidemiológiai munkacsoport vezetője, Michel Marmot (1976, 1989) londoni professzor vizsgálatai szerint az Egyesült Államokban élő japán férfiak közül azok, akik nagyon erősek nemzeti identitásukban, akik életük során kifejezik a közösséghez tartozást, akik tartják a szokásokat, azok ötvenéves kor alatt ötször, ötvenéves kor felett pedig háromszor ritkábban kaptak szívinfarktust, mint azok a japánok,

akik modernizálódott, amerikanizálódott életmódot folytatnak. A közösséggel való azonosulásnak tehát biológiailag kimutatható egészségvédő hatása van.

Ugyanezt bizonyította Ichiro Kawachi, a Harvard Egyetem tanára is. Kimutatta, hogy azokban az amerikai államokban, ahol az emberek kevésbé bíznak egymásban, kevésbé aktívak a civil szervezetekben, tehát ahol kevesebb a társadalmi tőke, ott a halálozási arány jóval nagyobb, s gyakoribb a bűnesetek és az abortuszok száma is (Kawachi és Berkman 2000; Kawachi és Kennedy 1997; Kawachi és mtsai 1997).

### A VALLÁS SZUBJEKTÍV JELENTŐSÉGÉNEK ÖSSZEFÜGGÉSEI A TOLERANCIÁVAL ÉS AZ EGYSÉGES VILÁGKÉPPEL

Míg az eddig elemzett mutatók esetében inkább a vallásgyakorlás módja volt jelentős védőfaktor, további igen jelentős tényezők viszont inkább azzal mutatnak kapcsolatot, hogy milyen fontos életvitelünkben a vallás. Ezek közül a legfontosabb, hogy akiket ez jellemez, szignifikánsan *toleránsabbak* és kooperatívabbak, mint akiknek a vallás nem fontos. Vizsgálatunkban a toleranciára vonatkozó kérdés így szól: „Általában olyanok fogadom el az embereket, amilyenek – még ha nagyon különböznek is tőlem.”

A vallás fontosságának megítélése esetén valódi, belső spiritualitásról van szó, ami különbözik a vallásgyakorlás módjától, amely sokkal inkább jelent társadalmi beágyazottságot. A vallási intolerancia számos példáját látjuk a világban ma is, ami éppen ellentéte a valódi spiritualitásnak. A vallásgyakorlás módja és a tolerancia között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot, sem pozitív, sem negatív irányban.

Várható eredmény, hogy az Antonovsky (1987) által leírt Sense of Coherence skála és a vallás fontossága a mindennapi életvitelben igen szoros kapcsolatban áll egymással. A Sense of Coherence – egységes világképnek fordíthatnánk – egészségvédő szerepét számos vizsgálat igazolta, ma ennek elemzése a népegészségügy egyik központi kérdésköre. A Sense of Coherence összpontszám szignifikánsan magasabb azok között, akik számára fontos mindennapi életvitelükben a vallás (Skrabski és mtsai 2004).

A mai fogyasztói társadalom azt sugallja, hogy ha van pénzünk, azaz anyagi tőkénk, akkor mindent el tudunk érni. Mérhetetlenül leegyszerűsített világkép ez, amelynek az a lényege, hogy az ember értékét anyagi lehetőségei szabják meg. A modern, fogyasztói világ válságának központi

jellemzője ez a beállítottság, amely a pénztőke mindenhatóságát sulykolja, elsősorban a tévécsatornák, a reklámok és a nagyáruházak fogyasztói szentélyei révén. A pénztőke fő jellemzője, hogy ha elosztják, mindenkinek kevesebb jut belőle, mint ha egyvalaki kaparintja meg. Ezzel szemben újra meg újra felismerjük, hogy a tőkének vannak olyan formái is, amelyeket nem kell erőszakkal vagy manipulációval elvennünk egymástól, mert mindenki annál gazdagabbá válik, minél többet ad belőle másoknak. Évszázadokon át az emberiség közös bölcsességének alapja volt ez a szemlélet, a mai társadalomtudomány azonban csak az utóbbi évtizedekben fedezi fel és fogalmazza újra a társadalmi fejlődés alapelveit. Fontos fordulatról van szó: olyan alapkérdésekre kell választ keresnie az ezredforduló társadalmának, mint hogy mi a valódi fejlődés, s mi a célja.

A 2001. évi közgazdasági Nobel-díj egyik nyertese, George Akerlof elmélete olyan szociológiai, szociálpszichológiai és magatartástudományi kategóriákat emelt át a közgazdaságtanba, mint az identitás, a norma és az értékek. Az általa felvázolt modell szerint meghatározó gazdasági-társadalmi tényező az, hogy az emberek miképp élik át saját helyüket, szerepüket a társadalomban, mennyire van önazonosságuk, milyen közös értékeket fogadnak el, s melyek azok a társadalmi rétegek, amelyekben ezek a folyamatok sérülnek.

Fukuyama, az egyik legismertebb társadalomtudós *A bizalom, a prosperitás alapja* című könyvében azt elemzi, hogy az amerikai társadalom fejlettségének alapja nem a verseny, hanem a bizalom, vagyis a társadalmi tőke (Fukuyama 1995). Ha egy üzleti tárgyaláson valaki ígéretet tesz, partnere feltétlenül megbízhat annak betartásában. A mai amerikai válságjelenségek egyik fő oka éppen az, hogy nagymértékben csökkent ez a megbízhatóság. Vannak olyan erőforrások a társadalomban, amelyek egymagukban nem anyagi természetűek, de anyagi erővé is válhatnak.

Hazánkban ennek az egyik legnyilvánvalóbb példája a Máltai Szeretetszolgálat működése. Ha csupán anyagi erővel akarjuk megoldani az idősek, menekültek, hajléktalanok problémáit, ez hihetetlen összeget emészt fel, ráadásul nem is érünk el valódi eredményt, mert a szeretetet, az igazi odafordulást nem lehet megvásárolni. Az önkéntes segítesen alapuló összefogás a társadalmi tőke legszebb megnyilvánulása. Vizsgálataink eredményeiből egyértelműen kiderül, hogy a társadalmi tőke, sőt az ún. emberi tőke, amelynek legfontosabb összetevője az egészség, igen szorosan összefüggnek a vallásossággal.

A társadalomtudósok nem szokták megemlíteni a kegyelmi tőkét, vagyis azt a többletet, amelyet a spiritualitás, a transzcendens igény és beállítottság nyújt a társadalomnak. Kentenich József, a schönstatti családmozgalom alapítója már a XX. század első felében hangsúlyozta, hogy

mozgalmának fő célja a kegyelmi tőke gyarapítása a társadalomban. Kentenichet a hitleri Németországban 1941–45-ben Dachauba deportálták, majd a katolikus egyház tizennégy évre Amerikába küldte száműzésbe. Ennek ellenére mozgalma fennmaradt és megerősödött, s ma már hazánkban is tevékenykedik (Csermák 2001).

Igen fontos, hogy a fél évszázados erőszakos elhallgattatás után végre tudományos módszerekkel is vizsgáljuk, hogy mit jelent azt egyén, a közösség és a társadalom egészsége szempontjából a vallás, a spiritualitás.

### Irodalom

- Andorka, R. (1994): Social changes and social problems in Hungary since 1930s. Economic, social and political causes of the demise of state socialism. *Comparative Social Research* 14: 49–96.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass Inc Publ., San Francisco.
- Astrow, A. B., Puchalski, Ch. M., Sulmasy, D. P. (2001): Religion, spirituality and health care: social, ethical and practical considerations. *Am. J. Med.* 110: 283–287.
- Culliford, L. (2002): Spirituality and clinical care, *British Medical Journal* 325: 1434–1435.
- Csermák K. (2001): *Kentenich József, Schönstatt alapítója és atyja*. Családakadémia, Óbudavári Egyesület, Óbudavár.
- Fabrega, H. (2002): *Culture, spirituality and psychiatry*. WPA online <http://www.wpanet.org/sectorial/forums.html>
- Frankl, V. (1996): *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Kötet Kiadó, Budapest.
- Fukuyama, F. (1995): *Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. The Free Press, New York.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J. Health and Social Behavior* 38: 21–37.
- Jarvis, G. K., Northcott, H. C. (1987): Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc. Sci. Med.* 25 (7): 813–824.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. (1997): Health and social cohesion. Why care about income inequality? *British Medical Journal* 314: 1037.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. et al. (1997): Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87: 1491–1498.
- Kawachi, I., Berkman, L. F. (2000): Social cohesion, social capital, and health. In: Kawachi, I., Berkman, L. F. (eds.): *Social Epidemiology*. Oxford University, New York.
- Koenig, H. G. (2001): *The Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, Oxford.
- Koenig, H. G. (2002): *The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*. Oxford University Press, Oxford.
- Kopp M. (2003): A mentális és magatartási betegségek és zavarok gyakorisága és az általuk okozott társadalmi teher. In: Ádány R. (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapotáról az ezredfordulón*. Medicina, MTA Orvosi Osztály, Budapest, 191–206.
- Kopp M., Pikó B. (2001): A magatartástudományok szerepe a nemzetközi és a hazai orvostudományban: helyzetkép és lehetőségek. *Orvosi Hetilap* 49: 2715–2722.



- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (2000): Magyar lelkiállapot az ezredfordulón. *Távlatok* 4: 499–513.
- Kopp M., Skrabski Á. (2002): A magyarság társadalmi és erkölcsi tőkéje. *Valóság* 9: 11–19.
- Kopp M., Skrabski Á. (2003): Lelki egészség. In: Csaba György (szerk.): *Egészségmegőrzés*. Természet Világa 2003/II. 37–40.
- Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. (1998): A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: Glatz F. (szerk.): *Magyarország az ezredfordulón*. MTA, Budapest, 15–37.
- Kopp, M., Skrabski, Á., Szedmák, S. (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Sciences and Medicine*, 2000, 1350–1361.
- Kuyken, W., Orley, J. (1995): The WHO quality of life assessment. *Soc. Sci. Med.* 41: 1403–1409.
- Lajtai L., Simon M., Csoboth Cs., Kopp M. (2004): Miért fontos a nem? Vagy miért nem? Az illegális szerfogyasztásban felmerülő különbségek elemzése egy országos reprezentatív felmérés kapcsán. *Addikciók* (in press).
- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., Bair, J. P. (2004): The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int. J. Behav. Med* 11 (1): 48–55.
- Levin, J. S., Larson D. B., Puchalski, C. M. (1997): Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA* 278 (9): 792–793.
- Marmot, M. G., Syme, S. L. (1976): Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology* 104: 225–247.
- Marmot, M. G., Davey-Smith, G. (1989): Why are the Japanese living longer? *British Medical Journal* 229: 1547–1551.
- Neelman, J., Persaud, R. (1995): Why do psychiatrists neglect religion? *Br. J. Med. Psychol.* 68: 169–178.
- Oman, D., Thoresen C. E. (2003): Without spirituality does critical health psychology risk fostering cultural iatrogenesis? *J. Health Psychology* 8 (2): 223–229.
- Pikó, B., Fitzpatrick, K. M. (2004): Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors* (in press).
- Putnam, R. D. (1993): *Making Democracy Work*. Princeton University Press, Princeton.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A. és mtsai (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 18 (2): 83–94.
- Sloan, R. P., Begiella, E., Powell, T. (1999): Religion, spirituality and medicine. *Lancet* 353: 664–667.
- Skrabski Á., Kopp M. (1999): Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. *Századvég* 12: 128–146.
- Skrabski, Á., Kopp, M. S., Kawachi, I. (2003): Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J. Epidemiology and Community Health* 57: 114–119.
- Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Réthelyi J. (2004): A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 5 (1): 7–25.
- Stawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., Kaplan, G. A. (1997): Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am. J. Public Health* 87 (6): 957–961.
- Wig, N. N. (1999): Mental health and spiritual values: a view from the east. *Int. Rev. Psychiatry* 11: 92–96.



KOPP, MÁRIA – SZÉKELY, ANDRÁS – SKRABSKI, ÁRPÁD

## RELIGION AND HEALTH IN A CHANGING SOCIETY

In the "Hungarostudy 2002" 12.668 people were interviewed in their homes, they represented the Hungarian population above 18 years according to age, gender and subregions. In the population above 18 years 25% are non-believers, 18% do not practice their religion, 27% are religious in their own way, 17% rarely and 13% regularly practice their religion. Since 1995 the percentage of non-believers decreased by 6%, and there was a considerable increase in the rate of people who regard themselves religious in their own way. The religion is not at all important for 35%, it is slightly important for 39% and it is very important for 26%. Both the religious involvement and the importance of religion was most closely connected to age, gender, income and education, therefore we had to correct the data according to these parameters to analyse the interactions between religion and health. Religious practice was in each case closely connected with better mental and physical health (in those cases where there was a significant connection). Those people who practice religion regularly smoke less cigarettes per day with 43%, had 42% less sickness days ill in the last year and their working ability is significantly higher. They showed higher well-being according to the WHO wellbeing score, they are less depressive, less hostile, more cooperative, they can be characterized with less emotional ways of coping and more problem-focused coping and they have more social support from parents and co-workers. The subjective importance of religion was connected with less smoking, less spirit consumption, with higher cooperativity and tolerance and with more adaptive ways of coping. On the other hand among those who regarded religion as very important depression and the working disability was higher. This connection might be related to the fact that religion was more important for chronically ill people. The importance of religion seems to be more closely connected to spirituality while practising religion with being a member of a community.

**Keywords:** religion, spirituality, health, ways of coping, mental health