

## ADATOK A VALLÁSOSSÁG PROTEKTÍV SZEREPÉHEZ A TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉGBEN

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

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

<sup>2</sup>Budapesti Corvinus Egyetem, Viselkedéskutató Központ, Budapest

(Beérkezett: 2005. október 9.; elfogadva: 2006. január 10.)

A szerzők egy-egy, hagyományosan magas és alacsony öngyilkossági rátájú megye reprezentatív mintáján végeztek komplex felmérést, mely során néhány, a vallásossággal kapcsolatos kérdést is feltettek. A felmérés anyagából kigyűjtve megvizsgálták a külső és belső vallásosság és az egészségmagatartás közötti összefüggést. A mintában a vallásos személyek között jóval intenzívebbnek bizonyult az élet értéke és az annak megőrzésére való törekvés: szignifikánsan alacsonyabb az alkoholt fogyasztók és a dohányosok száma, többen utasítják el az öngyilkosságot, kevesebben foglalkoztak ennek gondolatával és sokkal gyakrabban, többen járnak el rákszűrésre, pszichológushoz. A depresszív megbetegedés és az öngyilkossági kísérletek terén szignifikáns különbség nem jelentkezett. Az alacsony öngyilkossági rátájú megyében közel kétszer annyi a katolikus vallású, szignifikánsan intenzívebb a vallásgyakorlás, a hit szerepe a mindennapokban. A talált adatokat figyelembe kellene venni a szomatikus és mentális betegségek megelőzésében egyaránt.

**Kulcsszavak:** vallásosság, egészségmagatartás, öngyilkosság, major depresszió

### BEVEZETÉS

A mély hit, az igazán átélt vallásosság hatalmas erőt, tartalékot biztosít egyednek, közösségnek, nemcsak a mindennapok elviselésében és a végső kérdések megválaszolásában, hanem játékon hat a lelki, de még a testi egészségre is. E kijelentés azonban számos buktatót is hordoz, hi-

---

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

szen maga a vallásosság, de még a vallás fogalma sem egyértelműen definiálható. Utóbbinak két legpolarizáltabb megfogalmazása: „Az értelmes teremtmény viszonya az istenséghez, mint elsődleges elvhez és végső célhoz” (Aquinói Szent Tamás), illetve „A vallás az emberi lényeg fantasztikus megvalósulása, mert az emberi lényeknek nincs igazi valósága” (Marx).

Ha el is fogadunk a vallásosságot illetően egy, a józan ész és a mindennapi gyakorlat által jól körülhatárolt, egyértelmű magatartást, bizonyítható meggyőződést, az ennek talaján keletkezett felmérések számos értelmezési, metodikai problémát rejthetnek, amint azt egy, az irodalmat összegező tanulmány is jelzi (Farkas és mtsai 2005). Mindazonáltal nagyszámú vizsgálat igazolta a vallásosság, a mély hit egészségvédő szerepét (Culliford 2002; Fabrega 2002; Koenig és mtsai 2001). Townsend és munkatársai (2003) metaanalízise szerint a vallásos hit kedvezően hat a vérnyomásra, az immunrendszerre, a depresszióra és a halálozási mutatókra. Egy 1972-es kutatás szerint – amelyben közel 92 000 személyt vizsgáltak Észak-Amerikában – a heti rendszerességgel templomba járók körében szignifikánsan alacsonyabb volt a szívkoszorúér-betegség, a májzsugorodás és az öngyilkosság (cit. Cseri 2004). A szomatikus betegségekre történő pozitív hatást mutató kutatások felsorolása nagyszámú, bár az egyértelműen jótékony hatást még több szerző kétségbe vonja, illetve további, jobb metodikai módszerektől vár meggyőzőbb bizonyítást (Sloan és mtsai 1999; Powel és mtsai 2003).

A mentális betegségek esetében azonban a hit, a vallásosság segítő és preventív hatásáról alig van vita, az összefüggés már-már evidenciának tekinthető (Pargament 1997). Idős depressziós betegeknel vizsgálták precíz módszerekkel a depresszió gyógyulásának fokát, mértékét és időtartamát: a vallásos emberek sokkal gyorsabban gyógyultak meg betegségükből (Koenig és mtsai 1998). Egy nagy finnországi vizsgálat szerint a vallásos embernek sokkal betegebbnek kell lennie mentálisan ahhoz, hogy eljusson az öngyilkosság elkövetéséig, mint a nem hívőnek (Sorri és mtsai 1996). Angliában ötszáz diáknál azt találták, hogy a gyakran imádkozók körében lényegesen alacsonyabb volt a szorongás, a depresszió és erősebb az önértékelés (Maltby és mtsai 1999). A vallás és egészség kapcsolatával foglalkozó 1200 tanulmány és 400 kutatási beszámoló metaanalízise az mutatta, hogy a vallásos népesség körében több a remény jövőjüket illetően, jobb a pszichés-spirituális jóllét, nagyobb az önbecsülés, jobb a gyászhoz való alkalmazkodás, erősebb a társas támogatórendszer, kevesebb a magányosság, a depresszió, a szorongás, az alkoholizmus, az öngyilkosság, a bűncselekmény, és stabilabbak a házasságok (Koenig és mtsai 2001).

A vallási és spirituális dimenziók tehát fontos kulturális faktorai az em-

beri létezésnek, viselkedésnek, de a betegségi patterneknek is, ezért a WHO legutóbbi anyagaiban már az ember bio-pszicho-szociális meghatározottsága mellé felvette a spirituális dimenziót is (Manson 1996).

Magyarországon a vallás protektív szerepe a szomatikus és pszichés betegségekben meglehetősen alulkutatott terület. Hosszú időn keresztül a politikai berendezkedés nem csak a vallási, egyházi életet, a hitgyakorlatot, de az ezt feltérképezni igyekvő adatgyűjtést, tudományos vizsgálódást is akadályozta. A felekezeti hovatartozás népszámlálási felmérése – nagy vitákat követően – 1949 után csak 2002-ben vált lehetővé.

A magyar lakosság mentális egészségét, egészségmagatartását nagyobb mintán vizsgáló, reprezentatív felmérés 1988-ban, 1995-ben és 2002-ben történt (Kopp és Skrabski 1995, 2000; Kopp és mtsai 2004). Az 1988-as felmérésnél – a jelzett okokból – még nem volt mód a vallással kapcsolatos kérdések feltevésére. Az 1995. és a 2002. évi Hungarostudy eredményei azonban egyértelműen a vallás protektív szerepét jelezték számos egészségügyi vonatkozásban. Az intenzív vallásgyakorlók az országos átlaghoz képest 43%-kal kevesebb cigarettát szívnak el naponta, 42%-kal kevesebb napig voltak betegek a vizsgálat előtti évben, munkaképességük jelentősen jobb volt. Szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a WHO jóllét kérdőívén, kevésbé depressziósak, kevésbé ellenségesek, hatékonyabb problémamegoldó képességgel rendelkeznek, és gazdagabb társas támogatásról számoltak be.

## MÓDSZER

Jelen tanulmányunkban ismertetett kutatásunk fő célja a hazai öngyilkosságok területi különbségeinek kulturális-normatív beágyazottsági vizsgálata volt. Ennek során két, pregnánsan eltérő szuicid veszélyeztetettségű, azaz az öngyilkossági hajlandóság szempontjából poláris helyzetű régió összehasonlító felmérését végeztük el. A megyei aggregálságú öngyilkossági ráták alapján Bács-Kiskun és Vas megye szolgáltak a kutatás terepéül. Bács-Kiskun megye nem csak az öngyilkosságok terén, hanem számos más mutatóban is rosszabb helyzetet mutatott a vizsgálatot megelőző években, mint Vas megye (1. táblázat).

A táblázat mutatja, hogy olyan (látszólag) eltérő mutatókban jelentkeznek igen markáns különbségek a két megye lakossága körében, melyek erős valószínűséggel okai és/vagy következményei egy nehezen megfogalmazható és definiálható társadalmi diszfunkciónak, mely az alföldi népesség körében lényegesen kifejezettebb. Alapos a feltételezés, hogy a különbségnek mély társadalmi-kulturális gyökerei vannak, azaz az

1. táblázat. Bács-Kiskun és Vas megye halálozási adatai a különböző, főbb betegcsoportokban és balesetekben, 1995–1999 (a szignifikáns eltérést jelző mutatók dőlt betűs kiemelésével)

Halálokok/100 000 lakos	Bács-Kiskun	Vas
Összes halálozás	1493,0	1447,9
Öngyilkosság	46,4	21,4
Daganatos	301,7	325,9
Keringési rendszer	790,7	755,2
Légzőszervi	84,2	83,4
Emésztőrendszer	110,3	96,9
Alkoholos májbetegség	0,75	0,47
Baleseti halálozás (összes)	81,6	22,6
Közlekedési baleset	26,6	14,6
Egyéb baleset	55	8

észlelt eltérések elsősorban kulturálisan beágyazottak (Andorka és mtsai 1968).

A vizsgálat a 18 és 70 év közötti lakosság kor, nem és a lakóhely jellege szerint reprezentatív, megyénként 1000-1000 fős mintáján készült. A mintanagyság a standard hibát 95%-os valószínűséggel  $\pm 3,2\%$ -ban maximalja. Az adatfelvétel 2000 júliusában történt.

A vizsgálat az alábbi főbb témaköröket tartalmazta:

- Szocio-ökonómiai státus, demográfiai háttérváltozók: kor, nem, lakáskörülmények, foglalkozás, családösszetétel stb.
- A kérdezett környezetében előforduló devianciák (differenciális asszociáció elméletek, kulturális tanulás elméletek).
- Az öngyilkosság társadalmi megítélése, minősítése, öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök (társadalmi kontroll elméletek).
- A kérdezett személy devianciái (a különféle deviáns magatartások kapcsolata).
- A major depresszió DSM-IV szerinti kategóriái: időpont és életút prevalencia.
- Egészségi állapottal, illetve az egészséggel kapcsolatos kérdések.
- Alapérték-teszt és anómia skála (anómia-, illetve integrációs elméletek).
- Külső (formális) és belső vallásosság.
- Néhány, a magyarsághoz kötődést vizsgáló kérdés.

A fenti kérdéskörök közül jelen tanulmányunkban egyrészt a *vallásosság és az egészségmagatartás bizonyos indikátorai közötti viszonyt* vizsgáljuk ré-

gió-független egyéni szintű elemzések révén. Másrészt *összehasonlító vizsgálat* alá vesszük a két megye vallásosságát, az öngyilkossági arány és más, egészségmagatartással kapcsolatos mutatók mentén markánsan eltérő régiók vallási életében fellelhető eltéréseket keresve.

A külső (formális) vallásosság fokára a „*Megítélése szerint mennyire vallásos?*” és a „*Hányszor jár misére, istentiszteletre?*” kérdésekre adott válaszokból következtetünk. A belső vallásosság indikátoraiként pedig a következő kérdéseket alkalmaztuk: „*Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja mindennapi életemet*”, illetve „*Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja, hogy miképpen hozok meg fontos döntéseket*”.

A két-két kérdésre csaknem azonos válaszokat kaptunk, így azokat összevontan vizsgáltuk. A kérdésekre (a „Hányszor jár misére, istentiszteletre” kérdés kivételével) hétfokozatú skálán lehetett válaszolni, ahol a két szélső válasz a „nem”, és a „teljes mértékben” volt. A régió-független elemzések során – a válaszok egymáshoz viszonyított eloszlása alapján – az 1-es és a 2-es válaszokat ateizmusnak, a 6-os és 7-es válaszokat pedig az egyértelmű vallásosságnak feleltettük meg, és összevontuk. A 3–4–5 válaszokat bizonytalan, nehezen definiálható voltuk miatt kihagytuk az elemzésekből, azaz a 7 fokozatú skálák dichotómmá transzformált, *ateista* és *nagyon vallásos* kategóriákat elkülönítő változatát alkalmaztuk. (A megyei szintű összehasonlító elemzéseknél használtuk a 7 fokozatú skálát, ahol a vizsgálat komparatív jellege miatt torzítás nem jelentkezhetett.)

Az elemzéseket az SPSS 9.0 for Windows programcsomaggal végeztük. (Az egyes személyszámok mellé csak egy tizedesig írtuk ki a program által megadott százaléktételeket, ezért a kumulatív százalékok a 100%-hoz képest tizedszázaléknyi eltérést mutathatnak.) Asszociációs mérőszámként a Pearson khi-négyzet próbát használtuk. A major depresszió diagnózisához a DSM-IV kategorizációt használtuk.

## EREDMÉNYEK

### 1. A vallás és az egészségmagatartás összefüggésének egyéni szintű vizsgálata

A durkheimi értelemben vett *formális (külső) vallásosság* (Durkheim 1982) vizsgálatakor az egyéni szintű elemzések során az alábbiakat találtuk (2. táblázat):

1. A vallásos népesség körében a dohányozás és az alkoholfogyasztás rövid és hosszú távú prevalencia értékei egyaránt szignifikánsan kedvezőbbek.

2. táblázat. A formális kritériumok alapján „nem vallásos” és „mélyen vallásos” népesség összehasonlítása az egészségmagatartás különböző aspektusai mentén

	Ateista	Nagyon vallásos	Szignifikancia
Rendszeresen dohányzik	210 43,8 %	77 26,7%	0,001
Életében rendszeresen, sokat ivott	58 12,1 %	17 5,9 %	0,005
Élete során foglalkozott az öngyilkosság gondolatával	25 5,3 %	8 2,8 %	0,072
Élete során volt öngyilkossági kísérlete	6 1,3 %	2 0,7 %	NS*
Van olyan baj, mely esetén elfogadható az öngyilkosság	155 32,5 %	62 21,5 %	0,005
Élete során volt major depressziója (lifetime)	47 9,8%	28 9,7 %	NS*
Egészségi állapota kifejezetten jó vagy inkább jó	388 81,2 %	217 75,4 %	NS*
Másokhoz képest egészségesebbnek érzi magát	97 20,3 %	59 21,5 %	NS*
Élete során járt pszichológushoz, ideg orvoshoz	21 4,4 %	21 7,3 %	NS*
Élete során rendszeresen szedett altatót vagy nyugtatót	39 8,2 %	38 13,3 %	0,026
Rendszeresen jár rákszűrésre	91 19,0 %	79 27,5 %	0,006
Rendszeresen jár tüdőszűrésre	363 91,9%	227 94,2 %	NS*

\*NS: nem szignifikáns

2. A vallásosak körében tendenciájában kevesebben foglalkoztak életük folyamán az öngyilkosság gondolatával, és szignifikánsan többen vannak közülük, akik nem tudják elfogadni az öngyilkosságot, mint megoldást egy gond, baj, probléma, krízis stb. esetén.

3. Az egészségtudatos magatartás indikátoraként alkalmazott szűrő-látogatásokkal kapcsolatos kérdések közül a rákszűrés tekintetében mutatkozott szignifikánsan a várt összefüggés: a vallásos csoport tagjai nagyobb arányban járnak rákszűrésre, mint a vallástalan csoportba tartozók.

4. Az ateista megkérdezettek körében háromszor annyi öngyilkossági kísérlet történt, mint a vallásos megkérdezettek körében, mindazonáltal a különbség – az alacsony esetszám következtében – nem szignifikáns,

így nem értelmezhető az ateista és a vallásos népességre jellemző különbségeként.

5. A „Milyenek ítéli meg egészségi állapotát?“, illetve a „Másokhoz képest egészségesebbnek érzem magam“ kérdésekre adott válaszokban jelentkező eltérések egyrészt ellentétes irányúak, másrészt nem szignifikánsak.

6. Csaknem azonos arányban fordult elő major depresszió az élet folyamán (lifetime) a két csoportban, tehát a formális vallásosság nem bizonyult védő hatásúnak a depresszív állapotokra nézve.

7. A vallásos válaszolók életük során jóval nagyobb arányban jártak pszichológushoz, mint az ateisták, a különbség azonban nem szignifikáns.

8. A vallásosak szignifikánsan nagyobb hányada szedett élete során nyugtatót vagy altatót.

A *belső vallásosság* szerepét a fentivel azonos változókra nézve vizsgáltuk (3. táblázat). Az alábbiakban csak a formális indikátorok mentén bemutatott összefüggésektől eltérő kapcsolatokat emeljük ki:

1. Az „Élete folyamán foglalkozott-e az öngyilkosság gondolatával“ kérdésre adott válaszok tekintetében a külső vallásosság vizsgálatakor tendencia jelleggel megfigyelhető különbség a belső vallásosság összefüggésében a két népesség között nem jelentkezett.

2. Másokhoz viszonyítva a mélyen vallásosak szignifikánsan egészségesebbnek tartják magukat. Ugyanakkor a „Milyenek ítéli meg egészségi állapotát?“ kérdés vonatkozásában a belső vallásosság esetében a várakozásokkal ellentétes tendencia jellegű különbség mutatkozott: az ateista népesség érzi magát egészségesebbnek.

3. A mélyen vallásosak csoportja szignifikánsan gyakrabban járt pszichológushoz, idegorvoshoz élete során.

Vizsgálatunk során tehát a külső és belső vallásosság között az egészségügyi magatartást és a mentálhigiénés állapotokat illetően érdemi különbséget nem találtunk.

A vallásosak és ateisták között azonban néhány egészségmagatartási dimenzióban igen egyértelmű különbség jelentkezett. A vallásos népesség körében a dohányzás és az alkoholfogyasztás rövid és hosszú távú prevalencia értékei egyaránt szignifikánsan kedvezőbbek, közülük jóval nagyobb számban utasítják el az öngyilkosságot, mint egy probléma megoldását; inkább jártak pszichológushoz, idegorvoshoz, és sokkal nagyobb arányba járnak (jártak) rákszűrésre. Mindezt magunk úgy látjuk interpretálhatónak, hogy a vallásos csoport sokkal többet törődik egészségével, ami a saját élet értékének, fontosságának hangsúlyát jelzi. Ugyanakkor a depresszív megbetegedés, illetve az öngyilkossági kísérletek gyakorisága terén érdemi védőfunkciót kimutatni nem tudtunk a vallásosak javára.

3. táblázat. A belső vallásosság két szélsőségét képviselő népesség összehasonlítása a jelzett változók mentén

	Ateista	Nagyon vallásos	Szignifikancia
Rendszeresen, dohányzik	465 39,9%	34 18,7 %	0,001
Életében rendszeresen, sokat ivott	114 9,8 %	10 5,5 %	0,038
Élete során foglalkozott az öngyilkosság gondolatával	53 4,5 %	7 3,9 %	NS*
Élete során volt öngyilkossági kísérlete	18 1,5%	2 0,6 %	NS*
Van olyan baj, mely esetén elfogadható az öngyilkosság	344 29,5 %	41 22,5 %	0,004
Élete során volt major depressziója (lifetime)	115 9,9 %	16 8,8 %	NS*
Egészségi állapota kifejezetten jó vagy inkább jó	942 80,8 %	137 74,2 %	0,072
Másokhoz képest egészségesebbnek érzi magát	245 21,0 %	41 22,5 %	0,013
Élete során járt pszichológushoz, ideg orvoshoz	63 5,4 %	14 7,7 %	0,025
Élete során rendszeresen szedett altatót vagy nyugtatót	101 8,7 %	25 13,8 %	0,031
Rendszeresen jár rákszűrésre	502 43,1 %	115 62,6 %	0,001
Rendszeresen jár tüdőszűrésre	1098 94,2 %	174 94,5 %	NS*

NS\*: nem szignifikáns

## 2. A vallási élet regionális vizsgálata

A két terület összehasonlító vizsgálatánál fontos körülmény volt a felekezeti hovatartozás tisztázása (4. táblázat). Nem jelzi ugyan az aktív vallásgyakorlást, és főleg nem a vallásos meggyőződést, de pusztán a közösséghez tartozás formális tudata, érzése is fontos mozzanatnak tűnik és (valószínűleg tudattalanul) eltérő magatartást inkorporál az adott felekezethez tartozóknál. Bizonyítani látszik ezt az a tény is, hogy pl. az öngyilkos magatartásban komoly különbség mutatkozik az egyes felekezethez tartozók körében, függetlenül az aktív vallásgyakorlástól, vallásosságtól.



4. táblázat. A vizsgált népesség felekezeti megoszlása

Felekezet	Bács-Kiskun megye		Vas megye		Összesen	
Katolikus	668	66,9%	847	84,8%	1515	75,9%
Református	176	17,6%	9	0,9%	185	9,3%
Evangélikus	107	10,7%	124	12,4%	231	11,6%
Egyéb	15	1,5%	3	0,3%	18	0,9%
Nincs megkeresztelve	27	2,7%	14	1,4%	41	2,1%
Nem tudja	5	0,5%	2	0,2%	7	0,4%
Összesen	998	100,0%	999	100,0%	1997	100,0%

p&lt;0,001

1. Mindkét területen a katolikus vallás a meghatározó, de szignifikánsan több a katolikus a dunántúli populációban (66,9% vs 84,8%). Nagyjából azonos az evangélikusok aránya, Bácsban a református vallásúak aránya relatíve magas, Vas megyében alig van református. Fontos kiemelni, hogy az alföldi minta 28,3%-a, a vasi minta 13,3%-a *protestáns*, ami több, mint kétszeres különbséget jelent. Ugyancsak közel kétszerannyi megkérdezett nem keresztelt meg az alföldi területen (2,7 % vs 1,4 %).

A szakirodalomból ismert, hogy a protestáns népesség körében minden kultúrában magasabb az öngyilkossági hajlam. A több mint kétszeres alföldi protestáns túlsúly is igazolni tudná tehát a két terület között fennálló kétszeres öngyilkossági rátát, de nem szándékunk ezt állítani, éppúgy részmagyarázatnak látjuk, mint ahogyan a depresszív megbetegedések közötti kétszeres különbséget (Zonda és Paksi 2001).

Az öngyilkossági gyakoriságok területi különbségének magyarázatában azonban az alföldi terület igen erős protestáns túlsúlya (megengedőbb dogmatikájával, mentalitásával) biztosan komoly szerepet játszik.

2. Az egész népességet érintő, az előző fejezetben használt kérdéseket elemeztük itt is, a két megye azonos adatait összehasonlítva. Az összehasonlító vizsgálatban minden kérdést külön vizsgáltunk, 7 fokú skálát használva. A vallás durkheimi értelemben vett integratív erejét hagyományosan a vallási alkalmakon való részvétel gyakoriságával mértük. E tekintetben az országosan alacsony intenzitás ellenére a két régió viszonylatában várakozásunknak megfelelő irányú szignifikáns különbségek mutatkoztak. A „Milyen gyakran jár misére, istentiszteletre vagy más vallási összejövetelre, alkalomra?” kérdésre a „hetente” vagy „gyakrabban” választ a két területről összesen a megkérdezettek 9,3%-a adott. A területi eltérés szignifikánsan különbözik: Vasban 10,7%, míg Bácsban 7,8% a rendszeres vallásgyakorló (5. táblázat).

A teljes minta 20,1%-a „aktívan” nem vallásgyakorló, itt szignifikánsan kevesebb a vasi lakos. Az egész minta 27,4%-a csak alkalmanként,

esetlegesen jár a vallási alkalmakra, ami gyakorlatilag azt jelenti, hogy az egész népesség közel fele (47,5%) érdemben nem vallásgyakorló. A válaszok együttesen is a vasi népességet mutatják szignifikánsan vallásosabbnak.<sup>1</sup>

A direkt vallásgyakorlás esetleges hiánya nem biztosan jelenti a vallási normák elutasítását, az ilyen értékek negálását, mint ahogy az ellentettje sem jelenti a vallási indíttatású konvenciókhoz való igazodást, ezért a három, ez irányban kutakodó kérdést külön értékeltük az összehasonlító vizsgálatban.

5. táblázat. A „Milyen gyakran jár misére, istentiszteletre?” kérdésre adott válaszok megoszlása megyék szerint

Gyakoriság	Bács-Kiskun megye		Vas megye		Összesen	
Soha	230	23,0%	171	17,1%	401	20,1%
Ritkán	316	31,7%	231	23,1%	547	27,4%
Ünnepkor	285	28,6%	343	34,4%	628	31,5%
Havonta	89	8,9%	146	14,6%	235	11,8%
Hetente	68	6,8%	94	9,4%	162	8,1%
Gyakrabban	10	1,0%	13	1,3%	23	1,2%
Összesen	998	100,0%	998	100,0%	1996	100,0%

p<0,001

A „Függetlenül attól, hogy szokott-e templomba járni, mennyire tartja magát vallásosnak?” kérdésre is hétfokú skálán lehetett válaszolni. A skála középértékénél (4-esnél) kisebb válaszok – egyre fokozódó – elutasítást, az annál nagyobbak pedig – emelkedő – elfogadottságot jeleznek. A skálapontértékek összesítése alapján nem tartja magát vallásosnak Bácsban 48%, Vasban 34,1%, míg a magukat vallásosnak tartók aránya: Bácsban 29,5%, Vasban 39,2% (p<0,001).

A „Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja mindennapi életemet” kijelentéssel való egyetértést vagy elutasítást is hétfokozatú skálán lehetett jelölni. A két terület között ismét szignifikáns különbség mutatkozott: Bács-Kiskunban 16,5%, Vas megyében 22,4% válaszolta azt, hogy hite meglehetősen, illetve nagyon befolyásolja életét (p< 0,001).

<sup>1</sup> Nem kétséges, hogy a vallásgyakorlás hiánya nem jelent az esetek egy jó részében aktív ateizmust vagy valami hasonló állapotot. Hogy a megkereszteltetés, és illetően formában valamelyik egyházhoz való elvi tartozás önmagában is jelentőséggel bír, arra idéznénk egy – mondhatni – tipikus „nem” választ: „Hát nem járok templomba, kint vagyok a tanyán, nem vagyok vallásos, de azért már mégiscsak Isten áldjon-t köszönünk, este lefekvéskor meg csak Jézust emlegetem.”

6. táblázat. A vallásosság mértékét kifejező kérdésre hétfokozatú skálán adott válaszok megoszlása megyei bontásban

*Függetlenül attól, hogy szokott-e templomba járni, mennyire tartja magát vallásosnak?*

	Bács-Kiskun megye		Vas megye		Összesen	
Nem	167	16,7%	98	9,8%	265	13,3%
2	124	12,4%	91	9,1%	215	10,8%
3	193	19,3%	152	15,2%	345	17,3%
4	216	21,6%	262	26,3%	478	24,0%
5	182	18,2%	216	21,7%	398	19,9%
6	62	6,2%	91	9,1%	153	7,7%
Nagyon	51	5,1%	84	8,4%	135	6,8%
Nem tudja	3	0,3%	3	0,3%	6	0,6%
Összesen	998	100,0%	997	100,0%	1995	100,0%

*„Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja mindennapi életemet”*

	Bács-Kiskun megye		Vas megye		Összesen	
Nem	407	40,7%	374	37,5%	781	39,1%
2	152	15,2%	131	13,1%	283	14,2%
3	174	17,4%	138	13,8%	312	15,6%
4	101	10,1%	130	13,0%	231	11,6%
5	91	9,1%	116	11,6%	207	10,4%
6	37	3,7%	37	3,7%	74	3,7%
Teljesen	37	3,7%	71	7,1%	108	5,4%
Nem tudja	-	-	1	0,1%	1	0,1%
Összesen	999	100,0%	998	100,0%	1997	100,0%

*„Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja, hogy miképpen hozok meg fontos döntéseket”*

	Bács-Kiskun megye		Vas megye		Összesen	
Nem	457	45,7%	425	42,6%	882	44,2%
2	146	14,6%	139	13,9%	285	14,3%
3	145	14,5%	115	11,5%	260	13,0%
4	88	8,8%	122	12,2%	210	10,5%
5	75	7,5%	99	9,9%	174	8,7%
6	37	3,7%	33	3,3%	70	3,5%
Teljesen	51	5,1%	63	6,3%	114	5,7%
Nem tudja	-	-	1	0,1%	1	0,1%
Összesen	999	100,0%	997	100,0%	1996	100,0%

A „Vallásos hitem nagymértékben befolyásolja, hogy miképpen hozok meg fontos döntéseket” állításra hétfokozatú skálán adott válaszok alapján ismét a vasi minta bizonyult vallásosabbnak (Bács-Kiskun: 16,3%, Vas: 19,5;  $p < 0,01$ ) (6. táblázat).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálatunk a vallásosság látszólag különböző aspektusairól szól egy olyan országban, ahol a vallási élet, léghő „hagyományosan” igen lanya. Az egész, 2000 főt számláló, reprezentatív mintából a vallási indikátorok alapján a „nagyon vallásos” és az „ateista” csoportot leválasztva azt találtuk, hogy a depressziós megbetegedést, az öngyilkossági kísérletek számát tekintve nem észlelhető különbség a két csoport között. Ugyanakkor markánsan kirajzolódik a vallásos népesség jóval kifejezettebb egészségmegőrző, az élet értékét magasabbra helyező attitűdje, és az ennek érdekében tett egészségmagatartás. A társadalom egészségének javítása ügyében tehát fontos hangsúlyozni az egyházak kiemelten fontos szerepét.

A regionális vizsgálatból megállapítható, hogy a két vizsgált régió (Alföld és Dunántúl) felekezeti eloszlása, vallásossága, ebből adódó értékrendje, értékpreferenciája markánsan különbözik. E jelenségek, az ezekből következő magatartások, minták, tradíciók egyértelműen a kultúra részei. Tehát a két területen a társas létezés terén jelentkező más magatartások kulturális beágyazottsága nem vitatható, s a vallási élet fentebb részletezett különbségei feltétlenül figyelembe veendőek a területi különbségek magyarázatában. A prevencióban a jövőben fokozottabban számításba kell mindezt venni, ismételten is hangsúlyozva az egyházak minél aktívabb részvételének fontosságát.

## Irodalom

- Andorka R., Vavró I., Cseh-Szombathy L. (1968): Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásának területi különbségei. *Statisztikai Szemle*, 1: 43–54.
- Culliford, L. (2002): Spirituality and clinical care. *Br. Med. J.*, 325: 1434–1435.
- Cseri P. (2004): A vallásosság és az egészség kapcsolata. *Embertárs*, 1: 4–11.
- Durkheim, E. (1982): *Az öngyilkosság*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Fabrega, H. (2002): Culture, spirituality and psychiatry. *WPA online*. <http://www.wpanet.org/sectorial/forums.html>
- Farkas L., Donáth A., Gerevich J. (2005): A vallásosság pszichiátriai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 20 (3): 178–194.

- Koenig, H. G., McCullough, M. C., Larson, D. B. (2001): *Handbook of Religion and Health*. Oxford Univ. Press, Oxford.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., Nielsen, J. (1998): Religious coping and health status in medically hospitalized older adults. *J. of Nervous and Mental Disease*, 186: 521–531.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Kiadó, Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (2000): Magyar lelkiállapot az ezredfordulón. *Távlatok*, 4: 499–513.
- Kopp M., Székely A., Skrabski Á. (2004): Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2: 103–125.
- Maltby, J., Day, I., Lewis, C. (1999): Pray more and feel better. *Br. J. of Health Psychol.*, 4: 363–378.
- Manson, S. M. (1996): Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psych. Clin. North Am.*, 18: 487–501.
- Pargament, K. I. (1997): *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. Guilford Press, New York – London.
- Powel, L. H., Shahabi, L., Thoresen, C. E. (2003): Religion and spirituality: linkages to physical health. *Amer. J. of Psychology*, 58: 36–52.
- Sloan, R. P., Begiella, E., Powell T. (1999): Religion, spirituality and medicine. *Lancet*, 353: 664–667.
- Sorri, H., Henriksson, M., Lönnqvist, J. (1996): Religiosity and suicide. Findings from a national wide psychological autopsy study. *Crisis*, 17 (3): 123–127.
- Towsend, M., Klader, V., Ayele, H., Mulligan, T. (2002): Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South. Med. J.*, 95 (12): 1429–1434.
- Zonda T., Paksi B. (2001): Az alföldi-dunántúli népesség mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel. Kutatási Beszámoló. Egészségfejlesztési Kutató Intézet és az Oktatási Minisztérium Felsőoktatási Kutatásfinanszírozási Pályázata.

ZONDA, TAMÁS - PAKSI, BORBÁLA

### PROTECTIVE EFFECT OF RELIGIOSITY ON THE SOMATIC AND/OR MENTAL HEALTH

Authors studied the representative samples of two Hungarian counties with traditionally low and high suicide rates. They picked out the questions related to the religious life and studied the connection between the (outside and inside) religiosity and health-behavior. Among religious people a much higher degree of value of life was found and a more intensive drive to keep it: the alcohol consumption, smoking, the suicide intention and attitude were significantly lower. Much more religious people have turned to cancer-screening and to psychologists. The religiosity had no significant effect on the morbidity of major depression and suicide attempts. In the county of low suicide rate there are twice as many catholic people, religiosity and faith play a much more intensive role in every-day life. The findings must be important in the prevention of the somatic and mental health as well.

**Keywords:** religiosity, health behavior, suicide, major depression